



Casemanagement in de dementieketen Capelle en Krimpen aan den IJssel

Dian Verberne-Nuijten
Jacomine de Lange

Academische Werkplaats Dementie
Kenniscentrum Zorginnovatie, Hogeschool Rotterdam,
Rotterdam, 2014

praktijkgericht onderzoek

Kenniscentrum
Zorginnovatie



Colofon

Dit onderzoeksproject is een van de projecten van de Academische Werkplaats Dementie (AWD). De AWD is een samenwerkingsverband tussen thuiszorg De Zellingen, Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam en het Van Kleef Instituut. Vanaf 2014 is de AWD verbonden aan de keten dementie in Capelle en Krimpen aan den IJssel. In de werkplaats wordt kennis rond de zorg voor mensen met dementie uitgewisseld tussen praktijk, onderzoek, opleiding en beleid. Onderzoekers en beroepskrachten werken nauw samen. De praktijk gaat meer evidence-based werken en de onderzoeksinstelling gaat meer praktijkgericht onderzoek uitvoeren. De verkregen kennis wordt vertaald naar voor de praktijk bruikbare producten, zowel voor het onderwijs als voor de zorgverlening.

Opdrachtgever: de keten Dementie Capelle en Krimpen aan den IJssel



De Academische Werkplaats Dementie werd gesteund door een subsidie van ZonMw-preventiekracht dicht bij huis



Kenniscentrum
Zorginnovatie

Inhoud

Colofon	2
Samenvatting.....	4
Inleiding	5
1.1 Achtergrond en aanleiding	5
1.2 Doel- en vraagstelling	7
Methode.....	3
2.1 Design	3
2.2 Setting en participanten	3
2.3 Procedure dataverzameling.....	3
2.4 Meetinstrument.....	3
2.5 Analyse.....	4
Resultaten.....	6
3.1 Verschillen in kenmerken van de casemanagers en landelijke vergelijking.....	6
3.2 Taakinfilling, overeenkomsten en verschillen.....	9
3.3 Het zorgproces	10
3.4 Begeleiden van de persoon met dementie en de mantelzorger.....	13
3.5 Signaleren van problemen, crisis.....	14
3.6 Coördinatie van zorg: totaaloverzicht houden.....	14
3.7 Niet cliëntgebonden taken	14
3.8 Een maatschappelijke taak	15
3.9 Verschillen tussen instellingen.....	16
3.10 Verschillen met landelijke beschrijvingen.....	16
3.11 Ervaringen met samenwerken	16
3.12 Samenwerken binnen de organisatie.....	17
3.13 Positie binnen de organisatie.....	17
3.14 Samenwerking tussen casemanagers binnen een organisatie	20
3.15 Samenwerking tussen de casemanagers binnen de keten.....	21
3.16 Samenwerken met de partners uit de keten.....	23
3.17 Visie op eenduidig en professioneel werken.....	24
3.18 Visie op eenduidig werken	25
Conclusies en discussie	26
4.1 Sterke en zwakke punten van het onderzoek	29
Implicaties voor de praktijk	31
Literatuur.....	34
Bijlagen	35

Samenvatting

Doelstelling

1. inventariseren van de variatie in werkzaamheden, visie, invulling van de functie, samenwerking en wensen van casemanagers in de regio Capelle en Krimpen aan den IJssel.
2. Vergelijking met landelijke beschrijvingen en standaarden.

Methode

Semigestructureerde interviews met de zes casemanagers uit de keten. Vergelijking van functiebeschrijvingen. Vergelijking resultaten met de Zorgstandaard Dementie, het Expertisegebied Casemanager Dementie en de resultaten van het landelijk evaluatieonderzoek Casemanagement Dementie.

Resultaten

In zeven stappen is beschreven hoe de casemanagers het zorgproces opbouwen. Hierin lijkt weinig verschil tussen de casemanagers. Verschillen werden vooral gevonden in kenmerken als vooropleiding, vervolgopleiding, en caseload (36 -84 cliëntparen per FTE). Hierin zijn ook verschillen te vinden met landelijke standaarden. Ook was er een verschil in het uitvoeren van niet-cliënt gebonden taken. Er zijn casemanagers die dit helemaal niet doen en casemanagers die dit veel doen. Casemanagers nemen een verschillende positie in binnen de eigen organisatie. Te onderscheiden waren positie als spil, vraagbaak, pionier, buitenstaander of voorlichter met een missie. Samenwerking en het gebrek daarin bleek een belangrijk onderwerp. Het betref zowel de samenwerking met de instelling waar de casemanager werkzaam is, tussen de casemanagers onderling als tussen de casemanagers en andere ketenpartners. Dit is deels vergelijkbaar met landelijk onderzoek. De casemanagers nemen geen centrale functie binnen de keten in, in tegenstelling tot de landelijke standaarden.

Implicaties voor de praktijk

Er worden aanbevelingen gedaan voor:

1. afspraken over eenduidige kenmerken van casemanagers binnen de keten (opleidingseisen, functiebeschrijving en caseload),
2. onderzoeken van mogelijkheid tot centrale registratie en toewijzing van cliënten,
3. gezamenlijk opstellen van eenduidige werkmethoden (protocol voor signaleren en monitoren van zorgbehoeften, toepassen van meetinstrumenten voor belasting van mantelzorgers en kwaliteit van leven van mensen met dementie, crisisprotocol) en een gemeenschappelijk zorgdossier,
4. afspraken over meer structurele samenwerking en intervisie tussen casemanagers onderling,
5. een duidelijker positie van casemanagers binnen de keten,
6. evaluatie van casemanagement binnen de keten.

Inleiding

1.1 Achtergrond en aanleiding

Binnen de ketenzorg dementie is de functie van casemanager relatief nieuw en nog volop in ontwikkeling. De definitie van casemanagement is:

Het systematisch aanbieden van gecoördineerde zorg, behandeling en ondersteuning door een vaste professional die deel uit maakt van een professioneel samenwerkingsverband, gericht op thuiswonende mensen met dementie en hun naasten, gedurende het hele traject van “niet plus” of de diagnose tot aan opname (in een woonvorm voor mensen met dementie) of overlijden (Zorgstandaard Dementie, 2013).

Het doel van casemanagement is: het ondersteunen van de persoon met dementie en diens mantelzorgers in het verloop van het dementieproces om zolang mogelijk in de eigen omgeving te blijven wonen (Peeters, de Lange e.a., 2012). Omdat elke persoon met dementie en zijn omgeving uniek is en elk dementieproces een eigen verloop kent, is het de uitdaging voor de casemanager om aan te sluiten bij de verschillende wensen en behoeften van alle betrokkenen (Peeters, de Lange e.a., 2012).

Binnen de keten Dementie in de regio Capelle en Krimpen aan den IJssel wordt casemanagement aangeboden door drie thuiszorgorganisaties te weten: Leliezorggroep (Agathos), de Vierstroom en de Zellingen. De drie thuiszorgorganisaties hebben ieder een eigen identiteit, te weten:

- ▶ Leliezorggroep, een christelijke thuiszorgorganisatie met een breed dienstenaanbod (www.agathos-thuiszorg.nl) en een breder werkgebied dan Capelle en Krimpen aan den IJssel
- ▶ Vierstroom, een thuiszorgorganisatie die volgens hun website werkt vanuit de vier kernwaarden: vertrouwd, samen, zekerheid en verder kunnen. Deze organisatie is ook actief buiten de regio van de keten Capelle en Krimpen aan den IJssel (www.vierstroom.nl).
- ▶ De Zellingen, een regionaal werkende thuiszorgorganisatie, die naar eigen zeggen werkt vanuit de kernwaarden: kwaliteit van leven, werken met gevoel, de plaats voor deskundige mensen en gericht op de toekomst (www.zellingen.nl).

De vraag die leeft binnen de keten Capelle en Krimpen aan de IJssel is hoe de casemanagers binnen deze keten meer eenduidig te werk kunnen gaan met behoud van de eigen identiteit van de instelling.

Landelijk onderzoek toont aan dat er binnen casemanagement niet eenduidig gewerkt wordt en dat er zowel tussen als binnen de regio's verschillen zijn in hoe het casemanagement organisatorisch en inhoudelijk wordt ingevuld (Peeters, de Lange e.a., 2012). Een verklaring voor deze verschillen is te vinden in het feit, dat het een relatief nieuwe functie betreft en er nog maar sinds kort een beroepsvereniging in oprichting is, die pas recent het expertisegebied van de casemanager heeft beschreven (Verkade e.a., 2012).

Een andere verklaring kan zijn dat de overheid de verantwoordelijkheid voor de specifieke invulling van casemanagement neerlegt bij de regionale zorgaanbieders en dat zorgverzekeraars verschillende voorwaarden stellen aan financiering.

De behoefte aan een eenduidige werkwijze van casemanagers en een duidelijk takenpakket binnen de regio's wordt ook genoemd door professionals in de Landelijke Evaluatie van Casemanagement Dementie (Peeters, de Lange e.a., 2012) en in de Zorgstandaard Dementie (2013). Casemanagement richt zich op: afstemmen en creatieve oplossingen verzinnen voor individuele situaties (Peeters, de Lange e.a., 2012). In de praktijk zou dit betekenen dat elke cliënt zijn eigen unieke traject en zorgplan krijgt. Het is een vorm van persoonsgerichte zorg, waarbij een eenduidige geprotocoliseerde werkwijze moeilijk te realiseren is.

Daarnaast is er een roep om meer duidelijkheid over taken van de casemanagers, zodat mantelzorgers weten wat ze kunnen vragen en verwachten. Een eenduidige werkwijze is hierbij van belang (Peeters, de Lange e.a., 2012).

Het beroep van casemanager is recent beschreven in drie documenten:

- ▶ Zorgstandaard Dementie (Vilans/Alzheimer Nederland, 2013);
- ▶ Expertisegebied casemanager dementie (Verkade e.a., 2012);
- ▶ Beschrijving van componenten van casemanagement in het landelijke evaluatieonderzoek (Peeters, de Lange e.a., 2012).

Deze drie documenten zijn op een viertal punten eenduidig.

1. De casemanager (ook wel: trajectbegeleider, zorgbegeleider, of dementieconsulent genoemd) is een vast aanspreekpunt en fungeert als een centrale vertrouwde professional, met veel kennis over dementie en de sociale kaart.
2. De casemanager begeleidt de persoon met dementie en de mantelzorger in de verschillende fasen van het ziekte-traject, en is betrokken vanaf het "niet pluisgevoel" of de diagnose tot aan een opname in het verpleeghuis of overlijden.

3. Het doel van casemanagement is ervoor zorgen dat de persoon met dementie zolang mogelijk thuis kan wonen met een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven voor de persoon met dementie en diens mantelzorger.
4. Het gewenste opleidingsniveau van een casemanager is minimaal HBO en een aanvullende opleiding. De Zorgstandaard en Verkade e.a. spreken daarbij een voorkeur uit voor een verpleegkundige achtergrond. Verkade e.a. stellen bovendien als eis een aanvullende opleiding tot casemanager en praktijkervaring.

1.2 Doel- en vraagstelling

Doelstelling

Dit onderzoek heeft twee doelen. Het eerste doel is het inventariseren van de variatie in werkzaamheden, visie, invulling van de functie, samenwerking en wensen van casemanagers in de regio Capelle en Krimpen aan den IJssel. Door de verschillende invulling van de functie, visie, wijze van samenwerking en wensen naast elkaar te leggen, wordt inzichtelijk gemaakt hoe binnen de keten gekeken wordt naar de functie casemanager.

Het tweede doel is de verschillende invulling van de functie casemanager in de regio Capelle en Krimpen aan de IJssel naast de drie landelijke beschrijvingen van casemanagement te leggen, te weten de Zorgstandaard Dementie, het Expertisegebied Casemanager Dementie en de Componenten van casemanagement uit het landelijk evaluatieonderzoek. Dit om te zien waar overeenkomsten en verschillen zijn.

De resultaten kunnen dienen als uitgangspunt voor een discussie met andere ketenzorgpartners om tot een regionale invulling te komen van de functie casemanager. De uitkomst van deze discussie kan leiden tot een meer eenduidige manier van werken, die past bij de betrokken instellingen met behoud van identiteit en die bijdraagt aan een verhoogde kwaliteit van zorg voor mensen met dementie en hun omgeving.

Om de informatie te verkrijgen om bovenstaande doelen te realiseren is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

Hoe wordt de functie van casemanager ingevuld in de ketenzorg dementie in de regio Capelle en Krimpen aan den IJssel?

Deelvragen waren:

1. Hoe vullen casemanagers hun functie in?
2. Wat zijn de verschillen en overeenkomsten onderling?
3. Wat zijn de verschillen en overeenkomsten met de componenten uit het landelijk evaluatieonderzoek, de Zorgstandaard Dementie en het Expertisegebied casemanager dementie?
4. Wat is de visie van de betrokken casemanagers op eenduidig en professioneel handelen?
5. Welke wensen hebben de casemanagers ten aanzien van hun taakinfilling in de toekomst en welke voorwaarden zijn daarvoor nodig?

Opbouw van het rapport

In hoofdstuk 2 beschrijven wij de gevolgde methode. In hoofdstuk 3 komen de antwoorden op deelvragen 1, 2 en 4 aan de orde. In hoofdstuk 4 reflecteren wij op deze resultaten en vergelijken we deze met de landelijke rapporten (deelvraag 3). Tevens geven we de sterke en zwakke punten van het onderzoek aan. In hoofdstuk 5 trekken wij conclusies en in hoofdstuk 6 bespreken we de implicaties voor de praktijk mede aan de hand van wat de casemanagers daarover gezegd hebben (deelvraag 5).

Methode

2.1 Design

Er is gekozen voor een kwalitatieve methode, namelijk het kwalitatieve interview. Met behulp van een semigestructureerd interview met alle casemanagers afzonderlijk kunnen de verschillende perspectieven in kaart worden gebracht.

2.2 Setting en participanten

Aan dit onderzoek hebben alle zes de casemanagers die werkzaam zijn bij de drie thuiszorgorganisaties in de keten, De Zellingen, Agathos en Vierstroom, deelgenomen. De respondenten zijn tijdens een gezamenlijke bijeenkomst gevraagd of zij willen deelnemen aan dit onderzoek. Tijdens deze bijeenkomst zijn de afspraken voor het interview vastgelegd. Alle interviews hebben plaatsgevonden op de werkplek van de betrokken respondent. Bij het interview waren alleen de respondent en geïnterviewde aanwezig.

2.3 Procedure dataverzameling

De duur van het interview varieerde van 60 tot 120 min. De interviews zijn afgenomen door de eerste auteur (DV, docent/onderzoeker bij het kenniscentrum Zorginnovatie). Het interview is opgenomen op audioapparatuur en volledig uitgetypt. Eén interview is nadat het is uitgeschreven, op haar verzoek toegestuurd aan de betrokken respondent. Deze heeft het interview voorzien van opmerkingen. Alle zes de interviews bevatten nieuwe informatie met betrekking tot de onderzoeksvraag. In die zin is er geen verzadigingspunt bereikt, maar omdat de hele populatie is geïnterviewd is dat geen probleem.

2.4 Meetinstrument

Een kwalitatief interview is een vorm van informatieverwerking, waarbij de interviewer één of meer respondenten bevroegt op grond van een onderzoeksvraagstelling. Daarbij geeft de interviewer de respondenten ruimte voor uitweiding - in hun eigen woorden - over de door hen ervaren feiten, hun beleving, betekenisverlening en

nuancering met betrekking tot het onderwerp van onderzoek en eventuele effecten daarvan op het uitvoeren van de functie. De interviewer probeert daarmee de leefwereld van de respondenten te begrijpen en te doorgronden (Evers, 2007). Het kwalitatieve interview onderscheidt zich van andere vraaggesprekken en conversaties doordat het wetenschappelijke of praktijkgerichte pretenties heeft (Evers, 2007). Voor het interview is een topiclist opgesteld op basis van de onderzoeksvraag en literatuur.

2.5 Analyse

De dataverzameling en –analyse verliepen in een cyclisch proces. Na elk interview werd een profielkaart ingevuld met daarop de bijdrage van het interview aan het beantwoorden van de vraagstelling, methodologische opmerkingen (bijvoorbeeld specifieke omstandigheden) en adviezen voor de volgende keer. Ook zijn er (methodologische en theoretische) notities bijgehouden in een logboek door de interviewer. Na afname van drie interviews vond er een tussentijdse analyse plaats.

De uitgetypte interviews werden gecodeerd door twee onderzoekers, deels samen, deels onafhankelijk van elkaar. Het coderen gebeurde door trefwoorden toe te kennen aan tekstfragmenten die antwoord gaven op de vragen: waar gaat dit tekstfragment over, en wat betekent dit. De codes stonden deels van tevoren vast, deels werden nieuwe codes toegekend op grond van het materiaal. De vooraf bepaalde codelijst werd opgesteld aan de hand van de vraagstelling in het interview.

Na het coderen van het eerste interview is een uitvoerige codeboom opgesteld. Na vier interviews werd aan de hand van de oude en nieuwe codes een nieuwe codeboom opgesteld en werden kernthema's geïdentificeerd zodat een analytisch kader ontstond. De volgende interviews werden geanalyseerd aan de hand van dit kader (Boeije, 2005).

Om de kwaliteit van het onderzoek te verhogen is er gekozen voor verschillende instrumenten om de analyse van de data aan te scherpen te weten:

- ▶ De interviews werden gecodeerd door twee onderzoekers.
- ▶ Peerreview. De resultaten van het onderzoek werden voorgelegd aan de leden van de werkgroep Onderzoek van de Academische Werkplaats Dementie.
- ▶ Member check. Er werd een conceptrapportage geschreven, die besproken werd in een member check met vier van de betrokken casemanagers (één was verhinderd en één had inmiddels een andere baan). Tijdens de member check

werd aan de respondent(en) gevraagd of zij de omschrijvingen, interpretaties en conclusies herkenbaar vonden en of zij aanvullingen hadden (Boeije, 2005). Veranderingen in de analyse naar aanleiding van de member check zijn geweest:

- ▶ bij de beschrijving van de positie van casemanager binnen de eigen organisatie is de typering “Manusje van Alles” aangepast naar “Vraagbaak”, “Vreemde eend in de bijt” naar “Buitenstaander” en “Voorlichter” naar “zendeling”.
- ▶ de respondenten hebben factoren aangedragen die van invloed zijn op de keuze van een sparringspartner
- ▶ tijdens de member check is uitvoerig gesproken over concurrentie of collega’s zijn van elkaar. De beschrijving rondom het delen van nieuwe producten is toegevoegd aan dit onderwerp.
- ▶ beschrijving wie er uit de keten spil zou kunnen zijn als het gaat om de zorg rondom een persoon met dementie.

Op basis van de member check en de verkregen feedback werd de definitieve tekst gemaakt en de resultaten vergeleken met het landelijk evaluatierapport, de Zorgstandaard dementie en het Expertisegebied casemanager dementie.

Het eindrapport werd besproken in de projectgroep ketenzorg Dementie Capelle en Krimpen aan den IJssel waar aanbevelingen voor vervolg van het invullen van de functie en werkwijze van casemanager binnen de ketenzorg Dementie Capelle en Krimpen aan den IJssel geformuleerd zijn en vervolgens aangeboden aan de stuurgroep.

Resultaten

3.1 Verschillen in kenmerken van de casemanagers en landelijke vergelijking

De leeftijd van de respondenten, allen vrouw, varieerde van 42 – 55 jaar (gemiddeld 50) (Tabel 1). Het ging om vrouwen met veel werkervaring. De helft van de casemanagers had een afgeronde hbo-opleiding en de andere helft een (langer geleden) afgeronde Mbo-opleiding. Vier casemanagers hadden een verpleegkundige achtergrond en vier hadden de opleiding tot casemanager dementie afgerond.

► Tabel 1: Achtergrondkenmerken van de respondenten

Leeftijd	Sekse	Basis- opleiding	Vervolgopleiding	Opleiding CM
42-55	Vrouw:	HBO-V:2	1 MGZ	Opleiding casemanager dementie afgerond: 4
(Gemiddeld 50)	6	HBO-J:1	Opleiding Video-	
		Verplk. A: 2	Home Training (VHT) Opleider VHT	In opleiding tot CM: 1
		MSPO (SPW):1	—————	Geen opleiding CM: 1
			1 Post HBO management + Post HBO indicatiestelling	
			—————	
			1 Lerarenopleiding Gezondheidskunde, Voorlichting en	

Opvoeding

3 geen
vervolgopleiding

Afkortingen: Verplk. A: Verpleegkunde A, MGZ: Maatschappelijke GezondheidsZorg, CM: Casemanager/Casemanagement SPW: Sociaal Pedagogisch Werker, HBO-J: HBO-Jeugdwelzijnswerk

► Tabel 2: Specifieke kenmerken van geboden Casemanagement

	1	2	3	4	5	6
Functie	CM	CM	CM	CM	CM	CM
Duur binnen de organisatie	5 jr, 3 jr officieel	5 jr, 3 jr officieel	2 à 3 jr	2 à 3 jr	10 à 12 jr	10 à 12 jr
Aantal uren werkzaam als CM	32	30	16 - 20	24	16	24
Overige functies (aantal uren)	Geen	OR (4 uur)	Interne opleider VHT Uitvoerder VHT Intensief ambulante hulpverlener (10 - 18 uur)	Geen	Manager in opleiding (16 uur)	Geen
Duur dienstverband als CM	1,9 jr	2 jaar	6 mnd	4,5 mnd	2x2 jaar met onderbreking van 2 jaar	4,5 mnd
Caseload	65	70	20	24	24	33

Caseload op basis van FTE	73	84	36	38	54	50
Start cm bij niet plus	Ja, meestal na de diagnose	Ja, meestal na de diagnose	Nee	Ja	Ja	Ja
Frequentie cliënt-contact	Op maat	Op maat	Op maat	Op maat	In het begin 1 x per 6 weken, later op maat	In het begin 1 x per 6 weken, op maat
Werkplek	Thuiszorg	Thuiszorg	Capelle + vanuit huis	Krimpen Tiendhoven en vanuit huis	Hoofdkantoor Zoetermeer Krimpen	Onbekend
Verzorgings gebied	Capelle, Krimpen, Nieuwerkerk	Capelle, Krimpen Nieuwerkerk	Capelle, Rotterdam-Alexander Nieuwerkerk	Krimpen	Capelle, Krimpen Zoetermeer	Onbekend

Verschillen tussen de instellingen en tussen de casemanagers

Vierstroom heeft de meeste ervaring met casemanagement, Agathos de minste. De functie is daar nog in opbouw (Tabel 2). Bij De Zellingen zijn vanaf het begin dezelfde casemanagers werkzaam. Bij Vierstroom en Agathos is er vanaf het begin wisseling in casemanagers geweest. Dat betekent dat cliënten verschillende casemanagers gehad zullen hebben, terwijl de kracht van casemanagement volgens de Zorgstandaard is dat dezelfde persoon het cliëntpaar van begin tot eind begeleidt. Het aantal uren varieert van 16 tot 32 uur per week. De Zorgstandaard Dementie (2013) beveelt aan een landelijke norm te stellen voor een minimaal aantal 'vliegreuren' per week, maar deze is nog niet vastgesteld. Zestien tot twintig uur per week wordt over het algemeen weinig gevonden, zeker voor onervaren casemanagers.

De meeste casemanagers hebben de post-HBO opleiding tot casemanager afgerond. De Zellingen en Vierstroom beschrijven in hun functieprofiel Hbo-niveau aangevuld met opleiding casemanagement als vereiste, Agathos noemt naast een Hbo-opleiding ook de in-service opleiding tot verpleegkunde aangevuld met MGZ opleiding, en noemt de opleiding casemanagement niet als vereiste (zie bijlage 2). De Zorgstandaard Dementie (2013) stelt dat minimaal een Hbo-opleiding vereist is voor casemanagers met een aanvullende opleiding tot casemanager dementie. Het expertisegebied Casemanagement (2012) voegt daar aan toe dat dit bij voorkeur een verpleegkundige opleiding dient te zijn. In de functiebeschrijvingen van de deelnemende instellingen staat bij twee instellingen dat een Hbo-opleiding met aanvullende opleiding casemanagement vereist is, bij de derde instelling staat A, B, of Z, verpleegkundige met MGZ-opleiding of andere relevante Hbo-opleiding (bijlage 2).

De caseload op basis van FTE verschilt van 36 tot 84 cliëntparen. Dit is voor een gedeelte te verklaren doordat sommige casemanagers nog in de fase van opbouw van hun caseload zitten en voor een ander deel doordat casemanagers met een hoge caseload vlak na de interviews versterking hebben gekregen van een nieuwe collega. De landelijk aangegeven norm is een caseload van ongeveer 50 per FTE (Zorgstandaard Dementie, 2013). Uit het landelijke evaluatieonderzoek casemanagement (Peeters en de Lange, 2012) bleek dat de caseload in Nederland per regio erg verschillend is. Uit de uitkomstenmeting netwerkindicatoren 2013 van Vilans bleek dat de gemiddelde caseload per FTE casemanager in 2011 49 bedroeg en in 2013 60 (Vilans, 2014).

3.2 Taakinfilling, overeenkomsten en verschillen

Alle casemanagers benoemden in grote lijnen dezelfde elementen in hun taakinfilling (Tabel 3). De onderdelen van het zorgproces noemden ze allemaal en ook zowel de begeleiding van het cliëntpaar als de coördinatie van de zorg. Verschillen zijn er vooral bij niet-clientgebonden taken en de visie op casemanagement als ook een maatschappelijke taak. Hoe meer ervaren de casemanager, hoe meer niet cliëntgebonden en maatschappelijke taken deze op zich nam. Hieronder beschrijven we hoe de casemanagers hun taak opvatten.

► Tabel 3 Taakinhoud genoemd door de casemanagers

1	Het zorgproces
1.1	Vertrouwen opbouwen
1.2	Voorlichting geven over dementie, psycho-educatie
1.3	Vertellen wat je kunt betekenen en laten zien wat de mogelijkheden zijn
1.4	Het netwerk erbij betrekken
1.5	In kaart brengen wat er nodig is
1.6	Helpen met het kiezen van de juiste oplossing
1.7	Regelen wat er nodig is
2	Begeleiden van de persoon met dementie en de mantelzorger
	- Helpen bij verwerking
	- Begeleiden en ondersteunen bij het doormaken van transitie's
	- Blijven prikkelen
	- Regie behouden
3	Signaleren van problemen, crisissen
4	Coördineren van zorg zodat ze zo lang mogelijk thuis kunnen blijven, totaaloverzicht houden
5	Niet-cliëntgebonden taken
6	Maatschappelijke taak

3.3 Het zorgproces

1. Een relatie aangaan, vertrouwen winnen

Casemanagers gaven aan dat een voorzichtig begin van de relatie met de persoon met dementie en de mantelzorger belangrijk is. Voordat je iets kunt doen moet je 'Vertrouwen opbouwen'. Soms begint de casemanager met alleen maar er te zijn en te observeren wat het probleem is, zonder verder nog iets te doen.

“Dat is ook vaak afhankelijk van hoe ver ze zijn in het verwerken. Soms doe je bij het eerste huisbezoek nog niet veel anders dan alleen maar vragen: ‘Hoe was het vroeger? Waar kom je vandaan? Hoe zag je jeugd er uit?’ Dan ga je de volgende gesprekken pas verder. Het is zo aftasten. Ook de leeftijd, of iemand 85 of 65 is, dat maakt een verschil. Je bent eigenlijk alleen maar open en ontvankelijk en je hebt eigenlijk in het eerste gesprek als doel niet meer dan erachter te komen: ‘Wie is die ander? En wat kan ik op dit moment al? Kan ik al iets? Of moet ik afwachten?’”

2. Voorlichting geven over dementie

Alle casemanagers vonden voorlichting geven over dementie en omgaan met dementie een belangrijke taak. Zij constateerden een grote behoefte hieraan bij de cliëntparen. Als onderwerpen werden genoemd: leren omgaan met dementie, mensen met dementie blijven prikkelen tot activiteiten en psycho-educatie geven.

3. Vertellen wat je kunt betekenen en laten zien wat de mogelijkheden zijn

De meeste cliëntparen hebben nog nooit van een casemanager gehoord, dus het is van belang om uit te leggen wat een casemanager komt doen, maar ook welke mogelijkheden er in de regio zijn voor mensen met dementie en hun naasten.

“In de bezoeken lijkt dat heel erg vanzelfsprekend te gaan. Het lijkt of mensen gewoon een gezellige visite krijgen. Maar wat ik zelf altijd wel heel helder probeer te houden is: kenbaar maken waar ik voor kom, wie ik ben, wat ik doe, wat mijn werk is, met wie ik contacten onderhoud en wat dat voor een mogelijkheden biedt, in aansluiting op welke vraag er is. Ik ben niet zomaar de buurvrouw die even langskomt.”

4. Het netwerk erbij betrekken

Alle casemanagers gaven aan dat ze zich niet alleen op de cliënt en de primaire mantelzorger richten, maar ook een breder netwerk rondom de cliënt bij de zorg betrekken en hen uitleggen wat het betekent om dementie te hebben.

“Ik vind het altijd heel belangrijk om het netwerk daarbij te betrekken, die hebben ook heel vaak behoefte aan gesprekken. Zowel met de persoon met dementie samen, maar ook alleen hier op kantoor. Dus ik organiseer ook familiegesprekken, kinderen erbij betrekken als er spanningen zijn. Ook hen laten merken dat ik ze in de picture heb. Dat ik het ook belangrijk vind dat zij ervan weten. Dan doe je ook een stukje psycho-educatie: Wat is dementie? En wat kan je daarbij verwachten? En hoe kunnen zij het beste omgaan met hun vader of moeder?”

“Ik doe dat door in gesprek te gaan met degenen rondom de persoon met dementie en te hopen dat het zo ook mond tot mond weer verder gaat. Je begint ook in de kring van degene met dementie, de partner, de kinderen, wellicht ook de burens, wie er allemaal mee te maken hebben en gewoon goed uitleggen van wat is nou dementie. En vooral ook de voorlichting vind ik heel belangrijk daarin.”

5. In kaart brengen wat er nodig is

Als het vertrouwen eenmaal gewonnen is, is het tijd om in elke specifieke situatie in kaart te brengen wat er nodig is en vooral, zoals de casemanagers aangaven, of het cliëntpaar er aan toe is. Elke casemanager had hiervoor een eigen methode. Er was geen gemeenschappelijke methode voor zorgdiagnostiek binnen de keten.

“Dan ga je verder vragen, er zijn verschillende domeinen in je leven, dat zijn voeding, veiligheid, die dingen. Die ga je dan een beetje verkennen, onderzoeken. Vaak heb je dan een volgend gesprek. Dat hangt er ook vanaf hoe ver ze in het proces zijn. Kunnen ze alles nog zelf? Kunnen ze alles nog zelf regelen? Hebben ze nog goede eigen regie? Of kan dat niet? Dan kan je dus iets aanbieden. Hoe loopt het met het huishouden? Lukt alles nog? Daar kan je dus van alles bij bedenken van ramen zemen, op trapjes staan, voeding, boodschappen doen, eten koken, goede kousen, dat soort dingen.”

6. Helpen met kiezen van de juiste oplossing

Het gaat niet alleen om voorlichting over de mogelijkheden maar ook om mensen te ondersteunen bij het kiezen van de juiste oplossing. Men zou kunnen zeggen dat het hier om *Shared Decision Making* gaat, maar dit werd niet als zodanig door de casemanagers benoemd en dit werd ook niet op een methodische manier uitgevoerd.

“De mensen helpen met kiezen, met de wirwar van mogelijkheden die er zijn, daar een beetje structuur in brengen. Het dementieproces maakt ook dat het een chaos in je hoofd wordt. Hoe kan je dan structuur aanbrengen in het dagelijks leven, ook voor familie en mantelzorgers. Want daar komt natuurlijk ook heel veel op af. Want ja, het gezegde van: zij heeft dementie, maar hij lijdt er onder. Dat is gewoon zo.”

7. Regelen wat er nodig is

Pas als dit allemaal in kaart is gebracht, gaat de casemanager over tot actie. Als taken werden hierbij genoemd: de indicatie aanvragen, contacten met huisarts en andere professionals die betrokken zijn.

“Bijvoorbeeld overleg met de BAVO op het moment dat er een rechterlijke machtiging aan te pas moet komen. Dat coördineer je, en je overlegt ook met de huisarts. Ik vind toch ook heel belangrijk dat je vraaggericht en klantgericht werkt, uitgaande van de cliëntsituatie en dan daar de zorg op inzetten die nodig is op dat moment.”

3.4 Begeleiden van de persoon met dementie en de mantelzorger

Casemanagers gaven aan dat ze samen met de cliënt zoeken naar nieuwe mogelijkheden voor het uitvoeren van taken en voor bezigheden.

“Op het moment dat iemand het idee heeft: ‘Ik had nog zo graag eens willen sporten maar dat lukt niet meer, want dat kan nou eenmaal niet anders.’ Dan zeg ik: ‘Hoezo niet?’ En dan kan je duidelijk maken wat je daarin kan betekenen. Dus je haakt altijd aan bij wat er leeft of waar je van denkt dat is een stap die er nu aan zit te komen, zo probeer ik dat.”

Een belangrijke taak vonden de casemanagers om mensen die in eerste instantie niet willen, toe te leiden naar zorg. Hierin vullen ze andere hulpverleners aan die dit niet gemakkelijk voor elkaar krijgen en begeleiden hen erbij.

“Bijvoorbeeld een mevrouw die absoluut niet gewassen wil worden, waar de thuiszorg helemaal in vastloopt want ze krijgen het niet voor elkaar om die vrouw te wassen. Dan ga ik eerst met de klantcoördinator overleggen over waar ligt het nou aan, wat gebeurt er nou precies. En dan met elkaar toch een bepaalde doelstelling opstellen en een zorgplan maken en kijken welke mogelijkheden er nog meer zijn. Uiteindelijk is er toen voor gekozen om ook gespecialiseerde thuisbegeleiding in te gaan zetten, en daar heb ik dan regelmatig contact mee. En ik zorg ook dat de thuisbegeleiders weer contact hebben met de verpleegkundigen van de thuiszorg die daar komen, zodat het goed op elkaar afgestemd wordt. En de thuisbegeleidster is nu ook echt bezig om het vertrouwen te winnen bij deze mevrouw en inmiddels krijgt ze het toch voor elkaar om deze mevrouw een keer per week te helpen met douchen.”

Sommigen leggen de er de nadruk op dat ze uitgaan van wat iemand zelf kan en zorgen dat de mensen met dementie de regie behouden.

“Dat vind ik echt ook heel belangrijk dat de regie niet overgenomen wordt. Dat is iets wat ik ook gelijk aangeef bij het eerste gesprek. Je ziet dat mensen vaak denken: ‘Oh jee, een casemanager die gaat bepalen wat ik allemaal ga doen en die gaat alles overnemen.’ Dat idee haal ik gelijk weg en ik geef duidelijk aan: ‘Nee alles wat u zelf kan doen, dat moet u ook blijven doen zo lang mogelijk en op het moment dat het ook echt niet meer gaat, dan wil ik gaan ondersteunen, daar waar nodig, maar ik kijk ook of er eventueel mantelzorg is die het over kan nemen en dat u zolang mogelijk alles zelf kan blijven doen.”

“Op het moment dat je teveel gaat overnemen zal iemand ook geneigd zijn om achterover te leunen: ‘ik kan niks meer en ik ben hulpeloos’ en daardoor ook sneller opgenomen moeten worden. Ik vind ook vanuit mijn ervaring als wijkverpleegkundige dat er te snel betuttelend gewerkt wordt. Daar heb ik echt een hekel aan. Ik merk ook wel dat mensen dat niet prettig vinden. Er zijn nog zoveel manieren om toch zichzelf

te kunnen helpen en dat vind ik juist een uitdaging om dat uit te vinden en uit te zoeken.”

3.5 Signaleren van problemen, crisis

Casemanagers vonden dat ze een belangrijke hebben taak bij crisissen. In eerste instantie proberen ze die te voorkomen, maar als dat onvermijdelijk is, zijn zij degenen die moeten ingrijpen. Voor beginnende casemanagers is dit moeilijk omdat er geen protocol voor bestaat binnen de keten.

“En ja kijk, wat betreft de persoonlijke verzorging, soms zie ik iemand die altijd maar dezelfde kleding aan heeft. En als die persoon wat ruikt. Dan trek je aan de bel. Als ik hoor, die gaat straks dwalen in d'r ponnetje. Dat kan een spoedopname worden. En dan zeggen de kinderen: ‘ja, het valt wel mee, op hoop van zegen zullen we nog maar even wachten? Nou dat is dus ‘dan de vraag. Moet ik een interventie doen of niet? Ik bedoel dat is altijd in overleg met de familie, maar ik ga eerst naar die mevrouw toe om te zien hoe het gaat.”

Bij deze taak hoort ook te zorgen dat de situatie veilig blijft in combinatie met een goede kwaliteit van leven.

“Ik moet ook waken over de veiligheid van mevrouw, want ik vind het niet meer veilig als ze 's nachts dwaalt en bij de burens aanbelt en noem maar op. En zeker zonder kleding in deze kou. Veiligheid, dat is punt één. En punt twee is: kunnen we hier nog spreken van een kwaliteit van leven die wij voorstaan?”

3.6 Coördinatie van zorg: totaaloverzicht houden

De casemanager is iemand die het totaaloverzicht probeert te bewaken, dus het cliëntensysteem maar ook het netwerk eromheen van burens, kennissen, kerk, familie, en verpleegkundigen met als doel dat mensen zolang mogelijk thuis kunnen blijven wonen, aldus de casemanagers.

“Ik zorg ervoor dat mensen zolang mogelijk thuis kunnen blijven wonen samen met hun partner en ik ondersteun de cliënt daarin en de partner. Door te ondersteunen, te begeleiden, te coördineren, te monitoren, samen te werken met verschillende disciplines, samen met de huisartsen, de thuiszorg, waar ze dan ook op dat moment gebruik van maakt, de dagverzorging of de BAVO.”

3.7 Niet cliëntgebonden taken

Vooraf de ervaren casemanagers noemden ook de niet-clientgebonden taken als organiseren en begeleiden van het Alzheimercafé, voorlichting geven over dementie

binnen de keten, scholing geven over dementie binnen de organisatie, een bijdrage leveren aan scholing bij de opleiding Verpleegkundige Geriatrie en Gerontologie, workshops geven op congressen. In de instelling waar het casemanagement nog niet zo lang bestaat gaat ook tijd uit naar het opzetten van casemanagement binnen de organisatie. Ervaren casemanagers gaven aan dat ze dergelijke taken graag meer zouden willen doen, maar daar weinig tijd voor hebben.

“Je krijgt bijvoorbeeld een verzoek van een 50+ flat of je krijgt een verzoek van de mensen die signalerend huisbezoek doen bij de gemeente. Je ziet het ook bij de huishoudelijke hulpen waar je voorlichting moet geven over de dementie. Dus op die manier kun je dan toch je verhaal kwijt dat dementie geen enge ziekte is.”

“Ik denk dat je meer de boer op zou kunnen gaan om jezelf te laten zien, ook als casemanager. Je zou bijvoorbeeld in de plaatselijke kranten meer kunnen betekenen of je zou in een bibliotheek eens een avond kunnen organiseren of in ieder geval iets laagdrempeligs. Want als je het in een gezondheidscentrum doet dan wordt het direct gelieerd aan een ziektebeeld. Het is natuurlijk ook wel een ziektebeeld maar je moet het laagdrempelig houden. En daar waar je mensen kunt ontmoeten... en misschien moet je dat ook op scholen gaan doen. Want je moet al jong beginnen om te laten zien dementie is heel erg, een afschuwelijke ziekte, maar mensen kunnen nog heel veel zelf. En blijf mensen met respect behandelen en laat ze vooral doen wat ze kunnen. En ik denk wel dat je daar al jong mee moet beginnen.”

3.8 Een maatschappelijke taak

Een casemanager van de Vierstroom geeft duidelijk aan dat ze ook een maatschappelijke taak heeft om het taboe dat vaak nog rust op dementie te doorbreken, wat uiteindelijk ook ten goede zal komen aan haar cliënten.

“Ik kom bij mensen met dementie heel veel tegen dat ze in isolement komen te zitten. Deels komt dat natuurlijk door hun ziektebeeld, maar ook zeker door de mensen om hen heen. Vandaag heb je geen diagnose en morgen wel en zodra je die diagnose hebt, gaan ineens allemaal mensen zich met je bemoeien en zeggen hoe je het moet doen en zeggen dat je dingen niet meer mag doen. En ze worden heel snel buitenspel gezet.”

“Ook de maatschappij kennis laten maken met dementie vind ik een belangrijke taak. Dat dementie niet besmettelijk is en niet eng, dat mensen niet ineens gek worden, om te voorkomen dat mensen direct buitenspel gezet worden. Dat vind ik een belangrijke taak als casemanager.”

3.9 Verschillen tussen instellingen

Er lijken weinig verschillen te bestaan tussen de instellingen in opvattingen over cliëntgebonden taken. Alle casemanagers benadrukken het belang van het opbouwen van een relatie, begeleiden van de persoon met dementie en de familie en coördineren van de zorg. Verschillen zijn meer accentverschillen. Bij de Vierstroom wordt nadruk gelegd op eigen regie en een maatschappelijke taak, bij De Zellingen ligt een accent op advies en scholing binnen de instelling en het organiseren van het Alzheimer café. Agathos is nog zoekende naar het juiste profiel voor de casemanager en doet weinig niet cliëntgebonden taken.

Alle instellingen hebben een functieprofiel voor de casemanager (zie bijlage 2 voor een samenvatting). Deze verschillen wel iets. Bij de Vierstroom ligt meer nadruk op coördinatie, minder op begeleiding. Het is een algemeen profiel voor een casemanager. Dementie wordt er niet in genoemd. Bij Agathos staan alleen cliëntgebonden taken in het profiel. Vierstroom en Zellingen benoemen dat de casemanager ook een duidelijke functie heeft naar nieuw beleid maken of een bijdrage leveren aan nieuw beleid.

3.10 Verschillen met landelijke beschrijvingen

De officiële beschrijvingen van Verkade e.a. 2012, Peeters e.a. 2012 en de Zorgstandaard Dementie (2013) (zie Bijlage 3 voor een samenvatting) zijn uitgebreider dan wat de casemanagers noemden. Dit wil niet zeggen dat ze de in de officiële documenten genoemde taken niet uitvoeren. Professionals hebben vaak moeite precies onder woorden te brengen wat ze doen en hoe ze het doen.

De casemanagers noemden niet het begeleiden bij gedragsproblemen. Ook het toepassen van specifieke benaderingswijzen, interventies en richtlijnen werd niet genoemd. Dat komt wel overeen met de resultaten van het onderzoek van Peeters e.a. (2012) waarin werd geconstateerd dat er nog weinig methodisch gewerkt werd. Ten slotte noemden de casemanagers ook niet het ondersteunen van maatschappelijke participatie van mensen met dementie en hun mantelzorgers en het voorbereiden op de toekomst.

3.11 Ervaringen met samenwerken

“Samenwerking dat moet gewoon gebeuren om je staande te houden in deze functie”

Tijdens de interviews bleek het thema Samenwerken naar voren te komen als een heel belangrijk thema voor de casemanagers. In deze paragraaf geven we antwoord op de vraag hoe de samenwerking tussen casemanagers verloopt binnen en buiten de organisatie en hoe casemanagers samenwerken met ketenpartners.

3.12 Samenwerken binnen de organisatie

De casemanagers werken met verschillende disciplines binnen de organisatie samen. Disciplines die genoemd worden zijn: verzorgenden, verpleegkundigen, zorgteammanagers, klantencoördinator dagverzorging, dagbesteding, huishoudelijke dienst, ergotherapie, fysiotherapie, aanmeldbureau, thuisbegeleiding, partners, kinderen en overige familie.

De taken die kenmerkend zijn voor de casemanagers binnen deze samenwerking zijn:

- ▶ De casemanager heeft specifieke kennis over de verschillende fasen van dementie en kan van daaruit passende adviezen geven aan de andere disciplines binnen de organisatie.
- ▶ De casemanager stemt de adviezen, bv rondom de mate van activering van de cliënt, af tussen de verschillende hulpverleners binnen de organisatie. Dit is om te zorgen dat alle betrokkenen eenduidig de cliënt benaderen.
- ▶ De casemanager brengt de betrokken disciplines met elkaar in contact en coördineert de zorg.
- ▶ De casemanager stelt een zorgplan op.

3.13 Positie binnen de organisatie

De positie die de casemanager inneemt binnen een organisatie verschilt per organisatie, maar ook per individu. De onderscheiden posities zijn: Spin in het web, Vraagbaak, Pionier, Buitenstaander, Voorlichter (Zendeling). Soms voelt een casemanager zich thuis in meer dan één positie.

Spin in het web

“Spil, degene waar het altijd weer terugkomt, dus de verzamelaar, degene die alles ordent en bij elkaar houdt om het overzicht te bewaren.”

De casemanager dementie heeft in deze variant een centrale positie binnen de organisatie, als het gaat om de zorg voor mensen met dementie. Zij houdt het overzicht over het dementieproces en de daarbij behorende zorg rondom de cliënt. Zij is zowel voor als achter de schermen actief betrokken bij de zorg rondom de persoon met dementie en zijn mantelzorgers. Dit betekent dat de casemanager actief met de cliënt en zijn omgeving in contact is, maar ook met de cliënt in de weer is als deze daar niet fysiek bij aanwezig is, bv het aanvragen van indicatiestelling, of het afstemmen van zorg rondom de cliënt. De casemanager dementie wordt snel ingeschakeld door andere professionals bij signalen of vermoedens van dementie.

Vraagbaak

“Ik probeer wel zoveel mogelijk alle vragen waarmee een casemanager overspoeld wordt, ook weer terug te leggen. Dus als zo’n collega belt of mailt, zeg ik: ‘Kijk eerst eens zelf wat je er mee zou kunnen doen’. Dat lukt niet altijd en zou ik wel beter begrensd willen hebben: bij wie, wat hoort. Dit geldt voornamelijk voor binnen de organisatie.”

Zorgverleners van binnen de organisatie leggen vraagstukken rondom cliënten met dementie automatisch als eerste voor aan de casemanager. Zij vragen zich niet eerst kritisch af of de vraag tot de taken van de casemanager hoort. Zodra er een vermoeden van dementie is, wordt de casemanager ingeschakeld zonder dat de zorgverlener zelf eerst nagaat welke zorg ze zelf kan leveren. Dit laten zij over aan de casemanager. Voordeel is dat de casemanager kennelijk een duidelijke positie binnen de organisatie heeft en de medewerkers haar weten te vinden. Het gevolg is ook dat er vragen van allerlei soort terechtkomen bij de casemanager, terwijl deze eigenlijk ergens anders thuishoren. Het is bij de betrokken zorgverleners vaak niet duidelijk welke vraag bij wie hoort en als het om dementie gaat, is de casemanager dementie een duidelijk iemand. Hierdoor dreigt de positie van ‘Vraagbaak’ die van ‘Manusje van alles’ te worden. Dit heeft tot gevolg dat de casemanager strategieën gaat bedenken om de zorgverleners zelf te leren naar de oplossing te zoeken. Dit om te voorkomen dat zij overbelast raakt.

Pionierende Verkenner

“Ik ben gewend om te pionieren, dus ik zoek het ook wel heel erg zelf uit”

Casemanagement is in deze variant een vrij nieuwe functie binnen de organisatie,

die nog een positie binnen de organisatie moet verwerven. De casemanager is nog aan het uitzoeken en ontdekken hoe zij haar werk het best kan organiseren, waar zij terecht kan met vragen, wat casemanagement kan betekenen voor de organisatie en wat de organisatie wil met casemanagement. De casemanager ervaart het als pionieren om de functie en positie van casemanager binnen de organisatie in te vullen en te verwerven. Zij vindt dit wel een prettige positie.

Buitenstaander

Ook deze omschrijving is van toepassing wanneer de casemanager pas begonnen is in deze functie. De casemanager is in de functie geplaatst en moet zelf ontdekken wat de keten inhoudt, hoe de organisatie in elkaar steekt, waar documenten te vinden zijn, en wat de werkwijze van de organisatie of keten is. De casemanager heeft eigen ideeën en is kritisch naar de organisatie, waardoor ze in de positie van relatieve buitenstaander terechtkomt.

De casemanager merkt op dat de organisatie vooraf niet goed heeft nagedacht over de positie en taakvervulling van casemanagement. Dit betekent dat zij niet op de hoogte is van wat de organisatie belangrijk vindt in de functie van casemanagement en het onduidelijk is wat zij precies moet weten over de organisatie om de functie goed uit te kunnen oefenen. De cultuur die heerst binnen de organisatie wringt met de persoonlijke visie op uitvoeren van werkzaamheden. In de praktijk leidt tot veel vragen zoals bijvoorbeeld:

- ▶ Hoe zijn mogelijkheden voor financiering?
- ▶ Waarmee moet de casemanager rekening houden als deze wordt ingeschakeld bij een cliënt die reeds een volledig zorgpakket heeft?
- ▶ Hoeveel uur kan een casemanager aan indicatie besteden?
- ▶ Hoeveel uur besteed je aan de cliënt in allerlei verschillende situaties?

In deze variant voelt de casemanager zich minder op haar gemak. Ze voelt zich nog een beetje 'vreemde eend in de bijt'.

Voorlichter met een missie

In deze variant heeft de casemanager een actieve rol naar de organisatie toe. Als een soort zendeling draagt zij voortdurend uit wat casemanagement dementie is en wil ze dat iedereen op de hoogte is van wat dementie is. De casemanager brengt haar diensten onder de aandacht bij de verschillende afdelingsmanagers. Op initiatief

van de casemanager wordt er bijscholing gegeven over dementie aan verschillende disciplines binnen de organisatie. Binnen een grote organisatie weten de medewerkers niet welke diensten er allemaal aangeboden worden. De casemanager brengt haar diensten onder de aandacht bij de verschillende afdelingsmanagers. Door middel van een website in aanbouw hoopt de casemanager dat in de toekomst de aanwezigheid en functie van casemanager zichtbaarder wordt er meer initiatieven komen vanuit de organisatie naar casemanagement toe.

Factoren die mogelijk van invloed zijn op de positie van de casemanager binnen de organisatie zijn:

- ▶ Het aantal jaren dat de functie casemanager bestaat binnen een organisatie.
- ▶ De verschillende werkgebieden binnen één organisatie.
- ▶ Bekendheid in en met de organisatie vanuit een eerdere functie.
- ▶ Persoonlijke inbreng.

Hierdoor is de positie van casemanagers binnen de drie instellingen verschillend.

3.14 Samenwerking tussen casemanagers binnen een organisatie

Per organisatie zijn twee casemanagers werkzaam waarbij bij de meeste koppels één casemanager ervaren is (>1 jaar casemanager) en één casemanager onervaren (< 1 jaar casemanager). Ieder heeft haar eigen caseload. Andere verschillen zijn: wel of niet op een zelfde locatie werken, wel of niet onder eenzelfde leidinggevende werken, en al dan niet nog andere collega casemanagers hebben die in een andere regio werken.

Bij vragen over cliënten wordt op een wisselende manier hulp aan elkaar gevraagd. Hierbij treden individuele verschillen en behoeftes op. De meeste casemanagers zien hun directe collega in de regio als degene aan wie ze hulp vragen bij een alledaags vraagstuk. Casemanagers die werkzaam zijn bij een grote organisatie, zijn in de gelegenheid om meerdere collega casemanagers te raadplegen. Casemanagers die slechts één collega kunnen raadplegen ervaren als belemmering dat er een groot verschil is in werkervaring en kennis van de organisatie en er weinig tijd is om te overleggen. In de praktijk betekent dit dat enkele casemanagers iemand anders dan hun directe collega als sparringpartner hebben, bv een casemanager uit een andere keten of een beleidsmedewerker van dezelfde organisatie. Factoren die meespelen in de keuze van een sparringpartner zijn: vertrouwen in elkaar, gelijkwaardigheid,

aanwezigheid c.q. bereikbaarheid en werkplek. Degene met de meeste ervaring kan haar complexe vraagstukken minder goed bij haar minder ervaren collega neerleggen. Voordeel van deze situatie is dat een beginnende collega een frisse blik op casemanagement kan hebben en zo de eventuele oude routines onder de loep neemt.

Enkele casemanagers werken op afstand van elkaar in twee afzonderlijke teams met ieder een eigen manager. Het voordeel hiervan is dat casemanagement een groter draagvlak binnen de organisatie kan creëren. Nadeel is dat de casemanagers geen team zijn. Binnen deze setting is de casemanager met de meeste ervaring de werkbegeleider van de minder ervaren collega. Door de werkdruk en de afstand komt het er niet vaak van om elkaar op te zoeken. Zij hebben het gevoel dat ze hun eigen weg moeten zoeken.

Alle casemanagers geven aan behoefte te hebben aan meer mogelijkheden of momenten om met elkaar te kunnen overleggen.

3.15 Samenwerking tussen de casemanagers binnen de keten

“Nou, het is een heel complexe baan (casemanager). Het is heel belangrijk dat je toch je lijntjes hebt naar collega casemanagers”

Verschillende functies van overleg

Alle casemanagers van de verschillende organisaties binnen de keten zien de noodzaak van samenwerken in. Zij hebben onderling contact in de vorm van een werkgroep en intervisiebijeenkomsten. Het overleg met elkaar kent verschillende functies:

- ▶ Casuïstiek bespreken in de vorm van vier keer per jaar intervisie. In overleg met elkaar zijn er afspraken gemaakt over op welke manier er casuïstiek besproken wordt en welke methodiek gehanteerd wordt. Tijdens de intervisiemomenten maakt men gebruik van elkaars expertise.
- ▶ Denktank: er wordt gezamenlijk nagedacht over casemanagement binnen de keten en wat de casemanagers precies willen.
- ▶ Kennis delen over elkaars organisaties en nieuwe ontwikkelingen binnen de keten.
- ▶ Schrijven van beleidstukken voor de keten. De casemanagers hebben gezamenlijk gewerkt aan een beleidsstuk rondom het functioneren van

casemanagers binnen een MDO (multidisciplinair overleg) in de keten. Om dit beleidsstuk te maken hebben de casemanagers gezamenlijk nagedacht over hoe dit MDO eruit zou moeten zien.

Hulp vragen aan elkaar

“Ik zie de meerwaarde van hulp vragen aan de andere casemanagers nog niet zo, omdat ik nu nog genoeg back-up krijg van mijn eigen collega’s.”

De casemanagers van de verschillende organisaties zoeken elkaar niet vanzelfsprekend op als sparringpartner bij dagelijkse problemen en vragen rondom cliënt. Zij laten zich leiden door het moment en toeval. De casemanagers ervaren het elkaar vragen stellen in moeilijke situaties verschillend. Enkele casemanagers geven aan dat bij dringende vragen over cliënten contact met elkaar wordt gezocht via de mail of telefoon, waarbij één casemanager in de praktijk toch enige terughoudendheid ervaart bij de andere casemanagers. Een andere casemanager geeft aan dat men ad hoc bij elkaar kan komen als het nodig is. De meeste casemanagers geven aan alles te kunnen bespreken met de collega casemanager binnen de organisatie. De onderwerpen waarover men vragen stelt aan elkaar zijn divers. Het kan gaan over een specifieke cliëntsituatie, bv. Wat te doen bij crisis?, maar ook over praktische vragen zoals: Hoe weet ik goed de weg in een andere organisatie?

Samenwerken zinvol of niet

Van de noodzaak om samen te werken is men unaniem overtuigd. Van de zin van samenwerken zoals het nu is georganiseerd en ingevuld wordt, zijn niet alle casemanagers overtuigd. De meeste casemanagers ervaren de samenwerking tussen de casemanagers uit de keten als positief en zinvol. Het kunnen bespreken van casuïstiek in de vorm van intervisie wordt als meerwaarde gezien. Het werken aan een gemeenschappelijke visie en met elkaar afstemmen welke richting casemanagement binnen de keten moet gaan en op die manier de positie binnen de keten verstevigen ervaren de meeste casemanagers als zinvol.

“En dat is wel een fijne groep waar toch je bij elkaar terecht kunt met vragen zoals: ‘Hoe doe jij dit?’ Of: ‘Hoe pak jij dit aan?’ Het is bijna een denktank waar we bedenken: ‘Wat is wenselijk? Hoe willen wij als casemanagers het eigenlijk?’ En ik merk dat dat mij iedere keer weer power geeft.”

Eén casemanager staat kritischer tegenover de waarde van de samenwerking omdat zij ervaart dat het veel tijd kost en zij nog geen meerwaarde van de samenwerking ziet. Redenen hiervoor zijn: weinig structuur in de bijeenkomsten, weinig steun als zij om hulp vraagt, iedereen gaat haar eigen weg, en weinig rendement uit de overlegsituaties. Zij heeft juist behoefte om casemanagers uit de keten ad hoc om hulp te vragen en vindt het moeilijk om aansluiting te vinden binnen de keten.

Collega's of concurrenten?

“Het zijn concullega's”

De casemanagers zien elkaar in de eerste plaats als collega's, maar ontkennen niet dat er ook concurrentiegevoelens spelen. Bij de één is dit sterker dan bij de ander. De één is zich meer bewust van de druk die vanuit de organisatie op haar gelegd wordt om cliënten binnen te halen. De ander redeneert meer vanuit het idee dat er eerder te veel dan te weinig cliënten met dementie zijn, dus dat concurrentie niet zo speelt. Ook de werkwijze binnen de keten verheft soms concurrentiegevoelens. Vanuit de polikliniek geriatrie van het Havenziekenhuis wordt vooral samengewerkt met één van de betrokken organisaties waardoor alle personen met dementie automatisch worden doorverwezen naar de casemanagers van die betreffende organisatie. Dit brengt hen in een ongemakkelijke positie ten opzichte van de overige casemanagers in de keten, terwijl zij niet betrokken zijn geweest bij het tot stand komen van deze samenwerking. Overigens verwijzen de geriaters van het IJsselland Ziekenhuis vooral naar de beide andere organisaties maar daar zijn geen vaste afspraken over. De samenwerking met de geriaters is naar tevredenheid. Iedere casemanager heeft vaste contacten met een van de geriaters.

Eén van de geïnterviewden geeft aan dat er iets voor te zeggen is om nieuw ontwikkelde producten binnen het aanbod van haar organisatie te houden om zodoende onderscheidend te zijn ten opzichte van de overige thuiszorgorganisaties. Alle casemanagers hebben een voorkeur om vanuit één vast meldpunt binnen de keten te werken, van waaruit de cliënten worden toegewezen aan de casemanagers. Op deze manier zou de concurrentie verdwijnen.

3.16 Samenwerken met de partners uit de keten

Nog geen spil binnen de keten

De casemanagers voelen nog weinig van het bestaan van een keten, laat staan dat zij zich de spil van de keten voelen. Er is geen enkele discipline binnen de keten die de rol van “spil in de keten” op zich neemt. De casemanager zien zichzelf wel als de aangewezen functie om te fungeren als spil binnen de keten omdat zij het dichtst naast de cliënt staan. Een andere overweging is dat per casus wisselt wie de spil is afhankelijk van de aard van de casus.

Samenwerking met huisartsen

De samenwerking met de huisartsen verloopt volgens de casemanagers wisselend en is afhankelijk van de betrokkenheid van de huisarts. Het contact wordt vaak geïnitieerd door de casemanagers. Aanleiding voor het contact is de situatie van de betrokken cliënt. Als er naast direct cliëntgebonden contact nog ander contact is, verloopt het contact soepeler wanneer casemanager en huisarts elkaar kennen bijvoorbeeld omdat zij in hetzelfde gebouw werken of wanneer zij elkaar reeds kennen vanuit een andere werkkring of situatie. Een casemanager heeft bv contact met enkele huisartsen via het Alzheimer café. Dat zorgt ervoor dat het contact in de dagelijkse praktijk ook beter is.

Werken binnen een MDO

Binnen één van de organisaties nemen de casemanagers deel aan een MDO. Deelnemers aan dit MDO zijn: medische, psychologische en geriatrische deskundigen. De vaste tijden daarvan worden door sommige casemanagers van andere organisaties als zwak punt benoemd, omdat er meer behoefte is aan ad hoc overleg rondom cliënten. De overige casemanagers zouden ook graag een MDO binnen de keten willen, maar hebben dit nog niet kunnen realiseren. Door de casemanagers is gezamenlijk een beleidsstuk opgesteld over hoe het MDO binnen de keten vorm zou moeten krijgen. Vanwege de kosten is de stuurgroep van de keten nog niet akkoord gegaan met het voorstel en wordt gezocht naar andere mogelijkheden.

3.17 Visie op eenduidig en professioneel werken

“Ik kan niet garanderen dat mijn collega, die het overneemt precies hetzelfde doet als ik ga doen. Je neemt jezelf natuurlijk ook altijd mee, dus dat is ook lastig, maar toch moet er hetzelfde uitkomen vind ik.”

3.18 Visie op eenduidig werken

De meeste casemanagers vinden dat eenduidig werken als casemanager binnen de keten dementie een verbetering van de kwaliteit en efficiëntie van de geboden zorg oplevert. In principe zou elke cliënt die een hulpvraag heeft voor een casemanager hetzelfde aangeboden moeten krijgen, ongeacht welke organisatie of casemanager erbij betrokken is. Eén casemanager twijfelt of het zin heeft en haalbaar is om nog meer eenduidig te werken. Zij vindt dat het volgen van de(zelfde) opleiding tot casemanager voldoende is, wat betreft eenduidig werken. De casemanager krijgt op deze opleiding kennis en vaardigheden aangereikt en dit is volgens haar voldoende om eenduidig te kunnen werken.

“Alle casemanagers hebben de Rotterdamse opleiding tot casemanager dementie gevolgd. Daar zit een bepaalde lijn in, waardoor ze allemaal toch wel hetzelfde doen. Tenminste dat vind ik wel. Ik vraag mij af of het nodig is om eenduidig te werken. Ik bedoel je mag toch wel je eigen stukje houden? En als je de functie maar goed uitvoert.”

In het landelijk evaluatieonderzoek (Peeters en de Lange et al., 2012) wordt aangegeven dat casemanagement vooral gepersonaliseerde zorg is. De kracht van casemanagement is te de hulp aan te passen aan de individuele behoeften van het cliëntpaar. Dat verdraagt zich niet met strakke protocollen. Toch is er bij de casemanagers behoefte aan beschrijvingen van werkwijzen binnen de keten zoals beschrijving van optreden bij crisis en bij overgang van thuis naar verpleeghuis.

Conclusies en discussie

Veel waarde aan opbouwen goede relatie

Uit de interviews blijkt dat de casemanagers van de verschillende zorginstellingen gelijke opvattingen hebben over de invulling van de functie. Zij hechten veel waarde aan het opbouwen van een goede relatie met de persoon met de dementie en de mantelzorgers. Op basis van hun uitspraken is een zevenstaps model voor het opbouwen van een relatie beschreven, dat iets toevoegt aan de bestaande beschrijvingen. Allen hechten veel waarde aan zowel het begeleiden van de persoon met dementie als de mantelzorger en daarnaast het coördineren van de zorg rondom het cliëntpaar.

Verschillen in niet-cliëntgebonden taken

Uit het onderzoek blijkt dat ervaren casemanagers meer niet-cliëntgebonden taken uitvoeren zoals cafébaas bij het Alzheimer café, deskundigheidsbevordering en beleidsondersteuning. Ervaren casemanagers treden ook meer naar buiten met voorlichting aan burgers over dementie. Uit de functieprofielen die door de organisaties opgesteld zijn blijken verschillen, zoals bij Leliezorggroep de niet-cliëntgebonden taken niet in het functieprofiel staan. Bij de Vierstroom is het functieprofiel niet specifiek voor casemanager dementie, maar voor casemanager in complexe gevallen.

Verschillen in kenmerken casemanagers

Verschillen zitten niet zozeer in taakopvatting als wel in basisopleiding (verpleegkundige, maatschappelijk achtergrond), vervolgopleiding (wel of geen casemanagement opleiding gevolgd), ervaring met casemanagement (4 maanden tot 2 jaar), caseload (36 – 84 cliëntparen per FTE), alleen casemanager zijn of deze functie combineren met andere taken, en de duur van de functie binnen de organisatie (2 tot 10 jaar). Denkbaar is dat deze factoren van invloed zijn op de manier waarop de casemanagers hun taak daadwerkelijk uitvoeren. Dat is in dit onderzoek niet onderzocht.

Verschillen in positie van de casemanager binnen de instelling

De positie van de casemanagers binnen de verschillende organisaties verschilt (Spil, Vraagbaak, Pionier, Buitenstaander of Voorlichter met een missie). Bij de Zellingen zijn de casemanagers nauw verbonden met de organisatie (zij kennen de medewerkers en de medewerkers weten hen te vinden) en werken ze veel samen doordat ze in dezelfde ruimte zitten. Bij de Vierstroom zitten alle casemanagers samen in een team, waardoor ze minder contact met de medewerkers hebben, maar weer meer contact met elkaar. Bij Leliezorggroep zitten beide casemanagers in een nogal geïsoleerde positie doordat ze in verschillende teams zitten, zodat ze weinig contact met elkaar hebben en moet het contact met de andere medewerkers nog opgebouwd worden. Het verschil in positie hangt duidelijk samen met het verschil in organisatie van het casemanagement binnen de instelling.

Samenwerking tussen casemanagers

Samenwerking en ook het gebrek daaraan is een telkens terugkerend onderwerp tijdens de interviews. De casemanagers uit de keten zijn overtuigd van de noodzaak om samen te werken ter bevordering van de positie van casemanagement binnen de keten als ook het delen van kennis. Anderzijds worden zij daarin belemmerd door gevoelens van onveiligheid en concurrentie die inherent zijn aan het casemanagementmodel van de keten, waarbij casemanagement aangeboden wordt door verschillende zorgaanbieders (Van Mierlo et al., 2014). Casemanagers hebben verschillende vormen van overleg per jaar. De noodzaak van overleggen met elkaar wordt door alle casemanagers gedragen. De effectiviteit en het rendement wordt niet door allen hetzelfde ervaren.

Er zijn nauwelijks structurele afspraken over samenwerking met en tussen casemanagers binnen de keten. Samenwerking lijkt vooral afhankelijk van individuele prioriteiten, motivatie, initiatief, tijd en behoefte. Soms is er zelfs tussen casemanagers binnen een instelling weinig contact, maar ook tussen de casemanagers van de keten is weinig structureel contact. Er is een intervisiegroep die onregelmatig bij elkaar komt en waarover de tevredenheid verschilt. De casemanagers komen wel samen om beleidsvoorstellen te doen aan de Stuurgroep van de keten, bijvoorbeeld over MDO. Daarnaast speelt het dilemma concurrentie versus collega een rol. In principe ziet men elkaar als collega, toch is er enige terughoudendheid als het gaat om informatie met elkaar delen.

Samenwerking met huisartsen

De casemanagers merken op dat er een verschil van kwaliteit van de samenwerking per huisarts is. De verschillen uiteten zich vooral in de mate van toegankelijkheid van de huisartsen. Binnen de keten zijn er nog geen afspraken gemaakt rondom taakverdeling en overleg tussen huisartsen en casemanagers. Uit landelijk onderzoek blijkt dat ook in andere regio's de samenwerking tussen huisarts en casemanager verschilt. De verschillen hebben vooral te maken met het feit of er duidelijke afspraken zijn gemaakt rondom taakverdeling tussen huisarts en casemanager en of er regelmatig overleg plaatsvindt. Huisartsen geven ook aan behoefte te hebben aan een werkrelatie met de casemanager, regelmatig overleg en beter geïnformeerd te blijven over de cliënt (Peeters, de Lange e.a., 2012).

Casemanager en MDO

Bij slechts één van de drie organisatie werken de casemanagers binnen een multidisciplinair team, zoals beschreven in Zorgstandaard Dementie (2013). Er wordt samengewerkt met medische, psychologische en geriatrische deskundigen. De reden waarom er nog maar één organisatie een MDO organiseert kan liggen in het feit dat casemanagement al langere tijd bestaat en daarmee al verder is ingebed binnen de organisatie in vergelijking met de organisaties waar de functie van casemanager korter bestaat. Daarnaast zijn de financiën die een MDO met zich meebrengt een belemmerende factor. Er is binnen de keten geen gemeenschappelijk zorgdossier en er zijn geen ketenafspraken over het houden van MDO.

Casemanager als spil binnen de keten

De casemanagers voelen zich weinig betrokken bij de keten en voelen zich zeker geen spil binnen de keten. Zij weten niet of er afspraken gemaakt zijn over de positie van casemanagement binnen de keten. De reden dat zij dit niet weten, kan liggen in het feit dat zij nu ervaren dat de keten nog ver van de beleving staat. Daarnaast bundelen zij hun krachten nog niet efficiënt genoeg om zich naar de keten tot te profileren. De casemanagers zijn nog aan het aftasten hoe zij kunnen samenwerken. In de Zorgstandaard Dementie wordt de positie van de casemanager beschreven als een vast en leidend onderdeel van de regionale dementieketen, waarbij er afspraken gemaakt worden tussen de ketenpartners over de inbedding binnen de keten, waarbij expliciet wordt benoemd dat de casemanager dementie de

coördinatie van de zorg heeft wanneer er sprake is van meerdere chronische ziekten waarbij dementie het bovenliggende ziektebeeld is (Zorgstandaard Dementie, 2013).

De casemanagers ervaren de keten als iets ver weg van hun beleving en nemen geen centrale functie binnen de keten zoals deze beschreven staat in Zorgstandaard Dementie (2013). In het landelijk evaluatieonderzoek worden goede samenwerking tussen de ketenpartners en dusdanige organisatie van het casemanagement dat een onafhankelijke positie is gewaarborgd als voorwaarden voor een goede implementatie van casemanagement genoemd (Peeters, de Lange e.a., 2012).

Visie op eenduidig handelen

De meeste casemanagers vinden dat eenduidig werken als casemanager binnen de keten dementie een verbetering van de kwaliteit en efficiëntie van de geboden zorg oplevert. In principe zou elke cliënt die een hulpvraag heeft voor een casemanager hetzelfde aangeboden moeten krijgen, ongeacht welke organisatie of casemanager erbij betrokken is. Er zijn geen gemeenschappelijke werkmethodieken bijvoorbeeld rond zorgdiagnostiek, crisisinterventie, omgaan met gedragsproblemen of transitie naar een zorginstelling.

Model van casemanagement: aanbieden vanuit verschillende organisaties

Binnen de keten Capelle en Krimpen aan den IJssel is er voor gekozen om casemanagement aan te bieden vanuit verschillende organisaties. Uit het landelijk evaluatieonderzoek blijkt dat het voordeel van het aanbieden van casemanagement vanuit verschillende aanbieders is dat er verschillende expertise is. Dat vergroot de keuzemogelijkheden voor de cliënt. Hierdoor kunnen casemanagers onderling van elkaar te leren en neemt de kwaliteit van de casemanager toe. Bovendien zijn er vaak korte lijnen naar andere medewerkers binnen de organisatie. Nadeel is dat de onafhankelijkheid van de casemanager in het geding kan komen en dat de casemanagers voor andere ketenpartners moeilijker te vinden zijn (Peeters, de Lange e.a., 2012). Daardoor ontstaat wellicht de wens om vaste verbindingen aan te gaan tussen ketenpartners en casemanagers, wat de onafhankelijkheid van de casemanager en de keuzevrijheid van de cliënt weer niet ten goede komt.

4.1 Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Sterke punt is dat alle casemanagers uit de keten hebben deelgenomen aan het onderzoek en dat zij openhartig waren tijdens de interviews. De participanten hadden uiteenlopende ervaringen rondom het onderwerp casemanagement zodat een gevarieerd beeld is ontstaan. De onderzoekers hadden verschillende ervaringen met het onderwerp, namelijk high professional en leek zodat zij elkaar goed kunnen aanvullen bij de interpretatie van de resultaten.

Zwak punt is dat alleen de casemanagers zijn geïnterviewd. Om een reëel beeld van de samenwerking binnen de keten te krijgen zouden ook andere disciplines en cliënten geïnterviewd kunnen worden.

Implicaties voor de praktijk

1. Eenduidige kenmerken van casemanagers binnen de keten

De keten kan overwegen om meer eenduidige opleidingseisen te stellen, de functiebeschrijvingen meer in overeenstemming te brengen en afspraken te maken over de caseload voor casemanagers binnen de keten.

2. Centrale registratie en toewijzing

Een meer onafhankelijk casemanagement kan bewerkstelligd worden door een gemeenschappelijk aanmeldpunt in te stellen en van daaruit casemanagers toe te wijzen aan cliëntparen waarbij de wens van het cliëntpaar leidend is. Binnen het Deltaplan dementie zijn voorbereidingen gaande om een centraal registratiepunt voor dementiecliënten in te stellen. Hierbij zou de keten voorop kunnen lopen.

3. Eenduidige werkmethoden

Bij de casemanagers bestaat behoefte aan meer eenduidige werkmethoden. De keten zou de Academische Werkplaats Dementie een rol kunnen geven bij de opstelling ervan samen met de casemanagers. Het gaat dan bv om protocollen voor signalering en monitoring (bv meetinstrument om periodiek belasting van mantelzorgers te meten, meetinstrument om kwaliteit van leven bij mensen met dementie te meten), een gemeenschappelijke methode voor zorgdiagnostiek een methode voor gemeenschappelijke besluitvorming (shared decision making) en een protocol bij crisissen.

4. Een gemeenschappelijk, geïntegreerd (elektronisch) zorgdossier

Een gemeenschappelijk, geïntegreerd (elektronisch) zorgdossier met duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden wordt aanbevolen door Vilans op basis van onderzoek naar de stand van zaken in ketens aan de hand van de ketenindicatoren. Slechts een derde van de ketens beschikt over een dergelijk zorgplan (Vilans, 2014).

5. Structurele samenwerking tussen casemanagers

Casemanagers hebben de wens uitgesproken tot meer structurele samenwerking. Binnen de keten kunnen hierover afspraken gemaakt worden. Het betreft gemeenschappelijke deskundigheidsbevordering (vindt inmiddels al plaats onder leiding van geriaters IJsselland Ziekenhuis), gestructureerde intervisie, eventueel onder begeleiding van de GGz. Het expertisegebied casemanagement adviseert minstens zes keer per jaar deelname aan intervisie met andere casemanagers (Verkade et al., 2012). Een vast werkoverleg waarin informatie gedeeld wordt en de positie en samenwerking binnen de keten besproken kan worden. In andere ketens vindt dit overleg doorgaans plaats onder begeleiding van de ketenregisseur waarbij gestreefd wordt naar gelijkwaardige relaties en benutting van ieders talenten.

6. Samenwerkingsafspraken binnen de keten

Het ontbreekt binnen de keten nog aan een gestructureerd en regelmatig MDO voor alle cliëntparen met dementie. De Zorgstandaard Dementie schrijft voor dat casemanagement uitgevoerd wordt in samenwerking met een multidisciplinair team waarin als basis medische, psychologische, geriatrie en psychiatrische deskundigheid aanwezig is en specialistische geriatrie expertise oproepbaar (Zorgstandaard Dementie, 2013).

De samenwerking van casemanagers met huisartsen kan verbeterd worden door te investeren in de relatie met de huisartsen en ketenafspraken te maken rondom regie, taakverdeling en overlegstructuur.

7. Duidelijker positie van casemanagement binnen de keten

Casemanagers kunnen hun positie binnen de keten versterken door actief deel te nemen aan werkgroepen, stuurgroep en netwerkbijeenkomsten, waarbij de betrokken casemanager de overige casemanagers uit de keten vertegenwoordigt. Ook gezamenlijk naar buiten treden via een folder en website is aan te bevelen.

8. Evaluatie van casemanagement door cliënten en ketenindicatoren

De keten zou regelmatig onderzoek naar ervaringen van cliënten met

casemanagement moeten organiseren. Binnenkort komt de CQ-index Casemanagement dementie hiervoor beschikbaar, gemaakt door het Nivel.

Daarnaast kunnen de ketenindicatoren die betrekking hebben op casemanagement regelmatig worden gemeten zoals aanbevolen in de Zorgstandaard:

- ▶ Percentage mensen met dementie dat binnen een afgesproken tijd na signalen een casemanager heeft
- ▶ Percentage extramurale cliënten met dementie dat een casemanager heeft
- ▶ Gemiddelde caseload per casemanager
- ▶ Percentage cliënten dat één geïntegreerd zorgplan heeft
- ▶ Beschikbaarheid van meetinstrumenten voor belasting en kwaliteit van leven
- ▶ Percentage mensen met dementie dat ondersteund wordt met op de achtergrond een multidisciplinair team
- ▶ Percentage mensen met dementie bij wie het zorgplan twee keer per jaar door een MDO wordt geëvalueerd

Literatuur

Alzheimer Nederland/Vilans. (2013) *Zorgstandaard Dementie*. Utrecht/Amersfoort:

<http://www.alzheimer-nederland.nl/media/11405/Zorgstandaard%20Dementie%20PDF.pdf>

Boeije, H. (2012) *Analyseren in kwalitatief onderzoek* (tweede druk). Den Haag: Lemma.

Evers, J. (2007) *Kwalitatief interviewen: kunst en kunde*. Den Haag: Lemma.

Mierlo, L van, Meiland FJ, Hout H van, Dröes RM. (2014) Towards personalized integrated dementia care: a qualitative study into the implementation of different models of case management. *BMC Geriatrics* 14: 84.

Peeters, J.M., Lange, J. de, Asch, I. van, Spreeuwenberg, P., Veerbeek, M., Pot, A.M., Francke, A.L. (2012) *Landelijke evaluatie van casemanagement dementie*. Utrecht: Nivel/Trimbos-instituut.

<http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-casemanagement-dementie.pdf>

Verkade, P.J., Kuipers, T., Wees, C. van, Mieremet, W., Lenselink, J. (2012) *Expertisegebied casemanager dementie*. Utrecht: VenVN.

<http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=uw9DuB4FCFU%3D&tabid=679>

Vilans. (2014) *Ketens Dementie goed op koers, met de Zorgstandaard Dementie als kompas; uitkomstenmeting netwerkindicatoren 2013*. Utrecht: Vilans.

BIJLAGE 1

Interviewprotocol



Interviewprotocol

Taken van casemanagers in de keten Dementie Capelle en Krimpen aan de IJssel

Dian Verberne- Nuijten

Hogeschool Rotterdam

Kenniscentrum Zorginnovatie

Academische Werkplaats Dementie

Rotterdam, 2013

A KENNISMAKING

Stel de geïnterviewde op zijn/haar gemak

Zorg ervoor dat je alleen bent met de respondent en zit op een plaats waar je niet gestoord wordt. Vraag of de respondent mobiele telefoon uitzet en doe dat zelf ook.

B INTRODUCTIE

Leg het doel van het onderzoek uit.

-inventarisatie van variatie werkzaamheden, invullen van functie en wensen/visie casemanager werkzaam in de keten Capelle en Krimpen aan den IJssel.

-invulling functie vergelijken met de documenten; Zorgstandaard dementie, het Expertisegebied Casemanager Dementie en Landelijke Evaluatie

Vertel iets over het kader waarbinnen het project uitgevoerd wordt

Vanuit de keten is de vraag gekomen hoe de casemanagers eenduidiger kunnen werken. Ook vanuit de bovengenoemde documenten is gebleken dat eenduidigheid kan bijdragen aan de kwaliteit en professionaliteit van de functie van casemanager.

Wat gebeurt er met de gegevens

Opgenomen op band, Uitschrijven, gecodeerd, verwerkt tot een concept verslag. Dit wordt besproken tijdens een member check, een peer review. Uiteindelijk wordt het definitieve verslag besproken met de projectgroep en aangeboden aan de stuurgroep. Het resultaat van het onderzoek zal gepubliceerd worden op de website van de Academische Werkplaats Dementie.

Vertel in welke mate de anonimiteit gewaarborgd is

Vermelden dat persoonsnamen niet genoemd worden. Instellingen wel en zodoende is informatie wel te herleiden

Vraag toestemming voor opname op de band

Spreek de duur van het interview af

C PERSONALIA

Code: nummer voor instelling en nummer voor casemanager

c.1 leeftijd: ... jaar

c.2 sekse:

c.3 opleiding

c.4 functie:

c.5 Loopbaanverloop

c.6 duur van dienstverband bij deze instelling:

c.7. duur van dienstverband als casemanager:

c.8 aantal uren per week werkzaam als casemanager:

c.9 Aantal uren per week werkzaam in andere functie: uren in functie

c. 10 caseload:

c.11 Start niet pluis of start voor de diagnose of start na de diagnose

c.12 Krijgt iedereen in Krimpen en Capelle na de diagnose een casemanager toegewezen of is er een speciale indicatie voor? Welke?

c.13 Is casemanagement een eigenstandige functie?

ZET DE BAND AAN

1. TAKEN VAN EEN CASEMANAGER

Invullen van het beroep

1.1 Wat is voor jou de belangrijkste taak als casemanager?

Wat doe je nog meer voor taken als casemanager?

Wat vind je het leukste aan de functie casemanager?

Welke niet-gebonden cliëntentaken zijn er?

CONTROLEER NOG EENS OF DE BAND HET DOET

2. SAMENWERKEN

2.1 Met wie werk je samen binnen de organisatie?

Werk je samen met een multidisciplinair team?

Hoe verloopt de samenwerking?

Hoe is je positie binnen de organisatie?

2.2 Met wie werk je samen binnen de keten?

Hoe is het contact met huisartsen?

Wat is jouw aandeel in de keten Dementie?

2.3 Hoe verloopt de samenwerking met andere casemanagers?

3. IDENTITEIT INSTELLING

3.1 Wat is kenmerkend voor de werkwijze in jouw organisatie?

Wat is de visie van jouw instelling op dementiezorg?

Welke verschillen zie je in de werkwijze van de casemanagers van de drie instellingen?

Wat zou je wel willen overnemen van de werkwijze van de andere organisaties?

Wat absoluut niet?

Hoe onafhankelijk ben je als casemanager?

Wat zou je ervan vinden als de casemanagers samen opgenomen zouden worden in een aparte stichting binnen de keten?

4. PROFILERING VAN HET BEROEP

4.1 Welke voorwaarden vind je dat er nodig zijn om casemanagement goed uit te voeren?

Is er een functieomschrijving?

Welke belemmeringen kom je tegen om het beroep te kunnen uitvoeren?

Hoe kijk je naar de toekomst van casemanagement binnen je organisatie?

Hoe kijk je naar de toekomst van casemanagement binnen de keten?

Wat zijn de kansen/bedreiging om het beroep te professionaliseren?

Wat heb je nodig om het beroep verder te professionaliseren?

Wat doe jij om je beroep te professionaliseren?

5. OPLEIDING

5.1 Wat moet je kunnen om casemanager te zijn?

Welke competentie vind je hierbij horen?

Welke opleiding is er volgens jou nodig?

Voel je je voldoende toegerust om casemanager dementie te zijn?

Zou een wijkverpleegkundige/ praktijkondersteuner huisarts/ verpleegkundige geriatrie/ gerontologie/ paramedicus het ook kunnen?

6. EENDUIDIGHEID

6.1 Wat vind je van eenduidig werken?

Als je meer eenduidig zou moeten gaan werken: Wat wil je absoluut behouden?

Waar wil je vanaf?

Hoe kan je eenduidig werken binnen de keten bevorderen?

Wat vind je van eenduidigheid in relatie tot zorg op maat?

7. VISIE

7.1 Wat betekent casemanagement voor jou?

Hoe ziet de ideale casemanager of het ideale casemanagement bij dementie eruit?

Wat is volgens jou de ideale dementiezorg in Capelle of Krimpen?

Welke aspecten mogen niet ontbreken binnen de functie casemanagement?

8 SLOT

Wilt u nog iets vertellen wat nog niet aan de orde is geweest?

Hoe vond u het gesprek?

Mag ik je heel hartelijk danken voor uw medewerking, ik vond het een gesprek.

ZET DE BAND UIT

Ruim rustig op, blijf nog even nakletsen.

Soms krijg je naderhand nog relevante informatie.

Vergelijking Functiebeschrijvingen Casemanager dementie

	Instelling 1	Instelling 2	Instelling 3*
Doel	<p>Kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun mantelzorgers verbeteren of in stand houden</p> <p>Op verantwoorde wijze thuis kunnen wonen</p>	<p>Begeleidt en ondersteunt de cliënt met dementie en de betrokkenen gedurende het ziekteproces en coördineert geïntegreerde zorg.</p> <p>Helpt crisissituaties voorkomen.</p>	<p>Cliënt met complexe, meervoudige problematiek krijgt tijdig adequate zorg die hij nodig heeft, waarbij continuïteit gewaarborgd is</p> <p>Waarborgen kwaliteit van zorg, wonen en welzijn</p>
Uitgangspunten	<p>Recht doen aan wensen, behoeften en mogelijkheden van het individu en zijn mantelzorgsysteem</p> <p>Continuïteit van begeleiding in een belangrijk deel van het integrale zorgverbeteringsproces</p>	<p>Vanuit een vraaggerichte visie wordt vanaf het begin van het dementieproces tot aan een opname het cliëntsysteem begeleid en ondersteund</p>	<p>Gaat uit van de cliënt en versterkt diens positie.</p> <p>Maakt het zorgaanbod transparant</p> <p>Is de motor, inspireert, en benut de beschikbare energie van de zorgvrager</p> <p>Heeft een onafhankelijke positie</p>
Begeleiding van cliënt en systeem	<p>Intakegesprek houden</p> <p>Zorgleefplan opstellen</p> <p>Acceptatie en verwerking van mantelzorger</p>	<p>Vertrouwenspersoon, adviseur, pleitbezorger en belangenbehartiger</p> <p>Inhoudelijke ondersteuning en begeleiding aan cliënt, mantelzorgers en betrokken hulverleners</p>	<p>Biedt indien nodig ondersteuning en begeleiding aan cliëntsysteem</p>
Informatie, advies	Aan familie en mantelzorgers	Informatie aan cliënt,	Persoonlijk adviseur

en ondersteuning	Psycho-educatie	mantelzorger en ketenpartners	van cliënt
	Informeert structureel andere behandelaars en hulpverleners	Informatie aan alle betrokkenen	Kent de weg in de sociale kaart, regels en financiële bronnen
			Contactpersoon en vraagbaak voor cliëntensysteem
Coördinatie van welzijn, zorg en behandeling	Coördineren van het zorgtraject in de dementieketen	Bevorderen van samenhang in het zorgplan	Belangenbehartiger van cliënt en betrokkenen
	Belangenbehartiger van cliënt	Belangenbehartiger	Contactpersoon en eerste aanspreekpunt voor professionals
	Overleg met andere zorgverleners	Afstemming	Contacten met zorg- en hulpverleners
	Spil in de zorg	Bewaken van de uitvoering van de zorg	Organiseert MDO en zit voor
	Voert de regie over zorgleefplan	Evaluatie van zorgverlening met cliëntensysteem	Maakt hulp en zorg toegankelijker, effectiever en doelmatiger
	Organiseert, coördineert en bewaakt de uitvoering	Contacten met behandelaars	Is tussenpersoon tussen vraag en aanbod
			Stemt zorg en hulp op elkaar af in samenwerking met cliëntensysteem
Deskundigheidsbevordering	Bijdrage leveren aan scholing en ontwikkeling van medewerkers, draagt bij aan nieuw te ontwikkelen cursusmateriaal tbv dementie, volgt landelijke ontwikkelingen en vertaalt deze naar operationeel niveau	Niet	Verzorgt gevraagd en ongevraagd instructie en voorlichting
Beleid	Bijdrage leveren aan beleid	Niet	Neemt deel aan relevante interne en externe projecten
	Participatie aan werkgroepen en commissies		Doet beleidsvoorstellen,

adviseert de manager

Niet cliëntgebonden	Begeleiden mantelzorggroepen	Niet	
Administratieve en overige taken	Rapporteert in een (elektronisch) zorgdossier en beheert dit Schrijft jaarplan-/verslag inzake casemanagement Levert gegevens aan financiële administratie		Verantwoordelijk voor het schriftelijk vastleggen van afspraken
Profilering van het beroep	Ontwikkelt initiatieven/richtlijnen ter verbetering van de functie casemanagement	PR-taken	
Specifiek		Conformereren aan en verbinden met de christelijke grondslag van de instelling	Niet specifiek dementie, maar complexe situaties

► Dit is een algemene beschrijving voor casemanager (niet specifiek casemanager dementie)

Functie eisen

	Instelling 1	Instelling 2	Instelling 3
Kennis	Ervaring met dementiezorg Sociale kaart Praktische kennis van andere werkgebieden	Hulpverlenings-Methodieken Sociale kaart Kennis van werkgebied van andere professionals Inzicht in nieuwe ontwikkelingen	Lich. Psych sociale problematiek Basiskennis van het functioneren van mensen in systemen Financiering, zorgstelsel Juridische aspecten Sociale kaart Regionale communicatie en onderlinge verhoudingen
Zelfstandigheid	Zelfstandig problemen oplossen, andere disciplines inschakelen voor advies	Zelfstandig, probleemoplossend vermogen, assertief en creatief, initiatiefrijk, vindingrijk	
Sociale vaardigheden	Tact, inlevingsvermogen, hulpvaardigheid Procesmatig denken en	Tact, inlevingsvermogen, respectvolle houding	Houdt zich staande in stressvolle situatie en raakt niet betrokken bij

handelen	Onderhouden van gevarieerde contacten, aansturen	de uitvoering van de zorgverlening
Omgaan met weerstand en afweer	Samenwerken	Analytisch vermogen
Motiveren, stimuleren, structuur bieden, overbruggen van tegenstellingen	Overtuigingskracht	Helder communiceren
Overtuigingskracht	Bepalen en bewaren van eigen houding	Actief luisteren, doorvragen
Stressbestendigheid	Onderhandelings-vaardigheden	Onderhandelings-vaardigheden
Proactief denken en werken	Volharding, geduld en doorzettingsvermogen	Conflicthantering
Geduld en doorzettingsvermogen		Stressbestendig
		Hoge frustratietolerantie
		Omgaan met hevige emoties en gedragsproblemen
		Rust brengen in crisissituaties
		Motiveren
		Samenwerken
		Creatief en innovatief
		Omgaan met spanningen tussen eerste en tweedelij
		Deskundige hulp invoeren

Uitdrukkingsvaardigheid	Mondeling en schriftelijk ideeën uitdragen Presentaties verzorgen Diverse gesprekstechnieken	Goede mondelinge en schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid	Helder rapporteren Vragenlijsten afnemen Omgaan met PC Werken met internet
-------------------------	--	---	---

Opleiding	Hbo-niveau (SPH, HBOV, MW of andere relevante opl.) plus opleiding casemanagement	Verpleegkunde A, B, Z aangevuld met MGZ, HBO MW of andere relevante Hbo-opleiding	Hbo-niveau aangevuld met opleiding VU/Gerion casemanagement
-----------	---	---	---

BIJLAGE 3:

Vergelijking domeinbeschrijvingen en wat genoemd is in huidig onderzoek

	Expertisegebied Casemanager Dementie (2012) (perspectief casemanagers)	Landelijk evaluatieonderzoek Peeters et al. (2012) (perspectief mantelzorgers)	Zorgstandaard Dementie 2013 (perspectief professionals en mantelzorgers)	Huidig Onder Zoek (Verberne en de Lange, 2014)
1 Informatie, advies,	<p>1 Kennis van dementie, financiële en wettelijke regelingen</p> <p>2 Op juiste moment en in juiste vorm informatie geven</p> <p>3 Shared decision making</p>	<p>2 Op het juiste moment, de juiste informatie geven</p> <p>3 Shared decision making,</p> <p>4 Klankbord zijn, meedenken</p> <p>5 Vast aanspreekpunt voor vragen</p> <p>6 Praktische tips voor de omgang geven</p>	<p>3 Shared decision making</p> <p>7 Psycho-educatie</p>	<p>Nadruk op: 3, 4, 5,7</p> <p>Minder genoemd: 1, 2 en 6</p>
2 Begeleiding	<p>1 Kennis van verklaringsmodellen voor gedragsproblemen</p> <p>2 Kennis van zorgmijding</p> <p>3 Biedt begeleiding, emotionele steun, coaching</p> <p>4 Wekt vertrouwen door aandacht, toewijding en aanwezigheid</p> <p>5 Ondersteunt eigen regie</p> <p>6 Kent specifieke benaderingswijzen en interventies</p> <p>7 Versterkt het sociale systeem</p>	<p>1 Begeleiden bij gedragsproblemen</p> <p>2 Zorgmijders naar zorg toe leiden</p> <p>11 Begeleiden bij transities</p> <p>12 Verwerken van verdriet</p> <p>13 Steun rond de diagnose</p> <p>14 Persoon met dementie leren omgaan met de ziekte</p> <p>15 Er zijn</p>	<p>2 Zorgmijders naar zorg toe leiden</p> <p>3 Emotionele aandacht voor cliënt en mantelzorger</p> <p>4 Opbouwen van een vertrouwensrelatie</p> <p>5 Mensen stimuleren zoveel mogelijk eigen regie te behouden en</p> <p>6 Therapeutische interventies toepassen</p> <p>11 Begeleiding bij transities</p>	<p>Nadruk op: 2, 3, 4, 5,11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23</p> <p>Wisselend: 7</p> <p>Niet genoemd: 1, 6, 8, 9, 10, 13, 21,</p>

	8 Ondersteunt maatschappelijke participatie	16 Bijstaan mantelzorg	20 Stimuleren actief te blijven	22, en 24
	9 Bereidt voor op de toekomst	17 Luisterend oor	21 Hulp bij het behouden van een zinvol leven	
	10 Past richtlijnen toe	18 Mantelzorg grenzen leren stellen	22 Actieve betrokkenheid in complexe situaties	
		19 Familie op één lijn brengen	23 Acute hulp in crisissituaties	
			24 verlenen van nazorg bij opname of overlijden	

3 Praktische hulpverlening	1 Ondersteunt bij het invullen van formulieren	2 Helpen met indicaties aanvragen	3 Praktische hulp bij huisvesting, huishouden, vervoer, financiën, rijvaardigheid en gevaar	Nadruk op: 2, 3
			4 Begeleiding bij het opstellen van wilsverklaringen en regelen van wettelijke vertegenwoordiging	Niet genoemd: 1 en 4

4 Coördinatie van zorg	1 Kennis van sociale kaart	2 Doorverwijzen	1 Kennis van sociale kaart	Nadruk op: 1,2,4,9,
	2 Kent eigen grenzen en schakelt waar nodig anderen in	9 Afstemmen, terugkoppelen naar ketenpartners	3 Samenwerken met multidisciplinair team	Minder op:
	3 Doet beroep op MDO	10 De weg weten	9 Zorgbemiddeling	3, 5, 6, 7,13,
	4 Gaat netwerkcontacten aan	11 Spin in het web	12 Eerste Aanspreekpunt voor cliënten en mantelzorgers	Wisselend:
	5 Is ketenspeler	12 Aanspreekpunt voor cliënten, mantelzorgers en professionals	14 Onafhankelijke positie tov zorgaanbieders	8, 11, 12, 14
	6 Kan knelpunten in de samenwerking bespreekbaar maken	13 Regie voeren		
	7 Onderneemt actie als zorg door derden niet goed verloopt	14 Onafhankelijke positie tov zorgaanbieders	15 Bij meerdere aandoeningen ligt de coördinatie bij cm dementie	
	8 Geeft consultatie aan zorgverleners			

5 Monitoren	1 Zorgdiagnostiek	2 Monitoring van belasting	1 Zorgdiagnostiek	Nadruk op:
	2 In kaart brengen		3 Individueel	1, 3, 5

	mantelzorgbelasting		zorgplan op basis van behoeften en wensen cliëntpaar	Minder op: 2
	3 Zorgplan opstellen	4 Vinger aan de pols houden	5 Monitoring	
		5 Monitoring van symptomen		
6 Evaluatie	1 Evalueert de zorg en begeleiding 2 Evalueert het eigen functioneren met de cliënt		1 Evaluatie van resultaten	Niet genoemd
7 Niet cliëntgebonden taken	1 Geeft publieksvoorlichting 2 Geeft scholing aan mantelzorgers in een groep 3 Participeert in Alzheimer café 4 Bevordert en begeleidt lotgenotencontact 5 Geeft scholing aan verzorgenden 6 Begeleidt collega's	5 Begeleiding en deskundigheids- Bevordering van hulpverleners	2 Psycho-educatie in groepsverband	Wisselend: 1,3, 5,6 Taboe doorbreken Niet: 2, 4
8 Profilering van het beroep	1 Stimuleert en participeert in onderzoek naar casemanagement 2 Signaleert hiaten in de zorg en bespreekt dit met beleidsverantwoordelijken 3 Behartigt de belangen van cm binnen de eigen organisatie 4 Draagt bij aan de ontwikkeling van cm dementie	4 Verder ontwikkelen van casemanagement		Genoemd: 1, Wisselend: 2, 3, 4 binnen de organisatie
9 Bijscholing	1 Neemt jaarlijks 6 keer deel aan intervisie 2 Houdt vakliteratuur bij 3 Stelt persoonlijke doelen op			Wel intervisie maar geen 6x
10 Bevordering kwaliteit/ reflectie practitioner	1 Werkt zelfstandig en beheert eigen caseload 2 Reflecteert op het eigen	1 Werkt zelfstandig 2 Reflecteert op het eigen handelen	13 Minimaal aantal uren per week (norm moet vastgesteld worden)	Niet onderzocht

handelen

- | | |
|---|---|
| 3 Past effectief
tijdsmanagement toe | 10 Goede contactuele
eigenschappen om om
te gaan met cliënten,
mantelzorgers en
hulpverleners |
| 4 Is creatief | |
| 5 Legt verantwoording af | 11 Analytische
vermogens om
complexe situaties te
kunnen ontrafelen |
| 6 Trekt consequenties uit
fouten | |
| 7 Spreekt anderen aan op
incidenten | 12 Proactieve werkstijl |
| 8 Overlegt over ethische
problemen | |
| 9 Zet zorg efficiënt in en
let op kosten | |

