

Eindrapportage doorrekening casemanagement dementie

31 oktober 2024



Inhoudsopgave

1. Context, aanleiding, doel en aanpak.....	3
2. Beantwoording onderzoeksvragen.....	6
1 <i>Op welke manier wordt in de huidige situatie invulling gegeven aan casemanagement dementie als functie door een casemanagement professional in de vier fases?</i>	
2 <i>Welke personele inzet (in FTE) is nodig voor de inzet van een casemanagement professional in de vier fases van de cliëntreis?</i>	
3 <i>Wat zijn de financiële kosten (in €) voor de inzet van een casemanagement professional in de vier fases van de cliëntreis?</i>	
4 <i>Wat is – gezien de arbeidsmarktkrapte – de 'gap' tussen de benodigde personele inzet (in FTE) en de beschikbaarheid van personeel voor de functie van een casemanagement professional?</i>	
5 <i>Welke (kwantitatieve) maatschappelijke baten in de Wmo, Zvw en Wlz en door ontzorging van mantelzorgers ontstaan er door de inzet van een casemanagement professional?</i>	
6 <i>Wat zijn de grootste belemmerende factoren voor de inzet van casemanagement dementie en welke stimulerende voorwaarden kunnen passende inzet ervan vergroten?</i>	
3. Samenvatting.....	29

1

Context, aanleiding,
doel en aanpak

Gezien het belang en de baten van casemanagement dementie, is een doorrekening en inzicht in stimulerende voorwaarden gewenst

Context

In Nederland waren er in 2022 ca. 290.000 mensen met dementie. Naar verwachting neemt het aantal mensen met dementie toe naar 620.000 in 2050 (+107%)¹. Het merendeel van de mensen met dementie woont thuis dankzij hulp en steun vanuit hun sociaal netwerk en zorg en ondersteuning van professionals.

In 2020 is de Zorgstandaard Dementie uitgebracht², waarin organisaties afspraken hebben gemaakt over goede zorg en ondersteuning voor mensen met dementie. In deze Zorgstandaard wordt casemanagement dementie omschreven als één van de randvoorwaarden voor goede dementiezorg. Daarbij heeft het Zorginstituut recent in een aanvullende duiding kenbaar gemaakt dat casemanagement dementie ingevuld kan worden vanaf de 'niet plus'-fase³. Dit betekent dat inzet van casemanagement professionals al mogelijk is vóór diagnosestelling. Het doel hiervan is eerder de juiste ondersteuning te bieden⁴. Casemanagement dementie is gewenst vanuit zowel het perspectief van de persoon met dementie en zijn/haar naasten als vanuit professioneel perspectief omdat het zorg en ondersteuning van professionals stroomlijnt.

Meerdere onderzoeken – waaronder de Business case casemanagement dementie (2023)⁵ – onderstrepen dat de inzet van casemanagement professionals van (maatschappelijke) meerwaarde kan zijn: de maatschappelijke kosten zijn lager dan de maatschappelijke opbrengsten. Ondanks de brede erkenning van de inhoudelijke en financiële meerwaarde van casemanagement dementie, wordt casemanagement dementie nog niet altijd tijdig en passend ingezet. Uit onderzoek blijkt dat maximaal 41% van de thuiswonende mensen met dementie gebruik maakt van casemanagement dementie⁵. Ook zijn er grote regionale verschillen in het gebruik hiervan⁶.

Er zijn meerdere oorzaken aan te wijzen voor het gegeven dat casemanagement professionals minder vaak ingezet worden dan vanuit de Zorgstandaard Dementie wordt beoogd. Dit kan te maken hebben met (onder meer) verschillende interpretaties van de Zorgstandaard Dementie, onduidelijkheden in financiering (o.a. wanneer financiering hiervan in de Zvw valt), het arbeidsmarkttekort en omdat niet iedere persoon met dementie gebruik van casemanagement dementie wil maken.

Aanleiding huidig onderzoek

Gezien de grote rol die (onafhankelijk) casemanagement dementie heeft bij het (langer) thuis wonen en het grote maatschappelijke belang hiervan heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (hierna: Opdrachtgever) – naar aanleiding van de moties van Kamerleden van den Hil en Agema⁷ – PricewaterhouseCoopers Advisory N.V. gevraagd een doorrekening van casemanagement professionals te maken en stimulerende voorwaarden om inzet van casemanagement professionals te vergroten in beeld te brengen (opdrachtoomschrijving met kenmerk 201865006.025.507).

Om inzet van CMD in FTE en euro's door te rekenen, wordt uitgegaan van vier fases in de cliëntreis. Bestaand onderzoek vormt het vertrekpunt

Doel huidig onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om een doorrekening te maken van de inzet van casemanagement dementie en inzicht te geven in de voorwaarden waaronder deze inzet gestimuleerd kan worden. Vertrekkend vanuit de huidige situatie wordt in dit onderzoek inzicht gegeven in de personele en financiële consequenties (in FTE en euro's) van de inzet van casemanagement professionals in verschillende scenario's. Hierbij wordt uitgegaan van de volgende vier fases van de cliëntreis dementie:

1. Inzet casemanagement professionals vanaf de niet-pluis fase

Deze fase omvat de inzet van casemanagement professionals bij een persoon met een vermoeden van dementie, bij wie nog geen diagnose dementie is vastgesteld. Deze persoon kan in deze fase gebruik maken van Wmo- en/of Zvw-inzet. Deze fase eindigt op het moment dat de diagnose dementie is vastgesteld bij de betreffende persoon.

2. Inzet casemanagement professionals vanaf diagnosestelling tot aan Wlz-indicatie

Deze fase omvat de inzet van casemanagement professionals bij een persoon bij wie de diagnose dementie is vastgesteld. Deze persoon kan in deze fase gebruik maken van Wmo- en/of Zvw-inzet. Deze fase eindigt op het moment dat er een Wlz-indicatie is gesteld bij de betreffende persoon.

3. Inzet casemanagement professionals bij extramurale Wlz-zorg

Deze fase omvat de inzet van casemanagement professionals bij een persoon bij wie de diagnose dementie is vastgesteld en die thuis woont met een Wlz-indicatie. Deze persoon maakt in deze fase gebruik van een Modulair Pakket Thuis (MPT), een Volledig Pakket Thuis (VPT) of een Persoonsgebonden Budget (PGB). Deze fase eindigt wanneer de persoon niet langer thuis kan wonen en wordt opgenomen in een woonvorm voor mensen met dementie met een Wlz-indicatie voor verblijf.

4. Inzet casemanagement professionals bij (overgang naar) intramurale Wlz-zorg

Deze fase omvat de inzet van casemanagement professionals waarbij de focus ligt op het zorgen voor een "warme overdracht" van thuis naar de intramurale woonvorm in de Wlz. De inzet van casemanagement professionals eindigt na deze "warme overdracht". Optioneel wordt hier ook nazorg verleend.

In aanvulling op deze doorrekening, worden in dit onderzoek ook de baten van casemanagement dementie en stimulerende voorwaarden om inzet hiervan te vergroten in beeld gebracht.

Aanpak onderzoek

In dit onderzoek wordt conform de onderzoeksopdracht bestaand onderzoek als vertrekpunt gehanteerd. In aanvulling hierop zijn individuele gesprekken georganiseerd met betrokkenen vanuit de klankbordgroep¹ om hun perspectief op de inzet van casemanagement dementie op te halen inclusief belemmerende factoren en stimulerende voorwaarden om de inzet van casemanagement professionals te vergroten. Ook zijn focusgroepen met betrokkenen uit de praktijk georganiseerd, te weten aanbieders, casemanagement professionals, regionale dementienetwerkcoördinatoren en naasten van mensen met dementie om ook hun perspectief op te halen.

2

Beantwoording
onderzoeksvragen

In dit onderzoek staan 6 onderzoeksvragen centraal – op de volgende pagina's worden de onderzoeksvragen beantwoord

In afstemming met Opdrachtgever zijn zes onderzoeksvragen vastgesteld om de gewenste inzichten zoals beschreven in de aanleiding van dit onderzoek te kunnen genereren. Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande onderzoeken, openbare (data)bronnen, individuele gesprekken en focusgroepen met de klankbordgroep en directe betrokkenen vanuit de praktijk (aanbieders, casemanagement professionals, regionale dementienetwerkcoördinatoren en naasten van mensen met dementie).

Onderzoeksvragen

1. Op welke manier wordt in de huidige situatie invulling gegeven aan casemanagement als functie door een casemanagement professional in de vier fases van de cliëntreis, te weten: 1. Inzet casemanagement professionals vanaf de niet-pluis fase, 2. Inzet casemanagement professionals vanaf diagnosestelling tot aan Wlz-indicatie, 3. Inzet casemanagement professionals bij extramurale Wlz-zorg en 4. Inzet casemanagement professionals bij (overgang naar) intramurale Wlz-zorg?
2. Welke personele inzet (in FTE) is nodig voor de inzet van een casemanagement professional in de vier fases van de cliëntreis?
3. Wat zijn de financiële kosten (in €) voor de inzet van een casemanagement professional in de vier fases van de cliëntreis?
4. Wat is – gezien de arbeidsmarktcrapte – de 'gap' tussen de benodigde personele inzet (in FTE) en de beschikbaarheid van personeel voor de functie van een casemanagement professional?
5. Welke (kwantitatieve) maatschappelijke baten in de Wmo, Zvw en Wlz en door ontzorging van mantelzorgers ontstaan er door de inzet van een casemanagement professional?
6. Wat zijn de grootste belemmerende factoren voor de inzet van casemanagement dementie en welke stimulerende voorwaarden kunnen passende inzet ervan vergroten?



Op de volgende pagina's beantwoorden we iedere onderzoeksvraag, waarbij we starten met een korte herhaling van de vraag, gevolgd door de onderzoeksuitkomsten ter beantwoording van de vraag inclusief conclusie. In hoofdstuk 3 staat een samenvatting van de beantwoording van elke onderzoeksvraag.

2.1 Onderzoeksvraag 1

Op welke manier wordt in de huidige situatie invulling gegeven aan casemanagement als functie door een casemanagement professional in de vier fases van de cliëntreis, te weten: 1. Inzet casemanagement professionals vanaf de niet-pluis fase, 2. Inzet casemanagement professionals vanaf diagnosestelling tot aan Wlz-indicatie, 3. Inzet casemanagement professionals bij extramurale Wlz-zorg en 4. Inzet casemanagement professionals bij (overgang naar) intramurale Wlz-zorg?

De Zorgstandaard Dementie, expertiseprofielen en duiding ZIN geven richting aan de regionale invulling van casemanagement dementie

Kenmerken casemanagement dementie cf. de Zorgstandaard Dementie (2020)

- Voor goede dementiezorg en -ondersteuning is het streven om alle mensen met (een vermoeden van) dementie een vast coördinatie- en aanspreekpunt (casemanagement dementie) aan te bieden vanaf de start van het diagnostisch traject. Dit aanspreekpunt is er niet alleen voor de mensen met dementie zelf, maar ook voor mantelzorg(er)s én alle betrokken professionals. De casemanagement professional is hierbij degene die de functie van casemanagement dementie op zich neemt.
- De doelstellingen van casemanagement dementie zijn: i) het optimaliseren van het welbevinden en de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun mantelzorgers, ii) het signaleren van en adequaat handelen bij comorbiditeit en stemmings- en gedragsproblemen, iii) het minimaliseren van emotionele problemen en overbelasting van mantelzorgers (spanning, angst, depressie) en iv) uitstellen van opnames of verplaatsingen naar andere woonvormen.
- De functie van de casemanagement dementie wordt gedefinieerd met behulp van 6 kenmerken:

1 Het **systematisch aanbieden van gecoördineerde begeleiding, zorg en ondersteuning** als deel van de behandeling door **een vaste professional**

2 Deze professional maakt deel uit van **een (multidisciplinair) samenwerkingsverband** gericht op **thuiswonende personen met dementie en hun mantelzorgers**

3 De casemanagement professional is betrokken **vanaf de start van het diagnostisch traject, zo snel mogelijk als de persoon met dementie wil**, zonder onnodige wachttijden of wachtlijsten

4 Het streven is om casemanagement in te schakelen **op geleide van de individuele behoefte van de mens met dementie en mantelzorg(er)s**. Deze behoefte kan **in tijd variëren**

5 Casemanagement dementie **eindigt na opname in een woonvorm** voor mensen met dementie (zoals een verpleeghuis) door middel van **warme overdracht**

6 De casemanagement professional biedt **desgewenst nazorg aan de mantelzorg(er)s na overlijden van de persoon met dementie**

Expertise en vaardigheden bij casemanagement dementie cf. expertiseprofielen (V&VN, 2017 en BPSW, 2018)^{1,2}

- De functie van casemanagement professional kan zowel door hbo-opgeleide verpleegkundigen als door hbo-opgeleide sociaal werkers uitgevoerd worden (dit impliceert minimaal niveau 6), die beide een aanvullende post-hbo-opleiding casemanagement dementie hebben gevolgd. Deze aanvullende opleiding is gebaseerd op het CanMEDS-model³, waarin zeven competenties worden onderscheiden, waardoor de expertisegebieden grotendeels overeenstemmen.
- De specifieke expertise en vaardigheden van casemanagement professionals zijn uitgewerkt in de expertisegebieden Dementieverpleegkundige (V&VN, 2017) en Social Work Zorg (BPSW, 2018). V&VN en de BPSW hebben gewerkt aan een gezamenlijk expertiseprofiel welke op 21 september 2024 is gepubliceerd, ter vervanging van de twee aparte expertiseprofielen.

Duiding casemanagement dementie door Zorginstituut Nederland (ZIN) (2024)

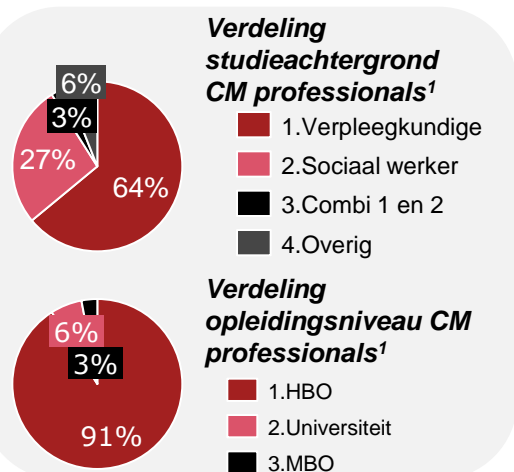
- Alzheimer Nederland (en andere partijen) hebben richting Zorginstituut Nederland (ZIN) het signaal afgegeven dat onvoldoende duidelijk was wanneer casemanagement dementie onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) valt en wie casemanagement dementie mag leveren.
- Naar aanleiding van deze signalen heeft ZIN in april 2024 de duiding casemanagement dementie uitgebracht. Hierin wordt benadrukt dat iedere functionaris die daartoe bevoegd en bekwaam is, casemanagement dementie mag leveren. Aan welke competenties de professional moet voldoen staat beschreven in de eerder genoemde expertisegebieden.
- Daarnaast staat beschreven dat wanneer de verpleegkundige stelt dat een indicatie casemanagement dementie nodig is in verband met een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop, casemanagement dementie wordt gefinancierd vanuit de Zvw.
- Vanuit de aanspraak zijn er geen belemmeringen om casemanagement dementie het hele ziekte-traject thuis door één professional te laten uitvoeren en om casemanagement dementie in te zetten vanaf het moment dat de cliënt met (een vermoeden van) dementie daarvoor openstaat. Casemanagement dementie kan dus al vanaf de niet-pluifase vanuit de Zvw vergoed worden.

Er bestaat regionaal verschil in de invulling van CMD door casemanagement professionals gedreven door 3 elementen (1/2)

Inzichten uit bestaand onderzoek en individuele gesprekken en focusgroepen maken duidelijk dat er tussen regio's verschillen zijn in de wijze waarop invulling wordt gegeven aan casemanagement dementie. Deze verschillen worden concreet in drie elementen, welke op de huidige pagina en de volgende pagina nader worden toegelicht. Het is belangrijk om hierbij te benadrukken dat het buiten scope van het huidige onderzoek viel om te onderzoeken in hoeverre de diversiteit binnen deze elementen invloed heeft op de kwaliteit, kwantiteit en kosten van de inzet van casemanagement dementie. Om deze reden betreft dit overzicht enkel een uiteenzetting van de verschillen en geen waardeoordeel hierover of doorrekening hiervan.

1

Studie-achtergrond en opleidingsniveau van case-management professionals



2

Positionering van case-management professionals

Top 4 meest voorkomende positionering (type werkgever) CM professionals¹

- 1 Zorgorganisatie (>70%)
- 2 Transmurale instelling/ketenzorg (<10%)
- 3 Regionaal dementiewerk (<10%)
- 4 Combinatie van 2 en 3 (<10%)

Toelichting

- Conform de Zorgstandaard Dementie (2020) heeft de casemanagement professional **een hbo-niveau verpleegkunde of sociaal werk achtergrond**. Praktijkverhalen tonen dat het **per regio verschilt in hoeverre en in welke mate er een mix is in deze twee type studieachtergronden** onder de betrokken casemanagement professionals. Hierbij geeft men aan dat **het merendeel van de casemanagement professionals een verpleegkundige achtergrond heeft**. Dit beeld sluit aan op uitkomsten van de studie Doolhof Dementie (2023)¹ (zie hiernaast) en de HHM studie naar gebruik van casemanagement (2020), waarin binnen een aantal regio's in Nederland inzichten zijn opgehaald rondom de inzet van casemanagement professionals waaronder rondom de verdeling van studieachtergronden².
- Conform de expertisegerieden³ **dient een casemanagement professional minimaal een hbo-opgeleide verpleegkundige of een hbo-opgeleide sociaal werker te zijn, met daarbij een afgeronde aanvullende opleiding 'casemanagement dementie'**. Praktijkverhalen maken duidelijk dat in de meeste regio's casemanagement professionals cf. de Zorgstandaard over een hbo-niveau beschikken. In enkele regio's wordt aangegeven dat **een klein deel van casemanagement professionals over mbo-niveau beschikt, met name vanwege arbeidsmarkttekorten**. De observatie dat het merendeel van de casemanagement professionals een hbo-niveau heeft sluit aan op uitkomsten van de studie Doolhof Dementie (2023)¹ (zie hiernaast) en de HHM studie naar gebruik van casemanagement (2020)².

Toelichting

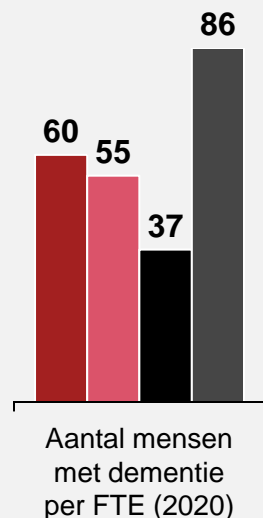
- In de Zorgstandaard Dementie (2020) staat opgenomen dat een casemanagement professional in principe **onafhankelijk van zorgorganisaties opereert**. In individuele gesprekken gaf een deel van de geïnterviewden aan dat het van belang is dat een casemanagement professional in dienst is bij een onafhankelijke organisatie i.p.v. bij een individuele zorgorganisatie om deze onafhankelijkheid te borgen. In de studie Doolhof Dementie (2023)¹ komt terug: 'in de praktijk kan het lastig zijn voor een casemanagement professional om **de onafhankelijke rol te bewaren vanwege de belangen van de zorgorganisatie en naar aanbod te verwijzen buiten de eigen organisatie**.' Het valt buiten scope van deze opdracht om te toetsen of deze kwalitatieve observatie met kwantitatieve informatie kan worden onderbouwd. Hierdoor is in dit onderzoek niet vast te stellen in welke mate een casemanagement professional in dienst bij een zorgorganisatie minder onafhankelijk kan handelen dan een casemanager in dienst bij een onafhankelijke organisatie.
- Uit de individuele gesprekken kwam naar voren dat er regionaal verschillen zijn in de positionering van de casemanagement professional: het **merendeel is in dienst bij een individuele zorgaanbieder en een deel is in dienst bij een onafhankelijke aanbieder (o.a. transmurale zorginstelling/ketenzorgaanbieder)**. Dit beeld sluit grotendeels aan op de uitkomsten van de studie Doolhof Dementie (2023)¹ (zie hiernaast) en de HHM studie naar gebruik van casemanagement professionals (2020)².

Er bestaat regionaal verschil in de invulling van CMD door casemanagement professionals gedreven door 3 elementen (2/2)

3

Mate van taakdifferentiatie toegepast door casemanagement professionals

Gemiddelde caseload van varianten CM¹



■ Variant 1 ■ Variant 3
■ Variant 2 ■ Variant 4

Toelichting

- In de Zorgstandaard Dementie (2020) staat opgenomen dat **begeleiding en ondersteuning via een vast aanspreekpunt voor mensen met dementie nodig is** om zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen functioneren en om het omgaan met verlies en gebreken ten gevolge van vorderende dementie zo goed mogelijk te begeleiden.
- De HHM studie naar gebruik van casemanagement (2020) maakt onderscheid tussen vier varianten van casemanagement dementie¹:
 - De **casemanagement professional werkt vanuit een onafhankelijke casemanagement-organisatie**. Op deze manier biedt de casemanagement professional onafhankelijk van een zorgorganisatie diensten aan. Deze variant is cf. Zorgstandaard.
 - De **casemanagement professional werkt vanuit een zorgorganisatie**. De casemanagement professional werkt bij een zorgorganisatie en het netwerk of regio heeft de organisatie zo ingericht dat de casemanagement professionals aantoonbaar één team zijn en onafhankelijk werken. Deze variant is cf. Zorgstandaard.
 - Overige vormen van ondersteuning (**in de rol van coördinator en contactpersoon**) voor mensen met dementie en hun naasten **door wijkverpleegkundigen** die niet exclusief werken met mensen met dementie /naasten. Deze variant is niet cf. Zorgstandaard.
 - Overige vormen van ondersteuning (**in de rol van coördinator en contactpersoon**) voor mensen met dementie en hun naasten **binnen bredere functie zoals POH, ouderenadviseur en/of maatschappelijk werker**. Deze variant is niet cf. Zorgstandaard.
- De caseload – het aantal mensen met dementie per FTE – verschilt sterk voor de vier varianten.** De uitkomsten van de HHM studie naar gebruik van casemanagement (2020)¹ tonen dat er in variant 4 ca. 31-26 meer mensen met dementie kunnen worden ondersteund ten opzichte van variant 1 en 2. Dit sluit aan bij de praktijkverhalen van een aantal regio's waarin naar voren kwam dat inzet op taakdifferentiatie (waarbij casemanagement professional gedurende de cliëntreis een aantal taken kan neerleggen bij andere zorg- en welzijnsprofessionals, bijv. POH'ers of medewerkers uit het sociaal domein) er meer mensen kunnen worden ondersteund.
- Gezien de arbeidsmarktcrachte en de verwachte toename van het aantal mensen met dementie, lijkt het wenselijk om een zo groot mogelijke caseload te hebben.** Anderzijds geldt dat de casemanagement professional voldoende tijd moet hebben om passende begeleiding en ondersteuning te bieden omdat anders het risico bestaat dat de maatschappelijke meerwaarde niet wordt gerealiseerd.
- In de individuele gesprekken en focusgroepen werd duidelijk dat **casemanagement professionals m.n. als functie (variant 1 en 2) wordt ingezet**. Hierbij zijn regionaal (per dementienetwerk) verschillen waarneembaar **in de mate waarin taakdifferentiatie wordt toegepast**. Zo zijn er regio's waarbij de casemanagement professional in fase 1 meer op de achtergrond betrokken is en het merendeel van de rollen van de casemanagement professional bij een individueel begeleider vanuit de Wmo of een POH zijn belegd. **Hierbij wordt in feite variant 1 en 2 gecombineerd met variant 4.**

Conclusie onderzoeksvraag 1: het merendeel van de casemanagement professionals is **verpleegkundige met een hbo-niveau**. In mindere mate worden professionals met een sociaal werk studieachtergrond ingezet. Voor het merendeel van de regio's geldt dat casemanagement professionals **in dienst zijn bij een individuele zorgaanbieder**. Hierbij zijn regionaal (per dementienetwerk) verschillen zichtbaar in de mate **waarin taakdifferentiatie** wordt toegepast. Er bestaan onder de leden uit de klankbordgroep **diverse beelden** over de mate waarin casemanagement dementie een functie is of een rol die ook door andere professionals zoals een POH of wijkverpleegkundige kan worden ingevuld. In de huidige doorrekening wordt casemanagement dementie conform de Zorgstandaard Dementie **doorgerekend als een functie** die kan worden ingevuld door een casemanagement professional met **een sociaal werk of verpleegkundige studieachtergrond (minimaal niveau 6)**, die beide een aanvullende **post-hbo-opleiding casemanagement dementie** hebben gevolgd.

2.2 & 2.3 Onderzoeksvraag 2 & 3

- 2. Welke personele inzet (in FTE) is nodig voor de inzet van een casemanagement professional in de vier fases van de cliëntreis?*
- 3. Wat zijn de financiële kosten (in €) voor de inzet van een casemanagement professional in de vier fases van de cliëntreis?*

Het benodigde aantal CM professionals in FTE wordt voor twee scenario's met min./max. ureninzet berekend

Om de benodigde personele inzet van casemanagement professionals in de vier fases van de cliëntreis te berekenen, worden drie elementen zoals weergegeven in het onderstaande rekenmodel in beschouwing genomen. Concreet wordt het totaal aantal mensen met dementie per fase van de cliëntreis (A) vermenigvuldigd met de minimale of maximale directe én indirecte cliëntgebonden ureninzet (declarabele uren) van een casemanagement professional per persoon per fase (B) en vervolgens met het percentage mensen met dementie waarvoor casemanagement professionals in die fase wordt ingezet (C). Op basis van deze rekensom is het mogelijk voor elk scenario te berekenen wat het minimaal en maximaal aantal benodigde FTE is.

Rekenmodel voor het bepalen van de benodigde inzet van casemanagement professionals

	Fases van de cliëntreis van een persoon met dementie			
Rekenelement	1. Inzet van casemanagement professionals vanaf de niet-pluis fase	2. Inzet van casemanagement professionals vanaf diagnosestelling tot aan Wlz-indicatie	3. Inzet van casemanagement professionals bij extramurale Wlz-zorg	4. Inzet van casemanagement professionals bij (overgang naar) intramurale Wlz-zorg
A. Totaal aantal mensen met dementie per fase	91.633 mensen met dementie ¹	87.192 mensen met dementie ²	35.208 mensen met dementie ³	75.967 mensen met dementie ⁴
B. Minimale en maximale directe én indirecte cliëntgebonden ureninzet	Minimaal 6 uur tot maximaal 10 uur per jaar	Minimaal 27 uur tot maximaal 32 uur per jaar	Minimaal 12 uur tot maximaal 18 uur per jaar	Minimaal 3 uur tot maximaal 6 uur per jaar
C. % mensen met dementie waarvoor casemanagement professionals wordt ingezet	Scenario 1: 80% Scenario 2: 100%	Scenario 1: 80% Scenario 2: 100%	Scenario 1: 80% Scenario 2: 100%	Scenario 1: 80% Scenario 2: 100%

Toelichting op rekenelement A - Totaal aantal mensen met dementie per fase: Volgens Alzheimer Nederland¹ waren er in 2022 Nederland in totaal 290.000 mensen met dementie. Op basis van gegevens van CBS Statline³, Nivel² en Alzheimer Nederland¹ is vervolgens berekend hoeveel mensen met dementie in elke fase van de cliëntreis zitten.

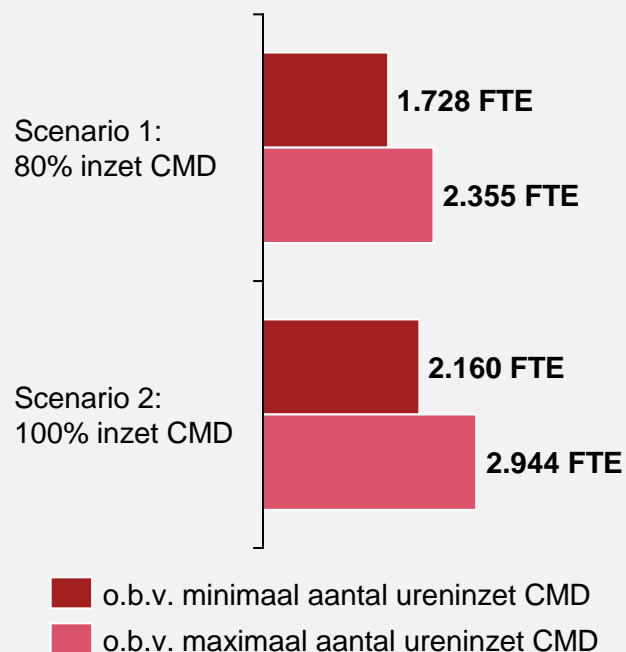
Toelichting op rekenelement B - Minimale en maximale ureninzet per persoon met dementie: Het overzicht van declarabele uren casemanagement (dit betreft directe en indirecte cliëntgebonden ureninzet) voor de gehele cliëntreis zoals in beeld gebracht in de [business case casemanagement dementie \(2023\)](#) is als vertrekpunt gehanteerd en getoetst tijdens individuele gesprekken en focusgroepen. In dit overzicht is uitgegaan van declarabele uren en daarmee enkel directe en indirecte cliëntgebonden uren. Op basis van de individuele gesprekken en focusgroepen werd concreet dat voor fase 1, 2 en 3 een minimale ureninzet kan worden gerealiseerd wanneer geen sprake is van comorbiditeit, er aanwezigheid is van een netwerk om de persoon met dementie heen, er goede netwerksamenwerking is met andere professionals en casemanagement professionals vroegtijdig (in fase 1) wordt ingezet. Maximale ureninzet in fase 1, 2 en 3 geldt wanneer de zojuist genoemde randvoorwaarden niet aanwezig zijn en er hierdoor in totaliteit meer ureninzet moet worden geleverd door de casemanagement professional. Voor fase 4 geldt minimale ureninzet wanneer enkel een "warme overdracht" naar de intramurale instelling wordt ingezet en maximale ureninzet wanneer naast de "warme overdracht" ook nazorg wordt geleverd aan naasten.

Toelichting op rekenelement C - % mensen met dementie waarvoor casemanagement wordt ingezet: In dit onderzoek worden twee scenario's doorgerekend voor de inzet van een casemanagement professional: het eerste scenario gaat uit van 80% gebruik van casemanagement dementie, waarbij verondersteld wordt dat 20% van alle mensen met dementie in Nederland geen gebruik maakt van casemanagement dementie. Het tweede scenario gaat uit van 100% gebruik van casemanagement dementie, waarbij aangenomen wordt dat alle mensen met dementie in Nederland gebruik maken van casemanagement dementie. De ambitie is om de inzet van casemanagement professionals door te rekenen voor een zo groot mogelijke groep mensen met dementie die hier in potentie gebruik van kan maken⁵, daarom is gekozen voor deze twee scenario's. Het is echter aannemelijk dat in werkelijkheid niet iedereen behoefte heeft aan casemanagement dementie, waardoor het werkelijke aandeel mensen met dementie dat in de praktijk gebruik zal maken van casemanagement dementie mogelijk lager ligt dan 100% en 80%.

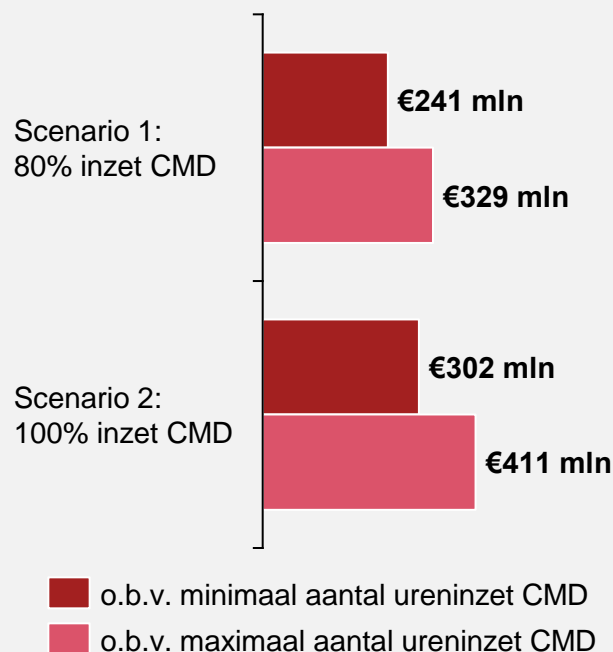
1) Om het aantal mensen met dementie in fase 1 te bepalen, is een berekening gemaakt door het aantal personen in fase 2, 3 en 4 van het totaal aantal mensen met dementie af te halen. Het totaal aantal mensen met dementie is vastgesteld op basis van cijfers van [Alzheimer Nederland \(2022\)](#). Dit huidige aantal mensen met dementie (290.000) vormt het vertrekpunt in de doorrekening – dit betekent dat er geen prognose is opgenomen in het rekenmodel van de verwachte groei van het aantal mensen met dementie in de aankomende jaren; 2) Het aantal mensen met dementie in fase 2 is gebaseerd op cijfers van [Nivel \(2023\)](#), waarin wordt aangegeven dat 122.400 mensen met dementie bij de huisarts bekend zijn. Echter bevat dit aantal ook mensen uit fase 3, gezien deze groep wanneer zij gebruik maken van extramurale Wlz ook nog de huisarts kan bezoeken. Omdat niet bekend is welk deel van het aantal mensen in fase 3 is meegenomen in de Nivel bron, is voor de berekening van fase 2 gekozen voor een conservatieve benadering waarbij alle mensen uit fase 3 van het totaal aantal mensen dat bij de huisarts bekend is (122.400 personen) zijn afgehaald; 3) Voor fase 3 is gekeken naar het aantal mensen met dementie met een VV5/VV7-indicatie en een MPT, VPT of PGB, en het aantal mensen met een VV4-indicatie met de grondslag psychogeriatric. Dit op basis van cijfers van [CBS Statline \(2022\)](#). Voor de mensen met een VV4-indicatie met de grondslag psychogeriatric geldt dat deze groep mogelijk breder is dan enkel mensen met dementie; 4) Voor fase 4 is eveneens op basis van cijfers uit monitor Langdurige zorg van [CBS Statline \(2022\)](#) voor VV4/VV5/VV7-indicaties vastgesteld hoeveel mensen met dementie in een intramurale setting verblijven. Voor de mensen met een VV4-indicatie met de grondslag psychogeriatric geldt dat deze groep mogelijk breder is dan enkel mensen met dementie; 5) Zie [Motie van den Hill/Agema \(januari 2024\)](#) en gewijzigde [Motie van den Hill/Agema \(februari 2024\)](#).

Afhankelijk van scenario/uren, is per jaar min. 1.728/ max. 2.944 FTE nodig – o.b.v. uren impliceert dit min. €241 en max. €411 mln

1. Minimaal en maximaal **benodigd aantal FTE** op basis van min. en max. benodigd aantal uren voor scenario 1 en scenario 2¹



2. Totale kosten (€) inzet casemanagement professionals op basis van min. en max. benodigd aantal uren voor scenario 1 en scenario 2¹



Toelichting

- In een aantal stappen^{1,2} is op basis van het rekenmodel op de vorige pagina berekend **hoeveel FTE aan casemanagement professionals minimaal en maximaal benodigd is** in scenario 1 en 2 per jaar.
- Op basis van de **maximale integrale uurtarieven voor verpleging in de Zvw/Wlz** (afhankelijk van de fase) is berekend wat het aantal benodigde FTE betekent in termen van kosten (€)^{1,2}.

i *Uiteraard kunnen de werkelijke personeelskosten per regio en organisatie verschillen en hoger of lager uitvallen³. Een kostprijsonderzoek valt echter buiten de scope van dit onderzoek, waardoor in dit onderzoek niet inzichtelijk is gemaakt of de NZa-tarieven kostendekkend zijn*

Conclusie onderzoeksvraag 2: Het benodigde aantal FTE aan CM professionals ligt tussen de **1.728 FTE en 2.944 FTE**.

Conclusie onderzoeksvraag 3: De kosten van de inzet van CM professionals liggen tussen de **€241 miljoen en €411 miljoen**.

1) Om het aantal FTE te berekenen op basis van ieder scenario en het minimum- en maximaal aantal uren, is eerst het totale aantal benodigde uren berekend. Dit gebeurt volgens het rekenmodel dat op pagina 13 is weergegeven. Het aantal benodigde uren wordt berekend door het aantal mensen met dementie (onderdeel A) te vermenigvuldigen met het aantal uren (onderdeel B) en het gekozen scenario (onderdeel C). Vervolgens wordt dit totaal aantal uren per fase opgeteld en gedeeld door het aantal werkbare uren per jaar (1584 uur, uitgaande van ongeveer 44 werkbare weken per jaar en een werkweek van 36 uur cf. de CAO Zorg en Welzijn). De 44 werkbare weken zijn vastgesteld door rekening te houden met 6 weken vakantie en 2 weken voor trainingen, opleidingen en verzuim. Om de totale kosten te berekenen, wordt het benodigde aantal uren voor casemanagement professionals vermenigvuldigd met het Zvw-tarief €88,35 (cf. het NZa-tarief 2024 voor verpleging) voor fase 1 en fase 2. Voor fase 3 en 4 wordt het benodigde aantal uren vermenigvuldigd met het Wlz-tarief €87,32 (cf. het NZa-tarief 2024 voor verpleging); 2) Voor de berekening in fase 4 is bij de minimale ureninzet uitgegaan van de warme overdracht. Hierbij is aangenomen dat de warme overdracht alleen van toepassing is op een deel van het totale aantal mensen met dementie in fase 4, namelijk de gemiddelde jaarlijkse toestroom in het verpleeghuis. Dit komt neer op 31.653 mensen (75.967 mensen in fase 4 / 2,4 jaar gemiddelde verblijfsduur in het verpleeghuis). Voor de maximale ureninzet in fase 4 is uitgegaan van 3 uur warme overdracht voor 31.653 mensen zoals hiervoor beschreven en 3 uur nazorg voor het totale aantal mensen in fase 4, namelijk 75.967 mensen met dementie; 3) In het onderzoek business case casemanagement dementie (2023) wordt aangegeven dat het integrale tarief voor verpleging niet kostendekkend is voor zorgaanbieders, mede door de specialistische schaal (55) die vaak voor casemanagement professionals van toepassing is. Daarbij wordt genoemd dat in de praktijk het maximumtarief vaak niet door de zorgverzekeraar wordt betaald.

2.4 Onderzoeksvraag 4

Wat is – gezien de arbeidsmarktkrapte – de 'gap' tussen de benodigde personele inzet (in FTE) en de beschikbaarheid van personeel voor de functie van een casemanagement professional?

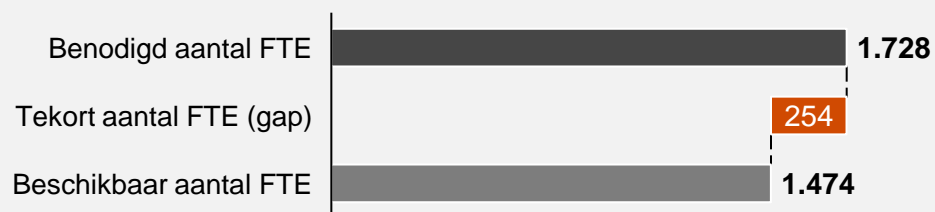
Er zijn op dit moment onvoldoende casemanagement professionals om te voldoen aan het min. en max. benodigde FTE in scenario 1 en 2

De meest recente cijfers van januari 2024 tonen dat er ca. 1.474 FTE aan casemanagement professionals werkzaam is¹. Wanneer dit beschikbare aanbod in FTE in scenario 1 (80% inzet CMD) wordt afgezet tegen het benodigde aanbod in FTE bij minimale en maximale ureninzet, is een tekort zichtbaar van 254 FTE (min. ureninzet) en 881 FTE (max. ureninzet) ...

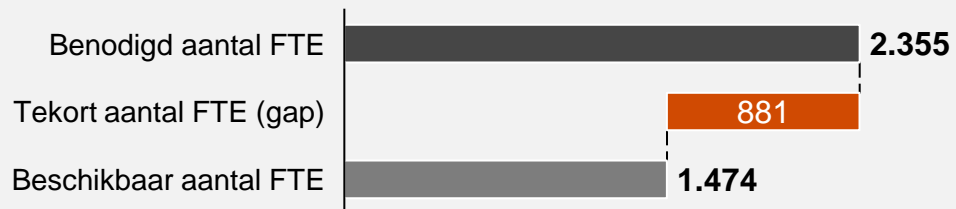
... uitgaande van scenario 2 (100% inzet CMD), loopt het tekort aan casemanagement professionals verder op en geldt een tekort van 686 FTE (min. ureninzet) en 1.470 FTE (max. ureninzet). Dit betekent dat op dit moment zowel voor scenario 1 als 2 bij minimale én maximale ureninzet onvoldoende casemanagement professionals beschikbaar zijn

Beschikbare FTE aan CM professionals¹ vs. benodigde FTE² aan CM professionals bij minimale en maximale ureninzet in scenario 1 (80% inzet CMD)

Scenario 1 – minimale ureninzet

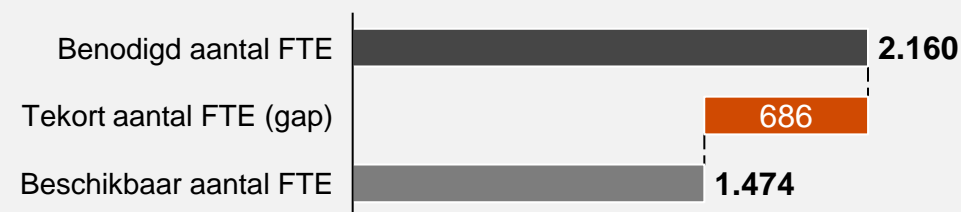


Scenario 1 – maximale ureninzet

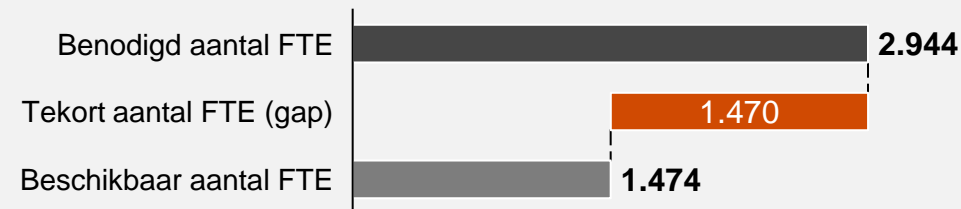


Beschikbare FTE aan CM professionals¹ vs. benodigde FTE² aan CM professionals bij minimale en maximale ureninzet in scenario 2 (100% inzet CMD)

Scenario 2 – minimale ureninzet



Scenario 2 – maximale ureninzet

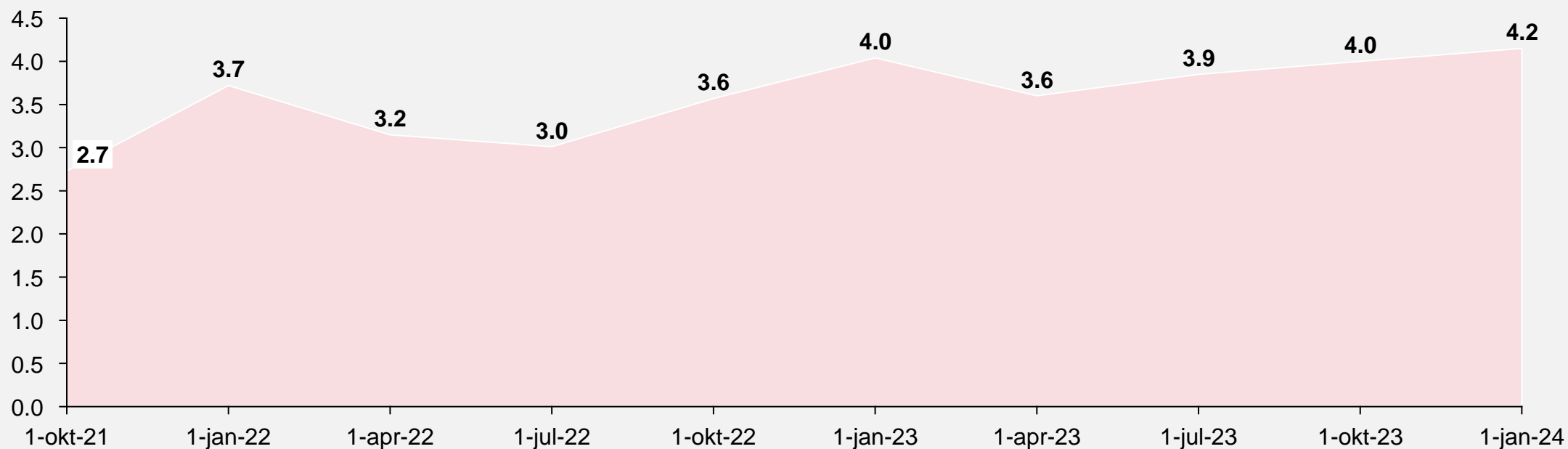


1) Informatiekaart Wachtlijden casemanagement dementie – januari 2024. Gegevens over huidige aantal FTE zijn opgehaald door de NZa via de regionale dementienetwerken. Hierbij moet de kanttekening worden geplaatst dat het voor zorgaanbieders en netwerkcoördinatoren lastig is om het aantal FTE te bepalen. Dit komt voornamelijk doordat verschillende disciplines (wijkverpleegkundige, POH enz.) casemanagement kunnen uitvoeren en de functie casemanagement binnen deze functies niet volledig is afgebakend. Daarnaast speelt mee dat een zorgaanbieder in meerdere netwerken actief kan zijn, waardoor er mogelijk dubbelingen in de data zitten; 2) Om het aantal FTE te berekenen op basis van het scenario en het minimum- en maximaal aantal uren, is eerst het totale aantal benodigde uren voor casemanagement berekend. Dit gebeurt volgens het rekenmodel dat op pagina 13 is weergegeven. Het aantal benodigde uren is berekend door het aantal mensen met dementie (onderdeel A) te vermenigvuldigen met het aantal uren (onderdeel B) en het gekozen scenario (onderdeel C). Vervolgens is dit totaal aantal uren per fase gedeeld door het aantal werkbare uren per jaar (1584 uur, uitgaande van ongeveer 44 werkbare weken per jaar en een werkweek van 36 uur cf. de CAO Zorg en Welzijn).

De ontwikkeling van het aantal wachtenden op inzet van CM professionals, benadrukt dat de kloof tussen vraag en aanbod al bestaat

De informatiekaart Wachttijden casemanagement professionals (januari 2024) toont dat het gemiddeld aantal wachtenden per 100 cliënten is opgelopen van 2,7 cliënten in oktober 2021 naar 4,2 cliënten in januari 2024^{1,2} – op basis van deze informatie is de vraag naar casemanagement professionals op dit moment al groter dan het aanbod aan casemanagement professionals

Ontwikkeling gemiddeld aantal wachtenden op CM professionals per 100 cliënten (periode oktober 2021 t/m januari 2024)¹



NB: Covid-jaren geven mogelijk vertekend beeld

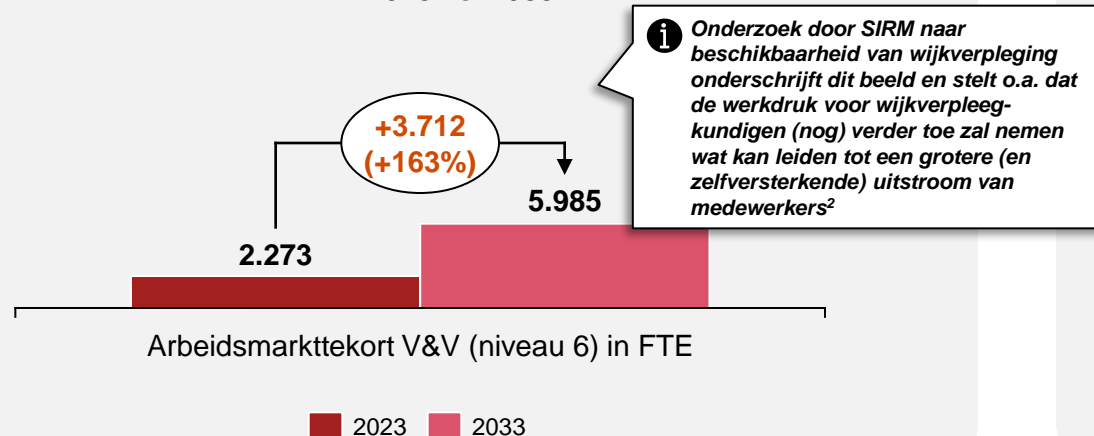
1) Informatiekaart Wachttijden casemanagement dementie – januari 2024; 2) Gegevens over wachttijden zijn opgehaald door de NZa bij de regionale dementienetwerken. Bij deze cijfers moet de kanttekening worden geplaatst dat deze informatie is gebaseerd op een regionale uitvraag waarbij de wachttijd lastig objectief in te schatten was doordat de periode tussen diagnose en de start van zorglevering regionaal anders wordt gedefinieerd en er mogelijk dubbelingen in de data zitten omdat in sommige regio's meer dan één netwerkcoördinator bij een aanbieder betrokken was en informatie daarom mogelijk dubbel kan zijn meegemeld.

Vooruitkijkend is de verwachting dat het tekort aan potentiële CM professionals¹ verder toeneemt door arbeidsmarktkrapte

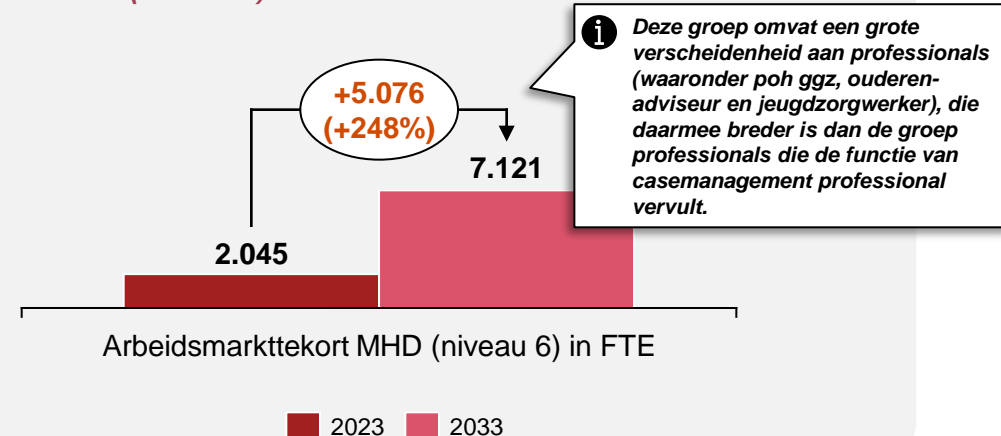
De arbeidsmarktprognose voor de beroepsgroep verlos- en verpleegkunde (V&V) niveau 6 op landelijk niveau, toont dat het tekort aan deze professionals in de periode 2023-2033 FTE fors toeneemt met 3.712 FTE, waardoor het benodigd aantal FTE casemanagement professionals binnen deze beroepsgroep niet gevonden kan worden ...

... kijkend naar de arbeidsmarktprognose voor de beroepsgroep Maatschappelijke hulp en dienstverlening (MHD) niveau 6 op landelijk niveau, is ook hier zichtbaar dat het tekort aan deze professionals in de periode 2023-2033 aanzienlijk oploopt met in totaal 5.076 FTE

Ontwikkeling arbeidsmarkttekort beroepsgroep V&V (niveau 6) in FTE – 2023 vs. 2033¹



Ontwikkeling arbeidsmarkttekort beroepsgroep MHD (niveau 6) in FTE – 2023 vs. 2033¹



Conclusie onderzoeksvraag 4: De arbeidsmarktanalyses tonen dat zowel op dit moment als in de toekomst **onvoldoende (potentiële) casemanagement professionals beschikbaar zijn** om aan de benodigde vraag (op dit moment én in scenario 1 en 2) te voldoen. Deze observaties benadrukken dat het belangrijk is om na te denken over hoe zoveel mogelijk mensen met dementie toch gebruik kunnen maken van casemanagement dementie. Taakdifferentiatie kan hierin een belangrijke rol spelen, naast verdere activatie van het informele netwerk en mogelijk ook inzet van professionals met een andere achtergrond. Op de volgende twee pagina's lichten we een aantal (regionale) 'praktijkvoorbeelden' toe die (potentieel) een impact hebben op het beheersen van de druk op de arbeidsmarkt.

¹) Conform de Zorgstandaard Dementie kan casemanagement worden uitgevoerd door een professional met hbo-niveau: dit betekent een verpleegkundige niv. 6 en/of sociaal werker niv. 6. De ABF arbeidsmarktprognose 2023-2033 voor de beroepsgroep Verlos- en verpleegkunde niveau 6 en Maatschappelijke hulp en dienstverlening niveau 6, maakt inzichtelijk wat het arbeidsmarkttekort is in aantal personen in 2023 en 2033. Het aantal personen is vervolgens vermenigvuldigd met de aanname dat een persoon gemiddeld 1.200 uur per jaar werkzaam is. Dit totaal aantal uren is vervolgens gedeeld door gemiddeld aantal werkbare uren per jaar (1584 uur, uitgaande van ongeveer 44 werkbare weken per jaar en een werkweek van 36 uur cf. de CAO Zorg en Welzijn) wat gelijk staat aan 1 FTE; ²) SIRM onderzoek naar de beschikbaarheid van wijkverpleging

Door netwerksamenwerking in de niet-pluis fase en diverse varianten van CMD, kunnen CM professionals in potentie worden ontlast

Praktijkvoorbeeld 1: Samenwerking met POH'ers, wijkverpleegkundigen en het sociaal domein in de niet-pluis fase kan ervoor zorgen dat CM professionals een stapje terug kunnen doen

Toelichting op aanpak:

- Uit focusgroepen komen praktijkvoorbeelden naar voren die aangeven dat **een effectieve samenwerking tussen casemanagement professionals, praktijkondersteuners huisartsen (POH'ers) en wijkverpleegkundigen in minder intensieve fases** gecombineerd met een versterkte **samenwerking met het sociaal domein**, kan bijdragen aan **de verlichting van de werkdruk voor de casemanagement professional in de niet-pluis fase**.
- In deze aanpak fungeren **wijkverpleegkundigen of POH'ers die al actief zijn in de ondersteuning van de persoon met dementie als het vaste aanspreekpunt voor zowel de cliënt als het sociaal domein**. Doordat zij al betrokken zijn, kunnen zij **de coördinatie** van zorg en ondersteuning op zich nemen. De casemanagement professional is wel in deze fase betrokken bij de cliënt, maar vervult **een rol op de achtergrond op consultbasis**.

(Potentiële) impact van aanpak op arbeidsmarkt:

- Doordat de wijkverpleegkundigen of POH'ers **de coördinatie van zorg en ondersteuning** op zich nemen en **het dagelijkse vaste aanspreekpunt** richting de cliënt en het sociaal domein zijn, kan de casemanagement professional mogelijk worden ontlast in deze fase van de cliëntreis. Dit kan potentieel resulteren in **gemiddeld minder ureninzet per cliënt**. Daarnaast kan betere netwerksamenwerking in potentie bijdragen aan **het verminderen van onnodige stapeling van zorg**, wat inzet van schaarse zorgprofessionals in brede zin ten goede komt.

i De beschreven 'praktijkvoorbeelden' verdienen nadere doorrekening om de impact hiervan op de arbeidsmarkt nader te kunnen toetsen en kwantificeren. Dit valt buiten de scope van het huidige onderzoek.

Praktijkvoorbeeld 2: Toepassen van drie varianten van casemanagement dementie na triage, afhankelijk van de complexiteit van de casus, kan de CM professional ontlasten

Toelichting op aanpak

- Bij de Vierstroom in Gouda heeft men **een nieuwe casemanagement dementie aanpak ontwikkeld** omdat zij zien dat hun huidige vorm van casemanagement dementie **niet meer houdbaar is** doordat de zorgvraag groeit tegenover een groeiend arbeidsmarkttekort.
- In de nieuwe aanpak **volgt op de diagnosestelling een triagegesprek om te bepalen voor welke categorie dementiebegeleiding de persoon en de naasten in aanmerking komt**. Zo ontvangt elke persoon met dementie passende zorg op maat en is er geen overlap van zorgverlening. Bij veranderde complexiteitscriteria kan er een nieuwe triage aangevraagd worden.
- Er zijn drie varianten casemanagement dementie, waarbij variant 1 geldt voor de minst complexe casussen en variant 3 voor de meest complexe casussen: **1) Digitaal en op consultbasis, 2) Dementiebegeleiding door aandachtsvelder dementie (bijv. wijkverpleegkundige) en 3) Dementiebegeleiding door de casemanagement professional**.

(Potentiële) impact van aanpak op arbeidsmarkt:

- Door het **inzetten van verschillende varianten van casemanagement dementie** waarbij de casemanagement professional kan terugvallen op digitale ondersteuning (variant 1) en andere professionals die de rol van aandachtsvelder vervullen (variant 2), kan de casemanagement professional in potentie **gemiddeld minder uren per cliënt besteden**.

Inzet van CM professionals o.b.v. competenties en SBD-professionals met andere achtergrond, vergroot mogelijk het arbeidsmarktpotentieel

Praktijkvoorbeeld 3: Inzet van hbo-geschoolden o.b.v. competenties ondervangt mogelijk het tekort aan hbo-geschoolde verpleegkundigen / sociaal werkers, wat in potentie leidt tot nieuw arbeidsmarktpotentieel

Toelichting op aanpak:

- Uit focusgroepen komt naar voren dat men in een aantal regio's ervoor kiest om naast hbo-opgeleide verpleegkundigen en hbo-opgeleide sociaal werkers, ook **hbo-opgeleiden met een andere achtergrond in te zetten als casemanagement professionals**. Casemanagement professionals worden dan aangenomen op **basis van hun competenties**.
- Deze aanpak wordt met name toegepast wanneer regio's zijn getroffen door een **krappe arbeidsmarkt** met onvoldoende aanbod aan casemanagement professionals met een hbo-niveau verpleegkundige of sociaal werk.

(Potentiële) impact van aanpak op arbeidsmarkt:

- Door casemanagement professionals te selecteren op basis van competenties in plaats van achtergrond in sociaal werk of verpleegkunde, wordt **een groter arbeidsmarktpotentieel aangetrokken** en **kan het tekort aan casemanagement professionals mogelijk (deels) worden teruggebracht**.
- Door deze werkwijze kunnen **meer mensen met dementie in potentie casemanagement dementie ontvangen** en wordt **de druk op casemanagement professionals mogelijk lager**.

i De beschreven 'praktijkvoorbeelden' verdienen nadere doorrekening om de impact hiervan op de arbeidsmarkt nader te kunnen toetsen en kwantificeren. Dit valt buiten de scope van het huidige onderzoek.

Praktijkvoorbeeld 4: Inzet van (andersgeschoolde) leefcoaches opgeleid in de Sociale Benadering Dementie (SBD) kan casemanagement professionals ontlasten en vergroot mogelijk het arbeidsmarktpotentieel

Toelichting op aanpak

- In de regio Roermond wordt voor de begeleiding van mensen met dementie de **Sociale Benadering Dementie** geïmplementeerd. Deze werkwijze richt zich op het verbeteren van de kwaliteit van leven voor mensen met dementie door hun **sociale omgeving en maatschappelijke deelname te versterken**. Naast Roermond, wordt deze aanpak ook in andere regio's toegepast.
- Om dit te realiseren, worden in Roermond **SBD-professionals ingezet in de rol van zogeheten leefcoaches**. Deze coaches hebben **een diverse achtergrond**: zowel zorg- of welzijn als andersgeschoold. Coaches fungeren **als gidsen voor mensen met dementie en naasten en zijn daarmee het primaire aanspreekpunt voor hen**. De casemanagement professional kan hierdoor op **de achtergrond** betrokken zijn en vervult een rol op consultbasis.

(Potentiële) impact van aanpak op arbeidsmarkt:

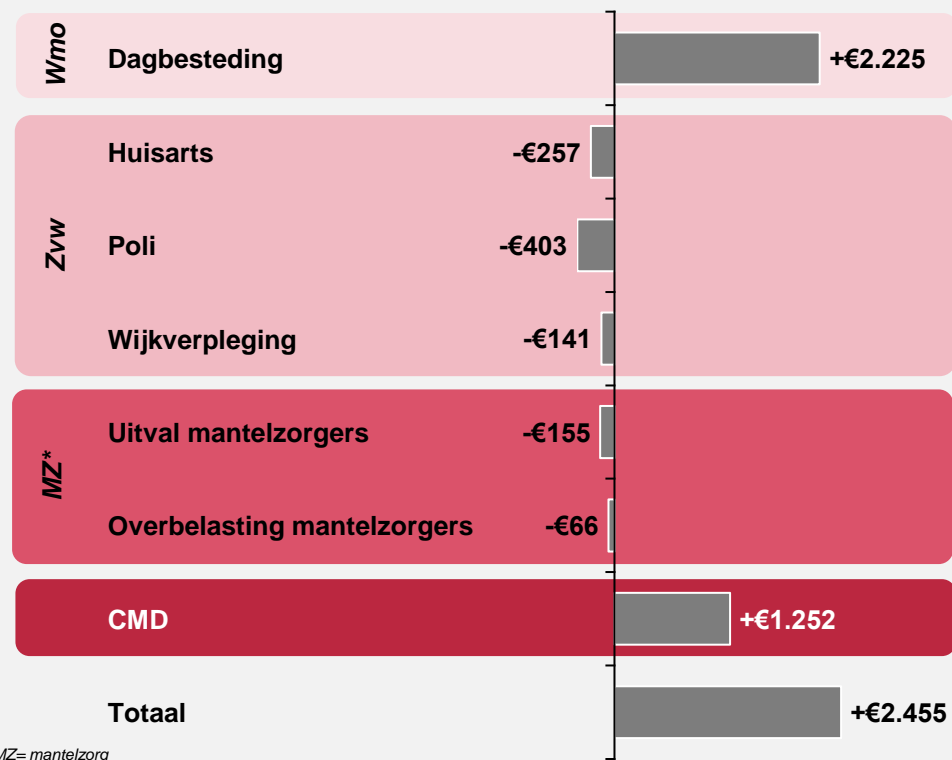
- Doordat **de leefcoach** die is opgeleid vanuit de SBD-visie **het primaire aanspreekpunt voor de persoon met dementie en naasten is**, kan de casemanagement professional worden ontlast. Daarnaast kan de rol van leefcoach worden vervuld door mensen met **een brede achtergrond**, waardoor **nieuw arbeidsmarktpotentieel** kan worden ingezet in de ondersteuning voor mensen met dementie. Ook focust de leefcoach op **netwerkversterking**, wat de casemanagement professional verder ontlast.
- Deze aanpak resulteert potentieel in **gemiddeld minder casemanagement inzet per cliënt**.

2.5 Onderzoeksvraag 5

Welke (kwantitatieve) maatschappelijke baten in de Wmo, Zvw en Wlz en door ontzorging van mantelzorgers ontstaan er door de inzet van een casemanagement professional?

Binnen de Wmo en Zvw resulteert CMD voor thuiswonende mensen met dementie in verschuivingen – ook heeft CMD impact op mantelzorg

Gemiddelde jaarlijkse besparing of investering per zorg-/ondersteuningsvorm per persoon met dementie door de inzet van een casemanagement professional^{1,2,3}



Toelichting

- Op basis van uitkomsten van de **business case casemanagement dementie (2023)** is in kaart gebracht binnen welke zorg-/ondersteuningsvormen in de Wmo en Zvw een **toename of afname van zorg- en ondersteuningsgebruik** plaatsvindt door inzet van casemanagement dementie en **wat dit betekent in euro's**.
- Binnen de **Wmo** wordt **dagbesteding** vaker ingezet wanneer een casemanagement professional betrokken is in de ondersteuning van mensen met dementie, wat vraagt om een investering van **gemiddeld €2.225 p.p.p.j.**
- In de Zvw is dankzij de inzet van casemanagement professionals daarentegen een besparing zichtbaar door een afname in het gebruik van **huisartsbezoeken, poliklinische consulten en inzet van wijkverpleging** van **gemiddeld in totaal €801 p.p.p.j.**
- Daarnaast zijn de verwachte kosten als gevolg van **werkuitval en overbelasting van mantelzorgers** van personen met dementie in kaart gebracht. Hierbij is de aanname dat **inzet van een casemanagement professional de kosten van werkuitval van mantelzorgers met 10% kan verminderen**, wat neerkomt op een besparing van **€155 p.p.p.j.** Wat betreft de kosten door **overbelasting van mantelzorgers, is de aanname dat deze met 20% kunnen worden gereduceerd door de inzet van een casemanagement professional**, wat overeenkomt met een besparing van **€66 p.p.p.j.**².
- O.b.v. het rekenmodel uit onderzoeksvraag 2 is ten slotte berekend dat de kosten van een **casemanagement professional gemiddeld € 1.252 p.p.p.j. bedragen**³.

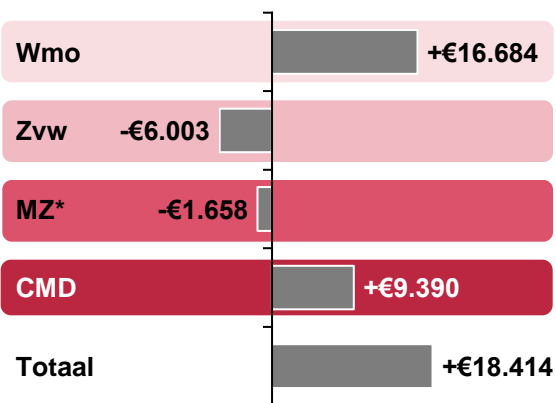
1) Om de gemiddelde jaarlijkse besparing of investering per persoon met dementie door de inzet van een casemanagement professional in kaart te brengen, zijn de uitgangspunten uit de **business case casemanagement dementie (2023)** gehanteerd. Deze uitgangspunten hebben betrekking op de gemiddelde inzet van verschillende zorg- en ondersteuningsvormen per domein, zowel in de situatie met als zonder de inzet van een casemanagement professional. De zorg- en ondersteuningsvormen die zijn meegenomen, en waarbij de gemiddelde inzet wordt aangegeven voor een klantreis van gemiddeld 7,5 jaar van een persoon met dementie, zijn: casemanagement professional (CMD in de Zvw), huisarts (Zvw), polikliniek (Zvw), wijkverpleegkundige (Zvw), en dagactiviteiten (Wmo). Op basis van de gegeven gemiddelde inzet per zorg- en ondersteuningsvorm is de gemiddelde inzet terugerekend naar de jaarlijkse inzet gedurende een klantreis van 7,5 jaar. Vervolgens is Zvw-inzet vermenigvuldigd met de bijbehorende Zvw-tarieven van de NZa voor 2024. Voor Wmo-dagbesteding is een gemiddeld tarief berekend op basis van het gemiddelde tarief voor de desbetreffende ondersteuningsvorm in 2024, zoals vastgesteld in een aantal gemeenten;

2) Om de kosten van het uitvallen van mantelzorgers per persoon met dementie te berekenen in een situatie zonder CMD, is eerst bepaald hoeveel mantelzorgers een gemiddelde persoon met dementie heeft. Dit is vastgesteld door het totale aantal mantelzorgers voor mensen met dementie (800.000, op basis van gegevens van **Alzheimer Nederland**) te delen door het aantal mensen met dementie (290.000, ook op basis van gegevens van **Alzheimer Nederland (2022)**). Vervolgens is onderzocht welk percentage van deze mantelzorgers een betaalde baan heeft (43%) en hoeveel van hen met een baan overbelast is (3%). Voor deze groep werkende mantelzorgers is de economische impact van burn-out berekend. Hierbij zijn de kosten voor werkgevers bij burn-out geschat op 43.500 euro per mantelzorger, gebaseerd op een totale werkgeverslast van 60.000 euro en een gemiddeld aantal werkuren van 29 per week (79% van 36 uur). Bij inzet van casemanagement professionals is o.b.v. een conservatieve schatting door Strategy& op basis van de business case Social Trials de berekening gemaakt dat het aantal uitvallende mantelzorgers met een baan met 10% afneemt. Om de kosten van overbelasting van mantelzorgers per persoon met dementie vast te stellen in een situatie zonder CMD, is berekend hoeveel mantelzorgers zeer zwaar belast zijn en wat de gemiddelde kosten zijn voor basis GGZ-zorg. Hierbij is uitgegaan van 10 sessies van 60 minuten tegen een tarief van 120 euro per sessie, als ondersteuning voor mantelzorgers bij hun overbelasting. Bij inzet van casemanagement professionals is o.b.v. een conservatieve schatting door Strategy& op basis van de business case Social Trials de berekening gemaakt dat het aantal zeer zwaarbelaste mantelzorgers met 20% afneemt; 3) Op basis van het rekenmodel is berekend dat een persoon met dementie jaarlijks gemiddeld 14,25 uur casemanagement ontvangt – dit gemiddelde is scenario- en fase-overstijgend. Deze ureninzet is vermenigvuldigd met het bijbehorende Zvw-tarief van de NZa voor 2024.

De investering van CMD kan worden terugverdiend door uitstel opname (Wlz) – afname van Wlz-dagbehandeling vergroot in potentie de impact

Wanneer we de jaarlijkse investering per persoon bij inzet van casemanagement professionals doorvertalen naar de gehele cliëntreis van een persoon met dementie, leidt dit onderaan de streep tot **een investering van €18.414 per persoon over de gehele cliëntreis ...**

Gemiddelde totale besparing of investering per zorg/ondersteuningsvorm per persoon met dementie door de inzet van een casemanagement professional¹



*MZ= mantelzorg

... tegenover deze investering staat dat **bestaand onderzoek² duidelijk maakt dat inzet van casemanagement dementie kan leiden tot uitstel van intramurale opname. De totale investering van €18.414 p.p. kan worden terugverdiend wanneer één persoon ca. 2 maanden langer thuis woont ...**

- **Bestaand onderzoek²** benadrukt dat mensen met dementie dankzij de inzet van casemanagement langer thuis kunnen wonen door uitstel van intramurale opname.
- Eén maand uitstel van intramurale opname resulteert in **een besparing van €10.675³ per maand** – hier staan **meerkosten van langer thuis wonen in de Wmo en Zvw van €1.425⁴ tegenover⁵**.
- Wanneer deze besparing wordt verrekend met meerkosten langer thuis, wordt de investering van €18.414 terugverdiend wanneer **een persoon ca. 2 maanden langer thuis woont**.

... wanneer we het uitgangspunt nemen dat het totaal aantal mensen met dementie (290.000) casemanagement dementie ontvangt, kan de totale investering worden terugverdiend wanneer **33% van deze groep mensen 6 maanden langer thuis woont⁶...**

- De **business case casemanagement dementie (2023)** maakt concreet dat mensen met dementie in potentie **6 maanden langer thuis kunnen wonen** door inzet van casemanagement dementie.
- Wanneer we de totale investering van €18.414 p.p. doorrekenen voor het totaal aantal mensen met dementie van 290.000⁶, zien we dat deze investering kan worden terugverdiend wanneer **33% van de mensen met dementie 6 maanden langer thuis woont** (inclusief meerkosten langer thuis in de Wmo en Zvw).

... naast de impact van case-management dementie op uitstel van intramurale opname in de Wlz, kan de inzet van casemanagement dementie in potentie leiden tot **afname van extramurale Wlz dagbehandeling⁷.**

- De **business case casemanagement dementie (2023)** geeft ook aan dat mensen met dementie door inzet van casemanagement dementie in potentie **twee jaar minder gebruik maken van dagbehandeling in de Wlz**. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat (de omvang van) **deze impact niet (volledig) wordt herkend** in bestaand onderzoek en individuele gesprekken/focusgroepen.
- Voor (een deel van de) mensen met dementie kan in potentie **een besparing van maximaal €34.737 p.p.** over de gehele cliëntreis worden gerealiseerd door afname van extramurale dagbehandeling⁷.

Conclusie onderzoeksvraag 5: de investering die inzet van een casemanagement professional vraagt over de gehele cliëntreis, kan worden terugverdiend door uitstel opname: ofwel wanneer iedere persoon met dementie **2 maanden langer thuis woont** ofwel wanneer **33% van de totale groep mensen met dementie van 290.000 in totaal 6 maanden langer thuis woont**. De impact kan worden vergroot doordat inzet van casemanagement dementie in potentie ook leidt tot afname van Wlz-dagbehandeling.

1) De jaarlijkse besparing of investering van de vorige pagina zijn doorberekend naar de kosten in een gehele cliëntreis van 7,5 jaar; 2) *Business case casemanagement dementie (2023)* en *Uitstel opname in verpleeghuis door casemanagement dementie (2022)*; 3) *Tarief is vastgesteld o.b.v. het NZa tarief 2024 voor zzp vv-5 toegelaten voor behandeling incl. dagbesteding (Z051) van €350,97 maximum per dag, wat betekent €10.675,34 per maand*; 4) *De meerkosten in de Wmo en Zvw als gevolg van de uitgestelde opnameperiode zijn in kaart gebracht op basis van onderzoek door Significant (2021)*; 5) *In aanvulling hierop is het belangrijk om op te merken dat uitstel van intramurale zorg de druk op de zorg op andere plekken kan vergroten, omdat ouderen dan vaker in het ziekenhuis belanden. Daarbij gaat het vooral om mensen die dementiezorg nodig hebben of die thuis ten val komen, zie PhD thesis van Marlies Bär hierover Living Longer, Caring Better: Equality and efficiency in health and care at old age (2024)*; 6) *De totale kosten voor 290.000 mensen met dementie zijn op basis van de jaarlijkse besparing of investering van de vorige pagina doorberekend. Vervolgens is dit gedeeld door de totale besparing die 290.000 mensen met 6 maanden uitstel van opname realiseren o.b.v. het maandtarief van zzp vv-5 toegelaten voor behandeling incl. dagbesteding (zie voetnoot 6). Hierin zijn de meerkosten in de Wmo en Zvw zoals geïdentificeerd in het onderzoek van door Significant (2021) verdisconteerd*; 7) *De business case casemanagement dementie (2023) geeft aan dat een persoon met dementie zonder inzet van casemanagement professional gemiddeld 20 dagdelen per maand in de laatste 3 jaar voor opname gebruik maakt van dagbehandeling in de Wlz. Met inzet van een casemanagement professional is dit 24 dagdelen in enkel het laatste jaar voor opname. Het verschil in aantal dagdelen tussen de situatie met en zonder inzet van een casemanagement professional is vervolgens vermenigvuldigd met het tarief voor dagbehandeling SO/PG vastgesteld o.b.v. het NZa tarief 2024 op €80,41 om de besparing in euro's te bepalen.*

2.6 Onderzoeksvraag 6

Wat zijn de grootste belemmerende factoren voor de inzet van casemanagement dementie en welke stimulerende voorwaarden kunnen passende inzet ervan vergroten?

Belemmeringen voor de inzet van CM professionals zijn te zien rondom beschikbaar aanbod, persoonlijke oorzaken en kennis bij professionals

1. Belemmerende factoren¹ om casemanagement professionals in te zetten bij meer mensen met dementie

Categorie	Belemmerende factor	Toelichting
Beschikbaarheid aanbod	Beperkt aanbod van CM professionals en/of de aanwezigheid van wachtlijsten, maken het niet altijd mogelijk om CM professionals in te zetten indien gewenst	CM professionals benadrukken dat de vraag naar CM professionals snel oploopt, terwijl het aanbod van personeel niet evenredig meegroeit door arbeidsmarkttekorten. Deze combinatie zet het aanbod van CM professionals onder druk. Hierdoor kampen regio's met wachtlijsten en hebben zij bijvoorbeeld bij huisartsen en andere zorg- en welzijnsprofessionals in het netwerk moeten aangeven dat zij geen nieuwe cliënten kunnen ondersteunen.
Persoonlijke oorzaken	Stigma rondom dementie maakt dat breed in de maatschappij een drempel wordt ervaren om CM professionals in te zetten	Zorgprofessionals en mantelzorgers van mensen met dementie geven aan dat er breed in de maatschappij (zowel onder naasten en mensen met dementie als zorgprofessionals) een stigma rondom dementie bestaat, wat ertoe leidt dat ook CM professionals niet altijd vroegtijdig genoeg worden ingezet. Dit komt o.a. doordat mensen terughoudend zijn in het inschakelen van hulp, omdat men denkt dat het zonder professionals ook moet lukken.
	Personen met dementie ervaren niet altijd een klik met de aangewezen CM professionals en krijgen niet altijd een alternatief aangeboden	Mantelzorgers van mensen met dementie geven aan dat ze in een aantal gevallen geen klik hebben ervaren met de CM professional en dat zij – nadat zij dit hebben aangegeven – niet direct een alternatief aangeboden kregen. Hierdoor is in een aantal gevallen de inzet van een CM professional beëindigt.
	Slechte ervaringen uit het verleden met andere zorgprofessionals, kunnen drempel vormen voor mensen met dementie en naasten om CM professionals in te zetten	Mensen met dementie en naasten kunnen vanuit het verleden een slechte ervaring hebben met zorgprofessionals (in de thuisomgeving). Een slechte ervaring of slecht beeld van andere zorgprofessionals kan een reden zijn om CM professionals af te houden.
Kennis bij professionals	Andere zorgprofessionals (bijv. huisarts) zijn niet altijd op de hoogte van het bestaan van CM professionals, waardoor de mogelijkheid niet altijd onder de aandacht wordt gebracht bij mensen met dementie	Niet voor elke zorgprofessional (bv. huisarts, wijkverpleging of geriater) is het een bekende en daardoor voor de hand liggende keuze om CM professionals in te zetten. Hierdoor worden mensen met dementie niet altijd doorverwezen naar een CM professional.
	Beginnende dementie (niet-pluis fase) wordt niet altijd herkend door zorgprofessionals, waardoor er in deze fase nog niet altijd wordt doorverwezen naar CM professionals	Beginnende dementie (niet-pluis fase) wordt niet altijd als zodanig en daarmee tijdig genoeg herkend, waardoor CM professionals pas in een (te) latere fase (2 of 3) worden ingezet. Hierdoor ontstaan in de praktijk met regelmaat onnodige crisissituaties.

Belemmeringen voor passende dementiezorg door CM professionals kennen factoren in de financiering, wet- en regelgeving...

2. Belemmerende factoren¹ voor het inzetten van passende dementiezorg door CM professionals gedurende de hele cliëntreis

Categorie	Belemmerende factor	Toelichting
Financiering	Het integrale maximale tarief voor verpleging waarmee inzet van CM professionals wordt bekostigd, wordt niet altijd als kostendekkend ervaren door aanbieders wat inzet van CM professionals belemmert	Het integrale maximale tarief dat wordt gebruikt voor de casemanagement professionals wordt door zorgaanbieders niet als kostendekkend ervaren, waarbij wordt aangegeven dat de kosten voor de inzet van relatief kostbare CM professionals hoger liggen dan de integrale vergoeding. Dit maakt het niet altijd (financieel) aantrekkelijk voor aanbieders om in te zetten op CM professionals, waardoor deze niet overal (volledig) in de cliëntreis worden ingezet.
	Diversiteit in financiering van regionale dementienetwerken, resulteert in diversiteit in de mate waarin netwerken hun functie kunnen vervullen in de ondersteuning van CM professionals en vergroten van inzet hiervan	Regionaal zijn verschillen waarneembaar in de financiële vergoeding van regionale dementienetwerken. Dit leidt ertoe dat niet ieder netwerk over dezelfde middelen beschikt om haar ondersteunende functie te kunnen uitvoeren, wat invloed heeft op de mate waarin zij ondersteunend kunnen zijn o.a. op het vlak van het vergroten van de bekendheid van CM professionals.
	Complexiteit van financiering voor de "warme overdracht", en indien gewenst, nazorg, wat inzet van CM professionals in overgang van fase 3 naar 4 belemmert	Het is op dit moment voor CM professionals in de meeste gevallen complex om hun inzet in overgang van fase 3 naar 4 (warme overdracht en eventuele nazorg) te bekostigen omdat zij hier in de regel voor moeten aankloppen bij de intramurale instelling en via die weg moeten worden uitbetaald. Dit zorgt voor complexiteit en maakt bekostiging in de praktijk meestal niet via deze weg plaatsvindt. Hierdoor worden o.a. creatieve oplossingen gezocht om deze inzet toch te kunnen declareren (bijv. wegschrijven in inzet in fase 2 of 3) of wordt CM in deze fase niet ingezet.
Wet- en regelgeving	Verskil in interpretatie en implementatie van de Zorgstandaard Dementie en recente duiding door het Zorginstituut, wat zorgt dat CM professionals niet gedurende de gehele cliëntreis of door elk type professional dat de functie mag vervullen wordt ingezet	Regionaal zijn verschillen waarneembaar in de wijze waarop de Zorgstandaard Dementie en recente duiding door het Zorginstituut worden geïnterpreteerd en geïmplementeerd: zo noemen een aantal CM professionals dat hun preferente zorgverzekeraar de inzet van CM professionals met een hbo-niveau sociaal werk en/of inzet van CM professionals in de niet-pluis fase niet financiert. Dit zou volgens deze afspraken/duiding wel mogelijk moeten zijn.
	Casemanagement professionals mogen in de basis geen Wmo-indicaties stellen – gezien de aanwezige wachtlijsten, verhoogt dit druk op CM professionals waardoor zij minder mensen kunnen ondersteunen dan gewenst	In veel regio's mogen casemanagement professionals geen Wmo-indicaties stellen. Wanneer een Wmo-indicatie wel nodig is, zorgt dit voor toename van crisissituaties omdat de ondersteuning te lang op zich laat wachten. Dit staat passende dementiezorg in de weg en zorgt ervoor dat mensen met dementie niet tijdig en passend worden ondersteund waardoor de druk op CM professionals toeneemt en wat ertoe kan leiden dat zij minder mensen kunnen ondersteunen dan gewenst.

... en samenwerking

2. Belemmerende factoren¹ voor het inzetten van passende dementiezorg door CM professionals in de hele cliëntreis

Categorie	Belemmerende factor	Toelichting
Samen- werking	Ontbreken van netwerksamenwerking en daarmee geen korte lijntjes tussen casemanagement professionals en (in)formele zorg/ondersteuning	In sommige regio's is dementiezorg niet georganiseerd in een keten of zijn de contacten met formele en/of informele zorg en ondersteuning niet sterk genoeg. Hierdoor zijn professionals niet op de hoogte van elkaars aanbod en kan onnodige stapeling van zorg en ondersteuning ontstaan. Dit staat een passende ondersteuning van de persoon met dementie in de weg en vergroot de druk op CM professionals, wat ertoe kan leiden dat zij minder mensen kunnen ondersteunen dan gewenst.
	Ontbreken van (goed) contact tussen CM professionals en aanmeldroutes in het medisch (o.a. huisarts/POH/SOH) en sociaal domein (o.a. gemeenteloket)	Het contact tussen CM professionals en belangrijke aanmeldroutes vanuit het medisch en sociaal domein zijn niet altijd goed georganiseerd: zo is er niet altijd duidelijkheid over de wijze waarop mensen met dementie kunnen worden aangemeld bij CM professionals. Dit staat passende dementiezorg door CM professionals in de hele cliëntreis in de weg en maakt dat het bord van de CM professional voller wordt wat druk op caseload vergroot.

Om de zojuist beschreven belemmeringen te ondervangen, zijn een aantal stimulerende voorwaarden in beeld gebracht

1. Stimulerende voorwaarden voor het vergroten van de inzet van casemanagement professionals bij mensen met dementie

Beschikbaarheid aanbod vergroten

Inzetten van andere zorg- en welzijnsprofessionals in het beginstadium van dementie (m.n. fase 1 en 2) waardoor de CM professional wat meer op de achtergrond betrokken kan zijn en daardoor meer cliënten kan ondersteunen

Het onderzoeken van de mogelijkheid om hbo-professionals o.b.v. competenties i.p.v. studieprofiel in te zetten

Persoonlijke drempels verlagen

Inzetten op publiekscampagnes rondom het normaliseren van dementie, waardoor stigma mogelijk afneemt – inzet van ervaringsdeskundigen kan helpend zijn

Vanuit CM professionals een klikgesprek initiëren of pro-actief aangeven dat een cliënt kan veranderen van professional wanneer er geen klik is

Kennis bij professionals

Inzetten op scholing rondom vroegsignalering van dementie (niet-pluis) en belang van vroegtijdige inzet van CM professionals

Betere positionering en profilering van CM professionals bij bestaand aanbod; o.a. door flyers bij huisartsenpraktijken, ontmoetingsplekken, digitale toepassingen etc.

Uniformiteit in toepassing van wachtlijsten creëren, mogelijk ondersteund door centrale coördinatiepunten

i De stimulerende voorwaarden zijn net als de belemmerende factoren opgehaald in gesprekken en focusgroepen met o.a. zorgprofessionals, mantelzorgers, regionale dementienetwerkcoördinatoren en een afvaardiging vanuit de klankbordgroep. Hierbij kon niet inzichtelijk worden gemaakt in welke mate deze voorwaarden daadwerkelijk bijdragen aan het ondervangen van de belemmerende factoren. Dit overzicht betreft dan ook een beeld opgehaald bij de zojuist genoemde partijen.

2. Stimulerende voorwaarden voor het inzetten van passende dementiezorg door CM professionals in de hele cliëntreis

Financiering

Uitvoeren van kostprijsonderzoek om te onderzoeken in welke mate het integrale tarief kostendekkend is voor de inzet van CM professionals

Realiseren van uniforme financiering van de regionale dementienetwerken zodat elk netwerk een gelijke ondersteunende functie kan vervullen

Vermindering van complexiteit rondom financiering voor warme overdracht en evt. nazorg in overgang van fase 3 naar 4 van de cliëntreis

Verkennen of een separate betaaltitel CMD leidt tot het wegnemen of beperken van financiële belemmeringen die worden ervaren voor de inzet van CMD

Wet- en regelgeving

Op landelijk niveau vanuit o.a. VWS, ZN en ZIN inzetten op uitdragen uitgangspunten Zorgstandaard Dementie, recente duiding ZIN en het meest recente expertiseprofiel

CM professionals machtigen een Wmo-indicatie te stellen zodat Wmo ondersteuning tijdig kan worden ingezet om druk op CM professionals te verminderen

Samenwerking

Opbouwen van een stabiele regionale samenwerking en lokale samenwerkingsafspraken tussen CM professionals en andere professionals in zorg en welzijn

Inzichtelijk maken van lokale sociale kaart van aanbod voor (in)formele zorg en ondersteuning voor mensen met dementie en actief verspreiden onder aanbieders

Uniformeren en centraliseren van aanmeldroutes, o.a. door lokaal een centraal aanmeldpunt in te richten

3

Samenvatting

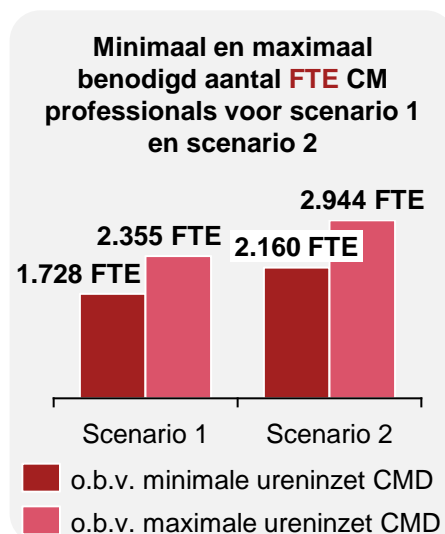
Bij invulling van CMD cf. de Zorgstandaard Dementie, is min. 1.728 en max. 2.944 FTE nodig en daarmee min. €241 mln en max. €411 mln

Onderzoeksvraag 1: Op welke manier wordt in de huidige situatie invulling gegeven aan casemanagement als functie door een casemanagement professional in de vier fases van de cliëntreis, te weten: 1. Inzet casemanagement professionals vanaf de niet-pluis fase, 2. Inzet casemanagement professionals vanaf diagnosestelling tot aan Wlz-indicatie, 3. Inzet casemanagement professionals bij extramurale Wlz-zorg en 4. Inzet casemanagement professionals bij (overgang naar) intramurale Wlz-zorg?

- Regionaal zijn op **drie elementen** verschillen in de invulling van casemanagement dementie te zien. (i) Wat betreft **studieachtergrond en opleidingsniveau** is het **merendeel** van de casemanagement professionals een **verpleegkundige met een hbo-niveau**. In mindere mate worden professionals met een sociaal werk studieachtergrond ingezet en in zeer beperkte mate professionals met een ander opleidingsniveau. (ii) Wat betreft **positionering** geldt dat CM professionals voornamelijk **in dienst zijn bij een individuele zorgaanbieder** en in beperkte mate bij een transmurale instelling/ketenzorg of regionaal dementienetwerk. (iii) Wat betreft de **mate van taakdifferentiatie** geldt dat CM professionals voornamelijk worden ingezet **als functie**. Regionaal verschilt de mate **van taakdifferentiatie**: in sommige regio's worden taken in o.a. de beginfase van dementie door andere professionals (bv. POH'er) uitgevoerd. Onderzoek door HHM² laat zien dat een dergelijke werkwijze **de caseload van casemanagement professionals kan vergroten met ca. 26-31 cases**.
- In dit onderzoek – **cf. de Zorgstandaard Dementie (2020)** – is in de doorrekening het uitgangspunt gehanteerd dat **de casemanagement professional met hbo-niveau sociaal werk of verpleegkunde** degene is die casemanagement dementie op zich neemt als **een vast coördinatie-/ aanspreekpunt gedurende de cliëntreis**. Voor **de meeste regio's die zijn gesproken** geldt dat conform dit uitgangspunt casemanagement wordt uitgevoerd.

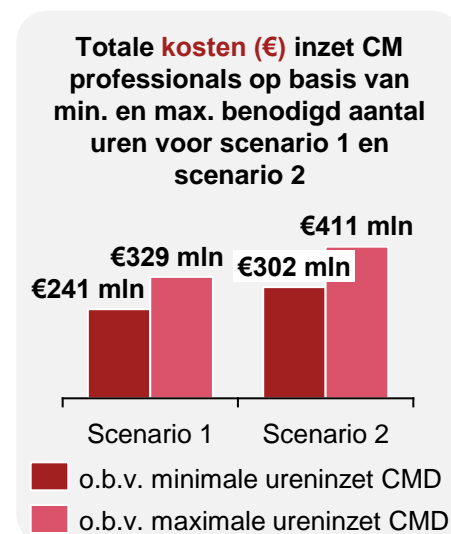
Onderzoeksvraag 2: Welke personele inzet (in FTE) is nodig voor de inzet van een casemanagement professional in de vier fases van de cliëntreis?

- De benodigde personele inzet in FTE aan casemanagement professionals is berekend voor **twee scenario's (80% en 100% inzet van casemanagement dementie uitgaande van 290.000 mensen)**, waarmee cf. de motie³ wordt uitgegaan van een **zo groot mogelijke inzet van casemanagement professionals**.
- Daarnaast blijkt uit de praktijk **een bandbreedte aan ureninzet casemanagement dementie per persoon met dementie van toepassing te zijn**, afhankelijk van o.a. de aanwezigheid van een netwerk en comorbiditeit. Daarom wordt er in de berekening van scenario's uitgegaan van een **minimale en maximale ureninzet**.
- De gehanteerde scenario's inclusief bandbreedte van minimale en maximale ureninzet, resulteren in een benodigd aantal FTE van **minimaal 1.728 FTE en maximaal 2.944 FTE per jaar**⁴.



Onderzoeksvraag 3: Wat zijn de financiële kosten (in €) voor de inzet van een casemanagement professional in de vier fases van de cliëntreis?

- Op basis van het minimaal en maximaal benodigde **totaalaantal uren voor de inzet van casemanagement professionals in scenario 1 en 2**, is berekend wat hiervoor nodig is in **kosten (euro's)**. Om deze kosten te berekenen, is uitgegaan van **integrale NZa-urtarieven** voor verpleging in de Zvw/Wlz.
- De gehanteerde scenario's inclusief bandbreedte van minimale en maximale ureninzet, resulteren in **minimaal €241 miljoen en maximaal €411 miljoen** aan kosten voor de inzet van casemanagement professionals⁴.



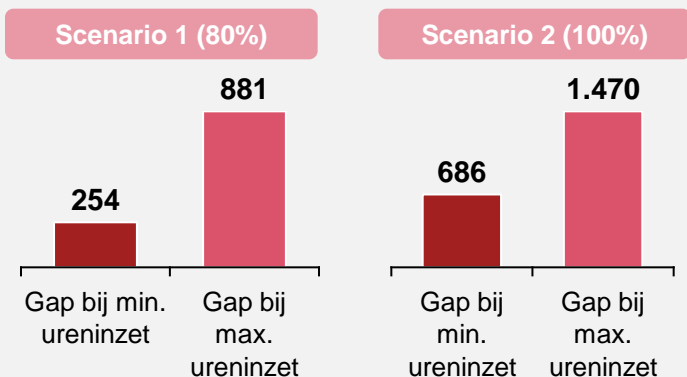
Arbeidsmarktanalyses tonen dat er onvoldoende (potentiële) CM professionals zijn – verdiepen op alternatieve werkwijzen is gewenst

Onderzoeksvraag 4: Wat is – gezien de arbeidsmarktkrakte – de 'gap' tussen de benodigde personele inzet (in FTE) en de beschikbaarheid van personeel voor de functie van een casemanagement professional?

1. Gap tussen beschikbare FTE aan CMD vs. benodigde FTE aan CM professionals

- Wanneer het min. en max. benodigd aantal FTE voor de twee scenario's wordt vergeleken met de beschikbare FTE, zien we een **minimale gap van 254 FTE** en een **maximale gap van 1.470 FTE**.
- Dit betekent dat er binnen het huidige arbeidsmarktpotentieel **onvoldoende casemanagement professionals** zijn om te voldoen aan de benodigde vraag in beide scenario's.

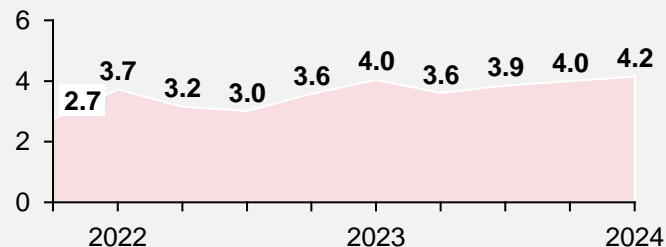
Verskil tussen beschikbare FTE¹ aan CMD vs. benodigde FTE aan CM professionals



2. Groei wachtlijst CM professionals 2021-2024

- Sinds een aantal jaren bestaan er al **wachtlijsten** voor mensen met dementie die een casemanagement professional wensen. In de afgelopen jaren is het aantal wachtenden per 100 cliënten **zelfs gestegen van 2.7 naar 4.2**.
- De aanwezigheid van wachtlijsten en beschreven groei onderstreept dat **de vraag naar casemanagement professionals op dit moment al groter is** dan het aanbod aan casemanagement professionals.

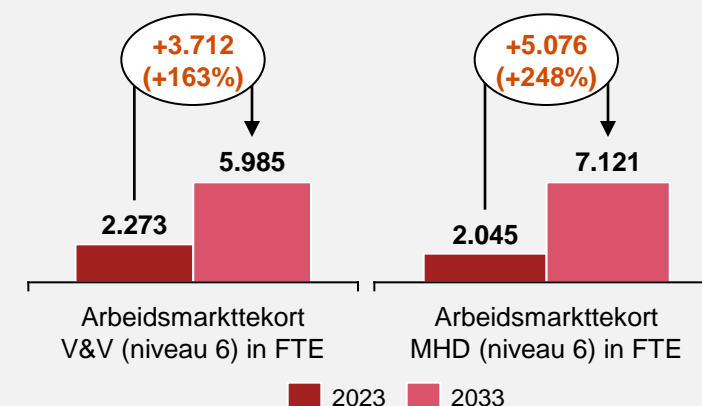
Ontwikkeling gemiddeld aantal wachtenden op CM professionals per 100 cliënten (periode oktober 2021 t/m januari 2024)¹



3. Arbeidsmarktprognose potentiële CM professionals

- De **arbeidsmarktprognose voor potentiële casemanagement professionals** toont dat het tekort aan deze professionals in de periode 2023-2033 fors toeneemt met **3.712 FTE en 5.076 FTE**.
- Deze prognose maakt duidelijk dat het benodigd aantal FTE casemanagement professionals binnen deze beroepsgroepen **niet kan worden gevonden**.

Ontwikkeling arbeidsmarkttekort beroepsgroepen in FTE – 2023 vs. 2033²



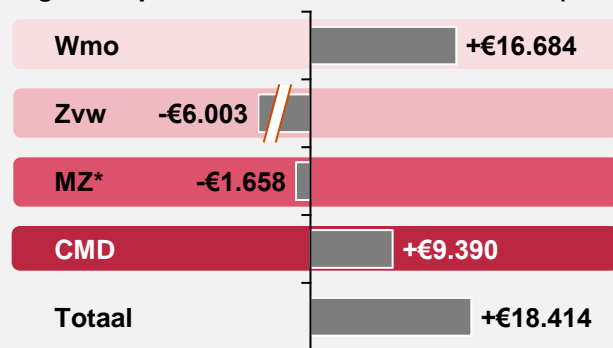
In diverse regio's zijn alternatieve werkwijzen voor inzet van casemanagement dementie ontwikkeld in concrete 'praktijkvoorbeelden' die het verwachte arbeidsmarkttekort mogelijk (deels) kunnen ondervangen – zie pagina's 19-20 voor een uitwerking hiervan. De beschreven 'praktijkvoorbeelden' verdienen nadere doorrekening om de impact hiervan op de arbeidsmarkt nader te kunnen toetsen en kwantificeren. Dit valt buiten de scope van het huidige onderzoek.

Inzet van CMD vraagt om een investering, welke in potentie kan worden terugverdiend door uitstel opname en afname dagbehandeling (Wlz)

Onderzoeksvraag 5: Welke (kwantitatieve) maatschappelijke baten in de Wmo, Zvw en Wlz en door ontzorging van mantelzorgers ontstaan er door de inzet van een casemanagement professional?

- In dit onderzoek is berekend tot welke **maatschappelijke baten casemanagement dementie leidt**, waarbij de uitkomsten uit de Business case casemanagement dementie (2023)¹ als vertrekpunt zijn gehanteerd.
- Allereerst leidt de inzet van casemanagement professionals tot een **investering in de professional (CMD)** en een investering in de Wmo door **meer inzet van dagbesteding**.
- Tegelijkertijd leidt inzet van casemanagement dementie **tot besparingen in de Zvw**. Hier zien we dat mensen met dementie m.n. **minder vaak naar de polikliniek of de huisarts gaan** wanneer casemanagement dementie wordt ingezet. Ook zien we dat **uitval en overbelasting van mantelzorgers (MZ)** kan worden voorkomen door de inzet van casemanagement dementie en een besparing met zich meebrengt.
- In totaliteit is de investering **€2.455 per persoon per jaar**². Een doorrekening voor de gehele cliëntreis leidt tot een **totale investering van €18.414 per persoon met dementie in de hele cliëntreis**².
- Tegenover deze investering staat dat **bestaand onderzoek** duidelijk maakt dat inzet van casemanagement dementie kan leiden tot uitstel van intramurale opname. De investering van €18.414 per persoon kan al **bij een uitstel van opname van ca. 2 maanden worden terugverdiend**. De meerkosten van langer thuis in de Wmo en Zvw zijn hierin verdisconteerd.
- De business case casemanagement dementie (2023)¹ geeft aan dat **mensen met dementie in potentie 6 maanden langer thuis kunnen wonen**² door de inzet van casemanagement dementie. Wanneer we het uitgangspunt nemen dat het totaal aantal mensen met dementie (290.000) casemanagement dementie ontvangt, kan de totale investering worden terugverdiend **wanneer 33% van deze groep 6 maanden langer thuis woont**².
- Naast de impact van casemanagement dementie op uitstel van intramurale opname in de Wlz, kan de inzet van casemanagement dementie in potentie ook leiden tot twee jaar minder inzet van extramurale Wlz dagbehandeling. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat (de omvang van) **deze impact niet (volledig) wordt herkend** in bestaand onderzoek en individuele gesprekken/focusgroepen. **Voor (een deel van de) mensen met dementie**, kan in potentie een besparing van **max. €34.737 p.p.** over de gehele cliëntreis worden gerealiseerd².

Gemiddelde besparing of investering per domein per persoon met dementie door de inzet van een casemanagement professional in de hele cliëntreis (exclusief Wlz)²



*MZ= mantelzorg

1 Tegenover deze investering staat dat inzet van casemanagement dementie leidt tot uitstel van intramurale opname. **De totale investering van €18.414 p.p. kan worden terugverdiend wanneer één persoon 2 maanden langer thuis woont.**

2 Wanneer het totaal aantal mensen met dementie (290.000) casemanagement dementie ontvangt, kan de totale investering worden terugverdiend wanneer **33% van deze groep mensen 6 maanden langer thuis woont.**

3 Naast de impact op uitstel van intramurale opname in de Wlz, kan inzet van casemanagement dementie in potentie leiden **tot afname van extramurale Wlz dagbehandeling.**

Er worden belemmerende factoren voor inzet CMD ervaren aan de vraag- en aanbodkant – stimulerende voorwaarden bieden perspectief

Onderzoeksvraag 6: Wat zijn de grootste belemmerende factoren voor de inzet van casemanagement dementie en welke stimulerende voorwaarden kunnen passende inzet ervan vergroten?

In de praktijk zijn een aantal belemmerende factoren waarneembaar die maken dat op dit moment **nog niet iedere persoon met dementie gebruik maakt van ondersteuning door een casemanagement professional**. Tegelijkertijd zijn er ook stimulerende voorwaarden die deze belemmeringen mogelijk kunnen wegnemen.

- 1. Beschikbaarheid aanbod:** De beschikbaarheid van CM professionals is kleiner dan de vraag naar CM professionals waardoor nieuwe cliënten niet altijd ondersteund kunnen worden. Om de beschikbaarheid van CM professionals te vergroten, kunnen andere zorg- en welzijnsprofessionals ondersteunend worden ingezet, zodat CM professionals meer cliënten kunnen ondersteunen. Daarnaast is er de mogelijkheid om te onderzoeken of hbo-professionals o.b.v. competenties i.p.v. studieprofiel ingezet kunnen worden om het arbeidspotentieel te vergroten.
- 2. Persoonlijke oorzaken:** Drie persoonlijke factoren vormen een drempel voor het inschakelen van CM professionals: 1) het stigma rondom dementie, waardoor mensen terughoudend zijn met het inschakelen van hulp, 2) het ontbreken van een klik tussen personen met dementie en de aangewezen CM professionals, zonder dat er direct een alternatief wordt aangeboden en 3) en slechte ervaringen uit het verleden met andere zorgprofessionals. Onder andere door publiekscampagnes met bijvoorbeeld ervaringsdeskundigen te voeren om dementie te normaliseren en CM professionals proactief te laten communiceren over de mogelijkheid voor cliënten om van CM professional te wisselen, kunnen persoonlijke drempels worden verlaagd.
- 3. Kennis bij professionals:** Zorgprofessionals zijn niet altijd bekend met casemanagement dementie of herkennen beginnende dementie (de niet-pluis fase) niet altijd tijdig, waardoor doorverwijzing naar CM professionals soms te laat of niet plaatsvindt. Door scholing te geven over vroege signalering van dementie en het belang van vroege inzet van CM professionals, en door CM professionals beter te positioneren via flyers, digitale toepassingen en duidelijke wachlijsten, kan een CM professional vroegtijdig in de cliëntreis ingezet worden.

In de praktijk zijn een aantal belemmerende factoren waarneembaar die maken dat op dit moment **nog niet altijd passende dementiezorg ingezet kan worden door CM professionals in de hele cliëntreis**. Tegelijkertijd zijn er ook stimulerende voorwaarden die deze belemmeringen mogelijk kunnen wegnemen.

- 1. Financiering:** Allereerst wordt het integrale maximale NZa-tarief voor verpleging door zorgaanbieders niet altijd als kostendekkend ervaren. Ook leidt diversiteit in financiering van regionale dementienetwerken tot verschillen in de mate waarin deze netwerken hun ondersteunende functie kunnen vervullen. Door kostprijsonderzoek uit te voeren, uniforme financiering voor regionale dementienetwerken te realiseren, complexiteit weg te nemen bij financiering van de warme overdracht en nazorg in de overgang van fase 3 naar fase 4 en het verkennen van de voor- of nadelen van een separate betaaltitel voor CMD, kan mogelijk een deel van de belemmerende voorwaarden rondom financiering worden ondervangen.
- 2. Wet- en regelgeving:** Verschillen in de interpretatie en implementatie van de Zorgstandaard Dementie en recente duiding door het Zorginstituut, evenals het feit dat CM professionals in veel regio's geen Wmo-indicaties mogen stellen, leidt tot vertragingen in passende dementiezorg en druk op de CM professional. Door op landelijk niveau de uitgangspunten van de Zorgstandaard Dementie en recente duidingen uit te dragen en casemanagement professionals Wmo-indicaties te laten stellen, kunnen de belemmerende factoren mogelijk worden verminderd.
- 3. Samenwerking:** Het ontbreken van netwerksamenwerking en onvoldoende goed georganiseerde aanmeldroutes vanuit het medisch en sociaal domein staan een vloeiende cliëntreis en passende zorg in de weg. Door stabiele regionale samenwerkingen en lokale afspraken tussen CM professionals en bestaande aanbieders op te bouwen, de lokale sociale kaart van (in)formele zorg- en ondersteuningsaanbod inzichtelijk te maken en te verspreiden, en aanmeldroutes te uniformeren en centraliseren via een centraal aanmeldpunt, kan het realiseren van passende dementiezorg in de hele cliëntreis mogelijk worden gestimuleerd en de druk op CM professionals worden verlaagd.

Over dit rapport

Reikwijdte van dit onderzoek – Conform de opdrachtomschrijving (kenmerk 201865006.025.507) is in de huidige opdracht bestaand onderzoek gehanteerd als vertrekpunt en is hierop verdiept tijdens individuele gesprekken met betrokkenen vanuit de klankbordgroep en focusgroepen met betrokkenen uit de praktijk, te weten aanbieders, casemanagement professionals, regionale dementienetwerkcoördinatoren en naasten van mensen met dementie. Ook is bestaand onderzoek waar mogelijk geobjectiveerd door middel van aanvullende deskresearch. De scope van dit onderzoek sluit daarmee aan op de opdrachtomschrijving (kenmerk: 201865006.025.507) zoals overeengekomen met Opdrachtgever.

Toegang tot stakeholders – In dit onderzoek hebben individuele gesprekken met betrokkenen vanuit de klankbordgroep en focusgroepen met betrokkenen uit de praktijk, te weten aanbieders, casemanagement professionals, regionale dementienetwerkcoördinatoren en naasten van mensen met dementie een belangrijk onderdeel van de onderzoeksaanpak gevormd. Gedurende de opdracht is de klankbordgroep daarnaast driemaal bijeengekomen (13 juni, 12 september en 15 oktober 2024) voor de presentatie van de onderzoeksaanpak, de toelichting op de eerste resultaten en presentatie van de concept eindrapportage. Tenslotte vond er tweewekelijks afstemming plaats met Opdrachtgever, waarin de voortgang van het onderzoek werd besproken.

Beschikbaarheid van informatie – In dit onderzoek is conform opdrachtomschrijving zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaand onderzoek. Wat betreft de indicatieve verdeling van het aantal mensen met dementie over de 4 fases van de cliëntreis (onderzoeksvraag 2 en 3), is er in afstemming met Opdrachtgever voor gekozen om uit te gaan van bronnen waarbij wordt uitgegaan van peildata en daarmee geen data welke een optelsom betreft van het aantal mensen met dementie in een geheel kalenderjaar. Dit betekent dat voor de berekening van het aantal mensen in deze fases data uit CBS Statline, het Nivel en Alzheimer Nederland is gehanteerd. Gezien feitelijke registratie van het aantal mensen met dementie over deze fases niet beschikbaar was, is in afstemming met Opdrachtgever voor deze aanpak gekozen. Voor het vaststellen van de bandbreedte van de minimaal en maximaal benodigde ureninzet van casemanagement professionals (onderzoeksvraag 2 en 3) en de baten van casemanagement dementie (onderzoeksvraag 5) is informatie uit de business case casemanagement dementie (2023) als vertrekpunt gehanteerd. Op deze informatie en ook de andere bronnen in dit onderzoek is verdiept tijdens individuele gesprekken met betrokkenen vanuit de klankbordgroep en focusgroepen met betrokkenen uit de praktijk, te weten aanbieders, casemanagement professionals, regionale dementienetwerkcoördinatoren en naasten van mensen met dementie. Ook is bestaand onderzoek waar mogelijk geobjectiveerd door middel van aanvullende deskresearch.

Kwaliteit van informatie – We hebben onze werkzaamheden gebaseerd op de aan ons ter beschikking gestelde informatie. Daar waar wij informatie/bronnen hebben ontvangen gedurende dit proces, hebben wij deze waar mogelijk geobjectiveerd alvorens wij deze informatie hebben opgenomen in ons onderzoek. Wij hebben aangenomen dat deze informatie juist, volledig en niet misleidend is. Wij hebben geen accountantscontrole uitgevoerd met betrekking tot deze informatie, noch een beoordeling gericht op het vaststellen van volledigheid en juistheid daarvan conform internationale audit- of reviewstandaarden.

Tot slot

Uitgangspunt voor ons werk

We hebben onze werkzaamheden gebaseerd op de aan ons ter beschikking gestelde informatie. Wij hebben aangenomen dat deze informatie juist, volledig en niet misleidend is. Wij hebben geen accountantscontrole uitgevoerd met betrekking tot deze informatie, noch een beoordeling gericht op het vaststellen van volledigheid en juistheid daarvan conform internationale audit- of reviewstandaarden.

Toegang tot ons rapport

Ons rapport is specifiek opgesteld voor cliënt (het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) met wie we overeenstemming hebben over het doel en de reikwijdte van ons werk of aan wie we de aard en omvang van ons werk en de beperkingen daarin hebben toegelicht. Voor het gebruik van het rapport door andere partijen dan de cliënt aanvaarden wij derhalve geen verantwoordelijkheid, zorgplicht of aansprakelijkheid - contractueel, op basis van onrechtmatige daad (inclusief nalatigheid) of anderszins. Het rapport is strikt vertrouwelijk. Tenzij wettelijk vereist, mag het rapport niet (geheel of gedeeltelijk) aan derden worden verstrekt. Er mag ook niet aan de informatie in het rapport gerefereerd worden. Zonder onze schriftelijke toestemming vooraf mag cliënt niet verwijzen naar onze diensten of dit rapport of een kopie of onderdeel daarvan verstrekken aan een derde partij.

Overige opmerkingen

Het rapport alsmede enig geschil voortvloeiende uit of verband houdend met (de inhoud van) het rapport worden uitsluitend beheerst door Nederlands recht.
