



Organisatie en invulling van “casemanagement dementie” in Nederland

Verslaglegging van een landelijke peiling onder regionale projectleiders

José M. Peeters (NIVEL)

Anneke L. Francke (NIVEL en EMGO+/VUmc)

Anne Margriet Pot (Trimbos-instituut en Vrije Universiteit)



ISBN 978-94-6122-073-8

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2011, NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
1 Inleiding	7
1.1 Achtergrond	7
1.2 Doel van de peiling	9
1.3 Onderzoeksvragen	9
2 Methode	11
2.1 Dataverzameling en respons	11
2.2 Analyse	11
3 Organisatie van casemanagement dementie	13
3.1 Organisatie en inbedding	13
3.2 Start- en eindpunt	14
3.3 Financiering	15
4 Invulling van casemanagement dementie	17
4.1 Aantal en soort cliënten en mantelzorgers met casemanagement	17
4.2 Aanbod	18
4.3 Invulling van de functie	19
5 Conclusies en reflectie	23
5.1 Conclusies	23
5.2 Reflectie	24
Literatuurlijst	27
Bijlage 1: Vragenlijst projectleiders	

Voorwoord

Dit rapport geeft inzicht in de wijze waarop casemanagement dementie in Nederland begin 2011 wordt ingevuld en georganiseerd. Dit inzicht kan behulpzaam zijn bij de verdere ontwikkeling van beleid op het gebied van casemanagement dementie en de financiering daarvan.

In dit kader is een peiling gedaan onder regionale projectleiders van Netwerken Ketenzorg Dementie. Deze landelijke peiling is uitgevoerd door het NIVEL in samenwerking met het Trimbos-instituut in december 2010 met subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Het project is uitgevoerd door dr. José Peeters (NIVEL). De begeleiding was in handen van prof dr. Anneke Frankce (NIVEL en EMGO+/VUmc) en prof. dr. Anne Margriet Pot (Trimbos-instituut en Vrije Universiteit) had een adviserende rol.

Dank gaat uit naar de regionale projectleiders voor het invullen van de online vragenlijst.

Utrecht, maart 2011

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

In Nederland zijn er op dit moment 110.000 mensen bij wie de diagnose dementie is gesteld. Daarnaast zijn er ongeveer 120.000 mensen die lijden aan dementie, maar bij wie de diagnose nog niet is vastgesteld (www.alzheimer-nederland.nl). Van deze 230.000 mensen met dementie woont het grootste deel, ruim 160.000, thuis. De verwachting is dat het aantal personen met dementie in ons land in 2050 verdubbeld zal zijn tot een half miljoen (World Alzheimer Report 2010; www.alzheimer-nederland.nl).

Mantelzorgers spelen vooral bij de zorg thuis een belangrijk rol. Uiteindelijk moeten veel mensen met dementie in een verpleeghuis worden opgenomen, maar de overgrote meerderheid van mensen met dementie wil zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Omdat dementie vaak gepaard gaat met comorbiditeit, sociale en gedragsproblemen, is de zorg over het algemeen complex. Mensen met dementie en hun mantelzorgers maken veelal een langdurig en intensief zorgtraject door, vanaf het moment dat de diagnose dementie is gesteld tot en met het overlijden van de persoon met dementie. Mantelzorgers zijn vaak zwaar belast (Peeters e.a., 2007a; 2007b; Zwaanswijk e.a. 2009a; 2009b; 2010) en miscommunicatie met en tussen zorgverleners komt frequent voor (Mercken e.a., 2005).

Om de zorg thuis vol te houden, is het belangrijk dat mantelzorgers worden ondersteund in de zorg voor hun naaste. Goede zorg voor mensen met dementie en hun mantelzorgers en afstemming tussen de betrokken zorgverleners zijn van groot belang (Leidraad Ketenzorg Dementie, 2009). Al in 2002 concludeerde de Gezondheidsraad dat de kwaliteit van de dementiezorg verbeterd moest worden, omdat de integratie en samenhang ontbrak (Gezondheidsraad, 2002). De afgelopen jaren zijn er veel initiatieven ontplooid om de kwaliteit van de dementiezorg te verbeteren, onder meer binnen het Landelijk Dementie Programma (LDP; looptijd 2003 tot 2008). Een dergelijk initiatief betreft casemanagement.

Onder “casemanagement dementie” verstaan we in dit rapport: *‘Het systematisch aanbieden van gecoördineerde zorg en benodigde ondersteuning op het terrein van behandeling, zorg en welzijn door een vaste professional die onderdeel uitmaakt van een lokaal samenwerkingsverband gericht op thuiswonende mensen met dementie en hun naasten gedurende het hele traject van ‘niet pluis’ of de diagnose tot aan opname in een verpleeghuis of overlijden’* (Landelijk Dementie Programma, 2007).

Binnen het Landelijk Dementie Programma werd casemanagement gestimuleerd om tegemoet te komen aan een aantal problemen en zorgvragen van personen met dementie en hun mantelzorgers, zoals onduidelijkheid over de mogelijkheden voor zorg en begeleiding, onzekerheid over het verloop van de ziekte, overbelasting van mantelzorgers en miscommunicatie tussen hulpverleners onderling en tussen hulpverleners en cliënt (Ligthart, 2006).

Casemanagement wordt veelal gezien als een middel om meer samenhang, afstemming en continuïteit in de dementiezorg te realiseren, waarbij de casemanager de cruciale schakel in de zorgketen is (Leidraad Ketenzorg Dementie, 2009)¹.

De casemanager dementie (ook wel: trajectbegeleider of zorgtrajectbegeleider) moet fungeren als een centrale vertrouwde professional, met veel kennis over dementie en de sociale kaart, die in verschillende fasen van het ziekte-traject de persoon met dementie en de mantelzorger begeleidt. Een vertrouwd en vast aanspreekpunt is mede belangrijk omdat de zorgbehoeften tijdens het dementieproces zich ontwikkelen en veelal steeds complexer worden (Leidraad Ketenzorg Dementie, 2009).

De voormalige staatssecretaris van VWS had in 2008 in haar plan ‘Zorg voor mensen met dementie’ het doel geformuleerd dat uiterlijk in 2011 in iedere regio in Nederland een vorm van casemanagement deel moet uitmaken van het totale aanbod van dementiezorg (Bussemaker, 2008).

Inmiddels zijn er ook buiten de regio’s die meededen aan het Landelijke Dementie Programma, veel initiatieven ontplooid op het gebied van casemanagement. Het Programma Ketenzorg Dementie (een vervolg op het Landelijke Dementie Programma) geeft daarvoor een belangrijke stimulans. In het Programma Ketenzorg Dementie werkt het Ministerie van VWS met diverse relevante partijen² samen (vanuit een landelijk ‘kernteam’) om een structureel aanbod van samenhangende dementiezorg tot stand te brengen, dat aansluit bij de wensen en behoeften van cliënten en mantelzorgers met dementie.

Er is echter op dit moment nog geen algemeen geaccepteerde gedetailleerde beschrijving van waar casemanagement bij dementie in Nederland aan moet voldoen en op welke wijze dit aangeboden moet worden. Wel is vanuit VWS een aantal minimumeisen geformuleerd voor de invulling van casemanagement (Bussemaker, 2008). Deze luiden:

- de functie is een natuurlijk aanspreekpunt binnen de regionale zorg- en ondersteuningsstructuur die naast care ook welzijn en cure omvat;
- de casemanager heeft kennis van dementie- en mantelzorgproblematiek en is goed op de hoogte van de sociale kaart;
- de casemanager is onafhankelijk in die zin dat waar daar behoefte aan is of noodzaak voor is, de casemanager voor de cliënt zorg kan regelen buiten het samenwerkingsverband;
- de casemanager is in principe een vast persoon;
- vanaf het moment van de diagnose tot de opname in een zorghuis of overlijden in de thuissituatie is voor de cliënt casemanagement beschikbaar.

Regionale netwerken moeten aan deze minimumeisen voldoen, maar zijn verder vrij in de invulling.

Vanuit het veld zijn er aanwijzingen dat casemanagement verschillend wordt vormgegeven (Deloitte, 2009). Er lijkt bijvoorbeeld variatie te bestaan voor wat betreft de organisatorische inbedding, de inhoud van casemanagement en de professionele

¹ Deze leidraad voor regio’s is bedoeld als stimulans en hulpmiddel voor de bij de inkoop en levering van zorg betrokken partijen en geeft concrete handvaten over hoe te komen tot samenhangende zorg die aansluit bij de wensen en behoeften van mensen met dementie en hun naasten.

² Naast VWS zijn dat ActiZ, Alzheimer Nederland, Vereniging Nederlandse Gemeenten en Zorgverzekeraars Nederland.

achtergrond van de casemanager. Uit eerder onderzoek is ook bekend dat de invulling van de functie van casemanager varieert naar aard en intensiteit van de contacten (Ligthart, 2006; Janssen, 2007; Rijken, 2010).

Eerder onderzoek wees ook uit dat mensen die casemanagement ontvangen daarover meestal positief oordelen: mantelzorgers van naasten met dementie in de regio Noord-Holland Noord bleken zeer tevreden over de steun en de begeleiding van de casemanagers van Stichting Geriant (De Lange & Pot, 2006). De respectvolle bejegening van de casemanager en de goede afstemming tussen de behoeften van de mantelzorger en gerealiseerde zorg werden het meest gewaardeerd.

1.2 Doel van de peiling

In dit rapport staan de resultaten van een peiling onder projectleiders van regionale Netwerken Ketenzorg Dementie centraal. Het doel van deze peiling is inzicht bieden in de wijze waarop casemanagement dementie in de praktijk wordt georganiseerd en ingevuld.

1.3 Onderzoeksvragen

De hoofdonderzoeksvraag luidt:

1. Op welke wijze wordt casemanagement dementie in Nederland georganiseerd en ingevuld?

De deelonderzoeksvragen luiden:

1a. Hoe is casemanagement georganiseerd en ingebed in de regio?

Hierbij gaat het om de vraag hoe lang casemanagement functioneert in de regio, de positie van casemanagement in de (zorg)keten, eventuele deelname aan multidisciplinair overleg en de samenwerking met andere partijen in het netwerk.

1b. Wat is het start- en eindpunt van casemanagement?

Hier gaat het om het start- en eindpunt van casemanagement, en de aard en frequentie van de contacten van de casemanager met de cliënten en mantelzorgers.

1c. Hoe wordt casemanagement gefinancierd?

Hierbij gaat het om de vraag van welke structurele of projectgebonden financiering regio's gebruiken maken om casemanagement te bekostigen (Zvw, AWBZ, Wmo, innovatiemiddelen, andere projectgebonden middelen).

1d. Hoeveel en welke cliënten en mantelzorgers ontvangen casemanagement?

Hierbij gaat het om aantallen en typen cliënten (voor de diagnose, rondom de diagnose of na de diagnose dementie) en mantelzorgers.

1e. Wat is het aanbod van casemanagement dementie?

Hierbij gaat het om aantal casemanagers, aantal contacten gedurende het ziekteproces en de gemiddelde caseload.

1f. Wat houdt de functie “casemanager dementie” in?

Hierbij gaat het om de taken en de rol van casemanager, professionele achtergrond en (vervolg)opleiding. Ook is hierbij relevant of casemanagement een zelfstandige functie is.

2 Methode

2.1 Dataverzameling en respons

Het NIVEL heeft van Vilans de e-mailadressen ontvangen van alle 74 regionale projectleiders in Nederland, die bekend zijn bij het eerder genoemde Programma Ketenzorg Dementie.

De projectleiders hebben medio december 2010 per e-mail een uitnodiging ontvangen om - via een link met een login - de (beveiligde) online vragenlijst in te vullen. Een voordeel van het online invullen van vragenlijsten is, behalve de gebruikersvriendelijkheid, dat de resultaten snel beschikbaar zijn.

De vragenlijst kon eventueel in meerdere sessies worden ingevuld. Twee weken na de 1^e e-mail met de uitnodiging om de online vragenlijst in te vullen, hebben de projectleiders die de vragenlijst nog niet (volledig) hebben ingevuld, een herinneringsmail ontvangen (begin januari 2011). Via de Nieuwsbrief van het Programma Ketenzorg Dementie van januari 2011 is nog een oproep gedaan om de vragenlijst in te vullen.

De dertien regio's die al meedoen aan het landelijke onderzoek van het NIVEL-Trimbos-instituut naar de evaluatie van casemanagement dementie zijn niet opnieuw gevraagd de online vragenlijst in te vullen, maar hebben alleen de specifieke vragen over scholing en opleiding ingevuld.

Uiteindelijk hebben 56 projectleiders de vragenlijst (zie Bijlage 1) ingevuld. De netto respons was 77% en de bereidheid van de projectleiders om de vragenlijst in te vullen was dus groot. Er is ook nagegaan waarom een deel van de projectleiders (23%) de vragenlijst niet hebben ingevuld. Eén regio gaf aan dat zij de vragenlijst niet konden invullen omdat zij pas per 1 januari 2011 met casemanagement starten. Andere redenen om de vragenlijst niet in te vullen waren ziekte, vakantie, te druk of niet meer als projectleider werkzaam.

2.2 Analyse

De gegevens zijn vanuit NETQ Internet Surveys geëxporteerd naar STATA en Excel, om de statistische analyses uit te kunnen voeren. Er zijn berekeningen (rechte tellingen) toegepast en uiteindelijk in diverse tabellen en figuren gepresenteerd.

In de analyses is nagegaan op welke wijze casemanagement dementie, zowel organisatorisch als (zorg)inhoudelijk, in Nederland wordt ingevuld. In de volgende twee hoofdstukken presenteren we de resultaten.

3 Organisatie van casemanagement dementie

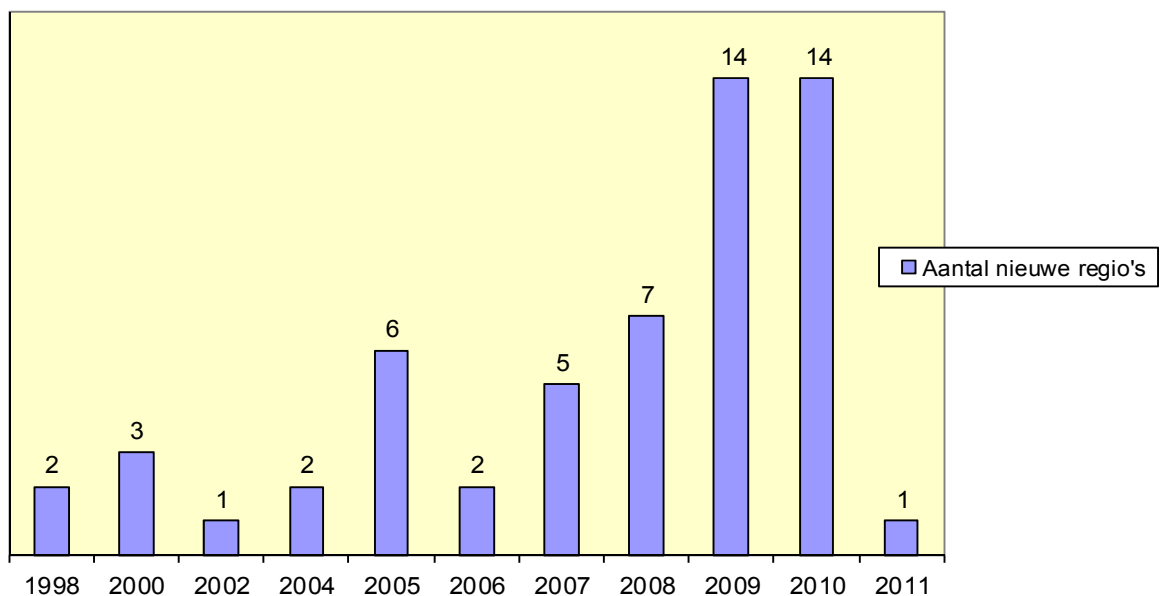
In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de volgende vragen:
Hoe is casemanagement georganiseerd en ingebed in de regio?
Wat is het start- en eindpunt van casemanagement?
Hoe wordt casemanagement gefinancierd?

3.1 Organisatie en inbedding

3.1.1 Aantal nieuwe regio's met casemanagement

Het aantal regionale netwerken dat casemanagement dementie aanbiedt heeft de laatste jaren een vogelvlucht genomen (Figuur 3.1). De helft is pas één of twee jaar geleden begonnen met casemanagement en verkeert nog in de opstartfase: het doel en de inhoud van de ketenzorg dementie zijn vastgelegd, er wordt ervaring opgedaan met de coördinatie en met experimenteren (50%; n=28). *“We zijn vanaf 2010 een pilotproject gestart. Dit loopt door tot 2012 en wordt geëvalueerd”*. Maar een aantal andere regio's in Nederland, zoals Zuid-Holland Noord, Almere, Zuid-Kennemerland, Noord-Holland Noord en Eindhoven heeft langduriger ervaring met casemanagement (vanaf 1998-2000).

Figuur 3.1 Wanneer is casemanagement gestart in uw regio?



3.1.2 Organisatie en inbedding in de regio

Niet alleen de startdatum, maar ook de ontstaansgeschiedenis varieert³. In een aantal regio's is gestart vanuit één zorgorganisatie met casemanagement als 'wachtlijstbegeleiding' van mensen die op de wachtlijst staan voor een verpleeghuis; pas later is dit uitgebreid met deelname van andere (zorg)instellingen. Casemanagement is in sommige regio's ook voortgekomen uit een (al bestaand) samenwerkingsverband tussen regionale GGZ-instellingen en verpleeghuizen in de regio. In andere regionale netwerken is meteen gestart vanuit een samenwerkingsverband tussen alle zorg- en welzijnsaanbieders. Casemanagement heeft bij enkele regio's tot slot haar oorsprong via de gemeenten en 'welzijn' vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo): ouderenadviseurs begeleiden cliënten met dementie vanaf het niet-pluis gevoel tot aan de diagnose en fungeren dan als een soort casemanager. In de praktijk is er dan een transitie tussen de ouderenadviseur die vanuit de Wmo gefinancierd wordt naar een casemanager die vanuit andere bronnen (zoals de AWBZ) wordt gefinancierd.

In het gros van de regio's is casemanagement ingebed in een regionale zorg- en ondersteuningstructuur, waarbij deelnemende partijen geformaliseerd samenwerken en waarbij de nadruk ligt op integrale dementiezorg en begeleiding (76%). In een kwart van de regio's ligt de nadruk bij casemanagement vooral op zorgcoördinatie (24%). Een belangrijke overeenkomst tussen de regio's is dat casemanagement een "netwerkactiviteit" is. Binnen netwerken wordt vaak samengewerkt in breed samengestelde multidisciplinaire teams van deskundigen (86%; n=48). In een kwart van de regio's zijn casemanagers op consultatiebasis bij een multidisciplinair team betrokken (28%; n=15).

3.2 Start- en eindpunt

Het startpunt van casemanagement varieert tussen regio's (Tabel 3.1). Zo wordt in ruim de helft van de Netwerken Ketenzorg Dementie casemanagement normaliter meteen vanaf het "niet-pluis gevoel" ingezet, dat wil zeggen vanaf het vermoeden van dementie (52%; n=29). Ruim een kwart van de Netwerken Dementie start met casemanagement vanaf het moment dat de formele diagnose dementie is vastgesteld (in totaal 27%⁴; n=15) en 16% start met casemanagement nadat de diagnose dementie is vastgesteld (16%; n=9).

Tabel 3.1 - Startpunt casemanagement (*slechts 1 antwoord mogelijk*)

Startpunt casemanagement (normaliter)	% (N)
Meteen vanaf het "niet-pluis gevoel"	52% (n=29)
Vanaf de diagnose (casemanagers helpen <i>niet</i> mee aan de diagnosestelling)	16% (n=9)
Vanaf de diagnose (casemanagers helpen <i>mee</i> aan de diagnosestelling)	11% (n=6)
Nadat de diagnose is vastgesteld (door iemand anders dan de casemanager)	16% (n=9)
Nadat de indicatie voor begeleiding/zorg is vastgesteld	4% (n=2)
Nadat er problemen zijn rondom de begeleiding/zorg	1% (n=1)

³ Hier is niet naar gevraagd in de online vragenlijst, maar deze informatie is via de projectplannen van de Netwerken Ketenzorg Dementie achterhaald.

⁴ In 16% van de Netwerken Ketenzorg Dementie helpen de casemanagers *niet* mee aan de diagnosestelling en in 11% helpen de casemanagers *wel* mee aan de diagnosestelling.

Casemanagement bij dementie eindigt normaliter meteen bij opname of rond de 6 weken na opname van een cliënt in een beschermde woonvorm (zoals verpleeghuis) of na overlijden van een thuiswonende cliënt (Tabel 3.2). *“Kort na de opname of na overlijden is er nog wel een afsluitend gesprek met de mantelzorger, en de casemanager is betrokken bij de overdracht bij opname in een verpleeghuis. De behoefte van de mantelzorger staat hierbij centraal”*, aldus een projectleider. Een enkele regio biedt nog drie tot vier maanden nazorg aan mantelzorgers, nadat de persoon met dementie in een beschermde woonvorm is opgenomen *“afhankelijk van de financiering en de formatie van casemanagers op dat moment”*.

Tabel 3.2 - Eindpunt casemanagement (meer dan 1 antwoord mogelijk)

Eindpunt casemanagement (normaliter)	% (N)
<i>Na opname</i>	
Meteen na opname in beschermde woonvorm (zoals verpleeghuis)	38% (n=21)
6 weken na opname in beschermde woonvorm (zoals verpleeghuis)	62% (n=35)
<i>Na overlijden</i>	
Meteen na overlijden van de cliënt	18% (n=10)
6 weken na overlijden van de cliënt	80% (n=45)
Kortdurende nazorg (3-4 maanden) van mantelzorger(s)	2% (n=1)

“Casemanagement wordt zo veel mogelijk ‘op maat’ gesneden, afgestemd op de individuele behoeften van de cliënten en/of de mantelzorger en de feitelijke situatie. De intensiteit van casemanagement loopt dan ook erg uiteen: van slechts enkele contacten per jaar tot een wekelijks huisbezoek”, aldus een projectleider. De contacten tussen de casemanager en de cliënt en/of mantelzorger vinden bijna altijd in de vorm van een persoonlijk gesprek bij de cliënt en/of mantelzorger thuis plaats (94%; n=51). Drie regio’s geven aan dat telefonische contacten met het cliëntensysteem of contacten via de e-mail een net zo belangrijke plaats innemen (6%; n=3). De casemanager heeft, gemiddeld, gedurende het hele traject 40 contacten met de cliënt en/of mantelzorger, variërend van 1 tot 100 persoonlijke contacten per cliëntensysteem. Drie op de tien Netwerken Ketenzorg Dementie hebben afspraken gemaakt over het minimum aantal persoonlijke contacten van de casemanager met de cliënt en/of mantelzorger (30%; n=16). Daarbij valt op dat in regio’s met veel mail- of telefooncontact er niet minder face-to-face contacten zijn. Verder valt op dat in regio’s die een minimum aantal contacten afspreken het gemiddelde aantal contacten niet omhoog gaat.

3.3 Financiering

Casemanagement dementie wordt eind 2010 uiteenlopend gefinancierd, aan de hand van een “stapeling” van financiering- en/of subsidiebronnen. Alle regio’s geven aan dat casemanagement momenteel wordt gefinancierd door een combinatie van zowel incidentele als structurele financiering- en subsidiebronnen (Tabel 3.3).

Casemanagement vereist extra investeringen in verband met de coördinatie van dementiezorg in de keten, het in stand houden van de benodigde infrastructuur en

personele kosten. Op dit moment is casemanagement (nog) geen ‘standaardvoorziening’. Zo is er niet voorzien in een structurele bekostiging, bestaat er geen productbeschrijving en ook geen tarief voor casemanagement dementie. Vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) is op basis van het DBC-kostprijsmodel (Diagnose Behandel Combinatie) de kostprijs voor onder andere de casemanager bepaald. Gelet op het feit dat casemanagement zich niet beperkt tot zorg (AWBZ, Zvw), maar ook welzijn omvat, maakt dat er ook financieringsbronnen vanuit de gemeente (Wmo) aan te pas komen.

Tabel 3.3 - Financiering van casemanagement dementie (*meer dan 1 antwoord mogelijk*)

Financiering	% (N)
<i>Incidentele financiering</i>	
Verkrege subsidie/projectgeld	56% (n=28)
1 participerende organisatie	4% (n=2)
Meerdere participerende organisaties	13% (n=7)
Andere middelen: opslag uit innovatiesubsidie tot kostendekkend tarief, innovatiemiddelen voor de duur van 3 jaar, zorgkantoor stelt jaarlijks bepaald bedrag ter beschikking, contracteren ketenzorg door zorgkantoor et cetera	27% (n=14)
<i>Structurele financiering</i>	
Verkrege subsidie/projectgeld	7% (n=4)
1 participerende organisatie	7% (n=4)
Meerdere participerende organisaties	13% (n=7)
Overheid (AWBZ)	37% (n=20)
Zorgverzekeraar (Zvw)	22% (n=12)
Gemeente (Wmo)	9% (n=5)
Andere middelen: AIV-gelden, DBC-GGz geregistreerd, AWBZ afgerekend	4% (n=2)

Een toelichting luidt:

“Er is dringend behoefte aan gelijkwaardige, eenduidige financiering en aanbesteding bij de zorgverzekeraar. De financiering is slecht geregeld en belemmert daardoor de kwalitatieve ontwikkeling en groei. Voor de cliënt ontstaan er verschillen, doordat er soms een eigen bijdrage moet worden betaald en soms niet. Het aantal uren dat op Advies, Instructie en Voorlichting (AIV-gelden) kan worden geschreven is echter beperkt en een noodoplossing. Echte structurele financiering waarvoor een HBO+ opgeleide professional kan worden betaald is hard nodig om het huidige casemanagement bij dementie te verbeteren, borgen en verder te ontwikkelen”.

4 Invulling van casemanagement dementie

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de volgende vragen:

Hoeveel en welke cliënten en mantelzorgers ontvangen casemanagement?

Wat is het aanbod van casemanagement?

Wat houdt de functie “casemanagement dementie” in?

4.1 Aantal en soort cliënten en mantelzorgers met casemanagement

In de meeste regio's krijgen cliënten met (een vermoeden van) dementie via de huisarts een casemanager aangeboden (95%; n=52), door de geheugenpoli (84%; n=46) of de GGZ-instelling (80%; n=44).

Eind 2010 hebben, op basis van deze peiling, 17.950 cliënten een casemanager, met gemiddeld 326 cliënten en/of mantelzorgers (cliëntsystemen) per netwerk dementie. Het aantal cliëntsystemen per netwerk loopt uiteen van 7 tot ruim 3.000 cliëntsystemen per netwerk en 150-200 komt het meeste voor. Logischerwijs bereiken de netwerken, die al langer casemanagement aanbieden, meer cliënten en/of cliëntsystemen dan netwerken die net zijn gestart.

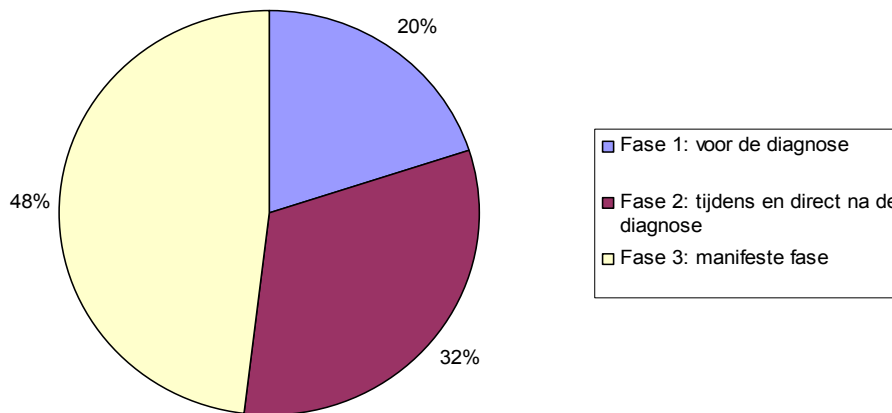
In de Leidraad Ketenzorg Dementie (VWS, ZN, Alzheimer Nederland en ActiZ, 2009) is een onderscheid gemaakt tussen het type cliënten - ingedeeld naar fase - aan wie casemanagement wordt geboden:

- Fase 1: “niet pluis” fase (vóór de diagnose)
- Fase 2: diagnose fase (tijdens en direct na de diagnose)
- Fase 3: manifeste fase (na de diagnose)

Uit deze peiling blijkt dat casemanagement in alle fasen wordt aangeboden (Figuur 4.2). Aan projectleiders is de vraag gesteld aan welke cliënten - fase 1, 2 of 3 - *hoofdzakelijk* casemanagement wordt aangeboden. De meeste regio's zeggen hoofdzakelijk casemanagement te bieden aan cliënten bij wie de diagnose dementie is vastgesteld (fase 3; 48%). Enkele regio's richten zich vooral op cliënten van wie nog niet duidelijk is of er sprake is van dementie (fase 1; 20%). Een toelichting luidt:

“Cliënten kunnen in alle fasen terecht bij casemanagement. Van belang is echter het punt waarop wordt bepaald of een cliënt in fase 1 of 2 zit. Bij ons netwerk is dat op het moment dat de diagnostiek in gang wordt gezet.” Een andere projectleider laat weten: *“In onze regio dient de diagnose dementie gesteld te zijn vóórdat casemanagement ingezet kan worden in verband met de financiering. De periode tussen ziekte- en zorgdiagnostiek is problematisch: de casemanager regelt de indicatiestelling, en na de toewijzing van de indicatie wordt uitgebreidere begeleiding door de casemanager geboden. Dit is een groot knelpunt in de regio”.*

Figuur 4.2 - Aan welk type cliënten wordt casemanagement *hoofdzakelijk* aangeboden?
(meer dan 1 antwoord mogelijk)



4.2 Aanbod

4.2.1 Aantal casemanagers en caseload

Uit deze peiling komt naar voren dat er regio's zijn met één casemanager (1 FTE) en regionale netwerken met 57 casemanagers (43 FTE). Het totale aantal FTE casemanagement is 273, het gemiddeld aantal FTE is 6. Het totaal aantal casemanagers is 561 en het gemiddeld aantal ligt op 10 per netwerk. De (gemiddelde) caseload van de regionale netwerken bedraagt 50 cliëntsystemen per 1 full time casemanager (range 1-90). Deze caseload hangt samen met de complexiteit van de problematiek, de zogenaamde case-mix (verhouding zwaardere en lichtere problematiek), het stadium van dementie (beginnend of ver gevorderd) en de samenstelling van het takenpakket van de casemanager.

Een projectleider zegt hierover: *“De minimale caseload is 4-8 uur per week, ofwel 5-10 cliënten. De maximale caseload moet verankerd zijn in een werkweek van de zorgbegeleider van minimaal 24 uur per week”*. Projectleiders van Netwerken Ketenzorg Dementie, die net gestart zijn met casemanagement, vinden het moeilijk om de minimale en maximale caseload aan te geven: *“We moeten hier nog ervaring mee opdoen”*. De verwachting is dat de gemiddelde caseload nog zal stijgen omdat veel netwerken net zijn gestart met casemanagement. *“Nieuwe casemanagers met een (nog) lage caseload vertekenen het beeld”*.

Landelijk is er consensus over dat de grens, van wat als een redelijk en haalbaar aantal wordt beschouwd, op 50-70 cliënten per 1 full time casemanager ligt (www.Alzheimer-Nederland.nl). Stichting Geriant werkt met het begrip ‘gemengde caseload’ waarin de zorgzwaarte kan verschillen. De gemiddelde caseload ligt daar op 70 voor 1 FTE casemanager.

4.3 Invulling van de functie

4.3.1 Eigenstandige functie of deelfunctie

In de meeste regio's (70%; n=39) is casemanagement een eigenstandige, apart ingerichte functie. Hiervoor is bewust gekozen om eventuele belangenverstrengeling van (zorg)aanbieders in de regio te voorkómen. Maar er zijn ook regio's die speciaal voor casemanagement als deelfunctie, gecombineerd met een andere functie, hebben gekozen (18%; n=10): de casemanager is dan bijvoorbeeld ook werkzaam als praktijkondersteuner van de huisarts (POH-er), ouderenadviseur, wijkverpleegkundige of sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Een toelichting: *“Het voordeel hiervan is dat cliënten met (beginnende) dementie, die al bekend zijn bij bijvoorbeeld de ouderenadviseur, dezelfde professional als aanspreekpunt houden en dat de drempel voor cliënten en mantelzorgers laag is”*. Een nadeel van een gecombineerde functie kan zijn dat de “onafhankelijkheid” van de casemanager ten opzichte van zorgorganisaties in het gedrang kan komen, terwijl die onafhankelijkheid één van de geformuleerde minimumeisen betreft (Bussemaker, 2008). Een combinatie van beide typen casemanagement (als eigenstandig en deelfunctie) binnen enkele Netwerken Ketenzorg Dementie in de regio komt voor bij wijze van ‘experiment’ (12%; n=7); dit gebeurt dan vanuit de gedachte dat casemanagement nu nog een pilot is, er ervaring kan worden opgedaan met beide typen casemanagement en inzicht ontstaat in de voor- en nadelen ervan, voordat een definitieve keuze wordt gemaakt.

In een derde van de regionale netwerken is de casemanager ook hulpverlener in de GGZ (30%; n=16). Ter illustratie: *“Bij casemanagement gaat het om coördinatie, zorgdiagnostiek en begeleiding. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige biedt hiernaast ook een bijdrage aan ziektediagnostiek en behandeling”*. Het komt ook voor dat de casemanager wel aanwezig is bij cliëntbesprekingen, maar officieel geen deel uit maakt van het multidisciplinaire team (17%; n=9).

Driekwart van de regionale netwerken heeft met de ketenzorgpartners afspraken gemaakt over het onafhankelijk kunnen opereren van de casemanagers binnen de keten (76%; n=41). Dat neemt niet weg dat eveneens driekwart van de projectleiders zegt dat er wel eens onduidelijkheid is ten opzichte van andere hulp/zorgverleners in de regio (76%; n=41). Een toelichting: *“De afbakening van casemanagement ten opzichte van de zorgbemiddelaars thuiszorg of praktijkondersteuners huisarts vraagt enige aandacht”*.

Projectleiders uit vier regionale netwerken zeggen wel eens onenigheid te hebben over de rol van de casemanager (7%; n=4). Een voorbeeld uit de praktijk: *“Binnen de dementieketen participeren we in het ketenoverleg casemanagement en streven we naar samenwerking en afstemming met alle participerende organisaties. In de praktijk geeft dit nogal eens obstakels in verband met het concurrentiegevoel. Onze inzet en inbreng is ondersteunend naar de keten, met name gericht op het niet-pluis-gevoel en de beginfase. We hopen dat de functie casemanager een bijdrage zal leveren aan de ketenzorg dementie.”*

4.3.2 Inhoud en kern van casemanagement

Casemanagement is een “containerbegrip”, waaronder verschillende taken vallen (Stichting Geriant, 2010) en een breed scala van activiteiten. In Tabel 4.1 is weergegeven wat casemanagement in de praktijk kan inhouden. Duidelijk is dat bij de meeste Netwerken Ketenzorg Dementie de volgende taken tot de kern van casemanagement worden opgevat (Tabel 4.1):

- 1) het bewaken van de behoeften en wensen van cliënten en mantelzorgers (100%; n=55);
- 2) het zorgen voor een goede communicatie tussen zorgverleners onderling en tussen de cliënt en /of mantelzorger (96%; n=53);
- 3) coördinatie van de hulpverlening (95%; n=52).

Tabel 4.1 – Inhoud van casemanagement (*meer dan 1 antwoord mogelijk*)

Inhoud van casemanagement	% (N)
Bewaken van de behoeften en wensen van cliënten en mantelzorgers	100% (n=55)
Zorgen voor een goede communicatie tussen zorgverleners onderling en tussen de zorgverleners en cliënt en/of mantelzorger	96% (n=53)
Coördinatie van de hulpverlening	95% (n=52)
Opstellen van een zorgplan, evaluatie	90% (n=49)
Belangenbehartiging t.b.v. cliënt en/of mantelzorger	85% (n=47)
Signaleren van lacunes in de keten	82% (n=45)
Rapportage over aantallen en aard van de geleverde zorg	75% (n=41)
Deelname aan projectgroepen	67% (n=37)
Psycho-educatie aan derden (voorlichting over en omgaan met de ziekte)	65% (n=36)
Beleidsadvisering	56% (n=31)

Aan de projectleiders is gevraagd om aan te geven wat de kern van casemanagement in hun regio is. Naast coördinatie van hulp, zorg en begeleiding, behoort zorgdiagnostiek in 85% van de Netwerken Ketenzorg Dementie ook tot de kern van casemanagement (Tabel 4.2). Het vaststellen van de ziektediagnostiek en behandeling wordt minder vaak genoemd als kern van casemanagement.

Tabel 4.2 – Kern van casemanagement (*meer dan 1 antwoord mogelijk*)

Kern van casemanagement	% (N)
De nadruk ligt op coördinatie (regelen van hulp, zorg en begeleiding)	85% (n=47)
Ziektediagnostiek hoort ook tot het takenpakket (vast stellen of er sprake is van diagnose dementie)	44% (n=24)
Zorgdiagnostiek hoort ook tot het takenpakket (inventariseren van gevolgen van de ziekte en bieden van begeleiding, nadat diagnose dementie is vastgesteld)	85% (n=47)
Behandeling hoort ook tot het takenpakket (verlichten van symptomen van dementie, verbeteren van kwaliteit van leven en vertragen van achteruitgang van geheugen)	36% (n=20)

4.3.3 Takenpakket van casemanagers

Volgens de Leidraad Ketenzorg Dementie (2009) bestaan de taken en kennis van de casemanagers uit: zorgdiagnostiek, cyclisch coördineren van zorg en behandeling, bieden van psychosociale begeleiding van het cliëntsysteem, bieden van praktische ondersteuning, therapeutische behandeling, gedegen kennis van dementie- en mantelzorgproblematiek en van de sociale kaart. Alle projectleiders uit deze peiling rekenen het verstrekken van informatie aan individuele cliënten (100%; n=55) en praktische ondersteuning van cliënten en mantelzorgers (100%; n=55) tot het takenpakket van de casemanagers (Tabel 4.3). Ook deelname aan het multidisciplinair overleg wordt bij bijna alle netwerken als taak van de casemanager opgevat (95%; n=53). Het vaststellen van comorbiditeit (27%; n=15) en het uitvoeren van BOPZ-procedures (30%; n=16) hoort slechts bij een kwart tot een derde van de Netwerken Ketenzorg Dementie tot de taak van de casemanager. De volgende aanvullingen op de taken zijn nog genoemd (niet in tabel): informeren, scholen en begeleiden van verzorgingshuispersoneel en vrijwilligers, meedenken over vormgeven van de keten, motivatie van cliënten tot dagbehandeling en mantelzorgers actief ondersteunen bij weerstand tegen zorgverlening.

Tabel 4.3 - Takenpakket van de casemanagers (*meer dan 1 antwoord mogelijk*)

Taken van de casemanagers	% (N)
Praktische ondersteuning van cliënten en mantelzorgers	100% (n=55)
Informatie en advies verstrekken aan <i>individuele</i> cliënten en mantelzorgers	100% (n=55)
Multidisciplinair overleg	95% (n=53)
Uitvoeren zorgdiagnostiek	89% (n=49)
Familiegesprekken	87% (n=48)
Informatie en advies verstrekken aan <i>groepen</i> cliënten en mantelzorgers	76% (n=42)
Opnamebemiddeling	71% (n=39)
Uitvoeren CIZ-procedures	70% (n=38)
Sociaal psychiatrische begeleiding van cliënten (gedragsverandering, beleving)	58% (n=32)
Bemoeizorg	53% (n=29)
Crisisbehandeling	51% (n=28)
Gespreksgroepen mantelzorgers	49% (n=27)
Participeren in ziektediagnostiek	44% (n=24)
Uitvoeren BOPZ-procedures	30% (n=16)
Comorbiditeit vaststellen	27% (n=15)

Wat tot de taakopvatting van de casemanager hoort, is mede afhankelijk van de invulling van casemanagement en de wijze waarop casemanagement is georganiseerd in de regio.⁵

⁵ Onder Nederlandse experts bestaat consensus over welke taken als essentiële componenten van casemanagement dementie kunnen worden opgevat, namelijk ‘informeren van de cliënt en/of de mantelzorger’, ‘begeleiden van de cliënt en/of de mantelzorger’, ‘coördineren en bewaken van zorg door andere professionals’ en in mindere mate ‘het aanbieden van praktische hulp’ (Verkade, 2009). Vanuit de monitor van het Landelijke Dementieprogramma (LDP) is bekend dat mantelzorgers het omgaan met gedragsproblemen van zijn/haar naaste als belangrijkste probleem ervaren en behoefte hebben aan voorlichting over de ziekte dementie en praktische tips in het omgaan met veranderend gedrag van zijn/haar naaste (Peeters, et al. 2007a).

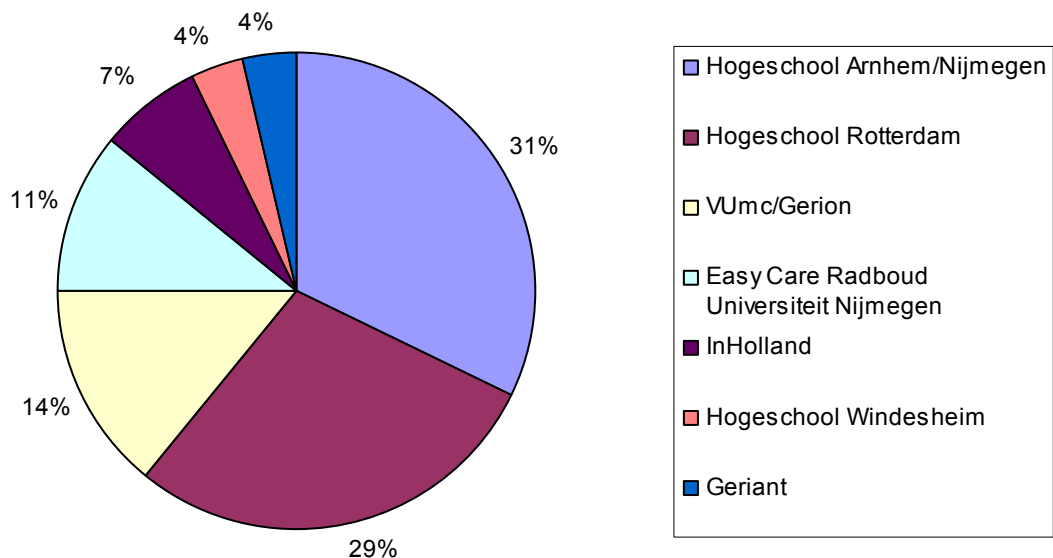
4.3.4 Vereist opleidingsniveau

Het minimaal vereiste opleidingsniveau van een casemanager is HBO-niveau, met ruime ervaring in de zorg en ervaring met dementieproblematiek en sociale kaart (68%; n=38); in enkele netwerken is een HBO+ niveau, bij voorkeur Verpleegkundige opleiding het minimaal vereist opleidingsniveau (32%; n=18).

In de praktijk is HBO-Verpleging de meest voorkomende achtergrond van casemanagers (67%; n=37), gevolgd door HBO+Maatschappelijk werk (46%; n=25) en HBO+Verpleging (33%; n=18)⁶. In de meeste regio's konden casemanagers een 1-jarige specifieke vervolgopleiding voor casemanager dementie volgen (Figuur 4.3).

Een klein deel van de projectleiders zegt één of meer casemanagers in dienst te hebben zonder specifieke vervolgopleiding; deze casemanagers hebben, naast een HBO-opleiding, wel ruime kennis en ervaring met dementieproblematiek en de sociale kaart (24%; n=13).

Figuur 4.3 – Welke specifieke vervolgopleiding hebben casemanagers voor deze functie? (meer dan 1 antwoord mogelijk)



In enkele Netwerken Ketenzorg Dementie is men gestart met een eigen opleiding casemanagement, verzorgd door de GGZ en AWBZ-instellingen in de regio. Eén projectleider geeft aan dat ze nog bezig zijn met de ontwikkeling van een interne opleiding, bijscholing en intervisie.

⁶ Bij deze vraag was meer dan 1 antwoord mogelijk.

5 Conclusies en reflectie

5.1 Conclusies

Uit deze peiling blijkt dat casemanagement dementie een grote ontwikkeling heeft doorgemaakt en dat casemanagement begin 2011 in 74 regio's en subregio's in Nederland wordt aangeboden. Deze peiling laat ook zien dat de meeste van deze regio's pas vanaf 2009/2010 zijn gestart, vaak in de vorm van een pilotproject. De doelstelling van VWS dat *“eind 2011 een vorm van casemanagement deel moet uitmaken van het totale aanbod van dementiezorg”* (Bussemaker, 2008) lijkt hiermee gehaald. Daarbij maken we de kanttekening dat dit niet hoeft te betekenen dat binnen een regio het aanbod van casemanagement voldoende dekkend is ('witte vlekken binnen een regio').

De peiling laat een vrij grote variatie zien in de manier waarop casemanagement is georganiseerd en wordt ingevuld. Opvallend zijn de grote verschillen tussen regio's als het gaat om de ontstaansgeschiedenis, wanneer casemanagement start en eindigt, wat casemanagement inhoudt, de financieringswijze, de invulling en vormgeving van casemanagement en de caseload. Het gaat vooral om samenwerkingsprojecten die door meerdere regionale partijen binnen de ketenzorg dementie zijn ontwikkeld en vanuit diverse, vaak projectmatige bronnen worden gefinancierd.

Maar er zijn ook de nodige overeenkomsten in casemanagement te ontdekken, zoals het feit dat casemanagement in driekwart van de regio's formeel is ingebed in ketenzorg, in de zin van een integraal samenhangend aanbod van zorg en welzijnsdiensten voor mensen met dementie en hun mantelzorgers.

Omdat casemanagement dementie in de praktijk verschillend wordt ingevuld, laten de taken en functies van casemanagers in Nederland ook verschillen zien. Casemanagement is in het merendeel van de regio's een aparte, eigenstandige functie, maar een combinatie van bijvoorbeeld de functie ouderenverpleegkundige en casemanager komt ook voor. Casemanagement kan dan worden opgevat als rol, en niet als functie. In de praktijk worden door projectleiders van beide varianten voor- en nadelen ervaren. Een voordeel is dat de drempel voor cliënten en mantelzorgers relatief laag is; een nadeel kan zijn dat de onafhankelijkheid van de casemanager, één van de minimeisen geformuleerd door de vorige staatssecretaris soms in het gedrang komt.

Maar er zijn ook overeenkomsten te ontdekken in de invulling van de functie van de casemanager: ondersteunen en begeleiden van cliënten met dementie en hun mantelzorgers, coördinatie worden vrijwel altijd als kerntaken beschouwd. Volgens bijna alle ondervraagde projectleiders (85%) hoort zorgdiagnostiek tot het takenpakket van de casemanager.

Uit deze peiling wordt ook duidelijk dat “casemanager” door de projectleiders wordt beschouwd als een professional op minimaal HBO niveau (bij voorkeur met een verpleegkundige achtergrond), waarbij ruime ervaring in de zorg en specialistische kennis over dementie noodzakelijk is. Het gros van de netwerken biedt aan casemanagers de mogelijkheid aan een op maat gesneden vervolgopleiding tot casemanager te volgen.

De gemiddelde caseload (het aantal cliëntsystemen per 1 FTE casemanagement) ligt nu nog op 50. Daarbij moet rekening gehouden worden met het feit dat sommige casemanagers net zijn gestart. Naar verwachting zal de caseload in de nabije toekomst stijgen tot 70 per 1 FTE. Volgens projectleiders is een stijging van caseload mogelijk door nog efficiënter te werken en door een goede case-mix, dat wil zeggen een variatie in cliënten met een complexe en wat minder complexe zorgvraag, van het begin tot het einde van de ziekte.

5.2 Reflectie

Het beleidsdoel van VWS dat eind 2011 ‘een vorm van casemanagement’ deel uit moet maken van het totale aanbod van dementiezorg binnen regio’s, lijkt dus gehaald, gelet op het grote aantal regio’s dat momenteel casemanagement dementie aanbiedt. Voor een belangrijk deel lijkt ook voldaan te zijn aan de geformuleerde minimumeisen voor de invulling van casemanagement (Bussemaker, 2008). De casemanager lijkt te fungeren als een aanspreekpunt in de keten, en is in veel gevallen vanaf het moment van de diagnose (soms al vanaf het “niet pluis gevoel”) tot de opname in een verpleeghuis of tot overlijden van de cliënt beschikbaar. Aan de eis dat de casemanager één vaste persoon tijdens het hele traject moet zijn, wordt meestal voldaan. Bij projecten waarbij casemanagement is ontstaan via de gemeenten en ‘welzijnsdiensten’, begeleiden vaak ouderenadviseurs cliënten tot aan de diagnose; waarna overdracht naar de casemanager plaatsvindt. Overigens is op basis van dit onderzoek niet duidelijk hoe vaak een dergelijke transitie van ouderenadviseur naar casemanager vóórkomt en hoe lang de periode vanaf het “niet-pluis-gevoel” tot aan de diagnosestelling is.

Driekwart van de Netwerken Ketenzorg Dementie heeft afspraken gemaakt over het ‘onafhankelijk kunnen opereren’ van de casemanager, dat wil zeggen dat de casemanager, zo nodig buiten het samenwerkingsverband zorg of ondersteuning kan regelen. Hiermee lijkt aan de minimumeis van onafhankelijkheid van de casemanager te zijn voldaan. Bij driekwart van de Netwerken Ketenzorg Dementie (76%; n=41) bestaat echter wel eens onduidelijkheid over de rol van casemanager ten opzichte van andere hulp/zorgverleners in de regio. Tevens zeggen enkele projectleiders (7%; n=4) wel eens onenigheid te hebben over de rol van casemanager in de keten. Dat komt dan vooral voor als de rol van casemanager binnen één persoon wordt gecombineerd met een andere functie, zoals praktijkondersteuner van de huisarts, wijkverpleegkundige of sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

Dat casemanagement momenteel in veel regio’s in Nederland wordt ontwikkeld en aangeboden, hoeft overigens nog niet te betekenen dat alle cliënten met de diagnose

dementie en hun mantelzorgers gebruik kunnen maken van een casemanager, indien zij daar behoefte aan zouden hebben. In 2009 had ongeveer een kwart van de mensen met dementie een casemanager (Deloitte, 2009). Alzheimer Nederland⁷ heeft uitgerekend dat in 2010 om aan alle mensen met dementie casemanagement aan te kunnen bieden ongeveer 1.170 FTE casemanagers nodig was geweest. Dit terwijl het totaal aantal FTE aan casemanagement dat de projectleiders in deze peiling aangaven nog maar 273 FTE is. Het is dan ook wenselijk om de omvang van casemanagement verder uit te breiden.

Specifieke aandacht voor de verdere ontwikkeling van het beroep casemanager, met expliciete minimale opleidingsvereisten, is aan te bevelen om te voorkómen dat door variatie in de invulling van casemanagement ook verschil in kwaliteit ontstaat. Verschillen in bijvoorbeeld vorm, inhoud en organisatorische inbedding, mogen er niet toe leiden dat in de ene regio mensen met dementie en hun mantelzorgers betere ondersteuning van een casemanager krijgen dan in een andere regio. De ontwikkeling van een Zorgstandaard Dementie, waartoe Alzheimer Nederland recent het initiatief heeft genomen, kan bijdragen aan een eenduidige omschrijving van de functie casemanagement bij dementie.

Om casemanagement verder te stimuleren en te implementeren lijkt het ook belangrijk om te komen tot structurele financiering, zodat de betrokken partijen de extra investeringen die daarvoor nodig zijn (zoals personele kosten) durven doen. Deze financiering zou dan gepaard kunnen gaan met de verdere ontwikkeling van kwaliteitscriteria voor ketenzorg dementie in het algemeen en voor casemanagement in het bijzonder⁸. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan kwaliteitscriteria voor de organisatorische structuur en regie, de onafhankelijkheid, opleiding en takenpakket van de casemanager.

Deze peiling was gericht op het in kaart brengen van aan aantal ‘feitelijkheden’ over de organisatie en invulling van casemanagement dementie. Hierbij hadden we de beschikking over de antwoorden van projectleiders van de Netwerken Ketenzorg Dementie op ruim twintig vragen met gesloten antwoordcategorieën; wel bestond de mogelijkheid om een algemene toelichting te geven. Inherent hieraan is dat de antwoorden op sommige vragen lastig “te duiden” zijn, zonder context en verdieping vergen. Ook zijn de effecten van casemanagement dementie en de persoonlijke ervaringen van cliënten en mantelzorgers in deze peiling buiten beschouwing gelaten. In de momenteel lopende evaluatie van casemanagement dementie (door NIVEL/Trimbos-instituut met subsidie van ZonMw-NPO) worden wel de effecten op bijvoorbeeld de kwaliteit van leven van cliënten en mantelzorgers bij een aantal varianten van

⁷ Deze schattingen van Alzheimer Nederland zijn gebaseerd op cijfers (zoals over het aantal FTE casemanagement, de grootte van het werkgebied, het aantal cliëntsystemen en caseload), van een ‘uitontwikkelde’ regio waar Stichting Geriant al ruim 10 jaar casemanagement biedt. Hierbij is er rekening mee gehouden dat niet alle thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers gebruik willen maken van casemanagement en/of niet bereikt kunnen worden.

⁸ Een opsomming van criteria voor “goed casemanagement” is in de Leidraad Ketenzorg Dementie (2009) te vinden.

casemanagement bij dementie in kaart gebracht. Ook zal, mede naar aanleiding van deze peiling, in het lopende evaluatie-onderzoek op onderdelen (zoals de precieze financiering van casemanagement en de inhoudelijke onafhankelijkheid van de casemanager) dieper worden ingegaan. De resultaten daarvan zullen in de tweede helft van 2012 gepubliceerd worden.

Literatuurlijst

- Bussemaker J. *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal betreffende Zorg voor mensen met dementie*. Den Haag, 17 juni 2008. DLZ/KZ-U-2853804 (TK 2007-2008, 25 424, nr. 68).
- Deloitte (m.m.v. K. Kuperus, R. van der Veen, E. Lensink, R. van de Wetering). *Het programma Ketenzorg Dementie. Een tussenbalans na de eerste fase*. Deloitte, 2009.
- Gezondheidsraad Dementie. Den Haag. Gezondheidsraad, 2002, publicatie nr. 2002/04.
- Janssen APD. *Effectiveness of case management among older adults with dementia symptoms and their informal caregivers*. Dissertation. Amsterdam, Vrije Universiteit Amsterdam, 2007.
- Lange de, J en A Pot. *Resultaten van cliënten satisfactie meting*. Utrecht: Trimbos instituut, 2006.
- LDP werkgroep Financiering casemanagement bij dementie, *LDP advies voor financiering van casemanagement bij dementie*. 2007.
- Ligthart, SA. *Casemanagement bij dementie*. Aanpak en effecten van casemanagement bij dementie. Een exploratieve studie in het kader van het Landelijk Dementieprogramma, Stagiaire Radboud Universiteit Nijmegen, september 2006.
- Mercken, C, *Mantelzorg en dementie, een zorg op zich*. Factsheet Expertisecentrum Informele Zorg, Utrecht, NIZW, 2005.
- Ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, Actiz. *Leidraad Ketenzorg Dementie; een hulpmiddel voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie*. Den Haag, 2009.
- Peeters, JM, van Beek, APA en AL Francke. Factsheet 2, *Problemen en wensen van mantelzorgers van mensen met dementie, resultaten van de monitor van het Landelijk Dementieprogramma*, Utrecht: NIVEL, 2007a.
- Peeters, JM, van Beek, APA, AL Francke en J Meerveld. Factsheet 3, *Welke groepen mantelzorgers van mensen met dementie ervaren de meeste belasting? Resultaten van de monitor van het Landelijk Dementieprogramma*, Utrecht: NIVEL, 2007b.
- Rijken, E. *De casemanager geketend*. Radboud Universiteit, Nijmegen: 2010.
- Stichting Geriant, *Factsheet DOC-team en casemanagement dementie*, Alkmaar: 2010.

Verkade, P.J. *Consensus over casemanagement bij dementie*. Verplegingswetenschap, UMC-Utrecht, Lectoraat GGZ-Verpleegkunde INHolland, Stichting Geriant, Utrecht, 2009.

World Alzheimer Report 2010. The global economic impact of dementia. Alzheimer's Disease International (ADI), 21 september 2010.

Zwaanswijk M, van Beek APA, Peeters JM, Spreeuwenberg PMM, Francke AL. *Advies en informatie direct vanaf beginfasen belangrijk voor mantelzorgers van mensen met dementie. Resultaten van de laatste peiling met de monitor van het Landelijk Dementieprogramma*. Utrecht/Bunnik: NIVEL/Alzheimer Nederland, 2009a.

Zwaanswijk M, Peeters JM, Spreeuwenberg PMM, Van Beek APA, Francke AL. *Motieven en belasting van mantelzorgers van mensen met dementie. Resultaten van de peilingen met de monitor van het Landelijk Dementieprogramma*. Utrecht/Bunnik: NIVEL/Alzheimer Nederland, 2009b.

Zwaanswijk M, Van Beek, APA, Peeters, JM, AL Francke, Problemen en wensen van mantelzorgers van mensen met dementie: een vergelijking tussen de beginfase en latere fasen in het ziekteproces, *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, jaargang 41, nummer 4 (2010) p.162-171.

Bijlage 1: Vragenlijst projectleiders



NIVEL
Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Otterstraat 118-124
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon 030 2 729 700

Vragenlijst Projectleiders

‘Organisatie en invulling van casemanagement dementie’

Online-vragenlijst voor projectleiders van het Programma Ketenzorg Dementie

Naam Netwerk Dementie:

Regio:

Naam Projectleider:

A. Start van casemanagement

1. **Wanneer** is casemanagement bij dementie gestart **in uw regio**?
..... (maand, jaar)

2. Wat is normaliter het **startpunt** van casemanagement? (*Slechts 1 antwoord mogelijk*)
 - meteen* vanaf het niet-pluis gevoel, bij het vermoeden van dementie
 - vanaf het moment dat de diagnose dementie wordt vastgesteld, casemanagers werken *niet* mee aan de diagnosestelling
 - vanaf het moment dat de diagnose dementie wordt vastgesteld, casemanagers werken *wel* mee aan de diagnosestelling
 - pas *nadat* de diagnose dementie is vastgesteld
 - pas *nadat* de indicatie voor begeleiding/zorg is vastgesteld
 - pas *nadat* er problemen rondom de begeleiding/zorg van de cliënt en/of mantelzorger zijn opgetreden
 - anders, namelijk

3. Wat is normaliter het **eindpunt** van casemanagement? (*Meer dan 1 antwoord mogelijk*)
 - meteen na opname in een beschermde woonvorm (zoals verpleeghuis)
 - 6 weken na opname in een beschermde woonvorm (zoals verpleeghuis)
 - meteen na het overlijden van de cliënt
 - 6 weken na het overlijden van de cliënt
 - anders, namelijk

4. Is casemanagement in uw regio een **eigenstandige functie** of is casemanagement een **deelfunctie** (bijvoorbeeld POH-er of wijkverpleegkundige met deeltaak casemanagement bij dementie)?
 - eigenstandige functie
 - deelfunctie: combinatie van casemanagement met andere functie, namelijk:
 - anders, namelijk

B. Opleiding en taken van casemanagers

5. Hoeveel **casemanagers**¹ zijn momenteel in dienst bij het Netwerk Dementie van uw regio? Hoeveel **FTE** casemanagement (in totaal)?
..... casemanagers
..... FTE casemanagement
6. Wat is de **gemiddelde case-load** van 1 casemanager in uw regio (aantal cases per FTE), en wat is de **minimale** en **maximale** caseload?
gemiddelde case-load
minimale case-load
maximale case-load
7. Wat is het **minimaal vereiste** opleidingsniveau van uw casemanagers?
(Meer dan 1 antwoord mogelijk).
 post HBO-niveau
 HBO-niveau
 MBO-niveau
 anders, namelijk
8. Wat is de **meest vóórkomende achtergrond** van uw casemanagers?
(Meer dan 1 antwoord mogelijk)
 HBO+ Verpleegkundige achtergrond
 HBO Verpleegkundige achtergrond
 HBO SPH
 HBO SPV
 HBO MW
 HBO SD
 MBO Verpleegkundige achtergrond
 anders, namelijk
9. Hebben uw casemanagers een **specifieke opleiding** voor deze functie?
(Meer dan 1 antwoord mogelijk)
 nee, geen specifieke opleiding
 nee, wel kennis en ervaring met dementieproblematiek en sociale kaart
 opleiding casemanagement Hogeschool Rotterdam (Transfergroep)
 opleiding casemanagement Hogeschool Arnhem/Nijmegen (HAN)
 opleiding casemanagement GERION
 opleiding casemanagement Inholland
 cursus casemanagement voor gevorderden
 een andere specifieke opleiding, namelijk:
.....

¹ Met 'casemanager' bedoelen we ook trajectbegeleider, zorgbegeleider, ouderenverpleegkundige, dementieconsulent etc., mits zij formele taken op het gebied van casemanagement in hun pakket hebben.

10. Wat is de **rol** van de casemanagers in uw regio?
 Ligt de nadruk op: **coördinatie** van de zorg of hoort **diagnostiek** (ziekte- en zorgdiagnostiek) en **behandeling** ook tot het takenpakket van de casemanager?
Meer dan 1 antwoord mogelijk.

Toelichting:

Met '**coördinatie**' bedoelen we het regelen van de hulp die nodig is

Met '**ziektediagnostiek**' bedoelen we: onderzoek dat bedoeld is om vast te stellen of er sprake is van de diagnose dementie

Met '**zorgdiagnostiek**' bedoelen we het inventariseren van de gevolgen van de ziekte en het bieden van begeleiding (nadat de diagnose dementie is vastgesteld)

Met '**behandeling**' bedoelen we het verlichten van de symptomen van dementie, verbeteren van de kwaliteit van leven en het vertragen van de achteruitgang van het geheugen.

- De nadruk ligt op coördinatie
- Ziektediagnostiek hoort ook tot het takenpakket
- Zorgdiagnostiek hoort ook tot het takenpakket
- Behandeling hoort ook tot het takenpakket
- Anders, namelijk

11. Wat zijn de **taken** van uw casemanagers? *Meer dan 1 antwoord mogelijk.*

- praktische ondersteuning van cliënten en mantelzorgers
- sociaal psychiatrische begeleiding van cliënten (gedragsverandering, beleving)
- participeren in ziektediagnostiek
- informatie en advies verstrekken aan *individuele* cliënten en mantelzorgers
- informatie en advies verstrekken aan *groepen* cliënten en mantelzorgers
- familiegesprekken
- gespreksgroepen mantelzorgers
- crisisbehandeling
- multidisciplinair overleg
- uitvoeren zorgdiagnostiek
- uitvoeren BOPZ-procedures
- opnamebemiddeling
- uitvoeren CIZ-procedures
- bemoeizorg
- comorbiditeit vaststellen
- anders, namelijk
- anders, namelijk

12. Wat behoort tot de **verantwoordelijkheden** van uw casemanagers? *Meer dan 1 antwoord mogelijk.*
- bewaken van de behoeften en wensen van cliënten en mantelzorgers
 - opstellen van een zorgplan, evaluatie
 - coördinatie van de hulpverlening
 - zorgen voor een goede communicatie tussen zorgverleners onderling en tussen de zorgverleners en cliënt en/of mantelzorger
 - psycho-educatie aan derden
 - belangenbehartiging ten behoeve van de cliënt en/of mantelzorger
 - rapportage over aantallen en aard van de geleverde zorg
 - deelname aan projectgroepen
 - beleidsadvisering
 - signaleren van lacunes in de keten
 - anders, namelijk
 - anders, namelijk

C. Cliënten en mantelzorgers

13. Hoe vindt de **aanmelding** van cliënten voor casemanagement plaats? *Meer dan 1 antwoord mogelijk.*
- via de huisarts
 - via de geheugenpoli
 - via de specialist van het ziekenhuis
 - via de thuiszorgorganisatie
 - via een GGz-instelling
 - via de gemeente (Wmo-loket)
 - via de naaste(n) van de cliënt
 - via
 - via
14. Aan welk **type cliënten** wordt casemanagement **hoofdzakelijk** aangeboden? *Meer dan 1 antwoord mogelijk.* De fasen 1, 2 en 3 verwijzen naar de beschrijving in de Leidraad Ketenzorg Dementie (2009).
- Fase 1: “niet-pluis-gevoel”, cliënten hebben nog géén diagnose dementie
 - Fase 2: periode tussen het stellen van de ziekte- en zorgdiagnostiek
 - Fase 3: de periode na de diagnose dementie
15. **Hoeveel** cliënten en/of mantelzorgers (cliëntsystemen) hebben momenteel een casemanager (naar schatting) in uw regio?
 aantal cliënten en/of mantelzorgers (cliëntsystemen)
16. Wat is het **minimum**, het **maximum** en het **gemiddeld** aantal persoonlijke contacten van uw casemanagers per cliënt en/of mantelzorger (cliëntstelsysteem) **in het hele traject**?
- Minimaal en maximaal persoonlijke contacten
- Gemiddeld aantal persoonlijke contacten per cliëntstelsysteem

17. **Op welke wijze** vinden de contacten van de casemanagers met de cliënt en/of mantelzorgers **meestal** plaats? *Slechts 1 antwoord mogelijk.*
- persoonlijk gesprek bij de cliënt en/of mantelzorger thuis
 - persoonlijk gesprek op kantoor of elders
 - via de e-mail
 - telefonisch
 - anders, namelijk

D. Afspraken en samenwerking

18. Zijn er binnen het netwerk **afspraken** gemaakt over het **minimum** aantal persoonlijke contacten van de casemanager met de cliënt en/of mantelzorger?
- ja, hier zijn afspraken over gemaakt
 - nee, hier zijn geen afspraken over gemaakt
19. Werkt de casemanager in een **multidisciplinair team**?
- ja, alleen consultatief
 - ja, ook behandelend
 - nee, maar is wel aanwezig bij de cliëntbesprekingen met het multidisciplinaire team
 - dat wisselt in de zin dat
 - anders, namelijk
20. Zijn er binnen het Netwerk Dementie afspraken gemaakt over het **onafhankelijk** van de organisatie/stichting **kunnen opereren** van de casemanagers?
- ja, hier zijn afspraken over gemaakt
 - nee, hier zijn géén afspraken over gemaakt
21. Is er wel eens **onduidelijkheid** of onenigheid over de rol van de casemanager ten opzichte van andere hulp/zorgverleners in uw regio? *Meer dan 1 antwoord mogelijk.*
- ja, hier is wel eens onduidelijkheid over
 - ja, hier is wel eens onenigheid over
 - nee, hier is nooit onduidelijkheid en/of onenigheid over
 - weet ik niet

E. Financiering

22. Hoe wordt casemanagement in uw regio momenteel **gefinancierd**? *Meer dan 1 antwoord mogelijk.*
- incidenteel, door verkregen subsidie/projectgeld
 - structureel, door verkregen subsidie/projectgeld

 - incidenteel, door 1 participerende organisatie
 - structureel, door 1 participerende organisatie

- incidenteel, door meerdere participerende organisaties
- structureel, door meerdere participerende organisaties

- structureel, door de overheid (AWBZ)
- structureel, door de zorgverzekeraar (Zvw)
- structureel door de gemeente (Wmo)
- structureel, door andere middelen, namelijk

- incidenteel, door andere middelen, namelijk

- anders, namelijk:

- anders, namelijk:

23. Hieronder kunt u eventuele **opmerkingen** bij de vragenlijst of een **toelichting** bij de antwoorden kwijt.

Hartelijk dank voor het invullen! U kunt de vragenlijst nu verzenden.