

Evaluatie regeling transparantie zorgorganisaties casemanagement dementie

Auteurs dr. Patrick Jansen
Eline Lubbes, MSc.
Mike Koers

Opdrachtgever NZa

Kenmerk EL/20/0526/ertracmd

Publicatiedatum 10 april 2020

© Bureau HHM



Inhoud

Samenvatting	3
1. Achtergrond	5
1.1 Regeling	5
1.2 Aanleveren en publiceren wachtlijstgegevens	5
1.3 De gegevens	6
1.4 Aandachtspunten evaluatie	6
1.5 Onderzoeksvragen evaluatie	6
2. Aanpak	8
3. Bevindingen	10
3.1 Zorgorganisaties casemanagement dementie	10
3.2 Toegankelijkheid informatie op websites	11
3.3 Hanteerbaarheid en bruikbaarheid informatie	11
4. Conclusies	16
5. Verbeterpunten	18
Bijlage 1. Informatiekaart	20

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Dit rapport is geoptimaliseerd voor lezen op een beeldscherm.
 Navigeer tussen de hoofdstukken met de cijfers in de kantlijn.
 Met de pijl daaronder komt u terug bij de inhoudsopgave.



Samenvatting

Sinds 1 december 2018 is de regeling 'transparantie zorgorganisaties casemanagement dementie' van kracht. Deze regeling is bedoeld om voor cliënten en zorgverzekeraars de wachttijden voor casemanagement dementie op eenduidige wijze transparant en vergelijkbaar te maken. De NZa heeft bureau HHM gevraagd een evaluatie van deze regeling uit te voeren.

Om antwoord te geven op drie onderzoeksvragen hebben we gebruik gemaakt van website-onderzoek, een online enquête, interviews en een bijeenkomst met stakeholders. Doordat de respons op de online enquête erg laag was (ondanks een zorgvuldige voorbereiding en een herinnering om de vragenlijst in te vullen) is het niet mogelijk om kwantitatieve overzichten te presenteren. Het is wel mogelijk een kwalitatief antwoord te geven op de geformuleerde onderzoeksvragen.

1

Onderzoeksvraag 1: Breng in kaart of het doel is bereikt: wachttijden voor casemanagement dementie op eenduidige wijze transparant en vergelijkbaar maken voor cliënten.

2

Conclusies: Dit doel wordt niet bereikt, door een aantal oorzaken. Allereerst bestaat er onduidelijkheid over het doel van de regeling. Daarnaast plaatst een groot deel van de zorgorganisaties en dementienetwerken geen cliëntinformatie op hun websites over de wachttijden en wachtlijsten. Ook levert een deel van de zorgorganisaties geen informatie aan Vektis. Daarnaast is er verwarring over definities in de regeling en de informatiekaart, onduidelijkheid over welke zorgorganisaties casemanagement leveren en gegevens dienen aan te

3

4

5



leveren aan Vektis en of zij dit zelf doen of via een netwerk. Hierdoor ontbreekt stuurinformatie over wachttijden en wachtlijsten.

Onderzoeksvraag 2: Onderzoek de ervaringen van zorgorganisaties met de uitvoering en opbrengst van de regeling.

Conclusies: Het aanleverportaal van Vektis is eenvoudig te benaderen, maar het vooraf verzamelen van de informatie kost veel tijd. Vervolgens is onduidelijk waar de informatie voor wordt gebruikt. Daarnaast kunnen zorgorganisaties weinig doen met de informatie van Vektis, omdat de informatie niet volledig wordt aangeleverd door zorgorganisaties en daarmee niet betrouwbaar is en terugkoppeling van informatie over een gehele regio aan zorgorganisaties ontbreekt. We hebben tijdens het onderzoek geen duidelijk beeld gekregen in hoeverre zorgorganisaties zelf binnen een dementieregio met elkaar informatie delen over waar nog plaats is voor wachtenden.

Onderzoeksvraag 3: Stel vast of de gegevens die door Vektis vanuit het aanleverportaal beschikbaar worden gesteld de gewenste transparantie opleveren over wachttijden en wachtlijsten voor zorgverzekeraars en overheid.

Conclusies: De gegevens leveren niet de gewenste transparantie op. Een deel van de zorgorganisaties levert geen informatie aan Vektis. Daarmee is de informatie die Vektis ontvangt niet volledig. Omdat gegevens soms op regioniveau geregistreerd worden is geen zicht op de wachtlijsten per zorgorganisatie. De NZa en zorgverzekeraars kunnen de zorgorganisaties daardoor niet één-op-één aanspreken op de wachtlijst, maar moeten met het netwerk in gesprek om te achterhalen bij welke zorgorganisaties een wachtlijst is. Ook fluctueert de informatie-

voorziening door zorgorganisaties en dementienetwerken per maand (een toe- of afname in aantallen kan een gevolg zijn van het gebruik van casemanagement dementie, maar ook van het aanlevergedrag van zorgorganisaties). Hierdoor ontbreekt een volledig, consistent en landelijk transparant beeld.

Op basis van deze conclusies stellen wij de volgende verbeter-voorstellen voor:

- Communiceer en ga in gesprek over het doel van de regeling richting zorgorganisaties.
- Onderzoek welke zorgorganisaties, in welke regio bij welk netwerk casemanagement dementie leveren.
- Vergroot het draagvlak voor de regeling zodat het gewenste aanlevergedrag wordt vertoond.
- Overleg met elkaar in een regio over wachtlijsten en de inzet van casemanagement dementie.
- Stem af over heldere uniforme en bruikbare definities.
- Stem met alle stakeholders af over de informatiebehoefte.
- Maak een bewuste keuze over de partijen die gegevens aanleveren: zorgorganisaties en/of netwerken.
- Test eventuele aanpassingen in de wachtlijst met betrokken stakeholders.
- Beperk de administratieve last door te overwegen minder vaak te registreren.
- Ga en blijf in gesprek over de wachtlijsten met zorgorganisaties.
- Ga op zoek naar het antwoord op een aantal nieuwe onderliggende vragen die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen.

1
2
3
4
5



1. Achtergrond

Dit hoofdstuk beschrijft de achtergrond van de regeling, het doel en de aan te leveren gegevens. Vervolgens presenteren we de onderzoeksvragen die ten grondslag liggen aan voorliggend onderzoek.

1.1 Regeling

Om een wachtende op casemanagement dementie en zijn naasten goed inzicht te geven in wat zij kunnen verwachten is informatie nodig. Om ervoor te zorgen dat de informatie transparant en zo eenduidig mogelijk openbaar wordt gemaakt heeft de NZa een regeling ontwikkeld voor zorgorganisaties van casemanagement dementie. De regeling is ontwikkeld als uitwerking van het actieplan casemanagement dementie dat onder leiding van het ministerie van VWS met alle betrokken stakeholders is opgesteld nadat er in 2015 en 2016 signalen waren over beperkte beschikbaarheid van casemanagement.

Het doel van de regeling is om wachttijden voor casemanagement dementie op eenduidige wijze transparant en vergelijkbaar te maken voor cliënten en zorgverzekeraars. Door het verplicht publiceren van wachttijden voor casemanagement dementie wordt de cliënt op een eenduidige wijze geïnformeerd over de wachttijd tot de start van het casemanagement dementie. Om de begrijpelijkheid en de vergelijkbaarheid van de informatie te vergroten en de NZa in staat te stellen de wachttijden nauwgezet te monitoren, verplicht de regeling zorgorganisaties deze informatie aan de NZa te leveren.

Ook moeten zorgorganisaties de cliënt wijzen op de mogelijkheid tot wachtlijstbemiddeling bij het overschrijden van de Treeknormen. Deze norm is de maximaal aanvaardbare wachttijd waarbinnen de cliënt zorg moet kunnen krijgen. Casemanagement dementie valt onder de treeknorm V&V thuiszorg. Deze is zes weken met als extra opdracht dat voor 80% van de cliënten binnen vier weken zorg beschikbaar moet zijn. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar deze tijdigheidsnorm te borgen voor zijn verzekerden.

1.2 Aanleveren en publiceren wachtlijstgegevens

De te publiceren en aan te leveren wachtlijst betreft een anoniem overzicht van het aantal mensen dat bij de organisatie is aangemeld voor casemanagement maar nog geen casemanagement ontvangt. Zorgorganisaties dienen eenmaal per maand elektronisch de anonieme wachttijd- en wachtlijstgegevens te verstrekken. Wachttijden en wachtlijsten kunnen geclusterd worden op dementienetwerk-niveau.

In de praktijk kan de cliënt zich namelijk ook bij een dementienetwerk aanmelden, dat er zorg voor draagt dat het casemanagement wordt geleverd. Het casemanagement wordt vervolgens geleverd door personeel van een bij het dementienetwerk aangesloten (vestigingslocatie van een) zorgorganisatie van casemanagement dementie.

Een dementienetwerk waarbij de vestigingen van zorgorganisaties aangesloten zijn, kan de wachttijden en wachtlijsten van deze vestigingslocaties clusteren tot één wachttijd en wachtlijst en die vervolgens publiceren op de website.

Wachttijden moeten worden gepubliceerd, zodat cliënten weten hoe lang zij op casemanagement moeten wachten. De wachttijden hoeven



niet altijd op de eigen website van de zorgorganisatie te worden gepubliceerd. De wachttijden mogen ook op de site van een andere organisatie gepubliceerd worden, bijvoorbeeld op de website van het dementienetwerk waarbij één of meer van de vestigingslocaties van de zorgorganisatie is aangesloten. De zorgorganisatie moet in een dergelijk geval op de eigen website vermelden dat de informatie over de wachttijden en wachtlijsten op de site van die andere organisatie te vinden is, bijvoorbeeld door het opnemen van een link. Ook de via een andere website gepubliceerde wachttijd- en wachtlijstinformatie moet aan deze regeling voldoen.

Wanneer de zorgorganisatie geen website heeft, dient de wachttijd en -lijst op verzoek mondeling of schriftelijk te worden verstrekt, in een vorm die aansluit bij de behoefte van de verzoekende partij.

1.3 De gegevens

De zorgorganisatie dient voor iedere vestigingslocatie de volgende informatie op haar website te publiceren:

- 1 de wachttijd,
- 2 de wachtlijst,
- 3 de datum van de laatste actualisatie van de getoonde wachttijden en wachtlijst.

Als de wachttijd afhankelijk is van de zorgverzekeraar dient de wachttijd voor cliënten van die betreffende zorgverzekeraar te worden vermeld. Bijvoorbeeld als het plafond van de ene verzekeraar is bereikt maar er voor andere verzekeraars geen wachttijd is.

De wachttijden dienen te worden gepubliceerd in hele weken, waarbij altijd naar boven wordt afgerond. De gegevens op de website dienen

minimaal één keer per maand te worden geactualiseerd tussen de tiende en de twintigste dag van de maand.

1.4 Aandachtspunten evaluatie

- De regeling is van kracht sinds 1 december 2018. Tijdens het traject van ontwerp en uitwerking van de regeling is veel weerstand vanuit de sector gekomen. Zorgorganisaties waren van mening dat in een periode waarin de administratieve lasten moeten verminderen deze regeling voor het tegenovergestelde zorgt.
- De regeling wordt via een aanleverportaal, beheerd door Vektis, uitgevoerd. Uitgangspunt bij de opzet van het portaal is dat de aanlevering met minimale administratieve lasten moet kunnen worden uitgevoerd.
- Alle definities binnen de regeling zijn met partijen uit het veld en deskundigen uitgewerkt. Er is toegezegd dat de werking van de regeling, zowel technisch, inhoudelijk en betreffende de praktische uitvoering na een jaar geëvalueerd gaat worden.
- De evaluatie is door de NZa, in samenwerking met alle relevante betrokkenen opgezet en uitgevoerd.

1.5 Onderzoeksvragen evaluatie

Het doel van de evaluatie van het experiment is drieledig:

1. *In kaart brengen of het volgende doel is bereikt: wachttijden voor casemanagement dementie op eenduidige wijze transparant en vergelijkbaar maken voor cliënten.*

2. *Onderzoeken wat de ervaringen zijn van zorgorganisaties met de uitvoering en opbrengst van de regeling.*



3. Vaststellen of de gegevens die door Vektis vanuit het aanleverportaal beschikbaar worden gesteld de gewenste transparantie opleveren over wachttijden en wachtlijsten voor zorgverzekeraars en overheid.

De scope van de evaluatie is beperkt tot het bepalen of aan de doelstelling van de regeling wordt voldaan: is het voor cliënten inzichtelijk of en zo ja waar wachttijden voor casemanagement dementie zijn? Hierbij besteden we ook aandacht aan de definities van de aan te leveren gegevens, het aanlevergemak en de bruikbaarheid van de gegevens.

In dit onderzoek richten we ons op de werking van de regeling transparantie casemanagement dementie.
De relevantie van casemanagement dementie op zichzelf staat niet ter discussie.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



2. Aanpak

Om antwoord te kunnen geven op het onderzoeksdoel hebben we onderzoek gedaan naar de informatievoorziening op de websites, een enquête uitgevoerd over de hanteerbaarheid van de gegevensaanlevering en interviews gehouden over de hanteerbaarheid van de gegevensaanlevering. De bevindingen uit dit onderzoek hebben we teruggekoppeld in een plenaire sessie met betrokken stakeholders. Al deze resultaten hebben we verwerkt in voorliggende rapportage. Hieronder is de gehanteerde werkwijze beschreven aan de hand van drie stappen.

1. Onderzoek naar toegankelijkheid noodzakelijke informatie op websites zorgorganisaties en dementieketens

Website-onderzoek: We hebben aselect 50 zorgorganisaties gekozen die casemanagement dementie leveren en 15 dementienetwerken. Gedurende de onderzoeksperiode hebben we tweemaal hun websites bezocht. Allereerst (aan het begin van het onderzoek) om te kijken of de afgesproken informatie beschikbaar is op de website en vervolgens een tweede keer (twee maanden later) om te onderzoeken of de informatie door de zorgorganisaties maandelijks wordt ververst conform de regeling.

2. Onderzoek of aan te leveren gegevens, definities en aanleverportaal hanteerbaar en bruikbaar zijn

Enquête: We hebben een vragenlijst opgesteld en vervolgens getest bij drie zorgorganisaties, twee netwerken en twee zorgverzekeraars, om te bekijken of de vragen duidelijk zijn.

De vragen hadden betrekking op de volgende onderwerpen:

- Wel of geen lid dementienetwerk
- Publicatie wachttijden/wachtlijsten op de website
- Definities uit de regeling
- Aanlevering van gegevens aan Vektis
- Bruikbaarheid van de aangeleverde informatie
- Verbetervoorstellen

Vervolgens hebben we de digitale vragenlijst verspreid onder alle zorgorganisaties (via ActiZ en Zorgthuisnl), dementienetwerken (via DNN) en zorgverzekeraars (via ZN). Gedurende de onderzoeksperiode is door ActiZ nog een herinnering gestuurd om de respons te verhogen.

Respons: de vragenlijst is ingevuld door 17 zorgorganisaties en 29 dementienetwerken. Van de zorgverzekeraars hebben de vier grootste zorgverzekeraars de vragenlijst ingevuld. De respons van zorgorganisaties is erg laag waardoor het niet mogelijk is om hiervan kwantitatieve overzichten te presenteren. De lage respons is mogelijk een gevolg van het feit dat gedurende het onderzoek ook andere landelijke enquêtes werden gehouden. Daarnaast hebben we ook reacties ontvangen van zorgorganisaties dat ze de regeling als een administratieve last ervaren en daarom de vragenlijsten niet in wilden vullen. Na bespreking van de resultaten met de betrokken stakeholders is afgesproken dat het niet zinvol is om de vragenlijst opnieuw uit te zetten (met als doel om een hogere respons te krijgen). De verwachting is dat de respons hierdoor niet zal stijgen.

1

2

3

4

5



Interviews (N=10): In aanvulling op het beeld dat uit de enquête naar voren is gekomen hebben we verdiepende interviews gehouden met drie zorgorganisaties, twee dementienetwerken, twee zorgverzekeraars, NZa, Vektis en VWS. Tijdens deze interviews zijn we met name ingegaan op opvallende zaken die hiervoor naar voren zijn gekomen.

Bijeenkomst met stakeholders. Tijdens deze bijeenkomst hebben we de resultaten van het onderzoek besproken met vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, NZa, Vektis, Ministerie van VWS, ActiZ, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Dementie Netwerk Nederland (DNN), Patiënten Federatie Nederland (PFN) en Alzheimer Nederland (Zorghuisnl kon niet aanwezig zijn).

3. Rapportage

Na bespreking van de resultaten met de stakeholders hebben we voorliggende rapportage opgesteld en via een consultatieronde teruggelegd aan de stakeholders. Aan de hand van de ontvangen opmerkingen van de stakeholders hebben we de definitieve rapportage opgesteld.



3. Bevindingen

Dit hoofdstuk bevat een integrale beschrijving van de bevindingen die we hebben opgedaan met het website-onderzoek, de enquête, interviews en bijeenkomst met stakeholders.

3.1 Zorgorganisaties casemanagement dementie

We zijn begonnen met het in beeld brengen hoeveel en welke zorgorganisaties casemanagement dementie leveren. Daarnaast hebben we alle dementienetwerken in beeld gebracht.

Om het aantal zorgorganisaties in beeld te krijgen hebben we ons in eerste instantie gebaseerd op ons eerdere onderzoek 'Case-management Dementie' uit 2018. Destijds heeft bureau HHM geïnventariseerd welke zorgorganisaties in welke regio case-management dementie bieden. Uit deze inventarisatie over het jaar 2018 bleek dat circa 200 zorgorganisaties casemanagement dementie boden. Overigens ontbraken daarbij gegevens van 16 regio's.

1

2

3

4

5

Om te komen tot een zo actueel mogelijk overzicht van zorgorganisaties die casemanagement dementie leveren hebben we via de NZa een overzicht van Vektis opgevraagd. Op deze lijst stonden ruim 500 zorgorganisaties (AGB codes). Dit zijn alle aanbieders die over de maanden oktober en november 2019 wijkverpleging leveren, maar niet alle aanbieders uit deze lijst leveren ook casemanagement dementie. Aanvullend hierop hebben we van Vektis een overzicht ontvangen met alle unieke zorgorganisaties (op AGB code), die informatie hebben

aangeleverd bij Vektis over de wachttijden en wachtlijsten case-management dementie in het gehele jaar 2019. Daaruit bleek dat het aantal zorgorganisaties (AGB codes) lager was, namelijk 175 zorgorganisaties, die daadwerkelijk informatie over wachttijden/ wachtlijsten casemanagement dementie hebben aangeleverd in 2019. Omdat er ook zorgorganisaties zijn die in 2019 geen informatie hebben aangeleverd aan Vektis ligt het totaal aantal zorgorganisaties dat casemanagement dementie levert zeer waarschijnlijk hoger. Volgens recent onderzoek van Vektis waren in 2018 circa 580 aanbieders geheel of gedeeltelijk gecontracteerd. Alleen zij kunnen praktisch gezien CMD leveren. Volgens de NZa monitor 2020 levert circa 35% van de contractanten in 2020 casemanagement dementie. Dat komt overeen met circa 200 aanbieders.

Om de dementienetwerken in beeld te krijgen hebben we gebruikgemaakt van de informatie die beschikbaar is via de website van DNN. Daarnaast blijkt uit informatie die we van Vektis hebben ontvangen dat van de 65 netwerken, 23 netwerken in 2019 informatie hebben aangeleverd aan Vektis. Dat komt mede omdat sommige netwerken met hun aanbieders afspreken dat zij zelfstandig registreren en de wachtlijstinformatie aan Vektis aanleveren. Hierbij is echter niet altijd duidelijk namens welke zorgorganisaties de netwerken aanleveren.

Op basis van deze informatie blijkt het lastig om exact in beeld te krijgen welke zorgorganisaties daadwerkelijk casemanagement dementie leveren en in welke regio('s). Dat komt ook doordat casemanagement dementie een onderdeel is van de Zvw-prestatie wijkverpleging. Verzekeraars spreken met hun gecontracteerde

¹Rapportage 'Uitkomsten onderzoek huidig gebruik wachttijden en wachtlijsten casemanagement dementie', Bureau HHM, 2018



aanbieders af dat zij het volledige pakket wijkverpleging leveren. Deze aanbieders kunnen vervolgens zelf casemanagement dementie leveren of dit organiseren via een onderaannemer. Casemanagement dementie kan niet als aparte prestatiecode bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd. Daardoor is het niet mogelijk om via prestatiecodes te achterhalen welke zorgorganisaties casemanagement dementie leveren. Maar zorgverzekeraars kunnen dit mogelijk wel achterhalen via de specifieke afspraken die zij hebben gemaakt met zorgorganisaties.

Omdat verschillende bronnen tot verschillende aantallen zorgorganisaties casemanagement dementie leiden, is het op dit moment niet mogelijk om exact vast te stellen hoeveel zorgorganisaties daadwerkelijk casemanagement dementie leveren.

3.2 Toegankelijkheid informatie op websites

Van 50 zorgorganisaties die casemanagement dementie leveren en 15 dementienetwerken hebben we onderzocht of de gevraagde wachtlijst- en wachttijdgegevens (geactualiseerd) worden gepubliceerd op hun website.

1

Als de informatie niet op de website van de zorgorganisatie wordt gepubliceerd, hebben we gekeken of er een verwijzing is naar de website van het dementienetwerk en vice versa.

2

3

De belangrijkste bevindingen van het website onderzoek onder zorgorganisaties (N=50) zijn als volgt:

4

5

- Zes zorgorganisaties publiceren alle informatie (wachttijd, wachtlijst en actueel);
- Zes zorgorganisaties publiceren of de wachttijd of de wachtlijst;
- 38 zorgorganisaties publiceren geen informatie op de eigen website.

- Van die 38 publiceren negen zorgorganisaties de informatie via het netwerk, waarvan acht compleet (wachttijd, wachtlijst en actueel);
- Dit betekent dat 29 van de onderzochte zorgorganisaties geen informatie publiceren.

De belangrijkste bevindingen van het websiteonderzoek onder dementienetwerken (N=15) zijn als volgt:

- Vijf netwerken publiceren alle informatie (wachttijd, wachtlijst en actueel);
- Drie netwerken publiceren of de wachttijd of de wachtlijst;
- Zeven netwerken publiceren geen informatie via de eigen website; hierbij is het onduidelijk of de zorgorganisaties uit het netwerk zelf informatie publiceren.

Uit deze bevindingen blijkt dat informatie over wachttijden en wachtlijsten door meer dan de helft van de zorgorganisaties niet wordt gepubliceerd. Daarnaast geven zorgorganisaties en netwerken aan dat het de vraag is of cliënten überhaupt gebruik maken van de informatie op websites. Zorgorganisaties verwachten dat cliënten of mantelzorgers eerder een zorgorganisatie bellen dan op de website zoeken wanneer zij informatie over wachttijden willen verkrijgen.

3.3 Hanteerbaarheid en bruikbaarheid informatie

In deze paragraaf gaan we in op de hanteerbaarheid van de definities, het aanleverportaal van Vektis en de bruikbaarheid van de informatie.

Hanteerbaarheid definities

In de vragenlijst hebben we na overleg met de NZa gebruikgemaakt van de definities uit de regeling.



De definitie voor wachttijd uit de regeling is als volgt:
Het aantal weken tussen het moment dat een cliënt wordt aangemeld door de cliënt/ mantelzorger of verwijzer bij een zorgorganisatie voor casemanagement dementie, tot het moment dat de cliënt hiervoor bij de zorgorganisatie terecht kan (in zorg wordt genomen). De wachttijd wordt retrospectief berekend.

De definitie voor wachtlijst uit de regeling is als volgt:
Een anoniem overzicht van het aantal mensen dat bij de organisatie is aangemeld voor casemanagement dementie, maar nog niet in zorg is genomen.

Uit de reacties blijkt dat er onduidelijkheid is over de definities. Van één respondent hebben we de reactie ontvangen dat er naast de regeling ook een "Informatiekaart: Aanleveren van wachttijden over case-management dementie" is verschenen² met daarin aanvullende criteria wanneer sprake is van een wachttijd, in zorg nemen en wachtlijst. Uit de reacties op de vragenlijst en de interviews blijkt dat niet iedereen bekend is met het bestaan van de informatiekaart (ondanks dat het bestaan van de informatiekaart vermeld wordt op de pagina van Vektis) en dat er onduidelijkheid is over of men de definities uit de regeling moet hanteren, de definities uit de informatiekaart of een combinatie van beide. Hiermee is dus – bij de mensen bij wie de informatiekaart wel bekend is – onduidelijkheid ontstaan over welke definities gehanteerd moeten worden.

Het begrip 'aanmelden' leidt tot diverse interpretaties: aanmelden kan via mail, telefonisch of in gesprek met cliënt/mantelzorger. Daarnaast

kan een cliënt een gesprek met een huisarts en de toezegging dat casemanagement dementie wordt ingezet ervaren als aanmelding. Sommige zorgorganisaties noemen het pas aanmelden als de cliënt is ingevoerd in het systeem. De vragen die hier dus bij spelen zijn: wanneer tel je iemand voor deze lijst? Telt iemand die al van een andere wijkverpleegkundige hulp ontvangt als wachtende? Als cliënten bij het doorverwijzen naar een andere zorgorganisatie zelf kiezen om te blijven wachten, zijn ze dan wel of niet wachtenden?

Tevens blijkt onduidelijkheid over het begrip 'in zorg nemen'. Is het feit dat er telefonisch contact is geweest het startpunt, of is dat het intakegesprek? Of specifiek het eerste face-to-face contact? Of pas als je kan declareren?

Tenslotte blijkt onduidelijkheid over het begrip 'retrospectief'. Een aantal respondenten had graag gezien wat dit betekent en waarom voor deze term is gekozen.

Kortom, er heerst onduidelijkheid over de definities. Hierop is antwoord gegeven middels een Informatiekaart, maar deze informatiekaart is niet bij iedereen bekend.

De definitie voor datum laatste actualisatie uit de regeling is als volgt:
De datum van de laatste actualisatie van de getoonde wachttijden en wachtlijst.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

² d.d. 11 oktober 2018 NZa



De meest genoemde opmerking gaat over het feit dat als het aantal wachtenden steeds o is, zorgorganisaties het niet nodig vinden steeds de datum van actualisatie toe te voegen.

Bevindingen aanleverportaal Vektis

Een aantal respondenten geeft aan dat de aanlevering aan Vektis op zichzelf eenvoudig en nuttig is. Maar er is ook een groep die aangeeft het lastig te vinden en tijdrovend. Want hoewel de aanlevering aan Vektis op zich eenvoudig is blijkt de vertaling vanuit het eigen systeem van de zorgorganisatie naar de gevraagde informatie over wachtweken ingewikkeld. Met name als sprake is van veel aanmeldingen.

Ook wordt door een aantal zorgorganisaties (die in diverse gemeenten werken) aangegeven dat het iedere maand verzamelen van informatie vanuit verschillende gemeenten tijd kost. De zorgorganisatie moet namelijk nagaan welke gemeente onder welke regio valt en vervolgens een gemiddelde wachttijd berekenen over deze gemeenten. De landelijke regeling zorgt hiermee voor een dubbele registratie waar regionaal niet mee wordt gewerkt. Daarnaast geven respondenten aan, dat als geen sprake is van een wachttijd of wachtlijst ze dan de gegevens over wachttijd, wachtlijst en datum actualisatie van vorige maand willen zien.

Een aantal respondenten geeft aan liever geen informatie te willen aanleveren aan Vektis omdat voor hen niet duidelijk is wat het doel is van deze regeling en het veel 'overbodige' administratieve handelingen kost. Zorgorganisaties hebben veelal voor zichzelf helder wat intern de wachtlijsten en wachttijden zijn, zodat ze hier op in kunnen spelen. Of dat ook voor de andere aanbieders binnen dezelfde dementieregio helder is, hebben we niet kunnen vaststellen.

Het is voor zorgorganisaties onduidelijk wat het nut en doel is van een landelijke registratie van wachtlijsten. Zij hebben tot dusver nog weinig effect gemerkt van het bestaan van een landelijke registratie en vragen zich af wat hiermee bereikt kan worden.

Bruikbaarheid informatie

Betrouwbaarheid

Vektis en de NZa geven aan dat er twijfels zijn over de juistheid en volledigheid van wachttijdinformatie, vanwege het ontbreken van een betrouwbaar totaal overzicht van zorgorganisaties die case-management dementie leveren en zorgorganisaties die gekoppeld zijn aan de verschillende netwerken. Het is niet geheel duidelijk welke zorgorganisaties wel en niet bij een netwerk horen en welke zorgorganisaties wel en niet informatie via het netwerk aan Vektis aanleveren. Zorgorganisaties die niet bij een dementienetwerk zijn aangesloten, zijn kennelijk niet in beeld. Noch bij het regionale netwerk, noch bij de verantwoordelijke regionale zorgverzekeraar.

Daarnaast zijn sommige zorgorganisaties in verschillende netwerken actief en is onduidelijk of die altijd de gegevens aanleveren conform de grenzen van de netwerken. Daarnaast merken Vektis en de NZa dat de cijfers per regio gedurende het jaar verschillen. Per maand kan sprake zijn van grote afwijkingen, omdat gegevens niet consequent per maand door de zorgorganisaties en netwerken worden aangeleverd.

Op deze manier zijn de gegevens niet betrouwbaar om gedurende het jaar iets te zeggen over de ontwikkeling die de gegevens laten zien: een daling van het aantal wachtenden kan bijvoorbeeld een gevolg zijn van

1

2

3

4

5



een toename van het gebruik van casemanagement dementie, maar ook van het niet aanleveren van gegevens door een zorgorganisatie.

Aanlevering gegevens van Vektis aan NZa

De NZa heeft formeel de verantwoordelijkheid om zicht te houden op wachtlijsten en wachttijden voor casemanagement dementie bij zorgorganisaties. Volgens de huidige regeling mogen zowel zorgorganisaties als dementienetwerken wachtlijstinformatie aanleveren aan Vektis. Als een dementienetwerk wachtlijstinformatie aanlevert, is niet inzichtelijk wat de onderliggende wachtlijsten bij de zorgorganisaties in de regio zijn. Elk dementienetwerk kent één representant, de regionale marktleider-zorgverzekeraar. De NZa kan de representant aanspreken op de zorgplicht en op het inzicht dat de representant in de wachtlijsten heeft.

Gebruik van informatie

Een aantal zorgorganisaties geeft aan dat het voor hen onduidelijk is wat landelijk gebeurt met de informatie over de wachtlijsten. Daarnaast is casemanagement dementie soms slechts een klein deel van de diensten die zij verlenen, waardoor het voor hen minder waardevol is om regionaal of landelijk op te trekken op dit gebied. Daarnaast is het voor zorgorganisaties nu niet mogelijk om met de Vektis-gegevens de totale wachtlijst binnen de eigen regio in te zien. Het is geen gemeengoed dat verschillende aanbieders binnen een dementie-regio op eigen initiatief de uitkomsten delen, terwijl dat mogelijk relevant is voor de beheersing van de regionale wachttijden.

Netwerkinformatie

Allereerst geven de respondenten aan dat 'het' netwerk niet bestaat. Elk netwerk is namelijk anders georganiseerd. Dit heeft te maken met

de mate van regie van de keten(coördinator). In sommige netwerken wordt de wachtlijst door de ketencoördinator beheerd en worden cliënten op een centrale wachtlijst geplaatst. In andere netwerken gaat het wachtlijstbeheer geheel via de individuele zorgorganisaties en buiten de ketencoördinator om. Een verschillende wijze van wachtlijstbeheer (centraal versus decentraal) geeft wellicht wel inzicht in het aantal wachtenden in een regio, maar niet direct bij welke aanbieder deze wachtenden zich bevinden.

Ook geven respondenten aan dat registratie op netwerkniveau een te hoog niveau is om zicht te krijgen op wachtlijstproblematiek. Als een dementienetwerk de gegevens aanlevert voor de zorgorganisaties in de regio, heeft een zorgverzekeraar geen zicht op de onderliggende wachttijden bij de zorgorganisaties. Zorgverzekeraars geven aan dat ze hierover dan met het netwerk in gesprek moeten. Soms zijn er in een regio meerdere zorgorganisaties die niet lid zijn van het netwerk. Als dit het geval is, en het netwerk levert wachtlijst informatie aan voor de zorgorganisaties die zijn aangesloten bij het netwerk, kan het voor Vektis of de zorgverzekeraar lastig zijn om zicht te krijgen op van welke zorgorganisaties informatie ontbreekt en daarmee op de volledigheid van de informatie.

Bruikbaarheid informatie en doel van de regeling

Dementienetwerken leveren een meerjarenplan aan bij de zorgverzekeraar. Onderdeel van dit meerjarenplan is het in kaart brengen van het aantal casemanagers, cliënten en wachtlijsten. De hoop van zorgverzekeraars was dat de regeling rondom wachtlijstregistratie daarbij behulpzaam zou zijn, een steuntje in de rug, maar dit lijkt niet het geval, omdat nu slechts een deel van de zorgorganisaties informatie aanlevert en er veel onduidelijkheid over de regeling is.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



Ook is er twijfel of de informatie die nu met de regeling wordt verzameld, de meest helpende informatie is in het behalen van het doel van de regeling (wachttijden voor casemanagement dementie op eenduidige wijze transparant en vergelijkbaar maken voor cliënten). Verzekeraars geven aan te willen sturen op ketenzorg in een wijk en minder op de feitelijke wachttijd binnen een onderdeel van de keten. Volgens een aantal respondenten zou hierbij een kwalitatieve toelichting rondom ketenzorg in de wijk en wachtlijsten waardevol zijn: de wijze waarop binnen de keten wordt samengewerkt om de wachtlijsten en wachttijden zo kort mogelijk te houden.

Tenslotte vraagt een aantal respondenten zich af of de (beperkte) bruikbaarheid van de cijfers opweegt tegen de registratielast.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



4. Conclusies

In dit hoofdstuk hebben we op basis van de bevindingen van het website-onderzoek, de enquête, de interviews en de terugkoppel-bijeenkomst per onderzoeksvraag een aantal conclusies geformuleerd.

Onderzoeksvraag 1: Breng in kaart of het doel is bereikt: wachttijden voor casemanagement dementie op eenduidige wijze transparant en vergelijkbaar maken voor cliënten.

Conclusies: Dit doel wordt niet bereikt, door een aantal oorzaken:

- onduidelijkheid over het doel van de regeling,
- ontbreken van informatie over de wachttijden en wachtlijsten op de websites van zorgorganisaties en dementienetwerken,
- niet aanleveren van informatie door een deel van de zorgorganisaties, waardoor geen volledig beeld gecreëerd kan worden,
- diversiteit in aanlevergedrag van zorgorganisaties en dementienetwerken,
- onverklaarbare schommelingen in de aangeleverde aantallen per maand aan Vektis,
- onduidelijkheid over welke zorgorganisaties casemanagement leveren en gegevens dienen aan te leveren aan Vektis,
- onduidelijkheid over welke zorgorganisaties in welk netwerk wel en niet casemanagement dementie leveren,
- verwarring over definities in de regeling en de informatiekaart,
- diversiteit tussen regio's in keuzes over het laten aanleveren van wachttijden als afzonderlijke zorgorganisaties, of als dementienetwerk.

1

2

3

4

5



Onderzoeksvraag 2: Onderzoek de ervaringen van zorgorganisaties met de uitvoering en opbrengst van de regeling.

Conclusies: Het aanleverportaal van Vektis is eenvoudig te benaderen, maar het vooraf verzamelen van de informatie kost veel tijd. De Zwv-prestatie wijkverpleging maakt het niet mogelijk om informatie over casemanagement dementie eenvoudig uit de registraties te halen. Vervolgens is onduidelijk waar de informatie voor wordt gebruikt. Daarnaast kunnen zorgorganisaties weinig doen met de informatie van Vektis, omdat de informatie niet volledig wordt aangeleverd door zorgorganisaties en daarmee niet betrouwbaar is en terugkoppeling van informatie over een gehele regio aan zorgorganisaties ontbreekt. We hebben tijdens het onderzoek geen duidelijk beeld gekregen in hoeverre zorgorganisaties zelf binnen een dementieregio met elkaar informatie delen over waar nog plaats is voor wachtenden.

Onderzoeksvraag 3: Stel vast of de gegevens die door Vektis vanuit het aanleverportaal beschikbaar worden gesteld de gewenste transparantie opleveren over wachttijden en wachtlijsten voor zorgverzekeraars en overheid.

Conclusies: De gegevens leveren niet de gewenste transparantie op. Een deel van de zorgorganisaties levert geen informatie aan Vektis. Daarmee is de informatie die Vektis ontvangt niet volledig. Daarnaast fluctueert de informatievoorziening per maand, omdat het aanlevergedrag van zorgorganisaties en netwerken per maand verschilt (een toe- of afname in aantallen kan een gevolg zijn van het gebruik van casemanagement dementie, maar ook van het aanlevergedrag van zorgorganisaties). Hierdoor is de informatie niet compleet en niet

betrouwbaar en ontbreekt een landelijk transparant inzicht in wachttijden en wachtlijsten casemanagement dementie.

De manier waarop informatie van Vektis aan NZa en zorgverzekeraars wordt aangeleverd is niet optimaal. Wanneer een regio ervoor kiest om informatie door het dementienetwerk aan Vektis aan te leveren, heeft dit als gevolg dat Vektis geen wachtlijst-informatie van de zorgorganisaties in die regio kan aanleveren aan NZa en zorgverzekeraars omdat Vektis deze informatie zelf ook niet ontvangen heeft. NZa en zorgverzekeraars kunnen zorgorganisaties vervolgens niet één-op-één aanspreken op de wachtlijst, maar moeten met het netwerk in gesprek om te achterhalen bij welke zorgorganisaties een wachtlijst is.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



5. Verbeterpunten

Uit de antwoorden op de onderzoeksvragen in het vorige hoofdstuk blijkt, dat de regeling momenteel niet het gewenste resultaat oplevert. Als de regeling wordt voortgezet is het essentieel dat een aantal zaken verandert. In dit hoofdstuk beschrijven we enkele verbeterpunten die tijdens voorliggen onderzoek naar voren zijn gekomen.

Deze verbeterpunten hangen met elkaar samen en dienen dus ook in samenhang te worden uitgevoerd om tot een echte verbetering te komen. Er kunnen namelijk alleen betrouwbare cijfers verkregen worden als én alle aanbieders informatie aanleveren, én duidelijke afspraken worden gemaakt of netwerken dan wel aanbieders aanleveren én duidelijke definities worden gehanteerd. Pas als hiermee betrouwbare cijfers verkregen worden, kan het doel van de regeling behaald worden.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Goed communiceren over het doel van de regeling

Diverse zorgorganisaties geven aan intern zicht te hebben op hun eigen wachtlijsten en hoe ze de zorg kunnen organiseren, maar publiceren dit niet altijd op de website. Ze zien niet in wat het nut en doel is van het weergeven van wachtlijsten op hun website en het landelijk registreren van, en sturen op, wachtlijsten. Het is aan te bevelen om aansluiting te zoeken bij de zorgorganisaties en na te gaan op welke manier hun doel (het bieden van passende zorg) aansluit bij het doel van de regeling en daarover te communiceren.

Onderzoeken welke zorgorganisaties, in welke regio bij welk netwerk casemanagement dementie leveren

De onduidelijkheid over welke zorgorganisatie bij welk netwerk aangesloten is en wachtlijstinformatie aanlevert zorgt ervoor dat het lastig is de aangeleverde informatie te gebruiken. Daarom is het van belang te inventariseren welke zorgorganisaties bij welke netwerken zijn aangesloten en voor welke zorgorganisaties het netwerk wachtlijstinformatie aanlevert. Het is een optie is om deze inventarisatie via de netwerken te laten lopen.

Zorgdragen voor het gewenste aanlevergedrag

Alleen handhaven van de regeling helpt niet. Zorg voor draagvlak over het doel van de regeling. Dat kan door goed te communiceren over het doel van de regeling (verbeterpunt 1), het opstellen van heldere definities en het voor de zorgorganisaties gemakkelijker maken om wachtlijstinformatie te verzamelen.

Ook is het van belang dat de zorgorganisaties en het netwerk met elkaar goed samenwerken om tot het gewenste aanlevergedrag te komen. Daarnaast helpt het om ervoor te zorgen dat zorgorganisaties inzicht in de wachtlijstinformatie in de eigen regio kunnen krijgen. Hierbij kan het dementienetwerk een rol vervullen.

Afstemmen over heldere, uniforme en bruikbare definities

De nu geldende definities voor wachtlijst en wachttijd zijn niet helder en uniform, mede doordat door sommige zorgorganisaties de definitie uit de regeling gehanteerd worden en door anderen de definitie uit de informatiekaart. Het is daarom van belang om duidelijke en eenduidige termen te definiëren. Hiervoor is nodig dat zorgorganisaties, DNN, NZa en zorgverzekeraars met elkaar in gesprek gaan.



Afstemmen over informatiebehoefte

Het is van belang om goed af te stemmen tussen zorgorganisaties, netwerken, verzekeraars, NZa, VWS en Vektis over welke informatie nodig is om het doel van de regeling te behalen. Stakeholders hebben allemaal behoefte aan informatie, maar wel op een ander aggregatieniveau.

Bewuste keuze maken over wie gegevens aanlevert, zorgorganisaties of het netwerk?

Het netwerk is nu gemandateerd door zorgorganisaties, maar juridisch is de zorgorganisatie verantwoordelijk. Als netwerken informatie verzamelen en aanleveren, kunnen netwerken beter sturen bij wie cliënten casemanagement dementie kunnen ontvangen, maar is geen informatie over de onderliggende zorgorganisaties uit de data te halen. Sinds 2017 hebben alle netwerken een representerende zorgverzekeraar toegewezen gekregen. Echter, lijkt het alsof dit niet bij alle netwerken of zorgverzekeraars helder is. Het is daarom aan te bevelen om na te gaan of deze samenwerking geïntensiveerd kan worden. Vervolgens kan de NZa of zorgverzekeraar in gesprek met de netwerken, en via hen bij de zorgorganisatie met wachtlijst komen.

Overwogen kan worden om niet maandelijks te registreren, maar eens per kwartaal tenzij er grote afwijkingen in wachtlijst of wachttijd zijn om zo de administratieve last te verminderen.

In gesprek over wachtlijst

Los van de regeling casemanagement dementie is het van belang om met zorgorganisaties in gesprek te gaan en te blijven over de reden van het ontstaan van een wachtlijst. Een wachtlijst kan om uiteenlopende redenen ontstaan: van groeiende vraag, beperkt personeel tot groeiende populariteit van een zorgorganisatie. Voor dit gesprek kan het bijvoorbeeld waardevol zijn om de wachttijd en de wachtlijst af te zetten tegen het aantal casemanagers. Op deze manier kunnen het zorgverzekeraar en de zorgorganisatie een goed gesprek voeren om te komen tot passende zorg en ondersteuning voor mensen met dementie gedurende het hele zorgtraject.

1

2

3

4

5

Testen van eventuele aanpassingen

Voordat eventuele aanpassingen worden ingevoerd in de regeling is het aan te bevelen om dit eerst te toetsen en te testen bij alle betrokken stakeholders.

Beperken van de administratieve last

Als over alle hiervoor genoemde verbeterpunten keuzes zijn gemaakt, kies dan voor een frequentie van aanleveren die hierbij past.



Bijlage 1. Informatiekaart



11 oktober 2018

Aanleveren van wachttijden over casemanagement dementie

Per 1 december 2018 moeten zorgaanbieders die casemanagement dementie leveren, registreren hoe lang bij hen de wachttijd daarvoor is. Per 1 december 2018 moeten zorgaanbieders die casemanagement dementie leveren, registreren hoe lang bij hen de wachttijd daarvoor is.

Zij moeten deze informatie op hun website vermelden en maandelijks doorgeven aan Vektis.

Hierdoor krijgen zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit meer inzicht hoe lang de wachttijden in bepaalde regio's zijn.

Welke definities hanteren we daarbij en hoe kunt u de wachttijden berekenen? We zetten het hieronder op een rijtje. De verplichting om wachttijden te registreren is vastgelegd in de Regeling transparantie zorgaanbieders casemanagement dementie, NR/REG- 1827 (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_23796_6_22/1/)

Over de gehanteerde begrippen:

Wat verstaan we onder casemanagement dementie?

Casemanagement dementie is de regiefunctie in de zorg voor mensen met dementie. Voor de inhoud van de zorg sluiten we aan bij wat daarover in de Zorgstandaard Dementie (<https://www.alzheimer-nederland.nl/sites/default/files/directupload/zorgstandaard-dementie.pdf>) is bepaald. Casemanagement dementie valt onder de aanspraak verpleging en verzorging van de Zvw.³

³ Wij volgen de uitleg over casemanagement in de uitspraak van het Zorginstituut Nederland (Standpunt Zvw, 25 maart 2011) en de verduidelijkende memo van het Zorginstituut van 29 december 2017, (kenmerknummer 2017058537).

Wanneer is er een indicatie voor casemanagement dementie?

Voor verpleging en verzorging in de Zvw is geen verwijzing nodig van een huisarts of medisch specialist. De wijkverpleegkundige niveau 5 indiceert deze zorg. Wijkverpleegkundige zorg wordt uitgevoerd door verpleegkundigen en verzorgenden, afhankelijk van de zorgbehoefte van de cliënt.

Wanneer begint de wachttijd?

De cliënt wordt als wachtende geregistreerd als hij aan drie voorwaarden voldoet:

- hij heeft bij een zorgaanbieder casemanagement dementie aangevraagd.
- de wijkverpleegkundige heeft een indicatie afgegeven dat de cliënt aanspraak maakt op verpleging en verzorging.
- de cliënt heeft een zorgvraag en wil zo spoedig mogelijk casemanagement dementie ontvangen.

Als de cliënt nog geen casemanagement wil, maar zich wel vast bij de zorgaanbieder heeft gemeld, telt hij niet als wachtende (hij is niet actief- wachtend).

Als aanmelddatum voor nieuwe wachtenden geldt de datum waarop de cliënt aan alle criteria voldoet en hij op de wachtlijst wordt aangemeld.

Wat verstaan we onder in zorg nemen?

We onderscheiden twee cliëntengroepen:

Cliënten die nog geen verpleging en verzorging thuis ontvangen

Zij worden in zorg genomen voor casemanagement als zij na hun aanvraag voor casemanagement en de indicatiestelling door een wijkverpleegkundige, zorg krijgen van een casemanager die voldoet aan de Zorgstandaard Dementie.

Cliënten die al verpleging en verzorging thuis ontvangen

Zij worden in zorg genomen voor casemanagement als zij na hun aanvraag voor casemanagement en in afstemming met een wijkverpleegkundige zorg krijgen van een casemanager die voldoet aan de Zorgstandaard Dementie.

De datum waarop de eerste zorg in het kader van casemanagement dementie wordt geleverd is de datum van 'in zorg nemen'. Op dat moment stopt de wachttijd.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



Wat is de wachttijd?

De wachttijd is het aantal dagen tussen de aanmelddatum en het moment dat de patiënt door de zorgaanbieder in zorg wordt genomen. De wachttijd wordt retrospectief berekend. Daarmee bedoelen we dat de aanbieder per cliënt het aantal dagen vastlegt tussen het moment van plaatsen op de wachtlijst en het in zorg nemen van de cliënt.

Als de cliënt binnen zeven dagen na het stellen van de indicatie in zorg wordt genomen zien wij dat niet als wachttijd. In dat geval wordt de cliënt niet meegeteld als wachtende.

Over de aanlevering:

Waar moet u uw wachtlijsten melden?

U moet de wachtlijsten op uw website publiceren. Daarnaast moet u deze maandelijks aan Vektis doorgeven.

U moet drie dingen doorgeven:

- Het aantal cliënten op de wachtlijst.
- De gemiddelde wachttijd.
- En het aantal cliënten dat zes weken of langer op de wachtlijst staat.

De gemiddelde wachttijd wordt altijd naar boven afgerond. Een gemiddelde wachttijd van 3,4 weken wordt als 4 weken aangeleverd.

Rekenvoorbeeld gemiddelde wachttijd:

Als u in een maand 50 cliënten van de wachtlijst in zorg hebt genomen en zij hebben samen 980 dagen gewacht, is de wachttijd voor deze maand $(980/50)/7$ dagen = 2,8 weken. Naar boven afgerond wordt een wachttijd van 3 weken aangeleverd.

De wachttijden worden gekoppeld aan een regionaal netwerk dementie. Als u in meerdere regio's werkzaam bent, levert u voor elke regio waar u werkt de wachttijden aan. In de tweede week van oktober wordt de lijst met regionale netwerken gepubliceerd en verstrekt aan de zorgaanbieders.

Wie staan erop de wachtlijst?

De wachtlijst is een anoniem overzicht van het aantal mensen dat bij u is aangemeld voor casemanagement dementie, maar nog niet in zorg is genomen.

Wat verstaan we onder een dementienetwerk?

Een regionaal netwerk dementie is een samenwerkingsverband van zorginstellingen die samen de zorg voor mensen met dementie coördineren en verbeteren.

Als u deelneemt aan een regionaal netwerk dan mag dat netwerk de wachtlijst- en wachttijdgegevens rapporteren. Of het netwerk dat gaat doen is afhankelijk van de afspraken die u hebt gemaakt met het netwerk.

Als het netwerk gaat aanleveren publiceert zij de wachtlijstgegevens op haar website. De zorgaanbieder die is aangesloten bij het netwerk verwijst op zijn site naar de wachtlijstgegevens op de site van het netwerk.

Wat wordt aangeleverd door het regionaal dementie netwerk?

Een regionaal netwerk dementie vraagt een AGB- code aan bij Vektis en levert met die AGB-code als identificatie de wachtlijstgegevens aan. Het netwerk ontvangt in de tweede helft van oktober een mail van Vektis met de aanvraagprocedure.

Wanneer moet worden gerapporteerd?

U moet iedere maand voor de 20e kalenderdag de wachtlijst en de wachttijdgegevens van de voorgaande maand aanleveren. Bijvoorbeeld: u levert de wachtlijstgegevens van oktober voor 20 november aan.

Meer weten?

Voor meer informatie over deze informatiekaart kunt u via onderstaande gegevens contact opnemen met de NZa. Als u meer wilt weten over de aanleverspecificaties, verwijzen we u naar de berichtgeving die u in de tweede helft van oktober van Vektis gaat krijgen.

NZa
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 088 – 770 87 70
E info@nza.nl
www.nza.nl

