

Vergaderjaar 2016–2017

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 816**

### **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 3 april 2017

Steeds vaker kan je als zorgprofessional, mantelzorger of zomaar op straat te maken krijgen met mensen met dementie die een speciale benadering of zorg nodig hebben. Hiervoor is persoonsgerichte en integrale zorg nodig, waarbij de samenwerking van professionals over de domeinen heen optimaal is. Er zijn veel goede ideeën over hoe deze complexe zorg vanuit de praktijk kan worden verbeterd. Ik heb daarom een tweetal programma's opgezet die dit proces ondersteunen. In deze brief informeer ik u over de start van het nieuwe programma «Dementiezorg voor elkaar» en de voortgang van het «Actieplan casemanagement dementie».

#### **Samenvatting**

Het in maart gestarte praktijkverbeterprogramma «Dementiezorg voor elkaar» en het reeds lopende «Actieplan casemanagement dementie» dragen bij aan het verbeteren van de dementiezorg in Nederland. Zo werken verzekeraars samen aan eenduidig inkoopbeleid op het gebied van casemanagement én wordt er vanuit de beroepsgroep inhoud gegeven aan de vraag waar de functie casemanagement aan moet voldoen en hoe dit in de praktijk kan worden ingebed. Daarnaast jaagt het signaalteam casemanagement de regionale partijen actief aan om problemen met elkaar op te lossen. Ook de wachtlijstaanpak is hier onderdeel van. De volgende stap is dat deze verbeterslag ook zichtbaar wordt voor de cliënt en zijn mantelzorger. Om het Actieplan af te ronden moet er nog veel gebeuren. Dit vergt inzet en commitment van alle partijen.

## **Start van het programma «Dementiezorg voor elkaar»**

Op 1 maart 2017 is het praktijkverbeterprogramma «Dementiezorg voor elkaar» van start gegaan. In de Kamerbrief van 22 december 2016<sup>1</sup> heb ik toegezegd u over dit programma te informeren. Het programma is – als onderdeel van het Deltaplan Dementie – ontwikkeld door Movisie, Nivel, Pharos, Trimbos-instituut en Vilans met als doel de praktijk te ondersteunen om dementiezorg in de thuissituatie naar een hoger plan te brengen.

Ik heb de genoemde instellingen voor de uitvoering van het programma over de periode 2016–2020 in totaal € 6 miljoen subsidie verleend. Vilans is verantwoordelijk voor de algemene leiding en heeft daarvoor per 8 februari 2017 prof. dr. Robbert Huijsman als programmaleider aangesteld. In de bijlage vindt u een beschrijving van de opzet van het programma<sup>2</sup>.

## **Voortgang van het «Actieplan casemanagement dementie»**

Bij de zorg voor mensen met dementie speelt casemanagement een belangrijke rol. Het «Actieplan casemanagement dementie» moet ervoor zorgen dat casemanagement beschikbaar is en blijft voor eenieder die dat nodig heeft. Ik informeer u in deze brief – zoals toegezegd in het algemeen overleg Decentralisatie Wmo, Wijkverpleging en Palliatieve zorg (Kamerstukken 29 538 en 34 104 en 29 509, nr. 237) en het algemeen overleg Eerstelijnszorg en Mondzorg van respectievelijk 1 februari en 21 februari jongstleden (Kamerstukken 32 620 en 33 578, nr. 188) – over de voortgang van het Actieplan, het signaalteam en de wachtlijstaanpak.

### Voortgang bouwstenen van het Actieplan casemanagement

Afgelopen zomer zijn de partijen gestart met de uitvoering van de bouwstenen die in het Actieplan casemanagement zijn opgenomen. Nu – iets meer dan een half jaar later – is het tijd om de tussenstand op te maken. Daarom heb ik mij door de projectleider van het Actieplan laten informeren over de voortgang en de uitvoering van de verschillende bouwstenen. Hieruit blijkt dat – gecoördineerd en aangejaagd door de door mij aangestelde projectleider – door alle betrokkenen veel werk is verzet. Zo is onder andere met elkaar in kaart gebracht welke regionale zorgprogramma's er zijn, hoe casemanagement op dit moment in Nederland concreet wordt ingevuld, wat het gebruik is van casemanagement, in hoeverre er wachtlijsten bestaan voor casemanagement en welke stappen nog nodig zijn om casemanagement in de toekomst te borgen. Daarnaast is via het signaalteam een platform geboden om knelpunten in de praktijk aan de orde te stellen en op te lossen.

Tegelijk is duidelijk dat er nog verschillende stappen gezet moeten worden om het Actieplan succesvol af te ronden. Dit vraagt inzet van alle betrokken partijen. Daarom wordt de volgende maanden prioriteit gegeven aan een tweetal trajecten: het bereiken van consensus over de werkwijze en inhoud van casemanagement en een eenduidig inkoopbeleid van verzekeraars.

<sup>1</sup> Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 129

<sup>2</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

## *1. Consensus over de inhoud en werkwijze van casemanagement dementie*

De afgelopen jaren blijkt er in de praktijk een grote variatie aan werkmodellen te zijn ontstaan, variërend van een gespecialiseerde casemanager tot modellen waarbij de wijkverpleegkundige casemanagement biedt (met een casemanager als coach). Ook tussenvormen komen voor. Deze variëteit in modellen hoeft niet tot problemen te leiden, mits alle modellen aan een duidelijke standaard voldoen. Het is hiervoor cruciaal dat er consensus bestaat over wat goed casemanagement is en wie deze zorg zou moeten leveren. Om hiervoor te zorgen heb ik een tweetal acties in gang gezet.

Allereerst zal de bestaande Zorgstandaard Dementie moeten worden vernieuwd. Dit proces heb ik ondergebracht bij het hierboven genoemde praktijkverbeterprogramma «Dementiezorg voor elkaar». (In de bijlage vindt u een beschrijving van de opzet van het programma)<sup>3</sup>.

Ten tweede zullen, medio dit jaar, samen met het Zorginstituut en V&VN drie panelbijeenkomsten worden georganiseerd over de beroepsmatige inhoud van casemanagement, en de competenties en opleidingsprofielen die daarvoor nodig zijn. Daarvoor zullen ervaren professionals worden uitgenodigd. In een vierde bijeenkomst zal met opleiders worden bekeken hoe dit in de bestaande opleidingen casemanagement dementie kan worden ingebed.

Ik vind het van groot belang dat partijen met elkaar bepalen waar de functie casemanagement aan moet voldoen en welke competenties daarvoor nodig zijn. Ik ben mij er namelijk van bewust dat het voor deze kwetsbare groep noodzakelijk is dat kwalitatief goede ondersteuning kan worden geboden passend bij hun ziektebeeld. Ik zie er daarom op toe dat er in de zomer een geactualiseerd en breed gedragen functie- en competentieprofiel voor casemanagement is ontwikkeld, waarna de grote variëteit aan werkmodellen aan deze norm kan worden getoetst.

## *2. De zorginkoop 2018 voor casemanagement bij dementie*

Om ervoor te zorgen dat casemanagement beschikbaar is voor eenieder die dat nodig heeft, is een eerste vereiste dat deze zorg voldoende wordt ingekocht door de zorgverzekeraars. Een eenduidig inkoopbeleid bij alle zorgverzekeraars met specifieke afspraken over casemanagement helpt daarbij. Op die manier zou, via de inkoop, «rust en herstel» doorgetrokken kunnen worden naar 2018. Ten behoeve van het opstellen van de inkoopdocumenten voor 2018 maken zorgverzekeraars daarom op dit moment met elkaar afspraken over hoe casemanagement dementie moet worden opgenomen. Input voor deze afspraken is de inkoopenquête die de projectleider vanuit het Actieplan heeft uitgevoerd om te meten hoe ketenregisseurs het contracteerproces hebben ervaren. De resultaten van deze enquête zullen binnenkort vastgesteld worden in een Bestuurlijk Overleg en kunnen dan benut worden door de zorgverzekeraars. In april verschijnt bovendien de NZa inkoopmonitor wijkverpleging, waarin in kaart wordt gebracht hoe het contracteerproces over het jaar 2017 tussen verzekeraars en aanbieders is verlopen. Ook deze inkoopmonitor zal input geven aan de afspraken.

Naar aanleiding hiervan zullen de verzekeraars medio april komen tot een gezamenlijk voorstel voor eenduidige inkoopafspraken over casemanagement dementie. Vanwege de invloed die de resultaten van dit proces

<sup>3</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

hebben op de afspraak dat inkoopdocumenten voor 1 april gereed moeten zijn, kunnen verzekeraars vanuit de NZa-regeling Transparantie Zorginkoopproces<sup>4</sup> gebruik maken van de mogelijkheid om de inkoopdocumenten na 1 april te wijzigen op punten met betrekking tot casemanagement die voorafgaand aan dit proces niet voorzien waren.

Ik reken erop dat deze afspraken ertoe zullen leiden dat alle verzekeraars zorg zullen inkopen conform de huidige Zorgstandaard Dementie. Dat wil zeggen dat er via de inkoop voor moet worden gezorgd dat casemanagement op voldoende niveau ingekocht wordt, waarbij continuïteit in persoon en voldoende deskundigheidsniveau uitgangspunt is. Bovendien verwacht ik dat verzekeraars er zorg voor dragen dat de ketenprestatie dementie voldoende wordt ingekocht, zodat de bestaande netwerkstructuren behouden blijven. Ik monitor de voortgang van dit proces op de voet.

#### Werken aan «rust en herstel» vanuit het signaalteam

De hierboven beschreven acties vormen belangrijke randvoorwaarden om de kwaliteit van casemanagement structureel en op de (middel)lange termijn te verbeteren. Daarnaast werken partijen vanuit het signaalteam samen aan het oplossen van *actuele* situaties waaruit blijkt dat mensen die casemanagement nodig hebben dit niet kunnen krijgen of dit dreigen kwijt te raken. Om deze praktijksignalen aan te pakken moeten regionale partijen zelf werken aan oplossingen. Het signaalteam is een goed middel om dit proces aan te jagen en te faciliteren. Hierbij vertrouw ik erop dat alle partijen zich inzetten om de gezamenlijke afspraken over «rust en herstel» tot uitvoering te brengen.

Bij deze brief vindt u een beschrijving van de werkwijze van het signaalteam casemanagement en een overzicht van de signalen. De meeste signalen zijn gericht op zorgen rondom wachtlijstproblematiek, de gevolgen van het beëindigen of anders vormgeven van dementienetwerken en knelpunten rondom financiering en inkoop van casemanagement. Er wordt op dit moment op lokaal niveau en samen met de regionale partijen gewerkt aan het oplossen van deze knelpunten. Zoals toegezegd heb ik bovendien een vertegenwoordiging van de huisartsen – in de vorm van de LHV, NHG en InEen – gevraagd plaats te nemen in het signaalteam.

#### *Signaal TinZ in Friesland; alle cliënten behouden hun casemanager*

Eén van de signalen die met behulp van het signaalteam casemanagement is opgelost, is de situatie van TinZ in Friesland. In de vorige voortgangsbrief<sup>5</sup> heb ik u al geïnformeerd over de nieuwe organisatiestructuur die per 1 januari 2017 in Friesland rondom dementiezorg is opgezet en heb ik toegezegd u over de voortgang te blijven informeren. Eind 2016 was er onduidelijkheid onder cliënten en casemanagers over het behoud van hun eigen casemanager of hun baan.

Tijdens gesprekken tussen TinZ, De Friesland, Alzheimer Nederland en de projectleider van het Actieplan zijn afspraken gemaakt die ertoe hebben geleid dat alle cliënten per 1 januari zijn overgeplaatst naar een andere zorgaanbieder met behoud van hun eigen casemanager. Het is mijn doel om ervoor te zorgen dat alle mensen met dementie iemand hebben om op terug te vallen. In Friesland is dit doel gerealiseerd door TinZ te

<sup>4</sup> Regeling TH/NR-005

<sup>5</sup> Kamerstukken 29 689 en 25 424, nr. 780

vervangen door een structuur die beter aansluit bij de wensen van de regio. Ik beschouw dit signaal dan ook als succesvol afgerond.

### *Signaal regio de Gooi en Vechtstreek; aanpak wachtlijstproblematiek*

De regio Gooi en Vechtstreek is een voorbeeld van een regio met complexe en aanhoudende problematiek. Op 26 januari jongstleden ontving ik een brief van Alzheimer Nederland waarin zorgen worden geuit over het kunnen blijven bieden van kwalitatief goed casemanagement in deze vergrijzende regio.

Ik ben mij bewust van de uitdagingen waarmee de Gooi en Vechtstreek te maken krijgt. Zo is het in deze regio – ondanks het toekennen van extra budget door de verzekeraar in 2016 – moeilijk om aan voldoende gekwalificeerd personeel voor casemanagement te komen. Het signaalteam faciliteert daarom gesprekken tussen de regionale partijen (Alzheimer Nederland, Zilveren Kruis, de ketenregisseur, wachtlijstcoördinator en thuiszorgaanbieders), waarbij het doel is dat deze partijen tot een gezamenlijke visie en probleemaanpak komen. Daarnaast voeren zij op dit moment gesprekken met gemeenten die hebben aangegeven actief te willen bijdragen aan een proces van herstel.

De problemen in deze regio moeten stap voor stap worden aangepakt. Gezien de gesprekken die nu plaatsvinden en het belang dat partijen hieraan hechten heb ik er vertrouwen in dat partijen er met elkaar uit zullen komen. Ik volg de voortgang hiervan op de voet.

### Resultaten van eerste inventarisatie gebruik van casemanagement en wachtlijsten

Om inzicht te krijgen in het gebruik van casemanagement en eventuele wachtlijsten, zijn eind 2016 gegevens opgevraagd bij ketenregisseurs van alle dementienetwerken in Nederland. Hieruit blijkt dat 60 van de 65 ketens geen of een beperkte wachtlijst hebben (minder dan honderd mensen); dertig ketens hebben zelfs helemaal geen wachtlijst. De overige vijf ketens<sup>6</sup> hebben een wachtlijst van meer dan honderd mensen. In totaal stonden er ten tijde van de uitvraag 1.218 mensen op de wachtlijst. Dit betekent niet dat deze mensen geen zorg ontvangen. Zij krijgen namelijk wijkverpleging, maar moeten wachten op gespecialiseerd casemanagement. Over de wachttijden voor casemanagement zijn op dit moment nog geen gegevens beschikbaar.

Met partijen is afgesproken dat de vijf regio's met grote wachtlijsten met voorrang worden aangepakt. Uit de eerste gesprekken met regionale partijen blijkt dat de wachtlijsten vaak zijn ontstaan door een combinatie van factoren. De wachtlijstaanpak vraagt daarom om maatwerk, waarbij aandacht is voor de complexe problematiek en de uiteenlopende standpunten van regionale partijen. In de bijlage vindt u een toelichting op deze inventarisatie en de wachtlijstaanpak in deze vijf regio's<sup>7</sup>.

Om de impact van deze wachtlijstaanpak én de ontwikkelingen van wachtlijsten op landelijk niveau te blijven volgen, zal ik deze meting herhalen. De uitvraag zal op basis van de ervaringen met deze eerste uitvraag worden verfijnd. Zo zullen bij de vervolgmeting ook cijfers over de wachttijd worden verzameld. Vanuit het Actieplan wordt daarvoor op dit moment een systematiek ontwikkeld, waarna in de zomer een nieuwe meting zal worden uitgevoerd.

<sup>6</sup> Waardenlanden, Midden-Limburg, Eindhoven, Haaglanden en Gooi & Vechtstreek

<sup>7</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

## Ondersteuning en begeleiding voor de mantelzorger

Naast de persoon met dementie staat vaak een mantelzorger. Deze is vanaf het begin van het ziekteproces nauw betrokken bij de zorg voor zijn of haar naaste. Deze mantelzorgers hebben behoefte aan ondersteuning bij het regelen van zorg en bij het omgaan met de veranderingen die zijn of haar naaste doormaakt. Zoals in het algemeen overleg Dementiezorg van 6 juli jongstleden is toegezegd, heb ik bekeken op welke manier mantelzorgers van mensen met dementie ondersteund kunnen worden (Kamerstuk 29 689, nr. 763).

In een vroeg stadium – ook als het nog onduidelijk is wat het ziektebeeld is – kunnen de cliënt en zijn mantelzorger een beroep doen op onafhankelijke cliëntondersteuning vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en kunnen zij terecht bij de praktijkondersteuner van hun eigen huisarts. Bij dementiezorg maken de cliënt en zijn mantelzorger aanspraak op casemanagement. Het begeleiden en ondersteunen van de mantelzorger maakt hier onderdeel van uit. Mantelzorgers van mensen met dementie zijn nog niet altijd op de hoogte van de mogelijkheden tot ondersteuning zo bleek uit de Mantelzorgmonitor van Alzheimer Nederland. Ik heb Actieplanpartijen daarom gevraagd om via hun achterban zorgprofessionals, verwijzers, mantelzorgers en cliënten beter te informeren over de mogelijkheden tot onafhankelijke cliëntondersteuning en casemanagement.

### **Afsluiting**

Na een halfjaar kan ik concluderen dat partijen met elkaar actief werken aan het uitvoeren van de acties die zijn opgenomen in het Actieplan casemanagement, maar zie ik ook dat er nog verschillende stappen moeten worden gezet om de verbeterslag ook voor cliënten en hun mantelzorgers inzichtelijk te maken. Een eenduidig inkoopbeleid van verzekeraars en consensus bij partijen over de inhoud en werkwijze bij dementie hebben daarvoor prioriteit. Ik houd de partijen daarom aan de afspraken die zij in het Actieplan casemanagement hebben vastgelegd en volg de voortgang van dit proces op de voet.

Na de zomer zal ik u in de volgende voortgangsbrief informeren over de resultaten en het vervolg van het Actieplan casemanagement, de evaluatie van het signaalteam en de resultaten van de wachtlijstaanpak.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M.J. van Rijn