



alzheimer
nederland



Standpunt Alzheimer Nederland Casemanagement

Standpunt

Alzheimer Nederland strijdt voor volwaardig, toegankelijk en onafhankelijk casemanagement voor alle mensen met dementie en hun naasten.

Inleiding

Dit standpunt is bedoeld voor beleidsmakers, partners van dementienetwerken, belangenbehartigers, opleidingsinstituten, zorgverzekeraars, pers en iedere geïnteresseerde die wil weten waarom Alzheimer Nederland casemanagement dementie een noodzakelijke voorwaarde vindt voor goede dementiezorg. Alzheimer Nederland strijdt voor een landelijke dekking van casemanagement verzekerd in de Zorgverzekeringswet. In 2012 is inmiddels landelijke consensus bereikt over de plaats van casemanagement dementie binnen de dementiezorg. Deze is terug te vinden in de Zorgstandaard Dementie (definitief concept mei 2012) waaraan 29 organisaties hebben meegewerkt.

Dit standpunt beschrijft wat casemanagement is (1), waarom casemanagement zo belangrijk is (2), de omvang van de problematiek (3), de investering (4), de kostenbesparing (5) en de inhoudelijke en organisatorische voorwaarden aan casemanagement(6).

1. Wat is casemanagement

Alzheimer Nederland verstaat onder volwaardig casemanagement één onafhankelijke, vaste, deskundige en ervaren begeleider voor mensen met dementie en hun naasten. In de Zorgstandaard Dementie (mei 2012) staat beschreven dat alle mensen met een vermoeden van dementie en hun naasten bij de start van een diagnostisch traject casemanagement krijgen aangeboden en dat deze begeleiding eindigt bij opname of overlijden. Daarbij wordt gesteld dat de intensiteit van het casemanagement sterk kan variëren afhankelijk van het stadium van de dementie, de individuele situatie en de feitelijke (on)mogelijkheden. De Zorgstandaard spreekt over een vast en vertrouwd persoon waarmee een vertrouwensrelatie wordt opgebouwd. De Zorgstandaard stelt onder andere eisen aan taken, beschikbaarheid, opleidingsniveau en positionering in de dementieketen. Een casemanager informeert, begeleidt, behandelt, denkt mee, adviseert, ondersteunt, regelt zorg en helpt keuzes te maken. Steeds in antwoord op de ontwikkeling van het ziektebeeld en de benodigde hulp. De casemanager bewaakt de regie op drie niveaus: van de persoon met dementie zelf, van het cliëntsysteem (de persoon met dementie en diens naasten samen) en van het professionele en informele zorgsysteem rondom het cliëntsysteem.

1a Complexe zorgvraag en organisatie

De prognose bij dementie is slecht. Dit komt omdat dementie een ernstige progressieve ziekte is waaraan de persoon uiteindelijk komt te overlijden. De situatie voor de persoon met dementie en zijn mantelzorger wordt per definitie complex, soms is dit al bij aanvang van de ziekte. Het ziekte-traject kent een grillig verloop waardoor op voorhand niet te bepalen is wanneer de zorginzet het hardst nodig is, aan het begin, gedurende of aan het einde van het traject. Vaak is ook sprake van multimorbiditeit. Mensen met dementie hebben dikwijls ook andere (chronische) aandoeningen, zowel somatische als psychiatrische ziektebeelden komen dan voor. Complexiteit is ook kenmerkend in de organisatie rondom de persoon met dementie. Er zijn verschillende zorgverleners actief met meerdere eindverantwoordelijkheden. De zorgverleners zijn werkzaam vanuit meerdere organisaties en verschillende domeinen. Denk daarbij bijvoorbeeld aan huisartsenzorg, mantelzorgondersteuning, thuiszorg en dagopvang. Om zowel aan de zorginhoudelijke als organisatorische complexe zorgvraag te voldoen is het belangrijk dat er een continue factor in het hele ziekte-traject is. Dit is de casemanager dementie.

1b Vanaf het begin van de ziekte een en dezelfde professional

Om in te kunnen spelen op deze complexiteit is het belangrijk dat er een vertrouwde professional is. Deze professional heeft kennis van dementie. Voor de persoon met dementie is het belangrijk dat er eenzelfde gezicht langskomt, waardoor deze professional kan investeren in en bouwen aan een langdurige vertrouwensrelatie. Dit is van cruciaal belang in het bijzonder bij dementie. Een vaste casemanager wordt vanaf het begin van de ziekte ingezet omdat de prognose heel slecht is, maar ook gezien de afnemende mogelijkheden om zelf de regie te houden en zelf de dag, het leven en de zorg te structureren. Mede door de inzet aan het begin van het zorgtraject kan de casemanager ook bijdragen aan preventie van én anticiperen op crisissituaties. Deskundige hulp later in het traject inzetten heeft als groot nadeel dat de persoon met dementie en de mantelzorger de ondersteuning niet kennen. Er bestaat geen vertrouwensband. In een vergevorderde fase van de ziekte wordt het steeds lastiger om een band op te bouwen. Men kan niet verwachten dat een nieuwe hulpverlener in staat is om direct op deze complexe zorgvraag in te spelen. De ziekte staat dit niet toe. Om de functie van casemanagement tot een succes te maken, is het van belang dat deze functie door een specialist wordt bekleed en niet door een generalist, mede door zijn/haar opleiding en ervaring (voldoende vlieguren). Daarnaast is de functie ingebed in een multidisciplinair team waardoor de persoon kan terugvallen op medische, psychologische, geriatrie en psychiatrische deskundigheid. Casemanagement is bovendien ingebed in de dementieketen. Alle zorg en welzijnsactiviteiten worden gecoördineerd en geregeld door de casemanager en waar nodig gecombineerd met persoonlijke hulpverlening.

2. Waarom casemanagement zo belangrijk is

2a Overbelasting mantelzorg

Met casemanagement streven wij naar een betere en efficiëntere begeleiding van de persoon met dementie en zijn naaste, naar het voorkómen van overbelasting van de mantelzorg en naar uitstel of voorkómen van opname. Dat dit belangrijk is blijkt uit onderzoek van het Nivel in 2008 waarmee aangetoond werd dat 82% van de betreffende mantelzorgers ernstig belast is of een groot risico op overbelasting loopt. Bij afwezigheid van goede hulp bestaat het risico dat een onverantwoord groot deel van de zorg te lang blijft drukken op de schouders van familieleden en andere naasten, de mantelzorgers, met alle gevolgen van dien: ziekte, burn-out en (dure) crisisopname. Uit de landelijke Dementiemonitor mantelzorg 2012, waaraan bijna 2400 mantelzorgers hebben meegedaan, blijkt dat de ervaren belasting ten opzichte van 2008 nauwelijks is veranderd. 75% van de mantelzorgers heeft moeite met verandering van het gedrag van de naaste met dementie en een derde van hen weet niet goed om te gaan met tegenwerking van de naaste. Het is daarmee hoog tijd om te investeren in ondersteuning van de mantelzorg in de vorm van casemanagement.

2b. Rapportcijfer casemanagement: een 8

Uit de landelijke evaluatie van casemanagement dementie, een tweejarige studie van Nivel en Trimbos (juni 2012), blijkt een hoge tevredenheid van mantelzorgers over het casemanagement. Mantelzorgers oordelen over het algemeen positief en geven gemiddeld een rapportcijfer 8 aan de casemanager. 90% van de mantelzorgers geeft aan dat zij met vragen bij de casemanager terecht konden, dit contact warm en betrokken was, de casemanager begrip toonde voor gevoelens, de dementerende voldoende gelegenheid gaf om mee te beslissen en de casemanager begreep waaraan ze behoefte hadden. Er waren bovendien significante verschillen tussen het eerste contact met casemanagement en een jaar later:

- * Mantelzorgers hebben minder moeite met het omgaan met angst, boosheid, verwardheid;
- * Het gevoel niet bij iemand terecht kunnen wordt minder;
- * Spoedbezoeken huisarts of huisartsenposten nemen af;
- * Dagactiviteiten verdubbelen.

Uit het onderzoek bleek eveneens dat er significante verschillen waren met de referentiegroep zonder casemanagement op de volgende punten:

- * Minder eenzaamheid;
- * Beter op de hoogte van ondersteuningsmogelijkheden;
- * Vaker voldoende uitleg over dementie gekregen.

In de dementiemonitor mantelzorg 2012 is de ondersteuning door een casemanager één van de drie typen zorg/ondersteuning die mantelzorgers het meest gewenst vinden naast activiteiten en informatie. Deze studie toont aan dat het belangrijk is om mensen met dementie en hun naasten op deze manier te ondersteunen.

3.Omvang van de problematiek: nu en toekomst

In Nederland hebben ruim 250.000 mensen dementie. Hiervan zijn 12.000 mensen jonger dan 65 jaar. De kans op dementie neemt sterk toe met de leeftijd: van 10% bij mensen boven de 65 jaar tot 40% bij mensen boven de 90 jaar. Op dit moment ontbreekt het aan structurele financiering van casemanagement dementie. Hierdoor zijn er nog te weinig casemanagers om te voldoen aan de vraag, waardoor niet iedereen over een casemanager kan beschikken. Bovendien is er landelijk nog te veel variatie in de functie waardoor nog te veel mensen met dementie en hun naasten casemanagement ontvangen van iemand die daarvoor niet of onvoldoende deskundig is. Alzheimer Nederland vindt het niet acceptabel dat kwetsbare mensen overgeleverd zijn aan deze willekeur. Door de vergrijzing zal het aantal mensen met dementie in 2050 in Nederland naar schatting gestegen zijn naar meer dan een half miljoen. Tegenover de sterke toename van mensen met dementie staat de afname van de beroepsbevolking. In 2010 zijn er nog 43 potentiële werkenden op iedere dementiepatiënt. In 2050 zijn dat er naar verwachting 16. Door de sterke toename van mensen met dementie in de nabije toekomst zullen de zorgkosten voor dementie naar verwachting in 2028 de 6 miljard passeren. Dementie is dan de duurste ziekte. De inwonende partner vervult veelal de belangrijkste en meest continue schakel. Het aantal alleenstaanden zal echter fors toenemen. TNO heeft berekend dat het aantal alleenstaanden zal toenemen van 110.000 in 2012 naar 230.000 in 2040. Dit vraagt intensieve begeleiding met een vertrouwd gezicht, zeker bij een ziekte waarbij wantrouwen, achterdocht, zorgmijding een prominente rol kunnen spelen.

4.De investering

Het aanbod van casemanagement is nog niet landelijk dekkend en verschilt nog regionaal in organisatie en uitvoering. Uit de landelijke peiling onder regionale projectleiders in 2011 (Nivel, 2011) blijkt dat in 74 regio's en subregio's casemanagement wordt aangeboden. Uit de peiling blijkt ook dat er FTE 273 aan casemanagement beschikbaar is. Dit terwijl er landelijk FTE 1170 aan casemanagement nodig is. Dit is de investering die gedaan dient te worden. Door hierop in te zetten, wordt gestimuleerd dat meer mensen thuis kunnen blijven wonen. Nu woont ongeveer 25% van de mensen met dementie in verpleeg- of verzorgingshuizen. Doelstelling van Alzheimer Nederland is om dit percentage terug te brengen naar 10%. Mensen met dementie en hun familie willen namelijk liever thuis wonen met goede ondersteuning, niet te veel en niet te weinig, niet te vroeg en niet te laat. Dit veronderstelt goede afstemming op de vraag en behoefte van de mensen met dementie en hun familie. Dit is ook kosteneffectief. Casemanagement dient daarom deel uit te maken van het reguliere zorgaanbod, en daarmee van de dementieketen.

5.De kostenbesparing

Casemanagement dementie is bewezen kosteneffectief. Twee businesscases tonen dit aan. De maatschappelijke businesscase uit het dementienetwerk Eindhoven (trajectbegeleiding Eindhoven, mei 2012) toont aan dat de baten stijgen van € 1,3 miljoen tot € 6,6 miljoen in 6 jaar.

De baten zijn gerealiseerd doordat mensen langer thuis wonen door tijdige en goede zorg. Elke geïnvesteerde euro levert € 2,50 op.

Coöperatie VGZ en Geriant hebben de afgelopen jaren in zeven regio's de kosten in de zorg voor mensen met dementie vergeleken in de Zorgkostenmonitor Dementie (2012).

Deze studie is uniek omdat het de eerste studie is op basis van werkelijk gemaakte kosten gedurende een lange periode. Het gaat om gecombineerde uitgaven uit de Zorgverzekeringswet en AWBZ. Het goedkoopst bleek de zorg in de regio waar casemanagement structureel was ingebed in de dementieketen (Noord-Holland-Noord). Landelijke invoering kan 200 miljoen euro per jaar besparen.

Resumerend:

Casemanagement leidt tot grote tevredenheid (90% is tevreden) voor een persoon met dementie en diens mantelzorger. Overbelasting van mantelzorg is een belangrijke reden voor crisishulp en dure opname in verpleeg- over verzorgingshuis. Alleenstaanden vragen daarin bijzondere aandacht zeker gezien de forse toename in 2040. Door de inzet van casemanagement kunnen mensen langer thuis wonen. Hierdoor kan er jaarlijks 200 miljoen euro bespaard worden. Met de enorme toename van het aantal mensen met dementie (een half miljoen in 2050) kan met de inzet van casemanagement niet alleen de kwaliteit van de dementiezorg verhoogd worden maar is bovenal een aanzienlijke kostenbesparing te behalen. Casemanagement biedt een duurzame oplossing om de zorg nu en in de toekomst betaalbaar te houden. Het is de investering waard.

6.Voorwaarden aan casemanagement

Voor een volwaardige uitvoering van casemanagement gelden de volgende voorwaarden ten aanzien van organisatie, opleiding- en functievereisten, beschikbaarheid, takenpakket, kennis en vaardigheden. Deze voorwaarden zijn gebaseerd op de Leidraad Ketenzorg Dementie (VWS, ZN, Actiz en Alzheimer Nederland, 2009), De Zorgstandaard dementie (conceptuele eindversie 2012), de Landelijke evaluatie casemanagement dementie (Nivel, Trimbos juni 2012) en diverse goede voorbeelden uit de praktijk (onder andere de criteria dementieconsulent van Zet, Tilburg, DOT, Midden-Brabant, 2007 en www.toolkitdementie.nl Almere/Eindhoven).

Organisatie

- Het gaat om één vast persoon;
- Vragen, problemen, wensen, behoeften en gewoontes van mensen met dementie en hun naasten vormen het vertrekpunt. Casemanagement is cliënt- en systeemgericht en vraagvolgend. Mensen met dementie en hun naasten worden gestimuleerd zoveel mogelijk zelf de regie en verantwoordelijkheid te houden en actief te blijven;
- In het geval dat de diagnose dementie wordt gesteld, wordt altijd een individueel *zorgplan* opgesteld en casemanagement gestart. Minimaal twee maal per jaar neemt het casemanagement initiatief tot contact. Als iemand het professionele casemanagement niet aanvaardt, worden de risico's en mogelijke alternatieven besproken;

- Heeft een onafhankelijke positie (dat wil zeggen geen gedwongen winkelnering bij één van de aanbieders). Casemanagement wordt uitgevoerd in samenwerking met een *multidisciplinair team*, waarin als basis medische, psychologische, geriatrische en psychiatrische deskundigheid aanwezig is, en specialistische geriatrische expertise oproepbaar. De betrokken medische disciplines overleggen regelmatig met elkaar. Dit team integreert diagnostiek en behandeling en consulteert –indien nodig– andere specialismen;
- Maakt onderdeel uit van een lokaal samenwerkingsverband (keten dementie). Casemanagement is geen losstaande functie, er dienen afspraken te zijn tussen ketenpartners over de inbedding van het casemanagement in de keten;
- Is natuurlijk aanspreekpunt met korte lijnen en heeft directe toegang tot alle schakels in die keten (care, cure, welzijn);
- Het kunnen opbouwen van een vertrouwensrelatie tussen de persoon die de rol van casemanagement vervult en de cliënt en zijn familie is belangrijk voor goed casemanagement. Daarom is het nodig dat er een 'klik' is tussen beiden;
- Wanneer meerdere chronische ziekten aanleiding geven voor diseasemanagement, maar dementie het bovenliggende ziektebeeld is, ligt de coördinatie bij casemanagement dementie, zodat geen stapeling optreedt. Bij comorbiditeit is dementie dominant voor het medische beleid.

Opleidings- en functievereisten

- Is een HBO opgeleide functionaris, bij voorkeur een verpleegkundige of psychosociale achtergrond;
- Heeft daarnaast een specifieke opleiding gevolgd (HBO-plus) en heeft ervaring met dementie;
- De minimale inzet is 16 uur per week per casemanager in verband met de minimaal noodzakelijk geachte ervaringsuren;
- De caseload per 1 FTE is gemiddeld 50 cliënten/cliëntsystemen;
- Kennis en kunde worden met een landelijk of organisatie gebonden systeem van accreditatie getoetst en actueel gehouden.

Beschikbaarheid

- Voor iedereen beschikbaar;
- Continuïteit biedend;
- Administratief eenvoudig te regelen;
- Voor cliënt én hun naasten (familie/mantelzorger): dus het hele cliëntstelsel;
- Gedurende het hele ziekteverloop vanaf het gevoel van niet thuis tot enkele maanden na opname of overlijden thuis;
- Op alle werkdagen (dan wel: er is in een goede waarneming of vervanging voorzien);
- Bereikbaarheid en hulp buiten kantooruren ('s avonds, 's nachts, weekend) is binnen de keten geregeld. Indien nodig kan crisishulp worden ingeschakeld;
- Komt bij de cliënt en familie thuis;

- Casemanagement biedt ook hulp aan mensen met dementie die daar afwijzend tegenover staan, maar bij wie gevaarlijke of maatschappelijk onwenselijke situaties dreigen te ontstaan en moeten worden voorkomen (bemoeizorg). Bemoeizorg komt bij dementie vanwege de aard van de ziekte relatief veel voor.

Takenpakket

- Biedt begeleiding vóór de diagnose op verwijzing van de huisarts bij niet pluis gevoel en stimuleert de cliënt en familie tot diagnostiek;
- Voert cyclisch zorgdiagnostiek uit aansluitend op de ziektediagnostiek;
- Levert zo nodig een bijdrage aan de ziektediagnostiek;
- Biedt therapeutische interventies: Biedt psychosociale systeembegeleiding en emotionele ondersteuning o.a. informatie, psycho-educatie, hulp bij probleemverwerking, familiegesprekken;
- Draagt zorg voor continuïteit, afstemming, zorgbemiddeling, evaluatie van zorg en begeleiding;
- Behartigt de wensen en belangen van de persoon met dementie en zijn mantelzorger;
- Verzorgt de cyclische coördinatie van zorg (signaleren, regelen, evalueren en bijstellen);
- Bemiddelt bij opname en verricht nazorg na opname of overlijden;
- Mensen die zorg mijden naar hulp en ondersteuning toeleiden (bemoeizorg);
- Biedt praktische hulp, bijvoorbeeld op het gebied van huisvesting, huishouding, vervoer, financiën, rijvaardigheid en gevaar;
- Heeft ook aandacht en emotionele ondersteuning van cliënt en mantelzorger, bijvoorbeeld aandacht voor levensvragen.

Kennis en vaardigheden

- Heeft inhoudelijke kennis van dementie en de gevolgen in het dagelijks leven;
- Heeft kennis van verwerking van problemen en weet welke benadering werkzaam is;
- Heeft kennis van de (bij)werking van medicijnen, in het bijzonder dementieremmers;
- Heeft kennis van lichamelijk functioneren en de invloed daarvan op het beloop van dementie;
- Heeft kennis van de regionale sociale kaart en onderhoudt deze met actieve contacten;
- Heeft kennis van de regels en wetten (juridisch) in de zorg;
- Heeft kennis van financiële problemen samenhangend met (de zorg voor) dementie;
- Kent de wet BOPZ en kan daarin uitvoerend/bemiddelend zijn;
- Heeft affiniteit met de doelgroep, kan zich empathisch en betrokken opstellen;
- Is in staat een goed vertrouwelijk contact (met diepgang) te onderhouden;
- Kan problemen adequaat en tijdig signaleren;
- Kan kennis en inzicht over dementie overdragen, zowel individueel als in een groep;
- Kan familiegesprekken voeren;
- Bemiddelt adequaat en tijdig in de gewenste en noodzakelijke hulp en zorg;
- Kan crisisinterventie uitvoeren;

- Is bekend met de verschillende verschijningsvormen van mogelijke comorbiditeit en kan hierop anticiperen in en buiten de keten.

Kwaliteitsgaranties

Alzheimer Nederland pleit voor de volgende toetsingscriteria voor de borging van de kwaliteit van het casemanagement:

- Structureel klantoordeel over de uitvoering van casemanagement;
- Tweejaarlijks cliënten- (gebruikers-) panels uitgevoerd door Alzheimer Nederland waarbij de wensen van de persoon met dementie en zijn mantelzorger voor verbetering in de dementiezorg voorop staan;
- Intervisie/verplichte bijscholing/casuïstiekbespreking;
- Uniforme opleiding van casemanagement;
- Zorgaanbieders werken met een gedragscode voor onafhankelijke informatievoorziening, adequate doorverwijzing en meting klantoordeel;
- Eisen casemanagement zijn onderdeel van de inkoopcontracten van financiers (Zorgkantoren/verzekeraars/gemeenten).

Bronnen

- *Almere, Eindhoven*, Toolkit dementie, www.toolkitdementie.nl Almere / Eindhoven;
- College voor Zorgverzekeringen (CVZ), concept-advies Casemanagement, volgnummer 2010136155, 2010;
- Coöperatie VGZ, Zorgkostenmonitor dementie, maart 2012;
- Dementiemonitor mantelzorg, Alzheimer Nederland, Nivel, mei 2012;
- Dementienetwerk Eindhoven, Maatschappelijke businesscase zorgtrajectbegeleiding Eindhoven (april 2012);
- *Peeters J.M., Francke A.L., Pot A.M.*, Organisatie en invulling van casemanagement dementie in Nederland, Nivel, Trimbos-instituut, 2011;
- *Peeters J.M., Francke A.L., Pot A.M., Lange de J.* Landelijke Evaluatie casemanagement dementie, Nivel, Trimbos-Instituut, juni 2012;
- Projectteam Zorgstandaard Dementie, conceptuele Eindversie Zorgstandaard Dementie, Alzheimer Nederland, Vilans, 31 mei 2012;
- *Verkade P.J.*, Handboek casemanagement bij dementie, Geriant, maart 2011;
- *Zwaanswijk M. et al*, Motieven en belasting van mantelzorgers van mensen met dementie, factsheet 2, Nivel, 2009;
- *Zet, Tilburg, DOT, Midden-Brabant*, criteria dementieconsulent, 2007.

Vragen

Bij vragen kunt u contact opnemen met:

Julie Meerveld, Manager Belangenbehartiging en Zorgvernieuwing Alzheimer Nederland
Telefoonnummer 030-659 69 16 E-mail j.meerveld@alzheimer-nederland.nl