

# Consensus over casemanagement bij dementie

Verplegingswetenschap, UMC-Utrecht  
Lectoraat GGZ-verpleegkunde, INHolland  
Stichting Geriant

## **Afstudeerproject Masteropleiding**

### **Verplegingswetenschap**

Student: Paul-Jeroen Verkade

Studentnummer: 3165329

Begeleider: Dr. B.K.G. van Meijel

Module verantwoordelijke: Dr. C. Gamel

Blokdocent: Dr. H. van Os-Medendorp

Datum: 23 juni 2009

Status: definitief

Beoogd tijdschrift: International Journal of Geriatric  
Psychiatry

Referentiestijl: Harvard style

Aantal woorden: 4628

Aantal woorden Nederlandse samenvatting: 255

Aantal woorden Engelse samenvatting: 259

**Titel:** Consensus over casemanagement bij dementie

**Auteurs:** Paul-Jeroen Verkade, Berno van Meijel

**Inleiding:** Casemanagement bij dementie is voor thuiswonende dementerenden en hun mantelzorger(s) een gewenste vorm van zorg, maar wordt in de Nederlandse praktijk op verschillende wijzen vorm gegeven. In dit onderzoek is gezocht naar essentiële componenten van casemanagement bij dementie, de wijze van aanbieden en essentiële randvoorwaarden om casemanagement effectief aan te bieden.

**Methode:** De vraagstelling in dit onderzoek is beantwoord met behulp van een gemodificeerd vierfasen Delphi-onderzoeksdesign. Aan de hand van literatuuronderzoek en een focusgroep-interview is een lijst met mogelijke componenten opgesteld. Eveneens wordt de wijze van aanbieden beschreven en bijhorende randvoorwaarden. Deze lijst is door experts in casemanagement bij dementie in een eerste Delphi-ronde gevalideerd en daarna vertaald naar 75 stellingen. In een tweede ronde kenden de experts scores toe aan de geformuleerde stellingen. In een derde ronde scoorden de experts nogmaals op 18 stellingen waar in de tweede Delphi-ronde geen consensus over was bereikt.

**Resultaten:** Na de laatste Delphi-ronde bereikten de experts consensus over 61 van de 75 stellingen. Essentiële componenten van casemanagement bij dementie betreffen de domeinen: informeren, begeleiden, coördineren van zorg en in mindere mate praktische hulp. Cliëntgerichtheid is een centraal aspect bij het aanbieden van casemanagement. Essentiële randvoorwaarden zijn te clusteren naar: visie, de zorgrelatie, de gehanteerde methodiek, inbedding in de zorgketen en het opleidings- en kennisniveau.

**Conclusie:** De uitkomsten zijn in een model geplaatst. Aanbevolen wordt om kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen voor casemanagement bij dementie. Tevens is aanvullend effectonderzoek gewenst.

**Trefwoorden (5)** Dementie, casemanagement, essentiële componenten, randvoorwaarden, Delphi-onderzoek.

**Title:** Consensus on case management for people with dementia

**Authors:** Paul-Jeroen Verkade, Berno van Meijel

**Objective:** Case management is a preferred service for people with dementia living in the community and their caregivers. The design of the case management programmes is diverse in nature. The objective of this study was to identify essential components of case management for people with dementia, the right way of providing these components and essential preconditions.

**Methods:** A modified four-phase Delphi-research design was used to answer the research questions. After a systematic review of the literature and a focus group interview, a list of essential components of case management and preconditions for delivery has been formulated and validated in a first Delphi-round with 30 experts. The results were converted into 75 propositions which were scored by the experts in a second Delphi-round. Consensus could not be reached on 18 propositions, therefore the experts scored again on these propositions in a third Delphi-round.

**Results:** Finally consensus was reached on 61 of the 75 propositions. Essential components for case management for people with dementia are: informing, counseling, care coordination and practical care. A client centered approach is proposed for providing case management. Essential preconditions are: case manager-client relationship, working systematically, embedding in the local dementia care network, and education and skills training of professionals.

**Conclusion:** A model was developed with basic components and essential preconditions. The authors recommend to develop quality indicators for case management in dementia. Additional research is needed to test the model in practice.

**Keywords:** dementia, case management, care management, essential components, preconditions, Delphi-research

## **Inleiding**

Dementie is een syndroom dat voornamelijk voorkomt bij ouderen. De ziekte wordt gekenmerkt door cognitieve achteruitgang en kan gepaard gaan met veranderingen in de stemming, het gedrag en de persoonlijkheid. Dementie is in de regel onomkeerbaar en progressief van aard (Ritchie & Lovestone, 2002). Er waren volgens de Gezondheidsraad (2002) in Nederland in 2002 175.000 patiënten met dementie. Dit aantal zal de komende jaren stijgen naar ongeveer 412.000 patiënten in 2050. Ruim 67% van de patiënten woont thuis (Gezondheidsraad, 2002). Dementie heeft ingrijpende gevolgen voor het welbevinden en functioneren van de patiënt. Naarmate het dementieproces vordert raakt de dementerende steeds meer afhankelijk van de zorg van anderen. Veel mantelzorgers van thuiswonende dementerenden zijn of dreigen overbelast te raken, hetgeen kan resulteren in lichamelijke en psychische problemen van de mantelzorger (Papastavrou et al., 2007).

Casemanagement wordt toenemend ingezet ten behoeve van thuiswonende dementerenden en diens naasten. Meerveld et al. (2007) definiëren casemanagement bij dementie als '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'.

Er is een beperkt aantal onderzoeken gepubliceerd naar de effecten van casemanagement bij dementie (Aupperle & Coyne, 2000, Aupperle et al., 2003, Callahan et al., 2006, Challis et al., 2002, Chu et al., 2000, Eloniemi-Sulkava et al., 2001, Jansen, 2007, Miller et al., 1999, Newcomer et al., 1999 (a,b,c), Shelton et al., 2001, Vickrey et al., 2006, Yordi et al., 1997). Casemanagement bij dementie is in deze studies een samengestelde vorm van zorg en wordt op uiteenlopende wijzen ingevuld. Verschillende componenten van casemanagement bij dementie zijn onder meer: informeren (Aupperle & Coyne, 2000, Jansen, 2007, Newcomer et al., 1999 (a,b,c)), begeleiden en counsellen (Newcomer et al., 1999 (a,b,c), Eloniemi-Sulkava et al., 2001, Jansen, 2007), organiseren en coördineren van zorg van andere hulpverleners (Newcomer et al., 1999 (a,b,c), Aupperle & Coyne, 2000, Chu et al., 2000), gedragsmanagement (Callahan et al., 2006, Chu et al., 2000), scholing en coaching van mantelzorgers (Callahan et al., 2006, Eloniemi-Sulkava et al., 2001, Newcomer et al., 1999 (a,b,c) en crisisinterventie en 24-uurs bereikbaarheid (Eloniemi-Sulkava et al., 2001). De verschillen in het casemanagement komen ook tot uiting in de wijze waarop het casemanagement wordt aangeboden. Hierbij valt te denken aan multidisciplinair (Callahan et al., 2006, Eloniemi-Sulkava et al., 2001) versus monodisciplinair vormgegeven

casemanagement en positionering in de eerste lijn (Callahan et al., 2006) dan wel in de tweede lijn (Aupperle & Coyne, 2000, Challis et al., 2002). Er worden in zeven van de acht studies significante resultaten gevonden, maar de uitkomstmaten en resultaten wisselen sterk per studie. De resultaten vormen daardoor geen overtuigend en consistent bewijs. Mede door het verschil in inhoud van het casemanagement kunnen de beschikbare onderzoeksresultaten moeilijk met elkaar worden vergeleken.

De verschillende wijzen van invulling van casemanagement bij dementie worden door Minkman et al. (2009) voor de Nederlandse situatie bevestigd. Zij maakten een inventarisatie van de werkwijzen van acht Nederlandse casemanagementteams. De teams hebben allen een verschillende ontstaanshistorie en invulling van het casemanagement. In alle teams wordt methodisch gewerkt en is er sprake van interventies gericht op ondersteuning van de mantelzorg. Tevens maakt belangenbehartiging ten behoeve van de patiënt en de mantelzorg deel uit van het casemanagement. In enkele teams geven casemanagers ook trainingen aan mantelzorgers, bijvoorbeeld in coping en omgangsstrategieën. Drie teams bieden als onderdeel van het casemanagement multidisciplinaire diagnostiek en zorg. Dit zijn alle drie teams die binnen de GGZ-sector zijn vormgegeven.

### **Probleemstelling**

Casemanagement bij dementie is voor dementerenden en hun mantelzorgers een gewenste vorm van zorg, maar wordt in de huidige praktijk op verschillende wijzen vorm gegeven. Geconcludeerd kan worden dat er in de theorie en praktijk geen consensus bestaat over de essentiële componenten waar casemanagement bij dementie uit dient te bestaan en op welke wijze deze componenten aangeboden dienen te worden. Voor Nederland betekent dit dat de inhoud en uitvoering van het casemanagement voor dementerenden per regio sterk kan verschillen en van allerlei lokale gebruiken en toevalsfactoren afhankelijk is. Door het gebrek aan eenvormigheid ontstaan verschillen in effecten, kwaliteit en tevredenheid over de verleende zorg.

### **Doel en onderzoeksvragen**

Het doel van dit onderzoek is het beschrijven van essentiële componenten van casemanagement bij dementie op basis van consensus onder experts. Deze beschrijving kan leiden tot een algemeen geaccepteerde beschrijving van casemanagement bij dementie en kan daardoor de aanzet zijn voor de ontwikkeling van kwaliteitscriteria. Door kwaliteitscriteria worden de verschillen in het aanbod van casemanagement bij dementie kleiner en komt de zorg voor dementerenden en hun mantelzorgers thuis op een hoger niveau. De effectiviteit van de behandeling wordt hierdoor naar verwachting

gemaximaliseerd. Eenduidigheid in de invulling van het casemanagement bij dementie maakt daarnaast onderzoek naar deze samengestelde interventie makkelijker vergelijkbaar.

De vraagstellingen van dit onderzoek zijn:

1. Wat zijn essentiële componenten van casemanagement bij dementie?
2. Op welke wijze dienen deze componenten aangeboden te worden?
3. Welke randvoorwaarden zijn essentieel om deze componenten aan te bieden?

## **Methode**

### **Onderzoeksdesign**

In deze studie is de Delphi-methodiek toegepast om consensus te verkrijgen omtrent de vormgeving van casemanagement bij dementie. In Delphi-onderzoek wordt door middel van een gestructureerd onderzoeksproces een panel van experts in verschillende rondes bevroegd op hun mening over een specifiek onderwerp. Deze rondes kennen in de regel kwalitatieve en kwantitatieve elementen (Keeny et al., 2006). Consensusmethoden, zoals de Delphi-methodiek, kunnen effectief zijn in situaties waarbij bestaande onderzoeksliteratuur incompleet en inconsistent is (Hasson et al., 2000). In het klassieke Delphi-design worden items schriftelijk gegenereerd in een eerste Delphi-ronde om daarna te worden getoetst op relevantie (Hasson et al., 2000). In dit onderzoek is specifiek gebruik gemaakt van een gemodificeerd vier fasen Delphi-onderzoeksdesign (zie ook Koekkoek et al., 2008). In deze gemodificeerde variant worden items vooraf gegenereerd door literatuuronderzoek en interviews, en wordt de eerste Delphi-ronde vervolgens gebruikt voor het valideren van de items. Er is in dit onderzoek na de literatuurstudie gekozen voor een focusgroep-interview omdat de deelnemers in deze wijze van interviewen elkaar stimuleren in het genereren en exploreren van items wat daardoor in de regel meer informatie oplevert dan individuele interviews (Holloway & Wheeler, 2004).

### **Steekproef**

Voor het samenstellen van het Delphi-panel is gebruik gemaakt van een doelgerichte steekproef van experts uit de praktijk en experts met een wetenschappelijke achtergrond. De keuze voor een mix van beide groepen is gemaakt omdat op deze manier kennis uit de praktijk wordt gecombineerd met bewezen kennis uit onderzoek. Er zijn in de traditie van het Delphi-onderzoek geen universeel geaccepteerde criteria voor de selectie van experts en er

is geen leidraad betreffende het minimum en maximum aantal deelnemers (Keeney et al., 2006). Migchelbrink (2007) benoemt dat bij een homogene groep een deelnemersaantal van 10 tot 15 voldoende is om alle ideeën te genereren. In dit onderzoek is er op inhoud sprake van een homogene groep, immers allen zijn experts in casemanagement bij dementie. Qua samenstelling is er echter sprake van heterogeniteit omdat experts zowel een praktijkgerichte als een wetenschappelijke achtergrond hebben. In navolging van Migchelbrink (2007) zouden 30 deelnemers voldoende moeten zijn om te voldoen aan de eisen van kwalitatief hoogwaardig Delphi-onderzoek.

Voor experts uit de praktijk werd het volgende inclusie criterium geformuleerd: de professional werkt als casemanager dementie, verpleeghuisarts of psychiater bij een casemanagementteam voor dementie. Voor de experts met een wetenschappelijke achtergrond werd het volgende inclusie criterium geformuleerd: de expert heeft één of meerdere (onderzoeks)publicatie(s) op zijn of haar naam staan over ambulante dementiezorg in het algemeen, dan wel casemanagement bij dementie in het bijzonder. Om de experts uit de praktijk te werven is gebruik gemaakt van het netwerk van de onderzoekers, het rapport van Ligthart (2006) over casemanagementteams in Nederland en een search via Google op internet. Om experts met een theoretische achtergrond te werven is gezocht aan de hand van onderzoekspublicaties en is gebruik gemaakt van het persoonlijk netwerk van de onderzoekers. Via een e-mail zijn de experts aangeschreven. De geworven experts werden uitgenodigd om zowel deel te nemen aan het focusgroep-interview, als aan de daarop volgende Delphi-ronden.

## **Dataverzameling**

De dataverzameling vond plaats tussen december 2008 en april 2009 en kende een viertal stappen: a. literatuur onderzoek, b. focusgroep-interview, c. eerste Delphi-ronde ten behoeve van validatie van de items, d. tweede en derde Delphi-ronde waarin de items werden gescoord, gericht op het bereiken van consensus.

a. Voor aanvang van het onderzoek werd een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar effecten van casemanagement bij thuiswonende dementerenden. Uit dit literatuuronderzoek en twee aanvullende rapporten over de Nederlandse situatie (Ligthart 2006, Groenewoud et al., 2008) is een voorlopige lijst met componenten van casemanagement bij dementie opgesteld.

b. In een focusgroep-interview met acht experts is gediscussieerd over deze lijst met componenten. De componenten uit de literatuur zijn zodoende getoetst aan de kennis van de experts. Het focusgroep-interview werd geleid door de tweede auteur (BvM) en werd op

audioband opgenomen. Na de analyse is de lijst met mogelijke componenten van casemanagement bij dementie geherformuleerd.

c. Experts zijn in de eerste Delphi-ronde ter validering van de itemlijst via e-mail gevraagd of er componenten in de lijst werden gemist en/of de items op de juiste wijze waren geformuleerd. Na verwerking van de reacties van de experts op de componentenlijst zijn er stellingen over essentiële componenten van casemanagement bij dementie, de wijze waarop casemanagement aangeboden moet worden en de voorwaarden waaronder dit het beste zou kunnen geschieden, geformuleerd.

d. In de tweede Delphi-ronde is getoetst welke componenten meer of minder essentieel waren volgens de mening van de experts. De experts werd per stelling gevraagd te scoren op een 7-punts Likertschaal met aan de ene kant “geheel mee oneens” (waarde 1) en aan de andere kant “geheel mee eens” (waarde 7). Bij iedere stelling werd de expert door middel van een tekstkader uitgenodigd om de gemaakte keuze toe te lichten en daardoor de keuze te verantwoorden. In de derde Delphi-ronde zijn aan de experts wederom die stellingen ter scoring voorgelegd waarover in de tweede Delphi-ronde geen consensus bestond. Bij deze stellingen werd de gemiddelde scores en (anoniem) de toelichtingen van de experts getoond.

### **Analyse**

Het focusgroep-interview is aan de hand van de gemaakte geluidsopname woordelijk uitgeschreven. Vervolgens is de uitgeschreven tekst op inhoud geanalyseerd en is gezocht naar aanvullende componenten ten opzichte van de bestudeerde literatuur. De resultaten werden verwerkt in een componentenlijst ten behoeve van de eerste Delphi-ronde. Deze componentenlijst is door de experts schriftelijk in de eerste Delphi-ronde gevalideerd op inhoudelijke volledigheid en wijze van formulering. De aangepaste componentenlijst is vervolgens omgezet in stellingen. Tijdens het analyseproces van het focusgroep-interview en de eerste Delphi-ronde is er een logboek bijgehouden en werden de methodologische stappen en keuzes door de onderzoekers bediscussieerd.

De score uit de tweede en derde Delphi-ronde zijn ingevoerd in Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 17.0. De gemiddelde score, de standaarddeviatie en modus zijn per stelling in kaart gebracht. De mate van consensus wordt in dit onderzoek bepaald aan de hand van de standaarddeviatie: er bestaat consensus wanneer deze kleiner is dan 1,5 (zie ook Koekoek et al., 2008). Componenten van casemanagement bij dementie worden door ons als onderzoekers als essentieel beschouwd als de gemiddelde score op de stelling 5.5 of hoger is en experts het daardoor met de desbetreffende stelling gemiddeld “eens” of “geheel mee eens” zijn.



## **Ethische overwegingen**

Dit onderzoek betreft geen medisch-wetenschappelijk onderzoek en valt daarom niet onder de Nederlandse wet voor medisch-wetenschappelijk onderzoek (WMO). De experts is vooraf schriftelijk uitleg over het onderzoek gegeven en waar nodig werden vragen beantwoord. Er is de experts expliciet per e-mail om toestemming gevraagd of hun naam aan de andere experts kenbaar mocht worden gemaakt. De gescoorde antwoorden en argumentatie zijn anoniem verwerkt. Alle experts zijn op de hoogte gesteld van de geanonimiseerde resultaten.

## **Resultaten**

### **Respons**

Er werden 50 mogelijke experts per e-mail aangeschreven waarop 35 reacties terug kwamen. Vijf experts zagen af van deelname. Twee van deze personen kwalificeerden zichzelf onvoldoende als expert in casemanagement bij dementie en drie personen hadden het te druk. Uiteindelijk stemden 30 experts in met deelname. Veertien van de experts waren professionals uit de praktijk, waaronder casemanagers dementie (9), teammanagers (3), een specialist ouderengeneeskunde (1) en een psychiater (1). Dertien van deze experts werkten langer dan een jaar in de huidige functie. Eén casemanager dementie werkte vier maanden als casemanager dementie maar was daarvoor werkzaam als onderzoeker. De 16 andere experts waren wetenschappers die via onderzoek kennis hebben van casemanagement bij dementie. De eerste twaalf experts die zich beschikbaar stelden voor het focusgroep-interview werden ook daadwerkelijk uitgenodigd. Twee experts meldden zich op het laatste moment voor het focusgroep-interview af wegens ziekte en twee andere experts wegens dringende andere werkzaamheden. Aldus resulteerden acht experts voor het focusgroep-interview, waarvan er vijf afkomstig waren uit de praktijk en drie uit de wetenschap.

In de eerste en tweede Delphi-ronden reageerden 28 van de 30 experts (93%). In de derde Delphi-ronden reageerden 29 van de 30 experts (97%). De opgegeven reden voor non-respons waren te drukke andere werkzaamheden.

### **Resultaten algemeen**

De scores van de experts op de 75 stellingen in de Delphi-ronden twee en drie worden weergegeven in tabel 1. Het omslagpunt om een stelling essentieel te noemen is bij een

gemiddelde score van 5.5 of hoger. Uiteindelijk bestaat er consensus over 61 stellingen waarvan er 44 als essentieel zijn te kwalificeren.

### **Tabel 1.**

De stellingen zijn verdeeld naar de categorieën: visie en uitgangspunten (weergegeven in tabel 2), organisatorische en operationele randvoorwaarden (weergegeven in tabel 3) en componenten van casemanagement bij dementie (weergegeven in tabel 4). Hieronder worden specifieke resultaten per categorie beschreven.

### **Resultaten categorie visie en uitgangspunten**

#### **Tabel 2.**

In de categorie 'visie en uitgangspunten' beoordeelden experts negen stellingen als essentieel. Deze stellingen hebben vooral betrekking op de benadering van de cliënt en diens systeem en de samenwerking met andere hulpverleners, de zogenaamde ketenpartners. Bij de benadering moet bijvoorbeeld worden gedacht aan casemanagement wat gericht is op zowel de cliënt als de mantelzorger, uitgaat van hun behoeften en gericht is op empowerment.

De experts beoordeelden twee stellingen in deze categorie als niet essentieel. Deze stellingen hebben betrekking op de vraag of een arts of psycholoog noodzakelijk is voor een effectieve uitvoering van het casemanagement. Meerdere experts benoemden in de argumentatie wel het nut van de arts of de psycholoog maar zijn niet overtuigd van de noodzakelijkheid ervan voor effectief casemanagement.

Over twee stellingen bereikten de experts geen consensus. De eerste stelling betrof de vraag of casemanagement bij dementie al voor de diagnose beschikbaar hoort te zijn. De argumenten die experts tegen deze stelling gaven hielden verband met de kosten en taakverdeling in de gezondheidszorg. Hulpverlening aan personen zonder diagnose is mogelijk te duur of hoort specifiek bij de huisarts. Argumenten voor deze stelling waren dat de cliënt en diens systeem juist in de fase voor en tijdens diagnostiek zoveel onzekerheden hebben en dan de steun van een casemanager juist extra goed kunnen gebruiken. De tweede stelling waarover geen consensus kon worden bereikt betrof de vraag of dementiediagnostiek en behandeling een integraal onderdeel van casemanagement bij dementie horen te zijn. Argumenten tegen deze stelling lagen op het vlak van taakverdeling in de gezondheidszorg in de zin dat ziektediagnostiek en behandeling thuis horen in de medische sector en niet bij een casemanager. Voorstanders van deze stelling benoemden

de importantie van het multidisciplinair samenwerken in diagnostiek en behandeling en het feit dat het goed is dat de casemanager hierin participeert.

### **Resultaten categorie organisatorische en operationele randvoorwaarden**

#### **Tabel 3.**

In de categorie 'organisatorische en operationele randvoorwaarden' beoordeelden de experts 14 stellingen als essentieel. Deze stellingen zijn te clusteren naar een viertal thema's: (1) het aangaan en onderhouden van een zorgrelatie, (2) methodisch werken, (3) de rol van de casemanager in de omgang met ketenpartners en (4) het opleidings- en het kennisniveau van de casemanager.

Drie stellingen in deze categorie werden niet als essentieel beschouwd. Twee van de drie stellingen betroffen het opleidings- en kennisniveau van de casemanager: het bijhouden van relevante vakliteratuur en minimaal zes maal per jaar intervisie werden als niet-essentieel beschouwd. Minimaal één maal per jaar de zorg op multidisciplinaire wijze evalueren werd ook niet als essentieel beschouwd.

Over vijf stellingen bestond geen consensus. De experts bereikten bijvoorbeeld geen consensus over de stelling die de ideaal werkbare caseload van de casemanager tussen de 12 en 15 cliënten per acht uur dienstverband stelt. Volgens de experts is de maximale caseload afhankelijk van het moment waarop de casemanager in het traject mag starten (bijvoorbeeld al voor de diagnose of nadat de diagnose is gesteld), de zwaarte van de zorg en de complexiteit van het systeem. Hoe zwaarder en complexer de zorg gemiddeld is, hoe kleiner de caseload kan zijn. Er was ook geen consensus over de wenselijke waarborg van 24-uursbeschikbaarheid bij noodgevallen. Sommigen vonden dat deze taak bij andere zorgaanbieders thuishoort, zoals de huisartsenpost en de crisisdienst van de GGZ. Voorstanders benoemden het feit dat er een vangnet behoort te zijn en zien de GGZ-crisisdienst als een onderdeel van de eigen organisatie. Ook over de voorgestelde verpleegkundige vooropleiding van de casemanager bestond geen consensus. Een argument tegen is dat de casemanagers met de opleiding maatschappelijk werk aanvullend kunnen zijn omdat deze specifiek vanuit de maatschappelijke context naar de cliënt kijken. Een argument voor de stelling was dat complexe problemen op het gebied van somatiek, psychiatrie en sociale aspecten een specifiek verpleegkundige achtergrond vragen.

Voor de overige stelling zonder consensus zie tabel 3.

## Resultaten categorie componenten casemanagement bij dementie

### Tabel 4.

In de categorie 'componenten van casemanagement bij dementie' werden 21 stellingen als essentieel gekwalificeerd. Deze stellingen zijn te clusteren naar de volgende componenten: informeren van de cliënt en diens systeem, begeleiden van de cliënt en diens systeem, coördineren en bewaken van zorg van andere hulpverleners en (in mindere mate) praktische hulp. Een aantal stellingen verwijst specifiek naar de wijze van aanbieden van deze componenten van casemanagement. Dit zijn met name stellingen op het gebied van attitude, zoals bijvoorbeeld 'een goede casemanager dementie dient aandacht te hebben voor het verschil in beleving tussen de cliënt en de mantelzorger', 'de casemanager dient de cliënt en diens systeem vertrouwen te geven' en 'de casemanager dementie kan niet zonder een houding van "er zijn" '.

In deze categorie beoordeelden de experts twaalf stellingen als niet-essentieel voor casemanagement. Vijf stellingen hebben betrekking op (tertiaire) preventietaken, zoals het geven van scholing aan mantelzorgers, het leiden van groepen en het participeren in publieksvoorlichting. Andere stellingen hebben vooral te maken met de specifieke wijze van aanbieden van de componenten 'informeren' en 'begeleiden'. Aparte gesprekken met het systeem en de informatie in meerdere gesprekken aan de cliënt aanbieden zijn bijvoorbeeld niet essentieel.

Over zeven stellingen in deze categorie bereikten de experts geen consensus. Drie van de stellingen gaan over het feit of een casemanager dementie kan behandelen of een rol kan hebben in de behandeling. Een aantal experts benoemden het gebrek aan eenduidigheid over de definitie van 'behandelen' en vonden het daarom moeilijk om hierover een uitspraak te doen. Argumenten tegen de stelling waren dat behandeling vooral is voorbehouden aan de disciplines van arts en/of een psycholoog. Een argument voor de stelling was dat een casemanager een specialist is en goed geschoold is in behandelvisies en behandeltechnieken. Twee stellingen gaan over het verlenen van (incidenteel) praktische hulp, zoals het doen van een boodschap of het regelen van vervoer voor de cliënt en diens systeem. Argumenten tegen deze stellingen hadden te maken met de beperkte tijd en kosten van de casemanager. Een casemanager kan voor deze taken beter andere hulpverleners inschakelen. Een argument voor de stelling was dat als het incidenteel gebeurt het een positieve bijdrage kan hebben aan de relatie met de cliënt en de mantelzorgers. Er was ook geen consensus over de stelling dat de casemanager en cliënt op basis van gelijkwaardigheid met elkaar dienen te communiceren. Een veelvuldig genoemd argument

tegen de stelling was dat de relatie door het verschil in kennis tussen de casemanager en cliënt en/of mantelzorger per definitie ongelijkwaardig is. Een argument voor de stelling was dat de cliënt na ontvangen van informatie van de casemanager de eigen keuzes maakt en daardoor juist wel gelijkwaardig is.

## **Discussie**

Het doel van dit onderzoek was om essentiële componenten, de wijze van aanbieden en essentiële randvoorwaarden van casemanagement bij dementie te beschrijven. Om dit te bereiken zijn door middel van een gemodificeerd vierfasen Delphi-onderzoek 75 stellingen geformuleerd en beoordeeld door een panel van experts. De experts beoordeelden 44 stellingen als essentieel en 17 stellingen werden als niet-essentieel gekwalificeerd. Over 14 stellingen bestond onder de experts geen consensus. Er waren geen stellingen die gemiddeld lager dan “neutraal” scoorden. Dit is te verklaren uit het feit dat alle componenten in de eerste Delphi-ronde door de experts zijn gevalideerd.

Ten aanzien van de randvoorwaarden voor effectief casemanagement kan het onderscheid worden gemaakt naar randvoorwaarden betreffende de visie op casemanagement, en organisatorische en operationele randvoorwaarden. De randvoorwaarden betreffende visie hebben vooral betrekking op de vraag hoe de cliënt en diens systeem worden benaderd. Blijkbaar is het belangrijk om als organisatie die casemanagement aanbiedt normen te formuleren over hoe er in meer algemene zin met de cliënt en diens systeem wordt omgegaan. Organisatorische en operationele randvoorwaarden hebben betrekking op methodisch werken, het aangaan en onderhouden van een zorgrelatie, de rol van de casemanager in de omgang met ketenpartners en het opleidings- en het kennisniveau van de casemanager. Deze randvoorwaarden zijn belangrijk omdat ze in de uiteindelijke uitvoering van het werk van de casemanager dementie ondersteunend zijn.

Essentiële componenten van casemanagement (en de wijze waarop deze worden aangeboden) zijn te clusteren naar informeren van de cliënt en diens systeem, begeleiden van de cliënt en diens systeem, coördineren en bewaken van zorg van andere hulpverleners en (in mindere mate) het aanbieden van praktische hulp. Deze componenten vormen de basis van het werk van de casemanager dementie. Deze componenten zijn allen (in meerdere of mindere mate) ook terug te vinden in de gevonden onderzoeksartikelen over effectiviteit van casemanagement bij dementie. Een juiste wijze van aanbieden van deze componenten heeft vooral betrekking op de attitude van de casemanager dementie. De centrale boodschap hierbij is dat de casemanager zich actief in moet zetten om aan te

sluiten bij de cliënt en diens systeem. Deze attitude past bij een cliëntgerichte strategie die ook eerder werd genoemd in de visie en uitgangspunten.

Een aantal componenten zijn niet essentieel maar wel aanvullend, zoals de geïntegreerde zorg van een (gespecialiseerd)arts of psycholoog en taken op het vlak van preventie, zoals het aanbieden van ondersteuningsgroepen, scholing aan mantelzorgers en de participatie in publieksvoorlichting en casefinding. Deze componenten werden in een aantal eerder uitgevoerde effectstudies over casemanagement bij dementie wel toegepast (Callahan et al., 2006, Eloniemi-Sulkava et al., 2001, Newcomer et al., 1999 (a,b,c) en in andere onderzoeken niet zonder een expliciete verantwoording.

Over 14 stellingen bestond onder de experts geen consensus. Deze stellingen zijn interessant vanwege hun controversie. Voor een aantal stellingen is het gebrek aan consensus mogelijk te verklaren door het verschil in historie van casemanagementteams in Nederland, zoals beschreven door Minkman et al. (2009). Casemanagementorganisaties met participatie vanuit de GGZ leveren een breed pakket aan zorg met geïntegreerde ziektediagnostiek en behandeling van dementie. Een arts en psycholoog maken hierbij onderdeel uit van het multidisciplinaire behandelteam. Casemanagementorganisaties zonder participatie van de GGZ leveren veelal een beperkter pakket zonder deze uitgebreide multidisciplinaire samenwerking en zonder diagnostiek en behandeling van dementie. Hiermee hangt samen de vraag of een casemanager kan behandelen of niet. Binnen de GGZ is het gebruikelijk dat een casemanager en/of sociaal psychiatrische verpleegkundige behandelt of op zijn minst een onderdeel is van een multidisciplinair behandel aanbod. Binnen de verpleeghuiszorg en thuiszorg is het niet gebruikelijk dat verpleegkundigen behandelen en wordt behandeling meer gekoppeld aan een arts of een psycholoog.

## **Model**

Al dit overziend komen we tot de constructie van het volgende model (zie figuur 1). De essentiële componenten zijn geclusterd weergegeven in het centrum van het model. Essentiële randvoorwaarden omringen deze essentiële componenten. Aanvullende componenten waar wel consensus over bestond maar die niet als essentieel werden beschouwd (score lager als 5,5) worden ook weergegeven maar bevinden zich verder van de kern. Er is hierdoor een essentieel maar smal model van casemanagement bij dementie te onderscheiden en een breder model met additionele componenten, zoals een multidisciplinaire inbedding en preventieve taken.

### **Figuur 1.** Model voor casemanagement bij dementie

## **Sterke aspecten en beperkingen van de studie**

Dit onderzoek kent een aantal sterke punten maar ook een aantal beperkingen. Sterke punten zijn het design, de doelgerichte steekproef en de hoge respons. Het gemodificeerde Delphi-design heeft als kracht dat experts items uit de literatuur door middel van een focusgroep-interview en een eerste Delphi-ronde valideren (member check). Hierdoor wordt het onderwerp op een veelzijdige en brede manier in kaart gebracht. De doelgerichte steekproef met zowel experts uit de praktijk als experts uit de wetenschap kent een brede spreiding over instellingen en de verschillende delen van het land. Hiermee kon een breed perspectief op casemanagement worden geschetst. De respons was in alle drie de Delphi-ronden 93% of hoger. Deze respons is hoog te noemen wat de betrouwbaarheid van het onderzoek ten goede komt. Volgens Hasson et al. (2000) is er minimaal een respons van 70% nodig voor iedere Delphi-ronde om betrouwbare conclusies te kunnen trekken.

De studie kent ook beperkingen. Experts gaven bijvoorbeeld op een aantal stellingen verschillende scores maar met dezelfde toelichtende argumentatie. Zo bevatten de stellingen 20, 23 en 34 een frequentie maat die door de experts verschillend werd geïnterpreteerd. Doordat experts het eens waren met de stelling maar niet met de voorgestelde frequentie konden ze de stelling goedkeuren (op basis van de stelling) of afkeuren (op basis van de frequentie). De eerste auteur (PJV) heeft zelf lange ervaring als casemanager dementie wat het onderzoek sterk maakt maar een objectieve waarneming ook kan beïnvloeden. Om deze vorm van onderzoekersbias te voorkomen is er een logboek bijgehouden en zijn de gemaakte keuzen in het onderzoek bediscussieerd met de tweede onderzoeker.

De uitkomsten van deze studie weerspiegelen de mening van een groep Nederlandse experts in het voorjaar van 2009. De resultaten zijn door de doelgerichte steekproeftrekking, de opzet van het onderzoek en de hoge respons zeer waarschijnlijk representatief voor de Nederlandse situatie. De generaliseerbaarheid naar andere landen en gezondheidssystemen is afhankelijk van de specifieke kenmerken van deze landen en systemen.

## **Conclusie en aanbevelingen**

Voor zover bekend is dit de eerste studie in Nederland die uitspraken doet over essentiële componenten van casemanagement bij dementie, de wijze van aanbieden en essentiële randvoorwaarden. Essentiële componenten van casemanagement bij dementie zijn te clusteren naar: informeren, begeleiden, coördineren van zorg en in mindere mate praktische hulp. De juiste wijze van aanbieden komt tot uitdrukking in een cliëntgerichte strategie. Essentiële randvoorwaarden zijn te groeperen naar (1) randvoorwaarden betreffende de

visie op zorg en casemanagement, die vooral te maken hebben met de benadering van de cliënt en diens systeem en (2) organisatorische en operationele randvoorwaarden die te onderscheiden zijn naar de zorgrelatie, methodiek, inbedding in de zorgketen en kennis en opleiding. Multidisciplinaire ondersteuning van een arts en/of een psycholoog zijn - net als preventieve taken van de casemanager - optioneel.

Naar aanleiding van de uitkomsten van dit onderzoek zijn een aantal aanbevelingen te formuleren. Het is belangrijk dat professionals, managers, beleidsmaker en financiers zich bewust worden van de verschillende vormen, de afzonderlijke componenten, de wijze van uitvoering en de randvoorwaarden van casemanagement bij dementie. Zonder dit inzicht in de verschillen komt er geen discussie op gang over wat er voor "goed" casemanagement bij dementie nodig is. Dit onderzoek kan een aanzet zijn tot deze discussie. Een daarop volgende stap is het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren waar casemanagement bij dementie minimaal aan zou moeten voldoen. Als de opgestelde kwaliteitsindicatoren worden nageleefd zullen de verschillen in casemanagement bij dementie verminderen en de kwaliteit toenemen. Uiteindelijk is het belangrijk om aanvullend onderzoek te doen naar de effectiviteit van casemanagement bij dementie en de bijdrage van de afzonderlijke componenten en randvoorwaarden op deze uitkomsten.



## Gebruikte Literatuur

- Aupperle, P.M. & Coyne, A.C. 2000, "Primary vs subspecialty care: a structured follow-up of dementia patients and their caregivers", *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, vol. 8, no. 2, pp. 167-170.
- Aupperle, P.M., MacPhee, E.R., Coyne, A.C., Blume, J. & Sanchez, B. 2003, "Health service utilization by Alzheimer's disease patients: a 2-year follow-up of primary versus subspecialty care", *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, vol. 16, no. 1, pp. 15-17.
- Callahan, C.M., Boustani, M.A., Unverzagt, F.W., Austrom, M.G., Damush, T.M., Perkins, A.J., Fultz, B.A., Hui, S.L., Counsell, S.R. & Hendrie, H.C. 2006, "Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial", *JAMA : the journal of the American Medical Association*, vol. 295, no. 18, pp. 2148-2157.
- Challis, D., von Abendorff, R., Brown, P., Chesterman, J. & Hughes, J. 2002, "Care management, dementia care and specialist mental health services: an evaluation", *International journal of geriatric psychiatry*, vol. 17, no. 4, pp. 315-325.
- Chu, P., Edwards, J., Levin, R. & Thomson, J. 2000, "The use of clinical case management for early stage Alzheimer's patients and their families .", *American Journal of Alzheimer's Disease* 2000 15:5 (284-290), .
- Eloniemi-Sulkava, U., Notkola, I.L., Hentinen, M., Kivela, S.L., Sivenius, J. & Sulkava, R. 2001, "Effects of supporting community-living demented patients and their caregivers: a randomized trial", *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 49, no. 10, pp. 1282-1287.
- Gezondheidsraad 2002, *Dementie*, Gezondheidsraad, Den Haag.
- Groenewoud, H., Egers, I., Pool, A. & de Lange, J. 2008, *Evaluatieonderzoek van de pilot casemanagement dementie in de regio Delft Westland Oostland 2005-2007 eindrapport.*, Kenniskring transitie in zorg., Rotterdam.
- Hasson, F., Keeney, S. & McKenna, H. 2000, "Research guidelines for the Delphi survey technique", *Journal of advanced nursing*, vol. 32, no. 4, pp. 1008-1015.

- Holloway, I., & Wheeler, S. (2002). *Qualitative research in nursing*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Jansen, A.P.D. 2007, *Effectiveness of case management among older adults with dementia symptoms and their informal caregivers.*, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Keeney, S., Hasson, F. & McKenna, H. 2006, "Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research", *Journal of advanced nursing*, vol. 53, no. 2, pp. 205-212.
- Koekkoek, B., van Meijel, B., Schene, A. & Hutschemaekers, G. 2008, "Clinical problems in the long-term care of patients with chronic depression", *Journal of advanced nursing*, vol. 62, no. 6, pp. 689-697.
- Ligthart, S.A. 2006, *Casemanagement bij dementie*, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO.
- Meerveld, J., Schumacher, J., Krijger, E., Bal, R. & Nies, H. 2004, *Landelijk Dementieprogramma Werkboek*, Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW.
- Migchelbrink, F. 2007, *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*, Uitgeverij SWP, Amsterdam.
- Miller, R., Newcomer, R. & Fox, P. 1999, "Effects of the Medicare Alzheimer's Disease Demonstration on nursing home entry", *Health services research*, vol. 34, no. 3, pp. 691-714.
- Minkman, M.N., Ligthart, S.A. & Huijsman, R. 2009, "Integrated dementia care in The Netherlands: a multiple case study of case management programmes", *Health & Social Care in the Community*, .
- Newcomer, R., Miller, R., Clay, T. & Fox, P. 1999, "Effects of the Medicare Alzheimer's disease demonstration on Medicare expenditures", *Health care financing review*, vol. 20, no. 4, pp. 45-65. (a)
- Newcomer, R., Spitalny, M., Fox, P. & Yordi, C. 1999, "Effects of the Medicare Alzheimer's Disease Demonstration on the use of community-based services", *Health services research*, vol. 34, no. 3, pp. 645-667. ( b)

- Newcomer, R., Yordi, C., DuNah, R., Fox, P. & Wilkinson, A. 1999, "Effects of the Medicare Alzheimer's Disease Demonstration on caregiver burden and depression", *Health services research*, vol. 34, no. 3, pp. 669-689. (c)
- Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S.S., Tsangari, H. & Sourtzi, P. 2007, "Caring for a relative with dementia: family caregiver burden", *Journal of advanced nursing*, vol. 58, no. 5, pp. 446-457.
- Ritchie, K. & Lovestone, S. 2002, "The dementias", *Lancet*, vol. 360, no. 9347, pp. 1759-1766.
- Shelton, P., Schraeder, C., Dworak, D., Fraser, C. & Sager, M.A. 2001, "Caregivers' utilization of health services: results from the Medicare Alzheimer's Disease Demonstration, Illinois site", *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 49, no. 12, pp. 1600-1605.
- Vickrey, B.G., Mittman, B.S., Connor, K.I., Pearson, M.L., Della Penna, R.D., Ganiats, T.G., Demonte, R.W., Jr, Chodosh, J., Cui, X., Vassar, S., Duan, N. & Lee, M. 2006, "The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care: a randomized, controlled trial", *Annals of Internal Medicine*, vol. 145, no. 10, pp. 713-726.
- Yordi, C., DuNah, R., Bostrom, A., Fox, P., Wilkinson, A. & Newcomer, R. 1997, "Caregiver supports: outcomes from the Medicare Alzheimer's disease demonstration", *Health care financing review*, vol. 19, no. 2, pp. 97-117.

**Tabel 1.** Kwantitatieve resultaten

75 stellingen	SD<1.5, Mean>5.5	SD<1.5, Mean<5.5	SD>1,5	Totaal
<b>Uitslag 2<sup>e</sup> Delphi-ronde</b>				
Visie en uitgangspunten	8	2	3	13
Generieke randvoorwaarden	13	1	8	22
Componenten van casemanagement	21	12	7	40
<b>Totaal</b>	<b>42</b>	<b>15</b>	<b>18</b>	<b>75</b>
<b>Uitslag 3<sup>e</sup> Delphi-ronde</b>				
Visie en uitgangspunten	9	2	2	13
Generieke randvoorwaarden	14	3	5	22
Componenten van casemanagement	21	12	7	40
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>75</b>

(SD=standaard deviatie, Mean=gemiddelde score)

**Tabel 2.** Visie en uitgangspunten

<b>Stellingen met consensus en essentieel</b>	<b>N</b>	<b>M1</b>	<b>SD</b>	<b>M2</b>
4 Casemanagement bij dementie behoort zowel gericht te zijn op de cliënt als op diens systeem.	28	6,82	0,39	7
8 Een casemanager dementie behoort in haar werk niet alleen gericht te zijn op de bestaande problemen ten gevolge van de ziekte maar waar mogelijk ook op het voorkomen van potentiële problemen bij de cliënt en diens systeem.	28	6,57	0,50	7
10 Een vaste casemanager is een absolute voorwaarde voor goede kwaliteit van casemanagement.	28	6,25	0,75	7
5 Casemanagement bij dementie behoort uit te gaan van de wensen en behoeften van de cliënt en diens systeem.	28	6,21	0,83	7
9 Een casemanager dementie behoort in haar werk te streven naar empowerment van de cliënt en diens systeem.	28	6,21	1,13	7
12 Casemanagement bij dementie kan alleen goed vorm gegeven worden als onderdeel van een zorgketen met andere zorgverleners/zorgaanbieders.	28	6,18	1,09	7
1 Een zorgaanbieder van casemanagement bij dementie kan haar werk niet goed doen zonder een duidelijke visie op dementie.	28	6,11	0,88	6
2 Een zorgaanbieder van casemanagement bij dementie kan niet zonder concreet geformuleerde doelstellingen.	28	5,89	1,03	6
13 Een casemanager dementie welke niet objectief en onafhankelijk kan zijn in haar keuze van zorgpartners in haar advisering, kan geen goed casemanagement bieden.	27	5,67	1,49	6/7
<b>Stellingen met consensus maar niet essentieel</b>	<b>N</b>	<b>M1</b>	<b>SD</b>	<b>M2</b>
6 Een casemanager dementie kan geen goede zorg geven zonder beschikbare ondersteuning van een arts.	28	5,36	1,47	6
7 Een casemanager dementie kan geen goede zorg geven zonder beschikbare ondersteuning van een psycholoog.	27 28	4,63 4,28	1,52 1,49	5 5
<b>Stellingen zonder consensus</b>	<b>N</b>	<b>M1</b>	<b>SD</b>	<b>M2</b>
11 Dementiediagnostiek en –behandeling behoort een integraal onderdeel te zijn van casemanagement bij dementie.	28 29	4,96 5,07	1,80 1,56	6 6
3 Casemanagement bij dementie behoort ook bij een vermoeden op dementie (dus zelfs al vóór de diagnose) beschikbaar te zijn.	28 29	5,29 4,72	1,54 2,07	6 6

(**M1**=gemiddelde, 1 geheel mee oneens, 2 oneens, 3 enigszins mee oneens, 4 neutraal, 5 enigszins mee eens, 6 mee eens, 7 geheel mee eens, **SD**=standaard deviatie, **M2**=Modus)

**Tabel 3.** Organisatorische en operationele randvoorwaarden

<b>Stellingen met consensus en essentieel</b>	<b>N</b>	<b>M1</b>	<b>SD</b>	<b>M2</b>
31 Van een casemanager dementie mag worden verwacht dat zij een actieve houding heeft in de samenwerking met ketenpartners.	28	6,54	0,59	7
17 Zonder zorgdiagnostiek (inschatting van problemen, beperkingen, handicaps en wensen) van de cliënt en/of diens systeem is er geen goed casemanagement mogelijk.	28	6,54	0,64	7
22 Goed casemanagement kan niet zonder het bijhouden van een zorgdossier.	28	6,43	0,69	7
30 Goed casemanagement kan niet zonder vaste afspraken met ketenpartners over afstemming, informatieoverdracht en verantwoordelijkheden in de zorg.	28	6,36	0,91	7
24 Het aangaan, onderhouden en afsluiten van een werkbare zorgrelatie met de cliënt en diens systeem is de verantwoordelijkheid van de casemanager dementie.	27	6,04	1,13	6/7
32 Om goed te kunnen functioneren als casemanager dementie is minimaal een vooropleiding op HBO-niveau nodig.	28	5,96	1,26	7
15 Een casemanager dementie behoort in haar werk zo transparant te zijn, dat zij bij ziekte of verlof onmiddellijk door een collega casemanager vervangen kan worden.	28	5,89	1,32	6
26 Een casemanager dementie behoort cliënten thuis te bezoeken.	28	5,82	1,09	6
21 Een casemanager dementie behoort voor goed casemanagement zoveel mogelijk gebruik te maken van geprotocolleerde evidence-based interventies.	28 29	5,64 5,66	1,52 1,26	6 6
18 Het gebruik van gestandaardiseerde meetinstrumenten, ten behoeve van diagnostiek en monitoring van de cliënt is essentieel voor kwalitatief goed casemanagement.	28	5,57	1,03	6
29 Een goede casemanager dementie bespreekt jaarlijks met de cliënt en diens systeem het eigen functioneren en de ervaren zorgrelatie.	27	5,56	1,45	6
19 Het gebruik van gestandaardiseerde meetinstrumenten, ten behoeve van diagnostiek en monitoring van de mantelzorg is essentieel voor kwalitatief goed casemanagement.	27	5,52	1,28	6
16 Casemanagement bij dementie kan nooit van goede kwaliteit zijn als het niet op een methodische wijze wordt uitgevoerd.	26	5,50	1,27	6
27 Een casemanager dementie behoort tijdens werktijden altijd telefonisch bereikbaar te zijn voor vragen en/of noodsituaties.	28	5,50	1,29	6
<b>Stellingen met consensus maar niet essentieel</b>	<b>N</b>	<b>M1</b>	<b>SD</b>	<b>M2</b>
35 Een casemanager dementie functioneert alleen goed als ze relevante vakliteratuur bijhoudt.	27	5,37	1,31	6
23 Een goede casemanager dementie behoort minimaal één maal per jaar op multidisciplinaire wijze de zorg met de cliënt en diens systeem te evalueren.	27 28	5,52 5,36	1,58 1,47	6 6
34 Een casemanager dementie behoort minimaal zes maal per jaar mee te doen aan intervisie om een goede kwaliteit van casemanagement te waarborgen.	28 29	5,07 4,52	1,56 1,46	6 5/6
<b>Stellingen zonder consensus</b>	<b>N</b>	<b>M1</b>	<b>SD</b>	<b>M2</b>
20 Een casemanager dementie behoort voor de cliënt en diens systeem binnen twee maanden een persoonlijk zorgplan op te stellen.	28 26	5,29 4,73	1,72 1,76	6 6
28 Goed casemanagement vraagt om een waarborg van 24 uren beschikbaarheid bij noodgevallen.	26 29	5,00 4,55	1,63 2,03	6 6
33 Een casemanager dementie kan niet zonder een verpleegkundige vooropleiding.	26 29	4,65 4,03	1,65 1,88	6 3
14 Een ideaal werkbaar caseload van een casemanager dementie ligt tussen de 12 en 15 cliënten per 8 uur dienstverband.	24 28	4,46 3,96	1,62 1,50	6 4
25 Een casemanager behoort minimaal één maal per zes weken structureel contact te hebben met de cliënt en diens systeem, ook als er geen hulpvraag is.	28 28	4,64 3,75	1,73 1,80	6 6

(M1=gemiddelde, 1 geheel mee oneens, 2 oneens, 3 enigszins mee oneens, 4 neutraal, 5 enigszins mee eens, 6 mee eens, 7 geheel mee eens, SD=standaard deviatie, M2=Modus)

**Tabel 4.** Componenten van casemanagement bij dementie

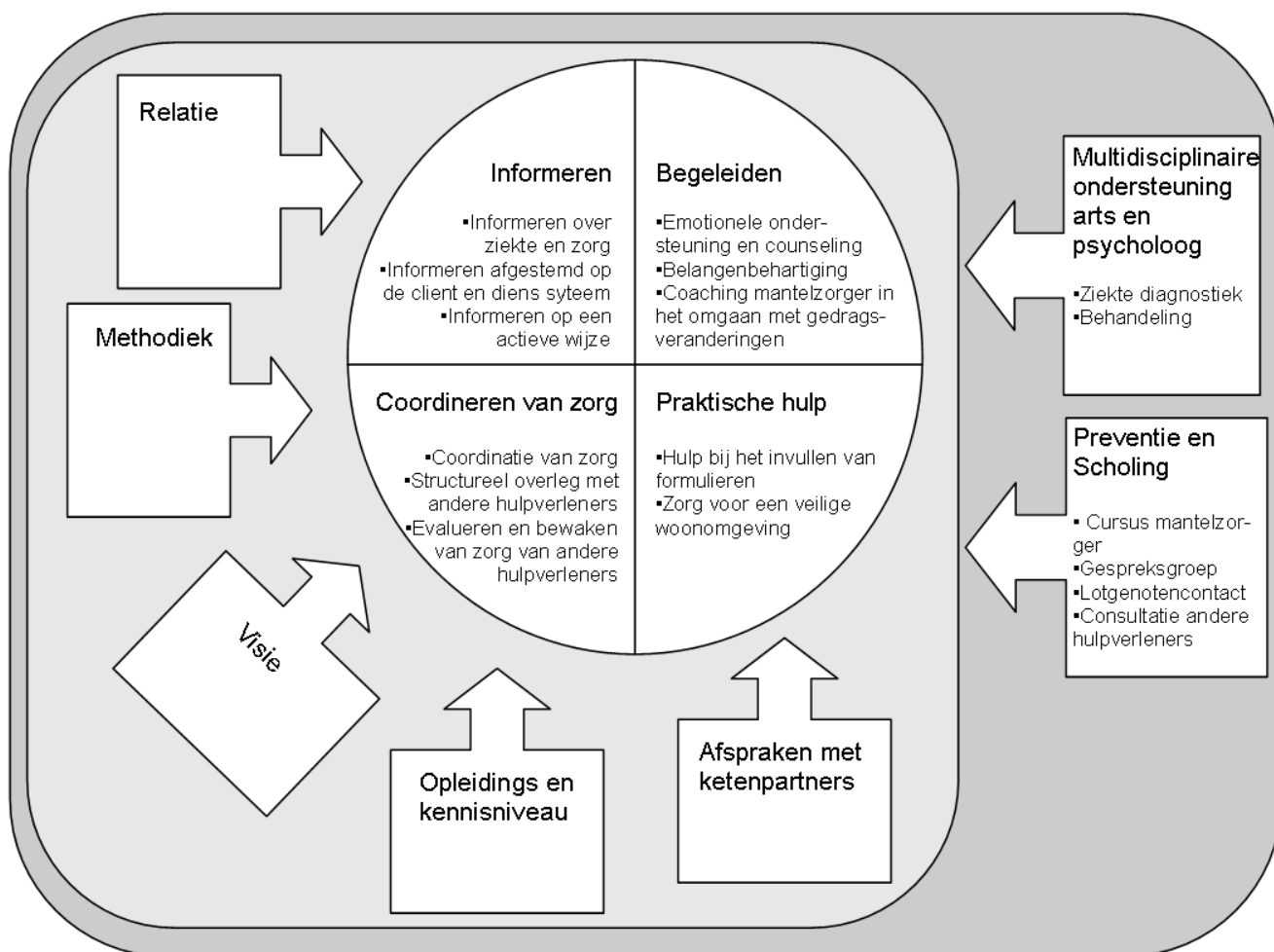
<b>Stellingen met consensus en essentieel</b>	<b>N</b>	<b>M1</b>	<b>SD</b>	<b>M2</b>
47 Een goede casemanager dementie dient aandacht te hebben voor het verschil in beleving van de cliënt enerzijds en de leden van diens systeem anderzijds.	28	6,64	0,49	7
63 Het coördineren van zorg is een essentiële taak van een casemanager dementie.	28	6,61	0,69	7
49 Goed casemanagement kan niet zonder systematische inventarisatie en bespreking van de behoeften aan zorg- en ondersteuningsmogelijkheden van de cliënt en diens systeem.	28	6,54	0,51	7
46 Begeleiding door een casemanager dementie kan alleen op een juiste wijze plaats vinden als er aandacht en ruimte is voor de emoties van de cliënt en diens systeem.	28	6,54	0,51	7
36 Het informeren van de cliënt en diens systeem over de ziekte, de zorg- en ondersteuningsmogelijkheden is een essentiële taak van een casemanager dementie.	28	6,54	0,84	7
51 Een casemanager dementie behoort de cliënt en diens systeem vertrouwen te geven dat men samen kan zoeken naar oplossingen in de problemen veroorzaakt door de dementie.	28	6,50	0,58	7
45 Het bieden van emotionele ondersteuning en counseling aan de cliënt en diens systeem is een essentiële taak van een casemanager dementie.	28	6,43	0,74	7
61 Het coachen van het systeem in het omgaan met gedragsveranderingen van de cliënt is een essentiële taak van een casemanager dementie.	27	6,41	0,64	7
40 Informatie van de casemanager heeft geen effect als deze niet is afgestemd op de cliënt en diens systeem.	27	6,41	0,80	7
52 Een goede casemanager dementie helpt de cliënt en diens systeem met het nemen van moeilijke beslissingen.	28	6,29	0,66	6
57 Een casemanager dementie kan niet zonder een houding van 'er zijn' en presentie die zich uit in een aandachtige houding en toewijding.	28	6,29	1,04 9	7
43 Een goede casemanager dementie informeert de cliënt en diens systeem op een actieve wijze.	27	6,22	0,85	6
50 Een goede casemanager dementie bereidt de cliënt en diens systeem voor op de gevolgen van de ziekte dementie.	26	6,12	0,77	6
53 Een casemanager dementie behoort op te treden als belangenbehartiger voor de cliënt en diens systeem.	28	6,04	0,84	6
65 Een casemanager dementie behoort structureel overleg te hebben met andere zorgverleners rondom de cliënt.	28	6,00	0,94	6
64 Een goede casemanager dementie evalueert en bewaakt ook de zorg die door derden wordt geboden en grijpt indien nodig in.	26	5,85	1,41	7
69 Een goede casemanager dementie heeft zorg voor een veilige woonomgeving van de cliënt, bijvoorbeeld door het aanvragen van hulpmiddelen, woningaanpassing of het interveniëren bij gevaar.	27	5,78	1,12	6
54 Een goede casemanager dementie versterkt het sociale systeem van de cliënt en bevordert diens maatschappelijke participatie.	28	5,75	0,93	6
68 Het is een essentiële taak van een casemanager dementie om hulp te bieden bij het invullen van formulieren (aanvragen CIZ indicatie, thuiszorg, etc).	27	5,70	1,27	6
55 Het is een essentiële taak van een casemanager dementie om bemoeizorg te leveren in geval van zorgmijding van de cliënt.	27	5,70	1,27	6
75 Een goede casemanager dementie is actief in casefinding, bijvoorbeeld door het consult te bieden aan collega zorgverleners en/of publieksvoorlichting.	28	5,68	1,09	6
<b>Stellingen met consensus maar niet essentieel</b>	<b>N</b>	<b>M1</b>	<b>SD</b>	<b>M2</b>
48 Een goede casemanager dementie houdt aparte gesprekken met het systeem van de cliënt.	28	5,43	1,07	6
42 De informatie van de casemanager aan de cliënt moet altijd in meerdere gesprekken worden aangeboden.	27	5,41	1,01	6
37 Een goede casemanager dementie informeert de cliënt en diens systeem over de individuele diagnose, de status en prognose van de ziekte.	28	5,39	1,40	6
66 Een goede casemanager dementie voert een kringgesprek met het systeem en de betrokken zorgverleners van de cliënt om de zorg op elkaar af te stemmen.	28	5,32	1,16	6
38 Een casemanager dementie behoort met de cliënt en diens systeem de informatie te bespreken die afkomstig is van andere zorgverleners.	27	5,19	1,30	6
74 Het is een essentiële taak van een casemanager dementie om te participeren in publieksvoorlichting met betrekking tot dementie (bijvoorbeeld door participatie in een Alzheimercafé, geheugensteunpunt of geheugenwinkel).	28	5,18	1,31	6
62 Het verzorgen van consultatie, coaching en/of scholing aan andere professionals bijvoorbeeld bij gedragsveranderingen van de cliënt is een essentiële taak van een casemanager dementie.	28	5,04	1,40	6

73 Van een casemanager dementie kan worden verwacht dat ze begeleiding kan geven aan lotgenotencontact van mantelzorgers van personen met dementie.	28	5,00	1,41	4
41 Informatie van een casemanager dementie is pas effectief als deze zowel mondeling als schriftelijk aan de cliënt en diens systeem wordt aangeboden.	28	4,71	1,49	4
72 Een casemanager dementie behoort gespreksgroepen voor personen met dementie te kunnen leiden.	28	4,71	1,49	6
44 Een goede casemanager dementie biedt de cliënt en het systeem aan om samen bij een zorgvoorziening te gaan kijken.	28	4,68	1,34	5
71 Het is een essentiële taak van een casemanager dementie om cursussen en/of scholingen te geven aan mantelzorgers in groepsverband.	27	4,30	1,44	4
<b>Stellingen zonder consensus</b>	<b>N</b>	<b>M1</b>	<b>SD</b>	<b>M2</b>
56 Een goede casemanager dementie biedt ook hulp aan het systeem na opname of overlijden van de cliënt.	28 29	5,39 5,34	1,58 1,70	6 6
59 Een casemanager dementie kan in het kader van een multidisciplinair behandeltraject delen van een behandeling uitvoeren.	28 28	5,25 4,89	1,78 1,89	6 6
39 Casemanager en cliënt dienen op basis van gelijkwaardigheid met elkaar te communiceren, bijvoorbeeld bij het uitwisselen van informatie en het maken van keuzes in de zorg.	27 27	5,00 4,48	1,64 1,67	6 4
70 Een casemanager dementie behoort vervoer te regelen voor de cliënt en diens systeem naar bijvoorbeeld een training, dagactiviteiten of een afspraak met een behandelaar.	28 24	4,39 4,04	1,52 1,73	5/6 2/5
58 Een casemanager is geen specialist en kan dus niet behandelen, hooguit begeleiden.	28 28	4,07 3,64	1,68 1,52	4 3
60 Een casemanager dementie kan zelfstandig behandelen.	28 29	3,79 3,45	1,89 1,59	6 2
67 Een casemanager dementie behoort incidenteel praktische hulp te verrichten zoals een het uitvoeren van een karweitje in huis of het halen van een boodschap.	26 29	3,62 3,07	1,63 1,51	2 2

(**M1**=gemiddelde, 1 geheel mee oneens, 2 oneens, 3 enigszins mee oneens, 4 neutraal, 5 enigszins mee eens, 6 mee eens, 7 geheel mee eens, **SD**=standaard deviatie, **M2**=Modus)



**Figuur 1.** Model voor casemanagement bij dementie



**Bijlage 1.** Lijst van de deelnemende experts

	<b>Naam</b>	<b>Instelling en plaats</b>	<b>Functie</b>
1	Drs. Julie Meerveld	Alzheimer Nederland Bunnik	Hoofd Belangenbehartiging en Zorgvernieuwing
2	Dr. Hanny Groenewoud	Hogeschool Rotterdam	Docent/onderzoeker
3	Marlies de Vries	Team 290 Groningen	Casemanager dementie
4	Drs. Paul Geelen	Geriant Heerhugowaard	Specialist ouderengeneeskunde
5	Xandra Hilgers	Zorgbalans Haarlem	Casemanager dementie
6	Dr. José Peeters	NIVEL Utrecht	Onderzoeker
7	Kathy Wondergem	Geriant Den-Helder	Casemanager dementie
8	Ellen van koolwijk	Coördinatiepunt zorg Zoetermeer	Casemanager dementie
9	Drs. René Denis	Vilans Utrecht	Senior medewerker/Projectleider LDP
10	Dr. Aart Pool	Hogeschool Rotterdam	Auteur, docent, onderzoeker
11	Dr. Irena Draskovic	UMC St Radboud Nijmegen	Senior onderzoeker
12	Dr. Daniëlle Jansen	VU mc Amsterdam/ EMGO Amsterdam	postdoc/onderzoekscoördinator Nationaal Programma Ouderenzorg VUmc
13	Drs. Mirella Minkman	Vilans Utrecht	Programmaleider Zorg voor Beter & Kwaliteit en Innovatie in de Ouderenzorg
14	Dr. Rose Marie Droës	VU medisch centrum Amsterdam	Universitair hoofddocent Zorg en ondersteuning bij dementie
15	Dr. Franka Meiland	VU medisch centrum (EMGO) Amsterdam	Senior onderzoeker
16	Dr. Claire Wolfs	Maastricht Universitair Medisch Centrum	Post-doc onderzoeker
17	Dr. Chris Hooijer	Geriant Heerhugowaard	Psychiater/Eerste geneeskundige
18	Anita van Duin	Zorgbalans Haarlem	Manager Draagnet
19	Drs. Patricia de Jong	GGZ centrum West-Friesland Hoorn	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
20	Hilde Stoop	Zet Tilburg (Dementieconsulenten)	Secretaris Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric en Programmacoördinator Zorgvernieuwing Psychogeriatric
21	Dr. Jacomine de Lange	Hogeschool Rotterdam	Lector transitie in zorg, instituut voor gezondheidszorg
22	Dr. Marjolein de Vugt	Academisch Ziekenhuis Maastricht / Alzheimer Centrum Limburg	GZ-psycholoog/ coördinator Alzheimer Centrum Limburg
23	Monica Edelaar	GGZ Leiden	Teammanager ouderen GGZ-Leiden kort
24	Dr. Anne Margriet Pot	VU mc Amsterdam / Trimbos Utrecht	Hoogleraar Ouderenpsychologie
25	Riet Middelhoek	Coördinatiepunt zorg Zoetermeer	Manager Coördinatiepunt Zorg/Ketenregisseur psychogeriatric zorg Vierstroomzorgring
26	Annemarie Wirtz	GGZ Leiden	Casemanager dementie
27	Ruud van Sonsbeek	GGZ Eindhoven	SPV (VO), programmacoördinator cognitieve stoornissen
28	Dr. Hein van Hout	VU medisch centrum Amsterdam	Assistant Professor
29	Jan Adrichem	Evean geheugenpoli Zaanstreek Zaandam	SPV/Casemanager dementie
30	Drs. Jan Jukema	Hogeschool Windesheim	Docent/onderzoeker