



Stichting  
Transmurale  
Zorg sterk in  
verbinden

**Rapportage onderzoeksproject  
Casemanagement Dementie  
Regio Haaglanden**



## Inhoud

1. Samenvatting.....	3
2. Aanleiding .....	4
Doelen: .....	5
3. Opzet van het project.....	5
Activiteit 1: Uitvraag proces i.s.m. managers EMZ.....	5
Activiteit 2: Interview ronde 1 (verwijzers – regionaal) .....	5
Activiteit 3: Interview ronde 2 (casemanagers dementie – lokaal) .....	5
Activiteit 4: Interview ronde 3 (VVT managers - regionaal) .....	6
Activiteit 5: Discussie = Uitkomsten delen met casemanagers dementie en hun leidinggevend (regionaal) .....	6
Activiteit 6: Publicatie van resultaten .....	6
Bestuurlijke afstemming.....	6
Opvolging van de aanbevelingen .....	6
4. Uitkomsten .....	7
Uitkomsten activiteit 1: Uitvraag proces i.s.m. managers EMZ .....	7
Uitkomsten activiteit 3: Interview ronde 2 (casemanagers dementie – lokaal) .....	7
5. Aanbevelingen.....	11
6. Een afrondende blik op de toekomst .....	16
Bijlage 1: Rapportage uitvraag CMD activiteit 1 .....	19

## 1. Samenvatting

In opdracht van ZorgScala en met bevestiging vanuit het STZ bestuur heeft STZ een onderzoek uitgevoerd naar casemanagement dementie met als doelstellingen:

- ✓ Inzicht bieden in onderliggende oorzaken van de wachtlijsten dementie in de regio Haaglanden
- ✓ Inzicht bieden in (verschillen in) proces van verwijzing naar casemanager dementie tot en met uitvoering van het casemanagement dementie door de casemanager dementie
- ✓ Vanuit eerder genoemde inzichten regionale en lokale aanbevelingen opstellen naar de relevante partners over het inrichten van het proces en inhoud van casemanagement dementie.
- ✓ Aanvullend hierop zal het leren kennen van (con)collega's in de wijk gestimuleerd worden in de methodiek van het project, om zo samenwerking en leren van elkaar te stimuleren.

Door een digitale uitvraag, interviewrondes en discussies zijn deze doelstellingen gerealiseerd. Ten gevolge van de aanhoudende druk op het medisch domein heeft het interview met de verwijzers niet kunnen plaatsvinden. De digitale uitvraag en de interviewsessies met de casemanagers op wijkniveau hebben geleid tot de volgende inzichten.

Er zijn wachtlijsten in de regio Haaglanden voor CMD. Uiteindelijk ligt de voornaamste reden voor het ontstaan van wachtlijsten in de beschikbare capaciteit van het aanbod aan CMD. Dit tekort is nu nog beperkt, maar wordt op basis van alle wetenschappelijke inzichten alleen maar groter door een verwachte stijging in het aantal mensen met dementie en ook door een effectievere diagnostiek.

Ons onderzoek geeft inzicht in een aantal factoren die de inzet van beschikbaar aanbod van CMD efficiënter kan maken:

- Beter verdelen van de vraag over zorgaanbieders die CMD beschikbaar hebben
- Minder administratie
- Betere informatie-uitwisseling
- Inzet van CMD als het de meeste meerwaarde heeft, in een goed functionerend netwerk van andere professionals, vroeg in het zorgtraject en vermijden overbodige "spoedaanmeldingen".

Tevens constateert ons onderzoek dat een groot aantal factoren bijdraagt aan het functioneren en werkplezier van de CMD. Verkrijgen én behouden van goed personeel is van groot belang. Tot slot laat ons onderzoek zien dat er niet één proces van aanmelding of één manier van zorgverlening is die iedereen zou moeten omarmen. Er is juist veel meerwaarde van diversiteit in aanbod, zolang er maar een werkklimaat en tijd beschikbaar is om de CMD van elkaar te laten leren.

De resultaten van het onderzoek worden vertaald naar aanbevelingen voor zorgaanbieders, gemeenten, verzekeraars, zorgnetwerken en CMD.

## 2. Aanleiding

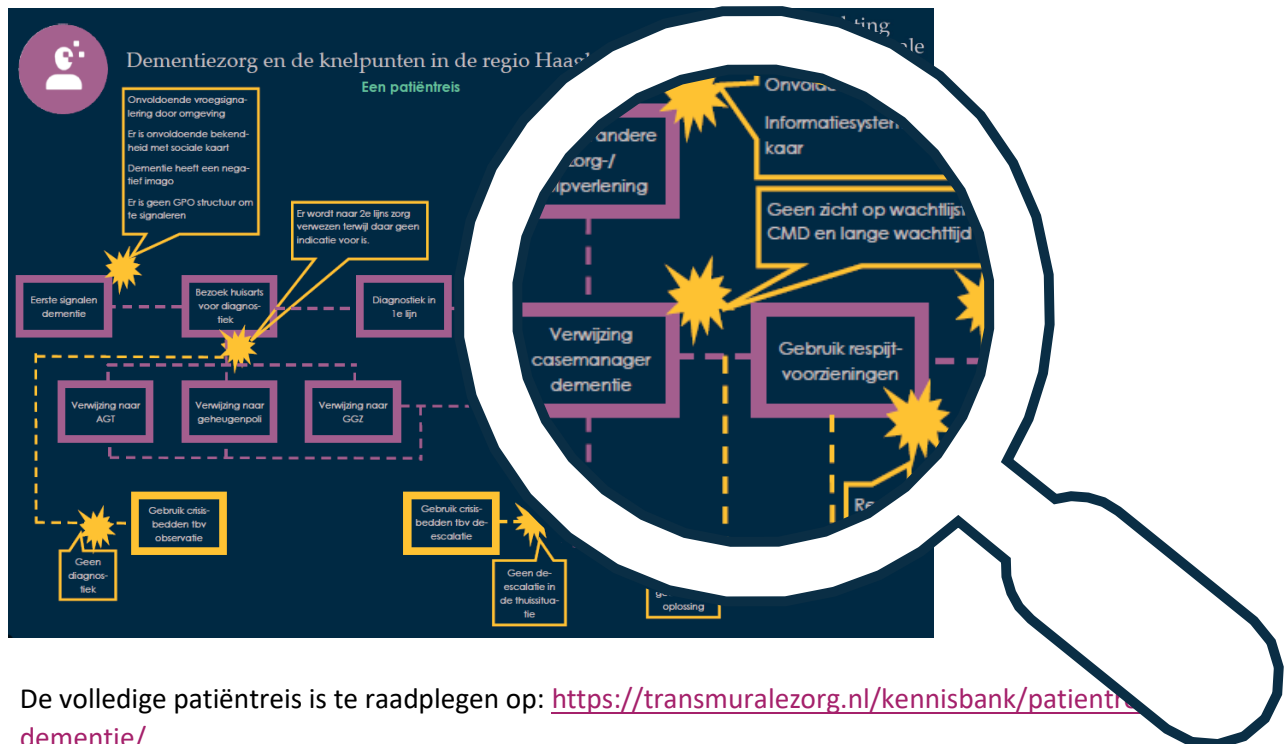
Dit projectplan is een opvolging van het eerdere projectplan “Samen staan we sterk voor dementie”. Waar dat projectplan een zeer brede scope met sterk wijzigende sub-regionale samenwerking voorstelde, richt dit projectplan zich specifiek op de activiteiten van casemanagers dementie.

In de regio Haaglanden werken zo’n 60 zeer bekwame en gedreven casemanagers dementie vanuit 9 verschillende gecontracteerde VVT-aanbieders. Tussen de casemanagers zijn grote verschillen; in opleidingsachtergrond, in werkgebied, in caseload en in inhoud van de werkzaamheden. Deze diversiteit aan casemanagers maakt enerzijds het aanbod zeer breed en anderzijds kan er veel onderling van elkaar geleerd worden. Oftewel; er liggen ontwikkelkansen vanuit positieve ervaringen van casemanagers voor andere organisaties. Deze kruisbestuiving kan helpen met het hoofd bieden aan de opgave waar onze regio momenteel voor staat.

Deze opgave is het ontwikkelen van een regionaal duurzaam aanbod van casemanagement dementie, conform geldende standaarden. Hiertoe is het noodzakelijk om de huidige wachtlijsten voor casemanagement dementie te reduceren, voldoende casemanagers dementie aan te trekken en te behouden binnen de spelende arbeidsmarktkrapte. De urgentie wordt nog groter met de wetenschap dat het aantal mensen met dementie de komende 20 jaar naar verwachting gaat verdubbelen.

Er speelt dus een dubbele opdracht; enerzijds het reduceren van wachtlijsten nu, en anderzijds voorbereiden op de enorme toename van het aantal mensen met dementie in de komende 20 jaar.

Kijkend naar de regionale patiëntreis bevindt het knelpunt zich hier:



De volledige patiëntreis is te raadplegen op: <https://transmuralezorg.nl/kennisbank/patientenreizen/dementie/>

Deze opgave wordt nu opgepakt door de Taskforce Wachtlijst Casemanagement Dementie vanuit [ZorgScala](https://www.zorgscala.nl/). Deze Taskforce Wachtlijst Casemanagement Dementie bestaat uit 5 regionale aanbieders van Casemanagement Dementie (verder CMD), namelijk Cardia, Florence, HWW, Respect en WZH.

Vanuit deze Taskforce is aan STZ de opdracht gegeven om onderzoek te doen naar casemanagement dementie in de regio, en wel met de volgende doelstellingen:

## Doelen:

- ✓ Inzicht bieden in onderliggende oorzaken van de wachtlijsten dementie in de regio Haaglanden
- ✓ Inzicht bieden in (verschillen in) processen van verwijzing naar casemanager dementie tot en met uitvoering van het casemanagement dementie door de casemanager dementie
- ✓ Vanuit eerder genoemde inzichten regionale en lokale aanbevelingen opstellen naar de relevante partners over het inrichten van het proces en inhoud van casemanagement dementie.
- ✓ Aanvullend hierop zal het leren kennen van (con)collega's in de wijk gestimuleerd worden in de methodiek van het project, om zo samenwerking en leren van elkaar te stimuleren.

## 3. Opzet van het project

Middels een uitvraag, interviews en enkele discussierondes is het onderzoek uitgevoerd.

Een uitgebreidere uiteenzetting van de opzet van het project is terug te vinden in het [projectplan](#).

### Activiteit 1: Uitvraag proces i.s.m. managers EMZ

Doel:	Inzicht verkrijgen in het proces van aanmelding tot aan structureel verlenen van casemanagement dementie per VVT-aanbieder.
Methode:	Digitale vragenlijst aan de EMZ managers van de 11 CMD-aanbiedende VVT-aanbieders. (N.b. ten tijden van de uitvraag was er sprake van 11 CMD-aanbiedende VVT-aanbieders).
Planning:	November 2020
Realisatie:	November 2020

### Activiteit 2: Interview ronde 1 (verwijzers – regionaal)

Doel:	Inzicht bieden in het proces, kansen en verbeterpunten van het verwijzen naar casemanagement dementie en de follow-up van deze verwijzing.
Methode:	Interview met werkgroep Herziening regionale werkafspraken diagnostiek bij dementie. Deze werkgroep bestaat uit vertegenwoordiging vanuit de huisartsen, de GGZ en ziekenhuis geheugenpoli's en SO's in de eerste lijn. Waar nodig wordt dit onderdeel aangevuld met enkele interviews met individuele professionals.
Planning:	December 2020
Realisatie:	Niet uitgevoerd vanwege aanhoudende drukte in medisch domein t.g.v. covid. Enkele malen navraag gedaan of deze actie voortgezet kon worden maar helaas bood de situatie daar geen mogelijkheden toe.

### Activiteit 3: Interview ronde 2 (casemanagers dementie – lokaal)

Doel:	Inzicht bieden in proces, randvoorwaarden en inhoudelijke werkzaamheden van de casemanagers dementie per subregionaal gebied.
Methode:	Per stadsdeel (Den Haag) of gemeente wordt een digitale sessie georganiseerd. Elke organisatie die casemanagement dementie in dat stadsdeel/die gemeente aanbiedt zorgt voor afvaardiging van een casemanager dementie als vertegenwoordiger vanuit het daar werkzame team van die organisatie. Middels een verscheidenheid aan methodieken wordt uitgevraagd hoe het proces van casemanagement dementie er bij elk van hen uit ziet, hoe de randvoorwaarden zijn, en hoe het werk er inhoudelijk uit ziet. Deze uitvraag wordt gebaseerd op de geldende beroepsprofielen vanuit V&VN en BPSW, de zorgstandaard dementie, het CanMEDS model en best practices uit het land.
Planning:	December 2020 en januari 2021

Realisatie: Maart 2021, 10 van de 11 interviews hebben doorgang gevonden. 1 interview is niet doorgegaan vanwege onvoldoende deelnemers (Segbroek).

#### Activiteit 4: Interview ronde 3 (VVT managers - regionaal)

Doel: Inzicht bieden in proces, randvoorwaarden en inhoudelijke werkzaamheden van de casemanagers dementie per subregionaal gebied. Hierin wordt de uitkomsten van de subregionale interviews met de casemanagers dementie gedeeld en door de EMZ managers aangevuld. Hier wordt ook ruimte gegeven voor discussie over de tot dan toe opgehaalde inzichten als voeding voor de aanbevelingen.

Methode: Op verzoek van managers is deze activiteit op regionaal niveau gerealiseerd in plaats van per stadsdeel (Den Haag) of gemeente. Er is een digitale sessie georganiseerd met alle in dat gebied werkende EMZ managers.

Planning: Januari 2021

Realisatie: 6 april 2021

#### Activiteit 5: Discussie = Uitkomsten delen met casemanagers dementie en hun leidinggevenden (regionaal)

Doel: Vertalen van inzichten verkregen uit acties 4.2.1 t/m 4.2.4 naar regionale aanbevelingen.

Methode: Netwerkbijeenkomst voor casemanagers dementie en hun leidinggevenden waarin de uitkomsten uit het onderzoek tot dan toe worden gepresenteerd. Middels stellingen en discussie wordt inzicht geboden in wenselijkheid en haalbaarheid van de verbeterpunten en toegewerkt naar concrete, haalbare aanbevelingen.

Planning: Februari 2021

Realisatie: 22 april 2021

#### Activiteit 6: Publicatie van resultaten

Doel: Inzichten verwerken in een rapportage en deze delen met de regio zodat partijen de aanbevelingen kunnen benutten ten behoeve van terugdringen van wachtlijsten voor casemanagement dementie en het proces en inhoud van de functie casemanagement dementie verbeteren ten behoeve van toegankelijke, duurzame, kwalitatief hoogwaardige specialistische dementiezorg.

Methode: Projectrapport opleveren en delen via de STZ kanalen, met extra aandacht voor het delen met de bestuurspartijen; Bestuur STZ en Bestuur Zorgscala.

Planning: Maart 2021

Realisatie: Mei 2021

#### Bestuurlijke afstemming

Gedurende het onderzoeksproject is conform afspraken in het projectplan na elke stap bestuurlijke afstemming gezocht met de portefeuillehouder dementie Ellen Maat via mail en in gesprek.

#### Opmvolging van de aanbevelingen

Het is aan de betrokken partijen zelf om de aanbevelingen op te pakken en te benutten om betere resultaten te realiseren op gebied van casemanagement dementie. Regionaal, subregionaal alsook binnen eigen organisatie. Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. zal vanuit het Netwerk Dementie Haaglanden opvolging van deze aanbevelingen stimuleren en ondersteunen in vraagstukken rondom implementatie daarvan. Hierin is bestuurlijk draagvlak, draagvlak vanuit het management en draagvlak vanuit professionals cruciaal.

## 4. Uitkomsten

### Uitkomsten activiteit 1: Uitvraag proces i.s.m. managers EMZ

De uitvraag is gericht op het in beeld brengen van de procesmatige kant van casemanagement dementie. 10 van de 11 aanbieders van casemanagement dementie hebben gereageerd op de uitvraag. De resultaten laten een zeer gevarieerd beeld zien. Of het nu gaat om de aanmelding van nieuwe cliënten, vorm van verwijzing of het startmoment van CMD; de organisaties verschillen sterk van elkaar in hun werkwijze. Bij de meeste organisaties hebben de casemanagers een rol in het compleet maken van de dossiers voor nieuw aangemelde cliënten voor CMD. De meeste organisaties communiceren met zowel de verwijzer als de cliënt over de wachtlijst. De volledige rapportage is te raadplegen in bijlage 2.

### Uitkomsten activiteit 3: Interview ronde 2 (casemanagers dementie – lokaal)

In totaal hebben 10 van de 11 interviewrondes plaatsgevonden. Enkel in de wijk Segbroek waren te weinig aanwezigen om de sessie te laten plaatsvinden. De enige aanwezige casemanager was ook bij een ander interview betrokken geweest en gaf aan dat in Segbroek niet significant andere aanbevelingen te formuleren zijn dan elders in Den Haag.

In totaal hebben 9 van de 11 aanbieders van CMD deelgenomen in de interviewrondes, één grote partij en één kleine partij ontbraken tijdens de interviews. Totaal zijn er 25 van de ongeveer 60 CMD geïnterviewd.

De interviews hebben geleid tot onderstaande conclusies en de lijst met aanbevelingen in het volgende hoofdstuk.

### Inzicht in onderliggende oorzaken van de wachtlijsten dementie in de regio Haaglanden

Uit data vanuit de Taskforce Casemanagement Dementie van Zorgscala blijken er regionaal 1848 cliënten voor CMD aanmerking te komen<sup>1</sup>. Momenteel is volgens het voornoemde databestand 39,1 FTE CMD werkzaam in de regio. De totale caseload per FTE is 47. Daarmee komt de regio op dit moment uit op een wachtlijst van 154 personen. Gezien de caseload per FTE van 47 wordt er door de Taskforce een tekort aan CMD van 3,26 FTE vastgesteld.

Naar verwachting stijgt het regionale aantal cliënten voor CMD tot 2398 in 2030. Daarbij komt dat op dit moment 20% van de mensen met dementie gediagnosticeerd is, 80% heeft geen diagnose en is veelal nog niet in beeld bij zorgprofessionals. Er wordt gestreefd naar vroegere signalering van dementie, waardoor er eerder, en door meer mensen, een beroep gedaan zal gaan worden op de casemanager dementie.

### Wachtlijsten CMD terugdringen

Uit ons onderzoek blijkt dat de wachtlijsten geconcentreerd zijn bij een aantal grote aanbieders. Er zijn ook aanbieders die aangeven geen wachtlijst te hebben of zelfs te weinig vraag naar CMD krijgen met als gevolg dat zij andere werkzaamheden uitvoeren (wijkverpleging), buiten de regio een klantenbestand opbouwen of een kleiner aantal uren ingezet worden.

Het proces van aanmelding voor CMD en de achterliggende wachtlijst verschilt sterk tussen organisaties en zelfs tussen casemanagers binnen organisaties. Er is uit dit onderzoek geen aanleiding om te verwachten dat er een proces is welke effectiever of efficiënter is dan de ander. Wel zijn er

---

<sup>1</sup> 2021. Taskforce wachtlijst CMD Zorgscala. Kwantitatieve analyse Haaglanden

organisaties met wachtlijsten waarbij de CMD al een kort telefonisch gesprek heeft bij plaatsing op de wachtlijst waardoor de wachtende een laagdrempelig aanspreekpunt heeft bij vragen en zo dreigende escalatie snel gesignaleerd kan worden.

Aanbieders die CMD expliciet in Zorgdomein als verwijsoptie laten zien worden beter gevonden door de verwijzers, met name de huisartsen. Zichtbaarheid van de CMD aanbieder blijkt van cruciaal belang voor de verwijzers om naar een bepaalde CMD aanbieder te verwijzen. Niet alleen via Zorgdomein maar ook door de ervaring in samenwerking met de wijkverpleegkundige van de CMD aanbieder, door de samenwerking met de 1<sup>e</sup> lijns SO van de organisatie of al bestaande samenwerking met een CMD in een organisatie maakt dat er in het vervolg weer naar die CMD organisatie wordt verwezen. Deze samenwerkingen zijn vaak persoonsgebonden; een aantal 1<sup>e</sup> lijns SO's heeft zichzelf en hun organisatie duidelijk op de kaart gezet en hetzelfde geldt voor een aantal CMD. Dit zorgt voor korte lijntjes, soepele samenwerking en een toestroom van nieuwe cliënten voor CMD bij die aanbieder.

Het model specialistisch-generalistisch is niet zo zwart/wit als het lijkt. Om goed CMD te kunnen verlenen is een vertrouwensband cruciaal. Deze vertrouwensband bouw je juist op door met elkaar in contact te komen, tijd te nemen voor elkaar en elkaar te leren kennen. Casemanagers signaleren vaak ingezet te worden (t.g.v. late diagnose, late aanmelding of door wachtlijsten) op het moment dat er een crisis gaande is of nadert (t.g.v. late diagnose, late aanmelding of door wachtlijsten). Als gevolg daarvan moeten zij zonder voorkennis of vertrouwensband gaan de-escaleren en in sommige gevallen bestaat het contact enkel uit het aanvragen van een WLZ indicatie en toeleiden naar het verpleeghuis. Mensen met dementie en hun mantelzorgers hebben dan al maanden, soms jaren, te kampen gehad met overbelasting, onvoldoende ondersteuning, onbekendheid met mogelijkheden en zijn vaak beperkt voorbereid op de veranderingen t.g.v. dementie. Dit verkleint de kwaliteit van leven van de persoon met dementie en de mantelzorger. "Ik zou willen dat ik al eerder was gestart daar, ik had nog zo veel meer voor die mensen kunnen doen" verzuchtte een van de casemanagers, anderen beaamden dit. De casemanagers geven aan over het algemeen voldoende generalisten in het werkveld te zien en ervaren daarin niet expliciet een gemis. Wel geven een aantal casemanagers aan dat het een complexere situatie wordt als de persoon met dementie zelf geen sociaal vangnet heeft, mantelzorg is moeilijk te vervangen met generalistische zorg en ondersteuning.

Een aantal CMD vanuit Florence heeft een kleine 3 maanden de spoedaanmeldingen voor CMD geobserveerd en geanalyseerd. Hieruit bleken slechts 1 van de 10 spoedaanmeldingen daadwerkelijk een spoedaanmelding te zijn. De overige 9 aanmeldingen betroffen veelal een verzoek om op korte termijn zorg, huishoudelijke ondersteuning of dagbehandeling in te zetten, iets wat de verwijzer ook zonder CMD al kan inzetten.

#### Administratieve druk door indicatie-aanvragen bij WMO

CMD zijn onevenredig veel tijd kwijt aan het aanvragen van indicaties, met name in de gemeenten. Als gevolg hiervan kan de noodzakelijke zorg en ondersteuning niet starten op het moment dat dit gewenst is, zijn casemanagers veel tijd kwijt aan zoeken naar mogelijkheden om die zorg toch ingezet te krijgen en is de zorg eenmaal aanwezig dan verloopt de indicatie al snel en begint het proces opnieuw. Positieve uitzonderingen hierop zijn de gemeenten Wassenaar en Leidschendam Voorburg. Ook daar liggen kansen, maar het probleem concentreert zich in Den Haag en ook Rijswijk.

#### Administratieve druk door indicatie-aanvragen bij CIZ

Een hardnekkig probleem bij het aanvragen van een WLZ indicatie bij het CIZ is dat zij een diagnosestelling van een medisch specialist eisen, een huisartsendiagnose zou onvoldoende zijn. CIZ



heeft uitgesproken dat in hun werkwijze ook een diagnose van een huisarts volstaat, conform de NHG standaard en onze Regionale Werkafspraken Diagnostiek bij Dementie. Echter blijven professionals in de praktijk bij aanvragen voor CIZ aanlopen tegen een vereiste diagnose van een medisch specialist, tegen hun eigen werkwijze in.

#### Tijdverlies door beperkte informatie-uitwisseling

Alle VVT organisaties werken extramuraal met ONS Nedap. Zij kunnen alleen niet in elkaars dossiers. De casemanagers dementie ervaren het als zeer waardevol om mee te lezen met de wijkverpleging om zo op afstand de situatie van de cliënt te kunnen monitoren. Dit lukt prima wanneer de CMD en wijkverpleging vanuit dezelfde organisatie een zorgrelatie hebben met de cliënt, maar niet als dit bij twee verschillende organisaties is belegd. In overdrachten gaat hierdoor veel informatie verloren en de casemanagers vinden creatieve, suboptimale oplossingen in de vorm van familieportalen als Carenzorgt.

#### Extra werk door accorderen van zorgplan door social work CMD

Een heikel punt is het accorderen van zorgplannen door casemanagers dementie. Niveau 5 verpleegkundigen zijn bevoegd om een zorgplan te accorderen, maar in 50% van de situaties zijn de Social Work CMD de professionals die casemanagement dementie verlenen, de cliënt goed kennen, het zorgplan opstellen, uitvoeren, evalueren en bijstellen. Het accorderen (ondertekenen) dient dan vervolgens door een wijkverpleegkundige gedaan te worden die daarvoor 1 à 2 huisbezoeken met de casemanager dementie moet organiseren, enkel voor het accorderen. In het kader van “ontregel de zorg” kan het interessant zijn om te kijken of hierin aanpassingen mogelijk zijn. **N.b.** hierover zijn landelijk gesprekken maar vooralsnog houden ZN en V&VN vast aan het standpunt dat enkel de verpleegkundige de zorgplannen mag accorderen.

#### Optimale kwaliteit CMD: stimuleren samenwerken en leren Professionele professionals

In onze regio hebben we een zeer ervaren, diverse en professionele groep professionals. De gesprekken die ontstonden tijdens de interviews waren inhoudelijk sterk onderbouwd vanuit de casemanagers en de ambitie in hun werk en betrokkenheid bij hun cliënten straalde van hen af. Een gezamenlijke opdracht voor zorgaanbieders, lokale netwerken alsook regionale netwerken is; zorg dat ze gehoord worden, een duidelijke stem hebben in de regionale ontwikkelingen op hun vakgebied.

#### Positie en waardering voor casemanagers dementie

We hebben nu en in de toekomst blijvend behoefte aan casemanagers dementie, het zijn specialistische professionals die we keihard nodig hebben. Om hen te behouden en goed te faciliteren zijn een aantal zaken van belang:

- Leren en ontwikkelen – kwaliteitstoetsing en leercycli maar ook onderling kennisuitwisseling
- Benutten van kennis en expertise - Zorg dat casemanagers dementie gehoord worden, een duidelijke stem hebben in de regionale ontwikkelingen op hun vakgebied
- Behoud van professionals – gelijke financiële waardering, accreditatie voor opleidingsinspanningen en een goede (thuis)werkplek motiveert en houdt de casemanagers gezond
- Vertrouwen in hun professionaliteit
- Faciliteer – open agenda met beheer bij de professional om op acute hulpvragen te anticiperen als ook om ruimte te geven tot netwerksamenwerking in cliëntenzorg en -ondersteuning.

#### Samenwerken op wijkniveau en leren van elkaar

Er liggen veel kansen op het gebied van samenwerken op wijkniveau en daarin het leren van elkaar. Er zijn hele sterke voorbeelden te vinden in de regio van casemanagers die zichtbaar zijn in de wijk, die

korte lijnen hebben met de professionals aldaar en daar ontstaat een positieve uitwisseling van cliënten, kennis en expertise waardoor de zorg daar goed verankerd raakt. Er zijn ook voorbeelden waarbij de casemanagers door diverse omstandigheden (groot werkgebied, onvoldoende ruimte in agenda, versnipperde zorgstructuur, onvoldoende bekendheid in de wijk) deze samenwerking niet hebben en daardoor niet optimaal gebruik kunnen maken van voorzieningen, kennis, expertise en samenwerking. De aanwezigheid van een wijkverpleegkundige of een SO in de 1<sup>e</sup> lijn maakt dit lokale zorgnetwerk sterker. Samenwerkingen met welzijn zijn zeer beperkt, hier liggen grote kansen om de generalisten aldaar te benutten.

### Beroepsprofiel en aanvullende opleiding

Het is waardevol om te vermelden dat we in de regio Haaglanden ongeveer een 50/50 verdeling hebben aan CMD met een verpleegkundige achtergrond (werkzaam conform V&VN beroepsprofiel dementieverpleegkundige) en CMD met een social work achtergrond (werkzaam conform BPSW beroepsprofiel Casemanagement Dementie). Op 1 geïnterviewde casemanager na hadden alle casemanagers de aanvullende opleiding voor CMD gevolgd of waren in afwachting van de voorzetting van de opleiding (welke is stilgelegd t.g.v. covid).

### Startmoment CMD

Mooie ontwikkeling is de wendbaarheid van organisaties ondanks de druk. Waar vorig jaar veel casemanagers dementie pas konden starten nadat er een diagnose gesteld is, starten nu alle geïnterviewde organisaties al in de niet-pluifase, conform de Herziene Zorgstandaard Dementie 2020. Wel is het voor de organisaties die lange wachtlijsten hebben ondanks de intentie om vroeg te beginnen met CMD, niet haalbaar om te starten voor of tijdens de diagnosefase.

### Warme overdracht en nazorg bij overlijden

Wanneer de cliënt overlijdt of verhuist naar het verpleeghuis stopt de ZVW indicatie en kan de CMD geen tijd meer declareren. Een warme overdracht, met name bij een crisisopname, of nazorg na overlijden is daardoor niet te declareren. Echter stelt de zorgstandaard dementie dit wel als een vereiste.

### Succeservaringen corona

De een werkt veel effectiever vanuit huis, de ander juist niet, de CMD's ervaren het als prettig om daarin zelf keuzes te kunnen maken, ook als er geen beperkingen zijn vanuit corona-maatregelen om op een kantoor te werken.

De CMD's zijn kritischer geworden op het doen van huisbezoeken. Enerzijds is het belang van een huisbezoek duidelijk naar voren gekomen tijdens de eerste lockdown waarin geen huisbezoeken plaatsvonden. Signalen via de telefoon kwamen niet altijd overeen met de signalen achter de voordeur. Echter zijn zij kritischer geworden wanneer een huisbezoek noodzakelijk is. Het kan ieder een hoop tijd schelen om een contact telefonisch te doen en/of een huisbezoek op te schuiven als er geen noodzaak is. Daar staat dan tegenover dat de casemanagers laagdrempelig bereikbaar zijn voor mantelzorgers bij vragen.

Ook in samenwerking biedt een overleg op afstand de mogelijkheid om zonder reistijd effectief contact te hebben.

## 5. Aanbevelingen

De aanbevelingen vloeien voort uit de voornoemde activiteiten in het onderzoeksproject CMD. De aanbeveling zijn gerangschikt naar VVT, gemeente, verzekeraar en anderen, afhankelijk vanuit welke partij de grootste verantwoordelijkheid heeft in de betreffende aanbeveling.

### Verbeter vindbaarheid en zichtbaarheid

VVT:

- Zorg dat aanbieders van CMD expliciet Casemanagement Dementie in Zorgdomein als verwijsoptie laten zien.
- Zorg voor een eenduidig communicatiesysteem zonder dubbele administratielast. Zo biedt KIS een mogelijkheid om te communiceren met o.a. huisartsen, maar dit geeft een dubbele administratie voor de casemanager dementie.
- Benut de wijkverpleegkundige, 1<sup>e</sup> lijns SO en de actieve CMD in de wijk om gevonden te worden met het aanbod CMD in de wijk.

VVT en Verzekeraar:

- Zorg dat de CMD ruimte heeft om zichzelf zichtbaar te maken in de wijk door aan te sluiten bij de bestaande zorgstructuren.

### Benut de capaciteit en verdeel de cliënten om de wachtlijsten CMD terug te dringen

VVT:

- Benut de volledige capaciteit in de regio, niet alleen binnen de Taskforce, maar juist de CMD aanbiedende partijen daarbuiten
- Houd een vinger aan de pols bij mensen die op de wachtlijst staan. Zorg dat een CMD al een kort telefonisch gesprek heeft bij plaatsing op de wachtlijst waardoor de wachtende een laagdrempelig aanspreekpunt heeft bij vragen en zo dreigende escalatie snel gesignaleerd kan worden.
- Streef naar het starten van CMD in de niet-pluifase of diagnosefase, dit vergroot de kwaliteit van leven met dementie voor de persoon met dementie en zijn/haar mantelzorgers.
- Houd rekening met beperkte budgetten van bepaalde zorgaanbieders, bij bereiken van plafond mag geen CMD meer aan die groep verzekerden worden geboden, zij komen noodgedwongen op wachtlijst. Koop breed genoeg in en bewaak het evenwicht tussen budgetplafond en wachtlijst bij elke gecontracteerde zorgaanbieder. Verdeel deze cliënten zodat plafonds minder snel bereikt worden. Overweeg secundair hieraan gesprek verzekeraar i.v.m. ongewenst effect marktwerking

CMD:

- Wees kritisch op spoed aanmeldingen en informeer verwijzers dat zij zelf zorg kunnen starten nog voordat CMD start, de behoefte aan Huishoudelijke ondersteuning, thuiszorg of dagbehandeling is geen reden om CMD met spoed te laten starten.

### Versterk de positie en waardering voor casemanagers dementie

VVT:

- Leren en ontwikkelen:
  - Neem CMD mee in KMS (Kwaliteitsmanagement Systeem) o.a. kwaliteitskeurmerk maar ook cliënttevredenheidsonderzoek t.b.v. leren en verbeteren
  - Leer van en deel met elkaar, bijvoorbeeld via intervisie op wijkniveau.
- Geef casemanagers dementie vertrouwen in hun professionaliteit
  - Laat regie over intensiteit van contacten met cliënten (incl. mantelzorgers) bij de CMD, hij/zij kan op professionele gronden zelf vaststellen wat nodig is. o.b.v.

behoeften en noodzaak. Zorg vooral dat de CMD goed laagdrempelig en persoonlijk bereikbaar is.

- Houdt rekening met complexiteit van de wijk in de caseload. Veel mensen met migratie-achtergrond en/of multiproblematiek leidt tot een complexer CMD-vraag. Verder start CMD daar vaak later; dementie en/of hulpvraag wordt laat gesignaleerd/erkend door omgeving en professionals. Hierdoor is er vaak al sprake van crisis. De crisis in die wijken is vaak ook groter dan in wijken waar minder multiproblematiek speelt.
- Overweeg een samenwerking tussen Zorgzijnwerkt en VVT. CMD kan een prachtige functie zijn om verpleegkundigen en maatschappelijk werkers in de zorg te behouden maar wel een andere functie te kunnen bieden op niveau. Denk bijvoorbeeld aan professionals die door fysieke klachten niet langer hun functie kunnen uitoefenen.
- Faciliteer
  - Zorg dat de CMD een open agenda heeft en geef hem/haar de ruimte om deze zelf te kunnen beheren waardoor hij/zij kan anticiperen op acute hulpvragen
- Behoud van professionals
  - Zorg regionaal voor een gelijke en passende financiële waardering, ongeacht opleidingsachtergrond.
  - Draag bij aan de nodige accreditatie voor de kwaliteitsregisters door ruimte te geven voor deskundigheidsbevordering en beleidsontwikkeling.
  - Zorg dat de professionals een goede werkplek hebben thuis en zorg voor een goede vergoeding van het thuiswerken.

Partners in Netwerk Dementie Haaglanden:

- Benutten van kennis en expertise
  - Zorg dat casemanagers dementie gehoord worden, een duidelijke stem hebben in de regionale ontwikkelingen op hun vakgebied
  - Zorg dat expertises vindbaar zijn en uitgewisseld kunnen worden. Denk daarbij aan de expertise van casemanagers met een Turkse of Marokkaanse migratieachtergrond, of casemanagers met specialisatie in jonge mensen met dementie. Belangrijk is te weten wie welke expertise heeft, hoe deze persoon te bereiken is en deze persoon al een keer gesproken te hebben zodat de drempel lager is om hem/haar te contacten.
- Positioneer
  - Zorg dat de CMD "in the lead" blijft; geregeld wordt zorg en indicatie aangevraagd buiten de CMD om, dit leidt tot plotselinge VPT indicatie (CMD wordt plots niet meer vergoed), PGB's die niet naar noodzaak ingezet worden en veel extra administratie geven en dubbele inzet van professionals. Korte lijnen en ruimte voor overleg tussen professionals, is zeer waardevol. Organiseer momenten dat men elkaar treft (zorg - welzijn - CMD - WMO - medisch)

Stimuleer het samenwerken op wijkniveau en leren van elkaar

VVT:

- Laat de casemanagers in een beperkt gebied werken zodat hij/zij zich kan verankeren in de wijk. Uitzondering hierop moeten zijn de casemanagers met een specifieke expertise (jonge mensen met dementie of bijvoorbeeld anderstalige casemanagers).

VVT/Verzekeraar:

- Geef ruimte aan de casemanager om aan te sluiten bij lokale structuren, bijvoorbeeld bij netwerk Rijswijk of het Alzheimercafé in Rijswijk, Thuis in Loosduinen, actieve huisartsenpraktijken in de wijk/gemeente.

CMD/VVT/Welzijnsorganisaties/Netwerk Dementie Haaglanden:

- Benut welzijnsorganisaties als informatiebron, ogen en oren en generalistische samenwerkingspartner
  - Voorbeeld in Rijswijk heeft de casemanager 2 keer per jaar MDO met dagbesteding en weten de begeleiders bij de dagbesteding de casemanager dementie ook te vinden bij signalen.
  - Voorbeeld in organisatiestructuur; een van de participerende organisaties heeft casemanagement dementie gepositioneerd in het team met dagbesteding. Door de korte lijnen wordt gesignaleerd door dagbesteding en geconsulteerd en geëscaleerd naar de casemanager dementie.

CMD/VVT/huisartsen/Netwerk Dementie Haaglanden:

- Samenwerking met de huisartsen:
  - Faciliteer in de mogelijkheid om deel te nemen aan periodiek overleg waarin professionals elkaar ontmoeten om complexe cliëntsituaties te bespreken. Dit zorgt voor een veel snellere en efficiëntere zorgverlening en ondersteuning en voorkomt dubbel werk, dubbele inzet, langdurige zoektochten naar passende ondersteuning en onvolledige informatieoverdracht. Geef de regie in deelname aan dergelijke overleggen aan de casemanager dementie; sommige casemanagers hebben zelf al zulke korte lijntjes dat zij liever naar behoefte 1 op 1 schakelen met andere professionals.

CMD/VVT/WMO/Netwerk Dementie Haaglanden:

- Samenwerking op wijkniveau algemeen:
  - Er is behoefte aan uitwisseling met actieve professionals in de wijk/stadsdeel, gestructureerd op thema met als doel; elkaar weten te vinden, informeren en sneller schakelen. Hierin is vooral behoefte om dit te richten op welzijn en WMO CMD.

Versterk de relatie met WMO financier en aanbieder (m.u.v. Leidschendam Voorburg en Wassenaar) op de volgende punten:

Gemeenten:

- Geef als gemeente inzicht in op basis van welke criteria men tot een WMO besluit komt. Dit lijkt nu willekeurig te zijn in termijn, omvang en tijd tot indicatiebesluit.
  - Geef inzicht in wanneer WMO en wanneer WLZ indicatie op zijn plek is; zorg dat hierover een gesprek start tussen de CMD's en de WMO casemanagers en gemeenten.
- Vertrouw op de inschatting van nut en noodzaak van een WMO indicatie door de casemanager dementie.
  - Beoordeel de aanvraag snel, overweeg toetsing achteraf waardoor de wachttijd sterk kan worden verkort.
  - Zorg dat de gespreksverslagen die vanuit gemeente naar cliënt worden verstuurd genuanceerd zijn zodat de vertrouwensband met de CMD behouden blijft.
- Zorg dat de CMD en de WMO casemanager elkaar kennen en direct kunnen bereiken.

- Versnel de beoordeling voor dagbesteding als ook andere WMO voorzieningen. Maak een startmoment van WMO voorzieningen mogelijk halverwege de maand. Nu is het de 1e van de maand waardoor er een zorggat ontstaat.
- Houd de discussie over kosten/vergoeding buiten de CMD
- Geef WMO beschikkingen af over een termijn langer dan 3 maanden zodat de herindicering niet steeds opnieuw moet plaatsvinden, dit kost veel tijd.
  - Mooi voorbeeld Wassenaar: WMO beschikking voor 1 jaar in Wassenaar ipv 3 maanden. Casus blijft bij 1 consulent voor ieder product, dus eenmaal een WMO indicatie is er een contactpersoon WMO bekend en aanspreekpunt voor iedere vraag en beschikking op WMO gebied.
  - Mooi voorbeeld Leidschendam-Voorburg: Dagbesteding en huishoudelijke ondersteuning aanvragen worden altijd gehonoreerd als de CMD deze aanvraagt.
- N.b. in het kader van deze aanbeveling zijn de contactgegevens van Liesbeth de Kok en Marco Barnhoorn van gemeente Den Haag op het thema WMO gedeeld met de Taskforce-leden. Zij willen graag met de VVT in gesprek over een betere samenwerking in de WMO.

Liesbeth de Kok - regisseur Jeugd en Maatschappelijke Ondersteuning (JMO)

Tel: 06 52044025

[liesbeth.dekok@denhaag.nl](mailto:liesbeth.dekok@denhaag.nl)

Marco Barnhoorn – adviseur JMO

Tel: 06 23519604

[Marco.barnhoorn@denhaag.nl](mailto:Marco.barnhoorn@denhaag.nl)

### Houd strakke lijnen met CIZ

CMD:

- Verwijs bij discussie naar beoordeling van de medisch adviseur binnen CIZ, indicatieaanvraag WLZ mag m.b.v. diagnosestelling van HA (diagnosestelling vanuit medisch specialist is geen vereiste).

### Verbeter mogelijkheden voor Informatie-uitwisseling

VVT:

- Maak het zorgdossier écht van de cliënt, betrokken zorgverleners, ongeacht werkgever, kunnen dan met elkaar communiceren in het dossier. Zorg dat de casemanagers het dossier van de cliënt bij de wijkverpleegkundige kunnen meelezen zodat zij van afstand kunnen monitoren. Idealiter werkt de casemanager dementie samen met wijkverpleging en ook welzijn in 1 zorgplan. (zie ook zorgstandaard)
- Nu wordt er vaak via een machtiging van de mantelzorger een bypass gevonden om via Carenzorgt mee te lezen.

### Zie Specialistisch/Generalistisch – model niet als een statisch kader.

VVT:

- Generalistisch en specialistisch CMD zijn moeilijk te kaderen begrippen.
- Erken het belang van de vertrouwensband in CMD. Het "kopje koffie" in een laagcomplexiteit situatie is cruciaal om ten tijde van crisis voldoende vertrouwen te hebben om de nodige zorg en ondersteuning in te schakelen.
- Generalisten in professionele context zijn er genoeg, het wordt lastiger als er in sociale context bij een cliënt onvoldoende netwerk is van mensen die een en ander kunnen regelen/doen, geeft meer werkzaamheden voor CMD.

Verwijzers:

- Schakel CMD niet pas in als er nood aan de man is, om snel en proactief te kunnen handelen is een vertrouwensrelatie cruciaal en die ontwikkel je met de tijd. Start dus vroeg in proces,

dan kan er op afstand CMD geboden worden maar wel snel gehandeld worden als de zorgvraag intensiever wordt. Onder aan de streep scheelt dit meer tijd + minder overbelasting van systeem.

### Maak warme overdracht en nazorg bij overlijden mogelijk vanuit CMD

Verzekeraar:

- Dit is een vereiste vanuit de zorgstandaard dementie. Deze zorg is cruciaal voor danwel een goede start in het verpleeghuis danwel afronden van een beladen periode voor de nabestaanden. Ontwikkel en communiceer een methode waarmee een warme overdracht en nazorg na overlijden bekostigd kan worden. De Handreiking Financiering 2021 van PZNL<sup>2</sup> adviseert t.a.v. nazorg bij overlijden “In de contractering moeten zorgverzekeraar en zorgaanbieder er bij de tariefafspraken dus rekening mee houden dat deze voldoende ruimte bieden voor een á twee gesprekken met de nabestaanden van de patiënt. Wanneer de rouw complex wordt, start voor de nabestaande een eigen zorgvraag.”<sup>3</sup>  
Met betrekking tot warme overdracht vermeldt de NZa dat de wijkverpleegkundige zorg kan declareren zolang er geen sprake is van dubbele bekostiging (reguliere verpleging valt onder bekostiging voor verblijf) en er sprake is van directe zorgverlening gericht op cliëntgebonden afstemming, indicatiestelling en (warme) overdracht bij ontslag en opname van de cliënt terwijl de cliënt nog elders verblijft.<sup>4</sup>

### Behoud de succeservaringen t.g.v. corona

VVT:

- Huisbezoeken:
  - Blijf kritisch op huisbezoeken; het blijkt vaak mogelijk om op afstand te monitoren, dan kan er telefonisch afgestemd worden en een huisbezoek worden verplaatst naar een later moment.
  - Wel blijven huisbezoeken cruciaal; kijken achter de voordeur blijft belangrijk. Telefonisch kan gezegd worden dat het goed gaat, maar achter de voordeur blijkt het minder goed te gaan. Ook blijkt er soms een discrepantie tussen beleving familie en wat daadwerkelijk achter voordeur gebeurt
- Digitaal overleg is een pré, het scheelt reistijd, ergernis in het verkeer en is laagdrempelig en snel te organiseren. Ook blijft dit belangrijk ter voorkomen van besmettingen onderling.
  - MDO's op afstand met veel professionals worden positief en effectief ervaren.
  - Er zijn positieve ervaringen met telefonisch of videobel overleg met cliënt en mantelzorgers. Er zijn zelfs positieve ervaringen met intakes op afstand en positieve ervaring met evaluatie van zorgplannen op afstand
- Geef professionals ook na de covidpandemie de ruimte om te kiezen om wel of niet thuis te werken, sommigen ervaren zich productiever door thuiswerken (afhankelijk van persoon)

<sup>2</sup> 2021 PZNL. Handreiking financiering 2021. <https://palliaweb.nl/getmedia/3ce85546-1cde-44b4-89c7-696984bf5976/Handreiking-financiering-2021-PZNL-v2.pdf>

<sup>3</sup> 2017. NZa. Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat.

<sup>4</sup> 2021. NZa. Kan de wijkverpleegkundige ook wijkverpleegkundige zorg declareren terwijl de cliënt nog in het ziekenhuis (of elv, grz, hospice) verblijft? <https://www.nza.nl/documenten/vragen-en-antwoorden/kan-de-wijkverpleegkundige-ook-wijkverpleegkundige-zorg-declareren-terwijl-de-client-nog-in-het-ziekenhuis-of-elv-grz-hospice-verblijft>



## 6. Een afrondende blik op de toekomst

Deze rapportage, naar aanleiding van uitvraag en gesprekken met VVT managers en casemanagers dementie bieden een beeld van kansen voor effectiviteit en efficiëntie in casemanagement dementie in de huidige situatie.

Echter zal de komende 25 jaren het aantal mensen met dementie in de regio verdubbelen.<sup>5</sup> Daarnaast is het aantal mensen dat nu in beeld is met dementie slechts 20% van het totale aantal mensen met dementie in de regio.<sup>6</sup> De komende jaren wordt geïnvesteerd om deze onder diagnostiek te verkleinen. Als gevolg hiervan is te verwachten dat er meer mensen gediagnosticeerd zullen zijn en aanspraak zullen doen op casemanagement dementie. De Taskforce CMD vanuit Zorgscala verwacht dat het aantal cliënten voor CMD zal toenemen van 1.848 cliënten nu in 2021 naar 2.027 cliënten in 2025 en 2.398 cliënten in 2030. Daarvoor is een toename van respectievelijk 3,8 en 11,8 FTE noodzakelijk bovenop het geconstateerde huidige tekort van 3,26 FTE.<sup>7</sup>

Helder is dat de huidige capaciteit CMD onvoldoende is om mensen met dementie en hun naasten in de toekomst te blijven voorzien in hun behoeften aan CMD, conform de geldende standaarden en voorwaarden.

Eenzijds is een groei in de regionale capaciteit aan CMD noodzakelijk. Maar gelijktijdig weten we ook dat de arbeidsmarktkrapte de komende jaren alleen maar zal toenemen. We zullen dus enerzijds moeten zorgen voor de budgetten voor een passende regionale capaciteit en het werven van nieuwe casemanagers dementie en gelijktijdig in moeten zetten op meer efficiëntie bij de bestaande capaciteit zodat er op een verantwoorde manier een grotere caseload per FTE CMD haalbaar wordt. Hiertoe rondt dit rapport af met landelijk geagendeerde thema's vanuit de Nationale Dementiestrategie<sup>8</sup> en potentiële invloed op CMD en enkele goede voorbeelden die kans bieden in de toekomst:

### **Landelijk geagendeerd thema – Dementievriendelijke samenleving**

Doelstelling vanuit Nationale Dementiestrategie: "In 2025 is het aantal 'dementievrienden' verdubbeld naar 750.000 personen. De nadruk ligt hierbij op jongeren en het daadwerkelijk hulp bieden door dementievrienden aan mensen in de buurt."

Potentiële gevolgen van deze ontwikkeling voor casemanagement dementie: Wanneer 'dementie' alom bekend is en burgers weten hoe om te gaan met dementie, kunnen mensen met dementie langer mee blijven doen in de samenleving én biedt dit kansen voor een breder sociaal netwerk. In potentie hebben mensen met dementie meer informele ondersteuning waardoor de formele ondersteuning van CMD minder intensief hoeft te zijn. In dit thema wordt ook gekeken naar de uitkomsten van de experimenten rond sociale benadering van dementie. Bij positieve resultaten in de huidige gemeenten zal dit breder landelijk ingezet gaan worden.

---

<sup>5</sup> 2020. Alzheimer Nederland. Factsheet dementie per gemeente. <https://www.alzheimer-nederland.nl/sites/default/files/directupload/factsheet-dementie-per-gemeente.pdf>

<sup>6</sup> 2020. HMM. Regiobeeld dementie Haaglanden <https://transmuralezorg.nl/kennisbank/regiobeeld-dementie-haaglanden/>

<sup>7</sup> 2021. Taskforce wachtlijst CMD vanuit Zorgscala. Kwantitatieve analyse Haaglanden

<sup>8</sup> 2020. Ministerie van VWS. Nationale Dementiestrategie 2021-2030



### **Landelijk geagendeerd thema – Passende activiteiten binnen ontmoetingscentra**

Doelstelling vanuit Nationale Dementiestrategie: “In 2030 heeft 80% van de thuiswonende mensen toegang tot een ontmoetingscentrum voor mensen met dementie in de nabijheid van hun eigen woning. Hier krijgt men het aanbod van zinvolle activiteiten.”

Potentiële gevolgen van deze ontwikkeling voor casemanagement dementie: Door toegankelijke voorzieningen in de omgeving van mensen met dementie, passend bij hun behoeften, is er meer ondersteuning vanuit die voorzieningen voor mensen met dementie en hun naasten. Enerzijds kan dit de casemanager dementie ontlasten, met name als deze voorzieningen ook benut kunnen worden als “ogen en oren” voor de CMD door goed te signaleren. Daarnaast biedt dit de kans voor mensen met dementie om op een passende manier zinvolle dag invulling te vinden wat bijdraagt aan het algemeen welzijn. Voor de mantelzorger betekent dit een passende respijtovereenkomst waardoor overbelasting vermindert kan worden.

### **Landelijk geagendeerd thema – Implementatie zorgstandaard dementie**

Doelstelling vanuit Nationale Dementiestrategie: “Zo snel als mogelijk, maar uiterlijk in 2025 werken alle professionals in elk regionaal dementienetwerk volgens de zorgstandaard dementie, domein overstijgend en persoonsgericht, doelmatig, tijdig en pro-actief.”

Potentiële gevolgen van deze ontwikkeling voor casemanagement dementie: Een goedlopende dementieketen; domein overstijgend, persoonsgericht, doelmatig, tijdig en pro-actief maakt dat de CMD meer op de specialistische rol kan focussen en er een sterkere samenwerking is met andere professionals. Hierdoor is er kans voor meer efficiëntie en zodanig meer ruimte voor een bredere caseload CMD. Aansluitend hierop wordt ook de doorontwikkeling van het kwaliteitsregister voor dementiezorg en -ondersteuning genoemd. Dit register biedt mogelijkheden om te benchmarken en op basis van data te ontwikkelen en te verbeteren.

### **Landelijk geagendeerd thema – Informatiestructuur landelijk en regionaal**

Doelstelling vanuit Nationale Dementiestrategie: “In het kader van de versterking van de regionale netwerken voor dementiezorg willen wij bevorderen dat elk netwerk algemene informatie beschikbaar heeft over dementie met een regionale ‘wie, wat, waar’ voor zowel de professional als de mens met dementie en zijn naasten. Deze informatie moet voor beide doelgroepen makkelijk te verkrijgen zijn. Voor de mens met dementie en zijn naasten is ook specifiek aandacht voor de begrijpelijkheid van de informatie.”

Potentiële gevolgen van deze ontwikkeling voor casemanagement dementie: Goede, passende informatievoorzieningen vergroten de zelfredzaamheid van mensen met dementie en mantelzorgers in het vinden en organiseren van passende zorg en ondersteuning. Daarnaast is het voor de CMD ook een manier om samenwerkingspartners te kunnen vinden en contacten zodat afstemming van zorg en ondersteuning sneller kan verlopen.

### **Goed voorbeeld – WMO indiceren door de casemanager dementie**

De indicering van WMO blijkt in sommige gemeenten van onze regio een bottleneck voor casemanagers dementie. Daarin zijn wij als regio niet de enigen. Enkele gemeenten hebben positieve ervaringen opgedaan met het indiceren van WMO door de casemanager dementie. De gemeenten Rotterdam, Ooststellingswerf (FR) en Roosendaal delen hun goede voorbeeld in het volgende artikel: <https://www.dementiezorgvoorelkaar.nl/wp-content/uploads/2020/10/Casemanagement-Wmo-indicering.pdf>

### **Goed voorbeeld – Zorgtechnologie voor zorg op afstand bij casemanagement dementie**

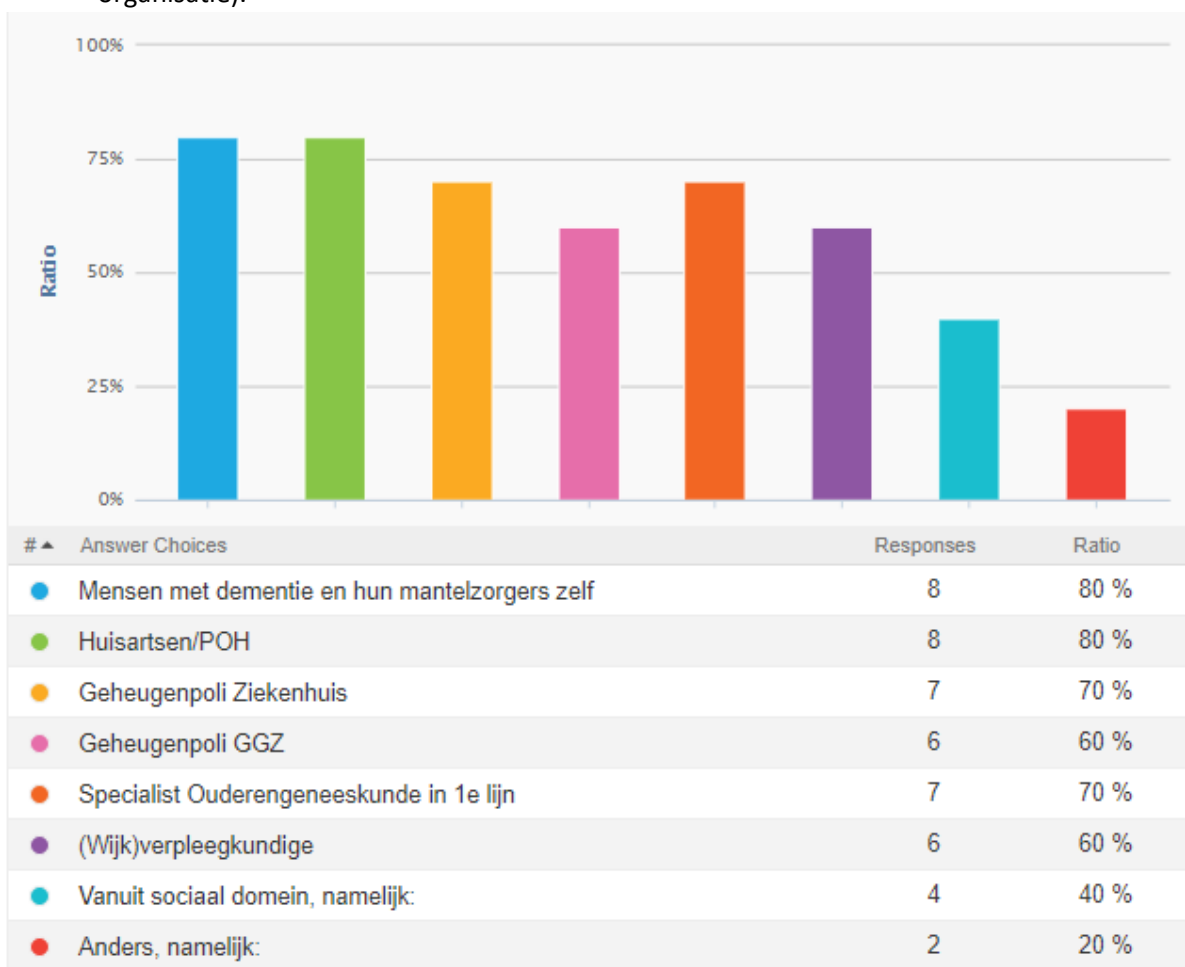
Momenteel is er een veelbelovend experiment gaande in Brabant waarbij een zorgorganisatie en verzekeraar de handen ineen slaan om de FTE/cliëntratio van casemanagement dementie te verhogen middels zorgtechnologie. De casemanagers dementie werken met een dashboard met gepersonaliseerde monitoring. Op basis van deze gegevens bepaald de casemanager dementie of zorg en ondersteuning precies passend is in de situatie, te intensief is voor de situatie en wat afgeschaald kan worden of dat er redenen zijn om de zorg juist te intensiveren. In dit experiment wordt een FTE/cliëntratio van 85 behaald. Via Alzheimer Haaglanden worden de ontwikkelingen in dit experiment gevolgd, wanneer dit tot kansen voor regio Haaglanden leidt wordt dit geagendeerd.

## Bijlage 1: Rapportage uitvraag CMD activiteit 1

10 van de 11 aanbieders van casemanagement dementie hebben gereageerd op de uitvraag. N.b. dit was ten tijden van de uitvraag de situatie (2020), inmiddels zijn niet alle partijen gecontracteerd voor Casemanagement Dementie en bieden een aantal VVT-organisaties casemanagement dementie vanuit onderaannemerschap.

### 1. Wie verwijzen naar/melden aan voor casemanagement dementie in uw organisatie?

De meeste verwijzingen komen vanuit huisarts/POH of mensen met dementie en hun mantelzorgers zelf (8 van de 10) maar ook de verwijzing vanuit de geheugenpoli's, specialisten ouderengeneeskunde in de 1<sup>e</sup> lijn en wijkverpleging is gebruikelijk (7 of 6 van de 10). Minder dan de helft van de respondenten herkennen de route vanuit sociaal domein naar casemanagement dementie, hierbij gaat het om verwijzing vanuit welzijnsorganisaties, WMO thuisbegeleidingsteams, GGZ en zorgdomein (deze laatste is een tool, geen organisatie).



(Respons op vraag “Wie verwijzen naar/melden aan voor casemanagement dementie in uw organisatie?”)

### 2. In welke percentages komen de aanmeldingen voor casemanagement dementie vanuit verschillende verwijzers/aanmelders?

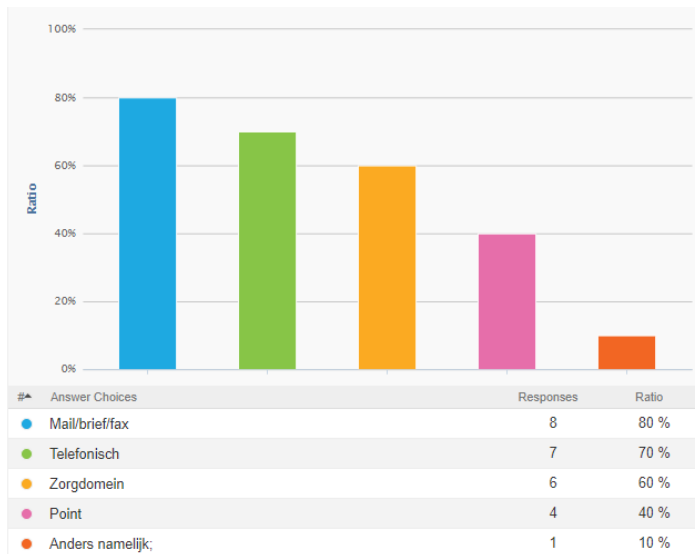
Uit de respons op deze vraag blijkt dat de “gebruikelijke” routes naar casemanagement dementie sterk verschillen tussen de aanbieders. Zo is er een respondent die aangeeft dat

meer dan de helft van de aanmeldingen voor casemanagement dementie vanuit de persoon met dementie of de mantelzorger zelf komt. En de andere respondenten geven aan dat dit juist een weinig of niet gebruikte route is naar casemanagement dementie. Er is geen specifieke route naar casemanagement dementie te benoemen die als zeer gebruikelijk kan worden benoemd omdat dit wordt tegengesproken door andere respondenten.



(Respons op vraag "In welke percentages komen de aanmeldingen voor casemanagement dementie vanuit verschillende verwijzers/aanmelders?")

### 3. In welke vorm komen verwijzingen voor casemanagement dementie bij de organisatie binnen?



De meerderheid van de aanmeldingen komt via mail/brief/fax, telefonisch of via zorgdomein binnen (respectievelijk 8, 7 en 6 van de 10). Echter is ook point redelijk frequent gebruikt (4 van de 10). Ook wordt het GPO nog benoemd als een vorm waarin verwijzing binnenkomt.

(Respons op vraag “In welke vorm komen verwijzingen voor casemanagement dementie bij de organisatie binnen?”)

### 4. Wordt bij de aanvraag voor casemanagement dementie gebruik gemaakt van het uniforme formulier verwijzing naar casemanagement dementie?

In 60% van de reacties wordt gereageerd met “soms”, in de overige 40% van de reacties wordt gereageerd met “nooit”. Bij geen van de respondenten komt de aanvraag voor casemanagement dementie structureel binnen via het uniform formulier verwijzing naar casemanagement dementie.

### 5. Bij welke functionaris komt de aanmelding voor casemanagement dementie binnen?

Bij de meerderheid van de respondenten (7 van de 10) komt de aanmelding direct bij de casemanagers dementie binnen. Bij geen van hen bij de leidinggevende. Bij 4 van de 10 respondenten komen de aanmeldingen (ook) bij een administratieve ondersteuner binnen (cliëntenadministratie, wachtlijstbeheerder, zorgbemiddelaar, servicebureau, receptie)

### 6. Wordt bij verwijzing de aanmelding bekeken op volledigheid?

Bij 8 van de 10 respondenten wordt de aanmelding voor casemanagement dementie bekeken op volledigheid, bij de overige 2 respondenten niet. Bij 5 van de 7 respondenten controleert de casemanager zelf op volledigheid, bij 1 respondent doet de wijkverpleegkundige dit en bij een respondent is niet duidelijk wie de controle van de aanmelding doet. Zij controleren de volledigheid op verschillende items; NAW-gegevens, grondslag voor aanbieden van CMD en op persoonlijke- en contactgegevens, zorgverzekering en diagnosebrief.

7. **Wordt er aanvullende informatie opgevraagd voor aanvang van het casemanagementdementie traject bijvoorbeeld bij partners in het sociaal, zorg of medisch domein?**

Alle respondenten geven aan gegevens op te vragen na aanmelding voor casemanagement dementie. Het blijkt gebruikelijk om gegevens op te vragen in het medisch domein (8 van de 10 respondenten), ook het zorgdomein wordt geregeld geraadpleegd (6 van de 10 respondenten). Minder gebruikelijk is het sociaal domein (1 van de 10) of de mantelzorger (1 van de 10).
8. **Indien er sprake is van een wachtlijst, wordt dit dan gecommuniceerd met de verwijzer?**

9 van de 10 aanbieders van CMD communiceren met de verwijzer wanneer er sprake is van een wachtlijst, dit wordt gedaan door de CMD. 1 respondent communiceert de wachtlijst niet. 2 respondenten kozen antwoord “anders” waarbij 1 respondent aangeeft geen wachtlijst te hebben (mogelijk respondent “nee”) en een respondent communiceert de wachtlijst via de website.
9. **Indien er sprake is van een wachtlijst, wordt dit dan gecommuniceerd met de persoon met dementie en mantelzorger die op de wachtlijst staan?**

8 respondenten communiceren de wachtlijst met de persoon met dementie en de mantelzorger. 2 respondenten communiceren dit niet. Dit wordt gecommuniceerd door de casemanager of een verwijzer. Een respondent communiceert wanneer de wachtlijst langer is dan 6 weken.
10. **Indien er sprake is van een wachtlijst, wordt er dan een alternatief gezocht?**

Een respondent heeft zowel “nee” als “ja” geantwoord. 5 respondenten zoeken geen alternatief in geval van een wachtlijst. 6 respondenten zoeken wel een alternatief, waarbij 3 respondenten bij concullega aanbieders van CMD een alternatief zoeken.
11. **Indien er sprake is van een wachtlijst, wordt er dan een “vinger aan de pols” gehouden bij de wachtende?**

3 van de 10 respondenten houden geen vinger aan de pols. De overige 7 doen dit wel waarbij bij sommige partijen de casemanager dementie telefonisch vinger aan de pols houdt of waarbij de organisatie een telefoonnummer geeft aan de wachtende zodat ze kunnen bellen wanneer nodig. Twee respondenten geven aan geen wachtlijst te hebben en dus ook geen “vinger aan de pols” te hoeven houden.

## 12. Vanaf welk moment kan casemanagement dementie starten binnen uw organisatie?

Bij 4 van de 10 respondenten kan al bij MCI gestart worden met CMD. CMD voor de diagnose is beschikbaar bij 6 van de 10 respondenten. Tijdens de diagnose kan de persoon met dementie bij 4 van de 10 respondenten terecht en na de diagnose bij 6 op de 10.

Helaas blijkt dat de vraagstelling tot een vertekend beeld leidt. Relevant is wel dat in ieder geval bij 6 van de 10 respondenten voor diagnostiek CMD ingezet kan worden. Bij 4 van de 10 pas tijdens diagnostiek of daarna. Deze vraag komt terug in activiteit 3 en zal dan verheldering krijgen.

