

Vergaderjaar 2014–2015

**29 689**

**Herziening Zorgstelsel**

**25 424**

**Geestelijke gezondheidszorg**

**Nr. 599**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 april 2015

In het 30 leden debat ouderenzorg van 28 januari jl., heb ik toegezegd uw Kamer te informeren over de stand van zaken rondom de inkoop van dementiezorg in de Zorgverzekeringswet. Hiertoe heb ik het Nivel gevraagd in kaart te brengen hoe het staat met de contractering van de dementieketens en hoe de kwaliteit en het aanbod van casemanagement dementie geborgd is. Het rapport «Ketenzorg en casemanagement bij dementie» is als bijlage bijgevoegd<sup>1</sup>.

Als eerste vat ik de bevindingen van het Nivel kort samen, waarna ik mijn reactie zal geven.

### **Bevindingen Nivel**

#### *Onderzoeksopzet*

Het Nivel heeft alle ketenregisseurs van de 85 dementieketens begin februari 2015 een online vragenlijst gestuurd. Uiteindelijk hebben ketenregisseurs van 66 dementieketens de vragenlijst ingevuld, waarmee de netto respons 79% (66/84) is.

#### *Contractering van ketenzorg en casemanagement*

Vanaf 1 januari 2015 is er een beleidsregel ketenzorg dementie in de Zorgverzekeringswet. Deze beleidsregel faciliteert de bekostiging van netwerkstructuren voor ketenzorg. Daarnaast wordt vanaf 1 januari 2015 casemanagement dementie gefinancierd vanuit de prestaties verpleging en verzorging in de Zorgverzekeringswet. Een dementieketen (of een individuele zorgaanbieder) kan in samenspraak met de zorgverzekeraar vanuit deze prestaties bepalen hoe zij vorm geven aan casemanagement dementie.

<sup>1</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

Uit het onderzoek van het Nivel komt naar voren dat de inkoop van casemanagement en ketenzorg verschilt tussen ketens. Ongeveer twee derde van de dementieketens krijgt financiering vanuit de Beleidsregel Ketenzorg Dementie. De overige ketens, die geen financiering krijgen vanuit deze beleidsregel, noemen meestal als reden dat hun zorgverzekeraar die mogelijkheid niet aan hen biedt of dat de middelen in mindering werden gebracht op het budget voor casemanagement.

De meeste van de door het Nivel ondervraagde dementieketens maken gebruik van de aanspraak wijkverpleging binnen de Zorgverzekeringswet voor de financiering van casemanagement. Een aantal ketens, 8%, geeft aan dat zij nog geen gebruik maken van de aanspraak wijkverpleging. Als reden wordt onder andere aangegeven dat er nog onduidelijkheid of onzekerheid is over wie er beroep kan doen op de aanspraak.

#### *Uitvoering casemanagement*

Bij ongeveer een kwart van de dementieketens die mee hebben gedaan aan het onderzoek, zijn eind 2014/begin 2015 enkele gespecialiseerde casemanagers dementie ontslagen of in een andere functie geplaatst. Bij ontslag of functieverandering van gespecialiseerde casemanagers, blijken de casemanagement taken in de meeste gevallen door generalistische wijkverpleegkundigen en/of collega casemanagers te zijn overgenomen. In alle dementieketens zijn nog steeds casemanagers dementie in dienst. Bij ruim de helft van de ketens voeren uitsluitend casemanagers het casemanagement uit, terwijl bij andere ketens zowel casemanagers dementie als andere zorgprofessionals casemanagement uitvoeren. Die andere zorgprofessionals zijn in de meeste gevallen wijkverpleegkundigen, maar soms ook ouderenadviseurs of praktijkondersteuners in een huisartsenpraktijk. Deze professionals hebben niet altijd het volgens de landelijke Zorgstandaard Dementie vereiste «HBO-plus» niveau: HBO-verpleegkunde/psychosociale opleiding met een vervolgopleiding die relevant is voor casemanagement dementie.

#### *Kwaliteit*

Ketenregisseurs geven aan dat zorgverzekeraars kwaliteitseisen stellen bij de inkoop van dementiezorg. De inkoopdocumenten die zorgverzekeraars hanteren, bevatten eisen die veelal gebaseerd zijn op de Zorgstandaard Dementie. Die eisen gaan bijvoorbeeld over positionering van casemanagement binnen de dementieketen en een «HBO-plus» niveau van de professional die casemanagement uitvoert. Bijna drie op de vier ketens heeft maatregelen genomen (bijvoorbeeld scholing en intervisie) om casemanagement in 2015 op een kwalitatief goed niveau te houden. Toch zijn ketenregisseurs van ongeveer de helft van de ketens van mening dat binnen hun regio niet in alle situaties voldaan wordt aan de kwaliteitscriteria uit de Zorgstandaard Dementie. De redenen die worden aangedragen lopen sterk uiteen. Vier ketens geven als reden dat niet in alle gevallen aan het «HBO-plus» niveau kan worden voldaan. Voor wijkverpleging geldt een financiële taakstelling. Dit kan ook invloed hebben op de (uitvoering van) casemanagement. Bijna twee derde van de ketens heeft maatregelen genomen om een bepaald aanbod van casemanagement in 2015 te waarborgen, zoals het maken van productieafspraken met de zorgverzekeraar. Ook passen ketens soms de werkwijze aan, bijvoorbeeld door gespecialiseerde casemanagers minder zelf casemanagement te laten uitvoeren en meer generalistische zorgprofessionals te coachen bij casemanagement. Ook wordt er soms ingekrompen ten aanzien van de inzet van het aantal uren casemanagement.

Vooruitkijkend naar de nabije toekomst, ervaren ketenregisseurs onduidelijkheid over de financiering na medio 2015. Vanwege de onzekerheid en de beperkte middelen zijn zij daarbij ook bezorgd over het in stand houden van de regionale samenwerking.

### **Reactie**

Zoals ik tijdens meerdere debatten in de Tweede Kamer heb aangegeven vind ik het belangrijk dat de dementieketens en casemanagement bij dementie in 2015 zo goed mogelijk worden geborgd. Uit het onderzoek van het Nivel blijkt dat dit vaak het geval is. Er komen echter ook punten naar voren die niet goed gaan en daarom mijn volle aandacht hebben.

De onduidelijkheid over het inkoopproces is een van deze punten. Door deze onduidelijkheid verloopt de inkoop bij een aantal ketens moeizaam. Ik wil daarom aan de NZa vragen om een extra circulaire uit te brengen om verzekeraars en aanbieders te informeren over haar voorschriften en beleidsregels rond dementiezorg in de Zorgverzekeringswet. Daarnaast neem ik de onduidelijkheid over het inkoopproces en de financiering vanaf 2016 mee in het proces rond de bekostiging wijkverpleging 2016.

Verder komt uit het onderzoek naar voren dat bij ongeveer een kwart van de dementieketens eind 2014/begin 2015 enkele gespecialiseerde casemanagers dementie zijn ontslagen of in een andere functie geplaatst. Aanbieders kiezen er in deze gevallen voor om het casemanagement door een andere professional te laten uitvoeren. Ik vind het belangrijk dat de functie casemanagement goed wordt geborgd. Het is aan de aanbieders en zorgverzekeraars om afspraken te maken over degene die het casemanagement uitvoert, de gespecialiseerde casemanager dan wel een wijkverpleegkundige. Wat voor mij voorop staat is dat de professional die het casemanagement uitvoert, daarvoor goed toegerust is.

Uit het onderzoek van het Nivel blijkt ook dat ongeveer de helft van de ketens niet volledig kan voldoen aan de Zorgstandaard Dementie. Hiervoor worden uiteenlopende redenen genoemd waaruit blijkt dat in de meeste gevallen de ketens nog in ontwikkeling zijn. Een aantal van de dementieketens is intensief aan de slag met het implementeren van de Zorgstandaard Dementie. Het zal tijd nodig hebben voordat alle ketens volledig aan de standaard kunnen voldoen. Vanuit het actieprogramma Deltaplan Dementie, een samenwerking tussen wetenschap, de rijksoverheid, private partijen en verzekeraars, is aangegeven dat er ondersteuning bij de implementatie van de Zorgstandaard Dementie moet worden geboden omdat de Zorgstandaard wordt gezien als het uitgangspunt voor goede dementiezorg. In de brief over mijn visie op dementiezorg die ik uw Kamer bij verschillende gelegenheden heb toegezegd, ga ik hier verder op in en koppel ik ook de bevindingen van het Deltaplan Dementie terug. Ik verwacht deze brief voor de zomer aan uw Kamer te sturen.

Zoals ik hierboven al heb aangegeven, hebben verzekeraars en aanbieders de verantwoordelijkheid om zorg te dragen voor een kwalitatief goed aanbod van dementiezorg. Ik zie daarnaast ook een rol weggelegd voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) als toezichthouder. Dementiezorg is één van de speerpunten van de IGZ in 2015. De IGZ ontwikkelt op dit moment een toetsingskader voor het toezicht op netwerken in de langdurige zorg thuis, zoals het netwerk rondom ouderen met dementie. Hiervoor gaat de IGZ dit jaar in regionale pilots het zorgnetwerk van ouderen in beeld brengen om te zien wat de kwaliteit van de professionals

is in de samenwerking binnen het netwerk. Daarnaast ontwikkelt de IGZ een vorm van toezicht voor de zorg thuis die past in de nieuwe wetgeving en de aanspraak wijkverpleging. Hiervoor gaan ze de komende tijd in gesprek met aanbieders om onder andere te zien hoe de wijkverpleegkundige zorg waaronder dementiezorg, wordt vormgegeven.

#### *Behouden behandelaar*

In het dertigledendebat ouderenzorg van 28 januari jl., heeft Kamerlid Bruins-Slot van het CDA gevraagd naar de mogelijkheid om, gericht op het behouden van de vertrouwensrelatie van de patiënt met de behandelaar, de casemanager dementie te behouden voor patiënten die reeds in zorg zijn.

De overgangsregeling voor cliënten van wie de zorg is overgegaan van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten naar de Zorgverzekeringswet regelt dat de behandeling kan worden voortgezet bij dezelfde aanbieder. Dat betekent niet dat dit ook altijd bij dezelfde zorgverlener is. Ook bij het beëindigen van een overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder is in de Zorgverzekeringswet geregeld dat de cliënt recht heeft op behoud van de aanbieder. Voorop blijft staan dat er een zorgvuldige overdracht moet plaatsvinden tussen zorgverleners. Dit is namelijk onderdeel van verantwoorde zorg.

#### **Samenvattend**

Ketenzorg en casemanagement bij dementie zijn nu onderdeel van de aanspraken op grond van de Zorgverzekeringswet. De basis van casemanagement ligt in de Zorgverzekeringswet omdat de aansluiting, expertise en doelgroep uitgaat van mensen met complexe zorgvragen die intensieve zorg en ondersteuning behoeven en aansluit bij het chronisch zorgmodel. Daarnaast heeft Vilans, samen met veldpartijen, in 2013 geconstateerd dat de taken en de expertise van de wijkverpleegkundige inhoudelijk dicht bij de werkwijze en activiteiten van het casemanagement liggen.

Uit het onderzoek van het Nivel is gebleken dat er nog knelpunten zijn. Ik wil deze knelpunten op korte termijn oplossen door de onduidelijkheden weg te nemen met een aanvullende circulaire van de NZa, de IGZ te laten toezien op dementiezorg en te bezien of er extra ondersteuning nodig is bij de implementatie van de Zorgstandaard. Dit alles met als doel de continuïteit en kwaliteit van dementiezorg te waarborgen. Over de voortgang van de genoemde acties informeer ik uw Kamer in de brief over mijn visie op dementiezorg. Daarnaast wil ik de ontwikkelingen rond dementiezorg in de Zorgverzekeringswet nauwlettend volgen in de monitor hervorming langdurige zorg. Hierbij zal er ook specifiek aandacht zijn voor de overdracht tussen professionals, de invulling van het casemanagement, de dementieketens en de naleving van de Zorgstandaard Dementie.

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