

Vergaderjaar 2017–2018

29 689

Herziening Zorgstelsel

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 871

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 4 oktober 2017

Terugkijkend op het afgelopen jaar kan ik stellen dat het actieplan casemanagement zowel op landelijk niveau als in de regio veel teweeg heeft gebracht. Een groot deel van de bouwstenen uit het actieplan was gericht op het in kaart brengen van de knelpunten die er zijn en het verder analyseren hiervan. Dat betekent dat er veel nieuwe kennis is opgedaan, maar dat gaandeweg ook is gebleken dat er meer acties nodig zijn om de verandering ook voor de cliënt en zijn familie merkbaar te maken.

Ik wil de ambitie – ervoor zorgen dat iedere persoon met dementie iemand heeft om op terug te vallen – in de volle breedte waarmaken. Daarom dient aan het actieplan casemanagement een vervolg te worden gegeven. In deze brief informeer ik u over het vervolgtraject casemanagement (inclusief het vervolg van het signaalteam) en de wachtlijstaanpak en activistische handhaving door de NZa, zoals ik dat in het algemeen overleg van 7 juni jl. heb toegezegd. Daarnaast stel ik u in deze brief op de hoogte van de acties die zijn voortgekomen uit de moties over de continuïteit van zorg, het aanbod van casemanagement en de effectieve ondersteuningsmethoden bij gemeenten.

Bestuurlijk traject actieplan casemanagement

Met de actieplanpartijen¹ heb ik op 3 juli jl. afspraken gemaakt over wat nodig is om zo snel mogelijk in heel Nederland kwalitatief goed casemanagement te organiseren voor iedereen die dat nodig heeft. In de eerste plaats geldt natuurlijk dat alle mensen met dementie moeten weten dat zij aanspraak kunnen maken op casemanagement en dat dit – wanneer zij dit willen – ook voor hen beschikbaar is. Daarvoor moeten verschillende randvoorwaarden goed geregeld zijn, zoals een passend inkoopbeleid

¹ ActiZ, Alzheimer Nederland, BTN, Deltaplan Dementie, NZa, V&VN, VNG, VWS, ZINL en ZN per 1 augustus versterkt met Dementie Netwerk Nederland, Ineen en NHG.

vanuit verzekeraars en duidelijkheid binnen de beroepsgroep over de inhoud en uitvoering van de functie.

Door het actieplan casemanagement weten we nu wat hiervoor nodig is, maar in het vervolgtraject moeten de gemaakte afspraken worden omgezet in daden.

Dit vraagt een grote inzet van alle betrokken actieplanpartijen. Ik zal de voortgang van de uitvoering van de afspraken nauwgezet volgen en bijsturen waar nodig.

Daarnaast zal het signaalteam casemanagement in ieder geval nog tot eind 2017 worden voortgezet. Ik vind het namelijk van groot belang dat niet alleen wordt gewerkt aan structurele lange termijn oplossingen, maar dat regio's met problemen direct de hulp krijgen die zij nodig hebben. Een implementatie adviseur vanuit het programma «Dementiezorg voor Elkaar» zal de regio's met complexe problemen hierbij ondersteunen.

Aan de hand van drie hoofdthema's – het gebruik van casemanagement en wachtlijsten, de zorginkoop en monitoring, en de invulling en uitvoering van de functie – zal ik u in het vervolg van deze brief informeren over de stand van zaken en gemaakte afspraken.

1. Het gebruik van casemanagement en de wachtlijstaanpak

a. Tweede meting gebruik en wachtlijsten casemanagement

Als vervolg op de eerste meting die in december 2016 is uitgevoerd om in kaart te brengen hoeveel mensen gebruik maken van casemanagement en hoeveel mensen op de wachtlijst staan, is in juli 2017 door de projectleider van het actieplan een vervolgmeting uitgevoerd volgens dezelfde methodiek. De cijfers betreffen een schatting van het werkelijke aantal mensen dat casemanagement gebruikt en de totale wachtlijsten, op basis van een extrapolatie van verkregen data. Deze gegevens zijn aangevuld met nieuwe data en vergelijkbaar gemaakt met de eerste meting. Er zijn bij alle 64 dementienetwerken in Nederland gegevens opgevraagd. Uiteindelijk hebben 62 dementienetwerken gegevens aangeleverd (respons >95%).

In de kamerbrief² van 3 april jl. rapporteerde ik aan u dat – na extrapolatie – 72.000 – 73.000 mensen gebruik maakten van casemanagement dementie. Op basis van de nieuwe data kan dit omhoog worden bijgesteld naar 83.500 mensen die tijdens een puntmeting in december 2016 gebruik maakten van casemanagement. De tweede meting geeft als resultaat dat in juli 2017 in totaal 78.400 mensen gebruik maken van casemanagement. Dit duidt op een daling van het aantal gebruikers van casemanagement in het afgelopen half jaar.

Het onderzoek laat verder zien dat de wachtlijst vrijwel stabiel is gebleven, namelijk 1.346 mensen in december 2016 en 1.322 mensen in juli 2017. Het valt hierbij op dat de omvang is afgenomen, maar dat bij resterende regio's de wachtlijsten wat toenemen en er ook nieuwe (kleinere) wachtlijsten ontstaan.

Op basis van deze resultaten concludeer ik dat het werk dat vanuit het actieplan casemanagement is verricht, nog onvoldoende heeft geleid tot een positieve verandering in de regio. Ik zet daarom in op een aantal gerichte acties die ervoor moeten zorgen dat de beschikbaarheid van

² Kamerstuk 29 689, nr. 816

casemanagement toeneemt en de wachtlijsten worden weggewerkt. Hierna licht ik deze acties toe.

b. Wachtlijstregistratie en wachtlijstaanpak door de NZa

Ik heb de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd de wachtlijsten en wachttijden goed en structureel in kaart te brengen én de aanpak van de wachtlijsten in de regio's van het signaalteam over te nemen. Als bijlage is een brief van de NZa bijgevoegd³, waarin de wachtlijstaanpak nader wordt toegelicht. Samengevat zal de NZa een drietal acties met betrekking tot de wachtlijsten casemanagement uitvoeren.

- Allereerst zal de NZa het aanjagen van wachtlijstproblematiek van het signaalteam overnemen. Van de zes wachtlijstregio's is er bij twee regio's een ruime afname in het aantal wachtenden te zien⁴. In de overige regio's is de wachtlijst – na veel schommelingen – uiteindelijk stabiel gebleven of licht toegenomen⁵. Voor deze regio's moeten aanvullende acties worden ondernomen. Dit betekent dat de NZa proactief de wachtlijstaanpak in de betreffende regio's volgt en waar nodig bij het uitblijven van effect vanuit hun rol het voortouw neemt om regio's hierop aan te spreken.
- Daarnaast gaat de NZa een registratie van wachtlijsten en wachttijden verplichten. Alle organisaties zullen hierdoor (op dezelfde wijze) het gebruik van casemanagement, de wachtlijsten en de wachttijden moeten registreren. Op basis van deze informatie kan de NZa de wachtlijsten structureel in kaart brengen. Ik ben mij ervan bewust dat actie (registratie)inspanningen vereist van zorgaanbieders en professionals. Deze registraties zullen daarom zoveel mogelijk worden ingepast in de al gebruikelijke reguliere processen.
- Als laatste is er een landelijke meldactie gestart, waarbij mensen met dementie en hun mantelzorger er melding van kunnen maken dat zij op de wachtlijst staan voor casemanagement. Deze actie is in lijn met de motie⁶ van lid Sazias waarin wordt verzocht verzekeraars actief te wijzen op hun zorgplicht. Iemand kan altijd terecht bij zijn verzekeraar als het niet lukt om de juiste zorg te regelen. Wanneer de verzekeraar vervolgens geen actie onderneemt, kan hij of zij een melding doen bij het Meldpunt van de NZa. Om ervoor te zorgen dat men ook weet dat deze mogelijkheid er is, worden mensen met dementie en hun mantelzorgers vanuit de landelijke meldactie aangespoord om deze melding ook te doen als dit nodig is. Om de bekendheid hiervan te vergroten ben ik in gesprek met de NZa en Alzheimer Nederland. De NZa spreekt de verzekeraars hier vervolgens op aan en zet – indien nodig – zijn toezichtsinstrumentarium (ultimum remedium) in. Bij deze aanpak spreekt de NZa de verzekeraars continu en actief aan op hun zorgplicht.

c. Vergroten van de bekendheid met ondersteuning bij dementie

Met het wegwerken van de wachtlijsten wordt een groep mensen geholpen die al bekend zijn met casemanagement, maar hier geen gebruik van kunnen maken. Daarop aanvullend krijg ik signalen dat er ook mensen zijn die wel casemanagement of andere ondersteuning nodig hebben, maar hier onvoldoende op gewezen worden.

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

⁴ Midden-Limburg en Gooi & Vechtstreek

⁵ Waardenlanden, Haaglanden, Eindhoven & Oost-Veluwe

⁶ Kamerstuk 25 424, nr. 363

Mensen met dementie moeten weten dat zij hier een beroep op kunnen doen. Hier ligt een taak voor gemeenten, (zorg)professionals en de patiëntenorganisatie. Als reactie op de motie⁷ van lid Dik Faber – waarin zij verzoekt ervoor te zorgen dat iedereen met dementie een aanbod krijgt tot ondersteuning – heb ik daarom gesproken met de VNG, ActiZ, BTN en Alzheimer Nederland. Uit deze gesprekken blijkt dat er vanuit de partijen al veel actie is ondernomen om ervoor te zorgen dat mensen met dementie goed worden geïnformeerd en een passend aanbod krijgen voor ondersteuning en begeleiding.

Zo worden mensen met dementie die al in beeld zijn bij een aanbieder, gewezen op de mogelijkheden tot casemanagement door hun wijkverpleegkundige. De (indicerende) wijkverpleegkundige bekijkt in dialoog met de cliënt op maat welke zorg nodig is. De mondelinge informatieverstrekking valt onder de professionaliteit en dus verantwoordelijkheid van de professional zelf. Ook als een aanbieder geen casemanagement levert – bijvoorbeeld omdat deze geen specialistische dementiezorg aanbiedt of dit regionaal geregeld is – worden cliënten veelal direct of met een folder verwezen naar het juiste zorgaanbod in de buurt. De zorgorganisatie ondersteunt dit door middel van scholing en opleiding, waardoor de wijkverpleegkundige professioneel-autonoom de zorg kan organiseren.

Daarnaast heeft de VNG als reactie op de motie van lid Bergkamp⁸ – waarin werd verzocht ervoor te zorgen dat het voor alle gemeenten duidelijk is welke vormen van ondersteuning voor mensen met dementie als bewezen effectief worden gezien – op haar website relevante informatie voor gemeenten beschikbaar gemaakt⁹. Daar staat het stappenplan voor een dementievriendelijke gemeente en een handreiking inkoop dagactiviteiten van Alzheimer Nederland. Ook de gebundelde relevante projecten voor gemeenten van ZonMw en een link naar de databank effectieve sociale interventies van Movisie zijn hierop te vinden. De VNG verspreidt deze informatie via nieuwsberichten, zodat deze kennis onder gemeenten wordt gedeeld. Per gemeente kan dit zorgaanbod op maat worden aangeboden aan diegene die dat nodig hebben.

Bovendien heeft Alzheimer Nederland via de website, social media, de digitale nieuwsbrief en in het ALZ magazine informatie geplaatst over de mogelijkheid casemanagement te krijgen als dit nodig is en zijn er op het youtube kanaal van Alzheimer Nederland verschillende filmpjes over casemanagement geplaatst. Op regionaal niveau is dit aanbod in de Alzheimer cafés breed uitgedragen aan de bezoekers.

Ik vertrouw erop dat deze maatregelen ertoe leiden dat iedereen met dementie wanneer dit nodig is een aanbod van casemanagement krijgt. In 2018 zal Alzheimer Nederland opnieuw een dementiemonitor uitvoeren, waarin dit gemeten zal worden. Ik wacht de resultaten van dit onderzoek af.

2. Inkoop en monitoring van casemanagement dementie

Zorgverzekeraars hebben de maatschappelijke verantwoordelijkheid om samen met andere betrokken partijen dementiezorg goed te organiseren en casemanagement dementie adequaat in te kopen voor 2018 en verdere jaren. De zorgverzekeraars hebben voor de zomer toegelicht hoe zij hieraan invulling zullen geven. Ik heb u hierover geïnformeerd in de

⁷ Kamerstuk 25 424, nr. 364

⁸ Kamerstuk 25 424, nr. 362

⁹ https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/inkoop-kwaliteit-en-toezicht/specifieke-doelgroepen-wmo#Dementie_

kamerbrief¹⁰ van 28 juni jl. In het najaar zal ZN de afspraken vertalen naar een publieksversie en deze publiceren.

Voor individueel casemanagement is hierin afgesproken dat verzekeraars deze zorg voor 2018 inkopen conform de kwaliteitsnormen uit de Zorgstandaard Dementie. Daarnaast hebben de zorgverzekeraars de afspraken over de inkoop van ketenzorg dementie vertaald naar de praktijk, waarna zij de komende periode tot afspraken zullen komen over het organiseren van dementienetwerken. Dit beleid is inmiddels volgens afspraak met terugwerkende kracht verwerkt in de inkoopdocumenten voor 2018.

In iedere regio hebben zorgverzekeraars een preferente verzekeraar aangewezen die verantwoordelijk is voor het organiseren van ketenzorg. De betreffende dementienetwerken zijn of worden op de korte termijn op de hoogte gesteld welke verzekeraar hun aanspreekpunt is voor 2018. Voor dit jaar wordt van de dementienetwerken verwacht dat zij een jaarplan opleveren; halverwege 2018 wordt van hen een meerjarenplan verwacht.

Om de vinger aan de pols te houden, zal de NZa al tijdens het contracteerproces kijken hoe de inkoop verloopt en of deze voldoet aan de afspraken. Vervolgens zal de NZa ook dit jaar casemanagement als specifiek thema opnemen in de contracteringsmonitor wijkverpleging. De resultaten van deze monitor zullen in het voorjaar van 2018 inzicht geven over wat de afspraken tussen zorgverzekeraars hebben betekend voor het inkoopproces.

3. Inhoudelijke invulling van de functie casemanagement

De afgelopen maanden heeft V&VN verschillende panelbijeenkomsten georganiseerd om afspraken te maken over de beroepsmatige inhoud van casemanagement. Het «expertisegebied dementieverpleegkundige»¹¹ – dat ik op 21 september jl. in ontvangst heb genomen – is hiervan het resultaat. Het expertisegebied geeft uitsluitel over de rollen en competenties waaraan iemand die casemanagement levert moet voldoen.

Het volledig doorvoeren van het expertisegebied in de praktijk zal een aantal jaar in beslag nemen. Zo zal het expertisegebied worden verwerkt in de leerdoelen van opleidingen en moeten toelatings- en erkennings-eisen worden ontwikkeld. Erkende opleidingen kunnen vervolgens worden opgenomen in het kwaliteitsregister van V&VN. Bovendien zal het expertisegebied vanuit het praktijkverbeterprogramma «Dementiezorg voor Elkaar» worden verwerkt in de nieuwe versie van de Zorgstandaard Dementie. Deze zal eind 2019 gereed zijn.

Dat het V&VN is gelukt om in een korte tijd een expertisegebied op te zetten waarin professionals uit het veld zich ook herkennen, vind ik bewonderenswaardig. Ik zie dat deze inhoudelijke beschrijving van het expertisegebied de eisen die gesteld worden aan een casemanager aanscherpt ten opzichte van de bestaande zorgstandaard. In de praktijk zal niet iedereen die nu casemanagement levert of zou kunnen leveren, hieraan voldoen. Mede tegen de achtergrond van de arbeidsmarktproblematiek zal de V&VN samen met andere partijen zich ervoor inzetten dat er een goed overgangsregime tot stand komt, waardoor ook andere

¹⁰ Kamerstuk 29 689, nr. 835

¹¹ <http://mgz.venvn.nl/Portals/30/Vakgroepen/Dementieverpleegkundigen/Expertisegebied%202017/Expertisegebied%20dementieverpleegkundige.pdf?ver=2017-09-20-104352-697×tamp=150589703774>

hulpverleners met de juiste kwaliteiten (zoals bijvoorbeeld maatschappelijk werkers) in staat zijn om casemanagement te leveren. Wat mij betreft staat daarbij voorop dat iedereen die hier een beroep op doet, casemanagement van een goed niveau kan ontvangen.

Afsluiting

In het vervolgtraject is met de actieplanpartijen besloten voorrang te geven aan acties die ervoor zorgen dat iedereen die dit nodig heeft op korte termijn casemanagement kan ontvangen. Met de inzet op een actieve aanpak van de wachtlijstproblematiek vanuit de NZa, directe ondersteuning in de regio vanuit het signaalteam, het organiseren van betere inkoopvoorwaarden vanuit verzekeraars en het maken van goede afspraken onder professionals over de inhoudelijke invulling van de functie, verwacht ik dat een verdere verbetering zal worden gemaakt. In de volgende voortgangsbrief zal u worden geïnformeerd over de voortgang hiervan.

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