

Actieplan casemanagement dementie

Vooraf:

Er is grote 'sense of urgency' over de huidige situatie bij casemanagement dementie: er ligt een Kamer motie, er is grote onrust én veel variatie in het veld, de wachtlijsten groeien en mensen vallen tussen wal en schip. Partijen hebben op 15 juni aan Deltaplan Dementie (DpD) gevraagd het voortouw te nemen in ontwikkeling van een actieplan. DpD wil deze verantwoordelijkheid nemen vanuit de rol van onafhankelijk platform/verbinder: *'SAMEN werken we aan betere dementiezorg en ondersteuning'*.

Vertreksituatie:

- Ruim 15 jaar casemanagement in Nederland: geen eendagsvlieg, heeft zich ontwikkeld tot 'backbone' voor dementiezorg thuis.
- Onrust in laatste 1½ jaar: Gaat het casemanagement teloor door de overgang van wijkverpleging naar de ZVW? Gaat de waarde voor cliënten en hun naasten nu verloren?
- Kernlijnen in al langer lopende discussie: (a) functie van casemanagement of functionaris casemanager, (b) generiek versus specifiek, (c) wel/niet afzonderlijke aanspraak, (d) wel/niet afzonderlijke bekostiging (van casemanagement en/of dementienetwerk).
- Rapport HHM (juni 2016) bevestigt onrust. Kortweg: 'het gaat niet goed'.
=> brief VWS/MvR die partijen bij elkaar wil brengen: *'dit moet worden opgelost'*.
- Bijeenkomst 15 juni: is keerpunt.
Besef bij allen dat (1) de gesignaleerde problemen reëel zijn, (2) rust en herstel nu eerst nodig zijn om ruimte te creëren om (3) tot gezamenlijke oplossingen te komen.
- Verzoek aan 'Deltaplan Dementie': *'maak voor 'ons' een plan van aanpak waarin we constructief tot gezamenlijk gedragen oplossingen komen'*.

Uitgangspunten / noodzakelijkheden voor 'plan van aanpak':

- Nu: rust nodig om oplossingen mogelijk te maken: zie actiepunt '0'.
- Waarde van casemanagement als functie staat 'an sich' niet meer ter discussie.
- Zorgstandaard Dementie is de breed gedragen norm. Dementienetwerken concretiseren die lokaal/regionaal naar zorgprogramma's.
- Oplossingen iken op gevolgen en consequenties voor cliënt en zijn naasten (en dus niet voor financiers, aanbieders, beroepsgroepen, budget of systeem).
- Aansluiting vinden bij het bredere transitietrajecten in de zorg en in het bijzonder de innovatieagenda wijkverpleging.
- Strenger kijken naar beschikbare 'evidence', i.t.t. meningen en opvattingen.
- Instrumenten en gereedschap kunnen ontwikkelen als dat nodig is: anders dreigt in proces een 'herhaling van zetten'.
- Plek geven in pijler 2 van Deltaplan Dementie: casemanagement is een onlosmakelijk onderdeel van het totale zes-punten-plan voor dementie.
Het zes-punten-plan bestaat uit: 1. Kwaliteit van dementiezorg, 2. Organisatie van dementiezorg, 3. Bekostiging van dementiezorg en -netwerken, 4. Kennisontwikkeling en -spreiding, 5. Registratie in de dementiezorg (bottom-up) en 6. Actualisatie Zorgstandaard.

Benadering:

- Doel / resultaat: Helderheid over inzet en positie van casemanagement in de komende jaren: *'iedereen die casemanagement dementie nodig heeft, krijgt dat ook, conform de Zorgstandaard Dementie'*.
- Realisering daarvan in de totaal-aanpak van dementie, geen isolatie.
- Bewustzijn dat regionale dialoog en lokale vertaling nodig is, echter dat daarvoor wel op hoger niveau de handvatten en het houvast voor moeten worden geboden.
- Benoemen – mede op basis van HHM-rapport – van de grootste kwesties of geschilpunten die daarvoor tot een oplossing moeten komen en de wereld uit moeten.
- En om dat 'beweging' nu nodig is, het ook nu al formuleren op onderdelen van een denkrichting naar oplossingen. We maken meteen al eerste stappen / stapjes. Dat is nu nodig.
- Plan van aanpak is één geheel, geen losse 'snoepjes' of 'stokpaardjes' opzoeken, inzet is totaal benadering, één plan, vraagt om geven en nemen omdat partijen gezamenlijk naar oplossingen willen bewegen.
- Waar nu al denkbaar gezien de zeer korte doorlooptijd van dit voorstel, worden aansluitend per bouwsteen voorstellen gedaan voor acties en partijen.

Bouwstenen voor actieplan:

0. Rust voor oplossingen

- Toelichting: In het bestuurlijk overleg van 15 en 30 juni sloten zich de rijen: *'ja, er is een wezenlijk probleem. En als we de ruimte willen creëren om dat op te lossen, moeten we nu rust en ook herstel bewerkstelligen', we willen zeker geen verdere 'afkalving' van casemanagement meer. Iedereen die casemanagement dementie nodig heeft, krijgt dat ook, conform de Zorgstandaard Dementie'*.

Gezamenlijke vertrekpunten voor operationalisering: (1) richting 2017 worden geen grote nieuwe beleidswijzingen aangaande de inkoop en positionering van casemanagement doorgevoerd, (2) partijen bewerkstelligen herstel waar dat maar enigszins kan en nodig, (3) bestaande wachtlijsten worden in een regionale benadering aangepakt, en (4) rust en herstel zijn voorwaarden om het werken aan oplossingen kans van slagen te geven.

Aanpak: Met name verzekeraars en aanbieders communiceren dit vertrekpunt actief met hun achterban: *'dit is nu nodig'*. VWS monitort en spreekt partijen aan op basis van 'afpraak = afspraak'.

Partijen spreken elkaar aan op de nakoming van deze afspraken, VWS monitort en vraagt ook de NZa dit te doen op de gemaakte afspraken i.h.k.v. de zorginkoop 2017.

1. Inhoud: zorgstandaard

Toelichting: Er zou geen norm zijn om aan te ijken, er wordt gekibbeld over inhoudelijke definities, profiel en taken.

Aanpak: Feitelijk werd daarvoor op 15 juni al een grote stap genomen. Er was consensus over de waarde van de Zorgstandaard als norm voor wat goed casemanagement is en waar het dan ook behoort te voldoen. Dat is 'de lat'. En: los van de functionaris die het doet, er is op basis van die Zorgstandaard ook een beroepsprofiel aanwezig wat helder de daarvoor benodigde competenties beschrijft.

Dementienetwerken concretiseren de zorgstandaard lokaal/regionaal naar een zorgprogramma. Vanuit de regio's komen vervolgens weer nieuwe ontwikkelingen die zich bewijzen op effectiviteit en doelmatigheid en bij actualisatie eventueel weer kunnen worden opgenomen in de Zorgstandaard 2.0 (punt 6 uit zes-punten-plan). Zo ontstaat een 'levende standaard'.

2. Omvang

Toelichting: We zouden niet weten over hoeveel mensen het gaat, over hoeveel casemanagement er nu nodig is, en over wat de kosten daarvoor zijn.

Aanpak: Evidence traceren: welke betrouwbare epidemiologisch gegevens zijn leidend? Welke in- en doorstroom cijfers laat 'stabiel en langerlopend casemanagement' zien? Zijn die gegevens te extrapoleren naar een schatting voor landelijke inzet?

3. Functie of functionaris: wijkverpleegkundige vs. casemanager

Toelichting: Het is haast sektarisch aan het worden: wie kan casemanagement bieden? Wie heeft daarvoor de bagage en gereedschap?

Aanpak: We zetten meteen maar een stap. Niet de functionaris maar wat er wordt geboden staat centraal. De inhoud, i.c. de zorgstandaard, is dus leidend. En dan is eigenlijk noch een wijkverpleegkundige zonder extra opleiding, noch een casemanager die geen verpleegkundige of psychosociale achtergrond heeft, denkbaar. Overigens blijft ook hier de Zorgstandard Dementie leidend.

En nog een stap verder: wij denken niet in 'of/of' maar in 'en/en': wijkverpleegkundige en casemanager bedienen feitelijk gezamenlijk het hele werkveld van 'kwetsbare ouderen' waar dementie toe behoort. Duo-vorming in plaats van competentie, collegiaal i.p.v. dual. Aansluiting wordt hierbij gemaakte met de in gang gezette innovatie-agenda wijkverpleging.

4. Generalist vs. specialist: knippen?

Toelichting: Generalist vs. specialist, 'licht' waar het kan, 'zwaar' waar het moet?

Aanpak: Ook hier zetten we meteen maar een stap: het perspectief van de cliënt is leidend. En die heeft behoefte aan één, ongebroken, traject. Volgordelijkheid van functionarissen, het opknippen van het traject, is feitelijk meer aanbod-denken, dan vraag-denken. Wat nuttiger is, is om onderscheid in intensiteit te maken: casemanagement kan je minder- en meer-intensief bieden, afhankelijk van factoren als draagkracht mantelzorg, ziektebeloop etc. Eigen regie waar het kan en mogelijk is. Op- en afschalen dus door dezelfde professional. Dat geeft de cliënt en zijn naasten het voordeel van continuïteit van zorg, en de financier en aanbieder de ruimte tot een 'mix': het gaat niet allemaal om 'intensief casemanagement'.

Professionals – wie dan ook – behoeven daarbinnen de ruimte om hun vak uit te oefenen, hun eigen inzet te doseren, op geleide van de vraag en behoefte van cliënten.

5. Organisatie: netwerken vs. individuele instellingen

Toelichting: Waar wordt casemanagement nu gepositioneerd? Waar en hoe wordt het georganiseerd? Hoe wordt het 'ingekocht'? Hoe wordt aangesloten bij de lokale en regionale dialoog? Is het een – onafhankelijke – netwerkactiviteit of kunnen alle individuele zorgorganisaties dat bieden? Moet je 'bundelen' of 'versnipperen'?

Aanpak: Weten we daar niets van? We kijken naar de beschikbare evidence in het COMPAS-onderzoek, dat vormen van casemanagement met elkaar vergeleek. Welke aanpak en organisatievorm garandeert het beste resultaat?

Hier maken we ook de verbinding naar het projectvoorstel van de zorgverzekeraars om inzicht te krijgen in de relatie tussen organisatiestructuur van de regionale dementienetwerken en de uitkomsten voor cliënten, in het kader van zes-punten-plan voor het praktijkverbeterprogramma (pijler 2) van het Deltaplan Dementie.

6. Bekostiging: aanspraak of niet

Toelichting: Veel rumoer is in de afgelopen 1½ jaar ontstaan over de financiering van casemanagement. Velen (incl. de Tweede Kamer) willen daarvoor een aparte bekostiging - van welk aard dan ook -, anderen zien daar het nut niet van in en zijn mordicus tegen. Maar wat de

voor- en nadelen van verschillende financieringsvormen zijn, dan wel hoe dat die een praktische uitwerking kunnen krijgen, die fase in het debat wordt niet bereikt.

Aanpak: We verkennen - zonder vooroordeel - wat een (minimum-)variant qua betaaltitel zou kunnen behelzen. Hoe ziet die er praktisch uit in zijn lichtste en minst bureaucratische vorm? Waar zou die zijn functie kunnen hebben? Wat zou die blokkeren? Kortom: we maken het eerst feitelijk, voor we oordelen.

7. Stelsel en transitie

Toelichting: ZVW? Terug naar de WLZ? Nee, ook naar de WMO? Maar de zorg aan mensen met dementie stoort zich niet aan systeemgrenzen.

Aanpak: We richten ons op eenduidigheid. En concluderen nu al dat de knoop feitelijk al is doorgehakt waar casemanagement is gepositioneerd en wordt ingekocht. De ZVW is daarvoor de plek. Het budget is dan volgend en moet daar worden gealloceerd.

Maar de WLZ en WMO raken wel het werk van casemanagement, veel van de bijna € 5 mld. die we uitgeven aan dementie is immers terug te vinden in de WLZ en WMO. We kijken of er bruggen zijn te slaan naar de ruimte die VWS wil bieden om hierin bekostigingsexperimenten te gaan doen (in aansluiting op punt 3 van zes-punten-plan DpD).

8. Registratie

Toelichting: We kennen de feiten niet. Over wie gaat het, wat is de ernst, wat kenmerkt de mantelzorgers, wat is de kwaliteit van leven en van zorg?

Aanpak: We definiëren een 'minimal dataset' die iedere aanbieder van casemanagement en alle verzekeraars gaan hanteren en zorgen zo voor uniformiteit. We beginnen klein: hooguit zo'n 15 items. Uitbouwen komt later wel. Dat maakt vergelijking en landelijke monitoring mogelijk. We gaan geen nieuwe wielen uitvinden, want er is al veel.

9. Uitkomsten

Toelichting: Maar wat zijn de resultaten? Waar leidt het toe? Is er effect?

Aanpak: Ook hier formuleren we een 'minimal dataset', bestaande de uit de door Zilveren Kruis ontwikkelde uitkomstmaten (kwaliteit van leven cliënt, subjectieve gezondheid mantelzorger en 'volhoudtijd'), aangevuld met de gevalideerde cliëntindex casemanagement (NIVEL, met steun van VGZ). Dat wordt verplichte kost voor iedereen die casemanagement biedt.

Proces

1. Uitvoering / invoeging van het 'actieplan casemanagement' als onderdeel van het Deltaplan Dementie (pijler 2: praktijkverbetering).
2. Bij de uitwerking voor 'actieplan casemanagement' wordt een ordening naar soorten activiteiten voorgesteld. Sommige van de benoemde bouwstenen zijn gewoon 'klussen' die projectmatig uitgevoerd moeten worden, andere bouwstenen vergen een 'dialoog-gestuurde'-benadering: partijen moeten met elkaar tot gedeeld inzicht komen, visie en consensus delen, en dat met elkaar vast leggen in bv. handreikingen naar het veld. De dialoog-gestuurde bouwstenen zijn in onderstaand actie-overzicht aangegeven met een #.
3. Indeling in:
 - ✓ Kort: tussen nu en 2 maanden (let op: haalbaarheid is 'tricky', vakantie!);
 - ✓ Middel: t/m Q3/4 2016
 - ✓ Lang : 2017
4. Gezamenlijk draagvlak blijft nodig: partijen achten het nodig de uitwerking en realisering van dit actieplan gezamenlijk verder te volgen en zullen hiervoor periodiek bijeenkomen.

5. Voor een actieplan is 'regie en coördinatie' nodig, dan wel in de vorm van actieve sturing en sturing, soms ook in de vorm van 'diplomatie en duwtjes'. Zonder zo'n rolinvulling gaat het niet lukken.

Het Deltaplan Dementie neemt de rol als 'verbinder' en zoekt in samenspraak met VWS een projectmanager aan die in twee stappen voor uitwerking zorgt: eerst op korte termijn nadere uitwerking voor die actieplan voor casemanagement, en vervolgens de aansluiting bij een gelijksoortig uitwerking voor het totale 6-punten-plan van het praktijkverbeterprogramma.

De schematische uitwerking van acties op de laatste pagina van dit plan is nog 'onder bewerking': er vindt nog 'finetuning' plaats op te benoemen acties, termijn, bewaking, etc. Dat zal in de komende drie weken met inbreng van partijen plaatsvinden, VWS en het Deltaplan Dementie nemen daarin het voortouw.

	bouwsteen	Acties	partijen	trekker	termijn
0	Rust voor oplossingen	<ul style="list-style-type: none"> • Informeren achterbannen aanbieders en verzekeraars • Monitoring op realisering • Bijsturing, zo nodig ook in zorginkoop 2017 	Verzekeraars en aanbieders, VWS monitort AN signaleert actief	Verzekeraars Aanbieders VWS	Kort
1	Inhoud#	<ul style="list-style-type: none"> • Regio's werken uit in eigen zorgprogramma's • Toets bij uitvoering / inkoop • Nu nog geen nieuwe zorgstandaard • 6-punten-plan voorziet in actualisatie op termijn 	Verzekeraars en aanbieders: plek in dialoog en inkoop DpD monitort: dominant in punt 1 van 6-puntenplan. AN: signaleert	Verzekeraars Aanbieders DpD	Middel / Lang
2	Omvang	<ul style="list-style-type: none"> • 'Data-foto' maken van enkele 'stevige' ketens • Extrapoleren naar schaal NL • Korte en bondige rapportage 	projectgroep van enkele ketencoördinatoren, geleid door projectmanager	Ketens DpD	Kort
3	Functie of functionaris#	<ul style="list-style-type: none"> • Inhoudelijke naleving zorgstandaard bij inkoop/contractering • Praktijkscan bij huidige ketens, voor- en nadelen: handreiking over werkbare varianten + praktijkvoorbeelden • Verbinding met actiepunt 4 	Aanbieders en verzekeraars V&VN AN	Projectmanager/ DpD	Middel
4	Generalist vs specialist#	<ul style="list-style-type: none"> • 'Kou uit de lucht': praktische handreiking, met als startpunt perspectief van cliënt en de beroepspraktijk, met tips, e.d. • Sessies met de landelijke partijen: input voor zorgstandaard 2.0 • Monitoring en rapportage door AN: cliëntperspectief is leidend 	Aanbieders, V&VN en AN, Verzekeraars	Projectmanager / DpD	Middel
5	Organisaties netwerken	<ul style="list-style-type: none"> • Organisatievarianten met voor/na-nadelen: COMPAS-bevindingen delen: factsheet over wat effectief en kostenefficiënt is (korte termijn) • Plan van verzekeraars (pijler 2 DpD: lange termijn) 	Aanbieders, verzekeraars, VWS	DpD	Kort/ Lang
6	Aanspraak	<ul style="list-style-type: none"> • Uitwerking minimum-variant (zonder vooroordeel) • Daarbij: document over stelselregels over 'aanspraak' en 'bekostiging • Consensus-bijeenkomst 	NZa, ZiNL, aanbieders, verzekeraars, VWS, AN (allen, ja)	NZa	Middel
7	Stelsel#	<ul style="list-style-type: none"> • Plan voor bekostigingsexperimenten (punt 3, pijler 2 DpD) 	VWS, verzekeraars, aanbieders	VWS/ Projectmanager DpD	Lang
8	Registratie	<ul style="list-style-type: none"> • Minimal dataset: praktisch eerste voorstel • Inventarisatie lopende initiatieven (Memorabel-studie VUmc) • Bottum-up ontwikkeling met ketens (punt 5 in zes-punten-plan DpD) 	Advies voormalige werkgroep registratie Projectgroep keten- coördinatoren Aanbieders, verzekeraars,	Projectmanager / DpD	Lang
9	Uitkomsten	<ul style="list-style-type: none"> • Minimal dataset (feitelijk beschikbaar) • Koppeling aan inkoop / uitvoering casemanagement • Dataplan, incl. rapportage 	Projectgroep keten- coördinatoren Aanbieders, verzekeraars, AN	Projectmanager / DpD	Lang