

De casemanager geketend

Succesfactoren van casemanagement en multidisciplinaire teams
als onderdeel van ketenzorg bij dementie

Evelien Rijken
15-01-2010
M-profiel stage

Begeleid door Drs. Jeroen Havers
Drs. Ina Diermanse



Radboud University Nijmegen



Voor Sabine,
die me heeft aangestoken met haar enthousiasme
en me liet inzien hoeveel ik zelf kan

Inhoud

Met dank aan.....	9
Samenvatting	11
Aanleiding.....	13
1.1 Dementie	13
1.2 Casemanagement	13
1.3 Ketenzorg en multidisciplinaire teams	14
1.4 Terminologie.....	16
1.5 Leeswijzer.....	16
2 Achtergrond.....	18
2.1 Initiatieven ter verbetering van dementiezorg.....	18
2.1.1 Landelijk Dementie Programma (LDP).....	18
2.1.2 Landelijk Netwerk Dementie (LND)	18
2.1.3 Programma Ketenzorg Dementie (PKD)	19
2.2 Financiering	19
2.2.1 De Zorgverzekeringswet.....	19
2.2.2 De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	19
2.2.3 De Wet Maatschappelijke Ondersteuning	20
2.2.4 Overig	21
3 Probleemschets	22
3.1 Metaprobleem.....	22
3.2 Substantief probleem.....	22
3.3 Stakeholders.....	23
3.4 Doel van dit rapport	23
3.5 Centrale vragen	23
4 Methode	24
4.1 Literatuur	24
4.1.1 Zoekstrategie.....	24
4.2 Interviews	25
4.2.1 Selectie van geïnterviewden.....	25
4.2.2 Toetsingscriteria	26
4.3 Analyse.....	26
5 Internationaal literatuuronderzoek: effectiviteit van ketenzorg	27
5.1 Geselecteerde artikelen.....	27
5.2 Resultaten	29
5.2.1 Effectiviteit van casemanagement.....	29
5.2.2 Effectiviteit van multidisciplinaire teams	30
5.2.3 Effectiviteit van casemanagement en multidisciplinair teams.....	30
5.3 Conclusie.....	31
6 Literatuuronderzoek: effectiviteit van ketenzorg in Nederland	32
6.1 Resultaten	32
6.2 Conclusie.....	33

7	Literatuuronderzoek: succesfactoren van ketenzorg	35
7.1	Resultaten	35
7.2	Tien succesfactoren	37
7.2.1	Cliëntgericht werken	37
7.2.2	Coördinatie en taakverdeling	37
7.2.3	Evaluatie en verbetering	37
7.2.4	Kwaliteit en (bij)scholing	38
7.2.5	Communicatie en samenwerking	38
7.2.6	Financiering en regelgeving	38
7.2.7	Betrokkenheid en draagvlak	38
7.2.8	Motivatie en inzet.....	38
7.2.9	Alle mogelijkheden verkennen.....	38
7.2.10	ICT	39
8	Interviews	40
8.1	Selectie van geïnterviewden.....	40
8.2	Vragen aan de ketenregisseurs.....	41
8.3	Vragen aan de casemanagers	41
9	Regio-overzicht	42
9.1	Amsterdam Nieuw West (Osdorp).....	43
9.2	Groningen.....	44
9.3	Lekstroom (Houten).....	45
9.4	Noord West Veluwe (Wezep)	46
9.5	Noord-Kennemerland (Heerhugowaard)	47
9.6	Noord-Limburg.....	48
9.7	Westelijk Utrecht.....	49
9.8	Zuid-Kennemerland (Haarlem)	50
10	Toetsen van succesfactoren	51
10.1	Cliëntgericht werken	51
10.2	Coördinatie en taakverdeling	51
10.3	Evaluatie en verbetering	52
10.4	Kwaliteit en (bij)scholing	52
10.5	Communicatie en samenwerking.....	53
10.6	Financiering en regelgeving.....	54
10.7	Betrokkenheid en draagvlak	54
10.8	Motivatie en inzet.....	55
10.9	Alle mogelijkheden verkennen.....	55
10.10	ICT	55
10.11	Andere factoren	56
10.11.1	Totstandkoming	56
10.11.2	Organisatiestructuur	56
10.12	Oordeel over de tien succesfactoren	56
11	Conclusies.....	57
11.1	Literatuuronderzoek naar casemanagement en multidisciplinaire teams.....	57
11.2	Totstandkoming, organisatie, werkwijze en financiering.....	57

11.3	Succesvolle en belemmerende factoren.....	59
11.4	Toepassing van succesfactoren	60
12	Aanbevelingen	61
12.1	Een gedegen plan.....	61
12.2	Organisatiestructuur	61
12.3	Bestuurlijk draagvlak.....	62
12.4	Samenwerking met zorgverleners	62
12.5	Sleutelfiguren.....	63
12.6	Financiering	64
12.7	Uitwisseling.....	64
12.8	Goede voorbeelden	65
12.8.1	Amsterdam Nieuw West, best practice model.....	65
12.8.2	Groningen, DBC Informatie Systeem	65
12.8.3	Lekstroom, natraject	65
12.8.4	Wezep (Noord West Veluwe), samenwerking met de thuiszorg.....	66
12.8.5	Noord-Kennemerland, crisisopnamen	66
12.8.6	Noord-Limburg, deskundigheidsverbetering.....	66
12.8.7	Westelijk Utrecht, evaluatie	66
12.8.8	Zuid-Kennemerland, aanmelding	66
12.9	Aandachtspunten.....	67
12.10	Nawoord	67
	Bijlagen.....	69
	Bijlage 1 Probleemvelden	69
	Bijlage 2 Multidisciplinair team	70
	Bijlage 3 Begrippen	71
	Bijlage 4 Resultaten literatuuronderzoek	72
	Bijlage 5 Indicatoren.....	77
	Bijlage 6 Geïnterviewden	78
	Bijlage 7 Onderwerpenlijst interviews	79
13	Referenties.....	81

MET DANK AAN

Allereerst wil ik mijn begeleiders Jeroen Havers en Ina Diermanse bedanken, die telkens een kritische noot hadden, maar altijd vol vertrouwen waren.

Alle geïnterviewde casemanagers, ketenregisseurs, coördinatoren en projectleiders en anderen die een bijdrage geleverd hebben aan dit rapport wil ik hartelijk danken voor de tijd die ze hebben vrijgemaakt en voor hun enthousiasme. Ook de mensen van Alzheimer Nederland en Deloitte Consulting die tijd hebben vrijgemaakt voor een gesprek wil ik hiervoor bedanken.

Verder wil ik mijn collega's bedanken voor het warme welkom, de gezellige tijd en de BzV evaluaties op maandagmorgen.

SAMENVATTING

Aanleiding: Op dit moment zijn er ruim 230.000 dementerenden in Nederland. Dit aantal zal naar verwachting stijgen tot ruim 400.000 in 2050. Veel dementerenden en mantelzorgers weten niet goed hoe ze om moeten gaan met dementie en waar ze hulp kunnen vinden. De zorg is niet voldoende op hen afgestemd. Dit moet verbeteren door het opzetten van ketenzorg (samenwerking tussen zorgverleners die continuïteit van zorg bieden waarbij het cliëntproces centraal staat). Onderdelen hiervan zijn het bieden van casemanagement (systematisch aanbieden van gecoördineerde zorg en ondersteuning in de thuissituatie) en het werken in multidisciplinaire teams (samenwerking en overleg tussen verschillende zorgaanbieders). Dit vindt in verschillende regio's in Nederland plaats, met behulp van het Landelijk Netwerk Dementie. Dit is opgericht om dementiezorg te verbeteren en om een plek te creëren waar regio's van elkaar en van experts kunnen leren.

Probleemstelling: Omdat er geen gouden standaard is voor ketenzorg bij dementie en aanwijzingen voor effectiviteit schaars zijn, hebben zorgaanbieders moeite met het opzetten en verbeteren van ketenzorg.

Doel: Het huidige aanbod van multidisciplinaire teams binnen ketenzorg dementie in Nederland in kaart brengen en een advies formuleren voor verbeteringen van de huidige ketenzorg en voor het opzetten van nieuwe ketens voor dementie, waarbij de volgende vragen zullen worden beantwoord:

1. Hoe zijn multidisciplinaire teams met daarin een casemanager, als onderdeel van ketenzorg bij dementie, in Nederland georganiseerd?
 - Hoe zijn de teams tot stand gekomen?
 - Hoe is de organisatie en werkwijze van de teams?
 - Hoe worden de teams gefinancierd?
2. Wat zijn succesvolle factoren en belemmerende factoren in de organisatie van de huidige multidisciplinaire teams met daarin een casemanager, als onderdeel van ketenzorg bij dementie in Nederland, die kunnen worden toegepast in deze en andere regio's?
3. Welke concrete stappen, gebaseerd op de succesvolle factoren in de organisatie en werkwijze van de huidige multidisciplinaire teams met daarin een casemanager, als onderdeel van ketenzorg bij dementie in Nederland, kunnen worden genomen om de zorg te verbeteren in deze en andere regio's?

Methode: In de nationale en internationale literatuur wordt gezocht naar effectiviteit van casemanagement en multidisciplinaire teams, en met welke succesfactoren deze effectiviteit samenhangt. Ook wordt gezocht naar algemene succesfactoren van ketenzorg. Deze succesfactoren worden getoetst in interviews met casemanagers en ketenregisseurs.

Resultaat: Uit de literatuur zijn tien succesfactoren naar voren gekomen: cliëntgericht werken, coördinatie en taakverdeling, evaluatie en verbetering, kwaliteit en (bij)scholing, communicatie en samenwerking, financiering en regelgeving, betrokkenheid en draagvlak, motivatie en inzet, alle mogelijkheden verkennen en ICT.

Conclusie: Er zijn aanwijzingen voor effectiviteit van en tevredenheid over casemanagement, maar studies hiernaar zijn schaars.

De belangrijkste overeenkomsten tussen de onderzochte regio's zijn de globale samenstelling van de multidisciplinaire teams, de taken van de casemanager en de ketenregie. Hiermee voldoen de teams aan het algemene beeld dat van multidisciplinaire teams geschetst wordt.

De belangrijkste verschillen zijn de financiering, totstandkoming, organisatiestructuur, het traject dat de cliënt doorloopt en de ketenpartners. Deze factoren zijn afhankelijk van bestaande organisaties, structuren en samenwerkingsverbanden in een regio en dus overal anders.

De geïnterviewden onderschrijven het belang van de tien succesfactoren maar zien belemmeringen in de toepassing ervan.

Aanbevelingen: Om de tien succesfactoren van ketenzorg toe te passen in de praktijk worden de volgende aanbevelingen gedaan: een gedegen plan opstellen, de keten aanpassen aan de bestaande organisatiestructuren, bestuurlijk draagvlak creëren, samenwerking met zorgverleners tot stand brengen, sleutelfiguren zoeken, mogelijkheden voor financiering zoeken en informatie uitwisselen met andere regio's. Tot slot worden goede voorbeelden genoemd uit de geïnterviewde regio's.

Met deze aanbevelingen en goede voorbeelden kan ketenzorg bij dementie worden verbeterd en krijgen dementerenden nu en in de toekomst de zorg die ze nodig hebben.

AANLEIDING

1.1 Dementie

Dementie is een ongeneeslijke combinatie van symptomen die vooral onder ouderen voorkomt en gekenmerkt wordt door geheugenstoornissen en stoornissen van taal, denken, waarnemen, redeneren en handelen. Hierbij wordt het functioneren in het dagelijks leven belemmerd¹. In de beginfase is er vaak sprake van ontkenning en verborgenheid. Het geheugenverlies kan angst en pessimisme oproepen. De dementerende zal zich steeds meer aan het verleden vastklampen, tot het besef van toekomst helemaal verdwijnt en het verleden als heden beleefd wordt. Dementie heeft dus niet alleen een grote impact op het leven van de dementerende, maar ook op dat van zijn of haar naasten.

In 2002 heeft de Gezondheidsraad een prognose gemaakt van het aantal mensen met dementie in de komende decennia, aan de hand van prevalentiecijfers en bevolkingsprognoses van het CBS. Volgens deze prognose zouden er in 2010 207.000 mensen lijden aan dementie en in 2050 zal dit aantal zijn opgelopen tot 410.000, 1 op de 44 burgers zal dan lijden aan een vorm van dementie² (tabel 1). Schattingen laten echter nu al 230.000 mensen met dementie zien, waarvan 110.000 gediagnosticeerd¹.

Jaar	Geschatte dementie prevalentie	Aantal burgers per dementerende van >65
2010	207.352	81
2015	225.631	76
2020	245.748	71
2025	275.517	64
2030	316717	57
2035	355.882	51
2040	382.407	47
2045	401.051	45
2050	412.255	44

Tabel 1 Geschatte toekomstige prevalentie van dementie en geschat toekomstig aantal burgers per dementerende in Nederland, gebaseerd op gegevens van het CBS.

In opdracht van Alzheimer Nederland heeft Nivel onder mensen met dementie en hun mantelzorgers geïnventariseerd wat de belangrijkste problemen zijn waar zij tegenaan lopen³. Hieruit is een lijst van veertien probleemvelden samengesteld, te vinden in bijlage 1. De top 3 wordt gevormd door:

1. Wat is er aan de hand en wat kan helpen?;
2. Het wordt me te veel;
3. Miscommunicatie met hulpverleners.

1.2 Casemanagement

Als mogelijke oplossing voor deze problemen wordt steeds vaker het inzetten van casemanagement genoemd. Het Landelijk Dementie Programma definieert dit concept als volgt⁴:

“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 of overlijden.”

Overige definities zijn lastig te vinden. Casemanagement wordt een containerbegrip genoemd waar geen eenduidige definitie voor is^{5,6}. In de praktijk is het gewenste idee vaak dat één persoon het aanspreekpunt vormt voor zowel cliënt als mantelzorger, hen informeert over de ziekte en mogelijke zorg, de zorg regelt en coördineert en sociale ondersteuning biedt. Echter, er zijn geen landelijke afspraken over de precieze invulling van deze functie en elke regio geeft hier dan ook zijn eigen invulling aan. Zo verschillen per regio bijvoorbeeld de benaming, de opleiding, de taken, het aantal cliënten en de wijze van financiering van een casemanager.

Dit maakt de effectiviteit van casemanagement, waarvoor in de literatuur steeds meer aanwijzingen zijn, moeilijk toepasbaar op de specifieke situaties in de praktijk. Twee verwachtingen komen in enkele onderzoeken^{7,8} wel naar voren: door het inzetten van een casemanager krijgen cliënten meer zorg die op hun wensen en behoeften aansluit en mantelzorgers worden ontlast. Echter, of dit ook leidt tot minder depressies onder dementerenden, langer thuis wonen, minder crisisopnamen en uitstel van overlijden, is lastiger aan te tonen. Veel onderzoeken vinden hier geen of beperkt bewijs voor^{9,10,11,12}.

1.3 Ketenzorg en multidisciplinaire teams

Een andere vaak genoemde oplossing om zorg beter af te stemmen op de patiënt en efficiënter te maken, is ketenzorg. Dit kan plaats vinden op verschillende niveaus: in een ziekenhuis waar een patiënt een vaste keten van bijvoorbeeld diagnostiek doorloopt, of over een breder traject waarbij intra- en extramurale specialismen op elkaar afgestemd zijn (ook wel integrale zorg genoemd). Het idee is dat door het samenwerken van verschillende specialismen, de patiënt meer de zorg krijgt die nodig is, omdat de lijnen van verwijzen korter zijn. Ook kan overleg tussen meerdere specialismen tot nieuwe inzichten leiden en de problematiek van de patiënt bij meerdere disciplines brengen.

Het ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport (VWS) heeft ketenzorg gedefinieerd als:

“Het samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders onder een herkenbare regiefunctie wordt geleverd, waarbij het cliëntproces centraal staat (wat blijkt uit de geformaliseerde afspraken tussen betrokken zorgaanbieders over samenhang en continuïteit van de patiëntenzorg). In de zorgketen bestaan gradaties van eenvoudig en strikt volgtijdelijk tot complexe zorg.”¹³

Andere definities zijn:

“Zorgverlening waarbij verschillende partijen met verschillende doelstellingen hun krachten bundelen om de kwaliteit van leven van een groep cliënten te verbeteren uitgaande van een nieuwe, gezamenlijke doelstelling”¹⁴.

“Ketenzorg is een samenhangend geheel van doelgerichte en planmatige activiteiten en / of maatregelen gericht op een specifieke patiëntencategorie, in de tijd gefaseerd. Een zorgketen is een geïnstitutionaliseerd, regionaal of lokaal samenwerkingsverband van instellingen en beroepsbeoefenaren, gericht op het faciliteren van samenwerking op uitvoerend niveau met het doel te komen tot een samenhangend, integraal aanbod voor specifieke patiëntencategorieën¹⁵.”

“Het samenhangende geheel van zorginspanningen door verschillende zorgaanbieders bij één lijder aan een bepaalde ziekte. Dat sprake is van ketenzorg blijkt uit (geformaliseerde) afspraken tussen betrokken zorgaanbieders over samenhang en continuïteit van de patiëntenzorg¹⁶.”

Ketenzorg draait in deze definities om samenhang en samenwerking. Het doel is steeds om de zorg te verbeteren. Om te praten over het verbeteren van zorg moet echter eerst worden gedefinieerd wat goede zorg is. Voor dementie bestaat nog geen zorgstandaard, zoals wel al ontwikkeld is voor multidisciplinaire diabeteszorg. Deze zal vanaf 2010 wel ontwikkeld gaan worden. Goede dementiezorg wordt door het Programma Ketenzorg Dementie, een samenwerking tussen het ministerie van VWS, Alzheimer Nederland en Zorgverzekeraars Nederland, gedefinieerd als¹³:

“Het aanbod zoals dat voor mensen met dementie en hun familie wenselijk zou zijn, volgens de laatste inzichten en vanuit het perspectief van cliënten en hun familie. Goede dementiezorg bestaat idealiter uit een combinatie van care, cure, welzijn en wonen en volgt het proces dat iemand met dementie doorloopt vanaf de allereerste niet-pluis gevoelens tot en met het overlijden aan de ziekte.”

Dit proces dat iemand met dementie doorloopt ziet er als volgt uit¹³:

1. Signalering en onderkenning;
2. Diagnose en toegang tot ondersteuning en zorg;
3. Levering van zorg en diensten.

Aan de hand van deze drie fasen heeft Alzheimer Nederland zeventien bouwstenen voor de ideale dementiezorg opgesteld¹⁷ (figuur 1). Deze zijn niet altijd wetenschappelijk bewezen, maar allemaal gebaseerd op ervaringen uit projecten om dementiezorg te verbeteren, en op richtlijnen, onderzoek en expertise.

Als goede dementiezorg dezelfde drie fasen moet doorlopen en zich bezig moet houden met een combinatie van care, cure, welzijn en wonen, lijkt een logische stap om deze fasen met elkaar te verbinden tot een keten en de verschillende betrokken zorgaanbieders te laten samenwerken. Wanneer hier afspraken over gemaakt worden, kun je spreken over een multidisciplinair team.

In de dementiezorg komt ketenzorg tegenwoordig steeds vaker voor in de vorm van een multidisciplinair ((psycho)geriatrisch) team. Er bestaan vele benamingen, vormen en samenstellingen en net als bij casemanagement bestaat een landelijke standaard (nog) niet. Het lijkt erop dat de uitvoering minimaal neer komt op contact tussen de cliënt en een casemanager, die vervolgens overlegt met andere disciplines en samen met hen, en in overleg met cliënt en familie, een vervolgplan opstelt. Binnen deze zeer globale beschrijving zijn natuurlijk tal van mogelijke variaties denkbaar. Een schematische weergave is te vinden in bijlage 2.

Figuur 1 Zeventien bouwstenen voor ideale zorg, opgesteld door Alzheimer Nederland

<p><u>Fase 1: Zorgaanbod vóór de diagnose:</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Informatie, voorlichting en steun;2. Signaleren en actief verwijzen. <p><u>Fase 2: Zorgaanbod tijdens en direct ná de diagnose:</u></p> <ol style="list-style-type: none">3. Screening en diagnostisch onderzoek;4. Trajectbegeleiding/ casemanagement;5. Behandeling van patiëntstelsysteem;6. Laagdrempelige info en steun voor patiëntstelsysteem na diagnose. <p><u>Fase 3: Zorgaanbod in de manifeste fase:</u></p> <ol style="list-style-type: none">7. Trajectbegeleiding/ casemanagement;8. Behandeling van het patiëntstelsysteem;9. Informatie en steun voor patiëntstelsysteem;10. Hulp bij ADL en huishoudelijke zorg;11. Vervoer/ participatie;12. Service en diensten in en rond het huis;13. Activiteiten voor patiënten;14. Respijtzorg/ tijdelijk verblijf patiënt om mantelzorger op adem te laten komen, 's nacht in het weekend, vakantie;15. Vakantie voor mensen met dementie, evt. samen met partner;16. Anders wonen;17. Crisishulp

1.4 Terminologie

Alle verschillende vormen van dementie zullen in dit rapport onder de noemer 'dementie' vallen. Per regio zijn verschillende benamingen voor 'casemanager', 'multidisciplinair team' en 'ketenregisseur'. Deze drie termen zullen gebruikt worden in de algemene betekenis. Wanneer het gaat over een specifieke regio zullen de betreffende eigen benamingen van die regio worden gebruikt.

Binnen het vakgebied van dienstverlening, en dus door sommige casemanagers, afhankelijk van hun taken en achtergrond, wordt de term cliënt (of klant) gebruikt. Door zorgverleners wordt gesproken over de patiënt. Ondanks dat het in dit rapport gaat over een samenwerking van deze disciplines wordt gekozen voor één begrip: 'de cliënt'. De aandacht ligt in dit rapport namelijk op het verlenen van diensten en niet op de inhoudelijke invulling van de zorg. Wanneer wel specifiek over zorgverlening gesproken wordt zal het woord 'patiënt' worden gebruikt.

De begrippen 'ketenzorg' en 'integrale zorg' worden vaak door elkaar gebruikt. In dit rapport wordt steeds gesproken over 'ketenzorg'.

In bijlage 3 zijn omschrijvingen te vinden van de termen 'ketenzorg', 'multidisciplinair team', 'casemanager' en 'andere disciplines' zoals die in dit rapport gehanteerd zijn.

1.5 Leeswijzer

Allereerst wordt in hoofdstuk 2 informatie gegeven over programma's uit het heden en verleden die zijn opgericht om de dementiezorg te verbeteren. Ook wordt ingegaan op de verschillende financieringswetten die een rol kunnen spelen bij het bekostigen van dementiezorg. Daarna wordt in hoofdstuk 3 aangegeven wat het probleem is waar een

oplossing voor getracht wordt te vinden, welke betrokkenen een rol spelen, wat het doel van dit rapport is en welke centrale vragen beantwoord zullen worden. Om succesfactoren te vinden is een methode gebruikt van literatuuronderzoek en interviews, beschreven in hoofdstuk 4. Het eerst element, het literatuuronderzoek, wordt uitgewerkt in de hoofdstukken 5, 6 en 7. De hieruit volgende succesfactoren worden gepresenteerd in hoofdstuk 8. Om deze te toetsen worden eerst een aantal regio's geselecteerd en de kenmerken van ketenzorg in die regio's beschreven (hoofdstuk 9) en in die regio's professionals geïnterviewd, waarvan de resultaten te vinden zijn in hoofdstuk 10. Als laatste worden in de hoofdstukken 11 en 12 de conclusies en aanbevelingen gepresenteerd.

2 ACHTERGROND

2.1 Initiatieven ter verbetering van dementiezorg

Op landelijk niveau zijn verschillende initiatieven om de regio's te ondersteunen in het verbeteren van dementiezorg. Het Landelijk Dementieprogramma, het Landelijke Netwerk Dementie en het Programma Ketenzorg Dementie worden besproken.

2.1.1 Landelijk Dementie Programma (LDP)

Naar aanleiding van een advies van de Gezondheidsraad in 2002 aan de minister van VWS, waarin gepleit werd voor meer afstemming en efficiëntere zorg voor mensen met dementie en hun mantelzorgers², werd in 2004 het Landelijk Dementie Programma gestart (LDP). Hiermee moest de samenhang in dienstverlening aan mensen met dementie en hun mantelzorgers worden verbeterd en de invloed van cliënten worden ingebed¹⁸.

Gestreefd werd naar een aantal van 64 regio's dat zich verspreid over vijf instapmomenten, of tranches, (tot uiterlijk in 2008) zou aansluiten in regioteams. Deze regio's zijn geen geografisch vastliggende gebieden, maar zo ontstaan vanuit de geschiedenis en het zorgaanbod. Doel was dat hiervan 90% een regionaal projectplan ontwikkelde, 70% zou zijn gestart met de implementatie en 60% twee of meer prioriteiten uit het plan had gerealiseerd met aanzienlijke verbetering in dienstverlening als resultaat. Regionale afdelingen van Alzheimer Nederland hadden hierin een sturende rol en de landelijke uitvoering lag in handen van adviseurs van Vilans, CBO en Alzheimer Nederland. Namens opdrachtgever VWS was ZonMw de regisseur van het programma.

Bij de evaluatie van het programma bleek dat inderdaad 90% van de regio's heeft deelgenomen aan één van de vijf tranches. Deze regio's vormen een samenwerkingsverband waarbij veertien probleemvelden van de cliënt en mantelzorger (bijlage 1) als uitgangspunt dienden, en dus het cliëntperspectief centraal stond. In totaal zijn 206 projecten ontwikkeld om in behoeften van cliënten en mantelzorgers te voorzien. Dit kan bijvoorbeeld het inzetten van casemanagement zijn, maar ook het opzetten van informatiedagen of de komst van nieuwe Alzheimercafés. Al deze verbeterprojecten hebben er onder andere toe geleid dat 43,5% van de cliënten en mantelzorgers voldoende ondersteuning ervaart (ten opzichte van 35,5% tijdens de eerste meting in 2007). Maar vooral heeft het programma gezorgd voor landelijke samenwerking om de dementiezorg te verbeteren.

2.1.2 Landelijk Netwerk Dementie (LND)

Nadat het LDP in 2008 was geëindigd, was er vanuit de regio's nog steeds veel behoefte samen te werken aan betere dementiezorg door middel van het uitwisselen van kennis en goede ideeën.

Daarom is op initiatief van projectleiders uit het LDP, en Vilans, Alzheimer Nederland en het CBO, het Landelijk Netwerk Dementie (LND) opgericht met als doel het verbeteren van dementiezorg door een plek te creëren waar regio's van elkaar en van experts kunnen leren. Onder andere het thema financiering speelt een belangrijke rol, omdat dit in veel regio's als knelpunt wordt ervaren. Landelijke bijeenkomsten, een nieuwsbrief en een forum dragen bij aan de onderlinge contacten.

2.1.3 Programma Ketenzorg Dementie (PKD)

In 2008 is het Programma Ketenzorg Dementie (PKD) gestart: een samenwerking van Alzheimer Nederland, zorgverzekeraars Nederland en het ministerie van VWS met management ondersteuning van Deloitte Consulting. Ook een expertteam met ervaring vanuit het LDP was hierbij betrokken.

In een toespraak van de staatsecretaris gaf zij aan naar een structureel aanbod van zorg toe te willen werken, dat meer aansluit bij behoeften van cliënten. Dit is juist voor dementie belangrijk, omdat het hier gaat om een grote en groeiende, afgebakende groep mensen. Vanuit het LDP was de basis gelegd, maar structurele financiering van ketenzorg was nog steeds een knelpunt. Daarom wilde men komen tot een landelijk model voor zorginkoop, aansluitend bij behoeften van cliënten. Een aantal van zestien koploperregio's werd aangesteld om dit model te implementeren bij de zorginkoop van 2009. Op langere termijn zou de aanpak van het PKD landelijk verspreid worden en worden gestreefd naar een compleet zorgaanbod gefinancierd uit de AWBZ, Wmo en Zvw. Uiterlijk 2011 moet het structurele aanbod van samenhangende dementiezorg praktijk zijn in heel Nederland¹⁹.

2.2 Financiering

Bij de financiering van casemanagement en ketenzorg kan gebruikt worden gemaakt van verschillende bronnen.

2.2.1 De Zorgverzekeringswet

In de Zorgverzekeringswet (Zvw) is bepaald dat de zorgverzekering geneeskundige zorg dekt. Iedereen in Nederland is verplicht verzekerd en zorgverzekeraars zijn verplicht iedereen te accepteren voor het eerste compartiment: de basisverzekering²⁰. De uitgebreidere aanvullende verzekering, het tweede compartiment, is optioneel en de inhoud en premie kunnen verschillen per zorgverzekeraar²¹.

Verzekeraars bepalen zelf met welke aanbieders ze een contract sluiten. Hierdoor worden aanbieders gestimuleerd om de kwaliteit van zorg te verhogen en de kosten te verlagen.

De diagnosebehandelingcombinatie (DBC) is de basis van het betalingssysteem voor de ziekenhuiszorg en de (geneeskundige) geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Een DBC is een beschrijving van een zorgpakket voor een patiënt in vier codes: zorgvraag, zorgtype, diagnose en behandeling. Hierin zijn zowel medische handelingen als ondersteunende activiteiten gevat, gekoppeld aan kostprijzen, tot een totale kostprijs voor een DBC. Zo declareert de zorgaanbieder zijn geleverde zorg bij de verzekeraar. Vanaf 1 januari 2008 wordt de GGZ, waar veel mensen met dementie mee te maken krijgen, middels DBC's gefinancierd.

2.2.2 De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

Het derde compartiment van de Zvw omvat de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Dit is een volksverzekering voor zware geneeskundige risico's die niet onder de zorgverzekering vallen, zoals langdurige zorg thuis of opname in een verpleeghuis of gehandicapteninstelling (Ministerie van VWS, 2009). De uitvoering ervan is in handen van zorgkantoren. Iedereen die in Nederland woont of werkt is ervoor verzekerd en heeft recht op vergoeding van de AWBZ-zorg. Het CIZ (centrum indicatie-instelling) en BJZ (bureau jeugdzorg) beoordelen indicaties voor AWBZ-begeleiding aan de hand van de ernst van beperkingen op vijf onderdelen:

- sociale redzaamheid (de regie over het eigen leven);
- bewegen en verplaatsen (het zelfstandig voortbewegen);
- probleemgedrag (agressief of dwangmatig);
- psychisch functioneren (denken, concentreren en waarnemen);
- geheugen- en oriëntatiestoornissen (geheugen en bewustzijn).

Begeleiding wordt toegekend wanneer een cliënt op één of meer onderdelen matig of ernstig scoort. Mensen met psychosociale problemen, die in het verleden toegang hadden tot AWBZ-zorg moeten zich vanaf 1 januari 2009 richten tot de gemeenten, die financieel gecompenseerd worden en deze zorg betalen uit de Wmo (zie hoofdstuk 2.2.3).

Wanneer het indicatiebesluit aangeeft dat iemand recht heeft op AWBZ-zorg, krijgt diegene een PGB (persoonsgebonden budget) om zelf zorg te regelen, of wordt de zorg geregeld door het zorgkantoor. In de toekomst neemt de zorgverzekeraar deze taak mogelijk over.

In 2008 zijn zorgkantoren in samenwerking met zorgaanbieders en Alzheimer Nederland begonnen met de inkoop van dementieketens volgens de "leidraad ketenzorg dementie"¹³.

De Nederlandse Zorgautoriteit (Nza), de toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland, heeft een in 2008 de beleidsregel aangepast voor nieuwe zorgprestaties²². Experimenten die volledig uit AWBZ-zorg vergoed worden, kunnen voor een landelijk vastgesteld bedrag worden bekostigd, als het gaat om vernieuwingen in het zorgproces voor een groep patiënten met dezelfde zorgvraag. Ziektekostenverzekeraar en zorgaanbieder moeten een duidelijke beschrijving geven van de vernieuwing. Dit betekent dat regio's die casemanagement op gaan zetten als experiment, gebruik kunnen maken van deze regel.

Binnen ketenzorg dementie wordt vooral gebruikt gemaakt van de functies ondersteunende begeleiding, waarvoor een CIZ-indicatie nodig is en advies, instructie en voorlichting (AIV), waarvoor geen CIZ-indicatie nodig is.

2.2.3 De Wet Maatschappelijke Ondersteuning

Sinds 1 januari 2007 vervangt de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) de Welzijnswet, de Wet voorzieningen gehandicapten en delen van de AWBZ. Door de Wmo zijn gemeenten verantwoordelijk voor maatschappelijke ondersteuning, dat wil zeggen dat ze burgers zo lang mogelijk zelfstandig moeten laten wonen en laten participeren in de samenleving^{20,23}. De maatschappelijke ondersteuning is uitgedrukt in negen prestatievelen. Relevant voor dementie zijn:

- het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;
- het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers;
- het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem;
- het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer.

De gemeenten hebben hierin veel beleidsvrijheid.

De ondersteuning vanuit de Wmo wordt geboden in de vorm van een PGB (persoonsgebonden budget), of in de vorm van zorg die door de gemeente wordt geregeld.

2.2.4 Overig

Overige mogelijke vormen van bekostiging zijn¹⁹:

- Vrijwilligerswerk;
- Mantelzorg;
- Eigen betalingen;
- Provinciale subsidies;
- Goede doelen.

3 PROBLEEMSCHETS

3.1 Metaprobleem

Onder patiënten met dementie en mantelzorgers is onderzoek gedaan naar problemen die zij ervaren³. De meest voorkomende problemen waren:

- Wat is er aan de hand en wat kan helpen?;
- Het wordt me te veel;
- Miscommunicatie met hulpverleners.

Uit deze en elf andere probleemvelden (de veertien probleemvelden zijn te vinden in bijlage 1) blijkt dat de dementiezorg niet voldoende is afgestemd op de patiënt. Om de zorg voor patiënten met dementie te verbeteren wil VWS graag dat uiterlijk in 2011 het structurele aanbod van samenhangende dementiezorg (ketenzorg en financiering hiervoor) praktijk is in heel Nederland¹⁹. Zelf dragen ze hieraan bij door vanuit het PKD voorlichting te geven en mensen bij elkaar te brengen. Ondanks deze contacten zijn er signalen dat 'steeds opnieuw het wiel uitgevonden wordt'.

In verschillende regio's is men al ketenzorg aan het realiseren voor dementiepatiënten, in sommige regio's zijn multidisciplinaire teams aan het werk en zijn bijvoorbeeld verschillende zorgaanbieders, het zorgkantoor en de gemeente betrokken¹³. Veel partijen denken dus na en hebben ideeën over ketenzorg en multidisciplinaire teams. Maar ondanks het feit dat ketenzorg steeds meer voorkomt is bewijs voor effectiviteit ervan schaars. Ook is niet bekend wat de ideale samenstelling en werkwijze is. Een knelpunt dat steeds naar voren komt op bijeenkomsten van verschillende landelijke initiatieven is de financiering van ketenzorg.

Bij andere ziektebeelden, zoals diabetes, is men al wat verder in het ontwikkelen van ketenzorg. Hiervan kan geleerd worden, maar dementie is ook een dusdanig specifiek ziektebeeld dat om een andere aanpak vraagt dan andere ziektebeelden, zelfs onder ouderen. Dit wordt onder andere veroorzaakt door het gebrek aan ziektebesef van demente patiënten.

De effectiviteit van ketenzorg en casemanagement is lastig te onderzoeken omdat ketenzorg op regionaal initiatief, en dus overall anders georganiseerd wordt. Er is geen duidelijk beeld van wat waar gebeurt op gebied van ketenzorg dementie. Ook bestaat er geen gouden standaard over hoe de zorg georganiseerd zou moeten worden. Daardoor hebben zorgaanbieders moeite met het opzetten van een nieuwe keten of het verbeteren van een bestaande keten. Als een keten vooral door enthousiaste zorgverleners van de grond komt is de basis vaak kwetsbaar.

3.2 Substantief probleem

Zorgaanbieders weten niet hoe ze ketenzorg bij dementie moeten opzetten en organiseren. Dit is een probleem voor patiënten (momenteel ruim 200.000), omdat die niet de zorg krijgen die ze nodig hebben en een probleem van zorgaanbieders, omdat die de zorg willen verbeteren maar niet weten hoe dit te realiseren.

Het CBO wil een oplossing voor dit probleem om de zorg voor dementie in de toekomst te kunnen verbeteren en wil dus de regio's hiervoor een handvat bieden.

Factoren die van succes zijn voor opzet en organisatie van ketenzorg bij dementie zullen worden verzameld door middel van literatuuronderzoek en interviews met experts.

3.3 Stakeholders

De volgende betrokkenen spelen een rol bij de organisatie en uitvoering van ketenzorg dementie:

- Patiënten met (een vermoeden op) dementie;
- Mantelzorgers en familie van patiënten met (een vermoeden op) dementie;
- Alzheimer Nederland, inclusief regionale afdelingen, als belangenbehartiger;
- Zorgaanbieders (zowel intramuraal als extramuraal, medisch als paramedisch);
- Andere betrokkenen bij ketenzorg dementie (casemanagers, ketenregisseurs / ketencoördinatoren / projectleiders, werkgroep- en stuurgroepleden);
- Zorgkantoren;
- Zorgverzekeraars;
- Gemeenten;
- Ministerie van VWS;
- Betrokkenen bij landelijk initiatieven (o.a. Vilans, Deloitte Consulting en CBO).

3.4 Doel van dit rapport

Doel van dit rapport is om het huidige aanbod van multidisciplinaire teams binnen ketenzorg dementie in Nederland in kaart te brengen en een advies te formuleren voor verbeteringen van huidige ketenzorg en voor het opzetten van nieuwe ketens voor dementie.

3.5 Centrale vragen

De volgende vragen zullen worden beantwoord:

1. Hoe zijn multidisciplinaire teams met daarin een casemanager, als onderdeel van ketenzorg bij dementie, in Nederland georganiseerd?
 - Hoe zijn de teams tot stand gekomen?
 - Hoe is de organisatie en werkwijze van de teams?
 - Hoe worden de teams gefinancierd?
2. Wat zijn succesvolle factoren en belemmerende factoren in de organisatie en werkwijze van de huidige multidisciplinaire teams met daarin een casemanager, als onderdeel van ketenzorg bij dementie in Nederland, die kunnen worden toegepast in deze en andere regio's?
3. Welke concrete stappen, gebaseerd op de succesvolle factoren in de organisatie en werkwijze van de huidige multidisciplinaire teams met daarin een casemanager, als onderdeel van ketenzorg bij dementie in Nederland, kunnen worden genomen om de zorg te verbeteren in deze en andere regio's?

4 METHODE

4.1 Literatuur

Om te zoeken naar factoren die verbetering van de ketenzorg bij dementie mogelijk maken, wordt eerst in de internationale literatuur gezocht naar de effectiviteit van casemanagement en multidisciplinaire teams en met welke factoren deze effectiviteit samenhangt. Naar beiden wordt gezocht om niet alleen de totale effectiviteit van een multidisciplinair team met een casemanager te achterhalen, maar ook de toegevoegde waarde van het team boven op een casemanager alleen. Wanneer onderzoeken gevonden worden die een positieve berichtgeving geven over casemanagement en multidisciplinaire teams, wordt gekeken welke aspecten van ketenzorg hier aanwezig zijn. Omdat ketenzorg op veel plaatsen recent ontstaan is of op dit moment ontwikkeld wordt, is de verwachting dat er nog weinig onderzoek naar de effectiviteit ervan zal bestaan.

Daarom wordt ook gezocht naar succesfactoren van ketenzorg door verschillende nationale organisaties, waarbij geen bewijs van effectiviteit aanwezig zal zijn, maar vooral gesproken wordt vanuit ervaring in het veld.

Bij beide zoekstrategieën ligt de focus op dementie maar kunnen ook andere ziektebeelden onder ouderen worden meegenomen.

Omdat casemanagement en multidisciplinaire teams veel verschillende invullingen kent en resultaten uit buitenlandse studies soms moeilijk toepasbaar zijn op de Nederlandse situatie zal ook gezocht worden naar Nederlandse voorbeelden. De studies naar effectiviteit worden meegenomen in de eerstgenoemde zoektocht. Omdat casemanagement niet altijd tot klinische uitkomsten zal leiden wordt ook gezocht naar tevredenheidsonderzoeken. Mensen met dementie zullen in veel gevallen niet in staat zijn zelf aan deze onderzoeken mee te werken. Het zal dus vooral gaan om onderzoeken naar de tevredenheid van mantelzorgers.

4.1.1 Zoekstrategie

In de databases Pubmed, Medline en Psycinfo is gezocht naar artikelen met de MeSH termen (dementia / Alzheimer / vascular dementia) en de trefwoorden (case management / case manager / care management / care manager) en woorden beginnend met (effectiv). De gevonden artikelen zijn gescreend op titel en vervolgens op abstract. De artikelen die rapporteerden over kwalitatieve of kwantitatieve uitkomsten van casemanagement bij ouderen werden geselecteerd, evenals artikelen die succesfactoren van casemanagement noemden. Dezelfde procedure is gebruikt voor de trefwoorden (dementia / Alzheimer / vascular dementia), (case management / case manager / care management / care manager), en (geriatric team / psychogeriatric team / doc-team / multidisciplinary team). Ook hier werden kwalitatieve en kwantitatieve uitkomsten en succesfactoren geselecteerd.

Met behulp van Google is gezocht naar de tevredenheid van mantelzorgers en eventueel cliënten met de zoektermen: (tevredenheid + casemanagement + dementie) en (tevredenheid + casemanager + dementie).

Met behulp van Google is gezocht naar succesfactoren van ketenzorg met de zoektermen: (optimale + ketenzorg) en (succesfactoren + ketenzorg). Deze succesfactoren zullen worden gebundeld in categorieën die dienen als leidraad voor de interviews.

Deze zoekstrategieën zijn niet bedoeld om alle beschikbare literatuur die gepubliceerd is te vinden, maar om een actueel overzicht te geven van de huidige kennis over casemanagement en dementie. Derhalve is de zoektocht niet uitputtend.

4.2 Interviews

Om de ketens in verschillende regio's in kaart te brengen en succesfactoren te toetsen worden ketenregisseurs / ketencoördinatoren / projectleiders en casemanagers uit verschillende regio's geïnterviewd. Hierin komen de totstandkoming, organisatie, werkwijze, financiering, succesfactoren en verbeterpunten van het team aan bod en de succesfactoren uit de literatuur om ketenzorg te verbeteren worden getoetst. Omdat het gaat om ideeën, opvattingen en ervaringen van experts in het veld, en vooraf een aantal onderwerpen vastliggen, zal gebruik worden gemaakt van halfgestructureerde expert-interviews²⁴.

4.2.1 Selectie van geïnterviewden

Voor de interviews worden ketenregisseurs / ketencoördinatoren / projectleiders en casemanagers geselecteerd uit multidisciplinaire teams met daarin een casemanager als onderdeel van ketenzorg. Het liefst zijn de teams minimaal een half jaar bezig zijn met het organiseren van dementiezorg in een keten, zodat de opstartproblemen bekend of zelfs al verholpen zijn en er al enige kennis is van hoe een en ander in de praktijk loopt. Idealiter zijn de teams geografisch verspreid over Nederland, omdat de kans op 'gluren bij de burens', en dus overeenkomsten, het grootste zal zijn als er letterlijk sprake is van buurregio's. Natuurlijk moeten de mensen ook bereid zijn om mee te werken.

Binnen het LDP werden de verschillende landelijke projecten (waaronder projecten voor multidisciplinaire teams) aangeduid door middel van regionamen. Omdat multidisciplinaire teams uit de voormalige LDP-regio's de meeste landelijke bekendheid hebben, al veel ervaring hebben opgedaan en vaak nog steeds binnen deze regio's werkzaam zijn, zullen deze regionamen gebruikt worden om een onderscheid te maken tussen de teams. In sommige regio's bestaan deelgebieden met een eigen werkwijze of organisatie. Wanneer dit het geval is, zal dat vermeld worden.

Informatie over de Nederlandse teams en ketenzorg in het algemeen zal middels de volgende bronnen worden verzameld:

- Google, met de trefwoorden: multidisciplinair team, geriatrisch team, psychogeriatrisch team, DOC-team, ketenzorg, casemanager, casemanagement, dementie;
- Gesprek met Deloitte Consulting, zij bieden ondersteuning binnen het PKD en zijn bezig met het maken van een overzicht van de stand van zaken wat betreft ketenzorg dementie in de verschillende regio's;
- Gesprek met Alzheimer Nederland, de belangenbehartigers van patiënten met dementie, zij maakten deel uit van het LDP en zijn nu betrokken bij het LND en het PKD;
- Gesprek met Luciëlle van den Broek, adviseur bij het CBO en deskundige op het gebied van ketenzorg;
- Bezoek van bijeenkomsten van het LND en het PKD, waarbij vertegenwoordigers van regio's actief benaderd worden;
- Een oproep binnen het LND in de nieuwsbrief en op het discussieforum om mee te werken aan het onderzoek, indien gewerkt wordt in een multidisciplinair team.

Er is geen zekerheid dat op deze manier alle regio's die aan de selectiecriteria voldoen gevonden worden. Het initiatief ligt namelijk voor een deel bij de regio's zelf, wanneer zij geen medewerking willen verlenen, zullen zij misschien niet reageren. Bovendien is deze strategie vooral gericht op regio's die zijn aangesloten bij de landelijke initiatieven PKD en het LND. Deze netwerken zijn een goede manier om veel regio's te bereiken en opdrachtgever voor dit rapport, het CBO, is er nauw bij betrokken. Bovendien zijn de aangesloten regio's actief bezig met ketenzorg dementie dus is de kans groter dat zij al in het stadium van een multidisciplinair team verkeren. Toch is het mogelijk dat regio's die op eigen initiatief opereren en geen kennis delen, gemist worden. Echter, voor het doel van dit onderzoek is het niet noodzakelijk om elke regio in Nederland mee te nemen. Dat is binnen het tijdsbestek bovendien niet mogelijk.

Wanneer tijdens het selecteren regio's worden gevonden die om een andere dan hierboven genoemde reden interessant zijn kan worden besloten deze ook mee te nemen.

4.2.2 Toetsingscriteria

De succesfactoren uit het literatuuronderzoek worden in de interviews getoetst aan de hand van de volgende criteria:

- wenselijkheid;
- haalbaarheid;
- aanvaardbaarheid;
- beperkingen;
- voorwaarden.

Ook wordt gevraagd in welke mate deze factoren al worden toegepast.

4.3 Analyse

Van de interviews worden geluidsopnames gemaakt die na afloop worden uitgewerkt, samengevat en per categorie gebundeld, waarbij de nadruk ligt op de positieve punten, verbeterpunten en de oorzaken en gevolgen hiervan.

Aan de hand van de succesfactoren in de regio's en de oorzaken hiervan, een interview met een organisatieadviseur en het boek 'Leren veranderen'²⁵ worden handvaten verzameld om veranderingen mogelijk te maken en ketenzorg te verbeteren.

5 INTERNATIONAAL LITERATUURONDERZOEK: EFFECTIVITEIT VAN KETENZORG

5.1 Geselecteerde artikelen

De zoekopdracht zoals beschreven in hoofdstuk 4 heeft tot een set van vijftieng artikelen geleid. Selectie van artikelen die vanaf 1999 zijn gepubliceerd in het Engels of Nederlands gaf een set van zeventien artikelen. Zeven artikelen vielen af omdat ze toch niet relevant bleken voor dit onderzoek. Door één review werden alleen artikelen van voor 1999 onderzocht²⁶. Een ander artikel werd omschreven als review maar besprak de geschiedenis van casemanagement²⁷. Uit de overige drie reviews werden de relevante onderzochte artikelen opgezocht en de reviews zelf buiten beschouwing gelaten. Een artikel over een gerandomiseerde studie gaf alleen het design maar nog geen resultaten²⁸. De thesis waarin de resultaten werden besproken werd wel geïnccludeerd²⁹. Het artikel dat een richtlijnen omschreef gaf hiervoor geen bronnen of onderbouwing en viel ook af³⁰. Van de overige elf artikelen werden de referenties doorgenomen en nog vier relevante artikelen gevonden.

Zeven artikelen onderzochten het effect van casemanagement, drie artikelen een bepaalde vorm van een multidisciplinair team en in vijf artikelen gaat het om een combinatie. De uitvoering van beide interventies was per artikel zeer verschillend. Negen artikelen zijn gerandomiseerde experimenten, overige voorkomende designs zijn cluster-gerandomiseerd experiment³¹, before / after studie³², quasi-experimenteel design⁷, beschrijvend onderzoek⁸, experiment zonder randomisatie³³ en een interview-analyse³⁴. De populatie bestaat in tien artikelen uit mensen met (een verdenking op) dementie en in vijf artikelen uit ouderen. Het aantal cases varieert van enkele tientallen tot duizenden.

Tabel 2 toont een overzicht van de vijftien artikelen. De resultaten worden besproken in paragraaf 5.2.1 t/m 5.2.3 en een uitgebreidere bespreking per artikel is te vinden in bijlage 4, waarbij zowel de methodologie als uitkomsten aan bod komen en een oordeel wordt gegeven over de sterkte van het design, om later een oordeel te kunnen geven over de betrouwbaarheid van de uitkomsten. De conclusie van dit literatuuronderzoek staat in paragraaf 5.3.

1 ^e auteur	Follow-up	Jaar	Design*	Aantal cases** (indicatie)	Interventie***	Uitkomsten
Bellantonio S ¹²	9 maanden	2008	Gerand. exp.	100: 48 I / 52 C (dementie)	MT	Geen significante verschillen
Brodsky H ¹⁰	3 maanden	2003	Gerand. exp.	86 (dementie)	CM & MT	Geen significante verschillen
Callahan CM ³⁵	18 maanden	2006	Gerand. exp.	153: 84 I / 69 C (dementie)	CM & MT	Betere mentale gezondheid Minder stress bij mantelzorgers
Challis D ⁷	12 maanden	2002	Quasi-experimenteel	95: 45 I / 50 C (dementie)	CM	Clënten meer tevreden met thuissituatie Meer sociale contacten Mantelzorgers minder belasting / stress, meer aanspreekpunt Minder zorg nodig, meer 'respite care'
Chien WT ³⁶	12 maanden	2008	Gerand. exp.	88: 44 I / 44 C (verdenking op dementie)	CM & MT	Minder belasting bij mantelzorgers Betere kwaliteit van leven Minder ziekenhuisopnames, kortere opnames
Counsell SR ³⁷	24 maanden	2007	Gerand. exp.	951: 474 I / 477 C (ouderen)	CM & MT	Betere algehele en geestelijke gezondheid en vitaliteit Betere sociaal functioneren Minder spoedeisende hulp
Cox C ⁸	24 maanden	2001	Beschrijvend	800 (dementie)	CM	Zorgverleners zeer enthousiast: CM vult gat in zorgverlening Mantelzorgers zeer enthousiast: worden ontlast
Eloniemi-Sulkava U ⁹	24 maanden	2001	Gerand. exp.	100: 53 I / 47 C (dementie)	CM	Geen significante verschillen
Enguídanos SM ³⁸	12 maanden	2006	Gerand. exp.	267 (ouderen)	CM & MT	Verlaging van depressie, niet klinisch relevant
Ferry JL ³⁴	-	2005	Interview-analyse	11 casemanagers, 22 patiënten (ouderen)	CM	4 belangrijke interventies binnen het casemanagement
Fox P ³⁹	36 maanden	2000	Gerand. exp.	8095 (dementie)	CM	Meer toegang tot thuiszorg Gelijke hoeveelheid mantelzorg Geen uitstel van opname
van Hout H ³³	-	2000	Experiment	64 artsen, 93 patiënten (verdenking op dementie)	MT	Diagnose dementie door huisartsen t.o.v. team is acceptabel Diagnose type dementie door huisarts is niet acceptabel
Jansen ADP ²⁹	12 maanden	2007	Gerand. exp.	99: 54 I / 45 C (dementie)	CM	Geen significante of klinische verschillen
Phelan EA ³¹	24 maanden	2007	Cluster-gerand. exp.	874 patiënten, 31 artsen (ouderen)	MT	Meer screening op geriatrisch syndroom Betere mentale gezondheid Hogere mortaliteit
Rahkonen T ³²	36 maanden	2001	Before / after	102: 51 I / 51 C (ouderen met delier)	CM	Meer gebruik van thuiszorg Zelfde aantal dagen opgenomen in zieken- en verpleeghuis

Gerand. exp. = Gerandomiseerd experiment, ** = Totaal aantal cases en aantallen in de interventiegroep (I) en de controlegroep (C),

*** = interventie bestaat uit casemanagement (CM), een multidisciplinair team (MT) of een combinatie (CM & MT).

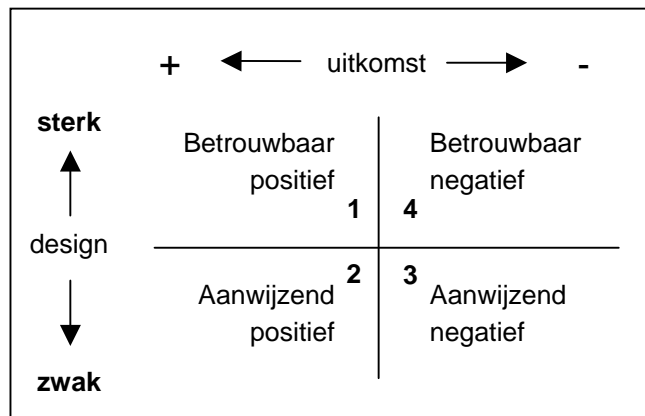
Tabel 2 Overzicht van de geselecteerde artikelen met uitkomsten van ketenzorg en casemanagement interventies

5.2 Resultaten

De effectiviteit van casemanagement, multidisciplinaire teams en een combinatie hiervan, wordt schematisch weergegeven in figuur 2. Op de horizontale as van deze figuur staan de uitkomstvariabelen. Deze kunnen positief zijn (zoals een betere gezondheid of minder stress) of negatief (meer ziekenhuisopnames, hogere mortaliteit). De sterkte van het design staat op de verticale as. Deze is weergegeven bij de bespreking van de verschillende artikelen (bijlage 4). Studies met een sterk design hebben een grotere zekerheid dat de uitkomst overeenkomt met de werkelijkheid dan studies met een zwak design. Studies met een sterk design worden daarom aangemerkt als betrouwbaar. Op deze manier worden vier verschillende kwadranten weergegeven die staan voor vier verschillende categorieën van resultaat:

- betrouwbaar positief (1);
- aanwijzend positief (2);
- aanwijzend negatief (3);
- betrouwbaar negatief (4);

Figuur 2 Schematische weergave van het scoren van de uitkomsten van artikelen, waarbij de score wordt bepaald door de positieve of negatieve richting van het effect (horizontale as) en door de sterkte van het design (verticale as)



Aan de hand van deze figuur is tabel 3 ingevuld. Hierin staat van alle significante resultaten die in de artikelen in paragraaf 5.2.1 t/m 5.2.3 genoemd worden, of het gaat om een betrouwbaar of aanwijzend en om een positief of negatief resultaat. Ook is in kleur aangegeven bij welke soort interventie dit resultaat gevonden is: rood voor studies naar casemanagement, groen voor studies naar een multidisciplinair team en blauw voor een combinatie van beiden. Wanneer een studie met een sterk design geen significant verschil vindt op één van de genoemde uitkomsten staat dit in de laatste kolom 'tegenspraak'.

5.2.1 Effectiviteit van casemanagement

De uitvoering van casemanagement verschilt per onderzoek en daarom zijn de uitkomsten moeilijk te vergelijken. Echter, de meeste artikelen pasten casemanagement toe in de vorm van coördinatie, contact met de cliënt en een verbindende schakel tussen cliënt en zorgverleners, dus belangrijke aspecten komen wel overeen.

Casemanagement heeft vooral effect op subjectieve uitkomsten: tevredenheid, sociale contacten, belasting, stress en het ervaren van een aanspreekpunt. Een lagere belasting en stress worden ook weer tegengesproken. Aanwijzingen worden gevonden voor meer tevredenheid onder zorgaanbieders (professioneel en mantelzorg). Er zou meer gebruik zijn van zorg en een kortere tijd tot ziekenhuisopnames. In onze cultuur, waar zo lang mogelijk thuis wonen over het algemeen wordt geprefereerd is dat iets negatiefs. Echter, de mogelijkheid bestaat natuurlijk ook dat casemanagement juist leidt tot signalering van problemen en de zorg en opnames echt nodig waren. In dat geval leidt casemanagement tot iets positiefs.

Als verbetermogelijkheden worden betere coördinatie en cliëntgerichtheid genoemd.

5.2.2 Effectiviteit van multidisciplinaire teams

De geriatrische teams verschilden mogelijk nog meer in uitvoering dan het casemanagement. Niet alleen was de werkwijze anders, maar ook de samenstelling. Wel had elk team, op één na, minimaal een arts en verpleegkundige gespecialiseerd in geriatrie en nog een andere professional zoals een psycholoog, diëtist of fysiotherapeut. Voor een geriatrisch team alleen worden weinig positieve effecten gevonden. De tevredenheid onder hulpverleners zou groter zijn. In een studie die diagnostiek door een team en de huisarts vergelijkt, zou diagnostiek door het team beter zijn, maar dit wordt tegengesproken door een andere studie. De mentale gezondheid zou beter zijn bij mensen die door een multidisciplinair team behandeld zijn. Door één artikel werd een hogere mortaliteit gevonden onder mensen behandeld door het geriatrische team ten opzichte van de controlegroep.

5.2.3 Effectiviteit van casemanagement en multidisciplinair teams

De integratie van een casemanager in een multidisciplinair team geeft vooral resultaten op het aspect van gezondheid van de patiënt. Een verbetering in mentale gezondheid wordt echter ook weer tegengesproken. Verder zouden er meer sociale contacten zijn. Over het gebruik van zorg zijn de uitkomsten niet eenduidig, zowel meer als minder zorggebruik en kortere als langere tijd tot opnames worden gemeld. Er zijn geen onderzoeken met een sterk design die geen significant verschil zien in zorggebruik.

Uitkomst	1	2	3	4	Tegenspraak?
Tevredenheid thuissituatie	X				
Sociale contacten	X X				
Belasting en stress van mantelzorgers	X X	X			X: Niet significant verlaagd
Aanwezigheid van een aanspreekpunt	X				
Gebruik van zorg	X X	X	X	X X	
Tevredenheid hulpverleners	X	X			
Tevredenheid Mantelzorgers		X			
Toegang tot zorg		X			X X: Niet significant verhoogd
Tijd tot opname			X		X: Niet significant verhoogd
Diagnostiek		X	X		X: Niet significant verhoogd
Mortaliteit			X		X X: Niet significant verhoogd
Mentale gezondheid	X	X X			X: Niet significant verhoogd
Algemene gezondheid	X X				
Vitaliteit	X				

Tabel 3 Uitkomsten van het literatuuronderzoek, gerangschikt naar betrouwbaarheid van het onderzoek en richting van het resultaat. De cijfers 1 t/m 4 corresponderen met de getallen in figuur 2. De 'X' staat voor een vermelding in een artikel over:

X Casemanagement;

X Multidisciplinair team ;

X Casemanagement met multidisciplinair team.

5.3 Conclusie

De verschillende soorten interventies vinden verschillende soorten positieve uitkomsten. Natuurlijk is dit afhankelijk van de variabelen die binnen een onderzoek worden gemeten. Per uitkomstvariabele zijn te weinig studies gevonden om sluitend bewijs te leveren voor de positieve effecten van de interventies. Toch lijken de studies met een sterk design over het algemeen positieve uitkomsten te hebben (tabel 3), te zien in de kolommen 1 (betrouwbare artikelen met een positief resultaat) en 4 (betrouwbare artikelen met een negatief resultaat). Studies met een zwakker design tonen vaker niet-significante of niet-klinisch relevante resultaten, die niet zijn opgenomen in tabel 3.

Onduidelijkheid bestaat over het gebruik van zorg en opnames in ziekenhuizen en verpleeghuizen. Zowel meer als minder gebruik en opnames worden gerapporteerd. Het is echter onduidelijk of het gaat om gewenste of ongewenste opnames en nodig of onnodig zorggebruik. Een situatie waarin iemand met een opname-indicatie door een casemanager gesignaleerd wordt en deze opname uitgevoerd wordt, zal als positief worden ervaren, maar iemand die opgenomen wordt omdat thuis geen zorg geboden wordt, terwijl daar wel voldoende mogelijkheden voor zijn, zal als negatief worden ervaren. Geprobeerd is dit uit de betreffende artikelen te interpreteren.

Een aantal studies die geen significante resultaten vinden geven aan dat de controlegroep niet helemaal geslaagd was in haar opzet. Data werd verzameld door middel van interviews, waardoor ook in de controlegroep aandacht was voor de problematiek van patiënt en mantelzorger, of zorgprofessionals behandelden zowel de controlegroep als interventiegroep en pasten enige interventie toe bij de controlepatiënten. Het feit dat beide groepen verbeterden ten opzichte van de baseline meting is mogelijk het gevolg hiervan. Dit geeft ons een aanwijzing dat cliëntgerichtheid een succesvolle factor kan zijn binnen ketenzorg, omdat cliënten in de controlegroep die toch contact hadden met een casemanager erop vooruit gingen.

Het meest verontrustende negatieve resultaat is de hogere mortaliteit die in één studie gemeld wordt. Als mogelijke verklaring wordt door de schrijvers zelf gemeld dat het onduidelijk was bij wie de verantwoordelijkheid voor klinische beslissingen in het multidisciplinaire team lag. Deze situatie is natuurlijk zeer gevaarlijk. Dit geeft ons een belangrijke factor die invloed heeft op het wel of niet slagen van ketenzorg: taakverdeling en het benoemen van verantwoordelijkheden.

Omdat vooral de studies met een sterk design over het algemeen positieve effecten van casemanagement en multidisciplinaire teams tonen, is het zeker de moeite om dit te blijven uitvoeren, mits men aandacht besteedt aan factoren die deze interventies tot een succes maken. Wellicht kan het onderzoek van Nivel naar de effectiviteit van casemanagement, dat uitgevoerd zal gaan worden in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg, meer duidelijk geven over de effectiviteit die in Nederland van toepassing is. Ook gaan Alzheimer Nederland en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) een onderzoek doen naar de effecten van ketenzorg. Voorlopig zijn hiervan echter nog geen resultaten beschikbaar.

Er zijn te weinig artikelen besproken om iets te kunnen zeggen over het verschil tussen casemanagement, een multidisciplinair team en een combinatie van beiden. Ook zijn er te weinig artikelen gevonden om een verband te leggen tussen positieve uitkomsten en de factoren van de interventie waar dit verband mee kan houden.

6 LITERATUURONDERZOEK: EFFECTIVITEIT VAN KETENZORG IN NEDERLAND

De zoekopdracht zoals beschreven in hoofdstuk 4 (pagina 24) leidde tot drie onderzoeken in verschillende delen van Nederland (Noord-Kennemerland, Delft Westland Oostland en Leiden) naar de tevredenheid over casemanagement van mantelzorgers, cliënten met dementie en huisartsen. In de volgende paragrafen worden deze evaluatieonderzoeken besproken en wordt een overzicht gegeven van stellingen die aan de mantelzorgers werden voorgelegd, en vragen die aan de cliënten en mantelzorgers werden gesteld.

6.1 Resultaten

Het Trimbos-instituut heeft tussen 2006 en 2008 een tevredenheidsonderzoek gedaan bij stichting Geriant in Noord-Kennemerland onder 912 mantelzorgers (respons = 57%). Hen werden achttien stellingen over de casemanager en het DOC-Team voorgelegd die met ja of nee beantwoord moesten worden⁴⁰. Uit de resultaten uit 2008 (n = 306) blijkt dat op alle stellingen door minimaal 85% van de mantelzorgers positief wordt geantwoord (tabel 4, pagina 34). Niet ingevulde antwoorden en het antwoord 'niet van toepassing' werden in de resultaten buiten beschouwing gelaten. Het minst tevreden zijn de mantelzorgers over adviezen over omgang met hun dementerende partner of familielid en over informatie over het ziektebeloop. Ten opzichte van 2006 zijn drie stellingen minder positief beoordeeld (enkele procenten) en twee stellingen gelijk beoordeeld. Verbeterpunten die worden genoemd zijn het ontvangen van een behandelplan en het 'matchen' van casemanager en cliënt / mantelzorger omdat de manier waarop dezen elkaar liggen van invloed is op (on)tevredenheid.

Uit een onderzoek naar onder andere tevredenheid onder 38 mantelzorgers in regio Delft Westland Oostland over de casemanager bleek dat zij zeer tevreden waren⁴¹. Met vijftien stellingen over de casemanager waren meer dan 94% van de respondenten het eens. De stellingen over informatievoorziening en advies over omgang met de dementerende door partner of familielid werden minder positief beantwoord: 83% (tabel 4, pagina 34). Het betreft dezelfde stellingen als in het onderzoek bij stichting Geriant.

Rapportcijfers waren afhankelijk van de frequentie van het contact met de casemanager en varieerden van 8,2 (eens per maand contact) tot 9,3 (vaker dan eens per week contact). Op de vraag wat de casemanagers zouden kunnen doen om dit cijfer te verhogen gaven vijf mensen aan dat ze binnen de mogelijkheden niets konden doen en dat de casemanagers het wel erg druk hadden. Dit suggereert dat er wel mogelijkheden voor verbetering zijn maar de mantelzorgers dit niet verwachtten of reëel achtten.

De mantelzorgers zien de casemanager als gesprekspartner, steunpilaar, adviseur, regisseur of organisator, raadgever, bemiddelaar en begeleider van transitie. In de ogen van de cliënt vervult de casemanager de rol van kletspartner, gesprekspartner, steunpilaar, adviseur of vraagbaak en steun voor de mantelzorger.

De pilot 'Casemanagement Dementie' in regio Leiden is in 2006 geëvalueerd⁴². Uit deze evaluatie bleek dat veel cliënten (60%), mantelzorgers (90%) en huisartsen (53%) het project zouden aanbevelen. Dertig mantelzorgers en vijftien cliënten gaven een rapportcijfer van

respectievelijk 7,4 en 7,3. Ontevreden mantelzorgers waren onvoldoende geïnformeerd over het project of hadden weinig tot geen contact met de casemanager, waardoor het project voor hen tot op heden niet heeft gewerkt. Alle cliënten gaven het project een voldoende. Uit een vragenlijst blijkt dat de mantelzorgers positiever over het project waren dan de cliënten (tabel 5, pagina 34). Aangegeven wordt dat niet alle mantelzorgers en zeker niet alle cliënten goed op de hoogte waren van het project.

Geen van de geïnterviewde huisartsen (n = 21) heeft negatieve ervaringen gehad met het project. De huisartsen met een positief oordeel hadden over het algemeen een goede samenwerking met de casemanager. Huisartsen die neutraal oordeelden waren niet of nauwelijks van het project op de hoogte. Een toename van administratieve werkzaamheden werd niet bemerkt. Ongeveer de helft voelde zich ontlast in de zorg voor demente patiënten omdat de mantelzorgers zich voor vragen en advies meer tot de casemanager en minder tot de huisarts wendden. Van de huisartsen die goed op de hoogte waren van het project voelde slechts één huisarts zich niet ontlast.

6.2 Conclusie

Over het algemeen zijn de mantelzorgers erg positief over de begeleiding, betrokkenheid en informatievoorziening door casemanagers. Mantelzorgers die minder goed op de hoogte zijn van de werkzaamheden van de casemanager en minder vaak contact hebben, zijn ook minder tevreden. De resultaten in Delft Oostland Westland zijn beter dan in Noord-Kennemerland. Echter, dit hangt samen met de uitkomsten die worden gepresenteerd. In Delft zijn de antwoorden 'niet van toepassing' buiten beschouwing gelaten.

Cliënten zijn (in de evaluatie in Leiden) minder tevreden dan mantelzorgers, wat een ziektespecifieke oorzaak kan hebben: zij zijn wellicht minder goed op de hoogte van het werk van de casemanager. In dit geval heeft de mantelzorger wellicht beter zicht op wat goed is voor de cliënt dan de cliënt zelf en oordeelt vanuit die gedachte positief over de casemanager. De casemanager blijkt ook een andere rol te hebben voor cliënten en mantelzorgers. Hiermee worden in deze evaluaties geen klinische resultaten aangetoond, maar voelen een aantal mantelzorgers zich meer gesteund en ontlast en worden ook huisartsen ontlast in de zorg voor ouderen met dementie. Dit biedt een goede basis om casemanagement in de toekomst te continueren en meer onderzoek te doen naar het effect op cliënten, mantelzorgers en hulpverleners.

Er zijn te weinig evaluaties gevonden om een verband te leggen tussen positieve uitkomsten en de factoren in de regio waar dit verband mee kan houden. Wel lijkt een op de cliënt (zijn diens systeem) gerichte aanpak essentieel, dit kan meegenomen worden in de succesfactoren.

Stellingen over casemanagers en DOC-Team	% Mantelzorgers eens met de stelling	
	Noord-Kennemerland	Delft Westland Oostland
Begrijpt mijn behoeftes	93%	100%
Biedt hulp bij moeilijke beslissingen	88%	96%
Coördineert hulp voldoende	88%	100%
Geeft adviezen over omgang met de cliënt	85%	83%
Heeft aandacht en belangstelling voor de cliënt	95%	97%
Helpt de cliënt om hulp te accepteren	94%	97%
Helpt de zorg beter vol te houden	88%	94%
Houdt rekening met mijn agenda	93%	100%
Houdt zich aan afspraken	95%	100%
Ik kan terecht met vragen	98%	100%
Informeert voldoende over opvangmogelijkheden	92%	89%
Informeert voldoende over ziektebeloop	86%	87%
Neemt tijd om te luisteren	97%	100%
Stelt de cliënt in gelegenheid mee te beslissen	92%	94%
Stelt mij in gelegenheid om mee te beslissen	93%	97%
Toont begrip voor mijn gevoelens	95%	100%
Zoekt naar oplossingen als het mij teveel wordt	91%	100%
Zorg is warm en betrokken	93%	100%

Tabel 4 Tevredenheid van mantelzorgers over casemanagers in Noord-Kennemerland en Delft Westland Oostland aan de hand van stellingen betreffende de casemanagers

Vragen over het project casemanagement	% dat 'ja' antwoordde	
	Mantelzorgers	Cliënten
Voldoende informatie over doelstelling en resultaat?	80%	27%
Voldoende informatie over begeleiding en ondersteuning?	83%	33%
Schriftelijk zorgplan aanwezig?	33%	-
Gelegenheid om mee te beslissen over begeleiding en ondersteuning?	93%	-
Voldoende deskundigheid van de casemanager?	83%	67%
Voldoende vertrouwen en respect van de casemanager?	100%	100%
Voldoende interesse van de casemanager?	87%	80%
Begeleiding en ondersteuning de juiste aanpak van problemen?	87%	80%
Zorgplan naar wens uitgevoerd?	93%	93%
Cliënt vooruitgegaan door ondersteuning en begeleiding?	27%	13%
Door begeleiding beter in staat dingen zelf te doen?	-	33%
Ondersteund in zorg?	60%	-
Minder druk ervaren?	57%	-
Cliënt voldoende voorlichting?	93%	-
Cliënt voldoende inspraak?	87%	-
Casemanager voldoende interesse en respect voor cliënt?	97%	-

Tabel 5 Tevredenheid van mantelzorgers en cliënten over het project casemanagement dementie in Leiden aan de hand van een vragenlijst

7 LITERATUURONDERZOEK: SUCCESFACTOREN VAN KETENZORG

7.1 Resultaten

Uit verschillende bronnen zijn factoren van succes verzameld voor ketenzorg. Dit kunnen factoren zijn die plaats vinden in de ontwikkelfase of spelen tijdens het daadwerkelijke zorgtraject. Hierbij gaat het niet specifiek om dementie, maar de ideologie achter ketenzorg zou voor elk ziektebeeld hetzelfde moeten zijn.

De volgende overzichten van succesfactoren werden gevonden:

In 2008 is voor COPD, als een van de vier chronische ziektebeelden waarvoor als eerste een keten-DBC moet worden ontwikkeld, een zorgstandaard gemaakt door de Stichting Ketenkwaliteit COPD, een samenwerkingsverband op initiatief van Het Astma Fonds⁴³. Deze zorgstandaard geeft de standaard zorg weer voor een patiënt. Een uitgebreidere omschrijving hiervan is gevat in richtlijnen. Daarnaast is een aantal randvoorwaarden opgesteld voor ketenzorg:

- *coördinatie*
- *communicatie en afstemming*
- *multidisciplinair overleg*
- *scholing / deskundigheidsbevordering*
- *registratie en informatie-uitwisseling*
- *consultatie*
- *evaluatie en feedback*
- *kwaliteitsborging en organisatie*

In de zorgstandaard wordt geadviseerd voor deze randvoorwaarden een aparte module op te nemen in de keten-DBC om deze zaken te kunnen organiseren en financieren.

De Leidraad Ketenzorg Dementie¹³ noemt als criteria voor goed ketenmanagement:

- *structuur en regie*
- *strategie voor verbetering*
- *instrumenten om te sturen (monitoren)*
- *vertrouwen en toewijding*
- *druk uitoefenen, concrete afspraken*
- *kennis en deskundigheid*
- *processen: afspraken en afstemming*

De inspectie voor de gezondheidszorg heeft onderzoek gedaan naar de samenwerking en afstemming van professionals bij chronische ziekten¹⁶. Zij stellen dat vraaggestuurde zorg zeer belangrijk is bij deze ziektebeelden en zouden graag meer ontwikkeling van ketenzorg zien. Hierbij zijn de volgende aspecten van belang:

- *toegankelijkheid van de zorg*
- *cliëntgerichtheid*
- *toegankelijkheid dossiergegevens*
- *kwaliteitsbewaking van de zorgketen*
- *afbakening taken / verantwoordelijkheden*
- *zorginhoud*
- *bekwaamheid / deskundigheid*
- *wet- en regelgeving*
- *financiering*

Een analyse door het Programma Ketenzorg Dementie, op basis van een tussenevaluatie van Koploperregio's, een onderzoek onder niet-koploperregio's, een overzicht van de status van de ontwikkeling van ketenzorg, koploper- en themabijeenkomsten en ervaring in het veld levert de volgende succesfactoren op⁴⁴:

- *bereidheid tot samenwerken tussen ketenpartners*
- *betrokkenheid en motivatie ketenpartners*
- *motivatie en inzet projectmedewerkers*
- *cliëntperspectief betrekken bij ketenzorg*

- inzet en samenwerking casemanagement team
- bestuurlijke gedragenheid
- belang van cliënt voorop stellen

CC zorgadviseurs noemen als succesfactoren voor ketenzorg⁴⁵:

- verkenning van strategische alternatieven;
- aandacht besteden aan implementatie-aanpak;
- zorgprocessen op elkaar afstemmen.

Keten4Care is een dienstverlenende onderneming die zich richt op alle facetten van het ontwikkelen, implementeren en monitoren van geïntegreerde ketenzorg voor de 1^e lijn⁴⁶. Zij hebben vier pijlers ontwikkeld die garant staan voor geïntegreerde ketenzorg:

- *Facilitair (oprichting van een rechtspersoon; functionele bekostiging d.m.v. een keten-DBC; instructie, opleiding en coaching van personeel);*
- *Diagnostiek (dicht bij de patiënt; sneller op de praktijk; zelfzorgdossier voor de patiënt);*
- *Educatie (scholing van huisartspraktijk; patiënt educatie d.m.v. workshops en lokale activiteiten; gezamenlijke ontwikkeling van 'best practices');*
- *ICT ketenzorg informatiesysteem (optimaliseren; toekomstgericht; zelfzorgdossier met o.a. e-mail en sms mogelijkheden).*

Vilans, kenniscentrum voor langdurige zorg, noemt als succesfactoren voor ketenzorg¹⁴:

- *individuele benadering van de cliënt;*
- *aandacht voor het totale welbevinden;*
- *gebruik maken van het sociale netwerk van de cliënt;*
- *investeren in kwaliteit van de relatie tussen cliënt en hulpverlener;*
- *samenhang als noodzaak zien;*
- *zoeken naar creatieve oplossingen in complexe situaties;*
- *anders invullen van taken en rollen.*

In een brainstormsessie onder adviseurs van het CBO die zich bezig houden met ketenzorg kwamen de volgende factoren naar boven die minimaal nodig zijn om een goede keten te organiseren:

- | | |
|----------------------------------|------------------------------|
| - <i>Inhoud</i> | - <i>Cliëntgerichtheid</i> |
| - <i>ICT</i> | - <i>Regie / coördinatie</i> |
| - <i>Financiering</i> | - <i>Monitoren</i> |
| - <i>Organisatie / structuur</i> | - <i>Kennis delen</i> |
| - <i>Samenwerking</i> | - <i>Blijven verbeteren</i> |

In een discussie op de startconferentie van het PKD kwamen vertegenwoordigers uit verschillende regio's (van zorgverleners tot financiers) tot de volgende succesfactoren van ketenzorg:

- *betrokkenheid van projectleiders*
- *onderling vertrouwen*
- *het betrekken van alle relevante partijen*

Tijdens een bijeenkomst van het PKD werd een masterclass financiering ketenzorg dementie gehouden door verschillende zorgverzekeraars. Zij gaven als adviezen voor het opzetten van ketenzorg:

- creëren van een visie
- informatie over knelpunten in de keten
- draagvlak ontwikkelen
- verantwoordelijken aanspreken
- projectbeschrijving en verslaglegging

7.2 Tien succesfactoren

Onder de hierboven genoemde succesfactoren zijn een aantal aspecten die vaker genoemd worden. Deze zijn te bundelen in tien categorieën. Dit zijn dus aspecten van ketenzorg die verschillende partijen belangrijk lijken te vinden om aandacht aan te besteden tijdens de ontwikkeling, implementatie en uitvoering van ketenzorg, waarbij de eerste categorie het vaakst genoemd wordt en de laatste categorie het minst vaak. Vooral de eerste drie categorieën worden veelvuldig genoemd. Bovendien komen cliëntgerichtheid, coördinatie en taakverdeling (met name de regiefunctie) ook uit het de internationale literatuur naar voren als belangrijke factoren. In de nationale tevredenheidsonderzoeken blijkt cliëntgerichtheid vooral belangrijk. De definities van casemanagement en ketenzorg spreken ook van het belang van cliëntgericht werken, coördinatie, taakverdeling, kwaliteit en samenwerking.

7.2.1 Cliëntgericht werken

De wensen en behoeften van de cliënt staan voorop en hier wordt actief naar gevraagd. Een zorgplan wordt opgesteld in overleg met de cliënt. Zorgprofessionals hebben aandacht voor alle problematiek die speelt bij een cliënt en diens systeem.

Mogelijk beperkingen: in het geval van wilsonbekwaamheid, wat niet zelden voorkomt bij dementie, kan de cliënt niet altijd zelf beslissen wat goed is voor hem of haar.

Om een band op te bouwen met de cliënt moet de zorgprofessional een 'klik' hebben met de cliënt. Dit geldt met name voor de casemanager, omdat die in de praktijk het meeste contact zal hebben met de cliënt en ook in de veilige en vertrouwde thuisomgeving komt.

7.2.2 Coördinatie en taakverdeling

De medische verantwoordelijkheid voor een cliënt ligt bij één persoon. Alle zorgverleners hebben vaste taken en werken volgens protocollen. Processen worden efficiënt op elkaar afgestemd. De regie van de keten ligt ook bij één persoon: de ketencoördinator, ketenregisseur of projectleider.

Mogelijke beperkingen: Omdat in de zorg sprake is van onregelmatige werktijden is het niet altijd mogelijk dat zorgverleners met een vaste taak voor de cliënt 24 uur per dag beschikbaar zijn.

7.2.3 Evaluatie en verbetering

De verantwoordelijkheid voor evaluatie en verbetering ligt bij de ketenregisseur, die indicatoren invult (opgesteld door het PKD¹³, te vinden in bijlage 5) of eigen indicatoren). De uitkomsten hiervan worden gebruikt om de keten te verbeteren.

Mogelijke beperkingen: Niet in elke keten is een ketenregisseur aanwezig. Dit kan leiden tot verwarring over wie verantwoordelijk is voor de monitoring en evaluatie. Realisatie van verbeterpunten is makkelijker gezegd dan gedaan

7.2.4 Kwaliteit en (bij)scholing

Alle professionals krijgen (bij)scholing waar nodig en leveren kwalitatief goede zorg. Een toekomstbeeld is dat de zorg is vastgelegd in een zorgstandaard voor dementie.

Mogelijke beperkingen: Niet elke zorgverlener zal tijd vrij kunnen of willen maken voor extra scholing. Ook financiële middelen worden wellicht niet vrijgemaakt.

Op dit moment is nog geen zorgstandaard beschikbaar voor dementie. Hier wordt echter wel aan gewerkt.

7.2.5 Communicatie en samenwerking

Het team overlegt periodiek of op indicatie over cliënten. Er worden concrete afspraken gemaakt over de onderlinge communicatie en bij niet naleven wordt men hierop aangesproken. Er vindt samenwerking plaats tussen intramurale en extramurale professionals, tussen zorg in de eerste en tweede lijn en tussen medische en paramedische beroepen.

Mogelijke beperking: Tijd steken in overleg met andere specialismen kan mogelijk weerstand oproepen bij zorgverleners die dit niet gewend zijn.

7.2.6 Financiering en regelgeving

Er wordt iemand aangesteld die verantwoordelijk is voor het toezien op de financiering en regelgeving. Idealiter worden voor de financiering de Zvw, AWBZ en Wmo gebruikt. Het zorgkantoor, de zorgverzekeraar en de gemeente zijn betrokken bij de keten en met deze partijen is overleg over de financiering. Aan de hand van een zorgstandaard voor dementie wordt nagedacht over hoe een keten-DBC dementie vorm zou kunnen krijgen.

Mogelijke beperkingen: Op dit moment is een zorgstandaard voor dementie nog niet ontwikkeld. Ook keten-DBC's voor dementie zijn nog geen standaard procedure. Niet in elke regio willen gemeente en zorgkantoor betrokken worden bij ketenzorg.

7.2.7 Betrokkenheid en draagvlak

Met alle betrokken partijen (gemeente, zorgkantoren, zorgverzekeraars, Alzheimer Nederland, huisartsen) wordt in een vroeg stadium in gesprek gegaan over het organiseren en uitvoeren van de ketenzorg om betrokkenheid te stimuleren. Een breed draagvlak is aanwezig en wordt bijvoorbeeld gestimuleerd door positieve punten inzichtelijk te maken.

Mogelijke beperking: Niet alle partijen zien voordeel in ketenzorg, wat betrokkenheid bemoeilijkt.

7.2.8 Motivatie en inzet

Alle ketenpartners, zowel zorgverleners als bestuurders, zijn gemotiveerd om de keten te laten werken. Vooral de motivatie van zorgverleners is vaak een cruciale factor bij het leveren van goede zorg. Om de keten draaiend en efficiënt te houden is de motivatie van bestuurders belangrijk.

Mogelijke beperking: Als er geen gezamenlijke visie is en het nut van ketenzorg niet duidelijk is, zal het moeilijk zijn iedereen gemotiveerd te krijgen.

7.2.9 Alle mogelijkheden verkennen

Wanneer men tegen problemen aanloopt wordt gezocht naar creatieve oplossingen, 'out of the box' denken.

Mogelijke beperking: Waar zorgprofessionals al jaren gewend zijn zorg op een bepaalde manier te leveren, kan het lastig zijn hiervan af te stappen en op een andere manier te denken en handelen.

7.2.10 ICT

ICT-mogelijkheden worden gebruikt voor contact tussen zorgverleners onderling. Er wordt een keteninformatiesysteem gebruikt: een infrastructuur die veilige uitwisseling en samenwerking van gegevens over een cliënt tussen multidisciplinaire specialismen mogelijk maakt. Elektronische dossiers spelen hierbij een belangrijke rol. Cliënten kunnen informatie opvragen via ICT-mogelijkheden.

Mogelijke beperking: Er is nog geen landelijk EPD voor iedereen beschikbaar. Wanneer meerdere specialismen via een netwerk gegevens van een cliënt kunnen zien en wijzigen speelt privacy een belangrijke rol.

8 INTERVIEWS

8.1 Selectie van geïnterviewden

De selectiecriteria zoals genoemd in paragraaf 4.2.1 voor de regio's waaruit mensen worden geïnterviewd zijn:

- De aanwezigheid van minimaal een casemanager;
- Casemanager werkt binnen of samen met een multidisciplinair team;
- Men is minstens een half jaar op deze manier aan het werk;
- Er is bereidwilligheid om mee te werken.

Via Google zijn projectplannen en de uitvoering hiervan in te zien van verschillende regio's. De website van het zorgprogramma dementie heeft een kopje 'goede voorbeelden' waar ook zulke projecten te vinden zijn. Zo kunnen een aantal regio's worden achterhaald waar een multidisciplinair team werkzaam is. Hierover is ook informatie te vinden in de tussenbalans van het PKD door Deloitte Consulting¹⁹. Hierin is een statusoverzicht per koploperregio opgenomen met daarin een algemeen overzicht en de resultaten tot nu toe. Op een bijeenkomst van het PKD zijn veel regio's vertegenwoordigd die informatie delen over de werkwijze in hun organisatie. Dit is ook het geval op het symposium 'Dementie, een groeiende zorg' te Tilburg.

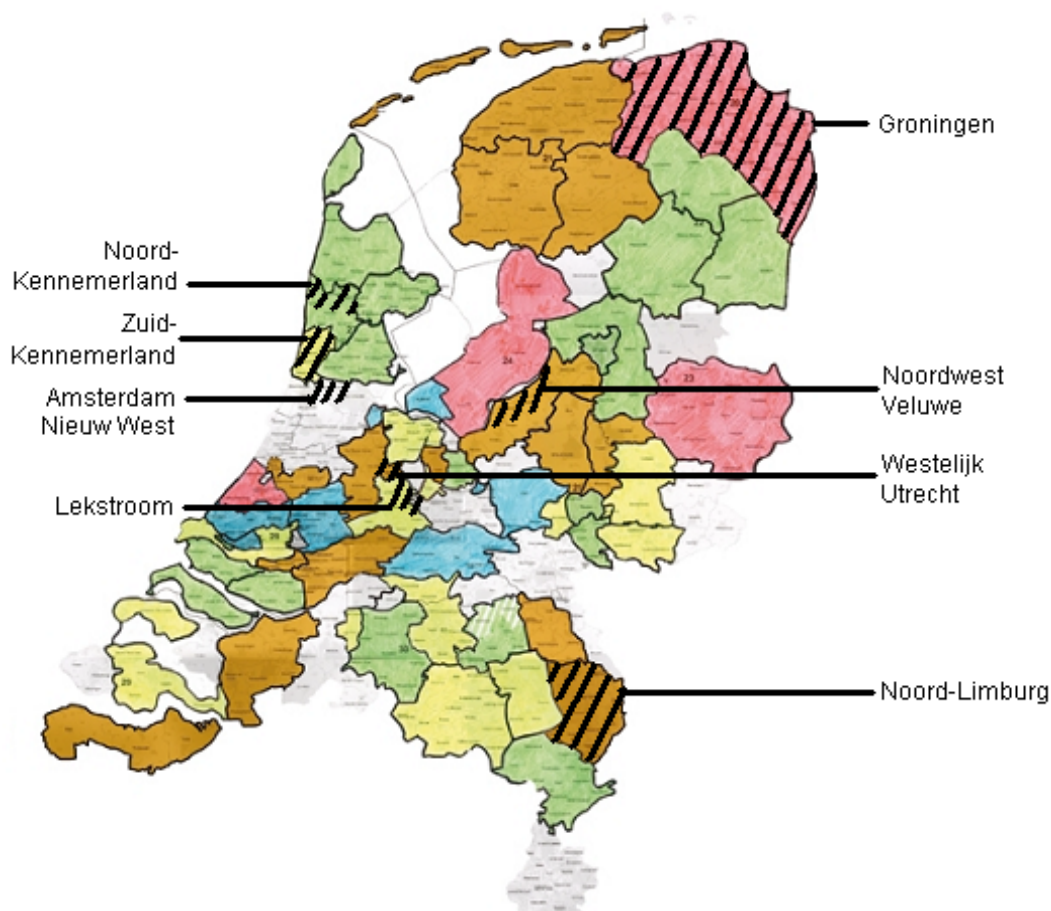
In een gesprek met Rogier van de Wetering, consultant bij Deloitte Consulting, worden door hem, aan de hand van een statusoverzicht van de regio's, acht regio's geadviseerd. De reden is in de meeste gevallen het feit dat de regio's voorop lopen in ketenzorg, wat blijkt uit het overzicht met daarin de globale status van een groot aantal van de landelijke regio's, dat door Deloitte Consulting bijgehouden wordt. Ook worden door hem regio's genoemd die voorop lopen in financiering en een elektronisch dossier.

Met behulp van de hierboven genoemde informatie is gekozen om de volgende regio's te benaderen (figuur 3):

- Amsterdam Nieuw West (Osdorp),
- Groningen (provincie),
- Lekstroom (Houten),
- Noord West Veluwe (Wezep),
- Noord-Kennemerland (Heerhugowaard),
- Noord-Limburg,
- Westelijk Utrecht,
- Zuid-Kennemerland (Haarlem).

Deze regio's zijn per e-mail benaderd en gevraagd om medewerking. In een telefonisch gesprek is vervolgens, indien gewenst, meer informatie verschaft en door alle acht regio's instemming gegeven om mee te werken. Bij voorkeur werd een casemanager geïnterviewd en een ketenregisseur, ketencoördinator of projectleider, maar dit is niet overal gebeurd. In regio Westelijk Utrecht was geen casemanager beschikbaar die tijd vrij konden maken voor een interview. In Groningen en Noord-Kennemerland zijn de ketenregisseur en hoofd van het team tevens zelf casemanager geweest, zij konden dus ook informatie over casemanagement geven. In Zuid-Kennemerland is geen ketenregisseur aanwezig. In Noord-Limburg werd van de ketenregisseur voldoende informatie verzameld en werd geen casemanager meer geïnterviewd. De lijst met geïnterviewden is te vinden in bijlage 6.

Figuur 3 De geselecteerde regio's in het overzicht van de voormalige LDP regio's



8.2 Vragen aan de ketenregisseurs

Aan de ketenregisseurs wordt vooraf aan het interview een schriftelijk overzicht gevraagd met aandachtspunten op het gebied van totstandkoming, organisatie & werkwijze en financiering. In de interviews met de ketenregisseurs worden eventueel aanvullende vragen gesteld en onduidelijkheden hierover opgehelderd. Daarnaast wordt gevraagd naar succesfactoren en verbetermogelijkheden in de betreffende regio en worden de tien succesfactoren uit de literatuur getoetst (bijlage 7). Een overzicht van de geïnterviewden is te vinden in bijlage 6.

8.3 Vragen aan de casemanagers

In interviews met casemanagers worden vragen gesteld over de werkwijze van het team, over de succesfactoren en verbetermogelijkheden en worden de succesfactoren uit de literatuur getoetst (bijlage 7). Een overzicht van de geïnterviewden is te vinden in bijlage 6.

9 REGIO-OVERZICHT

Van alle regio's wordt een overzicht gegeven van de organisatie & werkwijze, totstandkoming, financiering, op basis van de interviews en eventueel aanvullende schriftelijke informatie. Ook worden de succesfactoren en verbetermogelijkheden besproken. Een aantal kenmerken zijn te vinden in tabel 6. Per regio wordt in een stroomschema weergegeven welk traject een cliënt doorloopt in de keten.

Regio, team	Teamleden	Ketenregie	Financiering
Amsterdam Nieuw West, Expertteam	Casemanager Sociaal geriater Specialist ouderengeneeskunde Iemand van de GGZ Ouderenadviseur Meldpuntcoördinator	Projectleider zorgketen dementie	AWBZ Projectsubsidie Subsidie van het zorgkantoor Dragende organisaties
Groningen, Geheugenteam	Casemanager Geriatrater Psycholoog Psychiater	Coördinator van het Geheugenteam	DBC
Lekstroom, Mobiël Geriatrisch Team	Casemanager Specialist ouderengeneeskunde Psycholoog Evt. paramedici	MGT-coördinator	AWBZ Zvw (disciplines buiten team)
Noord West Veluwe, Multidisciplinair team	Casemanager (SPV*) PIT verpleegkundige** Psycholoog Sociaal geriater Psychiater	Projectleider	Nza-gelden Provinciesubsidie Dragende organisaties (o.a. DBC)
Noord- Kennemerland, DOC-Team	Casemanager Specialist ouderengeneeskunde Psycholoog Dementieconsulent Evt. ergotherapeut, psychiater, topzorgmedewerker	Hoofd van het DOC-Team	DBC AWBZ (dementieconsulent)
Noord-Limburg, DEC-Team	Trajectbegeleider Specialist ouderengeneeskunde Psychiater / Psycholoog / Psychiatrisch verpleegkundige	Ketenregisseur	AWBZ Wmo Zvw DBC (diagnose) Dragende organisaties
Westelijk Utrecht, PG Consultatieteam	Dementieconsulent Specialist ouderengeneeskunde Psycholoog Evt. sociaal geriater	Keten- coördinator	AWBZ Provinciesubsidie
Zuid- Kennemerland, DOC-Team	Casemanager Specialist ouderengeneeskunde Psycholoog Sociaal psychiatrisch verpleegkundige	-	AWBZ Dragende organisaties

Tabel 6 Overzicht van ketenzorg in de onderzochte regio's

*SPV = sociaal psychiatrisch verpleegkundige

**PIT = psychiatrisch intensieve thuiszorg

9.1 Amsterdam Nieuw West (Osdorp)

Organisatie & werkwijze: De cliënten die mogelijk in aanmerking komen voor casemanagement worden door een huisarts, geriater of casemanager aangemeld bij het centrale meldpunt, waar vervolgens cliënten worden toegewezen aan casemanagers. In de meeste gevallen is de diagnose al gesteld, informatie hierover wordt door de meldpuntmedewerker aan de casemanager gegeven. Zo niet, dan wordt de diagnose door de geriater gesteld. De casemanager coördineert de zorg, biedt ondersteuning aan cliënt en mantelzorgers en heeft contact met andere organisaties. Om de vier tot zes weken worden cliënten besproken in het expertteam, met een wisselende samenstelling, afhankelijk van de problematiek van cliënten. Hierbij zijn bijv. een geriater, huisarts, psycholoog, mantelzorgers of cliënt bij aanwezig. Er wordt een zorgplan opgesteld en van het overleg wordt door de casemanager een verslag gemaakt. Een zorg- en behandelplan kan ook worden aangepast. Contact met andere organisaties verloopt via de huisarts, die medisch verantwoordelijk is. Het traject dat een cliënt doorloopt staat weergegeven in figuur 4.

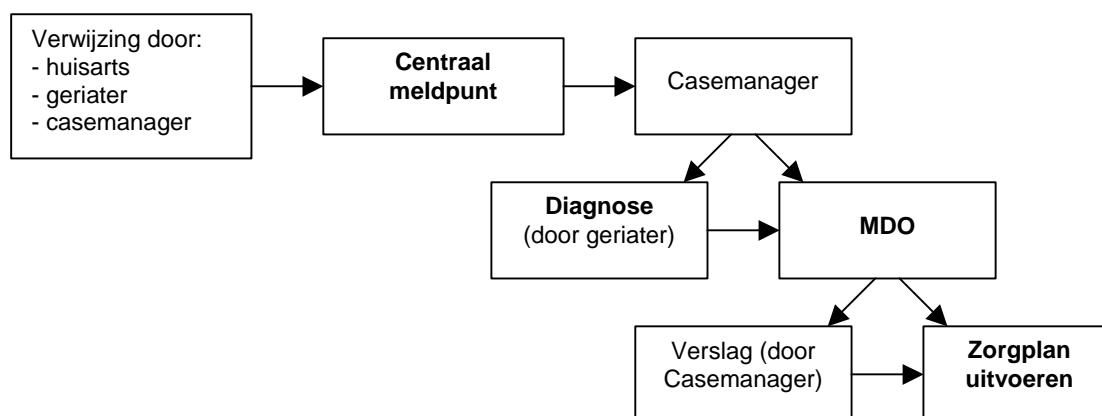
Totstandkoming: In Osdorp bestond al jaren een algemeen 1^e lijnsoverleg, eens in de zes tot acht weken voor huisarts, GGZ, thuiszorg en maatschappelijke dienstverlening. Vanuit dit initiatief is op basis van het StIDA-model (Stedelijke Initiatiefgroep Dementie Amsterdam) is ketenzorg georganiseerd met een centrale rol voor de huisarts, die al actief was in het 1^e lijnsoverleg. De praktische uitvoering is gedaan door één van de casemanagers die al vele jaren in de organisatie werkzaam was. Uitrol naar andere stadsdelen in Amsterdam Nieuw West moet nog plaatsvinden.

Financiering: Casemanagement wordt betaald uit de ondersteunende begeleiding van de AWBZ. Om die reden komen cliënten over het algemeen pas in beeld nadat een diagnose gesteld is. Vanuit de Wmo worden huishoudelijke hulp en aanpassingen (zoals een traplift) betaald. Hiervoor financieren de zorgverzekeraars ook.

Succesfactoren: Ondersteunende functie van de casemanager, ontlasting van de huisarts, instelling en affiniteit van de casemanager met dementie.

Verbeterpunten: Dossievorming, communicatie over diagnose.

Figuur 4 Overzicht van de dementieketen in Osdorp



9.2 Groningen

Organisatie & werkwijze: In de provincie Groningen zijn verschillende zorgaanbieders met een multidisciplinair team, waaronder het Geheugenteam van Zorggroep Meander, vooral werkzaam is het oostelijke deel van de provincie Groningen. Dit is een diagnostisch team dat ook casemanagement aanbiedt. Cliënten kunnen door iedereen bij de klantenservice worden aangemeld, waarbij toestemming nodig is van de huisarts (medisch verantwoordelijke) en worden vervolgens door een casemanager teruggebeld voor specificatie van de hulpvraag en triage. Indien de cliënt niet polivaardig is, vindt diagnostiek thuis plaats, maar de voorkeur gaat uit naar diagnostiek op de poli. De cliëntbespreking met arts, psycholoog en casemanager vindt aansluitend aan de diagnostiek plaats en de voorlopige diagnose wordt met patiënt en mantelzorger besproken. Gemiddeld gaat de casemanager daarna elke maand bij een cliënt op bezoek voor ondersteuning en coördinatie. Dit alles is te zien in figuur 5. Om de maand vindt een multidisciplinair overleg plaats over alle cliënten die de afgelopen weken de poli hebben bezocht. Een belangrijke rol is weggelegd voor het psychogeriatrisch thuiszorgteam en de coördinerend wijkverpleegkundige, die gestructureerde zorg aanbieden en een signaalfunctie hebben.

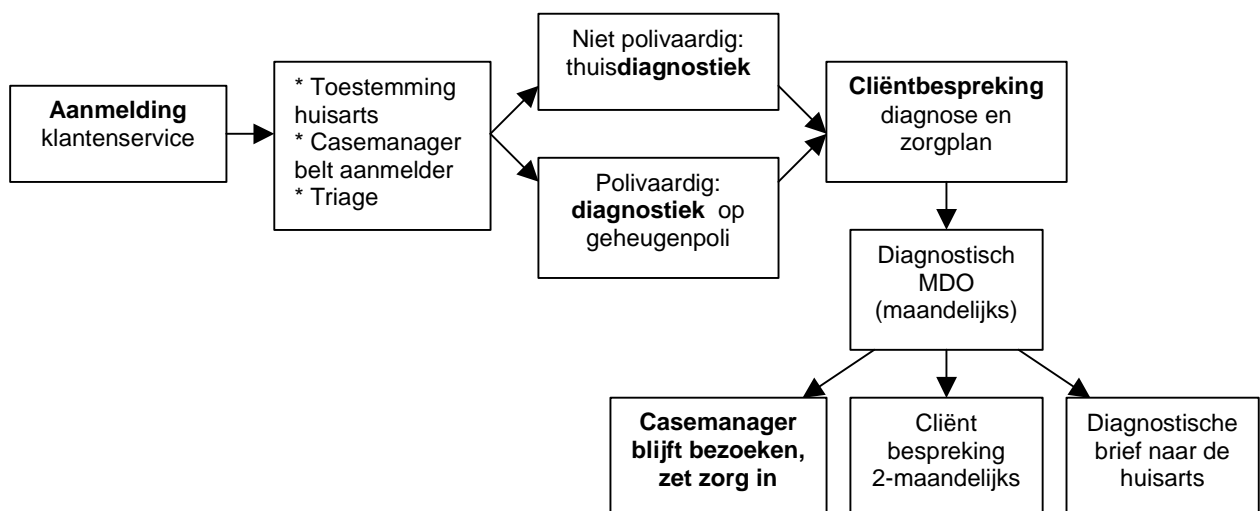
Totstandkoming: Het Geheugenteam is opgericht vanuit Zorggroep Meander voor cliënten in het oosten van de provincie Groningen, buiten de stad Groningen waar het Team290 actief was. Inmiddels heeft een uitbreiding plaatsgevonden van dertig cliënten na één jaar, naar ruim tweehonderd cliënten nu. De werkprocessen zijn voor een deel overgenomen van Geriant.

Financiering: Het Geheugenteam en de betrokken disciplines worden door middel van DBC's gefinancierd. Bij het al bestaande en soortgelijke Team290 was dat al eerder het geval.

Succesfactoren: Juiste werkwijze, houden aan werkprocessen, casemanager is laagdrempelig en vertrouwd en bezoekt de cliënt regelmatig.

Verbeterpunten: Formatieproblematiek, bekendheid intern en extern, de term casemanager wordt door mensen niet begrepen.

Figuur 5 Overzicht van de dementieketen in Groningen



9.3 Lekstroom (Houten)

Organisatie & werkwijze: De casemanager vormt samen met een specialist ouderengeneeskunde (SO) en een psycholoog een Mobiel Geriatrisch Team (MGT). Verwijzing naar dit team gebeurt altijd via of in samenspraak met de huisarts, die hoofdbehandelaar blijft. Door aanmelding bij het team wordt de specialist ouderengeneeskunde medebehandelaar, waardoor informatie kan worden overgedragen. Het pad wat vervolgens doorlopen wordt is te zien in figuur 6. De casemanager, die het vooronderzoek voor de zorg- en ziektediagnostiek doet, blijft daarna met wisselende frequentie de cliënt bezoeken en kan andere disciplines consulteren. De casemanager heeft contact met verschillende zorgverleners(organisaties) en bespreekt cliënten in het multidisciplinair overleg van het MGT.

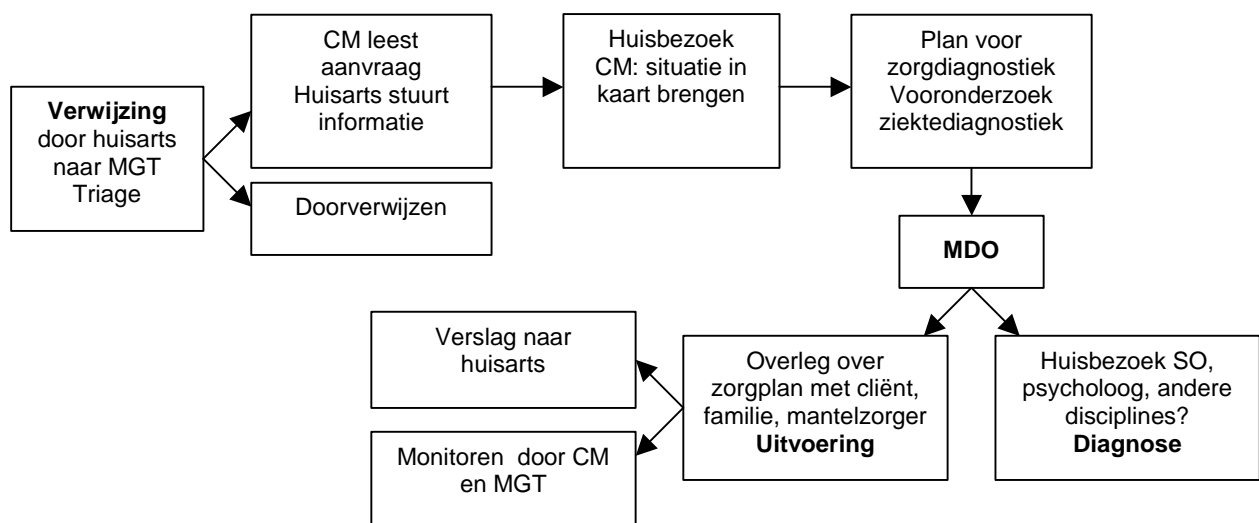
Totstandkoming: Naar voorbeeld van het DOC-Team in Noord-Holland werd in 2003 door onder andere een verpleeghuisarts die al veel samenwerkte met huisartsen, initiatief genomen om een multidisciplinair team op te richten. Onderhandelingen met de GGZ leverden niets op. Met een startsubsidie van het zorgkantoor en innovatiegeld van het eigen bestuur heeft Zorgspectrum toen zelf het team opgericht.

Financiering: Het MGT wordt gefinancierd met prestaties begeleiding extramuraal binnen de AWBZ. Ook zal gebruik gemaakt gaan worden van de Wmo. Disciplines buiten het team vallen onder de zorgverzekeringswet. Het LDP heeft bijgedragen aan een basisfinanciering.

Succesfactoren: Multidisciplinair aspect, laagdrempeligheid, het hele systeem rondom de cliënt meenemen, bestuurlijk draagvlak, contact met huisartsen, kwaliteit en de snelheid van het werk.

Verbeterpunten: Financiering, tijdsdruk van casemanager en intramurale zorgverleners, samenwerking GGZ.

Figuur 6 Overzicht van de dementieketen in Houten



9.4 Noord West Veluwe (Wezep)

Organisatie & werkwijze: Regio Noord West Veluwe bestaat uit verschillende gemeenten die allemaal bezig zijn met het opzetten en verbeteren van casemanagement en ketenzorg. In de komende drie jaar wil men het aantal mensen dat casemanagement krijgt verdubbelen, casemanagement professionaliseren en lokaal inbedden, en multidisciplinair overleg organiseren, dat ook nog niet in elke gemeente bestaat. Elk deelgebied is dus wat anders georganiseerd, wat veroorzaakt wordt door de lokale verschillen in organisaties en personen. Als dit tot een goed resultaat leidt wordt dit niet als een probleem ervaren.

In Wezep hebben sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV) ook de functie van casemanager. Zij participeren in diagnostiek en informeren, begeleiden en zetten zorg in. Na aanmelding door huisarts of geriater en, indien nog niet gedaan, diagnostiek, volgt bespreking in het wekelijkse multidisciplinair overleg (MDO) en wordt bepaald wie de cliënt zal vervolgen (figuur 7). Dit kan naast de casemanager ook de psycholoog of psychiater zijn, of een casemanager van het PG team van de thuiszorg. Deze keuze is afhankelijk van de zorgvraag.

Over de overige deelgebieden is geen specifieke informatie verzameld.

Totstandkoming: De regio heeft deelgenomen aan de vijfde tranche van het LDP en heeft na een periode van weinig vorderingen een doorstart gemaakt met nieuwe financiering en een onafhankelijke projectleider.

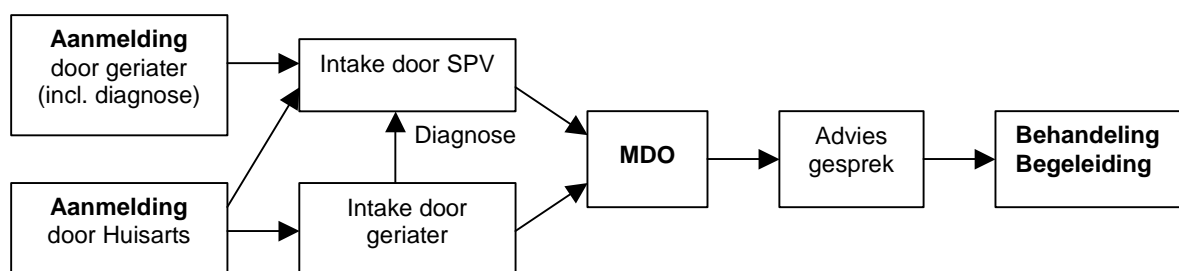
Financiering: Er wordt gebruik gemaakt van Nza-gelden en provinciesubsidie. Casemanagers worden betaald vanuit de organisatie waar ze werkzaam zijn. De SPV is werkzaam bij een GGZ-instelling en wordt gefinancierd door middel van DBC's.

Gewenst is een uurtarief voor casemanagement waarbij cliënten worden ingedeeld in verschillende fasen in het ziekteproces en aan de hand daarvan een tarief wordt vastgesteld. Zowel de kosten als opbrengsten zouden inzichtelijk gemaakt moeten worden.

Succesfactoren: Dementie wordt op de kaart gezet, gemeentelijke samenwerking, tempo van verbeteringen, lokaal goed voorbeeld.

Verbeterpunten: Eenduidigheid en transparantie (casemanagement wordt uit verschillende hoeken geleverd en gefinancierd), centrale registratie en dossiervoering, structureel samenwerkingsverband tussen zorgorganisaties.

Figuur 7 Overzicht van de dementieketen in Wezep



9.5 Noord-Kennemerland (Heerhugowaard)

Organisatie & werkwijze: In Noord-Kennemerland zijn vier DOC-Teams (figuur 8) in verschillende subregio's, die allemaal vallen onder de zelfstandige stichting Geriant, een kleine GGZ-instelling. Verwijzing gebeurt via / met toestemming van de huisarts. Diagnostiek vindt plaats op de poli van het kantoor (geheugenpoli). Eerst hebben cliënt, mantelzorger, casemanager, specialist ouderengeneeskunde en eventueel een psycholoog een gezamenlijk gesprek. Dan gaat de arts met de cliënt verder en praat de casemanager met de mantelzorger. Na maximaal veertien dagen volgen een cliëntoverleg en een uitslaggesprek. De casemanager gaat het zorg- en behandelplan inzetten waarbij andere hulpverleners kunnen worden ingeschakeld, zoals een psychiater, ergotherapeut en topzorgmedewerker (verpleegkundigen die kortdurend kunnen worden ingezet bij zorgweigeraars of voor extra observatie). Verder informeert en begeleidt de casemanager en verzorgt een deel van de behandeling.

Geriant heeft een eigen opnameafdeling met zestien bedden voor kortdurende gedragsproblematiek of diagnostiekvragen. Bij acute lichamelijke problemen gaan mensen naar het ziekenhuis voor een opname. Één van de casemanagers is plaatsingscoördinator en heeft overleg met alle verpleeghuizen. Per toerbeurt houden die een noodbed vrij voor crisissituaties.

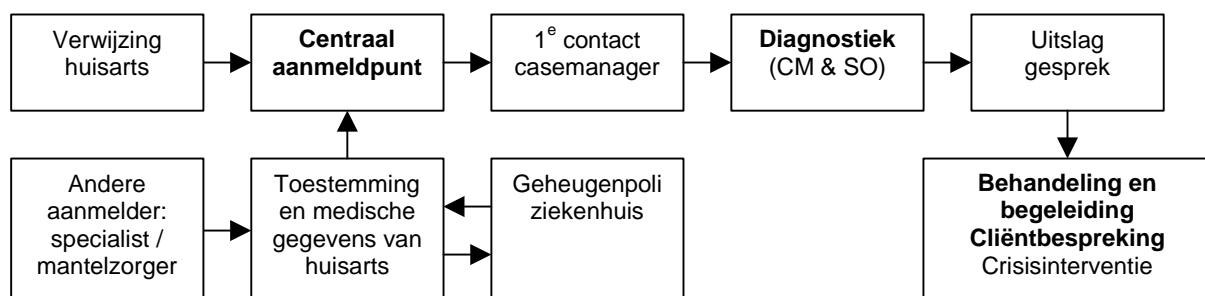
Totstandkoming: Eind jaren '90 werd geconstateerd dat de zorg mensen met dementie door de GGZ onvoldoende was. Naar voorbeeld van casemanagement teams voor chronische psychiatrie in Noord-Holland Noord heeft Jan de Vuister vanuit de GGZ, in samenwerking met verpleeghuizen, een plan gemaakt voor het DOC-Team. Diagnostiek werd al gedaan, zorg werd sterk uitgebreid. Geriant, de stichting waar de DOC-Teams onder vallen, is vanaf 2004 zelfstandig.

Financiering: Geriant is een GGZ-instelling en wordt daarom via DBC's gefinancierd. De dementieconsulenten worden van AWBZ geld betaald.

Succesfactoren: Zelfstandige en kleine organisatie, financiering, vertrouwen van zorgkantoor en zorgverzekeraar, zorg en diagnostiek geïntegreerd, bevlogen directeur.

Verbeterpunten: Meer onderzoek, landelijke opleiding casemanagement, EPD, samenwerking met ketenpartners.

Figuur 8 Overzicht van de dementieketen in Heerhugowaard



9.6 Noord-Limburg

Organisatie & werkwijze: Alle aanmeldingen voor het Diagnose Expertise Centrum (DEC) gaan via de huisarts, die hoofdbehandelaar is. Hij beslist bij wie de vraag om diagnose terecht komt. Wanneer verwezen wordt naar het DEC-Team wordt een trajectbegeleider (andere benaming voor casemanager) ingezet en wordt de cliënt besproken in een multidisciplinair overleg. Er is de mogelijkheid om de andere leden van het DEC-Team te bezoeken of op huisbezoek te laten komen. Binnen zeven weken na aanmelding moet er een diagnose, een zorg- en behandelplan en een terugkoppeling naar de huisarts zijn (figuur 9). De trajectbegeleider heeft als taken ondersteuning, begeleiding, coördinatie en advisering en kan andere zorgverleners en zorgorganisaties inzetten. Trajectbegeleiders komen uit veertien organisaties die zich hebben aansloten bij het programma 'Hulp bij dementie' maar zijn onafhankelijk van die organisaties.

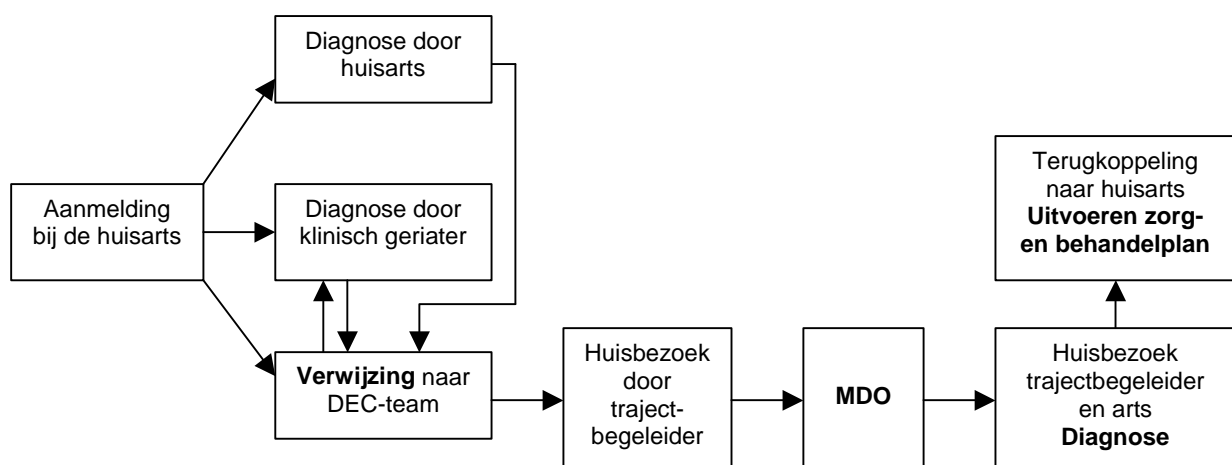
Totstandkoming: Ketenzorg is in Noord-Limburg tot stand gekomen vanuit het LDP, de regio nam deel aan de vijfde tranche. Na het LDP is de regio verder gegaan met het dementieprogramma 'hulp bij dementie' in drie deelregio's.

Financiering: Elk jaar wordt opnieuw de financiering geregeld vanuit AWBZ, Wmo en Zvw. De veertien betrokken organisaties hebben allen toegezegd voldoende fte's voor psychologen, psychiaters en specialisten ouderengeneeskunde te leveren voor de uitrol van de DEC-Teams en trajectbegeleiders over heel Noord-Limburg. De diagnosefase wordt gefinancierd uit een DBC. Hierbij is de GGZ betrokken.

Succesfactoren: Communicatie, samenwerking, enthousiasme en inzet, vooraf een goed plan, belangenbehartigers en andere sleutelfiguren betrekken.

Verbeterpunten: Communicatie(lijnen), dossier.

Figuur 9 Overzicht van de dementieketen in Noord-Limburg



9.7 Westelijk Utrecht

Organisatie & werkwijze: Iedereen kan een cliënt aanmelden bij de dementieconsulent (andere naam voor casemanager), ook al in de signaleringsfase. Vervolgens wordt triage toegepast. Als er een indicatie is voor casemanagement gaat de dementieconsulent op huisbezoek en neemt eventueel iemand van het PG consultatieteam mee: de verpleeghuisarts, psycholoog of sociaal geriater. Binnen vijftien dagen volgt een advies en gaat een verslag naar de huisarts. Dit traject staat in figuur 10. De dementieconsulent biedt informatie, advies, voorlichting, begeleiding, ondersteuning, verwijst door, coördineert en delegeert. Alle cliënten van een dementieconsulent worden periodiek besproken in het multidisciplinair overleg, waarbij drie dementieconsulenten, de verpleeghuisarts en psycholoog aanwezig zijn. Het PG consultatieteam kan ook richting diagnostiek werken als dat nodig is. Financiering vóór de diagnose is op dit moment erg lastig.

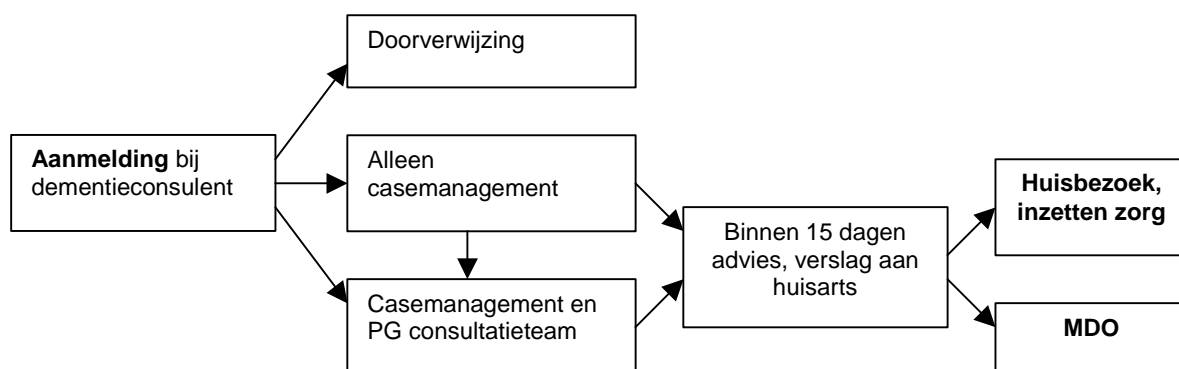
Totstandkoming: Een stafmedewerker van zorgorganisatie Zuwe en iemand van gemeente Abcoude hebben samen initiatief genomen om deel te nemen aan het LDP als koploperregio.

Financiering: Financiering komt voor de periode van drie jaar (het koplopertraject) van AWBZ gelden (extramuraal behandelingsregeling) en provinciesubsidie.

Succesfactoren: Dementieconsulenten, informatievoorziening, betrokkenheid van organisaties, enthousiaste mensen, onafhankelijke projectleider.

Verbeterpunten: Taakverdeling, zorgdossier, betrokkenheid gemeenten, onafhankelijke projectleider, deskundigheid van de dementieconsulent.

Figuur 10 Overzicht van de dementieketen in Westelijk Utrecht



9.8 Zuid-Kennemerland (Haarlem)

Organisatie & werkwijze: Draagnet is een onafhankelijke monodisciplinaire organisatie die casemanagement biedt. In twee pilotgebieden is ook een multidisciplinair DOC-Team actief, bestaande uit twee casemanagers, twee specialisten ouderengeneeskunde, een psycholoog en een sociaal psychiatrisch verpleegkundige vanuit verschillende zorgaanbieders in de regio. Iedereen kan een cliënt aanmelden bij Draagnet. Binnen een week (en in een urgente situatie nog dezelfde dag) neemt een casemanager contact op met de aanmelder voor een intakegesprek. Wanneer het gaat om een cliënt in het pilotgebied gaat een arts mee op intake en wordt de cliënt en het zorg- en behandelplan besproken in het multidisciplinair overleg (MDO) (figuur 11). Het is de bedoeling dat dit plaatsvindt vóór het adviesgesprek met de cliënt, in praktijk gebeurt dit vaak niet. Indien nog geen diagnose gesteld is kan het DOC-Team bij huisbezoek diagnostiek verrichten. Er is geen ketenregisseur of coördinator en geen secretariële ondersteuning.

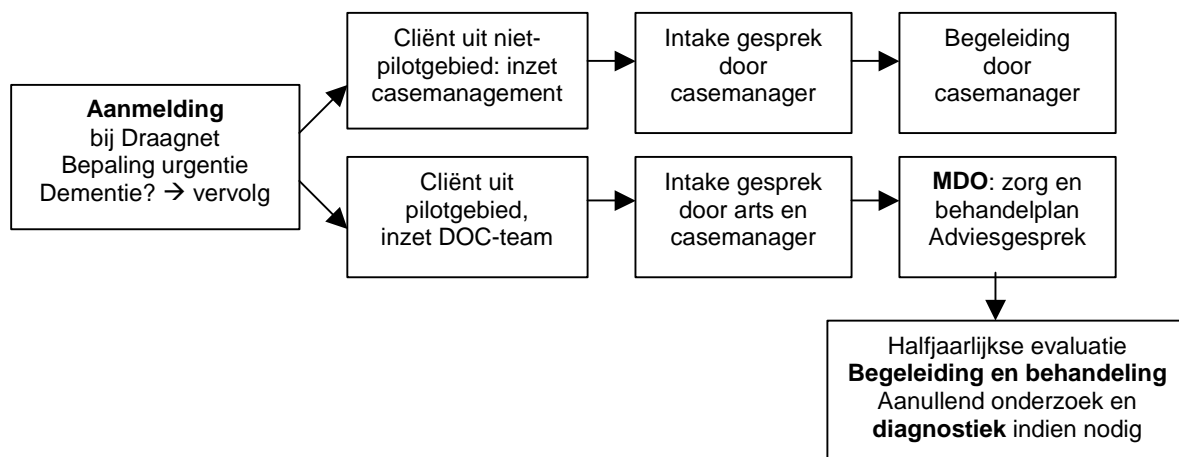
Totstandkoming: Draagnet is begonnen als initiatief van de GGZ, een verpleeghuis en de regionale afdeling van Alzheimer Nederland, omdat mensen met de diagnose dementie uit beeld verdwenen en pas weer gezien werden bij een acute opname of crisis. Het eerste jaar was een projectleider aanwezig, daarna werd casemanagement een vaste voorziening en is alles vanuit de werkvloer verder ontwikkeld (procedures, protocollen, digitaal dossier, enz.). Later is in twee pilotgebieden een DOC-Team gestart, naar aanleiding van het LDP.

Financiering: Alle betrokken zorgaanbieders dragen een stukje financiering bij. Verder wordt gebruik gemaakt van het onderdeel AIV binnen de AWBZ.

Succesfactoren: Snel en positief resultaat, korte lijnen, zorgverleners zijn positief.

Verbeterpunten: ICT-ondersteuning, niet werkbaar formulieren, financiering, uitrol, geen projectleider voor praktische uitvoering, overzicht en sturing.

Figuur 11 Overzicht van de dementieketen in Haarlem



10 TOETSEN VAN SUCCESFACTOREN

De tien succesfactoren uit de literatuur zijn getoetst in de interviews met ketenregisseurs en casemanagers in acht regio's op wenselijkheid, haalbaarheid, aanvaardbaarheid, beperkingen en voorwaarden. Daarnaast blijken ook nog een aantal andere factoren van invloed te zijn op ketenzorg. Ook hiervan worden de resultaten uit de interviews besproken. Bij de succesfactoren zijn citaten uit de interviews opgenomen.

10.1 Cliëntgericht werken

Voor de casemanagers en de andere betrokken zorgprofessionals, maar ook voor managers in de zorg, is het vanzelfsprekend om uit te gaan van de wensen en behoeften van de cliënt en diens systeem, dus ook van de familie en mantelzorger, en om rekening te houden met bijvoorbeeld de woonsituatie en omgang tussen cliënt en mantelzorger. Daarvoor is het belangrijk bij de cliënt thuis op bezoek te gaan. Ook diagnostiek in de vertrouwde thuissituatie wordt vaak als prettig ervaren. Niet alle teams bieden diagnostiek, degenen die dit wel doen bieden niet allemaal thuisdiagnostiek.

Casemanagers geven aan dat het voor cliënten, maar ook voor mantelzorgers, vaak een opluchting is om hun wensen te kunnen aangeven. Voor hulpverleners is het een leuke en uitdagende manier van werken. Toch is er wel eens een spanningsveld tussen wat cliënten willen en wat de hulpverlener kan bereiken, of tussen wat cliënten en mantelzorgers of familieleden willen. Het is belangrijk hierover in gesprek te gaan. Het zal soms nodig zijn om compromissen te sluiten.

Met protocollen en standaardisering en het kijken door de professionele bril moet men zorgen dat de cliënt niet uit het oog verloren wordt. Iedere cliënt is anders en heeft dus een andere benadering en andere zorg nodig.

“De oudere heeft de toekomst.”

“Je moet niet óver, maar mét ze praten.”

“Je moet naast de cliënt gaan staan.”

“Het is zorg op maat”

“Het begint met een 0900-nummer, kom daar maar eens doorheen.”

“Dat moet je dichtbij en vertrouwd bij de cliënt doen plaatsvinden, zichtbaar.”

10.2 Coördinatie en taakverdeling

De taken zijn in bijna elke regio anders verdeelt. In de ene regio is de casemanager de ‘spin in het web’, in de andere regio is de huisarts de centrale figuur. Dat heeft veelal te maken met organisatorische zaken, afspraken en samenwerkingsverbanden die in een regio al bestonden voor de komst van de casemanager en het multidisciplinaire team. De mate waarin afspraken zijn over de taakverdeling en deze schriftelijk zijn vastgelegd verschilt, evenals de mate waarin men deze wil vastleggen. Daar waar nog weinig is vastgelegd komen nieuwe afspraken vaak vanuit de werkvloer. De afstemming met organisaties buiten het eigen team is per regio anders. Over het algemeen wordt het als lastig ervaren om met veel organisaties een stroomschema op te stellen. Dit is echter wel gewenst, met name als het gaat om overlappende werkzaamheden, om duidelijkheid te creëren en taken vast te leggen. Ook een functieomschrijving van de casemanager wordt wel eens gemist en zou

naar verwachting helpen om duidelijkheid te creëren naar andere organisaties toe en biedt ook de cliënt eenduidigheid.

De meeste casemanagers en ketenregisseurs ervaren hun caseload en / of werkdruk als hoog. Ze kunnen niet zoveel taken uitvoeren als ze zouden willen, wat frustrerend is, of werken over vanuit hun wil om cliënten te helpen. Het eerste wordt als frustrerend ervaren, het tweede gebeurt vanuit de wil om cliënten te helpen.

De aanwezigheid van een ketenregisseur, ketencoördinator of projectleider wordt als zeer waardevol en ondersteunend ervaren. De regio waar deze persoon niet aanwezig is, mist sturing in de ontwikkeling en implementatie van zaken en in de uitrol naar andere deelregio's.

“Men moet durven kijken over de grenzen van het eigen takenpakket.”

10.3 Evaluatie en verbetering

De meeste regio's vinden dat er veel initiatieven zijn met betrekking tot evaluatie. Genoemd worden de indicatoren vanuit het PKD, de cliëntenmonitor vanuit Alzheimer Nederland en regionale evaluaties, met name op verzoek van zorgkantoren. Sommige regio's zijn hier selectief in en doen niet overal aan mee. Men vindt evaluatie belangrijk om te verbeteren maar ziet ook veel overlap in de onderzoeken, is niet tevreden over de uitvoering of ziet weinig tot geen resultaat. Soms lijkt evaluatie te gebeuren omwille van evaluatie. Er wordt verteld dat de positieve effecten van casemanagement al duidelijk zijn en men tijd liever in andere dingen dan evaluatie steekt.

Het komt ook voor dat problemen wel worden aangekaart maar veranderingen op regionaal niveau niet tot stand komen of te lang duren. Men ziet dan liever veranderingen op cliëntniveau. Evaluaties kunnen waardevol zijn om de positieve punten bij het zorgkantoor inzichtelijk te maken en zo financiering tot stand te brengen.

“Men wil die input wel leveren, de wil is er, de tijd niet, of de prioriteit.”

10.4 Kwaliteit en (bij)scholing

Ervaring met ouderenzorg en psychogeriatrische problematiek wordt van zeer grote waarde geacht in de functie van casemanagement.

In sommige regio's worden huisartsen en casemanagers extra geschoold. In één regio is een interne opleiding tot casemanager. Bijna alle regio's besteden aandacht aan bijscholing van verschillende zorgverleners. Met name in de signaleringsfase kan vaak nog veel geleerd worden door verzorgenden. Hierbij worden dan bijvoorbeeld thuiszorgorganisaties betrokken. Bij andere organisaties kijken wordt daarbij als nuttig ervaren. Dit geldt zowel voor zorgverleners als voor ketenregisseurs. In de praktijk zijn mogelijkheden om van elkaar te leren (tabel 7).

Men beschouwt over het algemeen de toekomstige zorgstandaard als iets positiefs omdat zaken hiermee geformaliseerd worden. Wel hoopt men dat er een zekere vrijheid blijft bestaan om iedere cliënt een persoonlijk zorg- en begeleidingsplan te bieden. De zorg wordt geuit dat casemanagers in een keurslijf terechtkomen en geen individuele, cliëntgerichte zorg meer kunnen bieden. De verplichting om volgens een bepaalde standaard te werken kan motivatie en samenwerking bevorderen, maar ook belemmeren, omdat samenwerking onder dwang uiteindelijk geen stand zal houden.

“Uiteindelijk gaat het om de kwaliteit die je levert.”

Regio	Genoemd verbeterpunt	Kan leren van
Amsterdam Nieuw West	Samenwerking intramurale instellingen	Noord-Kennemerland Westelijk Utrecht
Amsterdam Nieuw West Groningen	Deskundigheid verzorgenden	Noord-Limburg
Amsterdam Nieuw West Noord-Limburg W Utrecht	Samenwerking gemeente	Groningen NW Veluwe
Groningen	Interne bekendheid	Amsterdam Nieuw West
Groningen Lekstroom	Concurrentie	Amsterdam Nieuw West
Lekstroom	CIZ	Groningen
Lekstroom	Samenwerking GGZ	Amsterdam Nieuw West Noord West Veluwe Westelijk Utrecht
Noord-Kennemerland Westelijk Utrecht	Samenwerking Geheugenpoli / ziekenhuis	Lekstroom Zuid-Kennemerland
Noord West Veluwe	Structureel samenwerkingsverband	Noord-Limburg
Westelijk Utrecht	Deskundigheid casemanager	Noord-Kennemerland
Noord-Limburg Westelijk Utrecht Zuid-Kennemerland	Werkprocessen, stroomlijnen	Groningen
Zuid-Kennemerland	Dossier	Noord-Limburg

Tabel 7 Mogelijkheden voor het uitwisselen van informatie tussen de regio's

10.5 Communicatie en samenwerking

Men is tevreden over de communicatie en samenwerking binnen de multidisciplinaire teams. Met zorgverleners binnen het team of zorgverleners die men graag binnen het team zou zien, wordt een enkele keer concurrentie ervaren maar over het algemeen vindt men de teams juist aanvullend en verloopt de samenwerking plezierig. Men ziet de meerwaarde van elkaars deskundigheid en heeft elkaar nodig. Het gevoel van concurrentie zou soms wel vanuit de andere organisaties komen die niet altijd het belang van samenwerken inzien, dit is dan vooral zo op bestuurlijk niveau. Op uitvoerend niveau komt dit alleen af en toe voor bij functies die gedeeltelijk overlappen met de taken van de multidisciplinaire teams. Een duidelijke functieomschrijvingen en overleg met deze partijen kan helpen om het één en ander te verduidelijken en het gevoel van concurrentie weg te nemen. Er wordt zowel verteld over organisaties die door de teams bang zijn cliënten kwijt te raken aan de teams (bijvoorbeeld de GGZ), als organisaties die blij zijn er cliënten bij te krijgen doordat de teams meer cliënten in beeld hebben en ze ook doorverwijzen (bijvoorbeeld de dagbehandeling).

“Het gaat niet om de concurrentie, het gaat om de zorg van de cliënt, die staat centraal.”

10.6 Financiering en regelgeving

Financiering wordt gezien als essentieel voor het functioneren van een keten. De meeste regio's maken gebruik van AWBZ in de vorm van innovatiegelden of er worden indicaties aangevraagd voor ondersteunende begeleiding. Andere mogelijkheden zijn subsidie of projectgelden. De zorgverzekering wordt gebruikt voor zorgverleners die daar, bij werkzaamheden buiten het team, ook van betaald worden. Organisaties buiten het team waarmee wordt samengewerkt kunnen ook bijdragen in de financiering. Sommige gemeenten werken mee en dragen bij in financiering vanuit de Wmo. DBC's worden in vier regio's gebruikt, voor de diagnosefase, of voor het hele traject. Over deze DBC's wordt wisselend gedacht, de angst voor een keurslijf wordt uitgesproken, maar over het algemeen staat men er positief tegenover. In regio's waar al DBC's worden toegepast is men er tevreden over, hoewel het veel administratie met zich meebrengt (tabel 8).

Veel regio's moeten ieder jaar opnieuw afspraken maken over financiering. Structureel is dit bijna nergens geregeld. Positieve resultaten en de steun van belangenbehartigers hebben geholpen om het zorgkantoor de belangen te laten inzien van financiering voor ketenzorg dementie.

Regelgeving wordt als een probleem ervaren wanneer zaken hierdoor traag verlopen. Een voorbeeld hiervan zijn regels omtrent voorzieningen als een rolstoel of traplift. In Amsterdam maakt de structuur van de gemeente, met een combinatie van stadsdelen en stedelijke aansturing, de financiering en uitrol van het team naar andere stadsdelen lastig.

Regio	Financiering van het team	Tevreden?
Amsterdam NW	Project- en zorgkantoorsubsidie, dragende organisaties, AWBZ	Nee, niet structureel
Groningen	DBC	Ja, maar graag meer uit Wmo
Lekstroom	AWBZ	Ja, maar graag diagnose uit Zvw
N-Kennemerland	DBC	Ja, maar veel administratie
N-Limburg	AWBZ, Wmo, Zvw, DBC, dragende organisaties	Ja, maar graag meer uit Wmo
NW Veluwe	Nza, provinciesubsidie Deelgebied: dragende organisaties (o.a. DBC)	Nee, liever uurtarief voor casemanagement in alle deelgebieden
Westelijk Utrecht	AWBZ, provinciesubsidie	Nee, niet structureel, diagnosefase niet betaald
Z-Kennemerland	AWBZ, dragende organisaties	Nee, niet structureel, geen Wmo geld

Tabel 8 Financiering in de verschillende regio's en tevredenheid daarover

10.7 Betrokkenheid en draagvlak

Draagvlak wordt vooral gecreëerd door bekendheid te creëren en gesprekken aangaan. Gesprekken met individuele ketenpartners, maar ook met verschillende partners bij elkaar. Zowel casemanagers en andere zorgverleners als ketenregisseurs moeten zichzelf zoveel mogelijk laten zien en horen. Organisaties kunnen de nieuwe manier van werken als concurrentie zien of juist als aanvullende samenwerking. Dat is vooral het geval in Noord-Kennemerland, Noord-Limburg, Groningen en Wezep (Noord West Veluwe). De positieve punten en gezamenlijke belangen moeten dus inzichtelijk worden gemaakt. Dit gezamenlijke belang is vooral goede zorg voor de cliënt maar kan ook op andere vlakken liggen. Partijen vinden het prettig om hun zorgen en twijfels uit te kunnen spreken.

Regio's zijn verdeeld over het niveau waar draagvlak belangrijk is. Sommigen vinden dit het belangrijkste op uitvoerend niveau, omdat daar daadwerkelijk de zorg wordt geleverd. Deze mening wordt vooral geuit door de (uitvoerend werkende) casemanagers. Anderen, over het algemeen de ketenregisseurs, vinden bestuurlijk draagvlak belangrijker omdat daar beslissingen worden genomen en een organisatiestructuur wordt neergezet. Weer anderen willen draagvlak op elk niveau. Hiervoor zijn een aantal enthousiaste en gepassioneerde mensen nodig die anderen ook kunnen enthousiasmeren.

“Alles komt tot stand in dialoog.”

“Het is zoeken naar een gezamenlijk belang, dat is er ongetwijfeld, linksom of rechtsom.”

“Als je met elkaar om de tafel gaat zitten gebeurt er iets, dan hoef je nog niks te zeggen.”

“In deze regio zijn we allemaal netwerkers, we zijn niet bang om contact te leggen, stappen gauw naar mensen toe.”

10.8 Motivatie en inzet

In bijna alle regio's is de motivatie op uitvoerend niveau zeer groot maar op bestuurlijk niveau minder groot. Zorgverleners zijn gemotiveerd om cliënten te helpen. Echter, er wordt te weinig geld, tijd en mankracht vrijgemaakt om alle wenselijke zorg en begeleiding te bieden, met name in organisaties die samenwerken met het multidisciplinaire team. Over de inzet en participatie van huisartsen is men in elke regio redelijk tot zeer tevreden maar binnen regio's verschilt dit erg per huisarts.

“Je moet weten waar je naartoe wil, waar mogelijkheden liggen”

“Je hebt een aantal enthousiastelingen nodig, die door teleurstellingen heen willen doorploeteren.”

10.9 Alle mogelijkheden verkennen

Omdat elke cliënt anders is wordt creativiteit als zeer belangrijk ervaren voor casemanagers (maar ook voor ketenregisseurs en bestuur). Ze moeten niet denken in vastgestelde kaders maar voor elke cliënt een passende oplossing voor een probleem vinden. Dit is een eigenschap die grotendeels van nature aanwezig moet zijn. Kennis (bijvoorbeeld van de sociale kaart) en kunde dragen ook bij aan het bedenken van oplossingen.

Andere eisen die gesteld worden zijn minimaal HBO niveau, verpleegkundige achtergrond, ervaring met ouderen en psychogeriatric en sociale vaardigheden.

Met kennis van de sociale kaart en het uitwisselen van ervaringen is het bedenken van creatieve oplossingen makkelijker.

“Protocollen zijn prachtig, maar mensen zijn geen standaarden.”

“Het is een beetje van Maggi en een beetje van mezelf.”

“Wat is er mogelijk en niet: wat is onmogelijk, de nadruk op mogelijkheden.”

10.10 ICT

In sommige regio's is men al bezig met een digitaal dossier dat voor alle betrokken specialisten toegankelijk is. In de andere regio's is dit een wens omdat daarmee alle specialisten inzicht hebben in problematiek van de cliënt. Men heeft wel vraagtekens bij de

privacy van de cliënt. De zorgverlener die het dossier beheert is vaak de casemanager en soms de huisarts.

ICT wordt ook gebruikt voor contact tussen zorgverleners. Het contact met cliënten vindt vrijwel nooit plaats met behulp van ICT, dit heeft vooral te maken met de leeftijd van de doelgroep. Met mantelzorgers is wel af en toe contact via e-mail.

“Als een zoon die in Tokio woont zijn moeder belt gaat het altijd goed en ze vraagt vooral wanneer hij thuis komt eten. Door een wekelijkse e-mail van de casemanager over hoe het écht met mevrouw gaat, is haar zoon aan de andere kant van de wereld helemaal gerustgesteld. Dat is het mooie van internet.”

10.11 Andere factoren

10.11.1 Totstandkoming

In een aantal van de genoemde regio's is ketenzorg tot stand gekomen naar voorbeeld van een andere regio. Stichting Geriant in Noord-Kennemerland wordt verschillende keren als voorbeeldregio genoemd. Ook bestaande samenwerkingsverbanden spelen een belangrijke rol in de totstandkoming van zorgketens. Voorbeelden hiervan zijn bestaande samenwerking tussen een huisarts en verpleeghuisarts of tussen een GGZ-instelling en een verpleeghuis. Ook (gemeentelijke) samenwerking op andere gebieden dan zorg kan de basis zijn voor samenwerking binnen een keten.

10.11.2 Organisatiestructuur

De organisatievorm van een nieuwe zorgketen is mede afhankelijk van de initiatiefnemer, het aantal en soort bestaande zorgorganisaties in de regio en de grootte van het gebied. Dit kan ertoe leiden dat een grote koepelorganisatie ook casemanagement aan gaat bieden of dat een kleine onafhankelijke instelling wordt opgericht die alleen casemanagement biedt en voor andere zorg en diensten samenwerkt met andere organisaties. Natuurlijk zijn er nog veel meer variaties mogelijk.

De keuze voor een organisatiestructuur heeft invloed op allerlei zaken, zoals de bekendheid van de keten bij zorgverleners, het gemak waarmee professionals elkaar opzoeken en aanspreken en de financiering. De geïnterviewden zien de organisatiestructuren in de regio als iets dat vastligt en waar de keten omheen gebouwd wordt.

10.12 Oordeel over de tien succesfactoren

Alle geïnterviewden onderschrijven het belang van de tien succesfactoren. Andere succesvolle factoren die de geïnterviewden noemen zijn de aanwezigheid van de casemanager en het multidisciplinaire aspect, wat kan worden gezien als de basis voor ketenzorg bij dementerenden en hoort bij het cliëntgerichte werken. Ook wordt in één regio de organisatiestructuur genoemd als succesvol.

Wanneer twijfels worden geuit, zijn dit twijfels over de praktische uitvoering van de factoren, niet over het belang ervan. Wanneer gevraagd wordt naar de succesfactoren in de betreffende regio's komt een deel van dit rijtje ook terug. Alleen evaluatie en verbetering, alle mogelijkheden verkennen en ICT worden niet genoemd als succesvol in één van de betreffende regio's. Alle mogelijkheden verkennen wordt wel als noodzakelijk gezien, maar ook als vanzelfsprekend. Omtrent evaluatie en ICT zijn praktische problemen waardoor dit niet als succesvol wordt beschouwd. Men onderkent wel het belang ervan.

11 CONCLUSIES

11.1 Literatuuronderzoek naar casemanagement en multidisciplinaire teams

De effectiviteit van casemanagement en multidisciplinaire teams is besproken in hoofdstuk 5.3 (pagina 31) en de tevredenheid wordt besproken in hoofdstuk 6.2 (pagina 34). Hierin staat dat studies met een sterk design over het algemeen meer positieve uitkomsten vinden dan studies met een zwak design, die vaak niet-significante uitkomsten hebben. In de toekomst kan hierover mogelijk meer duidelijkheid verkregen worden, bijvoorbeeld het onderzoek van Nivel naar de effectiviteit van casemanagement, en het onderzoek van de NPCF naar de effecten van ketenzorg.

De tevredenheid over casemanagement en multidisciplinaire teams is groot onder mantelzorgers, vooral wanneer zij goed op de hoogte zijn van hun werkzaamheden en wanneer de casemanagers regelmatig op huisbezoek komen. Cliënten zijn minder tevreden, wat mogelijk een ziektespecifieke oorzaak heeft. Door het uitvoeren van tevredenheidsonderzoeken kan men inzicht verkrijgen in de punten waarop verbetering van casemanagement en de teams mogelijk is en wat redenen zijn voor (on)tevredenheid.

De succesfactoren die uit de literatuur naar voren komen zijn cliëntgerichtheid, coördinatie en taakverdeling.

11.2 Totstandkoming, organisatie, werkwijze en financiering

Dit rapport biedt een overzicht van een aantal regio's waarin een casemanager werkzaam is binnen een multidisciplinair team voor de zorgcoördinatie van ouderen met dementie. Van deze regio's wordt aangenomen dat ze voorop lopen in ketenzorg bij dementie. Dat kan bevestigd worden door het feit dat in elke regio een groot deel van de genoemde succesfactoren aanwezig zijn.

De regio's zijn op uiteenlopende manieren georganiseerd, zoals besproken in hoofdstuk 9 (pagina 42). De wijze waarop de keten tot stand is gekomen, de organisatiestructuur, de samenwerkingspartners, het traject dat de cliënt doorloopt, de taken van de casemanager en de wijze waarop gefinancierd wordt komen in sommige regio's overeen, hoewel iedere regio een unieke combinatie van deze aspecten heeft. Overeenkomsten en verschillen tussen de regio's zullen worden besproken om een antwoord te geven op de eerste centrale vraag:

1. *Hoe zijn multidisciplinaire teams met daarin een casemanager, als onderdeel van ketenzorg bij dementie, in Nederland georganiseerd?*
 - *Hoe zijn de teams tot stand gekomen?*
 - *Hoe is de organisatie en werkwijze van de teams?*
 - *Hoe worden de teams gefinancierd?*

De belangrijkste overeenkomsten zijn:

- De samenstelling van het team, hierin zijn altijd een casemanager, een specialist ouderengeneeskunde of geriater en een psycholoog aanwezig. Dat betekent dat er altijd expertise is op het gebied psychogeriatrische problematiek. De casemanagers zijn overal HBO-opgeleid en hebben werkervaring op het gebied van psychogeriatrische problematiek. In elke regio wordt in overleg met de verschillende disciplines uit het multidisciplinaire team en in overleg met cliënt en mantelzorger geïnventariseerd welke zorg en behandeling nodig is en wordt dit vastgelegd in een zorg- en behandelplan. De

casemanager houdt contact met cliënt en mantelzorger en gaat periodiek op huisbezoek. Coördineren, ondersteunen, informeren, begeleiden en het inzetten van zorg zijn taken van de casemanagers in alle geïnterviewde regio's.

Hiermee voldoen de regio's dus aan het beeld van casemanagement zoals dat in de inleiding van dit rapport geschetst wordt en ook aan de eisen die worden gesteld in de Leidraad ketenzorg dementie¹³.

- Op één regio na ligt de regie over de keten in handen van één persoon. De taken van deze ketenregisseurs liggen grotendeels in het aansturen van het multidisciplinaire team, ontwikkeling en implementatie van nieuwe initiatieven en contact met (toekomstige) ketenpartners. In de regio waar geen ketenregisseur aanwezig is, vindt ontwikkeling en implementatie vanuit de werkvloer plaats.

In elke regio is men dus nog steeds bezig met het vernieuwen en verbeteren van de keten en met implementatie van nieuwe initiatieven, zoals een elektronisch patiëntendossier, scholing en een centraal aanmeldpunt. In hoofdstuk 12 (pagina 61) wordt hierover mee verteld.

De belangrijkste verschillen tussen de regio's zijn:

- Het traject dat de cliënt doorloopt is in iedere regio anders. Aanmelding kan door iedereen gebeuren, of door een vastgestelde zorgverlener, vaak de huisarts. Niet in elke regio's maakt diagnostiek deel uit van de keten. Het moment van het multidisciplinair overleg en de frequentie hiervan verschilt per regio. Artsen komen niet altijd bij cliënten thuis. Het begin van het traject kan variëren van een eerste niet-pluis gevoel tot een diagnose. Het einde van het traject is meestal opname of overlijden. Één regio biedt een natraject aan de mantelzorger.

Er is dus geen landelijke overeenstemming over de minimale elementen van zorg die het team biedt. Mogelijk brengt de toekomstige zorgstandaard hier verandering in.

- De organisaties die in dit rapport besproken zijn, kunnen verdeeld worden in twee groepen: bestaande organisaties die naast hun huidige zorgaanbod casemanagement zijn gaan aanbieden en organisaties die nieuw zijn opgericht voor het bieden van casemanagement. Als belangrijkste voordeel van een nieuwe onafhankelijke organisatie wordt genoemd dat het belang van de cliënt in plaats van dat van de zorgorganisatie voorop staat. Ook zouden casemanagers van een onafhankelijke organisatie mogelijk minder als concurrenten gezien worden dan bijv. casemanagers van een thuiszorgorganisatie, waarvan er in de regio meer bestaan. Het grootste voordeel van een zorgorganisatie die ook casemanagement aan gaat bieden is het feit dat met de zorgverleners binnen die organisatie makkelijk afspraken kunnen worden gemaakt en samen kan worden gewerkt. De bekendheid onder andere zorgverleners zal intern ook makkelijker tot stand komen. Casemanagement wordt in een koepelorganisatie ook gezien als een middel om cliënten te werven voor andere soorten zorg. Overigens wordt in sommige regio's aangegeven dat casemanagers cliënten voor aanvullende zorg niet alleen of niet in de eerste plaats naar hun eigen organisatie door (mogen) verwijzen.

De twee soorten organisaties leveren beide succesvolle ketens op maar zijn gericht op andere aandachtspunten.

- Niet in elke regio zijn dezelfde ketenpartners betrokken. Op uitvoerend niveau is samenwerking met de meeste relevante zorgverleners. Echter, op bestuurlijk niveau is niet overal goed contact met de GGZ, de thuiszorg, de geheugenpoli, het verpleeghuis

en de gemeente. Dit hangt gedeeltelijk af van de structuur in de regio's, maar ook van het beeld dat deze organisaties van de casemanager en het team hebben. Er wordt namelijk gesproken over een gevoel van concurrentie bij deze organisaties.

Het belang van sommige organisatie staat daarmee boven het belang dat de cliënt heeft bij samenwerking, of men ziet het belang van samenwerking niet in.

- In de totstandkoming spelen een bestaande samenwerking, enthousiaste sleutelfiguren en / of een voorbeeldregio de grootste rol. De organisatie en werkwijze zijn in een aantal regio's gedeeltelijk overgenomen van regio Noord-Kennemerland. Anderen zijn op eigen initiatief of naar aanleiding van het LDP gestart.

De totstandkoming verschilt per regio, maar bepaalde aspecten komen steeds terug: bestaande samenwerking, enthousiaste individuen en een goed voorbeeld. Dit wordt besproken in hoofdstuk 12 (pagina 61). Alle regio's, ook als ze een andere regio als voorbeeld hebben gebruikt, geven ieder hun eigen invulling aan de keten.

- De belangrijkste financiering van ketenzorg in de regio's komt uit DBC's, AWBZ-gelden, subsidie of van organisaties die de keten dragen. In mindere mate worden de zorgverzekeraars en de Wmo aangesproken. De regio's die gefinancierd worden door DBC's zijn hier allen tevreden over (tabel 8, pagina 54). Omdat de AWBZ steeds minder kan worden ingezet voor ondersteunende begeleiding, en subsidie vaak alleen gegeven wordt als er sprake is van (de beginfase van) een project, zullen de ketens in de toekomst aangewezen zijn op financiering vanuit de Wmo, de Zvw, DBC's of uit andere bronnen waar nu nog geen zicht op is.

De uiteenlopende voorbeelden in dit rapport laten zien dat er vele manieren van financiering mogelijk zijn. Door de grote verschillen tussen regio's kan geen financieringsvorm worden aangegeven die voor alle regio's geschikt is.

11.3 Succesvolle en belemmerende factoren

In antwoord op de tweede centrale vraag:

2. *Wat zijn succesvolle factoren en belemmerende factoren in de organisatie van de huidige multidisciplinaire teams met daarin een casemanager, als onderdeel van ketenzorg bij dementie in Nederland, die kunnen worden toegepast in deze en andere regio's?*

onderschrijven alle regio's het belang van de tien succesfactoren en passen die in hun regio toe of zouden dat willen doen. Daarom kunnen alle tien factoren worden beschouwd als wenselijk en aanvaardbaar en als een afspiegeling van wat nodig is voor goede ketenzorg. In de praktijk hebben veel regio's echter moeite met de uitvoering ervan. De factoren zijn dus niet in alle regio's haalbaar. Ketenzorg gaat dwars door organisatiestructuren heen. Het toepassen van ketenzorg, dus van deze factoren, kan dus vragen om een verandering van de oorspronkelijke structuur van organisaties in een regio of een verandering in de omgang. Relatie die er vanuit historisch oogpunt, een wel of niet vastgelegde rolverdeling, soms een geografisch bepaalde verdeling van cliënten en regionale regelgeving spelen hierbij een rol. *Om dit te veranderen is meer nodig dan het aanbieden van een lijst met succesfactoren. In de regio's wil men weten hoe men deze factoren moet toepassen, hoe men belemmeringen weg kan nemen, wat voorwaarden zijn om ze te kunnen toepassen.*

De verbeterpunten die als het meest belemmerend ervaren worden, en ook als oorzaak kunnen worden aangewezen voor andere belemmeringen, zijn financiering, draagvlak en samenwerking.

- De financiering is niet toereikend en moet elk jaar opnieuw zeker worden gesteld in een aantal regio's. De ketens die nu nog afhankelijk zijn van subsidie weten dat dit tijdelijk is. Er is onzekerheid over de veranderingen in het financiële stelsel. Men kan steeds minder gebruik maken van de AWBZ, is meer aangewezen op de Wmo, maar niet elke gemeente stelt geld beschikbaar. Ketenregisseurs geven aan dat ze door een ontoereikende financiering bepaalde wenselijke interventies niet uit kunnen voeren.

Daarmee kan niet alleen de financiering van de dagelijkse praktijk van ketenzorg niet worden zeker gesteld, ook voor nieuwe initiatieven zoals scholing en een digitaal dossier is geen geld beschikbaar.

- Onvoldoende draagvlak is aanwezig bij samenwerkingspartners of partners die men graag in de keten zou betrekken. Over het algemeen is het draagvlak op de werkvloer goed en ziet men het belang in van samenwerking. Men waardeert elkaars deskundigheid en ziet de verschillende expertises meer als een aanvulling dan als concurrentie. De werkvloer is in sommige regio's ook de plaats waar de samenwerking begonnen is. Het is dan echter moeilijk om op bestuurlijk niveau ook daadwerkelijk afspraken te maken. Op dat niveau is nog onvoldoende draagvlak en wordt in een aantal regio's gesproken van concurrentie.

Grofweg zijn er twee soorten concurrentie: tussen organisaties van dezelfde soort en tussen verschillende organisaties. De eerste soort treedt vaak op in grote of grootstedelijke gebieden. Er zijn dan meerdere ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties die allemaal betrokken willen zijn bij de keten om geen marktaandeel te verliezen van cliënten die door het team naar de organisaties verwezen worden. Dit zie je vooral in Amsterdam Nieuw West en Noord West Veluwe en in mindere mate in Zuid-Kennemerland. De tweede soort wordt in kleinere regio's gezien, het gaat dan om concurrentie tussen het team en andere organisaties. Deze vinden dat het team te weinig toevoegt ten opzichte van hun eigen zorg of ziet het team cliënten en taken van hen overnemen. Dit vindt plaats in Lekstroom en Westelijk Utrecht.

In de regio's waar geen sprake is van concurrentie ziet men de casemanager en het team als aanvullend. Gesprekken gaan dan over de relevante vraag hoe casemanagement vorm moet krijgen.

11.4 Toepassing van succesfactoren

De derde centrale vraag van dit rapport, over de toepassing van de gevonden succesfactoren, wordt beantwoord in hoofdstuk 12.

12 AANBEVELINGEN

Met deze aanbevelingen wordt antwoord gegeven op de derde centrale vraag uit dit rapport:

3. *Welke concrete stappen, gebaseerd op de succesvolle en belemmerende factoren in de organisatie en werkwijze van de huidige multidisciplinaire teams met daarin een casemanager, als onderdeel van ketenzorg bij dementie in Nederland, kunnen worden genomen om de zorg te verbeteren in deze en andere regio's?*

De aanbevelingen beschrijven dus concrete stappen die regio's kunnen gebruiken om een keten voor dementiezorg op te zetten of te verbeteren (12.1 tot en met 12.6). Ook wordt een aanbeveling gedaan die met name gericht is op de regio's die voor dit rapport geïnterviewd zijn (12.7). Als laatste wordt uit elke geïnterviewde regio een goed voorbeeld gegeven (12.8) die door andere regio's mogelijk kunnen worden overgenomen.

12.1 Een gedegen plan

Een stroomschema van de keten en duidelijke *taakomschrijvingen* en *rolverdelingen*, waarbij afspraken schriftelijk worden vastgelegd en ondertekend, is belangrijk. Het helpt het naleven ervan en kan het maken van vervolgafspraken vergemakkelijken. Maar ook zorginhoudelijke ruimte voor de *individuele cliënt* is noodzakelijk. Omdat iedere cliënt anders is en andere zorg, een andere benadering en andere begeleiding nodig heeft, kan nooit sprake zijn van standaardzorg. Ook noodzakelijk is ruimte voor aanpassing van het plan, zonder het eigen doel uit het zicht te verliezen. Dit zal nodig zijn wanneer blijkt dat samenwerkingspartners het plan niet dragen. Door samen naar *creatieve oplossingen* te zoeken kan een alternatief gevonden worden waar iedereen zich in kan vinden. Creatieve oplossingen kunnen goede voorbeelden uit andere regio's zijn. Aanpassing van het plan kan ook nodig zijn wanneer blijkt dat het plan in praktijk niet goed werkbaar is. Om dit te voorkomen kan het worden opgesteld in nauw contact met mensen van de werkvloer, of kunnen plannen uit andere regio's gebruikt worden als basis. Men moet zich ervan bewust zijn dat een plan, protocol of standaard alleen niet genoeg is. Net zoals het noemen van een lijst met tien succesfactoren niet genoeg is. Het proces waarmee dit plan tot stand komt verdient ook aandacht. Problemen benoemen helpt om dit soepeler te laten verlopen.

12.2 Organisatiestructuur

De structuur van organisaties die casemanagement leveren en van overige organisaties in de regio waar men mee te maken krijgt is van grote invloed op hoe de keten eruit ziet. Men kan een nieuwe organisatie of stichting oprichten of inbedding zoeken in een bestaande organisatie. Men kan afhankelijk of onafhankelijk zijn van andere organisaties. Er kunnen veel of weinig ketenpartners zijn die soortgelijke of aanvullende zorg bieden. Mogelijk bestaan vanuit historisch oogpunt al *samenwerkingsverbanden*. Bij het opzetten van een nieuwe keten kunnen hierin soms keuzes gemaakt worden, maar vaak gaat het om structuren die al vastliggen en die niet makkelijk veranderen.

In dit rapport worden succesvolle voorbeelden besproken van ketenzorg in uiteenlopende organisatiestructuren met ieder voor- en nadelen. Er is dus niet slechts één werkbare structuur. Het is makkelijker aan te sluiten bij de al bestaande structuur dan iets te willen veranderen waar mensen aan gewend zijn en wat al succesvol werkt.

Voor casemanagers binnen bestaande zorgorganisaties is het vooral belangrijk zich onafhankelijk en onpartijdig op te stellen naar cliënten en naar andere zorgverleners, niet alleen vanuit het cliëntenperspectief maar ook omdat dit samenwerking met andere zorgorganisaties vergemakkelijkt. Voor onafhankelijke casemanagers is het vooral belangrijk goede afspraken vast te leggen met samenwerkingspartners, omdat zij essentiële schakels in de keten zijn.

12.3 Bestuurlijk draagvlak

Het is belangrijk een doel voor ogen te hebben. Maar door niet alleen het eigen doel te presenteren en te beargumenteren, maar vooral belangstelling te hebben voor het doel van de andere partij(en) en hierop door te vragen, kan gezocht worden naar overeenkomsten, naar een gezamenlijk doel. Door de andere partij twijfels en zorgen te laten uiten en in alle openheid te praten, krijgt men inzicht in wat er nodig is om tot een gezamenlijk doel te komen. Dit schept niet alleen veel duidelijkheid naar betrokken partijen, wat de uitvoering vergemakkelijkt en efficiënter maakt. Het zoeken naar een gezamenlijk doel kan ook helpen om *draagvlak* te creëren en *samenwerking* tot stand te brengen. Wanneer partijen hetzelfde doel voor ogen hebben zullen zich allen inzetten om dit te bereiken. Door te durven kijken naar wat je als persoon of als organisatie zelf doet, wat je aan ideeën, informatie en gedrag opwerpt, kan inzicht ontstaan in de redenen dat samenwerking wel of niet tot stand komt. Bovendien zijn geduld en vasthoudendheid ook belangrijk.

Een manier om tot een gezamenlijk doel te komen is allemaal af te stappen van het eigen belang van de organisaties en te richten op het *cliëntenbelang*. Bijzaken even opzijschuiven en de hoofdzaak: de cliënt, voorop stellen. Steeds meer partijen zien in dat ketenzorg in het belang van de cliënt is. Bovendien zijn efficiëntere zorg en korte lijnen ook in het belang van zorgorganisaties.

Positieve resultaten en het publiceren hiervan kan soms tot bereidheid leiden om samen te werken. Het is echter lastig om goede resultaten te tonen wanneer de keten nog niet optimaal functioneert. Het kan wel helpen om resultaten uit andere regio's, het liefst waar de keten op een vergelijkbare manier is opgezet, te gebruiken. Ook hier komt weer het *cliëntenbelang* terug. Uit het literatuuronderzoek naar het casemanagement en multidisciplinaire teams in Nederland (hoofdstuk 6, pagina 32) blijkt namelijk dat de tevredenheid onder cliënten en vooral mantelzorgers zeker aanwezig is.

12.4 Samenwerking met zorgverleners

De huisarts is als poortwachter een centrale figuur in het vinden (en als er geen casemanager beschikbaar is: in het begeleiden) van mensen met dementie. Interesse met en affiniteit voor dementiezorg spelen hierin een belangrijke rol omdat dementie slechts een zeer klein onderdeel is op de drukke agenda van een huisarts. In regio's waar huisartsen actief participeren in de keten wordt verteld dat zij inzien dat casemanagers en multidisciplinaire teams hen kunnen ontlasten, door zorg te dragen voor diagnostiek of de cliënt te volgen. Bovendien kunnen zij ook nog iets extra's bieden: regelmatige huisbezoeken, het coördineren van zorg, het ondersteunen van de mantelzorger, enz. Het moet duidelijk zijn dat de casemanager of het team ondersteunend werkt en niet bedreigend is. Huisartsen die eerst sceptisch waren over de inzet van een multidisciplinair team, omdat ze extra administratieve handelingen verwachtten, of liever zelf diagnostiek verrichtten, zien dan (na verloop van tijd) de voordelen in.

Bij de huisartsen, maar ook bijv. (sociaal) geriaters en specialisten ouderengeneeskunde of andere zorgverleners, speelt niet alleen *draagvlak* een rol in de *samenwerking*. Omdat cliënten vaak via een (huis)arts bij een casemanager of multidisciplinair team terecht komen, is simpelweg de bekendheid erg belangrijk. De verwijzer moet goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden die de casemanager en het team bieden en welke meerwaarde dat heeft, voor zowel zichzelf als de cliënt. Ook de thuiszorg kan een signaal- en verwijzfunctie hebben, hoewel hiervan niet in elke regio gebruik wordt gemaakt. Sommige regio's hebben afspraken met de geheugenpoli in een ziekenhuis: mensen die daar die diagnose dementie krijgen, worden doorverwezen naar het team of krijgen er informatie over. Onder de casemanagers werd genoemd dat als het contact met andere zorgverleners eenmaal gelegd is en er wederzijds vertrouwen is, dit in de meeste gevallen blijvend is. Contact en bekendheid kunnen bereikt worden door het simpelweg (regelmatig) bezoeken van de zorgverleners in hun eigen praktijk of organisatie (met informatie aan de hand van casuïstiek), maar ook het bezoeken van Alzheimer cafés, folders voor cliënten en mantelzorgers, symposia, informatiedagen, informatie op internet en intranet, schriftelijke of digitale benadering met een foto van betrokkenen en het telefoonnummer waarop ze bereikbaar zijn, enz. Huisartsen kunnen mogelijk in de *samenwerking* gestimuleerd worden door een handreiking van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) over verschillende vormen van effectieve samenwerking met andere zorgverleners in de ouderenzorg⁴⁷.

In een aantal regio's gaat aanmelding bij het multidisciplinaire team altijd via de huisarts, omdat deze hoofdbehandelaar is en poortwachter voor verdere zorg. Er zijn ook regio's waar andere partijen kunnen aanmelden, en vervolgens vanuit het aanmeldpunt of de casemanager eventueel toestemming wordt gevraagd aan de huisarts. Dit biedt meer mogelijkheden omdat niet-pluis gevoelens niet altijd bij de huisarts terecht komen en de huisarts niet altijd wil doorverwijzen naar een casemanager. Onafhankelijk van welke vorm wordt gekozen moet altijd duidelijk zijn voor cliënten, mantelzorgers en hulpverleners waar hulp te vinden is.

Praktijkondersteuners en wijkverpleegkundigen voeren mogelijk *taken* uit die overlappen met die van de casemanager. Hier moeten goede *afspraken* over gemaakt worden, gezamenlijk moet besloten worden wie deze taken, in het *belang van de cliënt*, het beste uit kan voeren. Anders kunnen gevoelens van concurrentie in plaats van aanvulling van elkaars deskundigheid ontstaan. Om elkaar te vertrouwen kan simpelweg tijd nodig zijn. Maar het is ook belangrijk om elkaar op te zoeken met regelmatig te blijven spreken om vertrouwen op te bouwen.

Een goede samenwerking met zorgverleners biedt mogelijkheden om gezamenlijk na te denken over hoe de zorg voor dementerenden nog verder verbeterd zou kunnen worden, met vragen als: Is vroegsignalering en -diagnostiek mogelijk? Kunnen nog andere zorgverleners ingeschakeld worden? Kan de verwijzing naar elkaars expertise sneller?

12.5 Sleutelfiguren

In de gesprekken worden steeds mensen genoemd die door *inzet*, enthousiasme en gedrevenheid veel bereikt hebben voor de keten en als sleutelfiguur kunnen worden gezien. Dit kunnen de ketenregisseurs zijn, maar ook casemanagers die bekendheid realiseren bij collega zorgverleners, een huisarts die andere huisartsen enthousiasmeert, een wethouder die helpt bij het opstellen van de sociale kaart, of een groep artsen die periodiek overlegt over kwetsbare ouderen (allen voorbeelden die in de interviews genoemd zijn). Het bestaan

van zulke mensen wordt wel gezien als een toevalligheid. In elke regio echter zijn mensen die zich in willen zetten voor cliënten, die organisatietalent hebben of die het vermogen hebben anderen aan te sporen. In elke regio zijn potentiële enthousiaste sleutelfiguren die een hoop kunnen betekenen voor de keten. De kunst is ze te vinden en hun enthousiasme te verspreiden.

12.6 Financiering

Hoewel *financiering* in veel landelijke regio's als groot knelpunt genoemd wordt, gaven verschillende regio's ook aan tevreden te zijn met de huidige vorm van financiering. Twee belangrijke aspecten spelen hierbij een belangrijke rol: het soort organisatie waarin de casemanager werkzaam is en het zorgkantoor.

Het contact met het zorgkantoor is essentieel. Hoewel in sommige regio's nu eenmaal meer geld beschikbaar is en andere prioriteiten liggen dan in anderen, kan het helpen om positieve resultaten te presenteren en gezamenlijke belangen inzichtelijk te maken.

De bekostiging van de casemanagers en ketenregisseur is vaak een lastig aspect van de financiering. Over het algemeen worden de betrokken of geconsulteerde zorgverleners, zoals artsen, psychologen en fysiotherapeuten, gefinancierd binnen hun eigen organisatie, vanuit de Zvw. De ketenregisseur en casemanager zijn echter vaak nieuwe functies waar nog geen financiering voor beschikbaar is. Hierbij speelt de organisatie waarin ze werkzaam zijn een rol. Een zorgorganisatie die de taken van zijn personeel uitbreidt met het leveren van casemanagement draagt hiervoor over het algemeen de kosten. Echter, een organisatie die onafhankelijk is en alleen casemanagement biedt moet zoeken naar nieuwe bronnen van financiering. Hetzelfde geldt voor een ketenregisseur die gebonden is aan een bestaande zorgorganisatie of niet. Ander aspecten van ketenzorg die vaak lastig te financieren zijn, zijn bijscholing, elektronische dossiervorming en andere innovaties. Hierbij speelt echter ook een rol of alle partijen bereid zijn hieraan mee te werken. Zonder deze bereidheid zal financiering zeker lastig zijn.

In dit rapport worden uiteenlopende manieren van financiering besproken. Hoewel de regio's hier niet altijd helemaal tevreden mee zijn, hebben ze toch een succesvolle zorgketen voor dementie op gezet. Wellicht kunnen deze regio's als voorbeeld dienen.

12.7 Uitwisseling

De genoemde verbeterpunten zijn in elke regio anders en verschillende keren betreft het verbeterpunten die in een andere regio geen problemen opleveren of waarvoor een oplossing gevonden is. Er zijn dus mogelijkheden voor het concreet en één – op – één of in kleine groepjes uitwisselen van informatie en tips tussen de regio's (tabel 7, pagina 53). Er zijn uit dit rapport een aantal duo's te vormen van regio's die informatie of tips kunnen uitwisselen:

- Amsterdam Nieuw West en Groningen kunnen met elkaar overleggen over samenwerking met de gemeente en bekendheid binnen de eigen zorgorganisatie.
- Groningen en Noord-Limburg kunnen van elkaar leren op het gebied van gemeentelijke samenwerking en de deskundigheid van verzorgend personeel.
- Noord-Limburg kan voor gemeentelijke samenwerking ook terecht bij Noord West Veluwe (Wezep), waar ze van Noord-Limburg kunnen leren over het opstellen en vastleggen van een structureel samenwerkingsverband.

- In Lekstroom is nog geen organisatorische samenwerking met de GGZ, wel met de geheugenpoli. In Westelijk Utrecht is het andersom.

Natuurlijk is deze uitwisseling van informatie niet alleen mogelijk tussen de regio's die in dit rapport genoemd worden. Contact tussen de regio's vindt al plaats, met name via het LND. Hierbij gaat het echter om themabijeenkomsten en wordt een algemeen probleem besproken. Contact tussen regio's kan wellicht een meer op de regio toegepast advies opleveren uit de praktijk. Regio's onderschrijven bovendien de meerwaarde van het in elkaars keuken kijken, zowel door zorgverleners als door ketenregisseurs. Omdat elke regio een andere invulling geeft aan ketenzorg zijn er altijd nieuwe ideeën op te doen.

Omdat er met het LND al een landelijk netwerk is met goede contacten kan dit als goede basis fungeren voor deze één – op – één uitwisseling. Er zijn contactgegevens van de regio's, er is een nieuwsbrief en er wordt gebruik gemaakt van een forum. Via deze bestaande middelen van communicatie kunnen de onderlinge contacten tot stand komen.

12.8 Goede voorbeelden

In het LDP werden succesvolle projecten 'de beauties van het LDP' genoemd en binnen het LND is een overzicht met goede voorbeelden. Ook de regio's die in dit rapport aan de orde zijn gekomen hebben aspecten die een goed voorbeeld kunnen zijn voor andere regio's:

12.8.1 Amsterdam Nieuw West, best practice model

Omdat de zorginfrastructuur in bepaalde stadsdelen van Amsterdam erg complex is, heeft men de Stedelijke Initiatiefgroep Dementie Amsterdam (StIDA) opgericht om een best practice voor ketenzorg dementie te ontwikkelen⁴⁸. Uit een onderzoek op initiatief van drie GGZ-instellingen in 2004 naar het draagvlak voor een zorgketen bleek namelijk dat er een eenduidig programma moest zijn voor de hele stad en dat het door alle partijen gezamenlijk moest worden opgesteld. In de werkgroep zitten vertegenwoordigers van hulpverleners en zorginstellingen uit Amsterdam. Zij hebben gegevens verzameld over de zorgbehoeften van cliënten en mantelzorgers en op basis hiervan een gedefinieerd wat kwalitatief goede zorg is.

12.8.2 Groningen, DBC Informatie Systeem

Omdat het Geheugenteam gefinancierd wordt door DBC's, is bepaalde registratie nodig met een DBC Informatie Systeem (DIS). Hiermee wordt het dossier van een cliënt digitaal beheerd door casemanagers en andere disciplines van het Geheugenteam en kan worden aangegeven hoeveel tijd men is bezig geweest met welke taken voor een cliënt. Bovendien wordt het systeem gebruikt om een diagnostische brief, bestemd voor de huisarts, op te stellen. Hiervan is een vast format waarin alle disciplines een deel invullen. De casemanager ziet hier op toe, spreekt mensen aan wanneer nodig en schrijft uiteindelijk de conclusie van de brief. In eerste instantie werd alle informatie geprint en werd ook een papieren dossier bijgehouden, dat gebeurt nu niet meer.

12.8.3 Lekstroom, natraject

Zowel cliënt als mantelzorger worden naar een opname begeleid als dit noodzakelijk zou zijn. De casemanager kan bijvoorbeeld de eerste keer mee gaan kijken in het verzorgingshuis. Ook is er een natraject voor de mantelzorger om te bespreken hoe het is gegaan en om nog ondersteuning te bieden.

12.8.4 Wezep (Noord West Veluwe), samenwerking met de thuiszorg

In Wezep wordt casemanagement binnen een team aangeboden door de GGZ (met een SPV als casemanager) en door de thuiszorg (met het psychogeriatrisch team (PG team)). De SPV heeft daarnaast ook nog andere cliënten in haar caseload. Onderling worden afspraken gemaakt over wie welke cliënten ondersteunt. Wanneer sprake is van psychiatrische problemen zal de SPV worden ingezet. Wanneer het om een stabiele cliënt gaat kan de thuiszorg casemanagement bieden. Wanneer de situatie verandert kunnen de twee disciplines bovendien cliënten van elkaar overnemen, of kan de SPV geconsulteerd worden.

12.8.5 Noord-Kennemerland, crisisopnamen

Één van de casemanagers in Noord-Kennemerland is plaatsingscoördinator en heeft contact met alle verpleeg- en verzorgingshuizen over opname van cliënten van het DOC-Team. De huizen houden per toerbeurt een noodbed vrij voor een cliënt die acuut opgenomen moet worden. Ook heeft stichting Geriant zelf zestien bedden beschikbaar voor opnamen: het DOC-centrum. Voor lichamelijke problemen gaan mensen kortdurend naar het ziekenhuis, maar in geval van crisis, gedragsproblemen of een diagnostievraag kunnen mensen in het DOC-centrum opgenomen worden.

12.8.6 Noord-Limburg, deskundigheidsverbetering

Uit onderzoek onder mantelzorgers bleek dat de deskundigheid van verzorgenden (niveau drie) onvoldoende was. Dit kon worden teruggeleid naar het feit dat veel verzorgenden die in de ouderenzorg gaan werken tijdens hun opleiding een andere differentiatie dan psychogeriatricie hebben gevolgd. In samenwerking met het ROC Nijmegen is een lespakket opgesteld om trainers te trainen. Door opgeleide trainers moet in de komende drie tot vier jaar 75% van de 5.000 medewerkers worden bijgeschoold. Omdat alle organisaties deelnemen aan het dementieprogramma 'Hulp bij dementie', zijn zij zelf verantwoordelijk hun medewerkers ook daadwerkelijk op te leiden. Midden-Limburg loopt tegen hetzelfde probleem aan, zij gaan participeren in deze scholing.

12.8.7 Westelijk Utrecht, evaluatie

Één gemeente in de regio Westelijk Utrecht is bezig met een evaluatie van de dementieconsulenten. Hieruit moet naar voren komen wat de meerwaarde is van de dementieconsulent, wat nog ontbreekt aan activiteiten en voorzieningen, wat eventueel overbodig is. Deze pilot vormt een blauwdruk voor de andere gemeenten. Bovendien wordt deze blauwdruk ook weer gebruikt voor een andere organisatie voor ouderenzorg in de gemeente.

12.8.8 Zuid-Kennemerland, aanmelding

Iedereen kan een cliënt aanmelden bij Draagnet, de organisatie die casemanagement biedt. Daarom heeft men bij verschillende partijen bekendheid gerealiseerd. De geriaters in het ziekenhuis geven mensen die gediagnosticeerd worden met dementie bijvoorbeeld informatie mee over Draagnet. Als iemand wordt aangemeld doet een casemanager direct een intakegesprek en beoordeelt wat de hulpvraag is (bijv. diagnostiek en / of begeleiding), of de cliënt nog dezelfde dag bezocht moet worden of binnen de standaard periode van maximaal twee weken, en wie dat bezoek doet.

12.9 Aandachtspunten

Er is gesproken met belangrijke stakeholders (Alzheimer Nederland, casemanagers, ketenregisseurs en betrokkenen bij landelijke initiatieven) en onderzoek gedaan naar de mening van patiënten, mantelzorgers en het ministerie van VWS. Deze stakeholders zullen de aanbevelingen dragen, omdat die zorgen voor betere en efficiëntere zorg. Met andere partijen (zorgkantoren, zorgverzekeraars, gemeenten en zorgverleners) is niet gesproken. Een gesprek met een huisarts, betrokken bij ketenzorg, is helaas niet tot stand gekomen vanwege drukte. Deze partijen zullen de aanbevelingen mogelijk nog niet overal dragen. Er is wel aandacht besteed aan het creëren van draagvlak bij deze partijen.

Het literatuuronderzoek is niet systematisch uitgevoerd en mogelijk zijn daardoor relevante artikelen gemist.

De regio's die voor dit rapport geïnterviewd zijn, staan bekend als regio's waar ketenzorg al succesvol wordt toegepast. Mogelijk spelen in regio's waar dit nog niet het geval is ander soort problemen een rol. Omdat echter ook gesproken is over de totstandkoming en beginfase van de keten, is wel aandacht besteed aan belemmerende factoren in de beginfase.

12.10 Nawoord

Dit rapport geeft een overzicht van een achttal regio's die, hoewel nog verbetering mogelijk is, ketenzorg bij dementie succesvol hebben toegepast. Ook worden tien algemene succesfactoren van ketenzorg genoemd en wordt besproken welke stappen genomen kunnen worden om, aan de hand van deze factoren, ketenzorg te verbeteren. In de besproken regio's zijn een aantal van deze stappen al genomen of worden ze zelfs als vanzelfsprekend beschouwd. In de regio's waar dit nog niet het geval is, zijn dus mogelijkheden voor verbetering, zodat het groeiend aantal dementerenden ook in de toekomst de zorg zal krijgen die ze nodig hebben.

BIJLAGEN

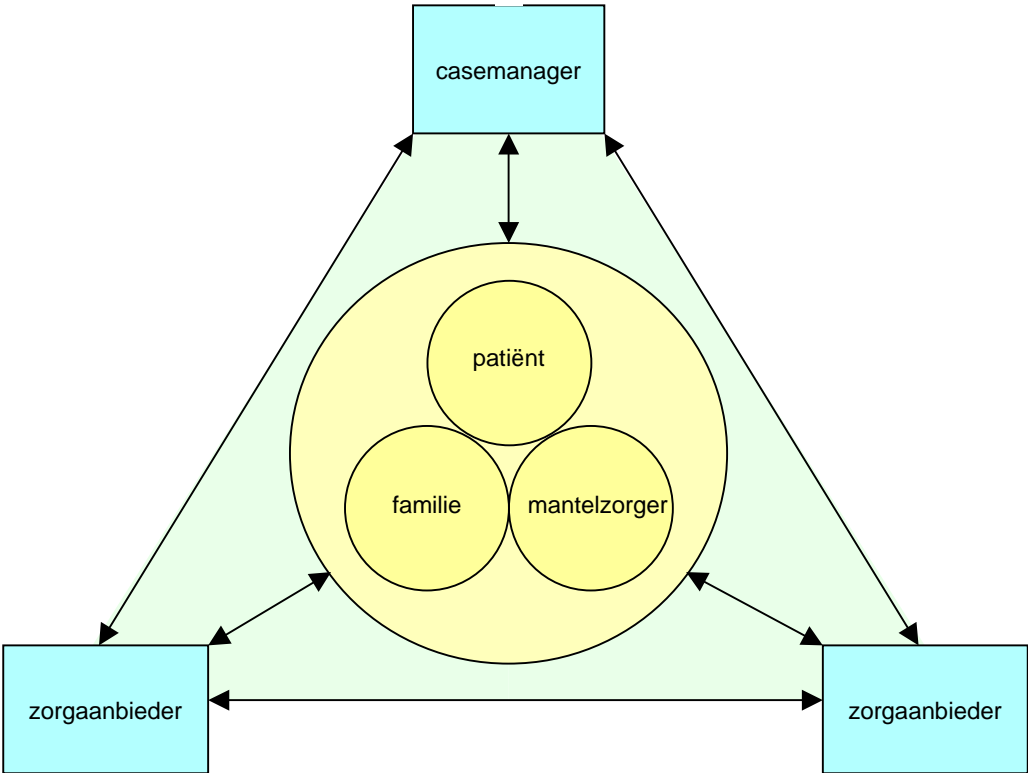
Bijlage 1 Probleemvelden

Veertien probleemvelden bij dementie zoals in kaart gebracht door het LDP

Probleemveld	Uitleg
1. 'Niet pluis'-gevoel	Er is een gevoel van onbehagen en onduidelijkheid bij de persoon met beginnende dementie, de partner of naasten over wat er aan de hand is. Men vermoedt misschien dementie of twijfelt eraan, maar dat gevoel is vaag. Het is lastig en bedreigend om deze gevoelens met anderen te delen.
2. Wat is er aan de hand, wat kan helpen?	De persoon met dementie en mantelzorgers weten na het stellen van de diagnose lang niet altijd wat ze moeten of kunnen doen om de dagelijkse problemen op te lossen.
3. Bang, boos en in de war	De persoon met dementie kan allerlei gedrags- en stemmingsproblemen hebben, zoals tegendraads zijn, boosheid, achterdocht, lusteloosheid of ontremming. Het kan een probleem geven voor zowel de persoon zelf als voor de mantelzorger.
4. Er alleen voor staan	Dit is een probleem van zowel de persoon met dementie als de mantelzorger. Het gaat vooral om praktische handelingen. De persoon met dementie weet niet meer hoe deze handelingen uit te voeren, of waar hij / zij bepaalde zaken kan vinden. De mantelzorger is niet gewend deze taken over te nemen en weet niet waar hij hulp kan krijgen.
5. Contacten mijden	Door de invloed van de dementie gaat de persoon met dementie zich steeds meer richten op de wereld dicht om hem heen. De aansluiting met anderen kan lastiger worden vanwege onbegrepen gedrag. Het sociale netwerk wordt kleiner. Ook de partner is steeds meer aan huis gebonden en kan in een sociaal isolement geraken.
6. Lichamelijke zorg	Bij de persoon met dementie kunnen problemen ontstaan bij de lichaamsverzorging, zoals het aan- en uitkleden, wassen, zelf eten en omgaan met incontinentie. De persoon met dementie kan de taken niet meer zelfstandig uitvoeren en de mantelzorger moet hulp bieden.
7. Gevaar	Dit betreft gevaar voor ongelukken in en rond huis. De persoon met dementie is vergeetachtig, weerloos, rusteloos en / of geneigd tot dwalen. Dit kan leiden tot ongelukken. Voor de mantelzorger en de omgeving geeft dit zorgen.
8. Ook nog gezondheidsproblemen	De persoon met dementie heeft geen zicht op zijn / haar gezondheidsproblemen. Men vergeet pillen te slikken en de behandeladviezen op te volgen. Ook kan het zijn dat men een gezondheidsprobleem niet kan duiden en extra onrustig en verward is.
9. Verlies	De persoon met dementie gaat fysiek en verstandelijk achteruit en verliest de grip op het eigen leven. Men wordt in toenemende mate afhankelijk van zorgverleners. Dit proces gaat gepaard met emoties zoals ontkenning, verdriet en depressiviteit. De mantelzorger rouwt en voelt zich alleen staan.
10. Het wordt me te veel	Bij de mantelzorger kunnen emotionele problemen en / of fysieke overbelasting ontstaan. Emotionele problemen ontstaan door zorgen om de ziekte van de cliënt en om de zorg geregeld te krijgen. Fysieke overbelasting ontstaat doordat de mantelzorger 24 uur per dag klaar moet staan.
11. Zeggenschap inleveren en kwijtraken	Zeggenschap inleveren en kwijtraken is vooral een probleem van de mantelzorger. Zij voelen zich regelmatig betutteld door de zorgverlener. Ook de persoon met dementie voelt zich wel eens betutteld. Een deel van de mantelzorgers of personen met dementie vindt het lastig om dit probleem met de zorg-/hulpverlener te bespreken omdat ze afhankelijk zijn van de zorg.
12. In goede en slechte tijden	Mantelzorgers voelen zich verplicht om voor de persoon met dementie te zorgen. Men voelt zich schuldig en schaamt zich wanneer zorg overgedragen moet worden aan de zorg- of hulpverleners.
13. Miscommunicatie met hulpverleners	Miscommunicatie is een probleem voor de mantelzorgers, de persoon met dementie en voor de zorg- of hulpverleners zelf. Het gaat over miscommunicatie en het gebrek aan aansluiting tussen de persoon met dementie en hun mantelzorgers enerzijds en de zorg- of hulpverleners anderzijds.
14. Weerstand tegen opname	De persoon met dementie en de mantelzorger kunnen opzien tegen opname in het verpleeghuis. Zowel de persoon met dementie als de mantelzorger verzetten zich tegen opname. De opname wordt uitgesteld of men zoekt alternatieve mogelijkheden.

Bijlage 2 Multidisciplinair team

Schematische weergave van een multidisciplinair team met daarin een casemanager en twee andere zorgaanbieders



Bijlage 3 Begrippen

Overzicht van de in dit rapport gehanteerde omschrijvingen van verschillende begrippen en hun samenhang

Ketenzorg is

- samenwerking tussen verschillende disciplines,
- waarbij het cliëntproces centraal staat,
- waardoor continuïteit van zorg geleverd wordt,
- om de patiëntenzorg te verbeteren.

Het multidisciplinaire team (als onderdeel van ketenzorg)

- heeft een concrete naam,
- bevat minimaal een casemanager,
- bevat daarnaast minimaal twee andere disciplines,
- casemanager en andere disciplines overleggen periodiek en / of indien nodig over zorgvraag van en zorgaanbod voor patiënt, mantelzorger en familie.

De casemanager (als lid van het multidisciplinaire team)

- vormt een aanspreekpunt voor de cliënt, de mantelzorger en de familie,
- is samen met minimaal één andere discipline betrokken bij de keuze van behandeling (in de vorm van informatieverstrekking en / of advies),
- heeft een achtergrond in zorg en / of hulpverlening,
- heeft minimaal een HBO opleiding.

De andere disciplines (als leden van het multidisciplinaire team)

- hebben functie in de zorg en / of hulpverlening en leveren zorg / en of hulp aan de cliënt of zijn hiervoor in de beschikbaar,
- of leveren op een andere manier een ondersteunende bijdrage aan het team.

Bijlage 4 Resultaten literatuuronderzoek

Bespreking van de artikelen geselecteerd voor het onderzoek in de internationale literatuur waarbij methodologie en uitkomsten aan bod komen.

Effectiviteit van casemanagement

Het artikel van Challis⁷ beschrijft een aantal positieve effecten van casemanagement voor zowel de cliënt als de mantelzorger: cliënten zijn meer tevreden met thuissituatie, hebben meer sociale contacten, er is minder belasting en stress voor de mantelzorgers, meer mensen geven de aanwezigheid van een aanspreekpunt aan, er is minder zorg nodig en meer 'respite care'. Het betreft een quasi-experimenteel onderzoek onder 95 mensen met dementie. Dit waren allemaal mensen die niet voldoende hadden aan de zorg die onder normale omstandigheden werd aangeboden en een hoog risico hadden op opname in een verpleeg- of verzorgingshuis. Er was geen sprake van blinding of randomisatie, wel werden mensen uit de interventie- en controlegroep gematcht op onder andere fysieke en cognitieve status. Het grote aantal positieve effecten is uitzonderlijk in de literatuur over casemanagement. Mogelijk heeft het feit dat het ging om patiënten met een grote zorgvraag hier invloed op gehad. In de baselinekarakteristieken waren geen significante verschillen tussen de interventie- en controlegroep maar zorgvraag werd hierin niet meegenomen.

Sterk design: matchen op baseline karakteristieken, verschillende soorten uitkomstmaten, duidelijke interventie.

In het artikel van Cox⁸ werd alleen de mening van zorgverleners en mantelzorgers beschreven over het inzetten van casemanagement bij cliënten met dementie in een groep van 15 verschillende programma's in de Verenigde Staten. Zowel zorgverleners als mantelzorgers waren zeer enthousiast omdat de casemanager zorgde voor meer interactie tussen de verschillende zorgverleners. Er werd geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende programma's. Kwantitatieve metingen naar effectiviteit worden niet beschreven.

Zwak design: beschrijving van meningen, geen controlegroep, 15 programma's die op verschillende manieren werden uitgevoerd, werden als één groep beschouwd.

Een gerandomiseerde studie van Elomieni⁹ includeerde 53 mensen met dementie in de interventiegroep en 47 in de controlegroep. De interventie bestond uit een ondersteunend programma van twee jaar, gecoördineerd door een verpleegkundige in de rol van casemanager. Deze gaf training, ondersteuning en advies, was altijd bereikbaar en stond in contact met een arts. Bij aanvang van de studie en na één en twee jaar werden patiënten en mantelzorgers vijf dagen opgenomen in een centrum voor 'brain research en rehabilitation' (hetzelfde centrum als in de studie van Rahkonen³²). Patiënten werden onderzocht, voorgelicht en er werd een zorgplan opgesteld.

Zowel tijd tot opname in een ziekenhuis of verpleeghuis als tot overlijden waren na twee jaar niet significant verschillend tussen de groepen.

Sterk design: Duidelijke interventie, randomisatie, lange follow-up duur.

Elf casemanagers werden door Ferry³⁴ geïnterviewd met als doel meer te weten te komen over geriatrisch casemanagement. Alle geïnterviewden werden gevraagd naar het concept casemanagement en werd gevraagd twee casussen in te brengen. Van de 22 casussen gingen twaalf over mensen met dementie. Andere veelvoorkomende problemen hadden te maken met het opstellen van het zorgplan en problemen met de familie. De meest voorkomende en gewaardeerde interventies waren het monitoren van de gezondheid, een band opbouwen met de patiënt, informatie verstrekken en persoonlijke ondersteuning.

Zwak design: De resultaten werden gebaseerd op casussen die de geïnterviewden zelf in moesten brengen. Onduidelijk is welke criteria hieraan verbonden waren en wat mogelijke effecten van de keuze voor een casus op de uitkomsten kunnen hebben.

Door Fox³⁹ is een onderzoek uitgevoerd naar een programma met onder andere casemanagement voor Alzheimer patiënten. Dit programma werd op acht plaatsen uitgevoerd, waarbij een enigszins vrije interpretatie over de achtergrond en taken van de casemanager mogelijk was. Twee modellen (een groep met dertig cliënten per casemanager versus een groep met honderd cliënten per casemanagers) werden vergeleken met een controlegroep (geen casemanager). In totaal werden 8095 patiënten geïnccludeerd. Een onbekend aantal van de acht plaatsen liet een kleine significante reductie zien in belasting en depressie bij mantelzorgers. De toegang tot thuiszorg was groter (onbekend hoe dit is gemeten) maar er werd niet méér gebruikt gemaakt van deze mogelijkheden. Er waren geen verschillen te zien in de twee modellen met een verschillende caseload.

Zwak design: programma uitgevoerd op acht plaatsen met vrije interpretatie van de interventie, onduidelijk in hoeveel plaatsen de resultaten gevonden zijn, onduidelijk hoe variabelen gemeten werden.

Een randomized controlled trial van Jansen²⁹ laat geen significante of klinisch relevante verschillen zien tussen casemanagement en usual care in kwaliteit van leven, psychologische status, belasting, en gevoel van bekwaamheid van de mantelzorger, noch in kwaliteit van leven, aantal dagen tot opname en overlijden van de patiënt. De studie vergelijkt 54 patiënten en hun mantelzorger die zijn ingedeeld in de groep voor casemanagement door verpleegkundigen met 45 patiënten en hun mantelzorgers, ingedeeld in de groep die gebruikelijke zorg krijgt. De bedoeling was dat casemanagers een coördinerende functie hadden: de zorgvraag inschatten, advies en informatie geven en plannen, coördineren, organiseren en monitoren van de zorg. Uit nader onderzoek onder patiënten en casemanagers bleek dat deze taken niet werden voldoende werden uitgevoerd: de tijd tot het eerste bezoek was te lang, niet alle taken werden uitgevoerd en er werden verschillende verbeterpunten genoemd: betere zorgcoördinatie, meer tijd besteden aan huisbezoeken, beter begrijpen van de problemen van de patiënt, problemen bespreken en vervangende zorg regelen. Dit kan een verklaring zijn voor het feit dat er geen verschil werd gevonden tussen beide groepen.

Zwak design: alle aspecten van de interventie bleken onvoldoende te worden uitgevoerd waardoor weinig verschil was tussen interventie- en controlegroep.

Rahkonen³² deed onderzoek naar het effect van casemanagement op hoeveelheid thuiszorg, opnames en mortaliteit van patiënten van 65 jaar en ouder met een delier. Hiervoor werden 51 patiënten met een delier geselecteerd voor de interventiegroep en 51 mensen gezocht die qua geslacht en leeftijd overeenkwamen voor de controlegroep.

De interventie bestond uit een gespecialiseerd verpleegkundige die optrad als casemanager en een jaarlijkse 'rehabilitation period' (in hetzelfde centrum als de studie van Eloniemi⁹), waarin mogelijke ongediagnosticeerde ziektes werden opgespoord (onder andere dementie) en de patiënt met de best mogelijke fysieke, mentale en sociale status weer naar huis ging na een periode variërend van 1 – 25 dagen. Deze onderzoeken werden gedaan door een team bestaand uit een arts, gespecialiseerd verpleegkundige, fysiotherapeut, neuropsycholoog en een ergotherapeut. Een logopedist en maatschappelijk werker waren aanwezig indien nodig. Uitgebreid lichamelijk, beeldvormend en neuropsychologisch onderzoek werd verricht en de fysieke, mentale en sociale status werden bepaald door middel van een interview. Tweemaal daags werd fysiotherapie aangeboden. Tijdens dit alles werd de patiënt begeleid door de casemanager.

Patiënten in de interventiegroep maakten meer gebruik van thuiszorg in plaats van verpleeghuiszorg dan de controlegroep. Dit zou door de casemanager zijn gestimuleerd. Omdat er geen sprake was van randomisatie en het aantal geïnccludeerde patiënten klein was, bestaat twijfel of deze verandering in zorggebruik inderdaad door de interventie wordt veroorzaakt. Een andere reden voor deze twijfel is het feit dat er geen verschil was in gemiddelde tijd dat controle- en interventiepatiënten opgenomen waren in een ziekenhuis of verzorgingshuis.

Zwak design: geen randomisatie, alleen gematcht op leeftijd en geslacht, twijfel over gerapporteerde resultaten: minder gebruik van verpleeghuiszorg maar zelfde aantal dagen opgenomen in verpleeghuis.

Effectiviteit van multidisciplinaire teams:

Het artikel van Bellantonio¹² doet onderzoek naar de effecten van een geriatrisch team op het aantal transitie van dementerenden die in de afgelopen negen maanden zijn verhuisd naar een aangepaste wooneenheid. Honderd patiënten werden random ingedeeld in een controlegroep en een interventiegroep. De laatste groep werd tijdens de eerste negen maanden na hun verhuizing bezocht door een geriater of geriatrisch verpleegkundige, een fysiotherapeut, een diëtist en een medisch maatschappelijk werker. Het team kwam tweewekelijks bij elkaar en formuleerde dan adviezen voor patiënt en familie. De controlegroep kreeg de gebruikelijke zorg.

Alle soorten transitie die werden gemeten: ziekenhuisopname, opname in een verpleeghuis, opname op de spoedeisende hulp en overlijden kwamen minder vaak voor in de interventiegroep (variërend van 11% met $P = .70$ tot 63% met $P = .08$), maar van statistische significantie was geen sprake. Mogelijk was de studiepopulatie te klein.

Sterk design: Randomisatie, duidelijke interventie.

Door Van Hout³³ werd onderzocht of er verschillen zijn in het stellen van de diagnose dementie tussen huisartsen en een multidisciplinair team in een geheugenkliniek, bestaande uit een geriater, een neuroloog en een psycholoog. 64 huisartsen diagnosticeerden in totaal 93 patiënten met een vermoeden op dementie met behulp van NHG-standaard dementiesyndroom, de dementie richtlijn voor huisartsen. Vervolgens werden patiënten als referentie in een geheugenkliniek gediagnosticeerd door het multidisciplinaire team. Uitkomsten waren wel of geen dementie en type dementie. In 76% van de gevallen waren huisarts en geriatrisch team het eens over de diagnose dementie. Ongeveer net zoveel patiënten werden overgediagnosticeerd als ondergediagnosticeerd (12 versus 10). De schrijvers noemen dit acceptabel. In 53% van de gevallen kwam het vastgestelde type dementie overeen. Dit vinden de schrijvers niet acceptabel.

Dit artikel gaat er dus van uit dat een geriatrisch team de juiste diagnose stelt en test of de diagnose van de huisarts hiermee overeen komt. Dit zegt dus feitelijk niks over de effectiviteit van het team. Omdat ongeveer even vaak sprake was van overdiagnose als van onderdiagnose is het dus niet zo dat de huisarts of het team structureel dementiegevallen missen. In het artikel wordt geen verband gelegd tussen een verschil in diagnose en het type dementie. Het is dus onbekend of een bepaald type dementie vaker gemist wordt.

Zwak design: Vergelijking tussen huisarts en team zegt niet alleen iets over kunde van het team, design gaat uit van team als gouden standaard.

Door Phelan³¹ werd een onderzoek gedaan naar het effect van een geriatrisch team (Senior Resource Team) bij mensen van 75 jaar en ouder. 31 artsen met elk tien patiënten werden random ingedeeld in de interventie- of controlegroep. Daarnaast kon elke arts tot maximaal veertig patiënten zelf indelen bij de controle- of interventie groep.

Het geriatrisch team kwam wekelijks bij elkaar en bestond uit een geriater, twee nurse practitioners gespecialiseerd in geriatrie en een apotheker met geriatrische training. Met elke patiënt in de interventiegroep werd een intake gesprek gehouden, waarna overleg binnen het team plaats vond, gevolgd door een tweede gesprek met de patiënt waarbij een plan werd opgesteld voor behandeling. Deze was vooral gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven, dagelijkse activiteiten en sociale interactie stimuleren en risicoreductie van ziektes.

Na twaalf maanden waren significant meer patiënten in de interventiegroep gescreend op geriatrische syndromen ten opzichte van de controlegroep. 79% van de artsen vond de zorg voor hun patiënten verbeterd na invoering van het geriatrisch team. Ook had de interventiegroep een betere mentale

gezondheid na twee jaar. Andere positieve effecten, zoals betere fysieke gezondheid, of minder ziekenhuisopnames werden niet gevonden. Mortaliteit was hoger in de interventiegroep (gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en risicofactoren 11.4% in de interventiegroep en 7.1% in de controlegroep met $P = .03$). Een mogelijke verklaring, verschillen in ernst van ziektes tussen de twee groepen, werd niet gemeten. Een andere mogelijke, meer verontrustende verklaring is dat er geen duidelijkheid was over wie de klinische beslissingen moest nemen.

Zwak design: Zowel randomisatie als verdeling over de groepen op indicatie (meer waarheidsgetrouw), lange follow-up, maar gevaar voor patiënten.

Effectiviteit van casemanagement binnen een multidisciplinair team

De studie van Brodaty¹⁰ onderzocht het effect van casemanagement in een multidisciplinair team op gedragsproblemen bij mensen met dementie en een depressie en / of psychose. 86 participanten in elf verpleeghuizen werden random verdeeld over een casemanagementgroep, een controlegroep en een tussenvorm. Er waren aanwijzingen dat de groep die een casemanager toegewezen kreeg en van wie het behandelplan werd opgesteld door een multidisciplinair team, minder gedragsproblemen hadden dan de controlegroep. Echter, er was geen significant verschil aan te tonen, volgens eigen zeggen door een te lage power. Andere tekortkomingen zijn de korte follow-up (twaalf weken) en het feit dat hulpverleners patiënten uit beide groepen behandelden, en dus mogelijk enige vorm van interventie toe hebben gepast op de controlegroep. Ook was er te weinig personeel om de interventie zo optimaal mogelijk uit te voeren, omdat dit zo dicht mogelijk in de buurt kwam van de werkelijke situatie. Deze punten worden door de auteurs aangevoerd als extra aanwijzing dat er werkelijk een verschil in effect is tussen een multidisciplinair team met een casemanager en standaard zorg.

Zwak design: te lage power en zeer korte follow-up, hulpverleners behandelden patiënten uit zowel de controle- als interventiegroep, controlegroep werd deels behandeld volgens interventie.

In de studie van Callahan³⁵ worden 153 patiënten met Alzheimer random verdeeld (op niveau van de arts) over een interventiegroep (84) en een controlegroep (69). Patiënten uit beide groepen kregen informatie over de beschikbare zorg in de omgeving en hadden een gesprek met een gespecialiseerd geriatrisch verpleegkundige. Patiënten uit de interventiegroep werden gedurende twaalf maanden bijgestaan door een casemanager, die wekelijks contact had met een multidisciplinair team. Zij volgden acht protocollen en patiënten kregen daardoor allen het advies tot medicijngebruik. Na twaalf en achttien maanden was de mentale gezondheid van de interventiegroep beter in vergelijking met de controlegroep. Mantelzorgers uit de interventiegroep ervoeren minder stress. Er waren geen verschillen in ziekenhuis- en verpleeghuisopnames.

Mogelijk wordt deze uitkomst nog onderschat omdat de controlegroep ook een vorm van interventie kreeg. Bovendien werd niet gedocumenteerd in hoeverre men zich aan de protocollen hield. Minder trouw navolgen kan het effect hebben verkleind. Echter, het advies tot medicijngebruik, wat in veel gevallen werd opgevolgd, vaker in de interventiegroep dan in de controlegroep, kan ook een mogelijke verklaring zijn voor het bereikte effect.

Zwak design: De controlegroep ontvangt een vorm van interventie, het medicijngebruik kan een deel van het effect verklaren, ondanks randomisatie waren er baselineverschillen tussen de twee groepen, de power was mogelijk te laag.

De studie van Chien³⁶ is een gerandomiseerd experiment onder 88 dementiepatiënten en hun mantelzorger, random en gelijk verdeeld over een interventiegroep en een controlegroep. Gedurende zes maanden kreeg de interventiegroep hulp van een casemanager die deel uitmaakte van een multidisciplinair team. In twaalf sessies werd aandacht besteed aan oriëntatie op zorg, informatie in de vorm van een workshop, de rol van de familie en maatschappelijke ondersteuning. De casemanager bracht daarnaast huisbezoeken en evalueerde de zorgvraag. Na twaalf maanden was er een

significant verschil tussen de groepen in belasting van de mantelzorger, kwaliteit van leven, het aantal ziekenhuisopnames en de lengte ervan.

Sterk design: sterke scheiding tussen controle- en interventiegroep, randomisatie, geen verschillen tussen de groepen op baseline, lange follow-up.

In de studie van Counsell³⁷ werden 951 ouderen met een laag inkomen ingedeeld in een controle- of interventiegroep, waarbij randomisatie plaats vond op niveau van 164 huisartsen. Een nurse practitioner of maatschappelijk werker fungeerde als casemanager en werkte samen met de huisarts en een interdisciplinair geriatrisch team. Voor twaalf veelvoorkomende geriatrische gezondheidstoestanden waren protocollen beschikbaar. De werkwijze was als volgt: een eerste gesprek, overleg met het team, gevolgd door een tweede gesprek en het opstellen van een plan voor behandeling. Dit werd na één jaar herhaald. De controlegroep kreeg gebruikelijke zorg.

In de interventiegroep werd een betere mentale gezondheid, algemene gezondheid, vitaliteit en sociaal functioneren gevonden. Overige aspecten van gezondheid lieten geen significant verschil zien. Onder mensen met een hoog risico op ziekenhuisopnames werd een groter aantal bezoeken aan de spoedeisende hulp gezien in de interventiegroep.

Sterk design: groot aantal cases, randomisatie, werken volgens protocollen, duidelijke interventie, lange follow-up.

Een gerandomiseerde studie van Enguídanos³⁸ doet onderzoek naar het effect van vier verschillende interventies: informatie via e-mail (controlegroep); casemanagement via de telefoon; casemanagement met thuisbezoeken en een zorgplan opgesteld door een geriatrisch team; casemanagement in een geriatrisch team met een beschikbaar bedrag van \$2.000 voor zorg. Bij aanvang van de studie en na twaalf maanden werd een telefonisch interview gehouden. Van de 451 mensen die werden geïnccludeerd bleef 59,3% over. De overige mensen waren overleden, weigerden verdere medewerking, konden niet worden bereikt en 102 mensen waren te zwak voor verdere deelname. In welke interventiegroep deze mensen zaten wordt niet vermeld, noch of er een verband is tussen interventie en uitvallen. Er waren geen significante verschillen tussen de groepen voor alle uitkomstvariabelen: dagelijks functioneren, cognitieve status, mantelzorger belasting, ziekenhuisbezoeken, behalve depressie, maar dit verschil was niet klinisch relevant.

Mogelijk is dit te verklaren door het feit dat de controlegroep ook enige vorm van interventie kreeg (informatie via e-mail) en tweemaal een telefonische enquête afgenomen werd, wat zorgde voor extra aandacht en het kwijt kunnen van het verhaal.

Zwak design: Zeer groot uitvalpercentage (40,7%), onduidelijk of er een verband is tussen uitval en soort interventie, controlegroep kreeg ook vorm van interventie.

Bijlage 5 Indicatoren

Indicatoren voor ketenzorg, opgesteld door het PKD¹³

Themagebied	Indicator
Vóór diagnose	1. Informatievoorziening rondom dementie;
Diagnostiek	2. Percentage gediagnosticeerde dementerenden; 3. Percentage gediagnosticeerde jong-dementerenden;
Manifeste fase	4. Gebruik cliënt-ervaringen-monitor;
Trajectbegeleiding	5. Beschikbaarheid casemanager, aanwezigheid van een zorgplan; 6. Afspraken rondom monitoren van mantelzorgers;
Organisatie netwerk	7. Centraal registratiepunt; 8. Percentage crisisbedden; 9. Mogelijkheden respijtzorg; 10. Ontwikkelstadium van de keten.

Bijlage 6 Geïnterviewden

Naam en functie van de geïnterviewde personen en regio waarin ze werkzaam zijn

Naam	Functie	Regio
Casemanagement		
Natascha Brandenburg	Casemanager / SPV (Wezep)	Noord West Veluwe
Lidy Steenhof	Casemanager (Haarlem)	Zuid-Kennemerland
Joni Verhagen	Casemanager (Osdorp)	Amsterdam Nieuw West
Hennie Vermeulen	Casemanager (Houten)	Lekstroom
Ketenregie		
Lisette Dickhoff-Evers	Ketenregisseur	Noord-Limburg
Regina Falck	Ketencoördinator	Lekstroom
Mandy Leidekker	Projectleider	Amsterdam Nieuw West
Cocky Meijer	Ketencoördinator	Westelijk Utrecht
Ide Neumann	Projectleider	Noord West Veluwe
Paul-Jeroen Verkade	Hoofd DOC-Team (oud casemanager)	Noord-Kennemerland
Liesbeth van Woerkom	Coördinator Geheugenteam (oud casemanager)	Groningen
Overig		
Sophie Hakvoort	Organisatieadviseur	Lekstroom

Bijlage 7 Onderwerpenlijst interviews

1. *Onderwerpenlijst van het eerste deel van de interviews met ketenregisseurs over de organisatie, werkwijze, totstandkoming en financiering van ketenzorg in de regio. De precieze samenstelling hangt per regio af van de eventuele informatie die vooraf schriftelijk verkregen is.*

Aandachtspunten organisatie

- Naam team / keten
- Taken + verantwoordelijkheden van casemanager / ketenregisseur / teamleden
- Welke organisaties in de regio betrokken? + waarom niet?

Aandachtspunten werkwijze

- Overleg / afspraken: waarover / hoe?
- Samenwerking
- Traject van de cliënt

Aandachtspunten totstandkoming

- Idee / concept: door wie, met wie?
- Proces van oprichting

Aandachtspunten financiering

- Hoe, waarom?
- Veranderd?
- Wenselijke situatie, waarom?

2. *Onderwerpenlijst van het eerste deel van de interviews met casemanagers over de werkwijze in de regio. De precieze samenstelling hangt af van een eventueel gesprek dat al met de ketenregisseur uit de betreffende regio is gevoerd.*

Aandachtspunten werkwijze:

- Functie
- Traject van de cliënt
- Taakverdeling team
- Samenwerking
- Communicatie
- Welke organisaties in de regio betrokken? + waarom niet?

3. *Onderwerpenlijst van het tweede deel van de interviews met ketenregisseurs en casemanagers over succesfactoren van ketenzorg. De precieze samenstelling hangt af van wat eerder in het gesprek al aan bod is gekomen.*

Succesfactoren / verbeterpunten

- Welke succesfactoren? Waarom? Hoe is dit zo gekomen?
- Welke verbetermogelijkheden? Waarom? Hoe is dit te realiseren?

Succesfactoren uit de literatuur (voor zover nog niet aan bod gekomen)

- Cliëntgericht werken
- Coördinatie en taakverdeling
- Evaluatie en verbetering
- Kwaliteit en (bij)scholing

- Communicatie en samenwerking
- Financiering en regelgeving
- Betrokkenheid en draagvlak
- Motivatie en inzet
- Alle mogelijkheden verkennen
- ICT
- Aandachtspunten per succesfactor
 - Toepassing in deze regio + waarom?
 - Wenselijkheid + waarom?
 - Haalbaarheid + termijn + waarom?
 - Aanvaardbaarheid voor patiënt, zorgverlener, overig + waarom?
 - Beperkingen voor patiënt, zorgverlener, overig + waarom?
 - Voorwaarden: wat is ervoor nodig + waarom?
- Opmerkingen of aanvullingen?
- Evaluatie van het gesprek

13 REFERENTIES

- 1 Alzheimer Nederland. Beschikbaar via: www.alzheimer nederland.nl 2009. Geraadpleegd 28-09-2009.
- 2 Gezondheidsraad. Dementie. Den Haag: Gezondheidsraad 2002; publicatienr: 2002/04.
- 3 Nivel. Alzheimer brochure. Beschikbaar via: www.alzheimer nederland.nl 2006. Geraadpleegd 28-09-2009.
- 4 LDP werkgroep Financiering casemanagement bij dementie, LDP advies voor financiering van casemanagement bij dementie. 2007.
- 5 GGZ. Beschikbaar via: www.ggz nederland.nl 2009. Geraadpleegd 30-09-2009.
- 6 Online encyclopedie. Beschikbaar via: www.encyclo.nl 2009. Geraadpleegd 30-09-2009.
- 7 Challis D, von Abendorff R, Brown P, Chesterman J, Hughes J. Care Management, Dementia Care and Specialist Mental Health Services: An Evaluation. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:315-25.
- 8 Cox C, Albusu K. The Alzheimer's Connections Demonstration Program: Instituting A National Case Management Program. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2001 Sep-Oct;16(5):279-84.
- 9 Eloniemi-Sulkava UMSN, Irma-Leena N, Maija HRN, Sirkka-Liisa KMD, Juhani SMD, et al. Effects of Supporting Community-Living Demented Patients and Their Caregivers: A Randomized Trial. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:1282-7.
- 10 Brodaty H, Draper BM, Millar J, Low LF, Lie D, et al. Randomized Controlled Trial of Different Models of Care for Nursing Home Residents with Dementia Complicated by Depression Or Psychosis. *J Clin Psychiatry* 2003 Jan;64(1):63-72.
- 11 Jansen APD. Effectiveness of Case Management among Older Adults with Dementia Symptoms and Their Informal Caregivers. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2007.
- 12 Bellantonio S, Kenny AM, Fortinsky RH, Kleppinger A, Robison J, et al. Efficacy of A Geriatrics Team Intervention for Residents in Dementia-Specific Assisted Living Facilities: Effect on Unanticipated Transitions. *J Am Geriatr Soc* 2008 Mar;56(3):523-8.
- 13 Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport, Zogverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, ActiZ. Leidraad Ketenzorg Dementie. 2009a.
- 14 Vilans. Beschikbaar via: www.vilans.nl/smartsite.dws?id=119981 2009. Geraadpleegd 30-09-2009.
- 15 Raad voor volksgezondheid en zorg. Beschikbaar via: www.rvz.net 2009. Geraadpleegd 30-09-2009.
- 16 Inspectie voor de gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg 2003: Ketenzorg bij chronisch zieken. Den Haag 2003.
- 17 Veer ter P (red). Vier jaar LDP: dementie op de kaart. Vilans, CBO en Alzheimer Nederland 2008.
- 18 ZonMw. Tussentijdse evaluatie landelijk dementie programma. 2007.
- 19 Deloitte. Het programma ketenzorg dementie, een tussenbalans na de eerste fase. 2009a.
- 20 Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport. Beschikbaar via: www.minvws.nl 2009b. Geraadpleegd 19-10-2009.
- 21 Zorgverzekeraars Nederland. Beschikbaar via: www.zn.nl 2009. Geraadpleegd 19-10-2009.
- 22 Nederlandse zorgautoriteit. Beschikbaar via: www.nza.nl 2009. Geraadpleegd 19-10-2009.

- 23 Wmo. Beschikbaar via: www.invoeringwmo.nl 2009. Geraadpleegd 19-10-2009.
- 24 Baarda DB. Basisboek open interviewen. Noordhoff Uitgevers B.V. 1996.
- 25 de Caluwé L, Vermaak H. Leren Veranderen. Samsom, Alphen aan den Rijn 1999.
- 26 Zarit SH, Gaugler JE, Jarrott SE. Useful services for families: research findings and directions. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999 Mar;14(3):165-77.
- 27 Burns T, Lloyd H. Is a Team Approach Based on Staff Meetings Cost-Effective in the Delivery of Mental Health Care. *Psychiatry* 2004 Jul;17(4):311-4.
- 28 Jansen APD, Hout van HPJ, Marwijk van HWJ, Nijpels G, Bruijne de MC. (Cost)-Effectiveness of Case-Management by District Nurses among Primary Informal Caregivers of Older Adults with Dementia Symptoms and the Older Adults Who Receive Informal Care: Design of A Randomized Controlled Trial. *BMC Public Health* 2005 Dec;5:133-40.
- 29 Jansen APD. Effectiveness of Case Management among Older Adults with Dementia Symptoms and Their Informal Caregivers. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2007.
- 30 Smith GB. Case management guideline: Alzheimer disease and other dementias. *Lippincotts Case Manag* 2002 Mar-Apr;7(2):77-84.
- 31 Phelan EA, Balderson B, Levine M, Erro JH, Jordan L, et al. Delivering effective primary care to older adults: A Randomized, Controlled Trial of The Senior Resource Team at Group Health Cooperative. *J Am Geriatr Soc* 2007 Nov;55(11):1748-56.
- 32 Rahkonen T, Eloniemi-Sulkava U, Paanila S, Halonen P, Sivenius J, et al. Systematic intervention for Supporting Community Care of Elderly People after A Delirium Episode. *Int Psychogeriatr* 2001 Mar;13(1):37-49.
- 33 Hout van H, Vernooij-Dassen M, Poels P, Hoefnagels W, Grol R. Are General Practitioners Able to Accurately Diagnose Dementia and Identify Alzheimer's Disease? A Comparison with An Outpatient Memory Clinic. *Br J Gen Pract* 2000 Apr;50:311-2.
- 34 Ferry JL, Abramson JS. Toward Understanding The Clinical Aspects of Geriatric Case Management. *Soc Work Health Care* 2005;42(1):35-56.
- 35 Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW, Austrom MG, Damush TM, et al. Effectiveness of Collaborative Care for Older Adults with Alzheimer Disease in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2006 May;295(18):2148-57.
- 36 Chien WT, Lee YM. A Disease Management Program for Families of Persons in Hong Kong with Dementia. *Psychiatr Serv* 2008 Apr;59(4):433-6.
- 37 Counsell SR, Callahan CM, Clark DO, Tu W, Buttar AB, et al. Geriatric Care Management for Low-Income Seniors: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2007 Dec;298(22):2623-33.
- 38 Enguádanos SM, Jamison PM. Moving from Tacit Knowledge to Evidence-Based Practice: The Kaiser Permanente Community Partners Study. *Home Health Care Serv Q* 2006;25(1-2):13-31.
- 39 Fox P, Newcomer R, Yordi C, Arnsberger P. Lessons Learned from The Medicare Alzheimer Disease Demonstration. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2000 Apr-Jun;14(2):87-93.
- 40 Stichting Geriant, Cliënttevredenheidsonderzoek 2008.

- 41 Groenewoud H, Egers I, Pool A, de Lange J. Evaluatieonderzoek van de pilot casemanagement dementie in regio Delft Westland Oostland 2005 – 2007, eindrapport. Rotterdam, 2008.
- 42 Ravensbergen C, van Slooten E, van Wensum I. Eindrapportage casemanagement dementie. 2006.
- 43 Stichting Ketenkwaliteit COPD. Voorstel voor een model keten-DBC voor COPD. 2008.
- 44 Deloitte. Analyse van statusoverzichten: Hoe staat het ervoor met ketenzorg dementie?. Utrecht, oktober 2009b.
- 45 CC Zorgadviseurs. Beschikbaar via:
<http://www.cczorgadviseurs.nl/dienstverlening/dienst/voordelen-door-ketenzorg> 2009.
Geraadpleegd 30-10-2009.
- 46 Keten4Care. Beschikbaar via: www.keten4care.nl 2009. Geraadpleegd 30-09-2009.
- 47 Van de Rijdt – van de Ven T, Handreiking voor de organisatie van de medische en farmaceutische zorg aan ouderen in een verzorgingshuis en thuis, Landelijke Huisartsen Vereniging 2004.
- 48 Jonker C. Zorgketen Dementie Amsterdam, het StIDA project. Bureau SIGRA Dienstverlening 2008.