

Toepassing van front- en back office en modulariteit theorie op de organisatie van case management in de dementiezorg

(Beknopte versie)



Door Laurens van den Bosch

15-10-2009

Toepassing van front- en back office en modulariteit theorie op de organisatie van case management in de dementiezorg

(Beknopte versie)

Master thesis Logistics and Operations Management

Departement Organisatie en Strategie

Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen



Aan de hand van een stage bij:



Naam: Laurens C.G. van den Bosch
Begeleiders: Dr. ir. B.R. Meijboom (UvT)
Prof. Dr. M.J.D. Schalk (UvT)
Drs. P.A. de Schipper (ZMBR)

DEEL I: METHODEN ONDERZOEK

1.1 Aanleiding onderzoek

In het Landelijk Dementie Programma (LPD) is bepaald dat case management kan bijdragen aan een betere zorgverlening voor cliëntsystemen [=persoon met dementie + mantelzorger(s)]. Zestien koploperregio's zijn vervolgens aangewezen om de organisatie van de hulpverlening aan mensen met dementie te verbeteren en het case management daarbinnen een plaats te geven.

Dienstverleners in Midden-Brabant willen het case management ook structureel gaan inpassen in de zorg voor dementie cliënten. Maar hoe kan het case management zo efficiënt en doelgericht mogelijk georganiseerd worden? Om antwoord te geven op deze vraag heeft het Zorgnetwerk Midden-Brabant (ZMBR) opdracht gegeven om onderzoek te doen naar de organisatie van case management. De volgende hoofdvraag is vervolgens geformuleerd:

Hoe kan case management in de dementiezorg in Midden-Brabant worden georganiseerd, uitgaande van de behoeften van dementie cliënten en mantelzorgers?

1.2 Theorie

Voor het ontwikkelen van een voorstel voor de organisatie van case management is eerst de wetenschappelijke literatuur geraadpleegd. Twee organisatietheorieën zijn toegepast om het case management zo efficiënt en doelgericht mogelijk te organiseren: *front- en back office* en *modulariteit*. Deze theorieën bleken goed toepasbaar om de efficiëntie van de organisatie van case management te verhogen.

1.3 Praktijk

Naast de theorie zijn er ook data uit de praktijk verzameld. De basis van de dataverzameling zijn de samenwerkingsverbanden, tussen dienstverleners, die erop dit moment bestaan en al een vorm van case management in de dementiezorg toepassen. De informatie over de organisatie van deze samenwerkingsverbanden is verkregen door middel van interviews met medewerkers in de samenwerkingsverbanden. In totaal zijn veertien professionals geïnterviewd.

Voor het onderzoek zijn vier samenwerkingsverbanden geïdentificeerd.

Figuur 1.1

Samenwerkingsverband	Participerende dienstverleners
Dongen	Huisartspraktijken + Thebe thuiszorg + verpleeghuis De Volckaert-SBO
Tilburg 1	Elisabeth ziekenhuis + verpleeghuis De Wever + dementieconsulent
Tilburg 2	TweeSteden ziekenhuis + GGZ + dementieconsulent + <i>huisartspraktijken</i>
Waalwijk	Thebe thuiszorg + GGZ + dementieconsulent + verpleeghuis de Schakelring + huisartspraktijken + vrijwilligers- en welzijnsorganisaties

1.4 Voorstel organisatie case management

Vervolgens zijn de bevindingen uit de theorie en de praktijk gecombineerd tot een voorstel voor de organisatie van case management in de dementiezorg. Het voorstel is bedoeld als leidraad voor een betere vormgeving van het case management en voor eventuele introductie van case management in andere gemeentes of regio's.

1.5 Bijlagen

Aan het einde van het document zijn een drietal bijlagen toegevoegd. Een beschrijving van de huidige werkwijzen binnen de vier samenwerkingsverbanden kan gevonden worden in de bijlage 1. In bijlage 2 staat een overzicht van de beschikbare diensten per samenwerkingsverband. Deze lijst is gecreëerd aan de hand van de interviews met professionals. In bijlage 3 kan een overzicht van de geïnterviewde professionals worden gevonden.

DEEL II: THEORIE

2.1 Case management

Case management wordt door Marshall et al. (1998, p.3) gezien als “een manier om diensten te coördineren. Iedere cliënt krijgt een case manager toegewezen die verantwoordelijk is voor het toetsen van de behoeften van de cliënt, het ontwikkelen van een zorgplan, het regelen van toegankelijke zorg, het monitoren van de kwaliteit van de geleverde zorg, en het behouden van contact met de cliënt”. Case management wordt gebruikt bij verschillende ziektes en wordt daardoor in verschillende vormen toegepast. Intagliata (1982, p.657) zegt dat het centrale thema van case management is dat “cliënten worden voorzien van diensten die ze nodig hebben op een gecoördineerde, efficiënte, en effectieve manier”.

Verschillende auteurs hebben zes verschillende case management modellen geïdentificeerd (Mueser et al., 1998; Björkman & Hansson, 2000; Holloway & Carson, 2001; Ziguras & Stuart, 2002):

- Service brokerage
- Clinical
- Assertive Community Treatment (ACT)
- Intensive
- Strengths
- Rehabilitation

Uit onderzoek is gebleken dat de ACT en Intensive case management modellen voor de beste effecten zorgen in de dienstverlening aan cliënten (Holloway et al., 1995; Mueser et al., 1998; Ziguras & Stuart, 2000; Anthony et al., 2000). Doelgroep van deze onderzoeken waren veelal cliënten met psychische problemen. Een belangrijk kenmerk van deze modellen is dat de case manager onderdeel is van een *interdisciplinair team*. Door de formatie van een dergelijk team is er meer kennis aanwezig, kan de werk load worden verdeeld, communicatie tussen hulpverleners worden verbeterd, en de verantwoordelijkheid voor de zorg voor de cliënt worden gedeeld (Holloway, 1991; Rapp, 1998; Ziguras & Stuart, 2000). Verder worden deze modellen gekenmerkt door:

- Lage caseloads (rond de 15 cliënten)

- Diensten geleverd in de woonomgeving en niet op het kantoor
- Gedeelde caseloads
- 24-uur beschikbaarheid
- Meeste diensten direct geleverd door het interdisciplinaire team
- Diensten voor onbeperkte duur

Basistaken van case managers bestaan uit het toetsen van de behoeften van de cliënt, het linken van de cliënt aan de diensten die hij of zij nodig heeft, het monitoren van de professionals die de diensten leveren, en het opbouwen van een vertrouwensband met de cliënt (Intagliata, 1982; Anthony et al. 2000). De Leidraad Ketenzorg Dementie (2008, p.25) schrijft de volgende taken voor:

- Zorgdiagnostiek
- Cyclisch coördineren van zorg en behandeling (signaleren, regelen, evalueren, en bijstellen)
- Het bieden van psychosociale systeembegeleiding (informatie, psycho-educatie, familiegesprekken, rouwverwerking)
- Het bieden van praktische ondersteuning (o.a. zorgbemiddeling)
- Therapeutische behandeling (cognitief en gedragsmatig)

Eventueel kunnen ook taken als vroegsignalering, crisishulp, en het bieden van nazorg na opname of overlijden deel uitmaken van het takenpakket.

Onderzoekers die hebben gekeken naar de kosten die case management met zich meebrengt zijn controversieel in hun conclusies. Sommige spreken van een stijging in de kosten en andere van een (lichte) daling in kosten in vergelijking met traditionele zorg wanneer case management wordt toegepast. Door de proactieve benadering van case management zullen cliënten misschien meer gebruik maken van diensten, wat resulteert in hogere kosten. Aan de andere kant kan case management de efficiëntie verhogen en zal bepaalde zorg, bijvoorbeeld crisishulp, kunnen worden voorkomen of opname in een verpleeghuis langer worden uitgesteld.

2.2 Front- en back office

Front- en back office is het onderscheid tussen dat deel van de organisatie (medewerkers) dat activiteiten uitvoert met direct cliënt contact en dat deel dat geen direct contact heeft met de cliënt. Beide vormen dus de gehele organisatie. Voor de dementiezorg is

cliëntcontact van wezenlijk belang. Haast iedere dienstverlener moet op een bepaald moment in direct contact met de cliënt treden, vooral omdat het leveren van de dienst daarmee gepaard gaat.

Zomerdijk (2005) heeft een front- en back office model ontwikkeld dat organisaties kunnen gebruiken om hun activiteiten in de front- en back office vorm te geven. Drie hoofdbeslissingen kunnen worden genomen om uiteindelijk tot een bepaalde front- en back office configuratie te komen:

- Welke activiteiten worden front office en welke back office georganiseerd (klantcontactbesluiten)?
- Op welke wijze worden werkzaamheden gekoppeld of ontkoppeld (ontkoppelbesluiten) en aan verschillende medewerkers toegewezen?
- Worden front- en back office medewerkers gegroepeerd in afzonderlijke, functionele of in gecombineerde, marktgeoriënteerde afdelingen (personele structuurbesluiten)?

Activiteiten met direct cliënt contact, in de front office, kunnen ervoor zorgen dat de behoeften van de cliënt optimaal worden getoetst. Back office activiteiten daarentegen kunnen efficiency verhogend zijn, omdat er geen storing door de cliënt in het proces plaatsvindt en activiteiten daardoor meer kunnen worden gerationaliseerd.

Als activiteiten tussen front office en back office worden ontkoppeld, betekent dit dat een medewerker alleen actief is in de front office of alleen in de back office. Wanneer activiteiten worden gekoppeld voert een medewerker zowel activiteiten in de front office als in de back office uit. Voordelen van ontkoppelen zijn dat er centralisatie en specialisatie kan plaatsvinden. Daarnaast kunnen medewerkers en taken beter met elkaar kunnen worden 'gematcht'. Ook kunnen medewerkers elkaar goed controleren en verbeteren, omdat ze met dezelfde activiteiten te maken hebben. Het koppelen van activiteiten, daarentegen, voorkomt het overgeven van werk aan andere medewerkers en houdt de kennis over een cliënt op één plaats. Ook kan de tijd dat er geen contact met de cliënt plaatsvindt worden gevuld met niet-contact activiteiten. Verder kan het bredere pakket aan taken, dat een medewerker krijgt door het koppelen van activiteiten, de motivatie en de voldoening van de baan verhogen.

Het indelen van medewerkers in functionele groepen houdt in dat medewerkers met dezelfde competenties en kennis worden samengebracht in een groep. Marktgeoriënteerde groepen, daarentegen, bestaan uit medewerkers met verschillende competenties en kennis. Functionele groepen kunnen zogenaamde schaalvoordelen teweegbrengen. Dit houdt in het

kort in dat op den duur bepaalde resultaten in een korter tijdsbestek kunnen worden gerealiseerd, omdat medewerkers dezelfde taken uitvoeren. Daarnaast is de continuïteit in het leveringsproces gewaarborgd, omdat medewerkers gemakkelijk taken van elkaar over kunnen nemen. Ook kunnen medewerkers gemakkelijk van elkaar leren, omdat ze uiteindelijk dezelfde taken uitvoeren. Marktgeoriënteerde groepen, daarentegen, kunnen de continuïteit in het gehele proces goed waarborgen, omdat ze beschikken over een breder pakket aan kennis. Zij kunnen goed coördineren en binnen de groep gemakkelijk informatie delen. Er is daarom een lager risico voor het verliezen van informatie en er is minder tijd nodig om informatie naar andere medewerkers over te brengen, wat resulteert in betere kwaliteit en hogere snelheid van dienstverlening.

2.3 Modulariteit

Door middel van modulariteit kan een meer gestandaardiseerd proces ontwikkeld worden dat waarde creëert voor cliënten door het hebben van meer keuze opties. Het fundamentele idee van modulariteit is om basis componenten (modules) te combineren op verschillende manieren zodat er uiteindelijk meerdere eindproducten mogelijk zijn. Voorwaarden voor de toepassing van modulariteit zijn dat er variatie in de vraag is bij cliënten, maar dat er aan de andere kant ook variatie in het aanbod bestaat.

Om de verschillende componenten als één geheel aan de cliënt aan te bieden is een verbindingsmiddel nodig, een zogenaamde standaard interface. Dit kan goed vergeleken worden met Lego. Lego blokjes zijn er in allerlei verschillende kleuren, maten, en vormen, maar kunnen allemaal gecombineerd worden om uiteindelijk verschillende bouwwerken te maken. Dit komt omdat ieder Lego blokje dezelfde uniforme dopjes heeft waardoor alle blokjes op elkaar passen. Deze uniforme dopjes zijn de zogenaamde standaard interfaces.

De dementiezorg kenmerkt zich door een scala aan verschillende diensten die beschikbaar zijn voor cliëntensystemen. Ieder cliëntensysteem heeft zijn of haar eigen specifieke vraag naar bepaalde diensten, zoals thuiszorg, respijt zorg, of dagbehandeling. De diensten die beschikbaar zijn voor cliëntensystemen, kunnen worden vergeleken met de verschillende Lego blokjes. De verschillende bouwwerken die met Lego blokjes worden gemaakt, kunnen vervolgens vergeleken worden met de dienstenpakketten die individuele cliëntensystemen nodig hebben. Om die verschillende diensten als één geheel aan het cliëntensysteem te leveren is vooral goede planning en afstemming tussen de dienstverleners nodig. Dus de standaard interface in de dementiezorg bestaat uit die planning en afstemming tussen diensten. Dit is voornamelijk een menselijke aangelegenheid. Daarom kan het interdisciplinaire team, en vooral de case manager, de standaard interface zijn in de

dementiezorg. Vooral de case manager moet er dus voor zorgen dat er goede planning en afstemming plaatsvindt tussen de verschillende dienstverleners.

DEEL III: VOORSTEL ORGANISATIE CASE MANAGEMENT

3.1 Introductie

Het voorstel is ontwikkeld op basis van de theorie en data uit de praktijk. Daarnaast is er bij het voorstel uitgegaan van de veertien probleemvelden genoemd door cliëntsystemen in het Landelijk Dementie Programma. Het voorstel is opgehangen aan de drie fases die het ziekteproces van dementie kenmerkt: de niet-pluis fase, diagnose fase, en manifeste fase. Aan het einde van dit hoofdstuk is het voorstel in een figuur weergegeven.

3.2 Niet-pluis fase

De huisarts, dementieconsulent, ouderenadviseur, de geheugenwinkel, ontmoetingscentra, het Alzheimercafé, vrijwilligers- en welzijn organisaties, en de sociale omgeving spelen een belangrijke rol in de niet-pluis fase, wanneer een cliëntstelsel behoefte heeft aan informatie en advies. De cliënt en mantelzorger moeten worden geassisteerd om bekend te raken met de ziekte dementie en niet in een sociaal isolement terechtkomen. Vooral de dementieconsulent is een belangrijk persoon in deze fase, omdat hij of zij 'laagdrempelig', zonder bijkomende kosten kan worden geconsulteerd. Evaluaties over de rol van de dementieconsulent zijn positief gebleken. Het toepassen van case management in deze fase is lastig, omdat cliëntsystemen nog niet per definitie zijn geïdentificeerd en exacte klachten nog niet bekend zijn.

In het samenwerkingsverband in *Dongen* past men het case finding toe in de niet-pluis fase. Case finding is het actief screenen van een bepaalde doelgroep (bijv. 85+) op tekenen van dementie. Hierdoor kan bepaalde dienstverlening bijtijds worden geregeld en kunnen crisis situaties mogelijk voorkomen worden, omdat een cliënt eerder is geïdentificeerd. Daarnaast kan case finding dienstverleners een beter overzicht geven van de populatie mensen met dementie klachten. Case finding zou kunnen worden uitgevoerd door verschillende dienstverleners.

3.3 Case management *in de diagnose en manifeste fase*

3.3.1 Case manager functie

De intensieve modellen uit de literatuur schrijven caseloads voor van 10 tot 20 cliënten. De case managers in de samenwerkingsverbanden hebben caseloads ver boven de 20. In veel

studies zijn lage caseloads gericht op zwaar mentaal zieke personen. Niet alle dementie cliënten zijn zwaar mentaal ziek en zullen daarom niet allemaal dezelfde intensiviteit van dienstengebruik nodig hebben. De Leidraad Ketenzorg Dementie (2008) schrijft caseloads van 50 voor in Nederland.

Zowel uit de interviews als uit de literatuur blijkt dat het opbouwen van een vertrouwensband met het cliëntstelsel cruciaal is om tot een goede dienstverlening te komen. Dit vergt dan ook dat dienstverlening, voor zover mogelijk, in de sociale omgeving van cliënten zelf moet plaatsvinden. Het raadzaam is dat een zelfde persoon de case manager functie invult voor een individueel cliëntstelsel gedurende het gehele hulpverleningsproces. Daarnaast is het van belang dat de diensten van een case manager tijdsonbeperkt zijn.

De hoofdtaken van een case manager bestaan uit het opbouwen van een vertrouwensband met het cliëntstelsel, het toetsen van de behoeften van het cliëntstelsel, het linken van het cliëntstelsel met beschikbare diensten, en het monitoren van de professionals die de diensten leveren. Zoals in het vorige hoofdstuk beschreven, schrijft de Leidraad Ketenzorg Dementie (2008) een lijst van taken voor die een case manager bij dementie zou moeten uitvoeren. Bepaling van de exacte taken is buiten het kennisgebied van de onderzoeker, omdat hierbij ook medische kennis vereist is. Het moet duidelijk zijn dat de kern van de case manager functie het managen van het hulpverleningsproces voor het cliëntstelsel is.

Op dit moment voeren verschillende disciplines de case manager functie uit in de samenwerkingsverbanden in Midden-Brabant. Geïnterviewden zijn gevraagd welke disciplines capabel zouden zijn om de case manager uit te voeren en welke diploma's eventueel vereist zouden zijn.

Figuur 3.1: Realisatie case manager functie

Algemene achtergrond	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Verpleegkundige of maatschappelijk werker (HBO niveau) ➤ Ervaring in ouderenzorg ➤ Case management opleiding
Voorgestelde disciplines	<ul style="list-style-type: none"> ➤ (geriatisch/district) verpleegkundige thuiszorg ➤ praktijkondersteuner (HA praktijk) ➤ (geriatisch) verpleegkundige ziekenhuis ➤ (geriatisch) verpleegkundige/maatschappelijk werker verpleeghuis ➤ dementieconsulent ➤ sociaal psychiatrisch verpleegkundige GGZ

3.3.2 Interdisciplinair team

Uit de literatuur en de data uit de praktijk blijkt dat de vorming van een interdisciplinair team bij de toepassing van het case management kan bijdragen aan een goede zorgverlening aan het cliëntsysteem. Een dergelijk team kan zorg dragen voor een goede coördinatie van het hulpverleningsproces en heeft een breder pakket aan kennis tot zijn beschikking, wat vaak nodig is om het cliëntsysteem de juiste dienstverlening te verschaffen. Uit de interviews bleek dat het niet altijd duidelijk is wie nu precies welke rol heeft in het hulpverleningsproces voor het cliëntsysteem. In deze teams kunnen professionals leren van de activiteiten van collega's en elkaars competenties benutten. De case manager moet miniaal onderdeel zijn van het team en andere leden moeten kennis en competenties ter beschikking hebben die de case manager niet bezit.

In *Dongen* zijn er op dit moment drie professionals onderdeel van een interdisciplinair team: een case manager, de huisarts (HA), en de specialist ouderengeneeskunde¹. Deze samenstelling zorgt zowel voor continuïteit en coördinatie in het hulpverleningsproces voor het cliëntsysteem als voor een betere communicatie tussen de professionals. Communicatie is verbeterd, omdat afspraken zijn gemaakt over de rolverdeling tussen de drie professionals en dat ze gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen voor de zorg voor het cliëntsysteem. De HA blijft de hoofdbehandelaar totdat een cliënt wordt opgenomen in een verpleeghuis en is daarom continu betrokken in het hulpverleningsproces voor een cliënt. Voor een cliënt is het daarom goed dat de HA continu op de hoogte is van zijn of haar gezondheidssituatie. Door lid te zijn van het interdisciplinair team wordt dit mogelijk gemaakt. Daarnaast is de HA ook één van de hoofdverbindingen naar de zorg voor een cliënt. De HA kan daarom ook een belangrijke rol spelen wanneer niet-dementie gerelateerde klachten zich gaan voordoen bij de cliënt. Na de diagnose fase kan de rol van de HA het op de hoogte blijven van de gezondheidssituatie van de cliënt zijn.

De specialist ouderengeneeskunde in *Dongen* heeft kennis van diagnosestelling en behandeling bij de ziekte dementie, wat nodig is voor de cliënt. Deze rol kan ook worden ingevuld door andere disciplines, zoals een klinisch geriater van een ziekenhuis of een psychiater van de GGZ. *(Deze rol binnen het interdisciplinair team zal in de rest van dit document als "arts" worden benoemd).*

Het voorstel om deze professionals in het team te zetten betekent niet dat de samenstelling van het interdisciplinair team in de diagnose fase in *Tilburg 2* niet goed is. De brede kennis die aanwezig is in het team is goed voor een adequate ontwikkeling van een zorg en

¹ Voorheen *Verpleeghuisarts*.

behandel plan in de diagnose fase. Het probleem is dat het team in *Tilburg 2* niet meer actief is voor het cliëntensysteem gedurende de daarop volgende manifeste fase.

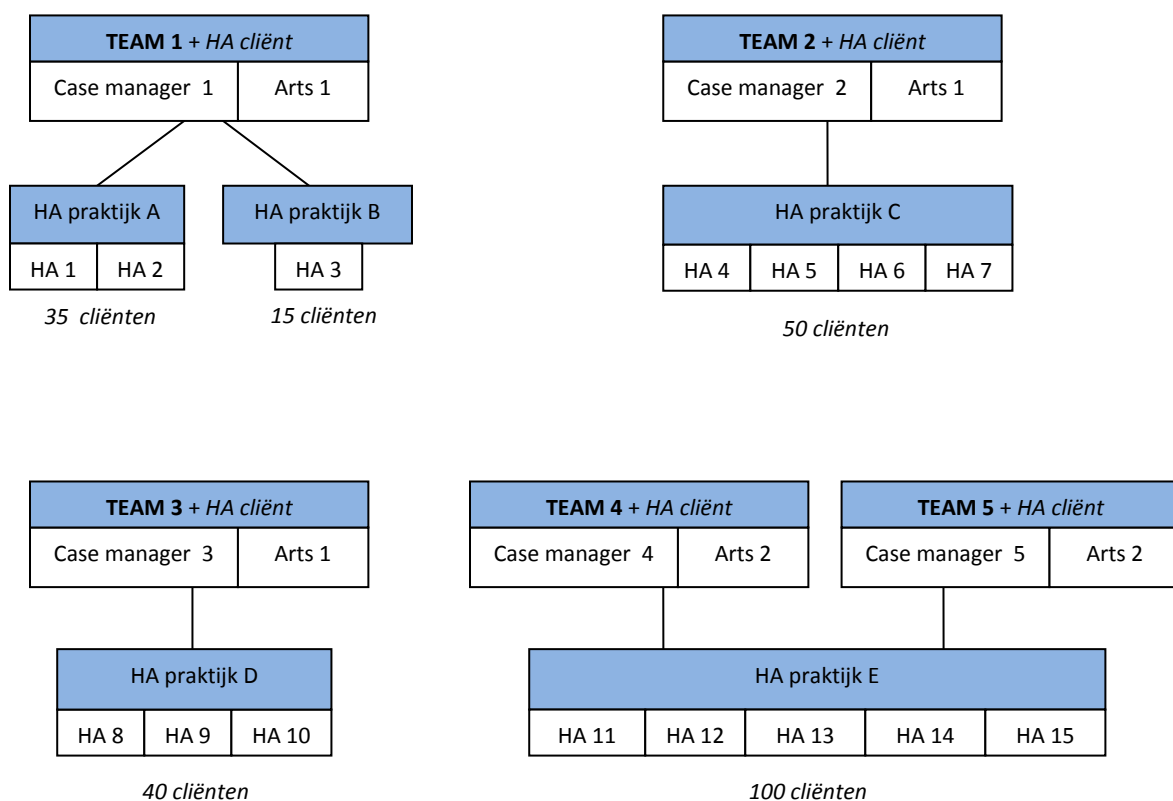
Drie verschillende rollen zullen dus moeten worden ingevuld in het team gedurende het gehele hulpverleningsproces in de diagnose en manifeste fase tot aan opname in een verpleeghuis:

1. Case manager functie
2. Arts (bijv. specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater, of psychiater)
3. HA

De realisatie van de case manager functie en arts rol kan dus verschillen tussen teams.

Geïnterviewden betogen dat hun communicatie met de HA niet altijd optimaal is. Naast de voordelen voor het cliëntensysteem dat de HA in het team zit, kan het ook een ontlastende werking hebben op de HA zelf en communicatie met andere professionals verbeteren. Door het creëren van teams die opereren rondom cliënten populaties die verbonden zijn met bepaalde HA praktijken, heeft de HA altijd te maken met dezelfde professionals (case manager en arts) in het hulpverleningsproces voor de cliënt.

Figuur 3.2: Verdeling teams over cliënten



Opmerking: de case manager en arts hoeven niet 'fysiek' gekoppeld te zijn aan de HA praktijk.

Figuur 3.2: Verdeling teams over cliënten (vervolgd)

Voorbeeld 'case manager functie' en 'arts' disciplines zijn willekeurig gekozen	
Case manager 1	<i>Geriatrisch verpleegkundige ziekenhuis</i>
Case manager 2	<i>Geriatrisch verpleegkundige thuiszorg organisatie</i>
Case manager 3	<i>Praktijkondersteuner</i>
Case manager 4	<i>Dementieconsulent</i>
Case manager 5	<i>Praktijkondersteuner</i>
Arts 1	<i>Klinisch geriater</i>
Arts 2	<i>Specialist ouderengeneeskunde</i>

Opmerkingen bij verdeling:

- De aantallen cliënten zijn dementie cliënten.
- Een *arts* kan actief zijn in meerdere teams.
- Ieder team heeft een andere *case manager*.
- De *HA* van een cliënt is het derde lid van het team, naast de *case manager* en *arts*.
- In het geval van zware mentale problemen bij een cliënt zou een *GGZ medewerker/team* het team kunnen bijstaan of de gehele taak van het team over kunnen nemen.

De verdeling van teams over cliënten op bovenstaande manier brengt een aantal voordelen met zich mee. Ten eerste is er altijd een team beschikbaar voor een cliëntensysteem, omdat aan iedere HA praktisch een team gekoppeld zit. De HA heeft altijd te maken met dezelfde case manager en arts, en de case manager altijd met dezelfde arts. Daarnaast kunnen de case manager en arts de HA ontlasten door bepaalde taken op zich te nemen. Door deze verdeling ontstaan er kleine netwerkjes met betrekking tot de zorgverlening voor een cliënt. Ook is de verdeling gebaseerd op het aantal dementie cliënten per HA praktijk. Aan de andere kant zit er ook een nadeel aan deze verdeling: de keuzevrijheid van cliëntensystemen is beperkt voor wat betreft de case manager- en artsenkeuze.

3.4 Front- en back office configuratie in diagnose en manifeste fase

Professionals in de dementiezorg kunnen niet alleen in de front office (activiteiten met direct cliënt contact) of alleen in de back office (activiteiten zonder direct cliënt contact) activiteiten hebben. Iedere professional zal op een bepaald moment direct contact hebben met het cliëntensysteem in de front office. Back office activiteiten bestaan bijvoorbeeld uit administratieve werkzaamheden en het consulteren van andere collega's. Maar wanneer er

alleen wordt gekeken naar het managen van het hulpverleningsproces voor het cliëntensysteem, waar het interdisciplinair team dus verantwoordelijk voor is, kan er een basisverdeling over front office en back office worden gemaakt.

Van het moment dat er een diagnose dementie gaat worden gesteld, zou er een case manager (met interdisciplinair team) beschikbaar moeten zijn voor het cliëntensysteem. De actieve rol die een case manager neemt in het hulpverleningsproces moet afhangen van de vraag van het cliëntensysteem. Een cliëntensysteem met een proactieve mantelzorger wenst misschien minder betrokkenheid van de case manager. Daarnaast moet er rekening worden gehouden met de aard van de klachten van de cliënt bij de toewijzing van een case manager. Als er sprake is van zware psychische klachten bij een cliënt, kan waarschijnlijk een spv'er² van de GGZ het beste de case manager worden. Wanneer het cliëntensysteem een case manager is toegewezen, moet de case manager continu beschikbaar zijn in de front office om de behoeften van het cliëntensysteem te toetsen. De case manager is de link tussen het cliëntensysteem en de andere leden van het team. Het team (case manager, arts, HA) stelt³ een zorg en behandel plan op in de back office in de diagnose fase, en legt dit vervolgens voor aan de cliënt in de front office.

Tijdens het ziekteproces van dementie is het vaak nodig dat de dementiecliënt periodiek contact heeft met een arts voor extra onderzoek/diagnosestelling of eventuele behandeling. Uit de interviews is gebleken dat dit in de praktijk dan ook vaak plaatsvindt. Daarom kan een periodiek spreekuur met de arts uit het team zorgen voor een adequate toetsing van de behoeften van het cliëntensysteem. Dit gebeurt op dit moment in het geriatisch spreekuur met de specialist ouderengeneeskunde in *Dongen*. Ook in *Tilburg 1 en 2* keren cliënten vaak één of twee keer per jaar terug naar de klinisch geriater of neuroloog van het ziekenhuis. Daarom is het dus wenselijk om een periodiek spreekuur door de arts van het team in te voegen in het hulpverleningsproces. Om onnodige afspraken te voorkomen, kan een spreekuur voor een cliëntensysteem in een stabiele situatie worden overgeslagen. Het team en het cliëntensysteem moeten dit samen beslissen.

In de manifeste fase moet het zorg en behandel plan worden aangepast wanneer de behoeften van het cliëntensysteem veranderen. Net als de case manager, houdt de arts van het team deze verandering van behoeften in de gaten in zijn of haar spreekuur met het cliëntensysteem. De case manager regelt diensten voor het cliëntensysteem of assisteert het cliëntensysteem daarbij. De case manager en arts moeten de HA op de hoogte houden van de

² Sociaal psychiatisch verpleegkundige.

³ Eventueel samen met andere professionals.

gang van zaken rondom het cliëntensysteem. Hoewel een proactieve HA nog steeds af en toe in de front office kan komen om het cliëntensysteem te zien. Op deze manier zijn de teamleden continu op de hoogte van de stand van zaken rondom een cliëntensysteem. Het zogenaamde koppelen (professionals die zowel in de front office als in de back office actief zijn) van activiteiten resulteert in een goede toetsing van de behoeften van het cliëntensysteem en creëert een sterke link met beschikbare diensten.

Het interdisciplinair team is verantwoordelijk voor het managen van het hulpverleningsproces en zijn de link tussen cliëntensysteem en specifieke professionals (professionals die bepaalde diensten leveren, bijv. thuiszorg). De specifieke professionals leveren hun diensten zonder zich te bemoeien met het managen van het hulpverleningsproces.

3.5 Modulair zorg en behandel plan *in de diagnose en manifeste fase*

Om een afgestemd dienstenpakket te construeren, wat zich vorm geeft in het zorg en behandel plan, moeten alle diensten die een cliëntensysteem nodig kan hebben beschikbaar zijn binnen een samenwerkingsverband van dienstverleners. Uit de interviews bleek dat niet alle samenwerkingsverbanden toegang hebben tot alle diensten (zie bijlage 2). Een voorwaarde voor het creëren van een afgestemd dienstenpakket is dat er goede afspraken worden gemaakt tussen alle dienstverleners die te maken hebben met de zorg voor dementie cliënten. *Waalwijk* is een voorbeeld van een samenwerkingsverband waar al veel verschillende dienstverleners betrokken zijn bij een transmuraal overleg. Maar daar is nog geen sprake van een echt afgestemd dienstenpakket voor het cliëntensysteem.

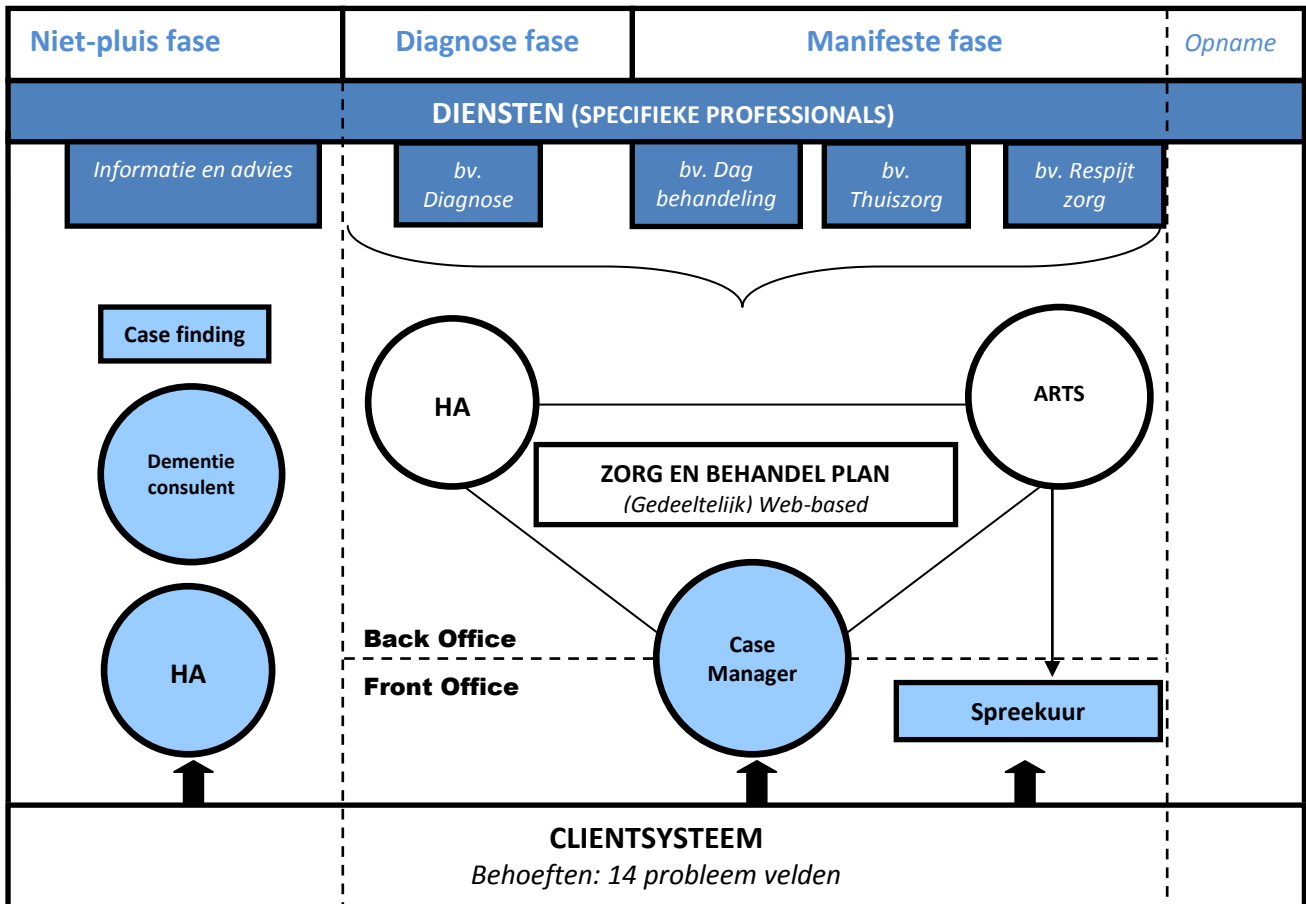
Het fundamentele idee van modulariteit in de dementiezorg is dat er een standaard verbindingsmiddel (interface) nodig is om de verschillende diensten als een afgestemd en geheel pakket aan het cliëntensysteem aan te bieden. Cliëntensystemen kenmerken zich door variatie in hun vraag naar diensten en willen daarnaast dat die diensten zo coherent mogelijk aan hen worden aangeleverd. Het interdisciplinair team moet die standaard interface zijn die er voor zorgt dat de diensten als één afgestemd pakket aan het cliëntensysteem kunnen worden geleverd. Dit betekent dat het team, maar vooral de case manager, de acties van verschillende specifieke professionals op elkaar afstemt en zorgt voor goede planning. Omdat een cliëntensysteem hetzelfde team heeft gedurende het gehele ziekteproces, zijn er optimale condities gecreëerd voor het ontstaan van bepaalde routines (standaardisatie) tussen teamleden en met specifieke professionals.

Uit de interviews bleek dat de documentatie van het zorg en behandel plan in verschillende dossiers zorgt voor een barrière in de communicatie tussen professionals. Daarnaast

resulteert de documentatie vaak in veel papierwerk. Daarom is het wenselijk dat er één (transmuraal) dossier komt waar de betrokken professionals toegang tot hebben. Dit kan de afstemming tussen verschillende dienstverleners faciliteren. Een web-based dossier zou hiervoor een goede uitkomst bieden. Alleen moet er goed gekeken worden welke informatie überhaupt gedeeld kan worden, in verband met privacy wetten. Meijboom et al (2006) hebben een 'Patient Volgsysteem' (PVS) toegepast in de keten voor CVA patiënten. Dit systeem bestaat uit relevante logistieke informatie over patiënten. Een dergelijk informatie systeem zou het overdragen van informatie tussen verschillende dienstverleners kunnen faciliteren.

Informatie in dit systeem zou kunnen bestaan uit primaire data over het cliëntsysteem (naam, adres, etc.), betrokken professionals (case manager, HA, arts), en informatie van het zorg en behandel plan. Wanneer dit systeem het mogelijk maakt data te analyseren, kunnen hieruit mogelijke 'performance indicatoren' worden onttrokken om bijvoorbeeld de (kosten) effectiviteit van het case management te evalueren. Caseloads van case managers, het aantal dementiecliënten per HA praktijk, the intensiviteit van dienstengebruik, zijn voorbeelden van relevante variabelen die input kunnen leveren voor beslissingen op tactisch of zelfs strategisch niveau.

Figuur 3.2: Voorstel organisatie case management



REFERENTIELIJST

Anthony, W.A, Cohen, M., Farkas, M., & Cohen, B.F. (2000). Clinical care update: The chronically mentally ill - Case management - More than a response to a dysfunctional system. *Community Mental Health Journal*, 36, 1, 97-106.

Björkman, T., Hansson, L. (2000). What do case managers do? An investigation of case manager interventions and their relationship to client outcome. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 43-50.

Holloway, F. (1991). Case Management for the Mentally Ill: Looking at the Evidence. *International Journal of Social Psychiatry*, 37, 2, 2-13.

Holloway, F. & Carson, J. (2001). Review Article Case Management: an Update. *International Journal of Social Psychiatry*, 47, 3, 21-31.

Intagliata, J. (1982). Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: The role of case management. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 4, 655-674.

'Leidraad Ketenzorg Dementie' (2008). *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zorgverzekeraars Nederland, & Alzheimer Nederland*, Versie 28 juli 2008.

Mueser, K.T., Bond, Q.R., Drake, R.E., & Resnick, S.Q. (1998). Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 1, 37-74.

Rapp, C.A. (1998). The active ingredients of effective case management: A research synthesis. *Community Mental Health Journal*, 34, 4, 363-379.

Ziguras, S.J. & Stuart, G.W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*, 51, 1410-1421.

Zomerdijk, L.G., Design decisions in de front office – back office issue. Groningen: dissertatie Universiteit Groningen (2005).

BIJLAGEN

- BIJLAGE 1:** **BESCHRIJVING SAMENWERKINGSVERBANDEN**
(DONGEN, TILBURG 1, TILBURG 2, WAALWIJK)
- BIJLAGE 2:** **BESCHIKBARE DIENSTEN PER**
SAMENWERKINGSVERBAND
- BIJLAGE 3:** **GEÏNTERVIEWDEN**

BIJLAGE 1: BESCHRIJVING SAMENWERKINGSVERBANDEN

In deze bijlage zijn de werkwijzen van de vier samenwerkingsverbanden, waaruit professionals zijn geïnterviewd, beschreven. In paragraaf A 1.5 is de rol van de dementieconsulent apart beschreven. Paragraaf A 1.6 bestaat uit de “positieve kenmerken”, “problemen”, en “suggesties voor verbetering” genoemd door de geïnterviewden.

A 1.1 Samenwerkingsverband *DONGEN*

Historie

Het aantal kwetsbare ouderen in Dongen, die veel zorg behoeven, is aanzienlijk gestegen in de laatste jaren. Verpleeghuis De Volckaert-SBO, Thebe thuiszorg, en HA praktijken realiseerde zich dit en sloegen de armen ineen voor een initiatief om betere zorg voor deze kwetsbare ouderen te regelen. Door dit initiatief kunnen deze kwetsbare ouderen sneller worden geïdentificeerd. Daarnaast kunnen tekenen van dementie al worden gesignaleerd, zelfs voordat echte dementiegerelateerde klachten zich bij cliënten gaan openbaren.

Hulpverleningsproces

Dementie cliënten worden geïdentificeerd op verschillende manieren. Ten eerste gebeurt het dat familieleden afwijkend gedrag signaleren en vervolgens naar de HA stappen voor advies. Ten tweede kan het ook andersom gebeuren dat de HA afwijkend gedrag signaleert bij de cliënt. Ten derde wordt er in Dongen door een praktijkondersteuner en twee geriatrisch verpleegkundigen case finding gedaan. Mensen ouder dan 85 worden actief gescreend op tekenen van dementie. Zij doen daarbij een *EasyCare* assessment⁴ en een aantal andere tests (*MMSE* + *Barthell* + *EDIZ*)⁵. Ze hebben bijna alle mensen ouder dan 85 jaar bezocht en beginnen binnenkort met 80 jaar en ouder.

De HA beslist om een cliënt wel of niet door te verwijzen naar het geriatrisch spreekuur met de specialist ouderengeneeskunde van De Volckaert-SBO. De specialist ouderengeneeskunde en HA beslissen vervolgens samen om de client wel of niet door te verwijzen naar het Geriatrisch Centrum Oosterhout (GCO) of the GGZ voor verder onderzoek. Daarnaast kan de specialist ouderengeneeskunde ook doorverwijzen naar

⁴ *EasyCare assessment*: een test om de behoeften van de client te toetsen.

⁵ *MMSE*: een geheugentest, *EDIZ*: test voor de last van de mantelzorg, *Barthell*: test voor algemene dagelijkse activiteiten.

andere disciplines binnen het verpleeghuis, bijvoorbeeld een psycholoog. De drie betrokken dienstverleners in het samenwerkingsverband hebben samen dit verwijzingsmodel ontwikkeld. De eerste laag zijn de HA en case managers, de tweede laag de specialist ouderengeneeskunde, en de derde laag het extra onderzoek in het GCO of bij de GGZ.

Wanneer de specialist ouderengeneeskunde is geconsulteerd kunnen er drie vervolgacties plaatsvinden:

1. Eenmalig advies.
2. Specialist ouderengeneeskunde en HA vervolgen het cliëntstelsel.
3. Aanvullend onderzoek in het GCO of bij de GGZ.

Wanneer een dementie cliënt is geïdentificeerd krijgt hij of zij een case manager toegewezen. Deze case manager kan de geriatrisch verpleegkundige van Thebe zijn, de praktijkondersteuner van HA praktijk Procureurweg, of de geriatrisch verpleegkundige van verpleeghuis De Volckaert-SBO.

De verantwoordelijkheden voor cliënten populaties zijn als volgt verdeeld:

Case manager	Populatie
<i>Geriatrisch verpleegkundige Thebe</i>	➤ Cliënten van HA praktijk Aan de Donge.
<i>Praktijkondersteuner</i>	➤ Gedeelte cliënten van HA praktijk Procureurweg.
<i>Geriatrisch verpleegkundige De Volckaert-SBO</i>	➤ Cliënten die in een verzorgingshuis verblijven of al zijn aangemeld bij De Volckaert-SBO om zorg te ontvangen. ➤ Cliënten van de 2 solistische HA praktijken

De case managers blijven het cliëntstelsel volgen tot aan opname of overlijden. In het geval van zware psychische problemen kan de case manager functie worden overgedragen naar de GGZ. Soms komt het ook voor dat deze functie is overgedragen naar medewerkers van de dagbehandeling van De Volckaert-SBO.

De HA blijft de hoofdbehandelaar tot aan opname in een verpleeghuis. Hij of zij moet op de hoogte blijven van de gezondheidssituatie van de cliënt. Daarom houden de HA, case manager, en specialist ouderengeneeskunde elkaar op hoogte van de stappen die worden genomen in het hulpverleningsproces voor het cliëntstelsel.

Taakverdeling

Geriatrisch verpleegkundige Thebe/Praktijkondersteuner/Geriatrisch verpleegkundige De Volckaert-SBO (case managers):

- Verwijzen
- Coördinatie
- Begeleiding
- Ondersteuning
- Psycho-educatie
- Opstellen van een zorg en behandel plan
- Case finding (Easy Care assessment)
- Continuïteit in het hulpverleningsproces bewaken

HA:

- Hoofdbehandelaar
- Opstellen van zorg en behandel plan
- Primaire diagnose
- Verwijzen

Specialist ouderen geneeskunde:

- Diagnose
- Behandeling
- Opstellen zorg en behandel plan
- Verwijzen

Andere disciplines die op indicatie betrokken zijn:

- *Psycholoog/Psychiater:* diagnose en behandeling

Case management

Elke dienstverlener (Thebe, De Volckaert-SBO, HA praktijken) binnen het samenwerkingsverband leveren één case manager. Ieder cliëntstelsel kan aanspraak maken op een case manager die het cliëntstelsel vervolgt tot aan opname, overlijden, of overdracht naar de GGZ. Wanneer een case manager actief wordt voor een cliëntstelsel, zullen alle betrokken professionals worden geïnformeerd dat de case manager de centrale persoon is rondom de zorg voor een cliëntstelsel. In veel situaties betekent dit vooral het informeren van thuiszorg medewerkers, omdat zij regelmatig bij cliëntsystemen over de

vloer komen. Nog belangrijker is dat het de rol van de case manager duidelijk is voor het cliëntensysteem zelf.

De case manager gaat bij mensen thuis op bezoek. Hij of zij behoort kennis te hebben van het sociale systeem waarin het cliëntensysteem leeft en moet dus continu op de hoogte zijn van de gang van zaken rondom de zorg voor het cliëntensysteem. Daarnaast moet de case manager een vertrouwensband met het cliëntensysteem opbouwen, waardoor de behoeften beter kunnen worden begrepen. De frequentie van cliënt contact hangt af van de behoeften van het cliëntensysteem. Als een cliëntensysteem zich in een stabiele situatie bevindt, vindt er minstens één keer per jaar contact plaats en veelal één keer in de drie maanden. In meer complexe situaties zal de frequentie van contact hoger zijn. Het case finding wordt uitgevoerd door de drie case managers. Als er geen dementie gerelateerde symptomen worden ontdekt, komen ze toch ieder jaar terug om opnieuw een test af te nemen.

De case manager is onderdeel van een interdisciplinair team in Dongen. Dit team bestaat dus uit de case manager, specialist ouderengeneeskunde, en de HA. Deze professionals bepalen in samenspraak met het cliëntensysteem de best mogelijke zorg. De HA is minder actief betrokken bij dit proces, maar blijft goed op de hoogte van de situatie, omdat hij of zij hoofdbehandelaar is tot aan opname. De case manager en specialist ouderengeneeskunde organiseren zorg en behandelplan besprekingen met de mantelzorger(s). Het is mogelijk dat er ook andere professionals bij deze besprekingen worden uitgenodigd. De frequentie van deze besprekingen hangt af van de behoeften van het cliëntensysteem.

Dossiervorming en informatie uitwisseling

Het interdisciplinair ontwikkelt één zorg en behandel plan voor het cliëntensysteem, maar verwerkt dit in een verschillend format, in afwijkende informatie systemen. Ze kunnen niet zomaar in elkaars dossier kijken. Twee case managers schrijven wel informatie in een zodanig format op dat het gemakkelijk te verwerken is in het HA systeem. Dus als er informatie nodig is van elkaar moet dat worden overgedragen op verzoek.

De volgende bijeenkomsten vinden plaats binnen het samenwerkingsverband:

- Één keer in het kwartaal vindt een algemene bijeenkomst plaats over het samenwerkingsverband.
- Één keer per kwartaal vindt een bijeenkomst tussen de specialist ouderengeneeskunde en de drie case managers plaats. Alleen is dit niet gericht op individuele cliëntensystemen.
- Minstens één keer per half jaar hebben de specialist ouderengeneeskunde, case manager, thuiszorg medewerkers (niet altijd), en GGZ medewerkers (soms) samen

met de mantelzorger(s) zorg en behandel besprekingen. Dit zijn dus bijeenkomsten op cliënt niveau en kunnen meer frequent plaatsvinden op indicatie.

- Één keer per half jaar hebben de HA praktijken en De Volckaert-SBO een bijeenkomst.

A 1.2 Samenwerkingsverband *TILBURG 1*

Historie

Een aantal jaren geleden besloten een aantal neurologen van het Ez (Elisabeth ziekenhuis) dat er iets georganiseerd moest worden voor mensen met cognitieve stoornissen, zoals dementie cliënten. Het aantal kwetsbare ouderen is flink aan het groeien, wat betekent dat het aantal dementie cliënten ook stijgt. Daarom startten de neurologen en psychiaters van het Ez, de specialist ouderengeneeskunde van de Wever, en revalidatiecentrum Leijpark (niet betrokken bij dementie) een samenwerkingsverband, dat resulteerde in de geheugenpoli in Ez (Cogito). Na verloop van tijd sloten de psycholoog van het Ez, een dementieverpleegkundige, en de dementieconsulent zich aan bij het samenwerkingsverband.

Hulpverleningsproces

Dementie cliënten bij de geheugenpoli worden op verschillende manieren geïdentificeerd, maar worden altijd door andere professionals doorverwezen. Doorverwijzing vindt plaats door de HA of andere professionals in het Ez. Wanneer een cliënt voor onderzoek naar de geheugenpoli komt en er worden geen cognitieve stoornissen ontdekt, wordt contact met de cliënt beëindigd. Als er wel stoornissen worden geconstateerd vindt er eventueel verder onderzoek plaats en wordt er een zorg en behandel plan opgesteld. De poli blijft in contact met de cliënt totdat overdracht plaatsvindt naar andere professionals.

Tijdens de periode dat de cliënt terugkeert naar de geheugenpoli, kan de dementieconsulent worden gevraagd voor ondersteuning, voornamelijk in de thuissituatie. De dementieconsulent heeft een spreekuur bij de geheugenpoli, waardoor andere professionals in het Ez makkelijk naar hem of haar doorverwijzen. Daardoor is de drempel voor cliënten ook minder hoog om de dementieconsulent te contacteren. Maar niet iedere cliënt maakt gebruik of kan gebruik maken van de diensten van de dementieconsulent. Naast de dementieconsulent, kunnen cliënten informatie en advies over dementie krijgen van de dementieverpleegkundige, die op de geheugenpoli werkt. Deze verpleegkundige ondersteunt ook de neurologen en specialist ouderengeneeskunde in de geheugenpoli. De rol van de dementieverpleegkundige buiten de geheugenpoli is echter miniem in vergelijking met de rol van de dementieconsulent. De psycholoog en psychiater van het Ez worden op indicatie door de neuroloog of specialist ouderengeneeskunde geconsulteerd.

Taak verdeling

Neuroloog/specialist ouderengeneeskunde:

- Diagnose
- Behandeling
- Opstellen zorg en behandel plan
- Verwijzen

Dementieverpleegkundige:

- Ondersteunen van neuroloog en specialist ouderengeneeskunde
- Informatie en advies geven aan cliëntsystemen

Dementieconsulent:

Zie paragraaf 'Dementieconsulent'

Andere disciplines die betrokken zijn:

- *Psycholoog/psychiater:* diagnose en behandeling
- *HA:* primaire diagnose/hoofdbehandelaar

Case management

In het hulpverleningsproces voor dementie cliënten kan één persoon case manager worden in Tilburg 1: de dementieconsulent. De case manager rol van de dementieconsulent zal hier niet besproken worden. Een aparte paragraaf in deze bijlage is gewijd aan de dementieconsulent. Het moet duidelijk zijn dat de dementieconsulent een case manager kan zijn voor cliënten die de geheugenpoli van het Ez bezoeken.

Daarnaast kan de dementieverpleegkundige een centraal persoon zijn voor cliëntsystemen die de geheugenpoli bezoeken. Zij voert deze rol uit totdat cliëntsystemen de geheugenpoli niet meer bezoeken. De dementieverpleegkundige werkt alleen in de geheugenpoli en bezoekt cliëntsystemen niet thuis, wat het moeilijk maakt om een volledige case manager rol uit te voeren. De frequentie van client contact is afhankelijk van de vraag van het cliëntstelsel. Maar in de diagnose fase bezoekt het cliëntstelsel de geheugenpoli regelmatig en daarna misschien nog twee keer per jaar.

Dossiervorming en informatie uitwisseling

In de geheugenpoli wordt alle informatie over cliënten verwerkt in het algemene ziekenhuis dossier. Daarnaast wordt er altijd een brief naar de HA verstuurd met daarin informatie over

onderzoek en behandeling. Informatie uitwisseling met professionals buiten Ez en de dementieconsulent moet op verzoek worden gedaan.

De volgende bijeenkomsten vinden plaats binnen het samenwerkingsverband:

- Één keer in de vier weken een bijeenkomst tussen de neuroloog, specialist ouderengeneeskunde, en dementieconsulent.
- Iedere week een bijeenkomst tussen de neuroloog, specialist ouderengeneeskunde, en psycholoog
- Één keer in de twee maanden een bijeenkomst tussen de neuroloog, specialist ouderengeneeskunde, en psychiater.

A 1.3 Samenwerkingsverband *TILBURG 2*

Historie

De afdeling psychiatrie van het TSz (TweeSteden ziekenhuis), de neuroloog van de afdeling geriatrie van TSz, en de HA vereniging begonnen met een samenwerkingsverband aan het einde van de jaren tachtig. Na verloop van tijd sloot de GGZ zich bij het samenwerkingsverband aan en in 2007 ook de dementieconsulent. Het doel van de samenwerking is om de cliënt primair in de polikliniek geriatrie van het TSz te onderzoeken en de cliënt zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Belangrijke aandachtspunten daarbij zijn het werken in een interdisciplinair team, het geven van ambulante zorg (meeste onderzoek in 1 dag), en het verschaffen van goede input aan de HA.

Hulpverleningsproces

Dementie cliënten in Tilburg 2 worden altijd verwezen naar de poli geriatrie door de HA of andere professionals in het TSz. Na een intake gesprek wordt een cliënt onderzocht. Als onderzoek heeft plaatsgevonden, wordt er een zorgplan bespreking georganiseerd met een interdisciplinair team. Het interdisciplinair team bestaat uit de neuroloog, de klinisch geriater, een psycholoog (van TSz of GGZ), een psychiater (van GGZ), een spv'er (GGZ), en een nurse practitioner. De HA wordt uitgenodigd, maar geeft hier niet altijd gehoor aan. De dementieconsulent is soms ook aanwezig bij de bespreking. In deze bespreking wordt een zorg en behandel plan voor het cliëntstelsel opgesteld. De resultaten van het onderzoek en de zorgplan bespreking worden besproken met het cliëntstelsel door de klinisch geriater of nurse practitioner. Daarnaast wordt een cliëntstelsel altijd een centraal persoon toegewezen.

Gedurende de periode dat de cliënt terugkeert naar de poli geriatrie voor onderzoek of behandeling, kan de dementieconsulent worden geconsulteerd voor ondersteuning. De dementieconsulent heeft een spreekuur in het TSz, waardoor andere professionals in het TSz gemakkelijk doorverwijzen. Hetzelfde geldt voor de spv'er van de GGZ als deze als case manager opereert. De drempel voor cliëntsystemen is minder hoog om naar deze personen toe te stappen, omdat ze spreekuur op de poli geriatrie hebben. Niet iedere cliënt die de poli geriatrie bezoekt zal de diensten van de dementieconsulent of spv'er ontvangen.

Taakverdeling

Neuroloog/klinisch geriater/nurse practitioner:

- Diagnose
- Opstellen van zorg en behandel plan
- Centraal persoon
- Verwijzen

Case manager TSz:

- Verwijzen
- Coördinatie
- Begeleiding
- Ondersteuning
- Psycho-educatie
- Opstellen zorg en behandel plan
- Continuïteit in het hulpverleningsproces bewaken

Dementieconsulent:

Zie paragraaf 'dementieconsulent'

Spv'er GGZ (in het geval van zwaardere psychische problemen):

- Verwijzen
- Coördinatie
- Begeleiding
- Ondersteuning
- Psycho-educatie
- Opstellen zorg en behandel plan
- Continuïteit in het hulpverleningsproces bewaken
- Diagnose
- Evaluatie van medicatie en hulpverleningsproces

Psycholoog (TSz of GGZ):

- Opstellen zorg en behandel plan
- Diagnose en behandeling

Psychiater (GGZ):

- Opstellen zorg en behandelplan
- Diagnose en behandeling

Andere disciplines die betrokken zijn:

- HA: primaire diagnose/hoofdbehandelaar

Case management

Drie verschillende professionals voeren de case manager rol uit in dit samenwerkingsverband. Dit zijn de case manager (naam van functie) van TSz, de sp' er, en de dementieconsulent. Daarentegen kan het ook voorkomen dat het cliëntsysteem geen case manager heeft, maar een centraal persoon die gecontacteerd kan worden. Dit kan de arts (klinisch geriater/neuroloog) of the HA (of praktijkondersteuner) zijn. Dus niet één cliëntsysteem verlaat de polikliniek geriatrie zonder het hebben van een centraal persoon. Na een bezoek(en) aan de poli kan het zijn dat de cliënt niet meer hoeft terug te keren naar de poli. Dan vervolgt de HA de rol als centraal persoon, zoals hij of zij voorheen al was. In alle gevallen zal de HA ook hoofdbehandelaar blijven tot aan opname in een verpleeghuis. Wanneer een cliënt is onderzocht en het blijkt dat klachten niet complex zijn, is er de mogelijkheid dat een arts een centraal persoon wordt voor het cliëntsysteem. Deze rol is echter beperkt, omdat de arts het cliëntsysteem niet buiten de poli bezoekt en contact met het cliëntsysteem minimaal is. In het geval dat een cliëntsysteem vervolgens meer aandacht vereist kan de arts assistentie vragen van de case manager van TSz.

De case manager van het TSz, de dementieconsulent, en de sp' er kunnen case manager worden genoemd in dit samenwerkingsverband. De sp' er is echter alleen betrokken bij cliënten in een complexe situatie, bijvoorbeeld in situaties waar cliënten bepaalde zorg weigeren of zware psychische klachten hebben. Taken tussen deze drie verschillende professionals verschillen niet zoveel. Wel heeft de sp' er meer kennis van psychische problemen en bepaalde medicatie daarvoor. Een ander verschil is dat de sp' er en dementieconsulent het cliëntsysteem vaker in de thuissituatie bezoeken dan de case manager van het TSz.

Wanneer een cliëntsysteem een case manager is toegewezen, na de zorg plan bespreking, is het vaak duidelijk voor de betrokken professionals wie de case manager is. De case managers doen andere professionals ook actief informeren over hun rol. Echter vervaagt vaak de duidelijkheid over deze rol na verloop van tijd, wat de afstemming tussen betrokken professionals in een individuele cliënt situatie niet ten goede komt.

De hoeveelheid cliënt contact voor de case managers hangt af van de behoeften van het cliëntstelsel. Zoals eerder vermeldt, bezoeken de spv'er en dementieconsulent het cliëntstelsel regelmatig aan huis. Er is financiële druk van het ziekenhuis om het aantal huisbezoeken tot een minimum te beperken. Dit heeft gevolgen voor het aantal bezoeken aan de arts in de poli en het aantal huisbezoeken van de case manager van TSz. Cliënt contact kan daarnaast natuurlijk plaatsvinden per telefoon.

De case manager rol wordt uitgevoerd tot aan opname, overlijden, of overdracht naar een andere professional. Overdracht kan plaatsvinden in situaties waar de behoeften van het cliëntstelsel sterk veranderen en een andere professional competenties bezit die deze behoeften beter kan beantwoorden. Bijvoorbeeld, als een dementieconsulent case manager is en de cliënt krijgt te maken met zwaardere psychische problemen, is het mogelijk dat de case manager rol wordt overgedragen aan de spv'er. Dit betekent niet dat die overdracht altijd zonder problemen verloopt.

Dossiervorming en informatie uitwisseling

Het ziekenhuis heeft zijn eigen dossiervorming met betrekking tot de zorg voor een cliënt. Deze dossier kunnen alleen ingekeken worden door medici van het ziekenhuis. In het geval van dementie zijn dit de klinisch geriater, neuroloog, psycholoog, en de case manager van het TSz. De GGZ heeft zijn eigen dossier, net als de dementieconsulent en de HA. De dementieconsulent houdt de informatie bij in het dossier van verpleeghuis De Wever. Na onderzoek in de poli geriatrie wordt er altijd een brief naar de HA gestuurd. Daarnaast wordt iedere therapeut die betrokken is bij de behandeling van een cliënt ieder jaar een brief gestuurd. Ook heeft het ziekenhuis papieren (geriatrie) dossiers die medewerkers van de GGZ kunnen inzien tijdens hun spreekuur in het TSz. Het ziekenhuis, de GGZ, de dementieconsulent, en de HA wisselen ook informatie op verzoek uit. Maar daarbij moet men wel goed rekening houden met de privacy wetten met betrekking tot medische informatie uitwisseling. Soms moet voor bepaalde uitwisseling toestemming van de cliëntstelsel worden gevraagd.

De volgende bijeenkomsten vinden plaats binnen het samenwerkingsverband:

- Na diagnosestelling, vindt er één zorgplan bespreking plaats door een interdisciplinair team.
- De psychiater van de GGZ en klinisch geriater bespreken wekelijks cliënten op indicatie.
- De spv'er en de psychiater van de GGZ zijn iedere woensdag aanwezig in de poli voor een spreekuur.
- Andere bijeenkomsten tussen professionals en met cliënten gebeuren op indicatie.

A 1.4 Samenwerkingsverband WAALWIJK

Historie

Ongeveer tien jaar geleden hielden Thebe thuiszorg en vrijwilligers- en welzijnsorganisatie algemeen structureel overleg. De praktijkondersteuner van HA praktijk Verwielstraat besloot deze bijeenkomsten bij te gaan wonen. Vervolgens sloten de GGZ, verpleeghuis de Schakelring, de ouderenadviseur, vrijwilligers- en welzijnsorganisaties, de transferverpleegkundige van het ziekenhuis, de dementieconsulent, en andere HA praktijken zich aan bij het overleg.

(De praktijkondersteuner van HA praktijk Verwielstraat is de enige praktijkondersteuner die is geïnterviewd in Waalwijk. Daarom is zij de enige praktijkondersteuner die expliciet wordt genoemd als uitvoerder van de case manager rol in dit samenwerkingsverband. Maar het is mogelijk dat andere HA praktijken ook bezig zijn met case management.)

Hulpverleningsproces

De dementieconsulent, thuiszorg medewerkers, en ouderenadviseurs kunnen symptomen van dementie signaleren bij cliënten en hen naar de HA doorverwijzen. De HA of praktijkondersteuner kunnen ook symptomen in het spreekuur signaleren. Daarnaast stappen cliëntsystemen ook zelf naar de HA. Wanneer een dementie cliënt is geïdentificeerd contacteren professionals elkaar over de rolverdeling met betrekking tot de hulpverlening voor een cliëntstelsel. Daarbij is de vraag van het cliëntstelsel leidend. De praktijkondersteuner of dementieconsulent kunnen de case manager rol op zich nemen. Daarnaast kan de spv'er van de GGZ case manager worden wanneer er sprake is van zware psychische problemen. De maatschappelijk werker van de Schakelring komt in beeld wanneer een aanvraag voor opname in het verpleeghuis is ontvangen. De maatschappelijk werker kan case manager zijn in deze overbruggingsfase tot aan opname in het verpleeghuis.

Ander professionals kunnen worden geconsulteerd op indicatie, zoals de klinisch geriater, psycholoog, psychiater, thuiszorg medewerkers, of vrijwilligers.

Taakverdeling

Praktijkondersteuner (HA praktijk Verwielstraat):

- Verwijzen
- Coördinatie
- Begeleiding

- Ondersteuning
- Psycho-educatie
- Opstellen van zorg en behandel plan
- Continuïteit in het hulpverleningsproces bewaken

Dementieconsulent:

Zie paragraaf 'dementieconsulent'

Maatschappelijk werker Schakelring (in geval van opname):

- Coördinatie
- Ondersteuning
- Alle rekeningen met betrekking tot de hulpverlening voor de cliënt verwerken

Andere disciplines die betrokken zijn:

- *Spv'er:* in geval van zware psychische problemen (zie *TILBURG 1* voor taakomschrijving)
- *HA:* primaire diagnose/hoofdbehandelaar
- *Mederwerkers Thebe thuiszorg:* huishoudelijke en persoonlijke verzorging
- *Ouderenadviseur:* informatie, advies, en ondersteuning

Case management

Vier professionals kunnen case manager zijn voor een cliëntstelsel in Waalwijk: praktijkondersteuner, dementieconsulent, spv'er, maatschappelijk werker. De drie eerstgenoemde zijn case manager voor definitieve opname in een verpleeghuis en de maatschappelijk werker alleen in de overbruggingsfase. Hoewel het goed mogelijk is dat één van de andere case managers nog steeds in deze fase betrokken kunnen zijn. De praktijkondersteuner en dementieconsulent proberen alle betrokken professionals goed op de hoogte te stellen van de rol die zij zelf hebben in het hulpverleningsproces voor een cliëntstelsel. Daarnaast willen zij ook de rol van die andere professionals kennen. De dementieconsulent heeft vaak meer kennis van dementie dan de praktijkondersteuner. De Schakelring kent een cliënt niet totdat een aanvraag voor opname naar het verpleeghuis is gestuurd. Als er zich zware psychische klachten bij de cliënt voordoen wordt de case manager functie vaak overgedragen naar de spv'er van de GGZ. Ondanks het feit dat case managers proberen alle betrokken professionals en het cliëntstelsel zo goed mogelijk proberen te informeren, is het niet altijd duidelijk wie de case manager is.

De dementieconsulent heeft alle medewerkers van de thuiszorg die persoonlijke zorg verlenen geschoold over de effecten van de ziekte dementie. Daarnaast voert de ouderenadviseur en beperkte manier van case finding uit: twee vragen gerelateerd aan dementie zijn toegevoegd aan de lijst van vragen die de ouderenadviseur stelt aan mensen ouder dan 75 jaar oud.

De frequentie dat case managers cliënt contact hebben hangt af van de vraag van het cliëntsysteem. Na diagnose vindt er meer frequent contact plaats en daarna gemiddeld eens in de zes weken. In crisis situaties vindt er meer contact plaats.

Dossiervorming en informatie uitwisseling

Iedere partij in het samenwerkingsverband heeft zijn eigen dossiervorming rondom de informatieverwerking met betrekking tot cliënten. De dementieconsulent houdt haar dossier bij in het systeem van De Wever. Zij kan een rapport sturen naar andere professionals na goedkeuring van het cliëntsysteem. De Schakelring ontvangt altijd rapporten van de HA en de GGZ als een cliënt wordt opgenomen. Soms ontvangen zij ook een rapport van andere professionals, zoals de dementieconsulent.

De volgende bijeenkomsten vinden plaats binnen het samenwerkingsverband:

- Drie keer per jaar een bijeenkomst over casuïstiek, waar de praktijkondersteuner, dementieconsulent, GGZ, Schakelring, Thebe thuiszorg, en de ouderenadviseurs deelnemen (algemene casuïstiek, niet op individueel cliënt niveau).
- Één keer per kwartaal een bijeenkomst over wonen en welzijn waar hierboven genoemde partijen en vrijwilligers- en welzijnsorganisaties deelnemen (algemeen).
- 'Podium PG': een bijeenkomst bij de Schakelring waar professionals discussiëren over items gerelateerd aan dementie.
- Één keer per kwartaal een bijeenkomst tussen de Schakelring en de GGZ, waar de cliënten van de GGZ worden besproken.

A 1.5 DEMENTIECONSULENT

Ontstaan

De dementieconsulent is onderdeel van het DOT (Dementie ondersteunings- en trainingscentrum). Dit centrum ontwikkelt producten en diensten ter ondersteuning van dementie cliënten, de mantelzorgers, en hulpverleners. Kennis ontwikkeling en – verspreiding zijn de centrale taken van het centrum. De Wever is de werkgever van de dementieconsulent. De dementieconsulent wordt gefinancierd uit de WMO en AWBZ. Eerst was de dementieconsulent geïntroduceerd in de gemeente Tilburg. Na onderzoek in de gemeente Waalwijk is de functie ook daar gerealiseerd. Nu is de dementieconsulent ook in andere gemeenten in Midden-Brabant actief.

Doel

Het doel van de dementieconsulent is om cliënten zo lang mogelijk in de eigen woning te laten leven en vroegtijdige opname te voorkomen. De dementieconsulent voorkomt overbelasting bij de mantelzorger en motiveert cliënten om een vroege diagnose te stellen. Daarnaast probeert hij of zij de kwaliteit van zorg voor cliëntsystemen te verbeteren.

Taken

De dementieconsulent opereert op verzoek van het cliëntstelsel. Het cliëntstelsel zelf moet de dementieconsulent contacteren om gebruik te maken van zijn of haar diensten. De dementieconsulent handelt op basis van de vraag van het cliëntstelsel. Erg belangrijk is dat de dementieconsulent gemakkelijk kan worden geconsulteerd, zonder bijkomende kosten. Ook werkt de dementieconsulent onafhankelijk van alle organisaties die betrokken zijn bij de hulpverlening aan cliëntsystemen. De dementieconsulent is meestal tot aan overdracht naar de GGZ of opname in een verpleeghuis actief voor een cliëntstelsel. Echter, kan de rol ook eindigen als het cliëntstelsel geen gebruik meer wilt maken van de diensten van een dementieconsulent.

Taken zijn:

- Verwijzen
- Coördinatie
- Begeleiding
- Ondersteuning
- Psycho-educatie
- Opstellen zorg en behandel plan

- Continuïteit in het hulpverleningsproces bewaken
- Informatie en advies geven (aan cliëntsystemen en professionals)

Om al deze taken goed uit te voeren, is het van groot belang dat de dementieconsulent een vertrouwensband ontwikkelt met het cliëntstelsel.

A 1.6 INZICHTEN VAN GEÏNTERVIEWDEN

In de volgende drie tabellen kunnen “positieve kenmerken”, “problemen”, en “suggesties voor verbetering” worden gevonden, die door de geïnterviewden zijn genoemd.

Samenwerkingsverband	“POSITIEVE KENMERKEN”
Dongen	<ul style="list-style-type: none">➤ Makkelijk contact met andere professionals.➤ Gebruik maken van elkaars expertise.➤ De wil om te veranderen.➤ Enthousiasme van professionals.➤ Door de samenwerking betere hulpverlening.➤ Makkelijke toegang tot zorg voor cliëntsystemen.➤ (Schijnbaar) minder crisis situaties.➤ Link tussen professionals en HA verbeterd.➤ Meer vertrouwen in elkaar.
Tilburg 1	<ul style="list-style-type: none">➤ Compleet, effectief, en snel onderzoek van cliënten.➤ De nodige kennis en apparatuur om cliënten te onderzoeken op dementie symptomen (complete diagnose).➤ Wachtlijsten zijn kort voor cliënten.➤ Dementieconsulent heeft een positieve bijdrage aan het hulpverleningsproces. Hij of zij biedt diensten aan die aansluiten bij de behoeften van cliëntsystemen.
Tilburg 2	<ul style="list-style-type: none">➤ Makkelijk contact met andere professionals.➤ Goede communicatie tussen professionals.➤ Behoeften van het cliëntstelsel domineren.➤ Gebruik maken van elkaars expertise.➤ Het gezamenlijke aanbod van zorg aan cliëntsystemen.
Waalwijk	<ul style="list-style-type: none">➤ Makkelijk contact met andere professionals.➤ Regelmatige bijeenkomsten tussen professionals.➤ Ontwikkeling van kleine netwerken verbeterd de hulpverlening aan het cliëntstelsel.➤ Gebruik maken van elkaars expertise.➤ De wil om te veranderen.➤ Goede contacten met vrijwilligers- en welzijnsorganisaties

Samenwerkingsverband	"Problemen"
Dongen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Verwerken van informatie (zorg en behandel plan) in verschillende dossiers. ➤ Medewerkers van de thuiszorg zijn niet goed geschoold over de effecten van dementie op het gedrag van de cliënt (scholing is reeds gestart). The GGZ and the hospital/GCO are not closely involved in the collaboration initiative. ➤ De populatie dementie cliënten is aan het stijgen. Dit zet druk op de organisaties die betrokken zijn bij de hulpverlening voor dementie cliënten. ➤ Niet genoeg plaatsen zijn beschikbaar voor dagbehandeling, en opname in verzorging- en verpleeghuizen. ➤ Voor cliënten die alleen wonen is het lastig 24-uurs hulpverlening te geven. ➤ Er is geen back-up aanwezig wanneer een case manager afwezig is.
Tilburg 1	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Afstemming tussen professionals in de dementiezorg kan worden verbeterd. Voornamelijk met professionals die niet onderdeel zijn van het samenwerkingsverband. ➤ In verschillende individuele cliënt situaties is het niet duidelijk wie betrokken is in het hulpverleningsproces en wat er al door andere professionals gedaan is.
Tilburg 2	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bepaalde hulp die geleverd wordt door een professional is niet bekend bij andere professionals in een individuele cliënt situatie. Hier is vooral sprake van in situaties waar diagnose een langere tijd terug heeft plaatsgevonden en er bepaalde zaken veranderd zijn in de individuele situatie van de cliënt. ➤ Communicatie met de HA praktijk is niet altijd optimaal.
Waalwijk	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Het is niet altijd duidelijk wie de verantwoordelijkheid draagt in het hulpverleningsproces voor het cliëntensysteem. ➤ Communicatie problemen komen voor tussen professionals in de overbruggingsfase van een cliënt.

Samenwerkingsverband**“SUGGESTIES VOOR VERBETERING”*****Dongen***

- Één transmuraal dossier zou moeten worden ontwikkeld dat toegankelijk is voor betrokken professionals.
- Processen, acties, en interventies die door case managers worden gedaan, moeten worden geformaliseerd om aanspraak te maken op de nodige financiële middelen bij het Zorgkantoor.
- Om op tijd problemen te signaleren bij cliënten thuis zou Domotica apparatuur kunnen worden gebruikt. Domotica apparatuur zijn hulpmiddelen, zoals camera's, die het in de gaten houden van cliënten faciliteren.

Tilburg 1

- Alle betrokken professionals zouden toegang moeten hebben tot een web-based, centraal dossier waar informatie over relevante cliënten instaat.
- Samenwerking tussen de dienstverleners die betrokken zijn bij de hulpverlening aan dementie cliënten moet worden verbeterd. Managers en professionals in het veld moeten openstaan voor innovatie en samenwerken om de hulpverlening voor cliëntsystemen te verbeteren

Tilburg 2

- Één transmuraal dossier zou moeten worden ontwikkeld dat toegankelijk is voor betrokken professionals. Dit hoeft niet alle medische informatie te bevatten, vanwege de privacy wetten. Maar bepaalde inhoudt van het zorg en behandel plan en het benoemen van betrokken professionals kan veel tijd en verwarring besparen.
- Meer structurele bijeenkomsten tussen professionals organiseren.
- Het formaliseren van de rol van de case manager.

Waalwijk

- Kleine netwerkjes van professionals met een case manager moeten worden opgezet die het cliëntstelsel begeleiden gedurende het ziekteproces.
 - Dienstverleners moeten goede afspraken met elkaar maken om de continuïteit in het hulpverleningsproces te waarborgen.
 - Betere en meer efficiënte informatie uitwisseling tussen professionals
 - De samenwerking tussen het ziekenhuis/GGZ en overige dienstverleners moet geïntensiveerd worden.
 - Vaker en gestructureerd bijeenkomsten plannen met het cliëntstelsel (of alleen mantelzorger).
-

BIJLAGE 2: BESCHIKBARE DIENSTEN PER SAMENWERKINGSVERBAND

Beschikbare diensten voor cliëntsystemen	DONGEN	TILBURG 1	TILBURG 2	WAALWIJK
Dementieconsulent		1	1	1
HA praktijk met <i>EasyCare</i>	1		1	1
Ouderenadviseur	2		2	1
Diagnose/behandeling in polikliniek ziekenhuis	2	1	1	2
Thuiszorg (wijk-/gespecialiseerd verpleegkundige, persoonlijke/huishoudelijke zorg)	1	2	2	1
GGZ (preventie, therapie, crisis)	2	2	1	1
Dag verzorging – “intra- en extramuraal” (verpleeg- en verzorgingshuis, zorgboerderij)	1	1	2	1
Dagbehandeling (verpleeg- en verzorgingshuis)	1	1	2	1
Respijt zorg (verpleeg- en verzorgingshuis)	1	1	2	1
Opname in verpleeghuis	1	1	2	1
Ontmoetingscentrum			2	
Alzheimer Café	2	2	1	1
Buddy				
Vrijwillige thuishulp	2		2	1
(Dementie gerelateerde cursussen voor vrijwilligers)				1
Steunpunt Mantelzorg	2		2	2
Geheugenwinkel	2	2	2	
CBR contact (rijbewijs)			2	
Maaltijd service	2			
Alzheimer stichting	2	2	2	2

1 = Een dienst beschikbaar binnen het samenwerkingsverband.

2 = Een dienst beschikbaar buiten het samenwerkingsverband, waar hulpverleners binnen het samenwerkingsverband naar verwijzen.

Een **open vakje** betekent dat 1 en 2 niet gelden.

BIJLAGE 3: GEÏNTERVIEWDEN

Zeventien professionals zijn benaderd voor een interview, van wie er veertien daadwerkelijk zijn geïnterviewd. Bij twee professionals uit het samenwerkingsverband Waalwijk en één uit Tilburg 1 is het interview niet doorgegaan.

SAMENWERKINGSVERBAND	GEÏNTERVIEWDEN
Dongen	<ol style="list-style-type: none">1. Geriatrisch verpleegkundige Thebe (case manager)2. Praktijkondersteuner HA praktijk Procureurweg (case manager)3. Specialist ouderengeneeskunde De Volckaert-SBO4. Huisarts van HA praktijk Aan de Donge5. Kernmanager Thebe
Tilburg 1	<ol style="list-style-type: none">1. Neuroloog Ez2. Dementieconsulent (case manager)*
Tilburg 2	<ol style="list-style-type: none">1. Klinisch geriater TSz2. Case manager TSz (case manager)3. Manager TSz4. Sociaal psychiatrisch verpleegkundige GGZ (case manager)5. Dementieconsulent (case manager)*
Waalwijk	<ol style="list-style-type: none">1. Praktijkondersteuner HA praktijk Verwielstraat (case manager)2. Dementieconsulent (case manager)3. Maatschappelijk werker Schakelring (case manager)

* = dezelfde persoon

