

Actieplan casemanagement dementie

Vooraf:

Er is grote 'sense of urgency' over de huidige situatie bij casemanagement dementie: er ligt een Kamer motie, er is grote onrust én veel variatie in het veld, de wachtlijsten groeien en mensen vallen tussen wal en schip. Partijen hebben op 15 juni aan Deltaplan Dementie (DpD) gevraagd het voortouw te nemen in ontwikkeling van een actieplan. DpD wil deze verantwoordelijkheid nemen vanuit de rol van onafhankelijk platform/verbinder: *'SAMEN werken we aan betere dementiezorg en ondersteuning'*.

Vertreksituatie:

- Ruim 15 jaar casemanagement in Nederland: geen eendagsvlieg, heeft zich ontwikkeld tot 'backbone' voor dementiezorg thuis.
- Onrust in laatste 1½ jaar: Gaat het casemanagement teloor door de overgang van wijkverpleging naar de ZVW? Gaat de waarde voor cliënten en hun naasten nu verloren?
- Kernlijnen in al langer lopende discussie: (a) functie van casemanagement of functionaris casemanager, (b) generiek versus specifiek, (c) wel/niet afzonderlijke aanspraak, (d) wel/niet afzonderlijke bekostiging (van casemanagement en/of dementienetwerk).
- Rapport HHM (juni 2016) bevestigt onrust. Kortweg: 'het gaat niet goed'.
=> brief VWS/MvR die partijen bij elkaar wil brengen: *'dit moet worden opgelost'*.
- Bijeenkomst 15 juni: is keerpunt.
Besef bij allen dat (1) de gesignaleerde problemen reëel zijn, (2) rust en herstel nu eerst nodig zijn om ruimte te creëren om (3) tot gezamenlijke oplossingen te komen.
- Verzoek aan 'Deltaplan Dementie': *'maak voor 'ons' een plan van aanpak waarin we constructief tot gezamenlijk gedragen oplossingen komen'*.

Uitgangspunten / noodzakelijkheden voor 'plan van aanpak':

- Nu: rust nodig om oplossingen mogelijk te maken: zie actiepunt '0'.
- Waarde van casemanagement als functie staat 'an sich' niet meer ter discussie.
- Zorgstandaard Dementie is de breed gedragen norm. Dementienetwerken concretiseren die lokaal/regionaal naar zorgprogramma's.
- Oplossingen ijken op gevolgen en consequenties voor cliënt en zijn naasten (en dus niet voor financiers, aanbieders, beroepsgroepen, budget of systeem).
- Aansluiting vinden bij het bredere transitietrajecten in de zorg en in het bijzonder de innovatieagenda wijkverpleging.
- Strenger kijken naar beschikbare 'evidence', i.t.t. meningen en opvattingen.
- Instrumenten en gereedschap kunnen ontwikkelen als dat nodig is: anders dreigt in proces een 'herhaling van zetten'.
- Plek geven in pijler 2 van Deltaplan Dementie: casemanagement is een onlosmakelijk onderdeel van het totale zes-punten-plan voor dementie.
Het zes-punten-plan bestaat uit: 1. Kwaliteit van dementiezorg, 2. Organisatie van dementiezorg, 3. Bekostiging van dementiezorg en -netwerken, 4. Kennisontwikkeling en -spreiding, 5. Registratie in de dementiezorg (bottom-up) en 6. Actualisatie Zorgstandaard.

Benadering:

- Doel / resultaat: Helderheid over inzet en positie van casemanagement in de komende jaren: *'Iedereen die casemanagement dementie nodig heeft, krijgt dat ook, conform de Zorgstandaard Dementie'*.
- Realisering daarvan in de totaal-aanpak van dementie, geen isolatie.
- Bewustzijn dat regionale dialoog en lokale vertaling nodig zijn, echter dat daarvoor wel op hoger niveau de handvatten en het houvast moeten worden geboden.
- Benoemen – mede op basis van HHM-rapport – van de grootste kwesties of geschilpunten die daarvoor tot een oplossing moeten komen en de wereld uit moeten.
- En omdat 'beweging' nu nodig is, het ook nu al formuleren op onderdelen van een denkrichting naar oplossingen. We maken meteen al eerste stappen / stapjes. Dat is nu nodig.
- Plan van aanpak is één geheel, geen losse 'snoepjes' of 'stokpaardjes' opzoeken, inzet is totaal benadering, één plan, vraagt om geven en nemen omdat partijen gezamenlijk naar oplossingen willen bewegen.
- Waar nu al denkbaar gezien de zeer korte doorlooptijd van dit voorstel, worden aansluitend per bouwsteen voorstellen gedaan voor acties en partijen.

Bouwstenen voor actieplan:

0. Rust voor oplossingen

- Toelichting: In het bestuurlijk overleg van 15 en 30 juni sloten zich de rijen: *'Ja, er is een wezenlijk probleem. En als we de ruimte willen creëren om dat op te lossen, moeten we nu rust en ook herstel bewerkstelligen, we willen zeker geen verdere 'afkalving' van casemanagement meer. Iedereen die casemanagement dementie nodig heeft, krijgt dat ook, conform de Zorgstandaard Dementie'*.

Gezamenlijke vertrekpunten voor operationalisering: (1) richting 2017 worden geen grote nieuwe beleidswijzingen aangaande de inkoop en positionering van casemanagement doorgevoerd, (2) partijen bewerkstelligen herstel waar dat maar enigszins kan en nodig is, (3) bestaande wachtlijsten worden in een regionale benadering aangepakt, en (4) rust en herstel zijn voorwaarden om het werken aan oplossingen kans van slagen te geven.

Aanpak: Met name verzekeraars en aanbieders communiceren dit vertrekpunt actief met hun achterban: *'dit is nu nodig'*. VWS monitort en spreekt partijen aan op basis van 'afpraak = afspraak'.

Partijen spreken elkaar aan op de nakoming van deze afspraken, VWS monitort en vraagt ook de NZa dit te doen op de gemaakte afspraken i.h.k.v. de zorginkoop 2017.

1. Inhoud: zorgstandaard

Toelichting: Er zou geen norm zijn om aan te ijken, er wordt gekibbeld over inhoudelijke definities, profiel en taken.

Aanpak: Feitelijk werd daarvoor op 15 juni al een grote stap genomen. Er was consensus over de waarde van de Zorgstandaard als norm voor wat goed casemanagement is en waar het dan ook behoort te voldoen. Dat is 'de lat'. En: los van de functionaris die het doet, er is op basis van die Zorgstandaard ook een beroepsprofiel (V&VN, 2012) aanwezig wat helder de daarvoor benodigde competenties beschrijft.

Dementienetwerken concretiseren de zorgstandaard lokaal/regionaal naar een zorgprogramma. Vanuit de regio's komen vervolgens weer nieuwe ontwikkelingen die zich bewijzen op effectiviteit en doelmatigheid en bij actualisatie eventueel weer kunnen worden opgenomen in de Zorgstandaard 2.0 (punt 6 uit zes-punten-plan). Zo ontstaat een 'levende standaard'.

2. Omvang

Toelichting: We zouden niet weten over hoeveel mensen het gaat, over hoeveel casemanagement er nu nodig is, en over wat de kosten daarvoor zijn.

Aanpak: Evidence traceren: welke betrouwbare epidemiologisch gegevens zijn leidend? Welke in- en doorstroom cijfers laat 'stabiel en langerlopend casemanagement' zien? Zijn die gegevens te extrapoleren naar een schatting voor landelijke inzet?

3. Functie of functionaris: wijkverpleegkundige vs. casemanager

Toelichting: Het is haast sektarisch aan het worden: wie kan casemanagement bieden? Wie heeft daarvoor de bagage en gereedschap?

Aanpak: We zetten meteen maar een stap. Niet de functionaris maar wat er wordt geboden staat centraal. De inhoud is dus leidend. En dan is eigenlijk noch een wijkverpleegkundige zonder extra opleiding, noch een casemanager die geen verpleegkundige of psychosociale achtergrond heeft, denkbaar. Overigens blijft ook hier de Zorgstandard Dementie leidend. En nog een stap verder: wij denken niet in 'of/of' maar in 'en/en': wijkverpleegkundige en casemanager bedienen feitelijk gezamenlijk het hele werkveld van 'kwetsbare ouderen' waartoe dementie behoort. Duo-vorming in plaats van competentie, collegiaal i.p.v. dual. Aansluiting wordt hierbij gemaakte met de in gang gezette innovatie-agenda wijkverpleging.

4. Generalist vs. specialist: knippen?

Toelichting: Generalist vs. specialist, 'licht' waar het kan, 'zwaar' waar het moet?

Aanpak: Ook hier zetten we meteen maar een stap: het perspectief van de cliënt is leidend. En die heeft behoefte aan één, ongebroken, traject. Volgordelijkheid van functionarissen, het opknippen van het traject, is feitelijk meer aanbod-denken, dan vraag-denken. Wat nuttiger is, is om onderscheid in intensiteit te maken: casemanagement kan je minder- en meer-intensief bieden, afhankelijk van factoren als draagkracht mantelzorg, ziektebeloop etc. Eigen regie waar het kan en mogelijk is. Op- en afschalen dus door dezelfde professional. Dat geeft de cliënt en zijn naasten het voordeel van continuïteit van zorg, en de financier en aanbieder de ruimte tot een 'mix': het gaat niet allemaal om 'intensief casemanagement'.

Professionals – wie dan ook – behoeven daarbinnen de ruimte om hun vak uit te oefenen, hun eigen inzet te doseren, op geleide van de vraag en behoefte van cliënten.

5. Organisatie: netwerken vs. individuele instellingen

Toelichting: Waar wordt casemanagement nu gepositioneerd? Waar en hoe wordt het georganiseerd? Hoe wordt het 'ingekocht'? Hoe wordt aangesloten bij de lokale en regionale dialoog? Is het een – onafhankelijke - netwerkactiviteit of kunnen alle individuele zorgorganisaties dat bieden? Moet je 'bundelen' of 'versnipperen'?

Aanpak: Weten we daar niets van? We kijken naar de beschikbare evidence in het COMPAS-onderzoek, dat vormen van casemanagement met elkaar vergeleek. Welke aanpak en organisatievorm garandeert het beste resultaat?

Hier maken we ook de verbinding naar het projectvoorstel van de zorgverzekeraars om inzicht te krijgen in de relatie tussen organisatiestructuur van de regionale dementienetwerken en de uitkomsten voor cliënten, in het kader van zes-punten-plan voor het praktijkverbeterprogramma (pijler 2) van het Deltaplan Dementie.

6. Bekostiging: aanspraak of niet

Toelichting: Er is in de afgelopen 1½ jaar veel rumoer ontstaan over de financiering van casemanagement. Velen (incl. de Tweede Kamer) willen daarvoor een aparte bekostiging - van welke aard dan ook -, anderen zien daar het nut niet van in en zijn mordicus tegen. Maar wat

de voor- en nadelen van verschillende financieringsvormen zijn, dan wel hoe dat die een praktische uitwerking kunnen krijgen, die fase in het debat wordt niet bereikt.

Aanpak: We verkennen - zonder vooroordeel - wat een (minimum-)variant qua betaaltitel zou kunnen behelzen. Hoe ziet die er praktisch uit in zijn lichtste en minst bureaucratische vorm? Waar zou die zijn functie kunnen hebben? Wat zou die blokkeren? Kortom: we maken het eerst feitelijk, voor we oordelen.

7. Stelsel en transitie

Toelichting: ZVW? Terug naar de WLZ? Nee, ook naar de WMO? Maar de zorg aan mensen met dementie stoort zich niet aan systeemgrenzen.

Aanpak: We richten ons op eenduidigheid. En concluderen nu al dat de knoop feitelijk al is doorgesneden waar casemanagement is gepositioneerd en wordt ingekocht. De ZVW is daarvoor de plek. Het budget is dan volgend en moet daar worden gealloceerd.

Maar de WLZ en WMO raken wel het werk van casemanagement, veel van de bijna € 5 mld. die we uitgeven aan dementie is immers terug te vinden in de WLZ en WMO. We kijken of er bruggen zijn te slaan naar de ruimte die VWS wil bieden om hierin bekostigingsexperimenten te gaan doen (in aansluiting op punt 3 van zes-punten-plan DpD).

8. Registratie

Toelichting: We kennen de feiten niet. Over wie gaat het, wat is de ernst, wat kenmerkt de mantelzorgers, wat is de kwaliteit van leven en van zorg?

Aanpak: We definiëren een 'minimal dataset' die iedere aanbieder van casemanagement en alle verzekeraars gaan hanteren en zorgen zo voor uniformiteit. We beginnen klein: hooguit zo'n 15 items. Uitbouwen komt later wel. Dat maakt vergelijking en landelijke monitoring mogelijk. We gaan geen nieuwe wielen uitvinden, want er is al veel.

9. Uitkomsten

Toelichting: Maar wat zijn de resultaten? Waar leidt het toe? Is er effect?

Aanpak: Ook hier formuleren we een 'minimal dataset', bestaande uit de door Zilveren Kruis ontwikkelde uitkomstmaten (kwaliteit van leven cliënt, subjectieve gezondheid mantelzorgers en 'volhoudtijd'), aangevuld met de gevalideerde cliëntindex casemanagement (NIVEL, met steun van VGZ). Dat wordt verplichte kost voor iedereen die casemanagement biedt.

Proces

- Uitvoering / invoeging van het 'actieplan casemanagement' als onderdeel van het Deltaplan Dementie (pijler 2: praktijkverbetering).
- Bij de uitwerking voor 'actieplan casemanagement' wordt een ordening naar soorten activiteiten voorgesteld. Sommige van de benoemde bouwstenen zijn gewoon 'klussen' die projectmatig uitgevoerd moeten worden, andere bouwstenen vergen een 'dialoog-gestuurde'-benadering: partijen moeten met elkaar tot gedeeld inzicht komen, visie en consensus delen, en dat met elkaar vast leggen in bv. handreikingen naar het veld.
- Indeling in:
 - ✓ Kort: tussen nu (voor bouwsteen 0) en 2 maanden na formele startdatum van 15 september;
 - ✓ Middel: t/m Q1 2017
 - ✓ Lang : t/m Q3 2017
- Gezamenlijk draagvlak blijft nodig: partijen achten het nodig de uitwerking en realisering van dit actieplan gezamenlijk verder te volgen en zullen hiervoor periodiek bijeenkomen.

- Voor een actieplan is 'regie en coördinatie' nodig, dan wel in de vorm van actieve sturing en sturing, soms ook in de vorm van 'diplomatie en duwtjes'. Zonder zo'n rolinvulling gaat het niet lukken.
Het Deltaplan Dementie neemt de rol als 'verbinder' en zoekt in samenspraak met VWS een projectleider aan die in twee stappen voor uitwerking zorgt: eerst op korte termijn nadere uitwerking voor dit actieplan voor casemanagement, en vervolgens de aansluiting bij een gelijksoortige uitwerking voor het totale 6-punten-plan van het praktijkverbeterprogramma.

Nadere uitwerking 'actieplan casemanagement dementie'

Algemeen

- Uitwerking op basis van de vastgestelde bouwstenen (0 t/m 9): acties, actoren, termijn en product
- Regie bij projectleider (16 uur per week): is bij alle punten actief maar rolinvulling verschilt per bouwsteen/actie: aanjager, uitvoerder, bemiddelaar, organisator, rapporteur, etc.
- Ondersteund door kleine werkgroep: VWS, Aanbieder, ZN, AN (Er wordt actieve inzet in de vorm van trekken en/of uitwerken van onderdelen van dit plan verwacht)
- Proces in de tijd:
 - ✓ Start: 15 september
 - ✓ 1^e tussenevaluatie: na drie maanden
 - ✓ 2^e tussenevaluatie: na zes maanden
 - ✓ Eindevaluatie: na 10 maanden
- Termijnen:
 - ✓ Kort: tussen nu (voor bouwsteen 0) en 2 maanden na formele startdatum van 15 september;
 - ✓ Middel: t/m Q1 2017
 - ✓ Lang : t/m Q3 2017
- Producten worden geplaatst op de websites/intranet van de deelnemende partijen en organisaties, alsmede op de website van het Deltaplan Dementie.

	bouwsteen	Acties	Actoren	Termijn	Producten
0	Rust voor oplossingen	1. Actief - en zo nodig herhaald – informeren van achterbannen, alsmede cliënten / verzekerden, met als boodschappen: <ul style="list-style-type: none"> - <i>'het bestaan van dit gezamenlijk gedragen Actieplan casemanagement dementie'</i> - <i>'rust & herstel: geen grote nieuwe beleidswijzingen bij inkoop 2017'</i>; - <i>'iedereen die casemanagement dementie nodig heeft, krijgt dat ook'</i>; - <i>'en dat geschiedt conform de Zorgstandaard Dementie'</i>. 2. Aanpak wachtlijsten regionaal, bij zorginkoop 2017. 3. Verzekeraars stellen meldpunt in voor patiënten en hun naasten en bemiddelen naar oplossingen 4. AN doet peiling onder cliënten en naasten: <i>'wordt 'rust en herstel' in praktijk ook waargenomen en verdwijnen de wachtlijsten?'</i> 5. Monitoring op realisering. 6. NZa monitort realisering inkoop casemanagement bij zorginkoop 2017. 7. Bijsturing, zo nodig bij 1 ^e tussenevaluatie.	1. Verzekeraars en aanbieders. 2. Verzekeraars en aanbieders 3. Verzekeraars 4. Alzheimer Nederland 5. Alle partijen 6. NZa rapporteert 7. Alle partijen	Kort, met uitloop naar middel 1 t/m 3: periode juli / september 4 t/m 7: Parallel aan traject zorginkoop (t/m oktober) en eerste maanden daarna.	Afgestemde, c.q. gezamenlijke communicatiestrategie Plan van aanpak wachtlijsten Meldpunt bij ZN Cliëntrapport Starten met 'signaalteam' voor monitoring van uitvoering van dit actiepunt, alsmede de actieve opvolging van signalen.

1	Inhoud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Korte termijn: communiceren over norm van Zorgstandaard Dementie bij de uitvoering van casemanagement. 2. Toets op praktische naleving en resultaat zorginkoop 2017. 3. Netwerken werken zorgstandaard uit in eigen regionale zorgprogramma's. 4. Langer termijn: ervaringen worden mede basis voor actualisatie van zorgstandaard. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verzekeraars en aanbieders: plek in dialoog en inkoop 2017 2. Zie genoemde actie en actoren 4 t/m 7 bij bouwsteen 0 3. Netwerkcoördinatoren / netwerken nemen op in eigen plannen 4. Deltaplan Dementie: (6-puntenplan voorziet in actualisatie op termijn 	<p>Kort / middel / lang</p> <p>1: vanaf nu, en verder parallel aan traject zorginkoop (t/m oktober)</p> <p>2: Parallel aan traject zorginkoop (t/m oktober) en eerste maanden daarna.</p> <p>3: najaar 2016, doorlopend in 2017.</p> <p>4: 2020</p>	<p>Factsheet 'uitvoering casemanagement'. Zorgen voor bekendheid daarvan: communicatie naar verzekeraars, aanbieders en vertegenwoordiging van cliënten.</p> <p>ZN-overzicht inkoopvoorwaarden 2017</p> <p>Verzamelboek zorgprogramma's</p>
2	Omvang	<ol style="list-style-type: none"> 1. 'Data-foto' maken van enkele 'stevige' en al langer functionerende netwerken (3 tot 4): <ul style="list-style-type: none"> - caseload i.v.m. demografie en epidemiologie; - inzet uren casemanagement; - kosten / budget. 2. Extrapoleren naar schaal NL, met daarbij model voor regionale toepassing. 3. Korte en bondige rapportage. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Projectgroep van enkele netwerkcoördinatoren, geleid door projectleider 2. Idem 3. idem 	<p>Kort</p> <p>1 t/m 3: Geschatte doorlooptijd is twee maanden. Beschikbaar bij eerste tussenevaluatie</p>	<p>Facts en figures casemanagement 2016</p> <p>Rapport, incl. NL-extrapolatie, voor zover mogelijk</p>
3	Functie of functionaris	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inhoudelijke naleving zorgstandaard bij inkoop/contractering. 2. Praktijkscan bij huidige netwerken, voor- en nadelen, met daarbij toetsing van cliënteninbreng 3. Aansluiting / vertaling naar thema's arbeidsmarkt en opleiding: rapportage over capaciteit en planning. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zie genoemde acties en actoren 1 t/m 7 bij bouwsteen 0 2. Projectgroep netwerkcoördinatoren en V&VN en AN, geleid door projectleider 3. Idem 4. V&VN en aanbieders 	<p>Kort / middel</p> <p>1: vanaf nu, en verder parallel aan traject</p> <p>2: gereed voor 2^e tussenevaluatie</p> <p>3: idem</p>	<p>Handreiking waarin verzameld praktische en inspirerende informatie over werkbare varianten + praktijkvoorbeelden</p> <p>Rapport over arbeidsmarkt en opleiding casemanagement dementie</p>
4	Generalist vs specialist	<ol style="list-style-type: none"> 1. 'Kou uit de lucht': praktische handreiking, met als startpunt perspectief van cliënt en de beroepspraktijk, met tips, e.d. 2. Monitoring en rapportage door AN: cliëntperspectief is leidend. 3. Sessies met de landelijke partijen: input voor zorgstandaard 2.0. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aansluiting bij actiepunten 3.2 en 3.3 2. Alzheimer Nederland 3. Deltaplan Dementie: (6-puntenplan voorziet in actualisatie op termijn 	<p>Middel</p> <p>1 en 2: gereed voor 2^e tussenevaluatie.</p> <p>3: lang, mogelijk pas na 2^e tussenevaluatie.</p>	<p>Functieprofiel 2.0 (doorontwikkeling V&VN-profiel 2012)</p> <p>Overweging tot opname in het kwaliteitsregister van V&VN</p>

5	Organisaties netwerken	<ol style="list-style-type: none"> 1. Korte termijn: Scan van organisatievarianten met voor/na-nadelen: COMPAS-bevindingen delen Resultaat: factsheet over wat effectief en kostenefficiënt is. 2. Langere termijn: Onderzoek van verzekeraars: 'inzicht te krijgen in de relatie tussen organisatiestructuur van de regionale dementienetwerken en de uitkomsten voor cliënten' (onderdeel pijler 2 DpD). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Door projectleider, met externe inbreng van VUmc/AMC onderzoeksgroep. 2. Verzekeraars (met inbreng van andere partijen binnen onderzoeksopzet) 	Middel / lang 1: gereed voor 2 ^e tussenevaluatie. 2: lang (2017)	<p>Overzicht van bekende organisatievarianten voor continuïteit dementieketens (deel 1)</p> <p>Rapportage verzekeraars: betere uitkomsten door netwerkstructurering (deel 2)</p>
6	Aanspraak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uitwerking opties / minimum-variant (zonder vooroordeel) N.B. daarbij samenhang met bouwsteen 7 betrekken. 2. Daarbij: document over stelselregels over 'aanspraak' en 'bekostiging. 3. Consensus-bijeenkomst. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. NZa, ZiNL, aanbieders, verzekeraars, VWS, AN (allen, ja) 2. Idem 3. idem 	Middel / lang 1 en 2: gereed voor 2 ^e tussenevaluatie. 3: gereed bij eindevaluatie	<p>Een verkenning en uitwerking van de 'minimumvariant' met daarbij veldhandreiking over spelregels / voorwaarden bij aanspraken en bekostiging van casemanagement</p> <p>Consensusbijeenkomst</p>
7	Stelsel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Opzet: Plan opstellen voor bekostigingsexperimenten (tevens: punt 3, pijler 2 DpD): scope, inhoud, partijen, omvang, etc. N.B. daarbij bezien welke samenhang er is met andere bekostigingsexperimenten. 2. Uitvoering. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. VWS, VNG, verzekeraars, aanbieders 2. Afhankelijk van opzet 	Middel / lang 1: gereed voor 2 ^e tussenevaluatie 2: 2017 (doorlopend na projecttijd aannemelijk)	<p>Plan voor bekostigingsexperimenten, met aandacht voor samenhang / synergie met al voorgenomen experimenten.</p>
8	Registratie	<ol style="list-style-type: none"> 1. Minimal dataset: praktisch eerste voorstel 2. Daarbij inventarisatie lopende initiatieven (Memorabel-studie VUmc) 3. Bottum-up ontwikkeling met netwerken (punt 5 in 6-punten-plan DpD) 4. Beschikbaar voor start zorginkoop 2018 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Advies eerdere werkgroep registratie 2. Projectleider 3. Projectgroep netwerkcoördinatoren 4. Aanbieders, verzekeraars, 	Middel 1, 2 en 3: gereed voor 2 ^e tussenevaluatie. 4: kort na 2 ^e tussen-evaluatie	<p>Minimal dataset, + registratievereisten</p>
9	Uitkomsten	<ol style="list-style-type: none"> 1. Minimal dataset (feitelijk beschikbaar) 2. Koppeling aan inkoop / uitvoering casemanagement: beschikbaar voor zorginkoop 2017 3. Dataplan opstellen, incl. rapportage N.B. Verbinding met bouwsteen 7. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Projectleider 2. Aanbieders, verzekeraars, ketencoördinatoren 3. Verzekeraars, aanbieders 	Kort / Middel 1: beschikbaar bij eerste tussenevaluatie. 2: idem 3: bij eindevaluatie	<p>Minimal outcomeset, + dataplan</p>