

Casemanagement dementie in de volle  
breedte

# Achtergrond en informatie

Congres casemanagers 4 juni  
2024

---

Deze informatie hoort bij een presentatie en interview tijdens het casemanagerscongres van V&VN op 4 juni 2024.

## Achtergrond en informatie

### Wat is er nodig om het casemanagement dementie in de volle breedte uit te kunnen voeren?

- Voldoende casemanagers dementie: Er is een toename aan mensen met dementie (oa door vergrijzing) en een schaarste aan personeel. Het percentage mensen met dementie dat gebruik maakt van het casemanagement dementie is nog laag (data uit rapport HHM over 2020 zegt 41%, uitgaand van schatting aantal mensen met dementie 290.000 en het aantal mensen in casemanagement (meting oktober 2023 van NZa) van 73.425 zou het aantal slechts 25% zijn.
- Goede en duidelijke financiering van de casemanager dementie
- Samenwerking van de casemanager dementie met wijkverpleging en het 'voorliggend veld', gemeenten en WMO
- Samenwerking van de casemanager dementie in de driehoek Casemanager-huisarts-specialist ouderengeneeskunde
- Leiderschap van de casemanager dementie
- Eén expertiseprofiel voor de casemanager dementie

### Wat kunnen we zeggen over de (inzet van) de casemanager dementie?

Gezien de stijgende zorgvraag en de wachtlijsten die we in verschillende regio's kennen voor het casemanagement dementie is het nodig om na te denken over hoe je casemanagement inzet, wetend dat de casemanager dementie voor vroegtijdige inzet veel zorg en ondersteuning (en kosten) kan besparen later in het ziekteproces.

Manieren om dit te doen zijn onder andere:

- De casemanager onafhankelijk laten werken vanuit eigen regie vanuit cliëntsysteem
- Afspreken in samenwerking met het netwerk (per cliënt, per regio) op welke manier er uitvoering gegeven wordt aan het casemanagement, waarbij er ook taken door de casemanager gedelegeerd kunnen worden aan het formele en informele netwerk
- Juiste ondersteuning door de juiste persoon goed afwegen (voorbeelden hiervan al ontwikkeld door netwerken zijn: afwegingskader, triage, zorgprofielen, zorgpaden)
- Domeinoverstijgend werken en (regionaal) afspraken maken.
- Het sociale systeem rond de cliënt in overleg met hen betrekken bij het uitvoeren van casemanagement taken

### Wat is passende inzet en financiering van de casemanager dementie?

In de huidige situatie is de bekostiging van het Casemanagement Dementie (CMD) onderdeel van de aanspraak wijkverpleging (ZVW) en is financiering ook mogelijk als onderdeel van WLZ (in VPT, MPT en PGB).

Opmerkingen die we hierbij hebben zijn:

- Bekostiging van de inzet van de casemanager dementie (CMD) is binnen VPT in theorie mogelijk, maar wordt niet overal gewenst door zorgaanbieders (oa door bv koppelbeding)
- Passende inzet van de casemanager dementie is mogelijk vanaf 'niet plus' (zie ook de duiding van het Zorginstituut<sup>1</sup>)
- De casemanager dementie (CMD) krijgt niet in alle regio's tijd om te bouwen aan de dementievriendelijke samenleving op cliënt en cliëntstelsel niveau, het sociale steunsysteem, en het bredere regionale niveau. Dit is wel onderdeel van het takenpakket van de casemanager dementie. Er is missiewerk in de wijk te verrichten. De CMD heeft alle kennis en ervaring om de lokale omgeving/regio mee te nemen in de ontwikkelingen van samen dementievriendelijk vanuit Alzheimer Nederland, Alzheimer cafe's. Door de CMD deze ruimte te geven en samen te werken met Alzheimer Nederland versterk je elkaar.
- Nog niet de helft van de mensen met een diagnose dementie heeft een casemanager dementie en er worden onnodig veel kosten gemaakt in het zorgdomein. De hulpvragen van mensen zonder casemanager komen terecht bij de wijkverpleegkundige. Bij voldoende bekendheid over dementie en een duidelijke positionering van de CMD in het voorliggend veld kan daar kennis verspreid worden en gewerkt worden aan de goede sociale basis om zo lang mogelijk onderdeel te blijven van deze samenleving. Hiermee kan kostenbesparing in het zorgdomein worden gerealiseerd en inzet van dure professionals vanuit de wijkverpleging worden voorkomen of uitgesteld.
- De CMD participeert idealiter in: wijkteams, kernteams bij huisartsen, gemeentelijke overleggen, openbare GGZ, doet in deze overleggen aan casefinding, bespreekt complexe casuïstiek, kortom: werkt altijd samen met anderen in de regio/wijk.
- CMD zijn (meestal) in dienst van zorgorganisaties, deze organisaties leggen de CMD vaak een productienorm op. Deze productienorm moet volledig gehaald worden door urenregistratie op cliënt niveau (uurtje factuurtje). Deze sturing leidt tot administratieve last en geeft de CMD onvoldoende ruimte voor taken die niet direct aan cliëntgebonden 'productie' verbonden zijn.
- Als de CMD breder ingezet kan worden, het gezicht in een wijk/buurt is, wordt de CMD makkelijker benaderd. Zowel vanuit informeel als formeel. De CMD is degene met brede kennis en ervaring van het ziektebeeld en ziekteproces bij verschillende vormen van dementie. Ons advies is daarom: Maak de CMD beschikbaar voor het bredere geheel (de lokale samenleving) dit voorkomt crisis, verwaarlozing, en verkeerde inzet van professionals. Op dit moment worden vaak nog eerst andere professionals ingezet en pas als deze vastlopen wordt de CMD als crisismanager ingezet. Ik korte tijd moet er dan nog diagnostiek gedaan worden, is er wettelijk niets geregeld, en volgt er vaak een gang naar de rechter, voor een dure en onwenselijke Rechterlijke Machtiging procedures of IBS-procedures. Deze kosten veel tijdsinvestering en geld van veel professionals. Als je het aan de voorkant (lees: bij het begin van een proces van dementie, bij de omgeving) het netwerk goed inlicht en inricht en de CMD goed ingebed is bij meerdere voorliggende voorzieningen kun je deze crisis

---

<sup>1</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2024/04/09/duiding-vergoeding-van-casemanagement-voor-mensen-met-dementie>

processen vaak voorkomen. Nog nagelaten dat het voor de cliënt en het cliëntsysteem erg traumatisch is om geconfronteerd te worden met de RM en de IBS procedures.

- Er zijn regio's die modellen hebben bedacht om de uitvoering van het casemanagement dementie toekomstbestendig te maken, bijvoorbeeld door het ontwikkelen van zorgpaden, zorgprofielen of het maken van een afwegingskader en het inrichten van een triageproces.

## Samenwerking van de casemanager dementie met wijkverpleging en het 'voorliggend veld', gemeenten en WMO

Vanuit wijkverpleging is er aandacht voor preventie op het gebied van gezondheid en gezond leven, gericht op het voorkomen van ziekte. Bij het casemanagement dementie is de ziekte een gegeven en gaat 'preventie' om het voorkomen van het omvallen van het systeem rond persoon met dementie (en de kostenbesparing die dat ook oplevert).

Aandacht voor gezondheid en gezond leven alleen maakt niet dat je geen dementie krijgt, de CMD heeft als taak te werken aan risicoreductie en aan tertiaire preventie (Tertiaire preventie= het voorkomen van complicaties en ziekteverergering bij patiënten. Ook het bevorderen van de zelfredzaamheid van patiënten valt hieronder).

Vaak geziene casuïstiek is dat een wijkverpleegkundige zonder specifieke kennis over dementie en zonder de herkenning van dementie een langere tijd mee loopt in een cliëntsysteem en er pas later achter komt dat er een verstoring is in het brein van de cliënt. Doordat er dan niet in een beginstadium op geanticipeerd is, kunnen er verkeerde acties uitgezet worden die niet passend zijn bij de cliënt. Met als gevolg, nog meer falen van de cliënt en een terugtrekkende beweging uit 'het leven' door de cliënt. De interpretatie is dan vaak dat de cliënt niet wil meewerken, een zorgmijder is, terwijl het gedrag voortkomt uit niet begrepen worden. Proactieve zorgplanning is hier noodzakelijk en kan door de CMD met de specialistische kennis van dementie goed geboden worden.

De CMD richt preventie meer op bevorderen van zelfredzaamheid in relatie tot de dementie, inzet van de juiste technologie, inzet van vrijwilligers met kennis van een haperend brein, de cliënt laten aansluiten bij geschikte ontmoeting in het voorliggend veld, het cliëntsysteem meenemen in het ziekteproces en aandacht hebben voor de rouw van het cliëntsysteem.

Om dit alles goed te laten slagen is een goede samenwerking en onderlinge verstandhouding tussen wijkverpleging/thuiszorg, gemeenten en wmo-'loketten' en voorzieningen in het voorliggend veld voor de casemanager dementie vanzelfsprekend en noodzakelijk.

## Samenwerking van de casemanager dementie in de driehoek Casemanager-huisarts-specialist ouderengeneeskunde

Samenwerking in de eerstelijns met de medisch professionals is voor een casemanager dementie essentieel. Het werken in een driehoek, samen met de huisarts als eerste medisch aanspreekpunt voor iemand met de ziekte dementie en met de specialist ouderengeneeskunde als er nadere diagnostiek thuis of complexiteit rond de dementie optreedt is noodzakelijk om de persoon met dementie met een zo goed mogelijke kwaliteit van leven te laten leven, gewoon thuis. Bekendheid met elkaars functie en expertise is dan een randvoorwaarde, die helaas nog niet in alle regio's goed is georganiseerd.

Regionaal en lokaal afspraken maken met elkaar over samen op huisbezoek kunnen gaan bij een patiënt, over welke rolverdeling er gemaakt worden bij RM en IBS-procedures en over wanneer welke professional (zoals specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, psycholoog, huisarts, praktijkondersteuner ouderen en de casemanager dementie) ingezet kan worden, is nodig. Het helpt om zowel de kwaliteit van de zorg te borgen als om de organisatie efficiënt en effectief vorm te geven.

### Leiderschap van de casemanager dementie

Voor goed leiderschap is tweerichtingsverkeer nodig en interactie tussen de professional die leiding neemt over de eigen werkzaamheden en hierover communiceert met de formeel leidinggevende die de professional 'aanstuurt'. Op die manier voelen beide partijen zich gesteund en gefaciliteerd door elkaar en kunnen er aan beide zijden eisen gesteld worden aan de kwaliteit van het werk. Het resultaat hiervan is dat iedereen goed werk kan leveren in een werkomgeving waarin voldoende ondersteuning geboden wordt.

Casemanagers dementie hebben een vakinhoudelijk leiderschap over hun eigen werkzaamheden en werkveld. Door de complexiteit van het werkveld, waarin het complete systeem rond een persoon met dementie begeleidt wordt, en er sprake is van een domeinoverstijgende ondersteuning, is het nodig dat casemanagers dementie een bepaalde mate van rebels leiderschap tonen. Rekening houdend met alle ingewikkelde wet- en regelgeving en de mogelijkheden en onmogelijkheden van het (lokale) aanbod aan ondersteuning en zorg is het nodig dat de casemanager dementie de potentie heeft om ook buiten de gebaande paden en de voor de hand liggende oplossingen mee te kunnen denken en zoeken naar wat passende zorg en ondersteuning is voor die persoon met dementie en zijn of haar omgeving. Veel van wat mensen met dementie helpt om een waardig en zinvol leven te kunnen blijven hebben is niet direct te vinden in 'zorg'-oplossingen en vraagt om anders denken vanuit de sociale omgeving van de persoon waar het om gaat.

Vanuit de praktijkervaring is de casemanager dementie bij uitstek ook de professional die in samenwerking met het regionale netwerk dementie kan identificeren waar behoeften liggen in de regio en welke 'oplossingen' er zouden kunnen worden ontwikkeld. De netwerken kunnen de casemanagers dementie in positie brengen om bij te dragen aan het verbeteren van de gehele cultuur en omgang van de regio met mensen met dementie, binnen en buiten de zorg.

### Waarom een nieuw expertiseprofiel voor de casemanager dementie?

In plaats van 2 expertiseprofielen (met verschillende achtergrond vanuit Sociaal Werk en vanuit de Verpleegkunde) is er nu een (concept) expertiseprofiel die beide omvat. Hiermee komt er duidelijkheid over:

- De steeds gevoerde discussie over mogelijk verschil in kwaliteit van de verschillende beroepsachtergronden. Het standpunt van het nieuwe profiel is: beide beroepsachtergronden zijn gelijkwaardig in de uitvoering van het vak casemanager dementie
- De casemanager dementie werkt holistisch: gericht op medische, psychische en sociale gezondheid en welzijn
- Casemanagement dementie is een specialistische functie
- Een steviger en eenduidiger verankering van het vak casemanager dementie
- Eén profiel dat in lijn is met de nieuwe duiding van het Zorginstituut uit april 2024.

## Is er veel veranderd ten opzichte van de vorige profielen?

Kort en bondig: Nee!

- De oude profielen kwamen al sterk overeen
- De uitgangspunten zijn hetzelfde gebleven:
  - Een cliënt, één regisseur
  - Vanaf niet pluis
  - Inclusief nazorg mantelzorger na opname cliënt
  - Stepped/matched care
  - Proactieve zorgplanning
- Het geeft een herbevestiging van wat al goed was
- Toekomstbestendig organiseren van het casemanagement dementie is al gaande in het veld en kan doorgang vinden met het nieuwe expertiseprofiel

## Wat is er wel veranderd ten opzichte van de vorige profielen?

- De CANMeds rollen in het profiel zijn bijgesteld en aangepast aan de huidige context en inzichten van de beroepsopleidingen. In het nieuwe profiel staat de rol van gezondheidsbevorderaar centraal en is de rol van organisator veranderd naar de rol van leider.
- De gelijkwaardigheid van de verschillende achtergronden die kunnen toeleiden naar de functie casemanager dementie is onderstreept
- Actuele maatschappelijke ontwikkelingen zijn meegenomen (zoals bijvoorbeeld reablement en de sociale benadering)
- De methodische onderbouwing van het werken vanuit beide beroepsachtergronden is verduidelijkt (klinisch redeneren en situationeel redeneren)
- De patient journey van iemand met dementie is opgenomen
- Er wordt een onderbouwing gegeven dat het casemanagement een dynamisch proces is (de inzet van de CMD fluctueert op basis van de context van de cliënt en de samenwerking met zowel het professioneel als het informeel netwerk)
- De eerder opgenomen 24 - uurs norm geldt niet als een verplichting (maar wordt wel gezien als wenselijk)

## Wat blijft ook met het nieuwe expertiseprofiel een knelpunt?

Het nieuwe expertiseprofiel kan (nog) niet alle knelpunten in de uitvoering van het casemanagement dementie oplossen. De knelpunten die vooral blijven bestaan zijn:

- Indicering van WMO en WLZ aanvragen door een CMD is niet eenduidig georganiseerd in NL en is afhankelijk van afspraken met gemeenten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en het CIZ. Het is mogelijk om afspraken te maken over wat een casemanager dementie kan en mag, in de praktijk zien we hier grote verschillen per regio.

- Indicering binnen de ZVW is vooralsnog voorbehouden aan verpleegkundigen. Mogelijke oplossingen hierin zodat een casemanager dementie (ongeacht de achtergrond) onafhankelijk kan indiceren zouden kunnen liggen in:
  - Verruiming van het normenkader van V&VN
  - Toestaan dat de casemanager dementie alleen casemanagement indiceert
  - Regionale inkoopafspraken met de zorgverzekeraar maken
  - Aparte betaaltitel voor casemanagement dementie

## Met welk tijdsplan wordt het nieuwe expertiseprofiel definitief?

Het tijdsplan voor het vervolg van het definitief maken van dit expertiseprofiel is als volgt:

- 4 juni 2024 – Presentatie van het expertiseprofiel op hoofdlijnen tijdens het congres voor casemanagers dementie
- 4 juni – verspreiding naar leden van V&VN en BPSW ten behoeve van ledenraadpleging en verspreiding van document naar partijen betrokken bij zorgstandaard dementie
- 19 juni 2024 – Gezamenlijke ledenraadpleging V&VN en BPSW
- 30 juni 2024 – deadline voor reacties op document
- Juli en augustus 2024 – afstemming met V&VN en BPSW, stakeholders en aanpassingen aan document
- 21 september 2024 – presentatie definitieve versie op Wereld Alzheimerdag