



# Voorstel vormen casemanagement dementie

## Inhoud

<b>1 Inleiding</b>	<b>2</b>
1.1 Achtergrond casemanagement	2
1.2 Actieplan casemanagement	3
1.3 Doel notitie	4
<b>2 Aanpak consensustraject</b>	<b>5</b>
2.1 Beschrijving aanpak	5
2.2 Perspectief van cliënten en naasten	6
2.3 Uitvoerbaarheidsperspectief	6
<b>3 Voorkeursmodel</b>	<b>7</b>
3.1 Voorkeursmodel op basis van cliëntperspectief	7
3.2 Uitvoerbaarheid voorkeursmodel	7
<b>4 Voorbeelden van wat de voorkeursmodellen betekenen in de praktijk</b>	<b>8</b>
<b>5 Algemene randvoorwaarden voor de implementatie van goed casemanagement dementie</b>	<b>10</b>
<b>6 Consequenties en aanbevelingen voor stakeholders</b>	<b>12</b>
6.1 Gevolgen voor de doelgroep	12
6.2 Gevolgen voor dementienetwerken	12
6.3 Gevolgen voor zorg- en welzijnsaanbieders	12
6.4 Gevolgen voor zorgverzekeraars	13
6.5 Gevolgen voor de overheid	13
6.6 Opleiders	13
6.7 Beroepsbeoefenaars	13
<b>Bijlage 1</b>	
<b>Overzicht ervaringen van mantelzorgers met casemanagement dementie</b>	<b>14</b>

### Dementiezorg voor Elkaar

Dementiezorg voor Elkaar is een belangrijk programma van het Deltaplan Dementie. Het Deltaplan Dementie wil het hoofd bieden aan de gevolgen van dementie. Het Deltaplan steunt op drie pijlers:

1. Onderzoek naar dementie - 'Onderzoeksprogramma Memorabel'
2. Betere dementiezorg - 'Praktijkverbeterprogramma Dementiezorg voor Elkaar'
3. Dementievriendelijke samenleving - 'Samen dementievriendelijk'

Doel van Dementiezorg voor Elkaar is het in de praktijk verbeteren van de dementiezorg, zowel op inhoud, als op organisatie en financiering. Dementiezorg voor Elkaar wordt uitgevoerd door Vilans, Trimbos-instituut, NIVEL, Movisie en Pharos.

# 1 Inleiding

Mensen met dementie en hun mantelzorgers maken veelal een langdurig en intensief zorgtraject door, waarbij de zorgbehoeften zich ontwikkelen en complex kunnen zijn in de verschillende fasen. Casemanagement bij dementie is bedoeld om mensen met dementie en hun naasten te ondersteunen in dit traject. Daarbij wordt aan een aantal problemen en zorgvragen van personen met dementie en hun mantelzorgers tegemoet gekomen, zoals onduidelijkheid over de mogelijkheden voor zorg en begeleiding, onzekerheid over het verloop van de ziekte, overbelasting van mantelzorgers en miscommunicatie tussen hulpverleners onderling en tussen hulpverleners en cliënt.<sup>1</sup> Belangrijk is om met de manier van aanbieden van casemanagement zoveel mogelijk aan te sluiten bij de behoeften van de persoon met dementie en zijn naasten. In 2016 hebben we het Actieplan Casemanagement Dementie<sup>2</sup> gestart nadat veldpartijen zorgen hadden geuit over de beschikbaarheid van casemanagement dementie, evenals de sterk wisselende invulling daarvan in het land (zie ook paragraaf 1.2). Als onderdeel van het actieplan heeft er een inventarisatie plaatsgevonden naar de huidige organisatie van casemanagement.<sup>3</sup> Hieruit kwam naar voren dat er sprake is van een grote diversiteit in de vorm waarin casemanagement geboden wordt (14 verschillende varianten) en dat het veld behoefte heeft aan meer uniformiteit in aanbidding van casemanagement. Met verschillende veldpartijen hebben we gewerkt aan welke vormen van casemanagement de voorkeur hebben.

Deze notitie is het resultaat van dit consensustraject en betreft een voorstel voor het meer uniform aanbieden van casemanagement. Ook kan deze exercitie benut worden in het kader van de herziening van de Zorgstandaard Dementie, waarvan in 2019 een geactualiseerde versie verschijnt. Hiervoor zal Dementiezorg voor Elkaar<sup>4</sup> zorgdragen.

## 1.1 Achtergrond casemanagement

In de huidige Zorgstandaard Dementie (Alzheimer Nederland/Vilans, 2013) wordt casemanagement dementie als volgt gedefinieerd: *‘Het systematisch aanbieden van gecoördineerde zorg en benodigde ondersteuning op het terrein van behandeling, zorg en welzijn door een vaste professional die onderdeel uitmaakt van een lokaal samenwerkingsverband gericht op thuiswonende mensen met dementie en hun naasten gedurende het hele traject van ‘niet pluis’ of de diagnose tot aan opname in een verpleeghuis of overlijden’*. Deze professional is de casemanager (ook wel trajectbegeleider, zorgbegeleider, dementieconsulent of dementieverpleegkundige genoemd) en moet fungeren als een centraal aanspreekpunt en vertrouwde professional met veel kennis over dementie en de dementiezorg, die in verschillende fasen van het ziekteproces de persoon met dementie en de mantelzorgers begeleidt.<sup>1</sup> De casemanager zorgt voor een tijdige opschaling naar een ‘specialist’ van het regionale netwerk (bijvoorbeeld specialist ouderengeneeskunde of gedragskundige), wanneer het ziektebeeld te complex of te specifiek is, of als de bijkomende problemen de competenties van de actuele hulpverlener overstijgen.

Inmiddels krijgt casemanagement dementie steeds meer wetenschappelijke onderbouwing.<sup>3</sup> Ook is onderzoek gedaan naar de ervaringen van mantelzorgers (zie de samenvatting in bijlage 1). De belangrijkste factoren voor succesvol casemanagement dementie volgens deze onderzoekers zijn:

- De casemanager is bij uitstek deskundig op het gebied van dementie.
- Er is één duidelijk en laagdrempelig aanspreekpunt voor mensen met dementie en mantelzorgers.
- De casemanager weet de weg en zet de zorg snel in gang.
- De casemanager stemt de zorg van de verschillende ketenpartners goed af.

---

1. Peeters JM, de Lange J, van Asch I, Spreeuwenberg P, Veerbeek M, Pot AM, Francke AL. Landelijke evaluatie van casemanagement dementie. Utrecht: NIVEL/Trimbos-instituut; 2012.

2. <https://deltaplاندementie.nl/nl/actieplan-casemanagement>.

3. 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>).





4. [www.dementiezorgvoorelkaar.nl](http://www.dementiezorgvoorelkaar.nl)

- De casemanager geeft ook ondersteuning en begeleiding aan de mantelzorger(s) en niet alleen aan de persoon met dementie.
- De casemanager heeft goed inzicht in de situatie van de persoon met dementie en in die van de mantelzorger omdat hij bij hen thuis komt.

In de woorden van een casemanager: de casemanager dementie staat naast de persoon met dementie en diens naasten. En zorgt ervoor dat de regie zo lang mogelijk bij de persoon met dementie en/of diens mantelzorger blijft liggen. De casemanager stuurt bij of neemt regie daar waar noodzakelijk.

## 1.2 Actieplan Casemanagement

In 2016 hebben we het Actieplan Casemanagement Dementie gestart om ervoor te zorgen dat casemanagement dementie beschikbaar is en blijft voor iedereen die dat nodig heeft. Binnen dit actieplan hebben we begin 2017 een inventarisatie gedaan op welke manieren in Nederland uitvoering wordt gegeven aan casemanagement dementie. Op basis van een verkenning van bestaand materiaal en door gesprekken met en een enquête onder ketenregisseurs, bleken er 4 hoofdmodellen te onderscheiden met in totaal 14 verschillende subvarianten van casemanagement binnen de dementiezorg.<sup>3</sup> De subvarianten ontstaan als verschillende soorten professionals het casemanagement uitvoeren. Deze verschillende varianten bleken niet alleen landelijk, maar ook binnen een keten of regio naast elkaar te bestaan (gemiddeld 5 varianten per regio). Hieronder zijn de hoofdmodellen schematisch weergegeven.

<p><b>‘All the way’ model: continuïteit in één persoon</b></p>  <p>Continuïteit in één persoon gedurende het gehele proces. Dit kan een casemanager dementie, wijkverpleegkundige of ouderenadviseur uit de WMO zijn.</p>	<p><b>‘Stapelmodel’: samen als het complex wordt</b></p>  <p>De generalist, praktijkondersteuner of wijkverpleegkundige is in de basis toegerust om zorg en begeleiding te geven aan mensen met dementie en hun mantelzorgers. De generalist kan tijdig schakelen met specialistische ondersteuning, waarbij deze laatste de zorg niet overneemt van de generalist.</p>
<p><b>‘Overdrachtsmodel’: volgende als het complex wordt</b></p>  <p>De generalist (bijvoorbeeld huisarts, praktijkondersteuner of wijkverpleegkundige) voert de eerste fasen van dementie uit. Als de zorg te intensief of complex wordt, neemt de casemanager dementie de regie in de zorg over van de generalist.</p>	<p><b>‘Triagemodel’: grootste expertise tijdens de start</b></p>  <p>De specialist (casemanager dementie) start met het goed analyseren van de cliëntsituatie en het inregelen. Daarna vindt eventueel overdracht plaats naar een andere professional van minder specialistisch niveau.</p>

Binnen deze hoofdmodellen, worden de volgende subvarianten onderscheiden:

### *‘All the way’ model*

- 1a: casemanager dementie, vanuit onafhankelijke casemanagement-organisatie;
- 1b: ‘dedicated’ casemanager dementie vanuit zorgaanbieder(s);
- 1c: wijkverpleegkundige met specialisatie dementie;
- 1d: wijkverpleegkundige, generalistisch;
- 1e: ouderenadviseur (sociaal wijkteam, buurtcoach) vanuit de WMO.

### *Stapelmodel*

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

### *Overdrachtsmodel*

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

### *Triagemodel*

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

### **Behoeftte aan meer uniformiteit in aanbieding van casemanagement**

Naar aanleiding van deze inventarisatie hebben we voor het praktijkverbeterprogramma Dementiezorg voor Elkaar een brede bijeenkomst georganiseerd, waarbij onder andere netwerkcoördinatoren, casemanagers, beleidsmedewerkers, artsen, POH-ers GGZ, wijkverpleegkundigen en vertegenwoordigers vanuit Alzheimer Nederland aanwezig waren. Hierin gaf het veld aan dat zij deze diversiteit in aangeboden casemanagementvormen niet wenselijk vinden. Ook noemden zij dat de manier waarop zij casemanagement momenteel aanbieden niet altijd ideaal is voor mensen met dementie en hun naasten. In deze gevallen zijn de keuzes die zij hebben gemaakt, of compromissen die zij hebben gesloten, vaak ingegeven door financiële en arbeidsmarkt-gerelateerde zaken.

Ook de zorgverzekeraars hebben zich uitgesproken dat er tot een beperkter aantal vormen voor casemanagement dementie moet worden gekomen. Dit is opgenomen in hun gezamenlijke strategie van begin mei 2017. Het Bestuurlijk Overleg bij het Actieplan heeft vervolgens in haar vergadering van 3 juli 2017 het verzoek aan Dementiezorg voor Elkaar gedaan om in een consensustraject met veldpartijen te komen tot onderbouwing en terugdringing van het aantal (sub)varianten generalistisch of specialistisch casemanagement.

## **1.3 Doel notitie**

Om zo goed mogelijk tegemoet te komen aan de behoeften van cliënt en mantelzorger én meer uniformiteit te krijgen in de wijze waarop casemanagement wordt aangeboden, zijn Dementiezorg voor Elkaar, dementienetwerken (ketenregisseurs en casemanagers), Alzheimer Nederland, zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar aan de slag gegaan.

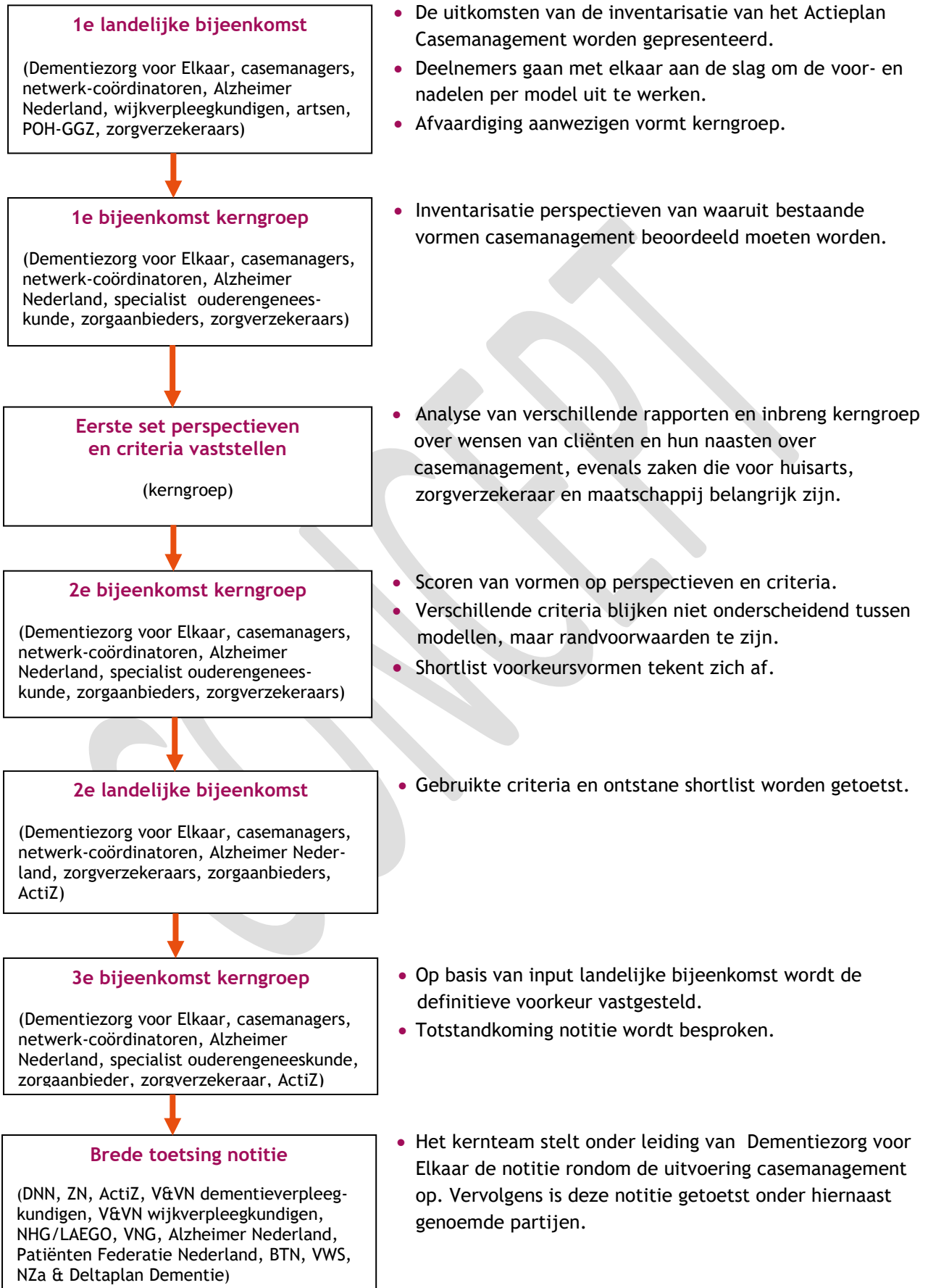
Deze notitie maakt duidelijk tot welk voorstel deze partijen zijn gekomen voor vormen van casemanagement dementie in Nederland. Als kader is de Zorgstandaard Dementie gebruikt, waarin staat dat een casemanager een niveau 5 verpleegkundige of maatschappelijk werker met een opleiding casemanagement moet zijn. Ook moet hij 24 uur per week beschikbaar zijn als casemanager. De uitwerking van het profiel is aan de brancheorganisaties van verpleegkundigen en maatschappelijk werkers. Dat wordt niet meegenomen in deze notitie.

In het volgende hoofdstuk lichten we eerst toe op welke wijze dit voorstel tot stand is gekomen. Daarna wordt de uitkomst van het consensustraject weergegeven (hoofdstuk 3), wat we illustreren met twee voorbeelden (hoofdstuk 4). Dan noemen we de randvoorwaarden voor het implementeren en uitvoeren van goed casemanagement, ongeacht de gekozen vorm (hoofdstuk 5). En tenslotte schetsen we welke consequenties deze keuze heeft voor het veld (hoofdstuk 6). Het is echter aan de stakeholders zelf om hierin besluiten te nemen.

## 2 Aanpak consensustraject

### 2.1 Beschrijving aanpak

In onderstaand stroomdiagram is het proces van de totstandkoming van deze notitie weergegeven.



In het traject hebben we, op aangeven van de betrokkenen partijen, bewust gekozen om het cliëntperspectief voorop te stellen. In tweede instantie kijken we naar de uitvoerbaarheid van de casemanagementvormen die zijn overgebleven op basis van de criteria vanuit cliëntperspectief. Dit zodat we vanuit de bedoeling blijven redeneren en niet vanuit belemmeringen zoals bijvoorbeeld het huidige stelsel, de financiering of de arbeidsmarkt.

## 2.2 Perspectief van cliënten en naasten

Voor het cliëntperspectief zijn we uitgegaan van eerdere onderzoeksresultaten over wat cliënten en naasten belangrijk vinden bij casemanagement (zie ook bijlage 1). Op basis daarvan hebben we de volgende criteria geformuleerd:

- De uitvoerder van het casemanagement is gespecialiseerd in de dementiezorg ('weten waar je het over hebt'). NB: in de Zorgstandaard Dementie is dit geformuleerd als: een hbo-opleiding, bij voorkeur verpleegkundige of iemand met een psychosociale achtergrond met een aanvullende opleiding casemanagement.
- Eén vast persoon als duidelijk en laagdrempelig aanspreekpunt gedurende het hele ziektebeloop, die alles regelt (continuïteit in persoon).
- De uitvoerder van het casemanagement heeft een onafhankelijke blik of positie. Er is een 'buitenstaander' die meekijkt of alles goed gaat.
- De uitvoerder van het casemanagement is voldoende beschikbaar, zodat de cliënt en mantelzorger altijd iemand hebben die zij kunnen bellen.
- Goede samenwerking en afstemming tussen professionals, zodat cliënt en mantelzorger niet steeds opnieuw hun verhaal hoeven te doen.

Van deze criteria bleken alleen de eerste twee punten (gespecialiseerd in dementiezorg en één vast aanspreekpunt) onderscheidend te zijn tussen de verschillende vormen van casemanagement uit de inventarisatie van het Actieplan Casemanagement Dementie.

## 2.3 Uitvoerbaarheidsperspectief

Vanuit het uitvoerbaarheidsperspectief hebben we op basis van de inbreng van de betrokkenen in de kerngroep gekeken naar:

- Beschikbaarheid van arbeidskrachten: er is een tekort aan wijkverpleegkundigen (waarbij casemanagers dementie zijn meegenomen) en dat tekort neemt de komende jaren toe.<sup>5</sup> Dit heeft gevolgen voor de beschikbaarheid van uitvoerders van casemanagement dementie. Op dit moment is nog niet bekend hoe groot dit probleem daadwerkelijk is.
- Betaalbaarheid, denk hierbij aan behandelduur, behandelintensiteit, hoeveel aanbieders moeten worden gefinancierd en hoeveelheid overdracht. Uit onderzoek blijkt dat het bieden van casemanagement aan mensen met dementie op een manier die in lijn is met de inhoud van de Zorgstandaard Dementie kostenefficiënter is dan gebruikelijke zorg zonder casemanagement voor mensen met dementie.<sup>6</sup> Ook blijkt dat casemanagers met een dubbele functie (dus die naast casemanager ook andere rollen vervullen) het moeilijker vinden om de takenbeschrijving uit de Zorgstandaard Dementie na te komen. Hierbij zou het wenselijk zijn om een betaaltitel te kunnen hanteren, waardoor afspraken mogelijk zijn over kwaliteit en volume van het aanbod. Scherpe criteria voor de uitvoerder van casemanagement. Er moeten duidelijke omschrijvingen of richtlijnen zijn waaraan de casemanager moet voldoen qua opleiding en competenties. Deze zijn vergelijkbaar met het expertisegebied van de dementieverpleegkundigen.

---

5 . Bloemendaal I, van Essen G, Kramer S, van der Windt W. [Vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen 2015-2019](#). Rijswijk: Kiwa, 2015.

6 . van Mierlo LD, MacNeil-Vroomen J, Meiland FJM, Joling KJ, Bosmans JE, Dröes RM, et al. Implementatie en (kosten-)effectiviteit van casemanagement voor mensen met dementie en hun mantelzorgers: resultaten van de COMPAS-studie. Tijdschrift voor Geriatrie en Gerontologie. 2016;47(6):223-233.

## 3 Voorkeursmodel

### 3.1 Voorkeursmodel op basis van cliëntperspectief

Op basis van het cliëntperspectief is uit het consensustraject het bieden van casemanagement in de vorm van model 1 'All the way, continuïteit in één persoon' met de eerste drie subvarianten als voorkeur naar voren gekomen:

- 1a: casemanager dementie vanuit een onafhankelijke casemanagement-organisatie. Op deze manier kan de casemanager onafhankelijk van zorgaanbieder diensten aanbieden.
- 1b: dedicated casemanager dementie vanuit zorgaanbieder(s). De dedicated casemanager werkt bij een zorgaanbieder en de keten of regio heeft de organisatie zo ingericht dat de casemanagers aantoonbaar één team zijn en onafhankelijk werken.
- 1c: wijkverpleegkundige met specialisatie dementie. In tegenstelling tot variant 1b, werkt deze wijkverpleegkundige dus niet exclusief met mensen met dementie en hun naasten en voert hij ook andere taken uit die horen bij zijn rol als wijkverpleegkundige. Flexibiliteit is daarbij van wezenlijk belang.

Conform de geformuleerde criteria (zie paragraaf 2.1.) is de essentie van de drie varianten van het 'All the way' casemanagement allereerst dat er continuïteit is in de persoon die de functie van casemanager uitvoert over het hele ziektebeloop: vanaf 'pluis/niet pluis' of diagnostische fase, via toenemende zorgzwaarte en complexiteit in de thuissituatie, tot aan intramurale opname of overlijden. Met andere woorden, er is één laagdrempelig en vast aanspreekpunt gedurende het hele dementietraject in de thuissituatie.

Daarnaast spelen de volgende eigenschappen van de drie varianten een belangrijke rol : De uitvoerder van het casemanagement heeft expertise op het gebied van dementie. Wat dit precies inhoudt staat onder andere beschreven in het expertisegebied dementieverpleegkundige.<sup>7</sup> Het betekent bijvoorbeeld dat iemand niet alleen voldoende kennis heeft over dementie, maar ook dat deze persoon minimaal 24 uur per week casemanagement dementie uitvoert. Een expertisegebied van sociaal werkers die casemanagement dementie uitvoeren is nog in ontwikkeling (wordt medio 2018 verwacht).

Hierbij willen we opmerken dat in het land een aantal vernieuwende manieren van aanbieden van trajectbegeleiding en samenwerking rondom de persoon met dementie momenteel worden onderzocht. Dit zou er op termijn toe kunnen leiden dat er andere modellen of vormen van trajectbegeleiding of casemanagement onderbouwd ingezet kunnen worden en onderdeel kunnen gaan uitmaken van de Zorgstandaard. Dergelijke vernieuwing sluiten we dan ook niet uit. Desalniettemin is het nu belangrijk dat casemanagement aangeboden wordt op de meest optimale manier voor cliënt en mantelzorger volgens de nu beschikbare inzichten.

### 3.2 Uitvoerbaarheid voorkeursmodel

We hebben de drie overgebleven subvarianten van het 'All the way' casemanagement tegen het licht van uitvoerbaarheid gehouden. De bevindingen hierop hebben we verwerkt in hoofdstuk 6 waarin we de consequenties van het voorkeursmodel berspreken en aanbevelingen doen.

---

7. Huijsman R, Jansen G, Bolle F. Expertisegebied dementieverpleegkundige (voorheen casemanager dementie). Utrecht: V&VN; 2017.

## 4 Voorbeelden van wat de voorkeursmodellen betekenen in de praktijk

Om te illustreren wat de termen ‘continuïteit in persoon’ en ‘expertise op het gebied van dementie’ inhouden, volgen hier twee voorbeelden. Het eerste voorbeeld is vanuit het perspectief van een persoon met dementie, om te laten zien wat deze twee begrippen voor iemand met dementie zelf betekenen. In het tweede voorbeeld gaan we in op hoe deze begrippen vorm krijgen in een veelvoorkomende situatie dat de persoon met dementie al een langdurige relatie met een andere hulpverlener heeft vanwege lichamelijke co-morbiditeit.

### Voorbeeld 1: Organisatie casemanagement rondom een persoon met dementie



Mijn naam is Dick Rijksen, ben 64 en heb dementie. Mijn leven is behoorlijk ingeperkt sinds ik, nu ruim een jaar geleden, de diagnose alzheimer heb.

#### Casemanagement dementie

Ik heb sinds juni 2017 een casemanager dementie. Voor mij is zijn bereikbaarheid van belang. Op maandag is hij bijvoorbeeld vrij. Dat is goed om te weten, want dan bewaar ik mijn vragen. Wat ik nog meer verwacht van de casemanager? Dat het een vaste begeleider is. Ik zou niet anders willen. Toevallig heb ik pas geleden nog naar zijn leeftijd geïnformeerd, en toen dacht ik, gelukkig hij is er voorlopig nog. Wat ik ook belangrijk vind is regelmaat. Zo spreken we iedere maand af. Dit mag vaker als ik dit nodig vind. Het geeft mij zekerheid en rust. Tot slot zijn duidelijke afspraken voor mij van belang. Anders wordt het rommelig in mijn hoofd. Ik weet dat hij een verpleegkundige is, maar ik heb nog geen zorg nodig hoor, wel een casemanager dementie.

#### Wat casemanagement dementie voor mij inhoudt

Mijn casemanager zorgt ervoor dat andere instanties worden ingeschakeld, zoals aanvraag Valys bij gemeente of een computervrijwilliger bij welzijn. Zelf weet ik niet hoe dit werkt. Ik merk dat hij er kaas van gegeten heeft. Ook is hij deskundig op het gebied van dementie. Hij weet precies welke processen bij de dementie horen. Dat is soms pijnlijk om te horen, maar het geeft ook weer duidelijkheid. En hij begeleidt mij daar ook weer in. De emotionele bijstand hierin vind ik erg belangrijk. Ik zeg wel eens: als er een steen op mijn maag ligt, bel ik hem. Dat is gebeurd bij het plannen van mijn vrijwilligerswerk, maar ook bij problemen met autorijden en het regelen van vervoer.

### Voorbeeld 2: Casemanagement dementie bij een persoon met dementie en andere klachten, waardoor meerdere professionals betrokken zijn

#### Mevrouw Jansen krijgt wijkverpleging

Mevrouw Jansen is een 78-jarige dame. Ze leidt een teruggetrokken leven en heeft moeite met mobiliseren. Haar enige zoon woont aan de andere kant van het land en bezoekt zijn moeder wekelijks. Hij doet boodschappen en klusjes in huis. Mevrouw Jansen heeft haar hele leven al problemen met haar bloedcirculatie. De laatste vier jaar heeft mevrouw Jansen wonden aan haar benen die steeds gaan ontsteken. Sinds drie jaar heeft ze een indicatie voor wijkverpleging die bestaat uit drie douchebeurten per week en dagelijkse wondverzorging. De wijkverpleegkundige Maaïke is verantwoordelijk voor de verpleegkundige indicatie en bezoekt mevrouw tweewekelijks om de zorg te evalueren en voor wondcontrole. Er is in de afgelopen jaren een stevige vertrouwensband ontstaan met Maaïke.



### Mevrouw Jansen krijgt de diagnose dementie

De laatste maanden merkt Maaïke op dat mevrouw Jansen emotioneel steeds vaker 'uit de bocht vliegt'. Ze reageert snibbig naar het thuiszorgteam en moppert op haar zoon. Voorheen plaatste ze haar zoon op een voetstuk en was ze trots op wat hij allemaal bereikt heeft. Ook ziet Maaïke dat spulletjes in huis kwijtraken of op vreemde plaatsen worden teruggevonden. In het maandelijks multidisciplinair overleg bij de huisarts, dat bestaat uit de specialist ouderengeneeskunde, huisarts en de casemanager dementie, bespreekt Maaïke bovenstaande situatie met het team. De specialist ouderengeneeskunde bezoekt mevrouw Jansen en stelt de diagnose 'dementiesyndroom van het vasculaire type'.

### Casemanagement dementie bij mevrouw Jansen

Casemanager Marleen bezoekt mevrouw Jansen samen met Maaïke de wijkverpleegkundige. Maaïke merkt op dat het wijkteam niet goed raad weet met de beschuldigingen en het gedrag van mevrouw Jansen. Marleen en Maaïke stellen de verpleegkundige indicatie, formuleren samen doelen en stellen evaluatiemomenten op. Marleen sluit aan bij de cliëntenbespreking en geeft het wijkteam adviezen hoe om te gaan met het veranderende gedrag van mevrouw Jansen. Daarnaast heeft Marleen overleg met de zoon van mevrouw Jansen over de gedragsveranderingen die horen bij een vasculaire dementie. Maaïke blijft verantwoordelijk voor het zorgplan dat ze bijstelt en evalueert met mevrouw Jansen en haar zoon. De huisarts blijft medisch verantwoordelijk voor het gehele traject. Marleen bezoekt mevrouw Jansen laag frequent met een huisbezoek eens per 8 tot 10 weken. Marleen is bereikbaar als vraagbaak en adviseur voor het wijkteam en Maaïke. Op indicatie van het wijkteam, de wijkverpleegkundige of de zoon en mevrouw Jansen zelf, kan Marleen frequenter een huisbezoek afleggen. Vooralsnog is dit niet nodig en werkt deze constructie voldoende.

## 5 Algemene randvoorwaarden voor de implementatie van goed casemanagement dementie

Vanuit het 'perspectief van cliënt en naasten' blijken er een aantal criteria belangrijk te zijn voor goed casemanagement dementie. Dit zijn alleen geen onderscheidende factoren tussen de verschillende vormen van casemanagement. Ook bij de perspectieven 'maatschappij', 'zorgverzekeraar' en 'huisarts' blijkt het merendeel van de criteria niet onderscheidend. Daarom hebben we dit randvoorwaarden genoemd die belangrijk zijn voor het implementeren en uitvoeren van goed casemanagement, ongeacht de gekozen vorm. De volgende randvoorwaarden zijn belangrijk voor goede uitvoering:

### *Vanuit perspectief cliënt/naaste*

- Goede afstemming tussen professionals: zodat cliënt en mantelzorger niet steeds opnieuw hun verhaal hoeven te doen.
- Onafhankelijke blik of positie: er is een 'buitenstaander' die meekijkt of alles goed gaat. Het onafhankelijk kunnen werken houdt allereerst in dat dat deze persoon vanuit het perspectief van degene met dementie en zijn naaste ervaren wordt als 'betrokken buitenstaander', waardoor zij aan de casemanager andere dingen vertellen dan aan andere betrokkenen. Ook betekent het dat de uitvoerder van casemanagement vrije keuze heeft in het aanbieden van zorg en ondersteuning die zo goed mogelijk afgestemd is op de persoon met dementie en zijn of haar naaste. De uitvoerder van casemanagement kan dus voor en met alle zorgaanbieders in de regio zijn werk uitvoeren.
- Voldoende beschikbaar/bereikbaar: zodat de cliënt en mantelzorger altijd iemand hebben die zij kunnen bellen.
- Eén vast persoon als aanspreekpunt die alles regelt.

### *Vanuit perspectief maatschappij*

- Doelmatige inzet van casemanagement dementie: minder intensief waar het kan, intensief waar nodig. Dit houdt in dat de uitvoerder van het casemanagement huisbezoeken en interventies toepast als het zwaarder wordt en minder frequent huisbezoeken aflegt als de persoon met dementie en zijn systeem in een rustiger vaarwater zitten. Uiteraard gebeurt dit in samenwerking en afstemming met andere betrokken professionals.

### *Vanuit perspectief zorgverzekeraars*

- Intercollegiale toetsing: er wordt gewerkt aan professionaliteit van mens en product. Een uitvoerder van casemanagement werkt vanuit een netwerk en heeft samen met collega's uit de regio structureel intervisie en multidisciplinair overleg met de specialist ouderengeneeskunde en psycholoog. De uitvoerder dient geregistreerd te staan in het kwaliteitsregister van de beroepsgroep.
- Regionale inbedding: samenwerking in de wijk en met de huisarts is georganiseerd en vindt structureel plaats. Zo kan steeds rondom een cliënt afgestemd worden wie het beste aanspreekpunt is in dat specifieke geval. Dit betekent niet dat de uitvoerder van casemanagement binnen een wijkteam werkt waardoor het eigen organisatiebelang leidend is. De uitvoerder van casemanagement is onafhankelijk werkzaam. Naast de eerste lijn, moet er ook goede samenwerking zijn met de tweede lijn, zoals de geheugenpoli.
- Positieve, meetbare resultaten: de uitvoerder van casemanagement levert meetbare uitkomsten van het hulpaanbod en werkt methodisch. Over de inzet van de uitvoerder van casemanagement bestaat inzicht in uitkomstindicatoren om kwaliteit, cliënttevredenheid en kosten te duiden.

### *Vanuit perspectief huisarts*

De huisarts is medisch eindverantwoordelijk voor een cliënt. De casemanager voert de regie over de zorgvraag die bij de dementie komt kijken. Daarom zijn de volgende punten belangrijk:

- Heldere afspraken over bereikbaarheid van de uitvoerder van casemanagement voor de huisarts (telefoonnummer en tijden).

- Vaste uitvoerder van casemanagement als aanspreekpunt: niet met teveel verschillende uitvoerders van casemanagement te maken hebben als huisarts, zodat drempel voor doorverwijzing en overleg laag is.
- Rolduidelijkheid bij uitvoerder van casemanagement: uitvoerders voeren hun rol hetzelfde uit, zodat duidelijk is voor de huisarts wat hij van casemanagement kan verwachten.

CONCEPT

## 6 Consequenties en aanbevelingen voor stakeholders

In de verschillende bijeenkomsten, zowel landelijk als met de kerngroep, kwamen regelmatig de consequenties ter sprake als gevolg van het terugbrengen van de modellen. Het lijkt ons van belang deze kort te benoemen. Dit omdat het voor regio's nogal wat kan betekenen om over te gaan naar een van de subvarianten van het 'All the way' casemanagement. De in de volgende alinea's genoemde punten zijn bedoeld om bij te dragen aan deze overgang.

### 6.1 Gevolgen voor de doelgroep

In regio's die nu op een andere manier casemanagement bieden, moet bij de overgang naar een subvariant van het 'All the way' casemanagement rekening gehouden worden met de continuïteit in persoon voor de doelgroep. Er kan in de overgangsfase gekozen worden voor een natuurlijk verloop: de huidige functionaris die het casemanagement uitvoert blijft tot opname of overlijden van de persoon met dementie. Nieuwe mensen krijgen casemanagement aangeboden op de nieuwe manier.

### 6.2 Gevolgen voor dementienetwerken

In de regio's die nu casemanagement op een andere manier aanbieden, moet casemanagement op een andere manier georganiseerd worden. Hierover moet goede afstemming komen met onder andere de zorgverzekeraar en de zorgaanbieders waar de uitvoerders van casemanagement in dienst zijn. Vragen die hierbij beantwoordt dienen te zijn: Hoe gaan we dit realiseren? Zijn er belemmeringen in bekostiging, personeel en andere randvoorwaarden? Moeten er vacatures komen om wachtlijsten te voorkomen? Zijn er voldoende mensen beschikbaar die deze functie kunnen uitvoeren? Is er bijscholing nodig? Is het haalbaar gezien arbeidsmarktsituatie in de regio en zo niet, wat zouden oplossingen kunnen zijn? Hoe implementeren we het nieuwe model? en Als er een transitie nodig is, wanneer is deze gereed? De antwoorden moeten een plek krijgen in het meerjarenplan. Daarnaast moeten verwijzers, zoals geheugenpoli en huisartsen, goed geïnformeerd worden over de nieuwe werkwijze, zodat zij weten waar zij terecht kunnen voor een aanvraag voor casemanagement dementie.

### 6.3 Gevolgen voor zorg- en welzijnsaanbieders

Mogelijk zijn er medewerkers die nu een rol hebben in de uitvoering van casemanagement zoals een POH of een wijkverpleegkundige die geen specialisatie of onvoldoende uren tot hun beschikking hebben. Deze medewerkers dienen een keuze te maken of zij casemanagement blijven uitvoeren. Mochten zij dit willen, dan is het van belang dat zij voldoende bijgeschoold zijn om deze expertiserol uit te kunnen voeren. Daarnaast moeten ze ook (minimaal) 24 uur ingezet kunnen worden in het casemanagement. Bij toenemende werkdruk in de algemene wijkverpleging kan deze vereiste extra onder druk komen te staan. Dit blijkt uit praktijkverhalen van casemanagers dementie.

Als het in een regio niet vanzelfsprekend is dat de uitvoerders van casemanagement onafhankelijk van hun werkgever kunnen opereren is helderheid over de samenwerking nodig om zo een onafhankelijke positie te creëren. Dit kan mogelijk resulteren in organisatorische veranderingen of het opzetten van een aparte organisatie voor casemanagement. Dit is bijvoorbeeld in Limburg gebeurd. Daar worden alle casemanagers 'door zo'n aparte organisatie aangestuurd en werkt men met gedeelde systemen. De mate van financiering door de zorgverzekeraars zal hierbij van invloed kunnen zijn (zie volgende paragraaf).

## 6.4 Gevolgen voor zorgverzekeraars

Onafhankelijk werken blijkt van groot belang. Er zijn regio's met aparte casemanagement-organisaties waar de casemanagers in dienst zijn. Deze organisaties leveren casemanagement in onderaannemerschap van een gecontracteerde zorgorganisatie. Op deze wijze kan gebruik worden gemaakt van de betaaltitel wijkverpleging. Hierop bestaan ook uitzonderingen. Dan hebben de zorgverzekeraar en de aanbieder van casemanagement aparte afspraken gemaakt. Dit geldt bijvoorbeeld voor Geriant en Zeeuwse Zorgschakels. Helderheid en eenduidigheid bij zorgverzekeraars over de financieringsmogelijkheden van aparte casemanagement-organisaties is nodig, zeker gezien de behoefte aan het bieden van onafhankelijk casemanagement.

## 6.5 Gevolgen voor de overheid

Voor zelfstandige casemanagement-organisaties die casemanagers in dienst hebben is het organiseren van de financiering van het casemanagement niet langer meer vanzelfsprekend, sinds de overgang van wijkverpleging naar de Zvw. Zoals in de vorige paragraaf staat beschreven zijn er in sommige regio's uitzonderingsafspraken tussen zorgverzekeraars en de aanbieder. Als een zorgverzekeraar hier niet voor openstaat of als alle zorgverzekeraars een eenduidige aanpak gaan hanteren waarbij dit niet langer mogelijk is, kan dit tot problemen leiden bij deze aanbieders van casemanagement. Een oplossing zou kunnen zijn om een aparte betaaltitel voor casemanagement in het leven te roepen. Dan hoeven organisaties ook niet meer als onderaannemer van een andere organisatie te declareren. Ook lost dit het probleem op dat, als er sprake is van onderaannemerschap, de organisaties niet op dezelfde dag zorg kunnen verlenen omdat er maar één verrichting per dag op één betaaltitel gedeclareerd mag worden.

## 6.6 Opleiders

In regio's waar nu niet met specialisten op het gebied van dementie wordt gewerkt, ontstaat waarschijnlijk een plotselinge toename in vraag naar scholing. Basisopleidingen in mbo en hbo hebben nog te weinig aandacht besteed aan casemanagement en dementie. Het aanbod van de plus-opleidingen voor casemanagement varieert. Zo verminderde in 2014 de vraag door de komst van de wijkverpleging binnen de ZVW in 2015. Nu trekt de vraag weer aan door het nieuwe expertisegebied. Opleiders zijn momenteel in gesprek om hun aanbod te professionaliseren en goed te laten aansluiten op de vereiste criteria. Ook worden de door V&VN erkende opleidingen opgenomen in het kwaliteitsregister V&V.

## 6.7 Beroepsbeoefenaars

De bestaande rol- en taakverdelingen in een regio veranderen, wat zich zal moeten uitkristalliseren. De huidige taak- en rolverdeling is vaak al moeilijk, dus dit is een belangrijk punt bij implementatie.

## Bijlage 1

### Overzicht ervaringen van mantelzorgers met casemanagement dementie

#### Afstemming

- Mantelzorgers wensen betere communicatie met zorgverleners én betere afstemming tussen de bij de zorg betrokken zorgverleners. Mantelzorgers willen betrokken worden bij de zorg voor hun naaste en regelmatig geïnformeerd worden over hoe het gaat.<sup>8</sup>
- De samenwerking met en communicatie tussen de casemanager en andere zorgverleners kan beter volgens de mantelzorgers. Structureel overleg tussen casemanager, huisarts, en andere hulpverleners vergroot zoveel mogelijk de kans dat de persoon met dementie thuis kan blijven wonen.<sup>1</sup>

#### Vast team

- Mantelzorgers willen dat in de (thuis)zorg meer rekening wordt gehouden met dementie; bijvoorbeeld vaste gezichten op vaste tijden om onrust te voorkomen.<sup>8</sup>

#### Eén aanspreekpunt, continuïteit

- *Eén duidelijk en laagdrempelig aanspreekpunt.* Mantelzorgers vinden het positief dat zij dankzij de casemanager één duidelijk en vast aanspreekpunt hebben in de zorg voor de persoon met dementie.<sup>8</sup>
- *Iemand die bij je thuiskomt.* Zowel mantelzorgers als andere professionals noemen dat de casemanager, in tegenstelling tot de meeste andere hulpverleners, een goed inzicht heeft in de thuissituatie, doordat zij bij de mensen thuis komt.<sup>1</sup>
- *Onafhankelijke blik: een betrokken buitenstaander.* Ook voor de persoon met dementie en voor de rest van de familie is de onafhankelijke blik van de casemanager een meerwaarde. De persoon met dementie ervaart de casemanager ook als 'betrokken buitenstaander', waardoor deze aan de casemanager andere dingen vertelt dan aan de mantelzorger en ook meer van hem of haar aanneemt dan van de mantelzorger.<sup>1</sup>
- *Verbetering beschikbaarheid van de casemanager.* De meeste casemanagers werken niet full time en dat kan volgens de mantelzorgers problemen geven in bereikbaarheid en beschikbaarheid.<sup>7</sup>
- *Structurele hulp.* Naasten gaven aan structureel hulp nodig te hebben in het vinden en regelen van zorg en ondersteuning en missen continuïteit wanneer er sprake is van langdurige ondersteuning. Ook missen zij Structurele praktische hulp en ondersteuning na de diagnose werd, net als ondersteuning in hoe om te gaan met onbegrepen gedrag.<sup>6</sup>

#### Regie

- Wens om duidelijkheid over wie de regie heeft.<sup>1</sup>
- *Meedenken bij beslissingen, zonder de regie over te nemen.* Veel mantelzorgers willen de regie niet uit handen geven. Zij vinden dat zij het beste kunnen bepalen wat er nodig is. Sommigen zijn bang dat dat zal gebeuren als ze een casemanager inschakelen. Toch beseffen ze dat het heel zwaar is om alleen moeilijke beslissingen te moeten nemen en ze willen hun kinderen er dikwijls ook niet mee belasten. In die gevallen kan een casemanager de mogelijke keuzes en de consequenties daarvan voorleggen en op die manier meedenken zonder de regie over te nemen en achter de mantelzorger staan.<sup>1</sup>

#### Huisarts

- Beter contact met huisarts/meer kennis bij huisarts over dementie/meer aandacht en ondersteuning van de huisarts/actievare rol/meer begeleiding door huisarts in plaats van een praktijkondersteuner van de huisarts (POH)/ eerder verwijzen voor diagnostiek.<sup>6</sup>

---

<sup>8</sup> Jansen D, Werkman W, Francke AL. Dementiemonitor Mantelzorg 2016: Mantelzorgers over zorgbelasting en ondersteuning. Utrecht, Amersfoort: NIVEL en Alzheimer Nederland; 2016.

- Mantelzorgers geven aan dat de casemanager de zorg tussen de verschillende zorgverleners afstemt. Belangrijk voor hen is ook de terugkoppeling naar de huisarts, zodat de huisarts op de hoogte is van hun situatie zonder dat ze dat zelf telkens hoeven te vertellen.<sup>1</sup>
- De rol van de huisarts bij begeleiding van de persoon met dementie en mantelzorger verandert doordat deze taak primair bij de casemanager ligt. Mantelzorgers blijven ondanks het bestaan van de casemanager nog behoefte houden aan een begeleidende rol en belangstelling van de kant van de huisarts. Dit wijst erop dat de rollen van casemanager en huisarts bij diagnostiek en begeleiding nog niet uitgekristalliseerd zijn en nog niet duidelijk zijn voor mantelzorgers.<sup>1</sup>

#### Wat zou u willen veranderen aan de ondersteuning en zorg die u zelf krijgt?

- *Verbetering van casemanagement/ behoud van de casemanager dementie / continuïteit in casemanager* (minder wisseling)/ graag weer de casemanager dementie terug die nu gestopt is/ graag ook in avonduren contact/ vaker-meer contact met casemanager (rustpunt in de zoveel tijd)/ betere afstemming verzorgen met alle andere betrokkenen/ gesprek met de casemanager zonder cliënt/geen wachtlijst/voortzetting casemanagement na opname van naaste in verpleeghuis.<sup>8</sup>
- *Vast team* van professionals met voldoende deskundigheid (rondom omgaan met naaste met dementie) en affiniteit met de doelgroep.
- *Minder bureaucratie*/één loket voor vragen en hulp/indicatie duurt te lang/ik word tegengewerkt door instanties/aanvraag Persoonsgebonden Budget is veel papierwerk/één totaalpakket met zorg (nu gefragmenteerd/te veel geregeld).
- *Minder bureaucratie en regelgeving*/snellere en minder strenge indicatiestelling/eenvoudiger te regelen/ruimere indicatie/niet telkens opnieuw moeten aanvragen/vlugger opschalen-meer dagen opvang/reageren op vragen/laagdrempelige toegang tot zorg/ minder reorganisaties, veranderingen/ door nieuwe zorgwet gebonden aan woonplaats waardoor vrijwilligers die beschikbaar zijn (vanuit andere gemeente) niet mogen komen/geen bulk gedachten/digitaal zorg aanvragen/ /het duurt te lang voordat er extra zorg geregeld wordt/ totaalpakket aan zorg aanbieden.
- *Eerdere diagnose* dementie/betere ondersteuning in beginstadium.
- *Aanspreekpunt buiten kantooruren*/voor noodgevallen/crisis (dag en nacht).<sup>1</sup>

#### Wat zou u willen veranderen aan de ondersteuning en zorg die u zelf krijgt? <sup>8</sup>

- casemanager meer tijd voor de naaste;
- casemanager eerder inschakelen;
- vaste, persoonlijke begeleider/vaker contact;
- jammer dat casemanagement werd overgenomen door wijkverpleegkundige;
- meer huisbezoeken/minder doelgericht;
- graag de begeleiding van een casemanager weer terug;
- één persoon die inschat welke hulp in dit geval het meest effectief is: er zijn teveel mensen en instanties met één persoon bezig.

#### Succesfactoren van casemanagement

Zowel mantelzorgers, als casemanagers en professionals noemden de volgende succesfactoren:

- De casemanager weet de weg en zet de zorg snel in gang.
- De casemanager stemt de zorg van de verschillende ketenpartners goed af.
- De casemanager is bij uitstek deskundig op het gebied van dementie.
- De casemanager geeft ook ondersteuning en begeleiding aan de mantelzorger en niet alleen aan de persoon met dementie.
- Er is één duidelijk en laagdrempelig aanspreekpunt voor mensen met dementie en mantelzorgers.
- De casemanager heeft goed inzicht in de situatie van persoon met dementie en mantelzorger omdat hij bij hen thuis komt.

Daarnaast noemden de mantelzorgers nog:

- De casemanager heeft een onafhankelijke blik: een betrokken buitenstaander.
- De mantelzorger heeft een achterwacht die hij altijd kan bellen. <sup>8</sup>