

BUSINESS CASE

CASEMANAGEMENT DEMENTIE

voor

Alzheimer Nederland

auteur

Henk Nouws

Ruimte voor zorg

Research en advies in wonen en zorg

www.ruimtevoorzorg.nl

29 augustus 2023

INHOUD

1	Inleiding	1
2	Samenvatting: analyse en aanbevelingen	3
2.1	Analyse	3
2.2	Aanbevelingen	6
3	Casemanager dementie, een prachtbaan	8
3.1	Bij de persoon met dementie en mantelzorgers	8
3.2	In de organisatorische context	10
3.3	In het maatschappelijk netwerk.....	12
4	Kosten en baten.....	16
4.1	In geld	16
4.2	In zorguren.....	21
4.3	In persoonlijk en maatschappelijke welzijn	24
5	Casus	28
6	Scheurtjes in de uitvoeringspraktijk	30
6.1	Knelpunten	30
6.2	Casemanagement dementie is verliespost.....	31
6.3	Schotten in de zorg.....	35
6.4	Casemanagement binnen langdurige zorg.....	40
7	Literatuur en verwijzingen	41

1 INLEIDING

Doel casemanagement dementie

Het doel van casemanagement dementie is het optimaliseren van het welbevinden en de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun mantelzorgers.

Dit streven valt samen met het maatschappelijke doel van het effectief inzetten van zorg. De casemanager houdt de ontwikkeling van de dementie in de gaten, zorgt dat de mantelzorgers zich staande houdt, schakelt het persoonlijke en maatschappelijke netwerk rondom de cliënt in, voorkomt crisisopnames, en voorkomt daarmee de inzet van onnodig dure vormen van zorg.

Vanuit het perspectief van de persoon met dementie en mantelzorgers is dit bijdragen aan de kwaliteit van leven. Vanuit het perspectief van de samenleving is dit bevorderen van houdbare zorg.

Zorgstandaard Dementie 2020

De Zorgstandaard Dementie 2020 vervangt de gelijknamige zorgstandaard van 2013. Het doel is om in algemene termen te beschrijven wat vanuit het perspectief van de personen met dementie en hun mantelzorgers goede dementiezorg is. De uitgangspunten van goede dementiezorg zijn persoonsgerichte en integrale zorg.

De Zorgstandaard Dementie beperkt zich niet tot de in het kader van de Zorgverzekeringswet verzekerde zorg maar omvat alle domeinen van wonen, welzijn, zorg en behandeling.

Meer dan twintig partijen – waaronder zorgaanbieders, verzekeraars, cliëntvertegenwoordigers, Zorginstituut Nederland – onderschrijven de Zorgstandaard Dementie.

<https://www.zorgstandaarddementie.nl/>

Zorgstandaard Dementie 2020

In de Zorgstandaard Dementie wordt veel aandacht geschonken aan casemanagement omdat het een belangrijke pijler is onder dementiezorg. Casemanagement dementie wordt in de Zorgstandaard Dementie (2020a: 18) gedefinieerd als:

- het systematisch aanbieden van gecoördineerde begeleiding, zorg en ondersteuning
- als deel van de behandeling
- gericht op thuiswonende personen met dementie en hun mantelzorgers
- door een vaste HBO+ professional
- die deel uitmaakt van een (multidisciplinair) samenwerkingsverband
- die betrokken is vanaf de start van het diagnostisch traject
- zonder onnodige wachttijden of wachtlijsten
- die zich gedurende het ziekteproces aanpast aan de behoeften van de persoon met dementie en mantelzorgers
- die bij opname in een woonvorm zorgt voor een warme overdracht
- en die nazorg biedt aan de mantelzorgers.

Knelpunten vandaag de dag

De afspraken die gemaakt zijn door het veld en die zijn weergegeven in de Zorgstandaard Dementie worden in de praktijk op veel plekken niet waar gemaakt. Bijvoorbeeld omdat de persoon van de casemanager wisselt gedurende het zorgtraject, omdat lager geschoolde medewerkers worden ingezet, omdat de casemanager de indicatiefase niet kan begeleiden of nazorg kan verlenen, omdat niet iedereen (bijtijds) een casemanager krijgt (wachlijsten) en omdat de casemanager geen domein-overstijgende taken mag verrichten. Deze knelpunten komen verderop in de notitie (6.1) aan de orde.

Doel business case

Niet alleen is dit tegen de afspraken van de Zorgstandaard Dementie, het is kostentech- nisch gezien niet rationeel. Casemanagement bespaart de samenleving namelijk uitgaven in de gezondheidszorg.

Deze business case heeft tot doel om de argumenten voor goed casemanagement (nog- maals) te beschrijven, de knelpunten in de implementatie aan te wijzen en te analyseren en daarmee een aanzet te geven tot een hernieuwde impuls voor een goede implementa- tie van casemanagement dementie.

Maatschappelijke organisaties dementie

Alzheimer Nederland <https://www.alzheimer-nederland.nl/>

DNN Dementie Netwerk Nederland <https://dementienetwerknederland.nl/>

Kenniscentrum Dementie op jonge leeftijd <https://www.kcdementieopjongeleeftijd.nl/>

BPSW Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk <https://www.bpsw.nl/>

V&VN Beroepsvereniging Verzorgenden en Verpleegkundigen <https://www.venvn.nl/>

Actiz Branchevereniging zorgorganisaties <https://www.actiz.nl/>

Zorgverzekeraars Nederland <https://www.zn.nl/>

2 SAMENVATTING: ANALYSE EN AANBEVELINGEN

In de hoofdstukken drie t/m vijf komen de verworvenheden van het casemanagement dementie alsmede de huidige knelpunten en achterliggende oorzaken uitgebreid aan de orde. In de nuvolgende paragraaf (H2.1) wordt hiervan een samenvattende analyse gegeven. En in de paragraaf daarop (H2.2) worden voorstellen gedaan om de implementatie van het casemanagement dementie te verbeteren zodat weer de aansluiting wordt gevonden bij de Zorgstandaard Dementie 2020.

2.1 ANALYSE

Alle partijen in de zorg hebben de Zorgstandaard Dementie 2020 ondertekend en onderschrijven daarmee de uitgangspunten en doelstellingen van het casemanagement dementie. De uitgangspunten - kwaliteit, beschikbaarheid en inzetbaarheid – zijn duidelijk geformuleerd in de Zorgstandaard Dementie.

Casemanagement dementie wordt zeer gewaardeerd, zowel door de betrokken mensen met dementie en hun mantelzorgers als door de professionele netwerken voor zorg en ondersteuning rondom de betrokkenen:

- a) Casemanagement dementie draagt sterk bij aan de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun mantelzorgers (H3.1 en H4.3).
- b) De casemanager bevordert het soepel verlopen van de zorg in het netwerk rond de cliënt (H3.3).
- c) Daar komt bij dat casemanagement dementie zorgt voor besparingen in de zorg door onder meer het activeren van het netwerk rond de cliënt en het voorkomen van voortijdige opname. Per cliënt per jaar zijn de besparingen 8.600 euro, gebaseerd op een modelmatige berekening die wat betreft de aannames aan de voorzichtige kant is (H4.1).
- d) De casemanager is niet een extra professional, een extra beroep op de toch al gespannen arbeidsmarkt in de zorg, maar creëert juist personele ruimte door besparingen in de (met name langdurige) zorg en door inzet van sociaal werkenden wat het beroep op zorgkrachten vermindert (H4.2).

De verschillende partijen die tezamen het casemanagement dementie mogelijk maken – zorgverzekeraars, aanbieders, instanties – leven naar hun mening de Zorgstandaard goed na. Maar het totaal is niet goed want er doen zich veel knelpunten voor (H6.1):

- de casemanager is lang niet altijd betrokken bij de diagnose, de niet-pluifase;
- er zijn flinke wachtlijsten, *gemiddeld* vier weken (in 2022);
- te veel mensen hebben geen casemanager, namelijk 59% (in 2020);
- niet alle dementienetwerken krijgen middelen voor hun taken;
- de casemanager kan lang niet altijd de mantelzorger ondersteunen;
- in plaats van één vaste casemanager worden wisselende medewerkers ingezet;
- een warme overdracht tijdens de overgang van Zvw naar Wlz is niet altijd mogelijk;
- er is vrijwel nooit ruimte voor nazorg aan de mantelzorger;
- regelmatig worden de kwalificaties voor het casemanagement niet geëerbiedigd;
- de casemanager heeft geen bevoegdheden voor indicatiestelling in de Wmo;
- deelname casemanager aan MDO poli/huisarts wordt niet vergoed (indirecte tijd).

Er zijn twee hoofdoorzaken aan te wijzen voor genoemde knelpunten:

1) Casemanagement dementie is verliespost

Vanuit het perspectief van (a) de zorgverzekeraar is casemanagement dementie een kostenpost en vanuit het perspectief van (b) de zorgaanbieder is casemanagement dementie verliesgevend. Deze negatieve financiële prikkels zorgen er voor dat het casemanagement dementie niet verder wordt uitgebouwd maar eerder geleidelijk wordt uitgehouden (H6.2).

- a) De casemanager dementie zorgt weliswaar voor besparingen in de zorg als geheel – met name door uitstel van opname, voorkomen van zwaardere zorg waar dat niet nodig is, inzet waar mogelijk van het netwerk van de persoon met dementie, voorkomen van het uitvallen van de mantelzorger, verminderen van huisartsenconsulten, soepel verlopen van diagnosetraject – maar de baten zijn vooral voor de langdurige zorg en de kosten voor de zorgverzekering;
- b) Sinds enige jaren zijn integrale tarieven gangbaar in de wijkverpleging. De tarieven zijn een gemiddelde van de verschillende prestaties binnen de aanspraak wijkverpleging. Zo kunnen zorgaanbieders zelf een goede mix vinden in de besteding van de middelen. Het idee is dat zij op basis van goede inhoudelijke keuzes duurdere prestaties kunnen substitueren door goedkopere prestaties, dus bijvoorbeeld verpleging door verzorging daar waar mogelijk. Het probleem is echter dat de zorgaanbieders hiermee ook een prikkel hebben om de dure casemanager dementie te substitueren waardoor niet meer voldaan wordt aan de uitgangspunten van de Zorgstandaard Dementie.

De casemanager dementie is binnen de zorgverzekering een kostenpost en voor zorgaanbieders verliesgevend en daarmee zijn er prikkels binnen het systeem ...:

- om de capaciteit van het casemanagement dementie eerder te beperken dan uit te breiden, wat wachtlijsten veroorzaakt en tot zwaardere casuïstiek leidt bij casemanagers;
- om casemanagementtaken uit te laten voeren door meerdere, wisselende thuiszorgmedewerkers, ook van lagere opleidingsniveau's;
- om casemanagers pas in een relatief laat stadium van het ziekteproces in te zetten (het gevolg van wachtlijsten);
- om taken van de casemanager strikt af te bakenen waardoor casemanagement in de niet-pluifase, bij de overdracht naar het verpleeghuis of bij de ondersteuning van de mantelzorger niet wordt uitgevoerd.

De effecten van deze prikkels knagen aan de binnen de Zorgstandaard Dementie afgesproken kwaliteit, beschikbaarheid en inzetbaarheid van casemanagers dementie.

2. Schotten in de zorg

De schotten in de zorg beperken de casemanager in het uitvoeren van de taken die zijn afgesproken in de Zorgstandaard Dementie 2020. De casemanager dementie zou een

overkoepelende, domeinoverstijgende functie moeten zijn, over de schotten in de zorg heen, maar zit in het keurslijf van de wijkverpleegkundige en aanspraak wijkverpleging (H6.3).

Casemanagement dementie is gelijkgetrokken met de prestatie verpleging binnen de aanspraak wijkverpleging (2023e), zowel inhoudelijk als op het gebied van bekostiging en sturing. Deze inbedding van het casemanagement dementie binnen de wijkverpleging geeft enerzijds een solide basis voor de bekostiging van het casemanagement. Maar de huidige uitvoeringspraktijk laat ook zien dat de specifieke eigenschappen van het casemanagement als bedoeld in de Zorgstandaard Dementie door de strikte interpretatie van de aanspraak wijkverpleging onvoldoende uit de verf komen.

Hoewel de casemanager dementie een overkoepelende functie is, is de uitwerking binnen de aanspraak wijkverpleging geenszins overkoepelend. Het argument van het Zorginstituut Nederland (2018a) is dat de niet-verpleegkundige taken van de casemanager dementie bekostigd moeten worden vanuit andere middelen dan de zorgverzekering¹. Vormen deze werkzaamheden een klein deel van de taken van de casemanager, dan is het akkoord dat de zorgverzekering deze vergoedt. Vormen de niet verpleegkundige taken echter de meerderheid van de taken van de casemanager in een bepaalde periode, dan is bekostiging vanuit de zorgverzekeringswet niet gerechtigd.

Door de inbedding van het casemanagement dementie binnen de aanspraak wijkverpleging, ontstaan er ook problemen rondom het tewerkstellen van sociaal werkenden als casemanager. Deze beroepsgroep is zeer goed opgeleid, heeft een eigen beroepsprofiel ontwikkeld, heeft toegang tot de HBO+ opleiding casemanagement dementie, maar wordt binnen de aanspraak wijkverpleging als "tweederangs" casemanager behandeld: een sociaal werkende mag geen zorgdossier opstellen en er moet dus altijd een verantwoordelijk verpleegkundige naast staan. Zorgaanbieders zijn vaak huiverig om sociaal werkers aan te nemen vanwege mogelijke discussies met zorgverzekeraars. Dit is jammer want sociaal werkenden zijn geen slechtere casemanagers dan verpleegkundigen. Bovendien is er een groot aanbod aan sociaal werkenden op de arbeidsmarkt waarmee de druk op verplegend personeel kan worden weggenomen.

Aanvullende bevoegdheden, bijvoorbeeld om Wmo voorzieningen te indiceren, heeft de casemanager niet, hetgeen leidt tot extra kosten en bureaucratie voor rekening van zowel Wmo als Zvw.

De in de analyse genoemde knelpunten en oorzaken zullen zich ongetwijfeld niet overal voordoen. Het is zeer wel denkbaar dat individuele partijen – aanbieders, zorgverzekeraars – zich in eerste instantie niet herkennen in de analyse². Toch is het belangrijk dat deze partijen zich in tweede instantie openstellen voor de feiten, niet omdat deze een falen blootleggen – dat is niet aan de orde – maar omdat ze voortkomen uit de structuur van de gezondheidszorg. De feiten zijn – en dat is de belangrijkste uitkomst van deze business case – dat casemanagement dementie de kosten van de gezondheidszorg

¹ Het advies van Zorginstituut Nederland dateert van vóór de nieuwe Zorgstandaard Dementie 2020 en is nadien niet aangepast.

² Bijvoorbeeld de casus Zeeuwse Zorgschakels verderop in deze notitie.

verlaagt maar dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders hier binnen hun eigen deeldomein van de gezondheidszorg juist *extra kosten en zelfs verliezen* zien.

De mate waarin de knelpunten zich op vele plekken in het land wél voordoen zou redenen moeten zijn om de analyse te omarmen en aan de slag te gaan. De zoektocht zou zich kunnen richten op ombuiging van structuren zonder ingrijpende aanpassing van de architectuur van de gezondheidszorg (2023d).

2.2 AANBEVELINGEN

Om de knelpunten weg te nemen en de functie van casemanager dementie weer ten volle te kunnen benutten, doen we de volgende aanbevelingen.

1. Zorg voor een positieve financiële prikkel voor de casemanager dementie. Een bij de prestatie behorend tarief is wenselijk want:
 - dit maakt het voor zorgaanbieders mogelijk om de casemanager kostendekkend in te zetten;
 - dit zorgt voor betere monitoring van de casemanager dementie zodat we gebruik en inzet kunnen monitoren;
 - dit borgt de casemanager dementie beter in het systeem van de Zorgverzekeringswet.
2. Zorg voor een brede taakomschrijving van de casemanager dementie binnen de aanspraak wijkverpleging en een daarbij horende bekostiging uit de Zorgverzekeringswet die volledig aansluit bij de Zorgstandaard Dementie 2020 en niet versmald wordt tot verpleegkundig handelen. De Zorgstandaard Dementie houdt onder meer in:
 - opgeleide HBO-professional casemanagement dementie;
 - inclusief mantelzorgondersteuning;
 - het hele ziekte-traject, inclusief niet-pluis fase en inclusief warme overdracht naar het verpleeghuis;
 - vast aanspreekpunt gedurende de hele ziekte, niet opknippen in taken die over meerdere professionals worden verdeeld.
3. Zorg dat de casemanager dementie, op basis van het zorgplan van een cliënt, de mogelijkheid heeft om Wmo-voorzieningen te indiceren;
4. Zorg dat ambiguïteit over de inzet van sociaal werkers als casemanager dementie uit de wereld wordt geholpen. Onderzocht kan worden of de verpleegkundige verankering van het casemanagement dementie in de aanspraak wijkverpleging kan worden losgelaten voor wat betreft de casemanager dementie. Dit geeft ruimte om sociaal werkers een volwaardige status te geven inclusief de bevoegdheid voor het opstellen van zorgplannen. Dit vergroot het beschikbare arbeidspotentieel voor casemanagers dementie en voor de zorg als geheel.
5. Te verwachten valt dat het aantal MPT's en VPT's (extramurale en semimurale verstrekingen op basis van de Wet langdurige zorg) gaat toenemen omdat de intramurale capaciteit de komende jaren niet mee zal groeien met de vraag. Er moet meer

duidelijkheid komen over hoe het casemanagement binnen een MPT of VPT wordt geborgd.

In een tijd waarin de sterk stijgende kosten van de zorg als een groot maatschappelijk probleem wordt gezien, is het begrijpelijk dat er keuzes moeten worden gemaakt. Maar om dan een functie die geld bespaart uit te hollen, is niet rationeel.

3 CASEMANAGER DEMENTIE, EEN PRACHTBAAN

Alle partijen in de zorg hebben de Zorgstandaard Dementie 2020 ondertekend en onderschrijven daarmee de uitgangspunten en doelstellingen van het casemanagement dementie. De uitgangspunten - kwaliteit, beschikbaarheid en inzetbaarheid – zijn duidelijk geformuleerd in de Zorgstandaard Dementie.³

Op deze plaats beschrijven we wat de casemanager dementie is en doet vanuit drie perspectieven:

- Het perspectief van de persoon met dementie en de mantelzorger(s) / partner;
- Het perspectief van de samenleving waar de casemanager de verbindingen mee legt;
- Het organisatorisch perspectief van waaruit de casemanager opereert.

3.1 BIJ DE PERSOON MET DEMENTIE EN MANTELZORGERS

De rol van de casemanager is breed en veelzijdig. In alle fasen van het ziekteverloop – ook wel aangeduid als *patient journey* – speelt de casemanager een rol, soms intensief, soms meer op afstand, afhankelijk van de behoeften van de cliënt. De casemanager legt daarbij verbanden naar instanties, aanbieders van zorg en ondersteuning, en ook naar informele netwerken rondom de betrokkenen. De casemanager dementie levert maatwerk en heeft daartoe kennis en vaardigheden op medisch, sociaal en psychisch vlak, kent de sociale kaart, het zorgnetwerk en weet op het goede moment verbindingen te leggen.

De indruk zou kunnen ontstaan dat de inzet van de casemanager in het begin van het ziekteproces relatief eenvoudig is en naarmate de gezondheid verslechtert intensiever en ingewikkelder wordt. Dat beeld klopt niet; meestal is juist het begin van het casemanagementstraject relatief intensief en complex, zoals onderstaand schema illustreert. Daarnaast is iedere *patient journey* weer anders – bijvoorbeeld wel of niet optreden van gedragsproblematiek - en daarmee fluctueert ook de problematiek en de benodigde casemanagementinzet. Ook daarom is het belangrijk dat de casemanager de cliënt goed kent en van begin tot eind van het ziekteproces een vinger aan de pols houdt.

³ De gekleurde tekstblokken betreffen de kernpunten van deze business case en komen daarom ook terug in de Samenvatting, hoofdstuk 2.

Figuur 1 Een voorbeeld van een "patient journey" en de inzet van casemanagement



Nadere uitleg van Figuur 1:

Fase	Taken	Intensiteit
Kennismaken	Opbouwen goede relatie, vertrouwen, luisteren, invoelen, eerste vragen beantwoorden, verwachtingen uitspreken, voorbereiden vervolgstappen. Intakeproces.	Hoog complex en intensief
Moelijke vragen	Moelijk gesprek, durven kijken naar het verloop van de ziekte, de toekomst, nadenken over moeilijke beslissingen, mentorschap, bewindvoering, levenseindevraagstukken / advanced care planning, pijn opvangen. Diagnosetraject (indien nog niet geweest).	Hoog complex en intensief
Luisterend oor	Voortbouwen op vertrouwensband, vragen beantwoorden, bereikbaar zijn. Contact onderhouden	Laag intensief
Activeren netwerk	Aftasten wat belangrijk is, samen naar oplossingen zoeken in het persoonlijke netwerk. Dagactiviteiten in vroeg stadium regelen (Odensehuis bijvoorbeeld)	Laag intensief

Coping	Omgaan met gedragsverandering, weerbaarheid van de mantelzorger, steun bij rouwproces, luisterend oor. Lotgenotencontact persoon met dementie, lotgenotencontact mantelzorger.	Hoog complex
Zorg	Regelen van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging, dagbehandeling, opname, afstemming met familie. Begeleiding levenseinde, palliatieve zorg, opname. Regelwerk, papierwerk, emotionele ondersteuning, stappen zetten.	Intensief
Nazorg	Warme overdracht, emotionele steun, afstemming met familie. Continueren lotgenotencontact mantelzorger.	Intensief

Bovenstaand schema is "een" *patient journey*, opgesteld op basis van gesprekken met en ervaringen van casemanagers. Het ziekteverloop verschilt per cliënt, met andere accenten en uitdagingen.

Belangrijk dus om te benadrukken dat casemanagement dementie geen rechtlijnig proces is dat simpel begint en complex eindigt. Complexe en intensieve momenten liggen vaak juist ook in het beginstadium, waarna de intensiteit afneemt, om daarna bij het verdergeren van de problematiek thuis geleidelijk aan weer toe te nemen. Een casemanager zal de moeilijke en complexe vraagstukken vroeg in het casemanagementtraject adresseren, misschien niet al het eerste gesprek, maar dan toch wel het vervolgggesprek waar de persoon met dementie (en mantelzorger) zich goed op kunnen voorbereiden. Dit vraagt van de casemanager inlevingsvermogen en flexibiliteit om in te kunnen spelen op de situatie en de karakters van de cliënten. Een goede start begint met sensitiviteit en het opbouwen van een vertrouwensband tussen de casemanager en de cliënt. Het is de grondslag voor het verdere traject. De start van het casemanagementtraject is daarom verre van eenvoudig.

3.2 IN DE ORGANISATORISCHE CONTEXT

Casemanagement dementie is in de regel georganiseerd binnen regionale verbanden, regionale dementienetwerken (zie Zorgstandaard Dementie 2020). Hóe een dementienetwerk precies is vormgegeven, verschilt van regio tot regio, afhankelijk van de regionale situatie en de ontstaansgeschiedenis van het netwerk. Sommige dementienetwerken vormen een zelfstandige entiteit, anderen zijn de facto ondergebracht bij een grote zorgaanbieder, maar in de meeste gevallen zijn de netwerken samenwerkingsverbanden van

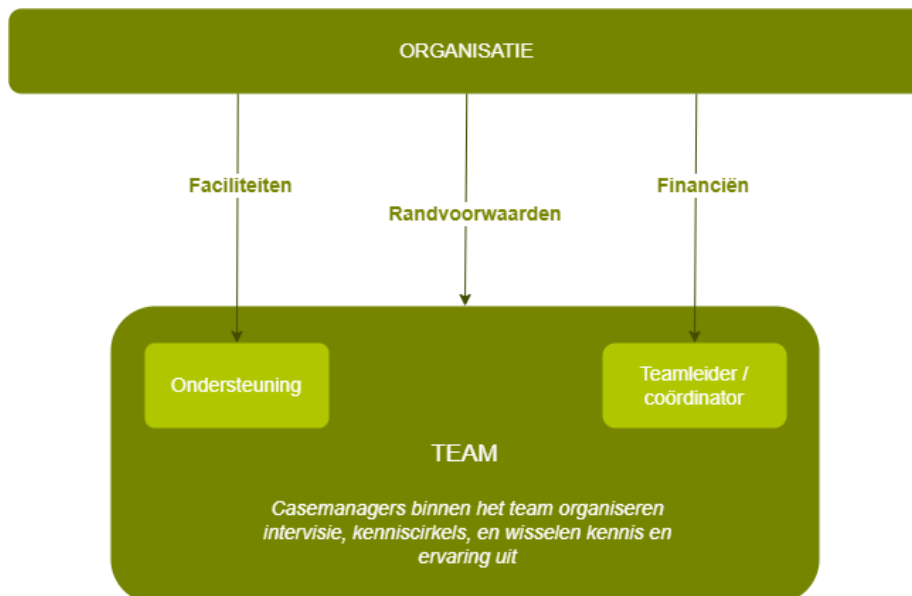
regionale aanbieders die ieder vanuit hun eigen contractrelatie met zorgverzekeraars casemanagers inbrengen in het regionale geheel.

Idealiter verleent het dementienetwerk – ongeacht hoe het is georganiseerd - professionele autonomie aan de casemanagers. Deze professionals kunnen zelfstandig het professionele peil (delen van expertise, organiseren kennisnetwerken, thematische aanjagers, intervisie, scholing etc.) in stand houden en vergroten. Daartoe behoort ook het wachtlijstbeheer. Zie de figuur verderop.

Idealiter is de ondersteuning vanuit een groter organisatorisch verband tweeledig: het scheppen van randvoorwaarden waarmee het team werk en professionaliteit kan ontplooiën naar eigen inzicht, en het ondersteunen van de werkprocessen in de vorm van software, middelen, facilitaire aanspreekpunten etc. Het type organisatie - netwerkorganisatie, samenwerkingsverband of VVT-organisatie - hoeft hier geen verschil te maken. De organisatie, of het regionale samenwerkingsverband, legt daarnaast financiële randvoorwaarden op en kan – indien nodig – ingrijpen indien kwaliteit of werkprocessen ondermaats zijn.

In de praktijk opereren de regionale dementienetwerken meestal weinig autonoom. De autonomie wordt beperkt vanuit de aangesloten aanbieders vanwege ieders financiële verantwoordelijkheid, aangezien de contracten met de zorgverzekeraars doorgaans via hen verlopen en niet via het regionale dementienetwerk.

Figuur 2 Organisatie van het casemanagement (vanuit het ideaal van professionele autonomie)



Dementie Netwerk Nederland, DNN

Dementie Netwerk Nederland verenigt de 60 à 65 regionale netwerken in het land. De speerpunten die DNN navolgt zijn:

1. Praktijkontwikkeling en innovatie: samen met de regionale netwerken bereiken van optimale zorg en welzijn voor én met mensen met dementie en hun mantelzorgers;
2. Netwerkversterking: meer eenduidigheid creëren in regionale samenwerking in netwerken en in casemanagement dementie;
3. Beleidsbeïnvloeding: door gebundelde krachten een sterke positie in het landelijke veld realiseren en kritisch meedenken in beleidsontwikkeling, waarbij we namens de netwerken gesprekspartner zijn in het landelijk speelveld.

Tegelijkertijd met het uitbrengen van deze Business Case Casemanagement Dementie werkt DNN binnen het zogenaamd Operationeel Overleg van de Nationale Dementie Strategie aan het inventariseren en analyseren van knelpunten bij de uitvoering van de Zorgstandaard Dementie. In het operationeel overleg participeren naast DNN ook V&VN, BPSW, Verenso, Zorgverzekeraars Nederland, VGN, Actiz en Alzheimer Nederland.

Het onderzoek van DNN richt zich op meerdere aspecten van casemanagement dementie. Deze business case is specifiek van aard en analyseert waarom casemanagement dementie onder druk staat hoewel het de kosten van de gezondheidszorg *verlaagt*.

3.3 IN HET MAATSCHAPPELIJK NETWERK

De casemanager bevordert het soepel verlopen van de zorg in het netwerk rond de cliënt.

Om "spin in het web" te kunnen zijn, weet de casemanager de weg te vinden in het lokale aanbod en in de regels voor toegang tot zorg en welzijn. Beoordelingen zal de casemanager mensen en aanbieders mobiliseren of juist ontlasten. Het belang van de cliënt en de mantelzorger(s) of partner staat daarbij centraal. "Persoonsgericht en integraal", zoals omschreven in de Zorgstandaard Dementie.

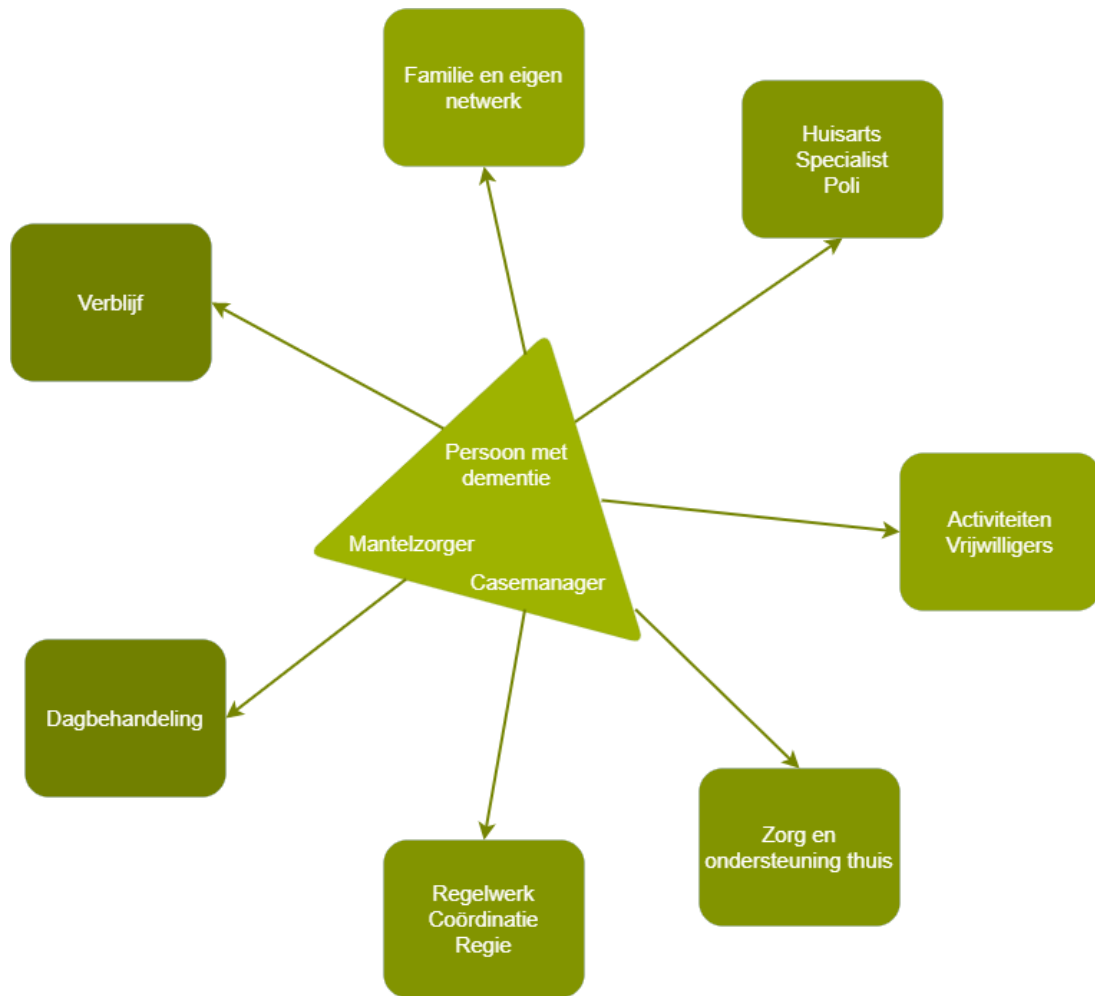
Door kundig te manoeuvreren binnen de wereld van zorg en welzijn en het netwerk van de betrokkenen, voorkomt de casemanager dat er onnodige vraagstukken op het bord van bijvoorbeeld huisarts, poli en/of geriater komt te liggen. De casemanager stuurt aan op functionele inzet van thuiszorg en persoonlijke verzorging. De casemanager probeert de weg naar bij de wensen mogelijkheden van de cliënt passende activiteiten uit te stippen en voorkomt daarmee vroegtijdige inzet van duurdere vormen van groepsactiviteiten of -behandeling. Tot slot probeert de casemanager samen met de betrokkenen een evenwicht te creëren waardoor een verhuizing naar een instelling kan worden uitgesteld.

De betrokken mensen met dementie en hun mantelzorgers zoeken de oplossingen voor hun vragen en problemen vaak niet in zorg en ondersteuning maar in eigen

mogelijkheden en die van de omgeving. De preferenties van hen lopen in zekere zin parallel aan de maatschappelijke wens om onnodige zorgkosten (zorg én ondersteuning) te voorkomen, zoals onderstaand schema laat zien.

	Persoonlijke preferenties	Maatschappelijke preferenties
Persoonlijk netwerk <ul style="list-style-type: none"> ➤ Familie ➤ Vrienden ➤ Buurt 	Een begripvolle relatie met vrienden, kennissen en familie behouden, zonder hen te belasten.	De druk op de mantelzorgvermindert voor een houdbare situatie thuis en een crisis te voorkomen.
Informele netwerk <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vrijwilligers ➤ Clubs, activiteiten 	Het voortzetten van het eigen leven waar mogelijk en daar voldoening uit te blijven putten.	Voorkomen van isolement en ruimte en rust te scheppen voor de mantelzorgver.
Maatschappelijke netwerk <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dagactiviteiten ➤ Alzheimer Cafés ➤ Gespreksgroepen ➤ Odensehuizen ➤ Huishoudelijke ondersteuning 	Ontdekken dat er binnen de afnemende mogelijkheden toch nog plezierige activiteiten te ondernemen zijn met mensen die in hetzelfde schuitje zitten of die een goed begrip hebben van je situatie.	Het ontlasten van de mantelzorgver en het voorkomen van onnodig dure zorg. Daar waar nodig zorgen voor functionele huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging. Dagstructuur voor de persoon met dementie.
Zorgverzekering <ul style="list-style-type: none"> ➤ Poli, specialist ➤ Huisarts ➤ Wijkverpleging 	Gesteund en geholpen voelen in het labyrint van de gezondheidszorg en iemand hebben die begripvol luistert en deskundig adviseert.	Voorkomen dat sociale en maatschappelijke vragen worden gemedicaliseerd en op het bord komen van de huisarts, de neuroloog, de geriater, de poli of de wijkverpleegkundige.
Langdurige zorg <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dagbehandeling ➤ Zorg met verblijf ➤ MPT / VPT 	Zo lang mogelijk zelfstandigheid thuis bewaren en het begin van het afscheid uitstellen, maar als het noodzakelijk wordt dan wel met de steun van iemand die jouw wensen en karakter goed kan overbrengen.	Uitstel – op een verantwoorde manier - van opname en dagbehandeling en dankzij de warme overdracht een goede startpositie.

Figuur 3 De casemanager als "Spin in het web"



Regionale netwerken dementie

Dementiezorg is regionaal georganiseerd, dat wil zeggen, het opgetelde aanbod van regionale organisaties vormt idealiter een sluitend netwerk en een sluitend zorg- en ondersteuningsaanbod. In het centrum van deze regioaanpak staan de regionale dementienetwerken die behalve het organiseren van het casemanagement dementie ook meestal de drijvende kracht zijn achter de regionale samenwerking al dan niet geformaliseerd in afspraken zoals regionale zorgprogramma's dementie.

Tot de ambities van deze netwerken behoren het maken van afspraken met eerste lijn (huisartsen) en tweede lijn (geheugenpoliklinieken) met als achtervang specialistische Alzheimer centra. De regionale dementienetwerken zullen voorts trachten één lijn te trekken tussen de verschillende aanbieders van wijkzorg die meestal ook het casemanagement dementie leveren en aan het eind van het ziekteverloop de (intramurale) langdurige zorg leveren. Per regio wordt dit anders aangevlogen. Een belangrijk element in het netwerk is tot slot de gemeentelijke maatschappelijke ondersteuning en de netwerken zullen doorgaans ook proberen afspraken met gemeenten te maken en

mee te werken aan initiatieven van gemeenten voor bijvoorbeeld een dementievriendelijke gemeente. Naast de formele zorg is er de informele zorg, zoals bijvoorbeeld organisaties op het gebied van sport en creativiteit of initiatieven van burgers voor betere dementiezorg, en ook dat behoort tot het aandachtsveld van het regionale netwerk.

De regionale dementienetwerken worden bekostigd door bijdragen van de zorgaanbieders, door bijdragen van de zorgverzekeraar (vrij tarief dementienetwerk binnen aanspraak wijkverpleging). Maar niet altijd is er geld beschikbaar. Dan wil nog wel eens een zorgaanbieder zelf het initiatief nemen voor een regionaal netwerk of voor het leveren van een coördinator waarbij de regionale casemanagers eerst en vooral werknemers van hun eigen zorgorganisatie zijn. En in sommige regio's ontbreekt een regionaal dementienetwerk omdat geen van de genoemde partijen daar geld of capaciteit in wenst te investeren.

4 KOSTEN EN BATEN

De primaire baten van casemanagement dementie liggen bij kwaliteit van leven voor cliënt en mantelzorger. Een casemanager dementie bespaart de samenleving daarnaast ook zorguitgaven. In tegenstelling tot de heersende opvatting dat casemanagement personeel onttrekt aan de zorg, levert het juist zorgpersoneel op. In dit hoofdstuk worden deze besparingen en opbrengsten benoemd en becijferd.

4.1 IN GELD

Casemanagement dementie zorgt voor besparingen in de zorg door onder meer het activeren van het netwerk rond de cliënt en het voorkomen van voortijdige opname.

De kosten voor een casemanager dementie over de hele klantreis vanaf de niet-pluisfase van gemiddeld 7,5 jaar⁴ (in het geval van de ziekte van Alzheimer) bedragen circa 10.500 euro, uitgaande van het Nza-maximumtarief en een gemiddelde caseload van 60 cliënten. Als – in het ideale geval – een casemanager gedurende het hele ziekteverloop is aangehaakt, vanaf de niet pluisfase tot aan opname, inclusief warme overdracht, dan ziet een gemiddeld traject en de gemiddelde declarabele inzet in tijd van een casemanager dementie er als volgt uit:

Tabel 1 Berekening kosten casemanagementtraject van niet-pluisfase tot opnamefase

	Declarabele uren casemanagement		
	jaar ...	Per maand	Per jaar
Aanloopkosten	0	1,5	18
Niet pluis	1	0,5	6
	2	0,5	6
Omgaan met ziekte	3	1	12
	4	1,5	18
Regelen	5	2	24
	6	3	36
Opname	7	0,5	6
	8	0	0
Totaal aantal uren binnen <i>patient journey</i>			126
Uurtarief (2023)			83,07 euro
Totaal kosten			10.467 euro

In bovenstaande – gemiddelde – casus zal de casemanager in totaal 126 *declarabele*⁵ uren inzetten voor deze persoon gedurende de hele *patient journey*. Afgezet tegen het maximum tarief (prestatie verpleging, aanspraak wijkverpleging, 2023) van 83,07 euro, telt dit op tot 10.467,00 euro kosten voor rekening van de zorgverzekering. We komen in

⁴ Alzheimer Nederland vermeldt op website een gemiddelde levensverwachting van 6,5 jaar. In ons schema is daar circa 1 jaar aan toegevoegd voor de niet-pluisfase.

⁵ Alleen cliëntgebonden uren zijn declarabel. Organisaties mikken op een declarabel percentage van 60 – 65% van de totale ureninzet van een casemanager. Een fte telt circa 1.500 werkzame uren. Het deel daarvan dat declarabel is ligt tussen de 900 en 975 uren.

een volgend hoofdstuk (6.2.1) uitgebreid terug op deze berekening en zullen daar constateren dat zorgaanbieders de facto veel minder betaald krijgen uit de zorgverzekering dan datgene wat de prestatie verpleging binnen de aanspraak wijkverpleging mogelijk maakt. Ook zullen we verderop – in het kader van de domeindiscussie (0) – dieper ingaan op waar, in welk domein, kosten en besparingen worden gerealiseerd.

Tegenover deze uitgaven voor de casemanager van 10.500 euro staan de volgende besparingen:

a. Substitutie van duurdere zorg

- Minder consulten bij de huisarts
- Soepeler diagnostisch traject (poli, neuroloog, geriater)
- Inschakelen van netwerk, bespaart inzet professionele zorg en ondersteuning
- Voorkomen onnodige inzet van wijkzorg
- Dagactiviteiten en Alzheimer café in plaats van dagbehandeling of dagbesteding
- Uitstel opname door evenwicht draaglast – draagkracht thuis (2020d)

b. Voorkomen van escalatie en crisisopnames door uitval mantelzorg

- Luisterend oor, ondersteund voelen
- Advanced Care Planning
- Helpen omgaan met dementie, psycho-educatie
- Lotgenotencontact, gespreksgroep
- Tijdig inschakelen zorg en ondersteuning
- Bewaken draagkracht / draaglast

Vooraf door uitstel van opname en dure dagbehandeling, zullen de totale kosten van het casemanagement dementie gedurende de gehele klantreis al snel worden “terugverdiend”. Terugverdiend worden de kosten al bij een uitstel van opname van 1 maand of bij substitutie van 2 dagdelen dagbehandeling gedurende 2,5 maand⁶.

Tabel 2 Kosten casemanagement dementie totale klantreis vergeleken met kosten intramuraal verblijf en kosten dagbehandeling

	Kosten	Terugverdiens- tijd
Casemanagement dementie, kosten totale klantreis	10.500,00	
Eén maand intramuraal verblijf	10.000,00	1,1 maand uitstel
Eén maand dagbehandeling 2 dagdelen ⁷	4.500,00	2,4 maand uitstel

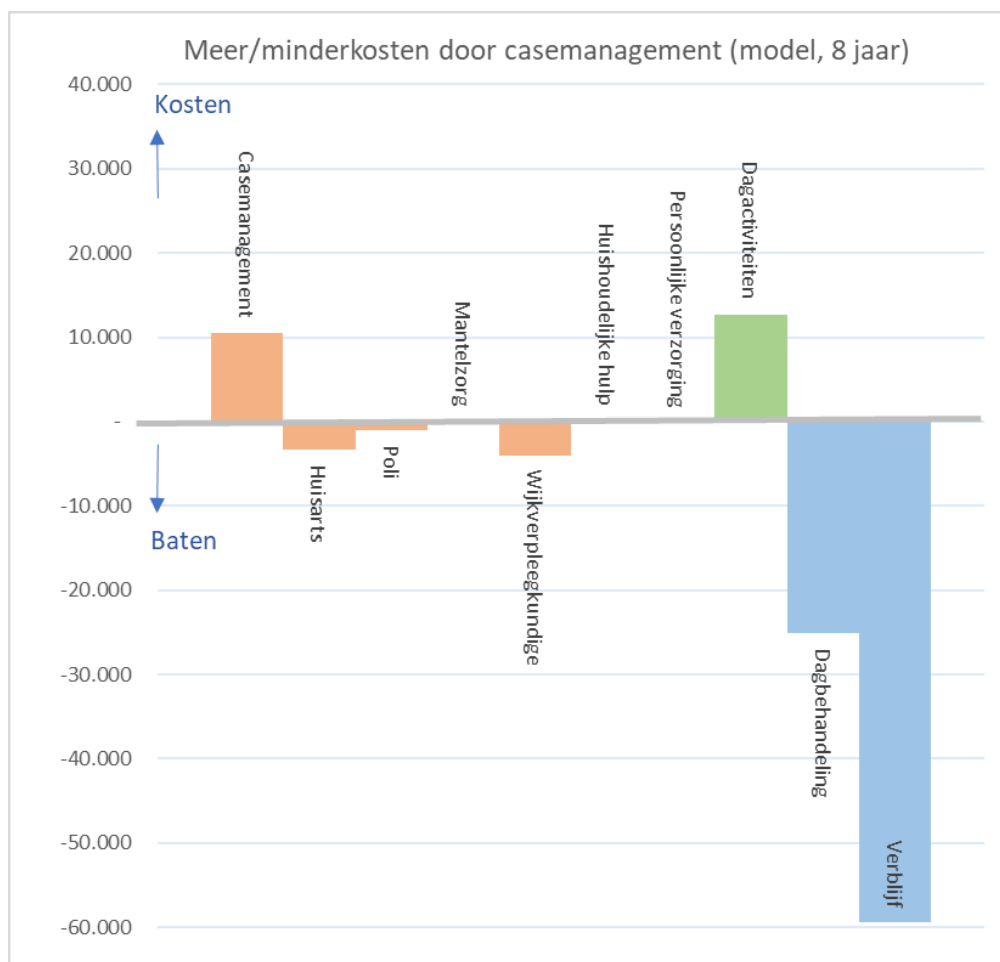
Een diepgaand onderzoek naar de meer- en minderkosten was in het kader van deze business case niet mogelijk. Daarvoor in de plaats is een model opgesteld met de typisch veronderstelde meer- en minderkosten van de inzet van casemanagement gedurende

⁶ Vektis (2019c: 69-71) heeft een verband aangetoond tussen casemanagement en lagere gebruik Elv, hoger percentage mensen met dementie dat thuiswoont, lagere instroom instelling, lagere opnameduur ziekenhuizen, maar hogere ziekenhuiskosten. De besparingen / kosten in geld zijn niet berekend.

⁷ Minder dagbehandeling Wlz betekent mogelijk meer dagactiviteiten Wmo

een volledige *patient journey*. De kosten van het casemanagement dementie betrekken we uit de berekening hierboven (Tabel 1). In de figuur hieronder is de uitkomst van dit model weergegeven. Daarna beschrijven we de uitgangspunten in dit model die tot deze uitkomst leiden.

Figuur 4 Uitkomsten van het model meer-/minderkosten door casemanagement dementie.



Noot: Oranje = Zvw, groen = Wmo, blauw = Wlz.

Tabel 3 Uitgangspunten van het model meer-/minderkosten door casemanagement dementie.

		Met casemanager dementie	Zonder casemanager dementie
Casemanager	Zvw	Inzet gemiddeld 16 uur per jaar	
Huisarts	Zvw	Over 8 jaar gemiddeld 1,25 consulten per maand	Over 8 jaar gemiddeld 2,75 consulten per maand
Poli	Zvw	DBC wordt half benut	DBC wordt geheel benut
Wijkverpleegkundige	Zvw	In de eindfase van de ziekte gemiddeld 2 uur inzet per maand	In de eindfase van de ziekte gemiddeld 3 uur inzet per maand

		gedurende één jaar	gedurende twee jaar
Persoonlijke verzorging	Zvw	Geen verschil met of zonder casemanager dementie	
Huishoudelijke hulp	Wmo	Geen verschil met of zonder casemanager dementie	
Dagactiviteiten	Wmo	16 dagdelen per maand gedurende twee jaar in middenfase van de ziekte	Geen gebruik
Dagbehandeling	Wlz	24 dagdelen per maand in het laatste jaar voor de opname	Van 16 tot 24 dagdelen per maand in de laatste drie jaren voor de opname
Verblijf	Wlz		Opname vindt half jaar eerder plaats

Meerkosten door het casemanagement zitten in: casemanagement (Zvw) zelf en in dagactiviteiten (Wmo). Minderkosten in huisarts, poli, wijkverpleegkunde (Zvw), dagbehandeling en verblijf (Wlz).

Het resultaat in dit voorbeeld is een besparing van 69.500 euro over de hele *patient journey*. De kosten van de casemanager binnen de Zvw worden op 2.000 euro naar "terugverdiend" door een kleiner beroep op de wijkverpleegkundige, minder consulten bij de huisarts en een soepele afhandeling van de diagnosestelling binnen de poli. Binnen de Wmo zijn er 12.500 euro meerkosten vanwege extra beroep op dagactiviteiten.

Andere casussen zullen andere resultaten geven.

Verderop in de business case gaan we dieper in op de kosten van het casemanagement voor de organisatie (6.2.1) en op het knelpunt dat kosten van het casemanagement binnen de Zvw liggen en de baten vooral in de Wlz (0).

COMPAS studie

Bovenstaande berekening is nog geen empirisch bewijs. Daarvoor is onderzoek nodig. In 2016 heeft een dergelijk onderzoek plaatsgevonden, de COMPAS-studie. Gedurende meerdere jaren zijn de maatschappelijke kosten van mensen met dementie die geen casemanager hadden vergeleken met hen die wel een casemanager hadden.

Het onderzoek concludeert voor wat betreft de financiën: "op basis van de resultaten van de huidige studie, kan één casemanager met een gangbare caseload van 50 cliënten de maatschappij jaarlijks 550.000 tot 800.000 euro besparen [...]" (2016: 231).

Omgerekend per cliënt per jaar zijn de besparingen volgens de COMPAS studie 11.000 tot 16.000 euro. De besparingen in het model zijn 8.600 euro, lager dus. Het model zit daarmee aan de voorzichtige kant.

Bekostiging dementiezorg

Gemeenten

Ondersteuning op grond van de **Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)** betekent voor mensen met dementie bijvoorbeeld groepsactiviteiten, gespreks-groepen voor de mantelzorger en persoon met dementie, huishoudelijke hulp.

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars zijn de uitvoerders van de **Zorgverzekeringswet (Zvw)**. De **aanspraak wijkverpleging** is dé basis voor de bekostiging van casemanagement dementie. Deze aanspraak kent meerdere prestaties, waaronder de volgende twee voor casemanagement dementie relevante prestaties:

- Dementienetwerk
- Verpleegkundige

Er is dus geen sprake van een aparte prestatie "casemanagement" want deze valt onder de prestatie "verpleegkundige".

Eerstelijnsverblijf (ELV) is een vorm van kortdurende opname in een zorginstelling die wordt vergoed uit de zorgverzekering en die onder andere kan worden ingezet om mensen met dementie tijdelijk op te vangen om de mantelzorger te ontlasten of om de persoon met dementie te observeren voor het stellen van een indicatie.

De **Regeling Geneeskundige Zorg voor Specifieke patiëntgroepen (GZSP)** brengt bepaalde vormen van specialistische / geneeskundige zorg onder de zorgverzekeringswet. Relevant voor dementiezorg thuis is de mogelijkheid voor groepszorg en de inzet van een specialist ouderengeneeskunde.

Specialistische zorg in een ziekenhuis of (poli)kliniek wordt ook bekostigd uit de Zorgverzekeringswet. Veel mensen met dementie komen in aanraking met een geheugenpoli of met een Alzheimercentrum voor de vaststelling van hun ziekte, het stellen van een diagnose. In sommige gevallen komen mensen met dementie in aanraking met de specialistische GGZ.

De **eerstlijnszorg** betekent vooral de huisartsenzorg en de **tweedelijnszorg** is vooral de wijkverpleging (waar ook de casemanager dementie uit wordt gekostigd). Ook hier komt soms de GGZ om de hoek kijken.

Zorgkantoren

Zorgkantoren zijn uitvoerders van de **Wet langdurige zorg (Wlz)**. Hieronder vallen – voor mensen met dementie relevant – verblijf in een verpleeghuis en groepsbehandeling. Mensen die een WSIZ-indicatie hebben kunnen ook thuis zorg krijgen. Het **Modulair Pakket Thuis (MPT)** maakt combinaties mogelijk met de Wmo en bepaalde verstrekkingen uit de zorgverzekering. Het **Volledig Pakket Thuis (VPT)** maakt veel meer differentiatie in woonvormen mogelijk omdat de

huisvestingskosten hier úit de verstrekking zijn gehaald en voor rekening zijn van de cliënt zelf die op basis van eigen wensen en mogelijkheden kan kiezen voor een andere woonvorm dan het verpleeghuis. Veel kleinschalige particuliere woonvormen worden op deze manier bekostigd. Ook kunnen mensen hun indicatie verzilveren in de vorm van een **Persoonsgebonden Budget (PGB)** waardoor er nog meer flexibiliteit mogelijk is in combinaties van wonen met zorg.

Zelfstandige bestuursorganen

Tal van instanties houden toezicht op de zorg en stellen regels vast. We noemen hier het **Zorginstituut Nederland** (inhoud basisverzekering) en de **Nederlandse Zorgautoriteit** (opstellen regels). Dit zijn de belangrijkste instanties die de regels bepalen rondom casemanagement dementie.

4.2 IN ZORGUREN

De casemanager is niet een extra professional, een extra beroep op de toch al gespannen arbeidsmarkt in de zorg, maar creëert juist personele ruimte door besparingen in de (met name langdurige) zorg en door inzet van sociaal werkenden wat het beroep op zorgkrachten vermindert.

Heden

We berekenen hier het beroep op de arbeidsmarkt door casemanagement dementie, en laten zien dat hier in feite zorgmedewerkers worden vrijgemaakt voor andere zorgtaken. Circa 71.000 mensen hebben in 2020 een casemanager, zie onderstaande figuur en de toelichting die volgt.

Figuur 5 aantal mensen met dementie met casemanager op het totaal aantal mensen met dementie (2021a).



Noot: de bandbreedte in de cijfers is in bovenstaande grafiek weergegeven met de kleur lichtblauw.

In bovenstaande figuur is afgepeeld hoe het totaal van 71.000 mensen met dementie die een casemanager dementie hebben zich verhoudt tot het totaal aantal mensen met dementie, 280.000⁸. Van dit totaal zijn 219.200 mensen met dementie bekend in de zorg. Het grootste deel daarvan is thuiswonend, 148.955. En daarvan weer heeft 43% (71.000) een casemanager dementie (2021a).

Uitgaande van een caseload van 60 cliënten per medewerker⁹, worden deze 71.000 mensen geholpen door 1.180 fulltime casemanagers¹⁰. Zouden ook de 57% die nu nog (om diverse redenen) zonder casemanager zitten hier bij worden getrokken, dan praten we over 2.727 fulltime casemanagers dementie.

Op het totaal aantal medewerkers in de thuiszorg in 2022 (89.903) is dit 3% en op het totaal aantal verpleegkundigen niveau 4 werkzaam in de thuiszorg in 2022 (22.245) is dit 11% (2020b). Geen onaanzienlijke aantallen, maar ...:

- a) het casemanagement dementie vermindert het beroep op andere vormen van zorg en dus ook het beroep op zorgmedewerkers in die andere zorgvormen. Voorbeeld: binnen intramuraal verblijf is aanzienlijk meer personeel nodig dan in de thuissituatie. De verhouding personeelskosten casemanagement versus personeelskosten intramuraal verblijf is op jaarbasis 1.200 versus 78.300. Intramuraal verblijf vergt dus 67 maal zoveel personele inzet, weliswaar niet allemaal HBO verpleegkundigen, maar wel onder meer anderszins hoog gekwalificeerde medewerkers¹¹.
- b) er is een belangrijk reservoir aan potentiële medewerkers casemanagement die niet geschoold zijn in de zorg maar als sociaal werker. Deze opleiding, gecombineerd met een HBO+ module casemanagement dementie, is gelijkwaardig aan verpleegkundig geschoolde casemanagers. Door meer sociaal werkers aan te trekken wordt verpleegkundige capaciteit vrijmaakt in de zorg.

Toekomst

Hoe is de behoefte aan casemanagement dementie in 2050? Dit kan berekend worden door de casemanagementcijfers van nu op te hogen met de cijfers van de vergrijzing, én daarboven een extra behoefte van casemanagement op te tellen als gevolg met het achterblijven van de groei van de verpleeghuiscapaciteit de komende jaren. Het beroep op de casemanager dementie zal om die reden fors toenemen. Bij gelijkblijvende intramurale capaciteit en groei van het aantal mensen met dementie tot 2050 tot 620.000 personen, zullen – met verder gelijkblijvende parameters – in totaal een kleine 5.500 fte

⁸ Deze getallen hebben een bandbreedte die in de grafiek is weergegeven door middel van de kleur lichtgroen. Bijvoorbeeld: het totaal aantal mensen met dementie is 280.000 à 300.000 (280.000 groen + 20.000 lichtgroen).

⁹ In de eerder aangehaalde COMPAS-studie is het uitgangspunt een caseload van 50 cliënten per medewerker. Wij nemen hier een caseload van 60 vanwege het uitgangspunt van de Zorgstandaard Dementie dat de casemanager al in de niet-pluifase start waardoor de gemiddelde intensiteit van de begeleidingstrajecten zal afnemen.

¹⁰ De Nza houdt wachtlijstgegevens bij. Uit de meting van april 2023 komen vergelijkbare cijfers als in de hoofdttekst: 71.975 cliënten, in 63 regionale netwerken, met in totaal 1428 fte casemanagers. Dit laatste getal impliceert een caseload van 50 cliënten per fte waar wij uitgaan van 60.

¹¹ De berekening: jaarlijkse kosten casemanagement x 85% personele inzet = 1.157 euro voor personeel; jaarlijkse kosten intramuraal verblijf à 120.424 * 65% personele inzet = 78.276 euro voor personeel. Alle bedragen op basis van maximum Nza tarieven.

casemanagers dementie nodig zijn.

Samenvattend: op dit moment is er sprake van 1.180 fte casemanagement dementie. Dit zou eigenlijk 2.727 moeten zijn om de doelstelling te behalen dat iedereen die dat nodig heeft een casemanager dementie zou moeten hebben. In 2050 is er behoefte aan 5.500 fte casemanagement. De behoefte aan casemanagers hoeft niet onttrokken te worden aan de zorg maar kan voor een belangrijk deel worden gevonden binnen de beroepsgroep sociaal-maatschappelijk werk.

Besparingen in zorguren

Het voert in dit verband te ver om een inschatting te maken van de besparing die het casemanagement dementie bewerkstelligt in inzet van zorgmedewerkers, zorguren. Het model dat we in de vorige paragraaf presenteerden - met een specificatie aan besparingen, in enkele gevallen ook in zorguren (Tabel 3) - moet dan uitgebreid worden met nog meer aannames. Het is echter veilig te stellen dat de besparingen in geld navenant leiden tot besparingen in zorguren. Daar komt bij dat de inzet van sociaal werkenden het beroep op zorgmedewerkers zal verlichten.

4.3 IN PERSOONLIJK EN MAATSCHAPPELIJKE WELZIJN

Casemanagement dementie draagt sterk bij aan de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun mantelzorgers.

De besparingen in de zorg die de casemanager dementie bereikt gaan gelijk op met het bieden van ondersteuning en regie waar de betrokken mensen met dementie en hun mantelzorgers behoefte aan hebben. Waardevolle zorg voor de betrokkenen en lagere uitgaven in de zorg, een ideale combinatie, en dat maakt de casemanager dan ook tot een groot succes.

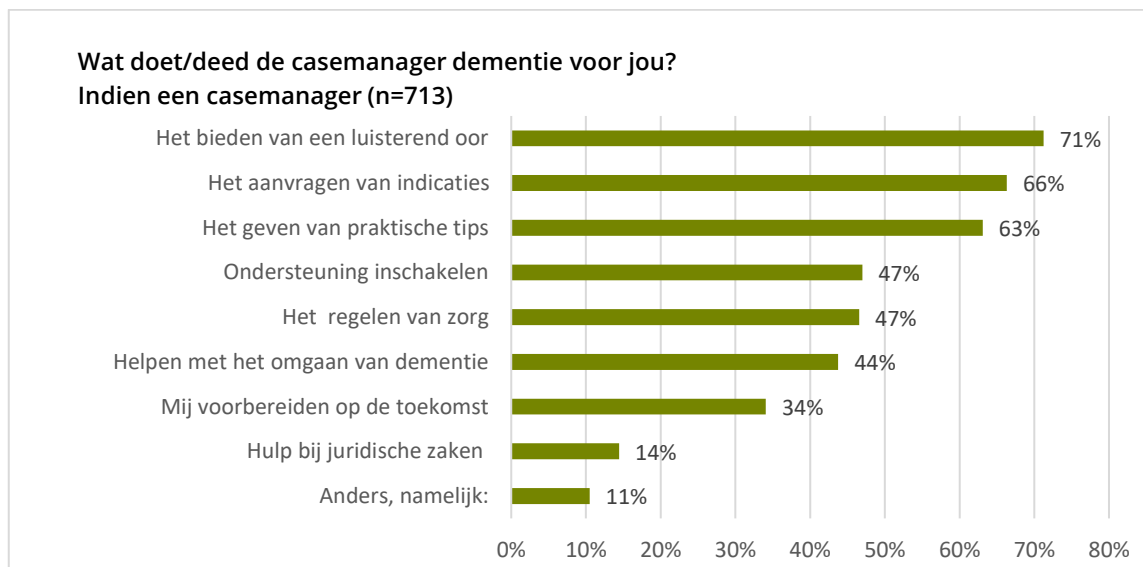
Het nut van de casemanager wordt natuurlijk op de eerste plaats afgemeten aan wat deze toevoegt aan kwaliteit van leven voor de persoon met dementie en diens mantelzorgers.

Tevens stroomlijnt de casemanager dementie het functioneren van alle zorgprofessionals en -organisaties in het netwerk rond cliënt en mantelzorgers. De huisarts wordt ontlast. De neuroloog of gerontoloog kan het dossier met een gerust hart overdragen. De cliënt wordt tijdig maar niet voortijdig geïntroduceerd bij aanbieders van dagactiviteiten en -behandeling. Verhuist de cliënt naar een woonvoorziening, dan worden medewerkers voorbereid op de wensen en behoeften van de nieuwe bewoner, het (digitale) papierwerk verloopt correct, etc. De casemanager kan daarom rekenen op waardering van collega's in de zorg.

We weten uit onderzoek dat de casemanager door cliënten hoog gewaardeerd wordt. De meest recente Dementiemonitor Mantelzorg (2020a) laat zien dat de casemanager vergeleken met alle vormen van zorg het hoogst scoort: 7,9. De waardering spreekt ook uit het feit dat de grote meerderheid (93%) van de mantelzorgers van thuiswonende mensen met dementie meestal of altijd vertrouwen hebben in de deskundigheid van de casemanager.

De komende cijfers – afkomstig uit een recent panelonderzoek van Alzheimer Nederland onder 900 personen (2023a) - zijn illustratief voor het nut van de casemanager:

Figuur 6 Uitkomsten recent panelonderzoek Alzheimer Nederland (2023a)



De antwoorden hierboven zijn gegeven door mantelzorgers. Ook de mensen met dementie in dit onderzoek geven aan dat zij dit soort vraagstukken met de casemanager bespreken.

De betrokkenen waarderen de emotionele ondersteuning, het luisterende oor. Zij zien de casemanager als ondersteuner bij praktische zaken, bij vragen over dementie, zorg, ondersteuning, over omgaan met dementie, voor het regelen van zorg. Wat vanuit het perspectief van preventie graag gezien wordt, is dat de casemanager verwijst naar activiteiten in de buurt, en dit blijkt ook het geval. Niet alle respondenten hadden een casemanager. Zij die wel een casemanager hebben, voelen zich vaker professioneel ondersteund.

Het panelonderzoek laat ook goed zien hoe de casemanager dementie wordt beleefd en daarom citeren we hieronder uit de belangrijkste bevindingen van dit onderzoek:

Figuur 7 Belangrijkste bevindingen panelonderzoek Alzheimer Nederland – antwoorden van mantelzorgers (2023a).

Belangrijkste bevindingen panelonderzoek waardering casemanager dementie - Mantelzorgers

8 op de 10 mantelzorgers hebben een casemanager dementie.

- Onder hen zou 79% hun casemanager aanraden aan hun omgeving.
- 8 op de 10 mantelzorgers zouden niet zonder hun casemanager kunnen (81%).
- Ook wordt de casemanager goed vertrouwd. 86% vertrouwt meestal tot altijd in de deskundigheid van hun casemanager.

Voor 84% van de mantelzorgers komt de ondersteuning van de casemanager precies op tijd. Voor niemand komt deze te laat.

De casemanager is dé persoon voor hulp bij alle praktische zaken. Dat blijkt uit de onderstaande resultaten:

- Bijna 9 op de 10 mantelzorgers met een casemanager gaan naar de casemanager voor vragen rondom dementie (88%).
- 8 op de 10 mantelzorgers met een casemanager spreken de casemanager aan voor hulp bij het organiseren van zorg en ondersteuning voor hun naaste (80%).
- 6 op de 10 mantelzorgers met een casemanager stellen hun vragen over het omgaan met hun naaste met dementie aan de casemanager (62%).

In totaal zeggen 8 op de 10 mantelzorgers door de casemanager te zijn geweest op activiteiten en ondersteuning in de buurt (83%). Hierbij zeggen de meesten te zijn geweest op een plek voor dagactiviteiten (66%)

Naast het helpen bij praktische zaken zoals het aanvragen van indicaties (66%) en het geven van praktische tips (63%), is de grootste groep het erover eens dat de casemanager hen een luisterend oor biedt (71%).

Mantelzorgers *zonder* casemanager dementie doen vaker alles zelf. Dat laten onderstaande resultaten zien (vs. mantelzorgers met casemanager):

- 12% kan vaker nergens terecht met hun vragen (vs. 2%)
- 31% organiseert vaker alle zorg en hulp zelf (vs. 10%).

- 44% heeft vaker niemand om te helpen bij het leren omgaan met hun naaste met dementie (vs. 19%).

Tot slot draagt de casemanager bij aan een gevoel van voorbereidheid en ondersteuning. Mantelzorgers met een casemanager dementie voelen zich vaker:

- Voldoende professioneel ondersteund als mantelzorger bij de zorg voor hun naaste (73% vs. 43%).
- Voldoende ondersteund door hun omgeving bij de zorg voor hun naaste (64% vs. 52%).
- Voldoende voorbereid op veranderingen in de toekomst (64% vs. 45%).

Figuur 8 Belangrijkste bevindingen panelonderzoek Alzheimer Nederland – antwoorden van mensen met dementie (2023a)

Belangrijkste bevindingen panelonderzoek waardering casemanager dementie – Mensen met dementie

De helft van de mensen met dementie heeft een casemanager dementie.

- Onder hen zouden 7 op de 10 hun casemanager aanraden aan hun omgeving (71%).
- De casemanager wordt door bijna iedereen goed vertrouwd. 5 op de 6 vrouwen hun casemanager meestal tot altijd (86%).
- Ongeveer 6 op de 10 mensen met dementie zouden niet zonder hun casemanager kunnen (62%).

Onder hen met een casemanager, is deze de meest genoemde persoon waarbij men terecht kan voor:

- Vragen over dementie (57%).
- Hulp bij het organiseren van zorg (67%).
- Vragen over hoe zij moeten omgaan met hun dementie (57%).

Net als de mantelzorgers, zien de mensen met dementie de casemanager vooral als een luisterend oor (67%) die hen hulp biedt bij meer praktische zaken zoals het aanvragen van indicaties en het inschakelen van ondersteuning (beide 38%).

- Mensen zonder een casemanager dementie zoeken voor hulp vaker vrienden, kennissen en de huisarts op.
- Tot slot lijkt de casemanager ook bij te dragen aan een gevoel van ondersteund worden. Mensen met dementie die onder begeleiding van een casemanager staan, lijken zich vaker voldoende ondersteund te voelen dan zij zonder een casemanager (81% vs. 63%).

In het panelonderzoek komen ook enkele respondenten aan het woord op de vraag 'Wat is voor jou de meerwaarde van een casemanager dementie?':

- "Een deskundige persoon die weet waar ze over praat en ons en vooral mij (de partner) helpt hoe om te gaan met mijn partner die dementie heeft. Zij weet altijd antwoord op mijn vragen of zoekt het op, en is een luisterend oor."
- "Mijn casemanager is iemand waar ik altijd bij terecht kan met mijn vragen en zorgen over mijn moeder."

- "Biedt ondersteuning, is op de hoogte van de regels, helpt bij aanvragen indicatie."
- "Staat boven de partijen: ieder gezinslid heeft eigen emoties en zij kan onafhankelijk daarvan dingen/zorg regelen die vooral in belang zijn van betreffende ouders."
- "Ze weten welke wegen je moet bewandelen om zorg te krijgen en nemen hierin taken van je over. zorgen dat je in contact komt met de juiste mensen. Dementie is nog erg gericht op ouderen, maar mijn man werkt nog en samen met de casemanager en een team van zijn werk, mag en kan hij blijven werken."

5 CASUS

Zeeuwse Zorgschakels

Zeeuwse Zorgschakels – ontstaan in 2013 - is een non-profit organisatie die zich toelegt op casemanagement dementie in de provincie Zeeland.

De Bij Zeeuwse Zorgschakels werken momenteel ruim 45 casemanagers dementie. Elke gemeente in Zeeland beschikt over tenminste één kleinschalig team casemanagers. Samen ondersteunen zij circa 2300 mensen met dementie en hun mantelzorgers zodat mensen langer en met voldoende kwaliteit thuis kunnen blijven wonen.

Daarnaast faciliteert en coördineert Zeeuwse Zorgschakels drie lerende netwerken: het netwerk Hersenletsel, het netwerk Dementie en het netwerk Palliatieve zorg. Hiermee bouwt de organisatie kennis en een goede uitvoeringspraktijk op in de provincie.

Zorgverzekeraar CZ heeft zich mede ingezet voor het ontstaan van dit provinciebrede netwerk rondom dementie thuis. Zeeuwse Zorgschakels opereert namens 19 organisaties in de provincie die het bestuur en het dagelijks bestuur vormen.

Kosten en baten (2021)

Onderstaande gegevens betreffen alleen het product casemanagement dementie. Zeeuwse Zorgschakels heeft naast casemanagement dementie ook de uitvoering van de lerende netwerken palliatieve zorg, dementie, en niet aangeboren hersenletsel (circa 2% van de totale omzet). De cijfers zijn van het jaar 2021.

Tabel 4 Exploitatieoverzicht product casemanagement dementie 2021, Zeeuwse Zorgschakels

Baten en lasten (2021)	1 fte	Organisatie
<i>fte</i>	1	35,6
Kosten		
Casemanagement		
maandsalaris	3.784	
jaarsalaris (x 14)	52.972	
Sociale lasten, pensioen	13.590	
Totale loonkosten	66.562	2.369.608
Overige kosten		
Materiële kosten	10.069	358.441
Organisatie	14.527	517.161
Totaal kosten	91.158	3.245.210
Baten		
Declaraties		
Totaal gewerkte uren	1.500	53.400
Declarabele uren	995	35.438
Inkomsten		
Zvw		2.421.576
Pgb, particulier, onderaanneming		15.038
Wlz		506.203
Overig (particulier, partnerbijdragen)		190.929
Totaal inkomsten		3.133.746

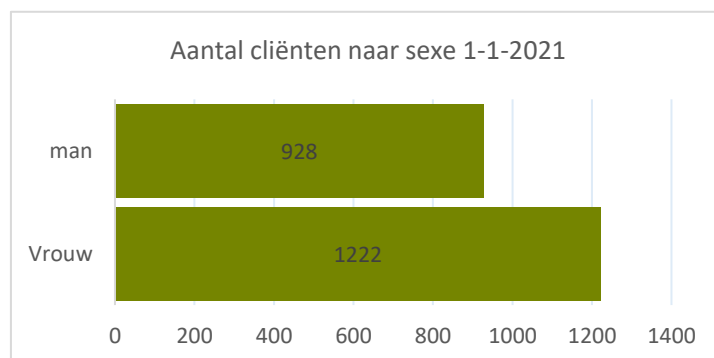
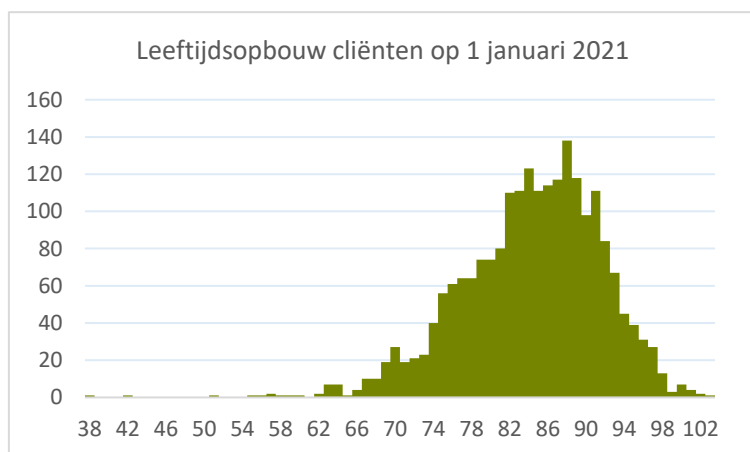
Kenmerkend aan deze jaarcijfers van 2021 is dat de inkomsten in evenwicht zijn met de uitgaven. De som van de inkomsten kan worden omgerekend naar een bedrag per

declarabel uur: 88,43 euro. In paragraaf 6.2.1 zullen we voorrekenen dat het casemanagement dementie bij een maximumtarief voor de prestatie verpleging van 83,07 euro niet, of krap wel, betaalbaar is. Deze jaarcijfers van 2021 laten zien dat inderdaad meer declarabele inkomsten nodig zijn om casemanagement dementie – uitgevoerd *conform de Zorgstandaard Dementie* - declarabel te maken.

Overige kengetallen (2021)

Tabel 5 Kengetallen product casemanagement dementie 2021, Zeeuwse Zorgschakels

Kengetallen (2021)		
Aantal casemanagers		
Aantal per 1-1	37	
Aantal fte totaal in jaar	35,6	
Aantal feitelijk gewerkte uren (incl. overwerk)	53.400	
Aantal gedeclareerde uren casemanagement	35.438	
gemiddelde declaratie per uur	83,04	
Percentage declarabel	66%	
Opleiding per 1-1		
Sociaal pedagogisch	5	
Verpleegkundig	29	
Overig	3	
HBO+ module	36	
Schalen per 1-1		
fwg 45		
fwg 50		Bij aanvang dienstverband
fwg 55		Bij behalen HBO+ casemanager dementie
anders		
Caseload		
Aantal cliënten per 1-1	2150	
Aantal cliënten per fte (caseload)	60	



6 SCHEURTJES IN DE UITVOERINGSPRAKTIJK

Ondanks de hierboven beschreven financiële besparingen en maatschappelijke en individuele opbrengsten - een succesverhaal - staat casemanagement dementie onder druk. Wat gaat er mis en hoe kan dat?

6.1 KNELPUNTEN

Dementiezorg voor Elkaar heeft in 2021 de knelpunten die optreden bij de implementatie van de Zorgstandaard Dementie op een rij gezet (2021c). De voor casemanagement relevante knelpunten:

- de casemanager is lang niet altijd betrokken bij de diagnose, de niet-pluifase;
- er zijn flinke wachtlijsten, *gemiddeld* vier weken (in 2022);
- te veel mensen hebben geen casemanager, namelijk 57% (in 2020);
- niet alle dementienetwerken krijgen middelen voor hun taken (moet uit integrale tarief komen ipv uit de prestatie ketenzorg);
- de casemanager kan lang niet altijd de mantelzorger ondersteunen;
- in plaats van één vaste casemanager worden wisselende medewerkers ingezet. Een cliënt moet zijn/haar verhaal vaak aan meerdere professionals vertellen;
- een warme overdracht tijdens de overgang van Zvw naar Wlz is niet altijd mogelijk;
- er is vrijwel nooit ruimte voor nazorg aan de mantelzorger, deze inzet wordt niet vergoed;
- regelmatig worden de afgesproken kwalificaties voor het casemanagement niet geëerbiedigd;
- de casemanager heeft geen bevoegdheden voor indicatiestelling in de Wmo;
- deelname casemanager aan MDO poli/huisarts wordt niet vergoed (indirecte tijd).

Ook Bisnez heeft recent de stand van zaken in de dementiezorg in kaart gebracht en daarbij gewezen op knelpunten die raken aan de business case voor casemanagement dementie (2023b: 44-46):

- Ondanks de noodzaak van samenwerking tussen verschillende partijen en de nadruk op meer samenwerking in beleid, zijn er signalen dat structurele samenwerking vaak moeizaam tot stand komt;
- Het veld waarbinnen de casemanager opereert is complex, met veel verschillende partijen, versnipperd en gefragmenteerd, wat versterkt wordt door de financiering van deze zorg. "Casemanagers dementie, die mensen met dementie en hun mantelzorgers ondersteunen in het vinden van de juiste zorg, ervaren dit ook. 44% van de casemanagers geeft aan niet de juiste hulp te kunnen regelen voor mensen met dementie."
- "Er bestaan veel structuren waarin partijen met elkaar om de tafel zitten, bijvoorbeeld in regionale dementienetwerken. Desondanks blijkt effectieve samenwerking over de grenzen van organisaties heen in veel regio's een uitdaging. Organisatiebelang blijkt vaak boven maatschappelijk belang te gaan. Het gebrek aan samenwerking wordt versterkt door het ontbreken van een duidelijke governance op landelijk, regionaal en uitvoerend niveau. Het is momenteel onduidelijk wie eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit van deze zorg. Er is geen duidelijke regie en sturing.

Bovendien ontbreekt toezicht op de uitvoering en is de uitvoering van beleid veelal vrijblijvend”.

Oorzaken en aanbevelingen

In dit hoofdstuk leggen we de vermoedelijke mechanismen achter de “scheurtjes in de business case” bloot en openen we de discussie richting oplossing. We gaan dieper in op de twee belangrijkste knelpunten, namelijk:

1. **Tarieven zijn niet kostendekkend.** Casemanagement dementie is *als zelfstandige functie* verliesgevend. Dit weerhoudt aanbieders om hierin te investeren en stimuleert hen om scherp te zijn op de uitgaven voor casemanagement ten koste van kwaliteit en beschikbaarheid.
2. **Het domein-overstijgend karakter van casemanagement dementie geeft aanleiding tot domeindiscussies.** De werkzaamheden van de casemanager zijn breder dan strikt genomen de aanspraak wijkverpleging. Dit geeft aanleiding tot beperkingen in wat de casemanager mag en kan. Bovendien zijn de kosten van het casemanagement voor rekening van de zorgverzekering en de besparingen worden vooral behaald in de langdurige zorg.

6.2 DE TARIEVEN VAN DE CASEMANAGER DEMENTIE ZIJN NIET KOSTENDEKKEND

Vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar is casemanagement dementie een kostenpost en vanuit het perspectief van de zorgaanbieder is casemanagement dementie niet kostendekkend. Deze negatieve financiële prikkel zorgt er voor dat het casemanagement dementie geleidelijk wordt uitgehold.

Dit knelpunt zie je op verschillende manieren terug in de uitvoeringspraktijk:

- Casemanagers verliespost voor aanbieders en zorgverzekeraars;
- Terughoudendheid in realiseren capaciteit casemanagement;
- Casemanagement niet als functie maar als rol;
- Uitstellen inzet casemanagement tot na niet-pluifase;
- Stopzetten casemanagement bij opname.

Deze punten worden hieronder uitgediept.

6.2.1 Casemanagers dementie door integraal tarief niet kostendekkend

Vanuit het perspectief van de *zorgaanbieder* levert casemanagement dementie verlies op. We rekenen het hier voor. Casemanagement dementie wordt uitgevoerd door HBO-geschoolde krachten die doorgaans ingeschaald worden in FWG 50 of 55, soms 60¹². De gemiddelde jaarlijkse salariskosten voor een voltijdsmedewerker midden schaal 55 liggen rond de 70-duizend euro wat betekent dat van het Zvw maximale tarief van 83,00 euro al 73,00 euro per declarabel uur van het (maximum) vergeven is. Wat overblijft, is nodig

¹² Dit verschilt per zorgaanbieder. Er zijn aanbieders die FWG 50 hanteren voor de HBO-instromer die de post-HBO opleiding nog moet voltooien; eenmaal HBO-plus, dan wordt de specialistische schaal 55 gehanteerd. Andere aanbieders gaan niet boven FWG 50. Nog weer anderen hanteren een seniortarief in FWG 60.

voor de overige organisatiekosten en voor de materiële kosten¹³. Deze 10 euro is krap. Daar komt bij dat in de praktijk het maximumtarief niet wordt betaald. Zie bijvoorbeeld de casus Zeeuwse Zorgschakels, waar – zelfs met goede tariefafspraken met de zorgverzekeraar – het casemanagement maar net financieel kostendekkend kan worden geëxploiteerd (0).

Bovendien is de sector de afgelopen jaren overgestapt van tarieven per prestatie naar een integraal tarief voor alle prestaties binnen de aanspraak wijkverpleging die een gemiddelde vormt van deze prestaties¹⁴. Sommige zorgverzekeraars laten de aanbieders de extra kosten van het regionale dementienetwerk ook uit dit integrale tarief betalen.

Op papier is de redenering dat een organisatie zelf het beste de ideale zorgmix binnen de wijkverpleging kan bepalen. Echter, een organisatie kan evengoed kosteneconomische afwegingen maken in plaats van inhoudelijke. Een casemanager kost de organisatie meer dan het oplevert, in termen van loonkosten versus tariefinkomsten. Binnen dementienetwerken gaan de discussies tussen de aanbieders-leden over de vraag wie bereid is die extra casemanager te werven om de hoge vraag aan te kunnen, wetende dat die organisatie daarmee een extra verlies neemt.

Wat vaak over het hoofd wordt gezien is dat de casemanager – dankzij diens centrale rol binnen regionale netwerken – voor allerlei nevenactiviteiten worden gevraagd die níet bekostigd worden maar waarvan men wel de medewerking verwacht. Te denken valt aan informatieve groepsbijeenkomsten, meewerken aan dementievriendelijke gemeenten, projectgroepen, scholingsactiviteiten voor anderen, en uiteraard mantelzorgondersteuning in groepsverband.

6.2.2 Terughoudendheid in realiseren capaciteit casemanagement

De wachtlijsten voor casemanagement en de veronderstelde tekorten aan casemanagers zijn waarschijnlijk – in ieder geval deels - toe te schrijven aan de terughoudendheid van zorgaanbieders om meer casemanagers te werven.

In 2020 had 41% van de thuiswonende mensen met dementie die bekend zijn in de zorg een casemanager dementie (2021a: 4). Dit cijfer is laag gegeven de ambitie uitgesproken in de Zorgstandaard Dementie dat alle thuiswonende mensen met dementie een casemanager moeten hebben.

Dat er een wachtlijst is, is een gegeven. Deze wordt nauwgezet gemonitord door het Nza (2023c). De gemiddelde wachttijd schommelt rond de 4 weken. Bij 20 regionale netwerken is de wachttijd langer, tot 22 weken.

¹³ We rekenen het hier voor: De HBO+ opgeleide casemanager dementie wordt doorgaans – maar niet altijd – ingeschaald in FWG 55. Het gemiddelde van deze schaal (2023) ligt op 3.867,00 euro. Dit maal 14 (vakantiegeld, 13^e maand) + 30% opslag (sociale lasten, pensioen, verzekering etc.) levert afgerond 71.000,00 euro loonkosten op per jaar. Dit kunnen we omrekenen naar loonkosten per declarabel uur. Een full-time medewerker heeft 1.500 uur per jaar waarvan in de praktijk slechts 65% declarabel zijn bij de zorgverzekeraar, zijnde 930 uur. Loonkosten / declarabele uren = 71.000 / 975 = circa 73,00 euro per uur. Het maximum Nza tarief verpleging binnen de aanspraak wijkverpleging (2023e) bedraagt 83,07 euro dus voor de rest van de organisatie blijven 10,00 euro over voor administratie, bestuur, gebouwen etc. In de praktijk betalen zorgverzekeraars overigens minder dan het maximumtarief.

¹⁴ In de toekomst zal mogelijk worden gewerkt met tarieven op basis van cliëntprofielen.

6.2.3 Casemanagement niet als functie maar als rol

Doordat – zoals hierboven uiteengezet – casemanagement dementie niet als zelfstandige functie kostendekkend kan worden geëxploiteerd binnen de huidige bekostigingsstructuur, ontstaan er prikkels in het systeem om de inzet van casemanagers dementie te beperken:

- Dit kan bijvoorbeeld door lager geschoolde medewerkers in te zetten voor zogenaamd “laag-complex casemanagement”, waarmee onder andere beginfase van het ziekteproces wordt bedoeld.
- Een andere manier is om generieke verpleegkundigen – die al taken verrichten bij cliënten - casemanagementtaken er bij te geven waardoor de efficiency van de inzet toeneemt.
- Een derde manier is om geen specialistisch casemanagers in te zetten maar medewerkers die zowel verpleegkundige- als casemanagementstaken hebben waardoor (fluctuerende) vraag en aanbod makkelijker te matchen zijn.
- Nog weer een manier is om aan te sturen op lagere loonschalen.

Een oplossing in de vorm van reële tarieven voor de inzet van casemanagement dementie is er nu niet want de systematiek van integrale tarieven binnen de aanspraak wijkverpleging geldt ook voor casemanagement. Daarnaast zullen de integrale tarieven in de toekomst waarschijnlijk plaatsmaken voor een systematiek van cliëntprofielen en daaraan gekoppelde bedragen per maand of periode.

Betoogd kan worden dat het geen kwaad kan om laag-complexe taken neer te leggen bij lager geschoolde medewerkers. De afspraak in het kader van de Zorgstandaard Dementie is evenwel dat de casemanager een functionaris is die gedurende het hele ziekteproces verbonden blijft aan de cliënt. Daar zijn goede redenen voor:

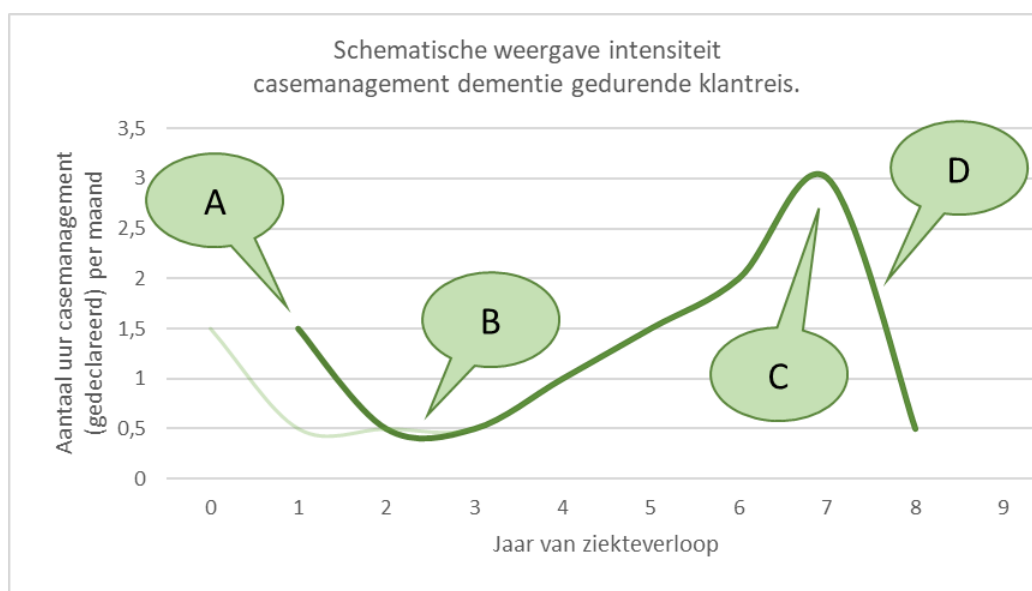
- juist de eerste kennismaking met een cliënt is een hoog-complexe taak;
- gedurende het ziekteverloop switchen van medewerker is tegen de wens van de meeste cliënten, komt niet ten goede komt aan de continuïteit van de band tussen cliënt en professional, en maakt steeds weer nieuwe kennismakingen nodig;
- een generieke verpleegkundige wordt gevraagd om deskundigheid op casemanagementwerk te hebben die hij of zij, zonder het doorlopen van de post-HBO opleiding casemanagement, niet per se bezit. Overigens ligt de inzet van een wijkverpleegkundige bij dementie niet voordehand. De inzet van de wijkzorg zal meestal pas later in het ziekteproces plaatsvinden, en dan gaat het om huishoudelijke zorg en eventueel ADL zorg;
- in latere fases van het ziekteproces wordt de kans groter dat een beroep op wijkzorg nodig is, waar dat in de eerdere fases meestal niet nodig is, en de casemanager zal dan – vanuit de eigen professie geredeneerd - laag-complexe taken beleggen bij de wijkzorg, maar wel aanspreekpunt blijven voor de cliënt;
- een goede casemanager zorgt ook voor financiële opbrengsten, door het ontlasten van specialisten en huisartsen, door het versterken van de draaglast van mantelzorgers, door uitstel van het moment van inschakelen van het wijkteam, kortom: door het vinden van oplossingen op het goede moment in het ziekteproces die in veel gevallen het beroep op dure zorg voorkomt;

6.2.4 Uitstellen inzet casemanagement tot na niet-pluifase

Sommige zorgaanbieders bieden casemanagement dementie pas aan als er een diagnose ligt. Uit het veld valt ook te horen dat (sommige) zorgverzekeraars de casemanager pas vergoeden ná een diagnose. Er zijn verschillende redenen waarom dit niet past bij goed casemanagement:

- De Zorgstandaard Dementie is er duidelijk over dat casemanagement start in de niet-pluifase en dus al beschikbaar is in het diagnostisch traject;
- Wordt casemanagement voor mensen met dementie uitgesteld tot een latere fase van het ziekteverloop, dan is de kans groter dat de casemanager een probleemsituatie aantreft die om crisismanagement vraagt. Bij een tijdige start van het casemanagement worden crisissituaties juist vermeden;
- Als de casemanager al vóór de diagnose wordt ingeschakeld - de niet-pluifase - betekent dat weliswaar een langer traject, maar in termen van extra casemanagement-uren is het effect beperkt omdat het beroep op de casemanager in die extra jaren laag is. Zie onderstaand schema en toelichting.

Figuur 9 Intensiteit casemanagement gedurende het ziekteverloop



Wanneer de casemanager kennis maakt met de cliënt (A) zal er relatief veel werk zijn: intake, kennismaking, gesprekken met de cliënt etc. De casemanager is zich bewust van de moeilijke situatie bij de cliënt, die de nieuwe werkelijkheid onderdeel van zijn of haar leven moet maken. In deze eerste fase bouwt de casemanager een vertrouwensband op. De eerste stappen in het casemanagementtraject zijn in sociaal en psychologisch complex en vergen van de casemanager ervaring, kennis en talent.

Na deze eerste stappen zal de casemanager meer op de achtergrond zijn (B) en relatief weinig ondersteuning aan de betrokkenen en regie in het ziekteproces biedt. De cliënt weet dat de casemanager er is, kan vragen stellen, heeft een back-up.

Hierna zal een periode van geleidelijke verslechtering optreden waarbij de casemanager helpt om met de veranderende situatie om te gaan (C). Gaandeweg zal de behoefte aan zorg toenemen en ook de intensiteit van het casemanagement zal in deze periode

toenemen.

Na opname in een woonzorgvoorziening verdwijnt de casemanager niet meteen uit beeld maar (nog steeds conform de afspraken binnen de Zorgstandaard Dementie) zal helpen met de warme overdracht naar het team van de woonlocatie en het begeleiden van de eventuele partner en mantelzorgers in het verwerken van de situatie (D).

Als de casemanager al vóór de diagnose wordt ingeschakeld – in de niet-pluisfase - betekent dat weliswaar een langer traject maar het beroep op de casemanager is in die extra jaren (B) beperkt. Dit zal terug te zien zijn in een gemiddeld hogere caseload. Daar komt bij dat het laat inschakelen van een casemanager risico's oplevert voor een ontregeld cliëntsysteem wat juist extra "reparatiewerk" betekent voor de casemanager.

6.2.5 Stopzetten casemanagement bij opname

Dezelfde discussie over de inzet van casemanagement vóór diagnose speelt bij de inzet van casemanagement ná opname. De Zorgstandaard Dementie beveelt een warme overdracht aan en nazorg voor de mantelzorger.

De inspanning van de casemanager voor warme overdracht en nazorg in uren is beperkt. Wanneer de persoon met dementie wordt opgenomen in een verblijfsvoorziening zorgt de casemanager voor een goede overdracht: introductie van de persoon met dementie en mantelzorger bij de medewerkers en deelname aan eerste multidisciplinair overleg, onder andere (2017d). De casemanager laat ook de mantelzorger niet direct los maar helpt bij het verwerken van de gebeurtenissen door bijvoorbeeld het aanbieden van gespreks-groepen en lotgenotencontacten. Deze werkwijze maakt onderdeel uit van de Zorgstandaard Dementie.

Ook hier, net als hierboven in de niet-pluisfase, is er geen formele band meer tussen de persoon met dementie en de aanspraak wijkverpleging en bijgevolg is er vaak geen mogelijkheid voor de casemanager om deze uren te declareren naar de zorgverzekeraar binnen de aanspraak wijkverpleging.

6.2.6 Aanbeveling 1: zorg voor positieve financiële prikkel

Zorg voor een positieve financiële prikkel voor de casemanager dementie. Een bij de prestatie behorend tarief is wenselijk want

- Dit maakt het voor zorgaanbieders mogelijk om de casemanager kostendekkend in te zetten
- Dit zorgt voor betere monitoring van de casemanager dementie zodat we gebruik en inzet kunnen monitoren.
- Dit borgt de casemanager dementie beter in het systeem van de Zvw.

6.3 SCHOTTEN IN DE ZORG

De schotten in de zorg beperken de casemanager in het uitvoeren van de taken die zijn afgesproken in de Zorgstandaard Dementie 2020. De casemanager dementie zou een

overkoepelende, domeinoverstijgende functie moeten zijn, over de schotten in de zorg heen, maar zit in het keurslijf van de wijkverpleegkundige.

De kosten van het casemanagement belanden vooral in de Zorgverzekering maar de financiële baten komen vooral ten goede aan de langdurige zorg. Daarnaast is er steeds discussie of bepaalde taken van de casemanager wel bij het Zorgverzekeringsstelsel horen en omgekeerd heeft de casemanager vaak geen regelmacht binnen de Wmo.

Dit knelpunt is op verschillende manieren herkenbaar in de uitvoeringspraktijk:

- Kosten in Zvw, baten in Wlz;
- Domein-overstijgende werkzaamheden vaak niet mogelijk;
- Geen domein-overstijgende bevoegdheden;
- Sociaal werkenden passen niet binnen de wijkverpleging.

Deze vier punten worden hieronder uitgewerkt.

6.3.1 Kosten in Zvw baten in Wlz

De investeringen die vanuit de *zorgverzekering* wordt gedaan voor een goede kwaliteit casemanagement dementie, conform de Zorgstandaard Dementie, leveren vooral besparingen op in de langdurige zorg door het voorkomen voortijdig gebruik van dagbehandeling en verblijf.

Binnen de zorgverzekering zelf zorgt casemanagement ook voor besparingen op andere verstrekkingen - minder beroep op de huisarts, een soepeler verloop van het diagnostisch traject, minder wijkverpleging - maar waarschijnlijk niet in die mate dat daarmee de uitgaven voor het casemanagement worden "terugverdiend".

Een en ander is in paragraaf 4.1 uitgerekend. Figuur 3 maakt duidelijk dat casemanagement dementie zorgt voor hogere uitgaven in de Zvw en lagere uitgaven in de Wlz. Overigens leidt ons model ook tot hogere uitgaven in de Wmo, omdat de casemanager dementie in veel gevallen zal aansturen op een tijdige instroom in Wmo dagactiviteiten.

6.3.2 Domein-overstijgende werkzaamheden vaak niet mogelijk

De casemanager dementie wordt bekostigd binnen het zorgverzekeringsstelsel. In het perspectief van de zorgverzekeringswet is het oké dat de taken van de casemanager vooral bestaan uit coördinatie, regie en organisatie zijn. Dit is inherent aan – we citeren hier uit een publicatie van het Zorginstituut Nederland (2018a) - goede, multidisciplinaire zorg en valt binnen de verzekerde prestaties 'zorg zoals verpleegkundigen of huisartsen of medisch specialisten die plegen te bieden'.

Zijn er daarnaast ook taken die tot de maatschappelijke ondersteuning behoren, gericht bijvoorbeeld op participatie, zelfredzaamheid, regie en dagelijkse bezigheden, dan is bekostiging uit de zorgverzekering nog steeds oké mits dit bijkomende taken zijn en de nadruk ligt op de 'geneeskundige zorg'. Ligt de nadruk echter op ondersteunende taken, tijdens een deel van het ziekteproces, dan is de Wmo gedurende deze ziektefase het aangewezen domein voor de bekostiging, nog steeds aldus Zorginstituut Nederland.

Randvoorwaarde is bovendien dat de verzekerde een indicatie heeft, dus 'redelijkerwijs op de zorg is aangewezen', te stellen door een verpleegkundige. De persoon die het

casemanagement uitvoert kan bevoegd zijn op basis van bekwaamheid, dus bijvoorbeeld een sociaal werker. Echter, specifieke zorgverleningstaken – de indicatie zoals hierboven genoemd, ziekte- en zorgdiagnose, medicamenteuze therapie etc – kunnen niet door een sociaal werker worden verricht. Een sociaal werker als casemanager dementie, bekostigd uit de Zvw, is niet per definitie uitgesloten maar bepaalde taken zijn voorbehouden aan verpleegkundigen.

Als een cliënt geen aanspraak (meer) kan maken op wijkverpleging – bijvoorbeeld omdat er nog geen indicatie is of omdat er een Wlz-indicatie is – dan kan geen casemanagement meer gedeclareerd worden binnen de aanspraak wijkverpleging.

Mantelzorgondersteuning – ook een taak die volgens de Zorgstandaard Dementie behoort bij de casemanager dementie – kan niet bekostigd worden uit de Zvw maar behoort tot het domein van de Wmo.

Conclusie: de casemanager zoals bedoeld in de Zorgstandaard Dementie past slechts gedeeltelijk binnen de systematiek van de zorgverzekering. Niet alle taken van deze casemanager zijn declarabel binnen de aanspraak wijkverpleging.

Een organisatie kan er voor kiezen een beroep te doen op andere bronnen om deze taken van de casemanager te bekostigen en deze geldstromen – Wmo, Wlz - worden door veel organisaties ook aangeboord. Bijvoorbeeld geld voor gespreksgroepen voor mantelzorgers van mensen met dementie. Zorgaanbieders kunnen echter niet op rekenen deze inkomsten omdat gemeenten – zo blijkt uit de praktijk - daar lang niet altijd positief op beslissen. Een beroep op de Wlz voor nazorg is alleen mogelijk als de organisatie een inkoopovereenkomst heeft met het zorgkantoor en een zorgovereenkomst met de cliënt.

Zorginstituut Nederland heeft het advies uit 2018 overigens niet bijgesteld naar aanleiding van de nieuwe Zorgstandaard Dementie 2020 en de nieuwe afspraken die daar zijn gemaakt over de domeinoverstijgende reikwijdte van de casemanager dementie.

6.3.3 Geen domein-overstijgende bevoegdheden

Een casemanager dementie kan niet alle taken behorend bij de functie uitvoeren binnen de Zorgverzekeringswet, zagen we hierboven. Voor taken die niet onder de aanspraak wijkverpleging vallen maar binnen de Wmo heeft een casemanager niet automatisch bevoegdheden.

Een bekend knelpunt is indicatiestelling voor Wmo maatwerkvoorzieningen. Wanneer mensen met dementie behoefte hebben aan bijvoorbeeld huishoudelijke ondersteuning, dienen zij vaak de volledige indicatieprocedure Wmo te doorlopen. Zowel de Wmo-consulent als de casemanager steken tijd in de procedure, dat is dubbelop, en de cliënt wordt geconfronteerd met wachttijden.

De betrokken casemanager zou inhoudelijk gezien ook de Wmo-indicatie kunnen stellen analoog aan indicerende bevoegdheden binnen de Zvw. Op verschillende plaatsen in het land (2020c) wordt geëxperimenteerd met indicerende bevoegdheden voor de casemanager dementie waarmee dubbel werk en onnodige wachttijden worden voorkomen.

6.3.4 Sociaal werkenden passen niet binnen de wijkverpleging

Hierboven (H4.2) is reeds beschreven dat het openstellen van het casemanagement dementie binnen de aanspraak wijkverpleging voor sociaal werkenden problemen op de arbeidsmarkt kan oplossen zonder de kwaliteit geweld aan te doen. Zij hebben een gelijkwaardige opleiding en ervaring als verpleegkundigen voor het werk als casemanager. Beide beroepsgroepen hebben een expertiseprofiel casemanagement dementie (2017b, 2018) en de HBO+ module casemanagement dementie staat voor beiden open.

Het probleem is echter dat sociaal werkers binnen de aanspraak wijkverpleging niet de status en autonomie hebben die wel toebedeeld is aan HBO-verpleegkundigen. Sociaal werkers zijn binnen de Zorgverzekeringswet een lichaamsvreemd element. Weliswaar is afgesproken met de zorgverzekeraars dat sociaal werkenden toch aan de slag kunnen als casemanager dementie, maar zij moeten de eindverantwoordelijkheid nog steeds overlaten aan verpleegkundigen. Zorgaanbieders zijn huiverig om sociaal werkenden aan te nemen. Zorgverzekeraars accepteren declaraties van sociaal werkers niet altijd of eisen dat een verpleegkundige de eindverantwoordelijkheid draagt. Dit maakt aanbieders voorzichtig in het aanstellen van sociaal werkers.

Vanuit de logica van het domein zorgverzekering is de achterstelling van sociaal werkenden begrijpelijk, maar inhoudelijke gezien zijn er geen gronden om verpleegkundigen en sociaal werkenden anders te behandelen voor de functie casemanager dementie.

Beroepsprofiel casemanager dementie

In het beroepsprofiel casemanager dementie van de V&VN (Beroepsvereniging Verzorgenden en Verpleegkundigen) (2017b) wordt de casemanager ("dementieverpleegkundige") beschreven vanuit 7 kerncompetenties: zorgverlener, communicator, samenwerkingspartner, reflectieve EBP-professional, gezondheidsbevorderaar, organisator, kwaliteitsbevorderaar. De kern van het werk ligt bij de zorgverlenersrol.

Na de publicatie van dit beroepsprofiel door V&VN is ook BPSW, de beroepsvereniging van professionals in sociaal werk, met een beroepsprofiel gekomen dat goeddeels identiek is aan dat van de V&VN (2018b). Hierbij zijn de zorginhoudelijke accenten van V&VN gehandhaafd en van een extra semantische laag voorzien door te spreken van de "casemanager dementie sociaal werk zorg".

6.3.5 Aanbeveling 2: regel brede taakomschrijving voor casemanager

Zorg voor een brede taakomschrijving van de casemanager dementie binnen de aanspraak wijkverpleging en een daarbij horende bekostiging uit de Zvw die volledig aansluit bij de Zorgstandaard Dementie en niet versmald wordt tot verpleegkundig handelen. De Zorgstandaard Dementie houdt onder meer in:

- Opgeleide HBO-professional casemanagement dementie;
- Inclusief mantelzorgondersteuning;
- Het hele ziekte-traject, inclusief niet-pluis fase en inclusief warme overdracht naar het verpleeghuis;

- Vast aanspreekpunt gedurende de hele ziekte, niet opknippen in taken die over meerdere professionals worden verdeeld.

6.3.6 Aanbeveling 3: geef casemanager bevoegdheden binnen Wmo

Zorg dat de casemanager dementie, op basis van het zorgplan van een cliënt, de mogelijkheid heeft om Wmo-voorzieningen te indiceren;

6.3.7 Aanbeveling 4: geef sociaal werkenden alle ruimte als casemanager

Zorg dat ambiguïteit over de inzet van sociaal werkers als casemanager dementie uit de wereld wordt geholpen. Onderzocht kan worden of de verpleegkundige verankering van het casemanagement dementie in de aanspraak wijkverpleging kan worden losgelaten voor wat betreft de casemanager dementie. Dit geeft ruimte om sociaal werkers een volwaardige status te geven inclusief de bevoegdheid voor het opstellen van zorgplannen. Dit vergroot het beschikbare arbeidspotentieel voor casemanagers dementie en voor de zorg als geheel.

Inkoopbeleid zorgverzekeraars 2024

Zorgverzekeraars gaan verschillend om met casemanagement dementie. Opvallende verschillen in de inkoopvoorwaarden 2024 zijn:

- De zorgverzekeraars gebruiken verschillende benamingen voor casemanagement. Enkelen gebruiken de term 'specialistisch casemanagement'.
- Onder het motto 'generalistisch waar mogelijk, specialistisch waar nodig' wordt door een aantal zorgverzekeraars onderscheid tussen een generalist en de casemanager dementie als de specialist. In veel gevallen zou casemanagement ook uitgevoerd kunnen worden door een generalist, zoals de POH, ouderenconsulent of een wijkverpleegkundige. Wanneer het ziektebeeld te complex is zou moeten worden opgeschaald naar een specialist. Weer andere zorgverzekeraars spreken van een "regiehouder".
- Volgens enkele zorgverzekeraars dient de "gespecialiseerde dementieverpleegkundige" alleen te worden ingezet als de complexiteit toeneemt. Bij een minder complexe ondersteuningsvraag volstaat een POH-er of wijkverpleegkundige.
- Sommige zorgverzekeraars reppen niet over een sociaal werker als casemanager dementie.
- Enkele zorgverzekeraars vinden dat de direct cliëntgebonden activiteiten van het casemanagement onderdeel uitmaken van het wijkverpleegkundig handelen.
- Sommige zorgverzekeraars maken een onderscheid tussen casemanagement vanuit de Wmo (bij problemen rondom participatie/zelfredzaamheid) en binnen een geneeskundige context. Een enkele keer geeft men aan dat maatschappelijk werkers als casemanager worden vergoed uit de Wmo.
- Deelname aan het Dementienetwerk is voor verschillende zorgverzekeraars voorwaarde voor vergoeding

6.4 CASEMANAGEMENT BINNEN LANGDURIGE ZORG

Wanneer een persoon met dementie in aanmerking komt voor een indicatie Wlz, leidt dit nog niet automatisch tot een opname in een verpleegvoorziening. Meer en meer bekostigen de zorgkantoren semi-murale oplossingen: tijdelijke verstrekkingen in combinatie met lopende aanspraken zorgverzekering in afwachting van een opname (MPT), of langdurige verstrekkingen buiten maar gelijkwaardig aan een intramurale voorziening (VPT, met of zonder behandeling). In de praktijk blijven veel cliënten met een VPT en MPT dus gewoon thuis wonen. De aanspraak op de wijkverpleging is dan wel vervallen want de hulp thuis wordt dan bekostigd uit het MPT of VPT, inclusief het casemanagement dementie.

Een cliënt die van Zvw overgaat naar Wlz kan soms niet dezelfde casemanager behouden (2021c: 7). De Wlz-aanbieder hoeft niet dezelfde te zijn als de wijkzorg-aanbieder. Zorgaanbieders kunnen via onderaannemerschap de oude casemanager behouden maar doen dit niet altijd. De cliënt krijgt dan een nieuwe casemanager, of hij/zij dat wil of niet. Dit is tegen de afspraken van de Zorgstandaard Dementie in.

Te verwachten valt dat het aantal MPT's en VPT's gaat toenemen omdat de intramurale capaciteit de komende jaren niet mee zal groeien met de vraag. Er moet meer duidelijkheid komen over hoe het casemanagement binnen een MPT of VPT wordt geborgd.

7 LITERATUUR EN VERWIJZINGEN

- 2007a Peeters, José et al: Factsheet 2. Problemen en wensen van mantelzorgers van mensen met dementie. Resultaten van de monitor van het Landelijk Dementieprogramma. Oktober 2007.
- 2007b Peeters, José et al: Factsheet 3. Welke groepen mantelzorgers van mensen met dementie ervaren de meeste belasting? Resultaten van de monitor van het Landelijk Dementieprogramma. Oktober 2007.
- 2009 Zwaanswijk, Marieke et al: Advies en informatie direct vanaf beginfase belangrijk voor mantelzorgers van mensen met dementie. Resultaten van de laatste peiling met de monitor van het Landelijk Dementieprogramma. Factsheet 1, juni 2009.
- 2011 Peeters, José et al: Organisatie en invulling van "casemanagement dementie" in Nederland. Verslaglegging van een landelijke peiling onder regionale projectleiders. Nivel, Trimpos, 2011.
- 2011a Standpunt Casemanagement. College voor Zorgverzekeringen 2011.
- 2012a (Zorgkantoren) Coöperatie VGZ: Rapportage onderzoek Zorgkostenmonitor dementie. Maart 2012.
- 2012b Peeters, J.M. et al: Landelijke evaluatie van casemanagement dementie. Nivel, Trimpos Instituut. 2012.
- 2012c Peeters, José et al: Dementiemonitor Mantelzorg. Problemen, zorgbehoeften, zorggebruik en oordelen van mantelzorgers. Nivel, Alzheimer Nederland 2012.
- 2012d Zorgketen Dementie Eindhoven en Omgeving: Maatschappelijke business case zorgtrajectbegeleiding. Eindhoven, 2012.
- 2013a Lange, J. et al: De kunst van case management: Tien succesfactoren volgens mantelzorgers. In: Denkbeeld 2013 25 p.26-29.
- 2013b Mahler, Margje et al: Casemanagement, op weg naar passende zorg en ondersteuning dichtbij. Vilans, maart 2013.
- 2013c Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie: Standpunt substitutie van ouderenzorg. Op zoek naar mogelijkheden voor nieuwe richtlijnen. Utrecht, 2018.
- 2013d Overmars-Marx, Tessa, Mafgje Mahler en Roelf van der Veen: Ketens dementie: de stand van zaken. Uitkomsten indicatorenmeting: 55 ketens. Vilans, Landelijk Netwerk Dementie, 2013.
- 2016 Lisa D. van Mierlo et al: Implementatie en (kosten-)effectiviteit van casemanagement voor mensen met dementie en hun mantelzorgers: resultaten van de COMPAS-studie. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 2016 / 47 p. 223 – 233.
- 2017a Samenvatting van de notitie 'Generalistisch en specialistisch casemanagement in de dementiezorg' vanuit Actieplan casemanagement dementie.

- Dementiezorg voor Elkaar, 2017.
- 2017b V&VN: Expertisegebied dementieverpleegkundige (voorheen casemanager dementie). September 2017.
- 2017c Dementiezorg voor elkaar: succesfactoren en schuurpunten casemanagement dementie.
- 2017d Verlengde inzet casemanager in verpleeghuis levert veel op. Dementiezorg voor elkaar, 2017. <https://www.dementiezorgvoorelkaar.nl/actueel/nieuws/verlengde-inzet-casemanager-in-verpleeghuis-levert-veel-op/>
- 2018a Zorginstituut Nederland: Verduidelijking standpunt casemanagement. 2018.
- 2018b BPSW: Expertiseprofiel Casemanager Dementie Sociaal Werk Zorg. November 2018.
- 2019a Helden achter de voordeur: de casemanager dementie. Alzheimer Nederland, 2019.
- 2019b Kaat, M. en K. van der Veer: Casemanagement in zorginkoopplannen wijkverpleging 2019.
- 2019c Vektis: Zorggebruik van mensen met dementie in beeld. Zorggebruik indicatoren dementienetwerken. 2019.
- 2020a Huijsman, Robbert et al: Zorgstandaard Dementie 2020. Dementiezorg voor Elkaar, Deltaplan Dementie. 2020.
- 2020b Panteia: De situatie op de arbeidsmarkt in de wijkverpleging. Zoetermeer, 2020.
- 2020c Dementiezorg voor Elkaar: Indicering Wmo-ondersteuning door de casemanager; 3 goede voorbeelden. Utrecht, 2020.
- 2021a Jansen, Patrick et al: Gebruik casemanagement dementie in 2020. HHM, januari 2021.
- 2021b Nouws, Henk: Business case casemanagement voor jonge mensen met dementie. Dementiezorg voor Elkaar, april 2021.
- 2021c De Groen, Barbara en Marloes Berkelaar: De kluwen ontrafeld: knelpuntenanalyse bij een schottenvrije dementiezorg. Mogelijke financiële knelpunten, oplossingsrichtingen en voorbeelden bij implementatie van de Zorgstandaard. Dementiezorg voor Elkaar. Utrecht, december 2021.
- 2021d Wetsvoorstel domein-overstijgende samenwerking. 2021.
- 2022a Bijnsdorp, Femmy et al: Dementiemonitor Mantelzorg 2022. Nivel, Alzheimer Nederland.
- 2022b Bijnsdorp, Femmy et al: Zorgervaringen en het sociale leven van mensen met dementie Inzichten uit de Dementiemonitor 2022. Nivel, Alzheimer Nederland.
- 2022c Nza: Wachttijden casemanagement dementie. Overzicht juli 2022.
- 2022d Ven, Rob van de: Uitstel opname in verpleeghuis door casemanagement dementie. Huisarts en Wetenschap, mei 2022.

- 2022e Deze administratieve lasten dragen niet bij aan de oplossing en daarom doe ik er niet aan mee. Interview met Aline Poolen in de Volkskrant, geciteerd op website Actiz. Weblink <https://www.actiz.nl/deze-administratieve-lasten-dragen-niet-bij-aan-de-oplossing-en-daarom-doe-ik-er-niet-aan-mee>
- 2020d Ven, Rob van de: Uitstel opname in verpleeghuis door casemanagement dementie. Huisarts en Wetenschap (web), mei 2022.
- 2023a Alzheimer Nederland: Casemanager als positieve ondersteuner bij dementie; Resultaten van een onderzoek onder mantelzorgers en mensen met dementie. April 2023.
- 2023b Boer, Frans den et al: "Doolhof Dementie? Samenwerken aan toegankelijke en toekomstbestendige dementiezorg". Bisnez, April 2023.
- 2023c Wachtijden casemanagement dementie. Overzicht april 2023. Nza, juni 2023.
- 2023d Met de stroom mee. Naar een duurzaam en adaptief stelsel van zorg en ondersteuning. Raad Volksgezondheid & Samenleving. Den Haag, 2023.
- 2023e Prestatie- en tariefbeschikking verpleging en verzorging – TB/REG-23620-02. Nza.