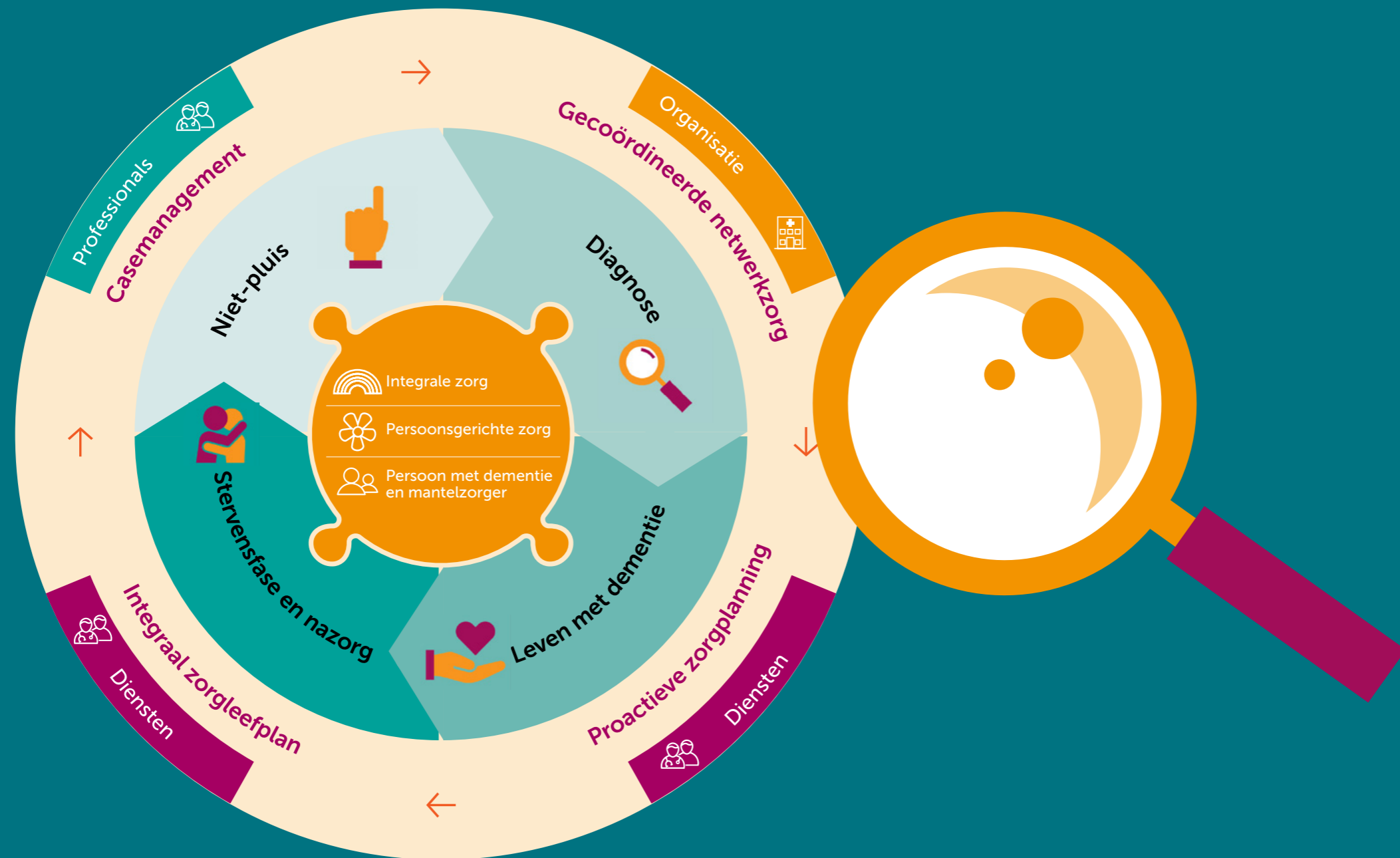


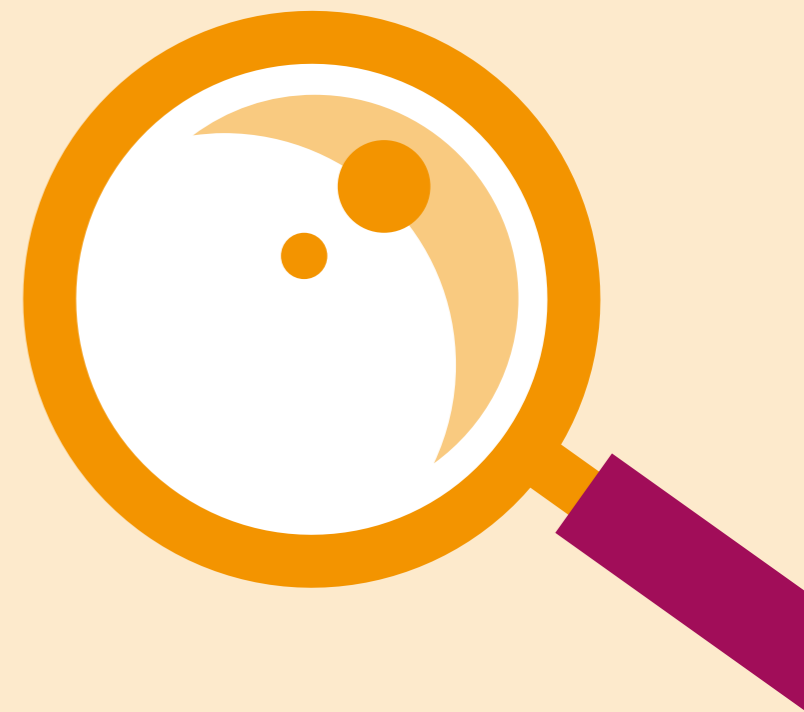
# De kluwen ontrafeld: Knelpuntenanalyse bij een schottenvrije dementiezorg



Mogelijke financiële knelpunten, oplossingsrichtingen en voorbeelden bij implementatie van de Zorgstandaard

## Inhoud

Waarom dit kennisproduct?	3
Aanbeveling 3- Casemanagement dementie	4
Aanbeveling 4- Gecoördineerde netwerkzorg	6
Aanbevelingen 11 en 20- Ondersteuning bij huishoudelijke en persoonlijke verzorging	7
Aanbeveling 17- Poliklinische ziekenhuiszorg	11
Aanbeveling 19- Respijtzorg	12



# Waarom dit kennisproduct?



Het afgelopen jaar heeft Dementiezorg voor Elkaar de vernieuwde Zorgstandaard Dementie opgeleverd.

In de Zorgstandaard Dementie staan 25 aanbevelingen. Bij de uitvoering van een aantal van deze aanbevelingen kunnen financiële knelpunten ontstaan. In gesprekken en bijeenkomsten met netwerkcoördinatoren van netwerken dementie in 2020 zijn deze knelpunten verzameld en zijn mogelijke oplossingsrichtingen verkend.

## Financiële knelpunten

Het doel van dit kennisdossier is om oplossingsrichtingen en voorbeelden te bieden aan netwerken die in de praktijk met financiële knelpunten in de zorg voor mensen met dementie te maken hebben. Het dossier is niet af. Op termijn zullen wetswijzigingen of nieuw landelijk beleid bepaalde knelpunten (voor een deel) oplossen. Ook worden in de praktijk mogelijk nog meer oplossingsrichtingen bedacht. Dit dossier heeft daarnaast als doel om partijen bewust te maken van de knelpunten die door de huidige wet- en regelgeving kunnen ontstaan bij het organiseren van integrale dementiezorg en –ondersteuning.

## Opbouw kennisproduct

In deze knelpuntenanalyse vindt u een overzicht van alle financiële knelpunten die netwerkcoördinatoren en zorgprofessionals ervaren. Ieder knelpunt wordt toegelicht en er worden oplossingsrichtingen en een praktijkvoorbeeld gegeven, om netwerken te helpen zelf met oplossingen aan de slag te gaan.

Heeft u zelf suggesties of aanvullingen voor de oplossingen van de knelpunten, laat het ons weten! ([info@dementiezorgvoorelkaar.nl](mailto:info@dementiezorgvoorelkaar.nl)).

## Aanbeveling 3- Casemanagement dementie

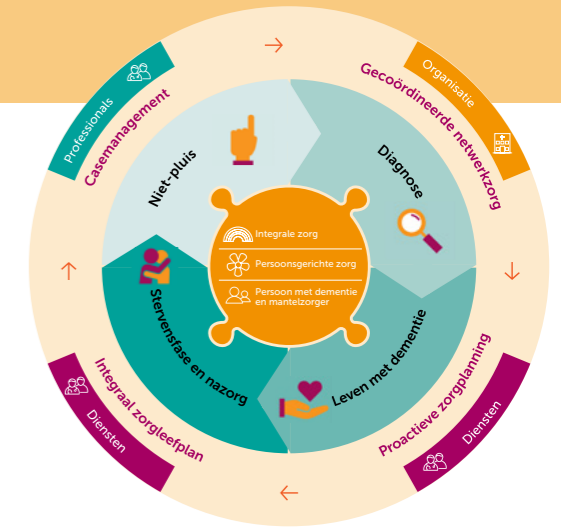
### Aanbeveling 3:

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.



Professionals

Casemanagement



### Mogelijk knelpunt

1. Casemanagement vóór diagnose wordt niet vergoed vanuit de Zvw.



### Toelichting

De casemanager dementie begeleidt cliënten vaak richting diagnosetraject. De zorgverzekeraar vergoedt activiteiten van een casemanager dementie pas als de diagnose dementie is vastgesteld. Dus wanneer iemand zich in de niet-pluisfase bevindt en nog geen diagnose heeft, wordt casemanagement niet vergoed.



### Oplossingsrichting

Enkele dementienetwerken hebben met zorgverzekeraars afgesproken dat zij wel een casemanager kunnen leveren in de niet-pluisfase. Deze zorgverzekeraars geven in de inkoopvoorwaarden aan dat de Zorgstandaard Dementie wordt toegepast en dat casemanagement ook wordt vergoed wanneer er nog geen diagnose is. Casemanagement bij een vermoeden van dementie wordt dan ook vergoed.

### Voorbeeld

In Noord-Limburg is dementiezorg op een integrale manier georganiseerd. Hier is een samenwerkingsconvenant gesloten en de zorgorganisaties en de gemeenten zitten met elkaar om de tafel. De dementienetwerken zijn onafhankelijk en bestaan uit zorgorganisaties, welzijnsorganisaties, VGZ, huisartsen, Alzheimer Nederland en ziekenhuizen. Eén van de zorgorganisaties koopt casemanagement/wijkverpleging in namens het netwerk. Casemanagers staan op de loonlijst van hun moederorganisaties en de netwerkcoördinator stuurt ze aan. Er mag een half uur casemanagement per week per cliënt gedeclareerd worden. Hierdoor hebben de organisaties in de regio voldoende financiële middelen voor casemanagement en ondervinden deze organisaties geen problemen met de bekostiging.



### Mogelijk knelpunt

2. Onvoldoende casemanagers beschikbaar



### Toelichting

In veel regio's zijn er onvoldoende casemanagers beschikbaar om al bij de niet-pluifase ingeschakeld te worden. Er is zelfs een wachtlijst van mensen die al wel de diagnose hebben gekregen.



### Oplossingsrichting

Andere professionals meer/beter inzetten. Welzijnsprofessionals kunnen bijvoorbeeld een grotere rol spelen in het één op één begeleiden van cliënten, waardoor casemanagers tijd overhouden voor de coördinerende taken.

### Voorbeeld

Door de sluiting van de dagbesteding en ontmoetingscentra tijdens de eerste corona-golf werd één-op-één begeleiding geboden door welzijnsprofessionals. Hierdoor was er meer ruimte voor de casemanagers om een stapje terug te doen en komen casemanagers beter uit met het tarief.

### Mogelijk knelpunt

3. Uren wijkverpleging ontoereikend voor casemanagement

### Toelichting

Casemanagement wordt vergoed met hetzelfde integrale tarief als een reguliere wijkverpleegkundige. Vaak wordt aangegeven dat dit tarief niet toereikend is voor alle werkzaamheden die een casemanager dementie verricht, omdat zij daar meer uren voor nodig heeft.

### Oplossingsrichting

Voor casemanagement wordt een indicatie gesteld waarbij de tijdseenheid ingevuld wordt. Als duidelijk is wat er nodig is, kan de casemanager meer tijd invullen.

### Voorbeeld

Het integraal tarief is een gemiddelde van persoonlijke verzorging en verpleging. De casemanagers zouden het maximale tarief van verpleging behoren te ontvangen. Maar dat blijkt met de verzekeraars niet goed af te spreken. Met een enkele casemanager is dit te compenseren, maar met een grote groep casemanagers of gespecialiseerd verpleegkundigen leidt dit tot een financieel tekort en vormt dit een knelpunt.

## Aanbeveling 4- Gecoördineerde netwerkzorg

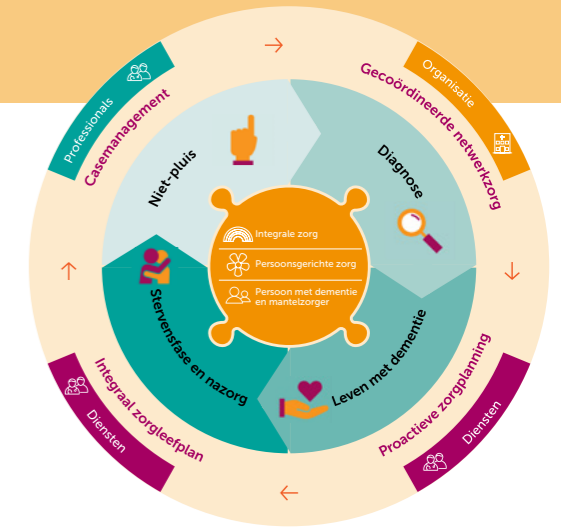
### Aanbeveling 4:

De samenwerkingspartners in het dementie-netwerk maken concrete samenwerkingsafspraken, leggen deze afspraken vast in een overeenkomst en monitoren deze afspraken periodiek.



Organisatie

Gecoördineerde netwerkzorg



### Mogelijk knelpunt

1. Financiering van de netwerkcoördinator



### Toelichting

Er is veel verschil in financiering van netwerkcoördinator, o.a. afhankelijk van de zorgverzekeraar en gemeente. Sommige netwerken vallen uiteen door gebrek aan een (betaalde) netwerkcoördinator.



### Oplossingsrichting

Eénduidige en structurele financiering van de netwerkcoördinator kan goed lopende dementienetwerken ook in de toekomst behouden.

### Voorbeeld

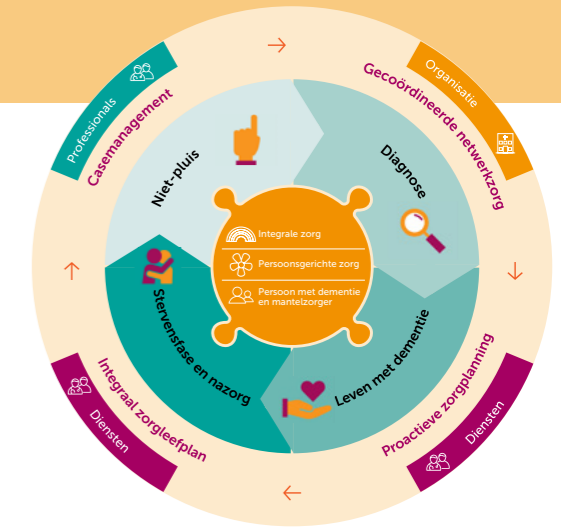
In sommige regio's wordt het ontbreken van structurele ondersteuning door de zorgverzekeraar opgevangen door een individuele zorgorganisatie of coöperatie van organisaties, die de netwerkcoördinator financiert. In sommige gevallen levert de gemeente een bijdrage. Mogelijk wordt in 2025 overgegaan op een centrale financiering van het netwerk. Dit is een van de uitgangspunten in de uitwerking van de dementiestrategie.

### Aanbeveling 11:

Een zo vast en klein mogelijk team van hulpverleners, die voor personen met dementie en hun mantelzorgers herkenbaar zijn, biedt (assistentie bij) huishoudelijke zorg of ondersteuning bij Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL).

### Aanbeveling 20:

De betrokken extramurale professionals en professionals in het verpleeghuis dragen gezamenlijk verantwoordelijkheid voor een warme overdracht met achtergrondinformatie en actueel zorgleefplan.



### Mogelijk knelpunt

1. Een cliënt die van Wmo/Zvw overgaat naar Wlz kan soms niet dezelfde hulpverleners behouden (het 'vaste team' valt weg).



### Toelichting

Bij een Wlz-indicatie kunnen de Zvw-zorgaanbieders geen Wlz-zorg leveren als ze geen contract hebben met het zorgkantoor. De casemanager en de rest van het vaste team vallen weg. Cliënten vinden het vaak moeilijk dat hulpverleners die al jaren over de vloer komen, niet meer kunnen komen omdat de cliënt een Wlz-indicatie heeft gekregen.



### Oplossingsrichting

- Van tevoren tijd incalculeren voor het leveren van nazorg. Dat wil zeggen dat casemanagers nazorgconsulten die in de Wlz-situatie plaatsvinden, schrijven vóórdat het dossier van de Zvw wordt afgesloten. Zo blijft in elk geval de vertrouwde casemanager betrokken bij de overgang naar Wlz-zorg.
- Er bestaat een overbruggingsperiode van dertien weken, waarmee cliënten hun zorgverleners in de overgang van de wetten tijdelijk kunnen behouden (zie oplossingsrichting knelpunt 3).
- Integrale zorg voor mensen met dementie vraagt om integrale bekostiging. Eén pot geld voor een cliënt met dementie waardoor je als netwerk de zorg voor deze cliënt integraal kan organiseren.
- Via PGB de vertrouwde hulpverlening behouden.
- Oude zorgaanbieders die geen contract hebben met zorgkantoor kunnen hulp blijven bieden onder de Wlz als ze in onderaannemerschap van een gecontracteerde hoofdaannemer werken.

### Voorbeeld

De verlengde inzet casemanagement dementie blijkt veel op te leveren: [Voorbeeld verlengde inzet casemanager in verpleeghuis levert veel op- Dementiezorg voor Elkaar](#)



### Mogelijk knelpunt

2. Een cliënt moet zijn/haar verhaal vaak aan meerdere professionals vertellen.



### Toelichting

Volgens wet- en regelgeving voert medewerker van het CIZ een keukentafelgesprek en stelt de Wlz-indicatie. De casemanager dementie of wijkverpleegkundige bereidt met cliënten het gesprek voor aanvraag bij het CIZ voor. Hierdoor moeten cliënten opnieuw hun verhaal vertellen. Hetzelfde geldt vaak voor Wmo-ondersteuning. Hiervoor is het nodig dat de Wmo-consulent een keukentafelgesprek voert voor indicatie. Dit betekent voor de cliënt dat er weer een andere professional over de vloer komt.



### Oplossingsrichting

Wijkverpleegkundige en/of casemanager geven zwaarwegend advies voor Wmo-ondersteuning (huishoudelijke hulp of dagbesteding) en de gemeente of het CIZ hoeft alleen nog te indiceren/tekenen.

### Voorbeeld

Er zijn al gemeenten en zorgaanbieders die hierover afspraken hebben gemaakt en buiten de kaders denken. In dit artikel zijn drie voorbeelden beschreven die anderen kunnen inspireren: [Casemanagement-Wmo-indicering.pdf](#)

### Voorbeeld

In Delfzijl kan een getrainde wijkverpleegkundige de Wmo-ondersteuning indiceren: [Pilot in Delfzijl: casemanagers die Wmo indiceren](#)





### Mogelijk knelpunt

3. De zorgval is een aanhoudend probleem.



### Toelichting

De zorgval is nog steeds een probleem voor mensen die op de wachtlijst staan. Juist in de overgangperiode van Zvw- naar Wlz-zorg hebben mensen veel zorg nodig, maar krijgen ze juist minder. Ook geen casemanagement dementie. Zij betalen in de Wlz ook een hogere eigen bijdrage. Hierdoor wachten mensen vaak met de aanvraag waardoor de situatie kan verergeren en er soms een crisisopname nodig is.



### Oplossingsrichting

Beter gebruikmaken van de overbruggingszorg. Er wordt in de praktijk nog weinig gebruik gemaakt van de overbruggingsperiode van dertien weken. Als de zorg vanuit een MPT of VPT nog niet geboden kan worden, kunnen dezelfde zorgverleners nog maximaal dertien weken in de thuissituatie blijven komen. Lees meer in: [Overbruggingszorg en andere transitieperioden, Zorginstituut Nederland](#)

### Voorbeeld

In Ede, Dongen en Hollandscheveld zijn experimenten gedaan met een domeinoverstijgende samenwerking tijdens de overgang van thuis naar het verpleeghuis. Uit evaluatieonderzoek in opdracht van VWS bleek dat deze experimenten heel positief zijn ervaren. Lees hier meer over in: [Evaluatie domeinoverstijgend samenwerken in Dongen, Ede en Hollandscheveld - Waardigheid en trots](#)

### Mogelijk knelpunt

4. Een warme overdracht tijdens de overgang van Wmo/Zvw naar Wlz is niet altijd mogelijk.

### Toelichting

Een warme overdracht door de casemanager naar een nieuwe organisatie wordt niet vergoed doordat:

- cliënt in Wlz-organisatie geen Zvw-indicatie meer heeft;
- organisatie die casemanager levert niet altijd een contract heeft met zorgkantoor (Wlz);
- bij opname bij een zorgorganisatie er maar één Zvw-declaratie plaats kan vinden.

### Oplossingsrichting

- Volgens de Zorgstandaard Dementie heeft de casemanager het recht om zes tot acht weken nazorg te leveren. Ook als de cliënt wordt opgenomen. Die nazorg kan gebruikt worden voor een warme overdracht. Om een vergoeding te krijgen, moet die tijd wel van tevoren ingecalculereerd worden.
- Bij enkele verzekeraars is een afsluitend gesprek bij het reguliere integraal tarief inbegrepen. Het is dan onderdeel van het pakket. Om een vergoeding te krijgen, moet dit gesprek wel geregistreerd worden als het laatste nazorgconsult.



### Mogelijk knelpunt

5. Verlengde inzet van casemanager voor nazorg voor mantelzorgers wordt niet vergoed.



### Toelichting

Mantelzorgers komen op het moment dat hun partner verhuist mogelijk in een isolement terecht. Er is vaak veel aandacht voor de opvang van de cliënt in de nieuwe woonsituatie en de mantelzorger blijft vaak achter met schuldgevoelens en een rouwproces. De casemanager (met wie zij vaak een vertrouwensband hebben) kan dan niet verlengd worden ingezet.



### Oplossingsrichting

Mantelzorgondersteuning kan soms ook uitgevoerd worden in samenwerking met het steunpunt mantelzorg van de gemeente. Of eventueel met de praktijkondersteuner van de huisarts (POH) als er netwerkafspraken zijn, of met het woonzorgcentrum waar de partner naar is verhuisd.

### Voorbeeld

In Dordrecht is een pilot geweest over de verlengde inzet van de casemanager. Daaruit bleek dat deze verlengde inzet veel problemen bij mantelzorgers kan voorkomen. Op basis van de pilot erkende de zorgverzekeraar dat ze niet wisten hoe ze het moeten financieren, omdat het niet geborgd is in Wlz of Zvw. Je zou kunnen zeggen dat het vanuit de gemeente moet worden geregeld, omdat het indirect ook als mantelzorgondersteuning geldt. In elk geval is deze ondersteuning door de casemanager nu nergens gedekt en het zou goed zijn om dit in breder verband met zorgverzekeraars te bespreken.

### Voorbeeld

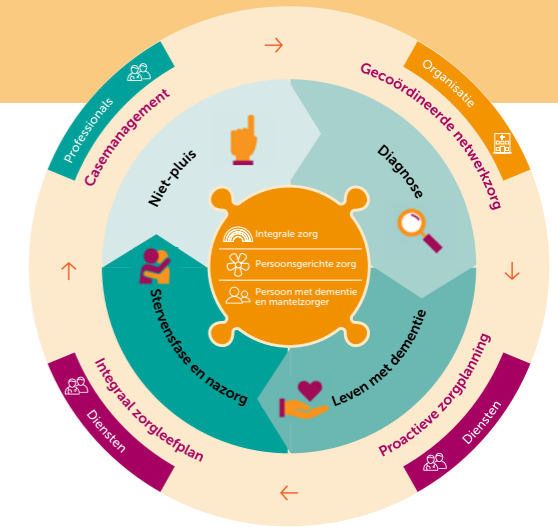
Toen een mantelzorger ondersteuning nodig had nadat zijn vrouw was opgenomen, heeft het cliëntpaar het casemanagement drie maanden kunnen aanhouden doordat de wijkverpleging de mantelzorger vanuit de nazorg wekelijks kon blijven zien. Volgens de casemanager kan je in de eerste weken wel iets blijven doen, daarin moet je ook een beetje creatief zijn.

### Aanbeveling 17:

In het ziekenhuis is poliklinische zorg afgestemd op de behoeften van personen met dementie en is overdracht naar huisarts en casemanagement professional geregeld.



### Poliklinische ziekenhuiszorg



### Mogelijk knelpunt

1. Tijd voor multidisciplinaire overleggen (MDO) kan niet worden gedeclareerd vanuit de Zvw.



### Toelichting

Indirecte tijd is niet declarabel. Er is geen prestatiecode waarmee je nazorg, overdracht en ook MDO-tijd kunt registreren en declareren. Dit gaat vaak ten koste van een goede overdracht tussen bijvoorbeeld het ziekenhuis en wijkverpleging.



### Oplossingsrichting

Overleg tussen professionals en coördinatie van samenwerkingsverbanden en netwerken kosten tijd, maar zijn noodzakelijk voor goede en efficiënte zorg en ondersteuning. Tijd voor coördinatie en interdisciplinair overleg zou een onderdeel van betaaltitels van zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten moeten zijn. Bijvoorbeeld het multidisciplinair overleg dat volgens de Handreiking Kwetsbare ouderen thuis nodig is. Bij de inkoop kan samenwerken ook als voorwaarde worden gesteld. Middelen die door verbeteringen worden bespaard, zouden (ten dele) benut moeten kunnen worden door het samenwerkingsverband.

### Voorbeeld

Zorgaanbieder Aafje in Rotterdam doet mee aan de Transmurale Zorgbrug. Daarin is een werkwijze afgesproken voor kwetsbare ouderen die na een ziekenhuisopname naar huis gaan. Met alle zorgverzekeraars die thuiszorg vergoeden, heeft Aafje nu besproken dat ze wijkverpleegkundigen willen inzetten wanneer iemand in het ziekenhuis is opgenomen. Casemanagers vallen ook onder deze afspraak. Dankzij deze afspraken kan de wijkverpleegkundige/casemanager nu ook de tijd registreren en declareren die besteed wordt aan de cliënt, terwijl deze in het ziekenhuis ligt. Dit is mogelijk omdat de ziekenhuiszorg en de thuiszorg beide onder de Zvw vallen.

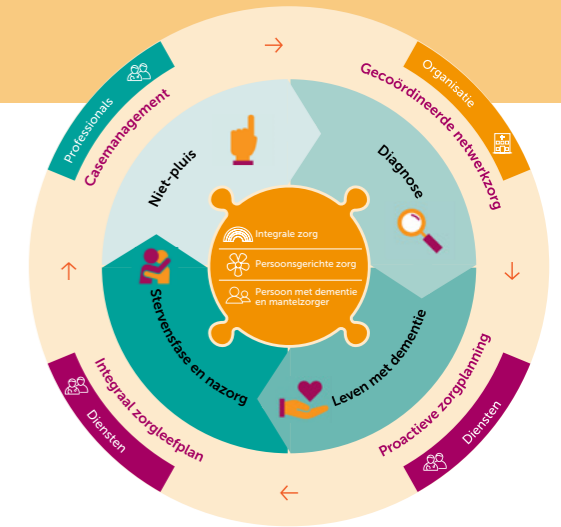
Lees meer in: [Casemanagement-Wmo-indicering](#)

### Aanbeveling 19:

Er zijn geschikte, voldoende en op maat gesneden (flexibele) respijtvorzieningen in de buurt, afgestemd op behoeften en (culturele) achtergronden van mantelzorgers en personen met dementie.



### Respijtzorg



### Mogelijk knelpunt

1. Het vinden van passende respijtzorg is vaak lastig en tijdrovend.



### Toelichting

Het kost casemanagers veel moeite om binnen korte tijd de juiste plek voor een cliënt te vinden om de mantelzorger te ontlasten.



### Oplossingsrichting

In 2019 werkten tien gemeenten in een aantal pilots samen met partners aan de verbetering van logeerszorg (een belangrijk onderdeel van respijtzorg). Dit rapport beschrijft de resultaten over de behoefte, het aanbod en het gebruik van logeerszorg: [Pilots logeerszorg- Movisie](#)

### Voorbeeld

In het ontmoetingshuis van de King Arthur Groep is ruimte voor tijdelijke logeerszorg gemaakt speciaal voor het ontlasten van mantelzorgers. Het is geen crisisopvang. Lees hier meer over dit project: [Logeren en ontmoeten in het ontmoetingshuis bij King Arthur Groep](#)



### Mogelijk knelpunt

2. Financiering respijtvorzieningen: deze bevinden zich vaak op het snijvlak van Wmo/Zvw/Wlz



### Toelichting

De kosten voor de respijtzorgvoorziening vallen binnen de Wmo. Door respijtzorg voorkom je opname van de cliënt of zware Zvw-zorg. De baten van de Wmo-respijtzorg liggen dan bij de Zvw en Wlz. Zie hier hoe de verschillende vormen van respijtzorg gefinancierd worden: <https://www.movisie.nl/artikel/wetten-financiering-respijtzorg>



### Oplossingsrichting

Afspraken binnen het netwerk, denk aan:

- Spreid de kosten over meerdere gemeenten door één of meerdere voorzieningen te organiseren voor meerdere gemeenten.
- De schaalgrootte kan ook van belang zijn om met de zorgverzekeraar in de regio het gesprek aan te gaan. Het kan dan helpen om aan te sluiten bij de regionale overlegstructuur tussen zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten. Op die manier hoeft de zorgverzekeraar voor één regio maar met één aanbieder afspraken te maken over de inzet van verzorging en verpleging vanuit de Zvw.
- Stel een lumpsum financiering vast: de gemeente en/of zorgverzekeraar stellen een vast bedrag beschikbaar om logeertzorg binnen een bepaalde periode te realiseren.
- Maak binnen het logeertarief onderscheid in een verblijfscomponent en een

- zorgcomponent (naar voorbeeld van pilot Strandgoed Ter Heijde). Op die manier kun je werken naar een heldere verdeling tussen het verblijf wat onder (financiële) verantwoordelijkheid valt van de gemeente en de zorg die onder (financiële) verantwoordelijkheid valt van de Zvw.
- Om meer inzicht te krijgen in de mate waarin er sprake is van een preventief en kosten -besparend effect zouden zorgvragers die over een langere periode met een bepaalde frequentie gebruik maken van logeertzorg moeten worden gevolgd en bevraagd.
- Zie ook: <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2020-07/Pilots-Logeertzorg-behoefte-gebruik-aanbod.pdf>

### Voorbeeld

De zes Peelgemeenten (Helmond en omstreken) hebben één voorziening gerealiseerd voor respijtzorg en die verhoudingsgewijs bekostigd naar grootte van de zes gemeenten. Dit vraagt echter wel een lange-termijnvisie en bereidheid van gemeentebesturen om vanuit regionaal perspectief naar een gezamenlijk vraagstuk te kijken. (<https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2020-07/Pilots-Logeertzorg-behoefte-gebruik-aanbod.pdf>)

## Colofon

### OVER

Deze uitgave is tot stand gekomen binnen het praktijkverbeterprogramma Dementiezorg voor Elkaar. Overname uit deze publicatie is toegestaan op voorwaarde van bronvermelding.

### AUTEURS

Barbara de Groen (Vilans)  
Marloes Berkelaar (Vilans)

### TEKSTREDACTIE

D-taled

### VORMGEVING / ONTWERP

Taluut

December 2021

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