

Vergaderjaar 2011–2012

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 362

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 7 november 2011

Uw Kamer heeft verzocht om vóór de behandeling van de VWS-begroting 2012 een plan van aanpak te sturen, waarin wordt aangegeven op welke wijze casemanagement bij dementie in het verzekerde pakket zal worden opgenomen (29 689, nr. 330). In deze brief gaan wij eerst in op de vormgeving van casemanagement. Er wordt daarna stilgestaan bij het standpunt van het CVZ over casemanagement. Vervolgens komen de huidige financieringsstromen voor casemanagement dementie aan de orde. In de paragraaf over effectiviteit van casemanagement komen wij tegemoet aan de toezegging aan de Kamer om voor de begrotingsbehandeling in te gaan op de effectiviteit van casemanagement. De brief wordt afgesloten met het plan van aanpak waar de Kamer in haar motie om heeft verzocht. Gedurende de uitvoering van het plan van aanpak in 2012 en 2013 waarborgen wij dat de in de AWBZ gereserveerde middelen voor de beleidsregel ketenzorg dementie beschikbaar blijft.

Wat is casemanagement?

Mensen met dementie en hun mantelzorgers maken veelal een langdurig en intensief zorgtraject door. In Nederland hebben ruim 243 000 mensen dementie. De verwachting is dat het aantal mensen met dementie als gevolg van de vergrijzing in de toekomst zal stijgen naar meer dan een half miljoen in 2040.

In de afgelopen jaren is er een netwerk van dementieketens tot stand gekomen met een landelijke dekking van 90%. Het is van belang dat er passende zorg, hulp en ondersteuning bij cliënten met dementie wordt ingezet zonder te medicaliseren. Voordat een beroep wordt gedaan op zorg en ondersteuning, kunnen mensen zelf meer doen dan soms wordt gedacht. Mensen zijn zelf als eerste verantwoordelijk voor hun gezondheid en zijn veelal uitstekend in staat om bij bijvoorbeeld eenvoudige klachten zelf informatie te zoeken en eventueel met zelfzorg of met hulp van de eigen (directe) omgeving antwoorden te vinden.

Casemanagement wordt ingezet om tegemoet te komen aan een aantal problemen en zorgvragen van personen met dementie en hun mantelzorgers, zoals onduidelijkheid over de mogelijkheden voor zorg en begeleiding, onzekerheid over het verloop van de ziekte, overbelasting van mantelzorgers en miscommunicatie tussen hulpverleners onderling en tussen hulpverleners en cliënt.

Casemanagement is in een gedeelte van de regio's een aparte, eigenstandige functie, maar een combinatie van bijvoorbeeld de functie Ouderenverpleegkundige en Casemanager komt ook voor. Omdat casemanagement dementie in de praktijk verschillend wordt ingevuld, laten de taken en functies van casemanagers in Nederland ook verschillen zien. De dialoog over wat casemanagement is, wanneer het nodig is, wie het uitvoert, is nog volop gaande in het veld. Er is dan ook geen algemeen geaccepteerde gedetailleerde beschrijving of afbakening van casemanagement bij dementie in Nederland. De visie op waaraan casemanagement moet voldoen en op welke wijze dit het beste aangeboden kan worden. Het CVZ constateert dan ook in zijn standpunt over casemanagement dat er geen uniforme definitie is. Er wordt op dit moment onder leiding van Alzheimer Nederland in overleg met veldpartijen, gewerkt aan een zorgstandaard dementie. Daarnaast is het zo dat niet alleen voor dementie casemanagement nodig kan zijn, maar ook voor aandoeningen zoals onder meer CVA, hartfalen en de combinatie daarvan.

Standpunt casemanagement CVZ

Het CVZ heeft in het voorjaar van 2011 een standpunt uitgebracht over casemanagement in den brede (bijgevoegd als bijlage).¹ Hierin constateert het CVZ dat er op dit moment geen eenduidige definitie is van casemanagement. De inhoud, het doel en de vorm van casemanagement varieert in de praktijk sterk. Het CVZ heeft de elementen geïnventariseerd die in de praktijk als onderdeel van casemanagement voorkomen, en heeft daarvan beoordeeld of die tot de te verzekeren prestaties behoren. Volgens het CVZ bestaat de kern van casemanagement uit zorgdiagnostiek, zorgcoördinatie, monitoring en evaluatie. Volgens het CVZ gaat het bij casemanagement om zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, alsmede om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Hierbij moet sprake zijn van een zorgvraag die primair geneeskundig van aard is. Ook constateert het CVZ dat casemanagement vele verschijningsvormen kent, dat casemanagement alleen onder bepaalde voorwaarden effectief is en dat er indicatiecriteria ontwikkeld moeten worden om te bepalen wanneer iemand op casemanagement is aangewezen.

Het CVZ concludeert dat casemanagement in de zin van zorgdiagnostiek, zorgcoördinatie, monitoring en evaluatie onder voorwaarden onderdeel is van de te verzekeren prestatie in het kader van de ZVW. Een verzekerde is alleen aangewezen op casemanagement als eenvoudigere vormen van coördinatie tekortschieten.

Er zijn volgens het CVZ concrete en toetsbare indicatiecriteria nodig om te bepalen of een verzekerde op casemanagement is aangewezen. Tevens constateert het CVZ dat casemanagement alleen effectief kan zijn als er sprake is van een geformaliseerde en gestructureerde samenwerking.

Bekostiging casemanagement dementie

De onderhavige motie verzoekt om aan te geven op welke wijze casemanagement dementie wordt opgenomen in het verzekerd pakket. Wij willen benadrukken dat casemanagement bij dementie in de praktijk reeds wordt

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

betaald, niet als separate functie, maar als onderdeel van bestaande bekostiging.

In de periode voor en rond de diagnose komt de cliënt veelal niet in aanmerking voor AWBZ-zorg. Delen van ketenzorg dementie, waar casemanagement onderdeel van kan uitmaken, worden in sommige gevallen ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) betaald. Ingeval van diagnostiek of monitoring vindt bekostiging plaats ten laste van de Zorgverzekeringswet (ZVW). Binnen de ZVW hangt het er af wie het meest frequent contact heeft met de cliënt en zijn omgeving. Dit kan de huisarts zijn of de praktijkondersteuner binnen de huisartsenzorg. Dit kan ook de geestelijke gezondheidszorg zijn, die casemanagement uitvoert via de DBC-GGZ dementie. Casemanagement is dus geen afzonderlijke verzekerde prestatie, maar maakt onderdeel uit van het reguliere werk van de verschillende beroepsbeoefenaren.

Ook in de AWBZ maakt casemanagement onderdeel uit van de reguliere bekostiging. Bij de inkoop van samenhangende dementiezorg stellen de zorgkantoren het bieden van casemanagement als voorwaarde. Daarnaast hebben de zorgkantoren de mogelijkheid een extra vergoeding toe te kennen aan zorgaanbieders die overeenkomstig de inkoopleidraad ketenzorg dementie (AWBZ) hoogwaardige dementiezorg, inclusief casemanagement, bieden. Dit biedt extra financiële ruimte voor zorgaanbieders. Daarbij kan het zorgkantoor voor de gebieden waar het zorgkantoor niet zelf bevoegd is om iets te regelen, de AWBZ-zorgaanbieders aanspreken op verbindingen. Bijvoorbeeld voor communicatie met de eerstelijnszorg, of het regelen van Wmo-voorzieningen als de cliënt daarop is aangewezen.

Inventarisatie onder ketens

In een inventarisatie onder dementieketens (Vilans, voorjaar van 2011) wordt de status van de ketens vastgesteld aan de hand van scores op zes thema's, één daarvan is financiering. De inbedding van de financiering is ten opzichte van 2010 verbeterd. De 59 geïnterviewde ketens scoren op dit vlak in 2011 gemiddeld 2,66 punten uit 3, in 2010 scoorden 54 ketens gemiddeld 2,35 uit 3. In dezelfde inventarisatie wordt de financiering als knelpunt aangegeven. Voor 33% van de ondervraagde ketens is de structurele financiering een knelpunt, 20% geeft aan dat de financiering niet gedekt/geborgd is, 18% ervaart de verschillende financieringsbronnen als een knelpunt. Ketens geven aan dat zij in onzekerheid zijn over financiering uit de AWBZ en de wijze waarop de gemeenten de WMO inzetten op het thema dementie. Verder is er bij bepaalde ketens onduidelijkheid over verschillende bronnen (AWBZ, innovatiegelden, ZVW, Wmo, subsidies), over wie wat moet financieren en over de versnippering van financiering. Een deel van de ketenregisseurs geeft aan dat de in werking gestelde samenwerking zal stoppen wanneer de extra financiering zal stoppen. Aan de andere kant zijn er ook ketens die niet van plan zijn om de samenwerking op te geven vanwege de meerwaarde ervan. De positieve opstelling van enkele zorgkantoren, wordt volgens de ketens als stimulerend ervaren. Zo geven ketens in de inventarisatie aan dat onder andere CZ, Agis en VGZ het casemanagement financieren en werken enkele zorgkantoren constructief mee aan plannen voor de toekomst.

Bestaande mogelijkheden beter gebruiken

Bij het opstellen van de reactie op uw motie zijn gesprekken gevoerd met onder andere Alzheimer Nederland, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Tijdens deze gesprekken kwam naar voren dat casemanagement voor mensen met dementie ten laste van de DBC-Delirium, Dementie en overig

(GGZ-Zvw) ingekocht kan worden. Volgens de verzekeraar brengt deze DBC-constructie de gewenste integratie aan tussen diagnostiek, behandeling en casemanagement, wordt zowel directe als indirecte tijd geregistreerd en bekostigd, en zijn contacten met zowel cliënten als mantelzorgers binnen de DBC mogelijk. De NZa bevestigt de zienswijze van de verzekeraar. Ook geeft de NZa aan dat het de keuze van de zorgverzekeraar is om casemanagement op deze wijze in te kopen en daarvoor geen belemmeringen bestaan. Tegelijkertijd wordt van deze mogelijkheid nog maar beperkt gebruik gemaakt. Wij gaan partners werkzaam binnen de ketens informeren over de financieringsmogelijkheden.

Tegelijkertijd is het belangrijk om (in lijn met de CVZ-duiding) tot concrete en toetsbare indicatiecriteria te komen zodat zowel patiënten, zorgaanbieders als zorgkantoren/verzekeraars meer houvast hebben wanneer casemanagement in te zetten.

Effectiviteit van casemanagement

In het AO pakketadvies 2012 (kamerstuk 29 689, nr. 349) is toegezegd dat de Kamer in het najaar 2011 wordt geïnformeerd over de effectiviteit van casemanagement dementie. Hierbij wordt tegemoet gekomen aan deze toezegging.

Het CVZ concludeert in haar duiding dat de veelheid aan vormen van casemanagement en doelgroepen, algemene uitspraken over de effectiviteit van casemanagement onmogelijk maakt. Idealiter moet de effectiviteitbeoordeling per interventie en doelgroep plaatsvinden. Er is beperkt wetenschappelijk onderzoek bekend naar de effectiviteit van casemanagement bij mensen met dementie. In een studie over de succesfactoren van casemanagement worden nationale en internationale onderzoeken over casemanagement op een rij gezet. De uitvoering van casemanagement verschilt per onderzoek en daarom zijn de uitkomsten moeilijk te vergelijken. Per uitkomstvariabele zijn te weinig studies gevonden om sluitend bewijs te leveren voor de positieve effecten van de verschillende interventies waar casemanagement uit bestaat. Studies met een sterk design lijken over het algemeen positieve uitkomsten te hebben.¹ Een recente studie naar de effectiviteit van casemanagement laat geen bewijs zien voor opbrengsten voor oudere mensen met dementie en hun mantelzorgers ten opzichte van reguliere zorg.² Voor sommige deelinterventies waar casemanagement in de praktijk uit kan bestaan bestaat wel wetenschappelijk bewijs: zoals psycho-educatie, familiegesprekken en gedragsbehandeling.

Sinds 2009 werkt UVIT aan een zorgkostenmonitor waarmee inzicht wordt verkregen in de aard van de zorg (AWBZ en Zvw) en de kosten ervan. De eerste resultaten die geanalyseerd zijn, betreffen het jaar 2008. UVIT heeft mij laten weten dat de eerste cijfers uit 2008 laten zien dat winst te behalen is door de inzet van een goede dementieketen. Ik vind het van belang dat ook in andere gebieden informatie wordt gegenereerd over de kosteneffectiviteit.

Er loopt nu een langdurige evaluatie naar casemanagement in het kader van Nationaal Programma Ouderenzorg, uitgevoerd door Nivel en Trimbos-instituut, dat medio 2012 gereed is. In deze lopende evaluatie worden de effecten op bijvoorbeeld de kwaliteit van leven van cliënten en mantelzorgers bij een aantal varianten van casemanagement bij dementie in kaart gebracht. Ook zal in de studie op onderdelen, zoals de precieze financiering van casemanagement en de inhoudelijke onafhankelijkheid van de casemanager, dieper worden ingegaan.

¹ Rijken, De casemanager geketend, 2010.

² Aaltje P.D. Jansen. e.a., Effectiveness of case management among older adults with early symptoms of dementia and their primary informal caregivers: a randomized clinical trial, 2011.

Plan van aanpak

De door de Kamer aangenomen motie verzoekt de regering om een plan van aanpak op te stellen waarin wordt aangegeven op welke wijze casemanagement bij dementie in het verzekerde pakket zal worden opgenomen. Hiervoor is aangegeven dat casemanagement reeds wordt betaald, niet apart maar als onderdeel van de reguliere financiering. Ook kan gebruik worden gemaakt van bestaande bekostigingstitels, zoals hiervoor genoemde DBC-GGZ. Aan deze bekostigingstitel ligt geen uniforme definitie of werkwijze ten grondslag ten aanzien van casemanagement. Tegelijkertijd is het noodzakelijk om partijen, patiënten, zorgaanbieders en zorgkantoren/verzekeraars meer houvast te geven. In het navolgende plan van aanpak is aangegeven hoe daartoe gekomen zal worden.

Na vaststellen van een inhoudelijk kader, stap 1 en 2 van het stappenplan, willen wij nagaan of er een andere bekostigingstitel vanuit de ZVW geïntroduceerd moet worden.

Stap 1: Definitiebepaling casemanagement

Samen met materiedeskundigen wordt gekomen tot de benodigde definitie en afbakening van wat casemanagement dementie is in het licht van een te verzekeren prestatie, indicatie, inkoop en bekostiging.

Zoals ook het CVZ heeft geconstateerd, zijn er verschillende modellen in omloop over casemanagement. Onder andere Friesland heeft hiertoe een aanzet gegeven in «Casemanagement: van idee naar model (juni 2011).» Zij constateren dat casemanagement een vorm van cliëntondersteuning is, die in wordt gezet bij complexe situaties. De zorg kan complex zijn vanwege de zorginhoud, maar ook vanwege de logistieke aspecten, omdat de zorg meerdere organisaties en domeinen overstijgt. Casemanagement komt volgens dit model aan de orde wanneer de zorg- of hulpverlening organisatorisch en inhoudelijk complex is en er verschillende zorgverleners met meerdere eindverantwoordelijkheden zijn.

Een ander model is dat van Kaiser Permanente, dat onderscheid maakt in drie groepen van cliënten, waarbij de mate van zelfredzaamheid, de mate van risico en de mate van complexiteit en multi-morbiditeit onderscheidend zijn.

Belangrijk inhoudelijk kader is de zorgstandaard dementie. Alzheimer Nederland en Vilans ontwikkelen een zorgstandaard dementie, met als doel te komen tot normen voor dementiezorg. De ontwikkeling en implementatie van een zorgstandaard moet richting geven aan regio's en ondersteuning bieden aan regionale integrale ketenzorg in aansluiting op de wensen en behoeften van mensen met dementie en hun mantelzorgers. De zorgstandaard beschrijft hoe dementiezorg het best kan worden georganiseerd, wat de rol van mensen met dementie en hun familie hierbij is en hoe zorgverleners deze mensen kunnen ondersteunen. Het eindconcept wordt in het voorjaar van 2012 afgerond. Daarna moet de zorgstandaard geautoriseerd worden. De ontwikkeling van de Zorgstandaard Dementie, kan bijdragen aan een eenduidige omschrijving van de functie Casemanagement bij dementie.

VWS zal nog voor het eind van dit jaar deze en andere partijen (zoals het CVZ, enkele zorgverzekeraars, de professionals) uitnodigen voor een invitationale conference. Met deze partijen zal worden bezien of de te verzekeren prestatie «casemanagement», inkoopbaar en goed te omschrijven is.

Stap 2: Criteria inzet casemanagement

Daarnaast moeten er criteria ontwikkeld worden voor de beoordeling van de inzet van casemanagement. Niet elke cliënt is hetzelfde en niet iedereen heeft dezelfde vorm van ondersteuning nodig. Welke vorm van ondersteuningsaanbod ligt in een bepaalde situatie het meeste voor de hand? Wij zullen enkele zorgaanbieders en zorgverzekeraars verzoeken om ervaring op te doen met de hiervoor verzamelde informatie. Deze fase loopt vanaf december 2011 tot september 2012.

Stap 3: Uitvoeringstoets NZa

Op basis van het inhoudelijk kader zal er een aanvraag tot een uitvoeringstoets worden opgesteld aan de NZa. Wij rekenen erop deze aanvraag in het najaar van 2012 aan de NZa te kunnen zenden, en de resultaten van de uitvoeringstoets in het voorjaar van 2013 te krijgen. Op basis hiervan kan tenslotte definitieve besluitvorming plaatsvinden.

Tot slot

Uw Kamer heeft verzocht om casemanagement dementie in het verzekerd pakket op te nemen. Casemanagement bij dementie is op dit moment al onderdeel van het verzekerd pakket via de DBC-dementie uit de GGZ. Ook in de AWBZ maakt casemanagement onderdeel uit van de reguliere bekostiging.

Nadat de zorgstandaard dementie is afgerond, er een uniforme definitie is van casemanagement is en er een onderbouwing is van de opbrengsten van casemanagement, vindt besluitvorming plaats of de huidige bekostigingstitel uit de ZVW aangescherpt moet worden. Gedurende 2012 en 2013 waarborgen wij dat de in de AWBZ gereserveerde middelen voor de beleidsregel ketenzorg dementie beschikbaar blijft.

Tevens wordt de mogelijkheid om te komen tot een integrale bekostiging voor dementie onderzocht. Hierbij is het advies van de evaluatiecommissie Integrale bekostiging relevant, dat medio 2012 wordt uitgebracht over de huidige ervaring met de bekostiging van diabetes, vasculair risicomanagement en COPD. Dit advies wordt betrokken bij het onderzoeken van de mogelijkheden.

Wij zullen u medio volgend jaar informeren over de stand van zaken.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. L. L. E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner