

# EINDEVALUATIE LANDELIJK DEMENTIE PROGRAMMA



**REGIOPLAN**  
BELEIDSONDERZOEK

EINDEVALUATIE  
LANDELIJK DEMENTIE PROGRAMMA

- eindrapport -

drs. E.J.P. Desain  
drs. A. Houkes  
dr. C.C. Koning

Amsterdam, april 2009  
Regioplan publicatienr. 1559

Regioplan Beleidsonderzoek  
Nieuwezijds Voorburgwal 35  
1012 RD Amsterdam  
Tel.: +31 (0)20 - 5315315  
Fax : +31 (0)20 - 6265199

Onderzoek, uitgevoerd door Regioplan  
Beleidsonderzoek in opdracht van ZonMw.



## VOORWOORD

Om vraaggerichter, meer en efficiënter zorgaanbod voor mensen met dementie te bewerkstelligen, is ZonMw in 2004 in opdracht van het ministerie van VWS het Landelijk Dementie Programma (LDP) gestart.

Dit programma heeft twee doelstellingen:

1. de zorg aan mensen met dementie en hun mantelzorgers substantieel te verbeteren;
2. de invloed van cliënten in de regio's structureel te vergroten.

Er zijn in totaal 57 regio's die aan het LDP hebben deelgenomen, verspreid over vijf tranches (instapmomenten). ZonMw heeft in juni 2007 aan Regioplan Beleidsonderzoek, in samenwerking met SEO Economisch Onderzoek, de opdracht verstrekt om de evaluatie van het LDP uit te voeren. Voor u ligt het verslag van deze studie.

Een woord van dank gaat uit naar alle organisaties en personen die gedurende twee jaar hebben meegewerkt aan de verschillende onderzoeksactiviteiten. De leden van het LDP-kernteam danken wij met name voor hun betrokkenheid en inbreng aan de start van het onderzoeksproces.

De begeleidingscommissie Eindevaluatie LDP heeft het onderzoek op prettige wijze begeleid. Wij danken daarvoor:

- drs. Carlijn van Aalst (programmasecretaris LDP ZonMw)
- prof. Dr. Mia Duijnste (Directeur Academie Gezondheidszorg Utrecht Lector Familiezorg Hogeschool Utrecht)
- drs. Wilma Geerdink (IGZ) tot juni 2008
- dr. Corrie Ketelaars (IGZ) vanaf juni 2008
- drs. Jan de Keijzer (directeur behandelen Dignis | Lentis)

Het onderzoek is uitgevoerd door Lisette Desain, Peer van den Bouwhuijsen, Mariëlle Plochg, Aenneli Houkes (SEO) en ondergetekende.

Amsterdam, april 2009

Dr. Carolien Koning  
Projectleider



## INHOUDSOPGAVE

|                                                                  |           |
|------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Managementsamenvatting.....</b>                               | <b>I</b>  |
| <b>1 Achtergrond Landelijk Dementie Programma .....</b>          | <b>1</b>  |
| 1.1 Inleiding eindevaluatie .....                                | 1         |
| 1.2 Aanleiding LDP .....                                         | 1         |
| 1.3 Doelstelling LDP.....                                        | 1         |
| 1.4 Aanpak LDP .....                                             | 3         |
| 1.5 Leeswijzer .....                                             | 5         |
| <b>2 Onderzoeksopzet en verantwoording.....</b>                  | <b>7</b>  |
| 2.1 Doel van het onderzoek .....                                 | 7         |
| 2.2 Gehanteerde plan van aanpak.....                             | 8         |
| 2.3 Onderzoeksverantwoording .....                               | 8         |
| 2.4 Uitgevoerde onderzoeksactiviteiten .....                     | 10        |
| 2.5 Betrouwbaarheid en validiteit.....                           | 13        |
| 2.6 Beperkingen onderzoek .....                                  | 14        |
| <b>3 Beantwoording indicatoren .....</b>                         | <b>17</b> |
| 3.1 Inleiding.....                                               | 17        |
| 3.2 Substantiële verbetering zorg- en dienstverlening.....       | 17        |
| 3.3 Structurele inbedding invloed cliëntperspectief .....        | 20        |
| 3.4 (Keten)samenwerking .....                                    | 24        |
| 3.5 Verankering kwaliteitsverbetering .....                      | 28        |
| 3.6 Structuur LDP.....                                           | 30        |
| <b>4 Kosten en baten LDP (landelijk en casemanagement) .....</b> | <b>33</b> |
| 4.1 Kosten en baten LDP op landelijk niveau .....                | 33        |
| 4.2 Problemen van mantelzorgers van mensen met dementie .....    | 34        |
| 4.3 Verschijningsvormen casemanagement.....                      | 35        |
| 4.4 Kosten casemanagement .....                                  | 36        |
| 4.5 Baten casemanagement.....                                    | 37        |
| 4.6 Conclusies kosten en baten casemanagement .....              | 39        |
| <b>5 Beantwoording onderzoeksvragen en nabeschuiving .....</b>   | <b>41</b> |
| 5.1 Onderzoeksvragen.....                                        | 41        |
| 5.2 Effect .....                                                 | 42        |
| 5.3 Proces .....                                                 | 46        |
| 5.4 Nabeschuiving.....                                           | 52        |
| <b>Bijlagen .....</b>                                            | <b>55</b> |
| Bijlage 1 Uitgewerkte onderzoeksvragen .....                     | 57        |
| Bijlage 2 Literatuurlijst.....                                   | 59        |
| Bijlage 3 Definitieve indicatoren evaluatie LDP .....            | 61        |
| Bijlage 4 Hoeveel kost een casemanager? .....                    | 71        |



## MANAGEMENTSAMENVATTING

### *Aanleiding*

In 2002 bracht de Gezondheidsraad een advies 'Dementie' uit (Gezondheidsraad, 2002). In dit advies pleit de raad ervoor het aanbod voor mensen met dementie beter af te stemmen op de problemen die zij en hun naasten hebben. Ook pleit de Gezondheidsraad ervoor het aanbod van verschillende organisaties en professionals onderling beter op elkaar af te stemmen en stelt de raad dat meer en efficiënter aanbod nodig is gezien de grote omvang van de zorgvraag van mensen met dementie in de toekomst (Gezondheidsraad, 2002).

In 2004 is ZonMw in opdracht van het ministerie van VWS het Landelijk Dementie Programma (LDP) gestart. Dit programma heeft twee doelstellingen:

1. de zorg aan mensen met dementie en hun mantelzorgers substantieel te verbeteren;
2. de invloed van cliënten in de regio structureel te vergroten.

Er zijn in totaal 57 regio's die aan het LDP hebben deelgenomen, verspreid over vijf tranches (instapmomenten).

### *Onderzoek: doel, methoden en periode*

ZonMw heeft in juni 2007 aan Regioplan Beleidsonderzoek, in samenwerking met SEO Economisch Onderzoek, de opdracht verstrekt om de evaluatie van het LDP uit te voeren. Het doel van deze evaluatie is om het proces, de effecten en de kosten van het LDP inzichtelijk te maken. Dit gebeurt op drie niveaus: het (landelijke) programma, de regio's en de projecten. Door de evaluatie worden effecten en kosten van de diverse projecten in kaart gebracht en wordt duidelijk in hoeverre doelstellingen zijn behaald. Bij de evaluatie is een plan van aanpak gehanteerd dat bestond uit de volgende zes fasen:

- I. Inventarisatiefase: activiteiten projecten en voortgang op niveau van programma, regio/organisaties en projecten/cliënten
- II. Operationalisatie van indicatoren en ontwikkelen formats
- III. Eerste ronde dataverzameling regio's en projecten (najaar 2007)
- IV. Tussentijdse analyse en rapportage
- V. Tweede ronde dataverzameling regio's en projecten (najaar 2008)
- VI. Eindanalyse en rapportage

De eerste meting omvatte fase I tot en met IV. In april 2008 is de definitieve rapportage over de eerste meting opgeleverd. In de huidige rapportage staat de tweede meting centraal (fase V).

### *Resultaten: effect op diverse niveaus*

Het LDP heeft tot resultaat gehad dat op programmaniveau 57 regio's een samenwerkingsverband hebben opgericht en deel hebben genomen aan één van de vijf tranches. De landelijke uitrol is daarmee succesvol behaald. Het LDP-programma heeft gezorgd dat er een format is om de dementiezorg op de kaart te zetten en te verbeteren. Daarnaast wordt er in het land, in ieder geval door alle betrokkenen, op eenzelfde manier over dementiezorg gepraat en nagedacht, waarbij de veertien probleemvelden als uniform uitgangspunt dienen. De introductie en inbedding van het cliëntperspectief kan hiermee als een direct en zeer belangrijk effect van het LDP worden beschouwd.

Er kan worden geconcludeerd dat het resultaat op regionaal en projectniveau is dat er onder de noemer van het LDP, met de cliënt als uitgangspunt, met behulp van de inzet van AN-vertegenwoordigers en een breed samengestelde projectgroep in 206 verschillende projecten, initiatieven zijn ontwikkeld om in de behoeften van dementiepatiënten en hun mantelzorgers te voorzien. Hierbij moet worden gedacht aan een helpdesk die is ondergebracht bij een zorgaanbieder, scholingsprotocollen die worden aangeboden aan casemanagers en verzorgenden van de thuiszorg, de komst van nieuwezheimercafés en bijvoorbeeld een voorlichtingsdag die in het kader van de bejegening wordt gehouden voor professionals.

Op cliëntniveau voldoen de bevindingen niet aan de vooraf in het onderzoek gestelde normen. Zowel cliëntorganisaties als cliënten/mantelzorgers geven bij de tweede meting aan minder problemen te ervaren, maar de gestelde norm van 25 procent cliënten/mantelzorgers die minder problemen ervaren, wordt niet gehaald. Een hoger percentage cliënten/mantelzorgers (43,5%) heeft tijdens de tweede meting aangegeven voldoende ondersteuning te krijgen dan tijdens de eerste meting (35,5%). De gestelde norm van vijftig procent wordt niet gehaald. Bij het interpreteren van de resultaten moet echter rekening worden gehouden met het feit dat de zorg voor dementerende ouderen altijd gezien dient te worden in de context van een verslechterende gezondheidssituatie. Het is dan ook een belangrijke bevinding dat er door betrokken mantelzorgers een toename wordt ervaren in de ondersteuning die zij ontvangen in de zorg voor hun dementerende naaste.

### *Resultaten: effecten versus doelen*

Ten aanzien van het behalen van de eerste doelstelling van het LDP 'substantiële verbetering van zorg- en dienstverlening' kan geen eenduidige conclusie worden getrokken, omdat de scores op de geformuleerde normen een diffuus beeld laten zien. Eén indicator (zijn problemen zoals geselecteerd in regio opgelost?) wordt geheel gehaald, één indicator (ervaren cliënten/mantelzorgers minder problemen?) wordt geheel niet gehaald en de andere (is de zorgverlening in de perceptie van cliëntorganisaties verbeterd?) wordt deels gehaald. Het is daarom moeilijk een uitspraak te doen over de vraag of het LDP een substantiële verbetering van zorg- en dienstverlening mogelijk heeft gemaakt. We kunnen concluderen dat de zorg- en dienstverlening door

het LDP waarschijnlijk is verbeterd, maar we kunnen geen uitspraken doen over de mate waarin. Dat wil zeggen dat we geen uitspraken kunnen doen over de vraag of de verandering wel of niet substantieel van aard is.

Ten aanzien van de tweede doelstelling kan worden geconcludeerd dat er sprake is van een inbedding van de invloed van het cliëntperspectief in de regio. De regio's volgen de werkwijze zoals voorgesteld in het LDP-werkboek getrouw en zien de toegevoegde waarde van het cliëntperspectief. Alzheimer Nederland (AN) heeft een landelijke uitbreiding gekend en in alle regio's werkte men aan de hand van de veertien probleemvelden. Cliëntpanels vormden in bijna alle regio's het vertrekpunt en op basis hiervan werden de probleemvelden geselecteerd en de verbeterprojecten ontwikkeld. Hierbij kan als een aanvullende verworvenheid worden gezien dat de AN-vertegenwoordigers ook worden geraadpleegd en betrokken bij vervolgstappen die na het LDP worden gezet in het kader van ketenzorg dementie.

#### *Resultaten: kosten*

De kosten op het niveau van het programma zijn door ons in kaart gebracht. In de begroting over de jaren 2005 tot en met 2008 kost het landelijke projectbureau € 2.441.853,-. Dit bedrag is verdeeld over personele kosten (€ 1.597.376,-) en materiële kosten (€ 844.477,-). Een beoordeling of de verhouding van deze kosten tot de gerealiseerde effecten van het LDP zoals beschreven bij vraag 1 evenwichtig of positief is, kunnen wij lastig maken omdat wij hiervoor geen referentiekader hebben. Is een subsidiebedrag van € 42.839,52,- per regio of € 11.853,65,- per verbeterproject veel of weinig? Wij neigen ernaar om te zeggen dat er een grote beweging tot stand is gebracht voor een relatief laag subsidiebedrag. Zeker als we in ogenschouw nemen dat er vanuit de deelnemende organisaties waarschijnlijk een equivalent aan deze subsidiebedragen in (vrijwilligers)uren is ingezet in de LDP-projecten vanuit eigen middelen.

#### *Proces: cruciale succes- en faalfactoren*

Succesfactoren binnen het LDP zijn gebleken: het effectieve instrumentarium (werkboek en uniforme werkwijze), duidelijke sturing vanuit het cliëntperspectief (herkenbare probleemvelden en uitbreiding AN), enthousiasme en intensieve betrokkenheid van personen. Als faalfactoren kunnen worden gedefinieerd: sterke afhankelijkheid van mensen, onvoldoende aandacht vanaf de start voor het meten van effecten en verankering van projecten, en de invloed van externe beleidsmaatregelen zoals marktwerking die samenwerkingsprocessen in de weg kunnen staan.

#### *Proces: verankering en borging resultaten*

Het werken vanuit het cliëntperspectief is een zeer kenmerkend aspect van het LDP. De inbedding van dit nieuwe perspectief is succesvol verlopen: AN heeft een landelijke uitbreiding gekend en in alle regio's werkt men aan de hand van de veertien probleemvelden. Cliëntpanels vormen in bijna alle

regio's het vertrekpunt en op basis hiervan worden de probleemvelden geselecteerd en de verbeterprojecten ontwikkeld. De inbedding van het cliëntperspectief kan worden gezien als structureel. De in het onderzoek gestelde normen ten aanzien van schriftelijke en bestuurlijke verankering zijn echter niet behaald. Uit het onderzoek komt echter wel duidelijk naar voren dat men in de geest van het LDP het samenwerkingsverband in de praktijk voortzet. Het LDP wordt voornamelijk ervaren als een project dat door een bestaand netwerk is opgepakt of waarvoor een netwerk is geformeerd. We zien dat de regio's grotendeels overtuigd zijn van de voortgang van de projecten en het samenwerkingsverband in de toekomst.

#### *Tot slot*

Het LDP moet volgens ons worden gezien als een project dat als een katalysator heeft gewerkt: het LDP heeft nieuw leven gebracht in een reeds bestaand actief of slapend geriatrisch netwerk. In de regio's die nog geen netwerk hadden, is een resultaat van het LDP dat zij nu een platform hebben waarin wordt gesproken over en samengewerkt op het gebied van dementiezorg. In alle regio's die we hebben gesproken, gaat men op een of andere manier door met het LDP, weliswaar veelal onder een andere noemer. Afhankelijk van de eigen domeinen voegt men zich als projectgroep of regio bij een netwerk dat in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) wordt gevormd of worden projecten die zijn ontstaan binnen het LDP onder de vlag van een individuele instelling voortgezet. Beide manieren zijn wegen die kunnen worden bewandeld in het streven naar verbetering van aanbod en zorgverlening voor de ouderen in onze samenleving.

## **1 ACHTERGROND LANDELIJK DEMENTIE PROGRAMMA**

### **1.1 Inleiding eindevaluatie**

In 2004 is het Landelijk Dementie Programma (LDP) gestart. Dit programma heeft de doelstelling de zorg aan mensen met dementie en hun mantelzorgers te verbeteren en de invloed van cliënten structureel te vergroten. Er zijn in totaal 57 regio's die aan het LDP hebben deelgenomen, verspreid over vijf tranches (instapmomenten). ZonMw heeft aan Regioplan Beleidsonderzoek, in samenwerking met SEO Economisch Onderzoek, de opdracht verstrekt om de evaluatie van het LDP uit te voeren. In april 2008 is de rapportage verschenen van de eerste meting van de eindevaluatie Landelijk Dementie Programma. In de voorliggende rapportage worden de bevindingen van de eindmeting weergegeven.

Alvorens we ingaan op het onderzoek en de uitkomsten ervan, zetten we in dit hoofdstuk voor de volledigheid nogmaals de achtergronden en opzet van het LDP uiteen.

### **1.2 Aanleiding LDP**

In 2002 bracht de Gezondheidsraad een advies 'Dementie' uit (Gezondheidsraad, 2002). In dit advies pleit de raad ervoor, vanwege een verdubbeling van het aantal mensen met dementie en een terugloop van mantelzorg in de komende decennia, het aanbod voor mensen met dementie beter af te stemmen op de problemen die zij en hun naasten hebben. Ook pleit de Gezondheidsraad ervoor het aanbod van verschillende organisaties en professionals onderling beter op elkaar af te stemmen. Daarnaast stelt de Gezondheidsraad dat meer en efficiënter aanbod nodig is gezien de grote omvang van de zorgvraag van mensen met dementie in de toekomst (Gezondheidsraad, 2002). Het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) beschouwt het LDP als één van de instrumenten om dit te bereiken. Het LDP valt onder het bredere kwaliteitsbeleid voor de care dat het ministerie van VWS onder de noemer 'Zorg voor Beter' (ZvB) presenteert.

### **1.3 Doelstelling LDP**

Het LDP is een programma met een looptijd van vier jaar (januari 2005-december 2008) dat is uitgevoerd door de landelijke organisaties Vilans, CBO en Alzheimer Nederland (AN). ZonMw heeft in dit programma een regisseursrol. Voorafgaand aan het LDP was er een voorbereidingstraject. Dit traject werd in 2004 afgerond met twee try-outs, een werkboek, een folder en een website. In 2005 ging het LDP van start. Het LDP zoals hier omschreven, bevat de implementatie van de stappen zoals die in het werkboek zijn

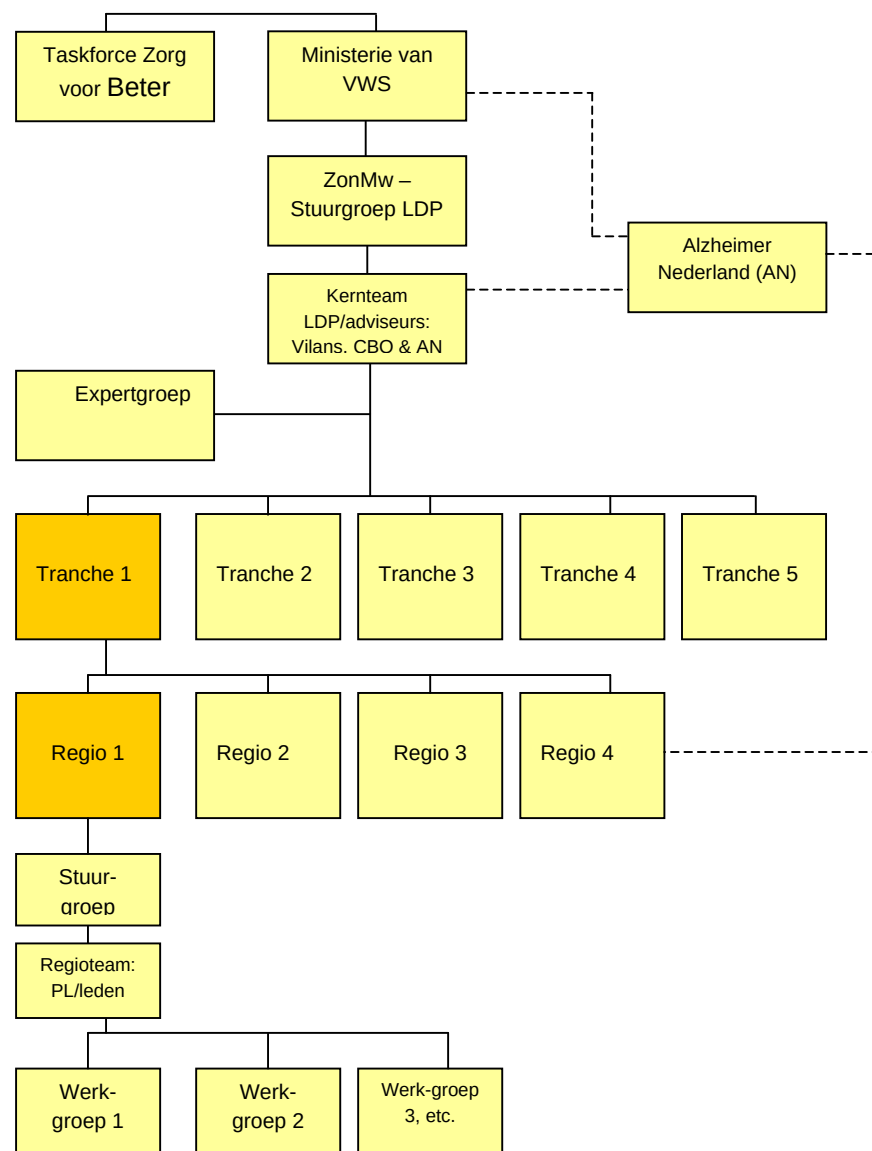
opgesteld. Dit wordt ook wel het project Implementatie Landelijk Dementie Programma genoemd dat in vier jaar tijd een uitrol moest kennen in 57 regio's.

Het LDP heeft twee doelstellingen die aan het einde van de looptijd moesten zijn bereikt:

1. De zorg en dienstverlening aan mensen met dementie en hun mantelzorgers is substantieel verbeterd.
2. De invloed van de patiënten en hun mantelzorgers is binnen de regio structureel ingebed.

De structuur van het LDP kan als volgt worden weergegeven:

**Figuur 1.1 Structuur LDP<sup>1</sup>**



<sup>1</sup> NB. de regionale structuur zoals uitgewerkt voor regio 1, betreft de meest gangbare structuur.

## 1.4 Aanpak LDP

Het LDP is een ondersteunende structuur: bestuurders, managers en professionals binnen een regionaal verband zijn zelf verantwoordelijk voor de verbetering van de hulpverlening aan mensen met dementie en hun mantelzorgers. Het LDP is een kwaliteitsverbeterprogramma. Kwaliteitsverbeterprogramma's hebben tot doel een structurele bijdrage te leveren aan de verbetering van de kwaliteit van zorg. In dit geval aan de kwaliteit van zorg voor mensen met dementie.

Het LDP kent een structuur waarbij 57 regio's verdeeld over vijf verschillende tranches gedurende 1,5 jaar onder begeleiding vijf stappen doorlopen van een verbetertraject (van knelpunten- inventarisatie tot evaluatie aan de hand van een werkboek).

**Tabel 1.1 Spreiding deelnemende regio's**

| Tranche       | Totaal regio's |
|---------------|----------------|
| 1             | 4              |
| 2             | 7              |
| 3             | 16             |
| 4             | 14             |
| 5             | 16             |
| <b>Totaal</b> | <b>57</b>      |

Regionale teams hebben zich aangemeld voor het LDP en zijn gestart in vijf verschillende tranches. Tranche 1 is begin 2005 gestart en tranche 5 eind 2006. De teams in de regio's bestaan uit verschillende beroepsgroepen en instellingen zoals huisartsen, verplegings- en verzorgingsinstellingen, thuiszorginstellingen, ziekenhuizen, GGZ-instellingen, welzijnsorganisaties en een vertegenwoordiger van de regionale AN-afdeling. Op 27 november 2008 vond de slotmanifestatie van het LDP plaats. Met deze manifestatie is het LDP officieel afgesloten.

Het traject per tranche en per regio bestond uit vier fases:

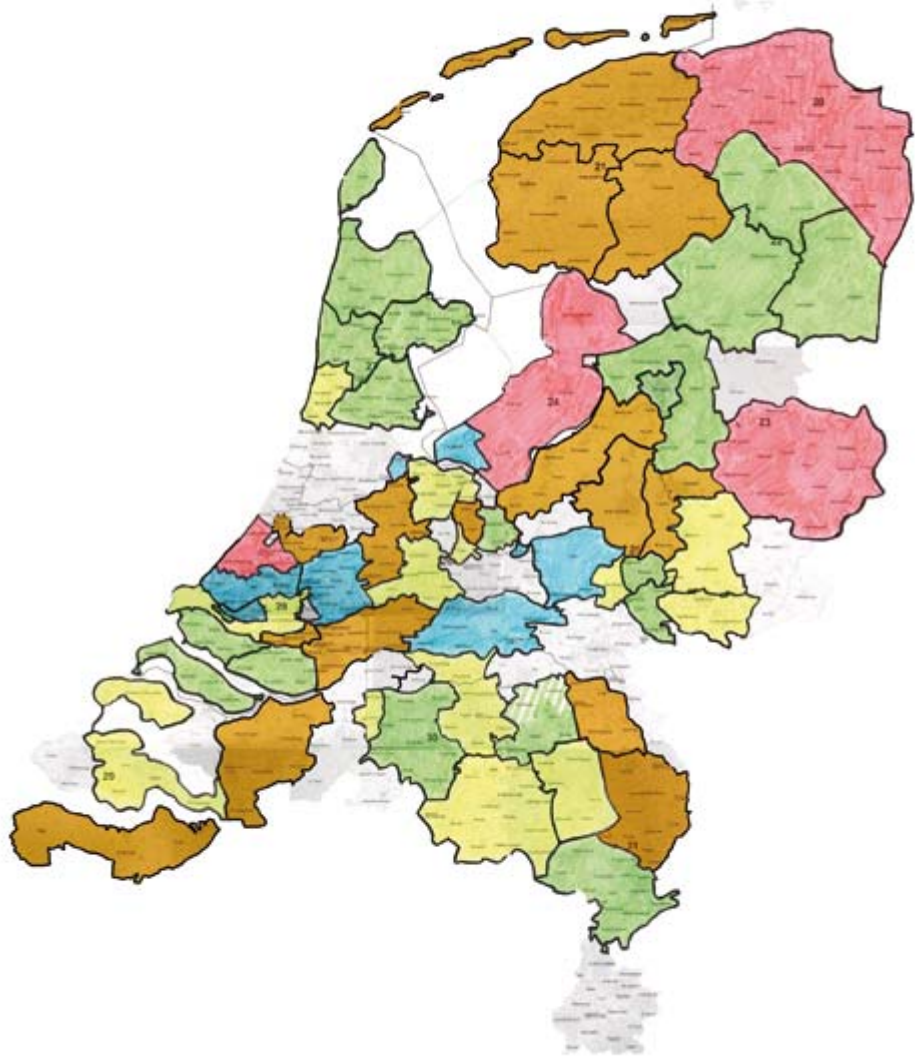
1. Intake en projectvoorbereiding
2. Planvorming
3. Implementatie
4. Verankering en doorontwikkeling

Na intake voor deelname aan het LDP kregen de teams aan de hand van een werkboek een ondersteuningstraject aangeboden van anderhalf jaar om plannen te formuleren en te implementeren. Tijdens dit traject werd aan de regio's geen financiële ondersteuning geboden vanuit het programma. Wel kregen zij begeleiding en expertise vanuit het landelijke kernteam. De regio's ontmoetten elkaar in landelijke bijeenkomsten en werden ondersteund door experts.

De regio's stelden vervolgens een eigen regionaal plan op voor de tijd van het ondersteuningstraject. De plannen werden geformuleerd aan de hand van een selectie van de lijst van de veertien probleemvelden die (met behulp van de inzet van de vertegenwoordigers van de regionale AN-afdeling) in de regio zijn gesignaleerd door patiënten met dementie en hun mantelzorgers.

Uit de evaluatie kwam naar voren dat het LDP een landelijke uitrol heeft gekend van 57 regio's. Deze regio's zijn erin geslaagd een breed opgezet samenwerkingsverband te continueren of aan te gaan. Over het algemeen bestond de projectstructuur in een regio uit een stuurgroep, een projectgroep en (een) werkgroep(en). De meeste regioteams bevatten zes tot tien personen. Binnen het regioteam waren vrijwel altijd de volgende partijen vertegenwoordigd: GGZ, verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorginstelling en AN. Daarnaast participeren in bepaalde gevallen ook huisartsen, ziekenhuizen en welzijnsorganisaties. Elke regio werd geleid door een projectleider.

In iedere regio zijn ten minste drie verbeterprojecten gestart. In totaal zijn er 206 verbeterprojecten geïnitieerd (bron: Vier jaar LDP: dementie op de kaart). Alle projecten zijn gestart omdat er een vraag van cliënten aan vooraf ging. De projecten zijn tot stand gekomen door samenwerking tussen meerdere zorgaanbieders en op basis van prioriteitstelling door cliënten. De landelijke dekking van het LDP wordt hieronder gevisualiseerd. De gekleurde regio's die zijn begrensd door zwarte lijnen, zijn de deelnemende regio's.



## 1.5 Leeswijzer

In dit eerste hoofdstuk hebben we kort de structuur van het LDP gepresenteerd. In hoofdstuk 2 zetten we de onderzoeksopzet en de onderzoeksverantwoording van de meting uiteen. In hoofdstuk 3 presenteren we de onderzoeksuitkomsten door middel van het indicatorenschema. De kosten en baten van het LDP worden aan de hand van casemanagement inzichtelijk gemaakt in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 beantwoorden we de onderzoeksvragen en besluiten we met de conclusies en nabeschuiving.



## 2 ONDERZOEKSOPZET EN VERANTWOORDING

In dit hoofdstuk gaan we in op het doel van het onderzoek, het gehanteerde plan van aanpak bij de eerste en tweede meting en de onderzoeksverantwoording.

### 2.1 Doel van het onderzoek

Het doel van deze evaluatie is om het proces, de effecten en de kosten van het LDP inzichtelijk te maken. Dit gebeurt op drie niveaus: het (landelijke) programma, de regio's en de projecten. Door de evaluatie worden effecten en kosten van de diverse projecten in kaart gebracht en wordt duidelijk in hoeverre doelstellingen zijn behaald. Op die manier ontstaat er waardevolle informatie voor andere zorgkwaliteitsprogramma's in de toekomst.

De primaire onderzoeksvragen zijn onderverdeeld in effectvragen (1-3) en procesvragen (4-6) en zijn hieronder weergegeven. In bijlage 1 zijn de uitgewerkte onderzoeksvragen opgenomen.

#### *Effect*

1. Wat zijn de resultaten van het LDP op het niveau van programma, regio's/organisaties, project en cliënt/mantelzorger?
2. Hoe verhouden de bereikte resultaten zich tot de doelen van het LDP?
3. Wat zijn de kosten van het LDP op het niveau van het programma, de regio's/organisaties en project/cliënten. Hoe verhouden de kosten zich tot de effecten zoals bedoeld onder vraag 1?

#### *Proces*

4. Hoe is het LDP procesmatig verlopen? Welke activiteiten en interventies zijn ondernomen door alle betrokken partijen? Wat ging er goed en minder goed op programmaniveau, regioniveau en project/cliëntniveau?
5. Wat zijn de cruciale succes- en faalfactoren binnen het LDP op het niveau van programma, regio/organisaties en project/cliënt/mantelzorger, die kunnen worden meegenomen ten behoeve van de vervolgimplementatie, nieuwe kwaliteitsverbeteringsprogramma's, instellingen, professionals en beleidsmakers?
6. Slaagt het LDP erin om duurzame verbeteringen aan te brengen? Hoe wordt er gezorgd voor verankering en borging van landelijke en regionale activiteiten op de korte en middellange termijn?

## 2.2 Gehanteerde plan van aanpak

Bij de evaluatie is een plan van aanpak gehanteerd (zie 'Onderzoeksvoorstel ZonMw Evaluatie LDP') dat bestond uit de volgende zes fasen:

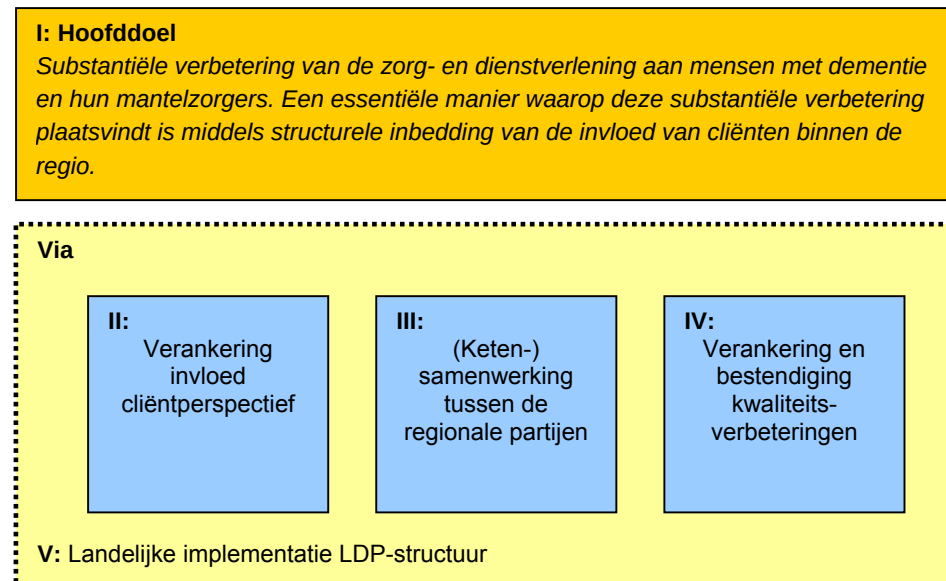
- I. Inventarisatiefase: activiteiten projecten en voortgang op niveau van programma, regio/organisaties en projecten/cliënten
- II. Operationalisatie van indicatoren en ontwikkelen formats
- III. Eerste ronde dataverzameling regio's en projecten
- IV. Tussentijdse analyse en rapportage
- V. Tweede ronde dataverzameling regio's en projecten
- VI. Eindanalyse en rapportage

De eerste meting omvatte fase I tot en met IV. In april 2008 is de definitieve rapportage over de eerste meting opgeleverd. In de huidige rapportage staat de tweede meting centraal. Het gaat hierom fase V. Voor de tweede meting hebben we gebruikgemaakt van de instrumenten die we voorafgaand aan de eerste meting hebben ontwikkeld. In fase II van het onderzoek hebben we een set van indicatoren ontwikkeld. Deze set is uiteraard ook de meetlat geweest waarlangs de uitkomsten uit de tweede meting zijn gelegd. In de volgende paragraaf beschrijven we kort hoe we tot de indicatorenset gekomen zijn. In bijlage 3 vindt u de volledige indicatorenset met beschrijving.

## 2.3 Onderzoeksverantwoording

In figuur 2.1 staan de doelen die bij het LDP geformuleerd zijn schematisch weergegeven in een analysekader. Het hoofddoel van het LDP is het substantieel verbeteren van de zorg- en dienstverlening aan mensen met dementie en hun mantelzorgers. Dit doel wordt gediend door de vier subdoelen weergegeven in de figuur. Omdat er voorafgaand aan het LDP en het evaluatieonderzoek geen indicatoren zijn vastgesteld op basis waarvan gemeten kan worden of de zorg daadwerkelijk substantieel is verbeterd, gold het opstellen van een indicatorenschema als eerste activiteit. Voor elk doel zijn in overleg met de begeleidingscommissie en het kernteam indicatoren en normen ontwikkeld. De indicatoren hebben betrekking op het *proces* of het *effect* van het LDP. In de indicatorenset zijn ook sleutelfactoren voor succesvolle *quality collaboratives* van Øvretveit betrokken (Øvretveit, 2002). Op die manier kunnen uitspraken worden gedaan over in hoeverre het LDP te beschouwen is als een *quality collaborative*. De volledige indicatorenset met een uitgebreidere toelichting op de samenstelling vindt u in bijlage 3.

**Figuur 2.1 Analyse kader**



Om toe te lichten hoe de indicatoren en normen tot stand zijn gekomen, wordt hieronder een voorbeeld gegeven. Het betreft een onderdeel uit tabel I van de indicatorenset, dat gekoppeld is aan het hoofddoel 'substantiële verbetering van de zorg- en dienstverlening'. Het voorbeeld betreft indicator 2 (het specifieke onderwerp), de norm (wat gaan we precies meten?) en de bijbehorende bronnen.

**Tabel 2.1 Voorbeeld: Hoofddoel indicatorenset, indicator 2**

| <b>I. Hoofddoel: substantiële verbetering van de zorg- en dienstverlening</b>           |                                                                                                       |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>Indicatoren</b>                                                                      | <b>Normen</b>                                                                                         | <b>Bron</b>                                                      |
| 2 De cliënten/mantelzorgers ervaren minder problemen of hechten hier minder belang aan. | De score op de AN-lijst 'Wensen en behoeften van mantelzorgers van mensen met dementie' is verbeterd. | Uitkomsten per regio (Nivel-bestand)/AN-vragenlijst LDP-monitor. |
|                                                                                         | Van de cliënten ervaart:<br>≥ 25% minder problemen<br>≥ 50% voldoende ondersteuning                   |                                                                  |

Op basis van het analysekader zijn de meetinstrumenten voor de evaluatie ontwikkeld. De resultaten van de meetinstrumenten geven antwoord op de vraag in hoeverre de normen van de indicatorset worden gehaald.

## 2.4 Uitgevoerde onderzoeksactiviteiten

Om zowel metingen te verrichten op het landelijk programmaniveau, het niveau van de regio's en organisaties als het niveau van de individuele cliënt/mantelzorger zijn de onderstaande instrumenten ingezet.

- a. Webenquête projectleiders
- b. Enquête regionale vertegenwoordigers AN
- c. Enquête 'Wensen en behoeften van mantelzorgers van mensen met dementie'
- d. Pilotbezoeken/interviews projectleiders pilots

Naast deze instrumenten is zo veel mogelijk gebruikgemaakt van bestaande documentatie in de LDP-regio's. De documentatie vanuit de regio's die is bestudeerd, betreft regioplannen, verslagen van cliëntpanels en gebruikerspanels, LDP-monitor, voortgangsrapportages en Regionale Resultaat Rapportages (RRR). Per activiteit geven we kort de aanpak weer.

### Ad a) Webenquête projectleiders

#### Opzet

Met een webenquête zijn projectleiders van alle vijf tranches bevraagd over hun ervaringen in het LDP-project. De webenquête is eind september 2007 (eerste meting) en september 2008 (tweede meting) verzonden.

#### Respons

De webenquête is in de eerste meting door veertig projectleiders en in de tweede meting door 35 projectleiders ingevuld. Er zijn drie projectleiders die ieder drie (sub)regio's onder hun hoede hebben en één keer de enquête hebben ingevuld voor de totale regio. Op die manier zijn in de eerste meting 46 van de 57 regio's vertegenwoordigd (respons van ruim 80%) en in de tweede meting 35 van de 53 regio's vertegenwoordigd (respons van 66%).

**Tabel 2.2 Respons webenquête projectleiders eerste en tweede meting**

| Tranche       | Aantal regio's 07 | % per tranche 07 | Totaal aantal regio's 07 | Aantal regio's 08 | % per tranche 08 | Totaal aantal regio's 08 |
|---------------|-------------------|------------------|--------------------------|-------------------|------------------|--------------------------|
| 1             | 3                 | 75%              | 4                        | 3                 | 75%              | 4                        |
| 2             | 4                 | 57%              | 7                        | 4                 | 57%              | 7                        |
| 3             | 14                | 88%              | 16                       | 7                 | 44%              | 16                       |
| 4             | 11                | 79%              | 14                       | 10                | 77%              | 13                       |
| 5             | 14                | 88%              | 16                       | 11                | 85%              | 13                       |
| <b>Totaal</b> | <b>46</b>         | <b>80%</b>       | <b>57</b>                | <b>35</b>         | <b>66%</b>       | <b>53</b>                |

### Ad b) Enquête regionale vertegenwoordigers AN

#### Opzet

Door middel van een webenquête zijn vertegenwoordigers van AN in de eerste meting bevraagd over hun ervaringen met het LDP. De enquête is in oktober

2007 verzonden. Tijdens de tweede meting in september 2008 is gezien de moeilijkheden tijdens de eerste meting voor een andere benaderingswijze gekozen. De webenquête voor vertegenwoordigers van AN had uiteindelijk een respons van 57 procent. We hebben echter meer tijd en energie moeten steken in het behalen van deze respons dan vooraf was verwacht. Het benaderen van deze groep via e-mail is geen goede methode gebleken. De AN-vertegenwoordigers hebben vaak weinig tijd en worden vaker bevraagd met enquêtes. Daarnaast waren er onduidelijkheden over de werkwijze van de webenquête (bijvoorbeeld over verplicht in te vullen velden). In de tweede meting hebben we daarom gewerkt met een schriftelijke enquête die we uit hebben gezet op de verplichte intervisiebijeenkomsten die door AN worden gehouden.

#### *Respons*

De webenquête is in de eerste meting verstuurd via AN aan 119 AN-vertegenwoordigers. Hiervan hebben 68 vertegenwoordigers de webenquête ingevuld. Dit is een respons van 57 procent. Vijftig vertegenwoordigers hebben de vragenlijst volledig ingevuld. Omdat de respons in eerste instantie lager was dan verwacht, hebben we twee extra rappels verstuurd en hebben we de periode waarin de internetvragenlijst kon worden ingevuld, verlengd. Tijdens de tweede meting zijn er 106 schriftelijke vragenlijsten uitgezet en is er tweemaal gerappelleerd. We hebben 53 ingevulde vragenlijsten ontvangen. Dit is een respons van vijftig procent.

**Tabel 2.3 (Web)enquête AN-vertegenwoordigers: verdeling over tranches**

|                        | <b>Aantal eerste meting 2007</b> | <b>Aantal tweede meting 2008</b> |
|------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Tranche 1 (T1)         | 3                                | 1                                |
| Tranche 2 (T2)         | 5                                | 1                                |
| Tranche 3 (T3)         | 19                               | 10                               |
| Tranche 4 (T4)         | 14                               | 13                               |
| Tranche 5 (T5)         | 9                                | 19                               |
| <b>Subtotaal</b>       | <b>50</b>                        | <b>53</b>                        |
| Niet volledig ingevuld | 18                               | -                                |
| <b>Totaal</b>          | <b>68</b>                        | <b>53</b>                        |

#### **Ad c) Enquête ‘Wensen en behoeften van mantelzorgers van mensen met dementie’**

##### *Opzet*

De vragenlijst die is gebruikt om de projecten van het LDP te onderzoeken, is in opdracht van AN ontwikkeld door het onderzoeksinstituut Nivel. Voor deze onderzoeksactiviteit maakt Regioplan dus gebruik van een bestaand en gevalideerd meetinstrument. De vragenlijst is door ons uitgezet onder mantelzorgers in de regio's Groningen, Drenthe, Gooi- en Vechtstreek, Noord-Limburg en Arnhem. Binnen deze regio's is specifiek gekozen voor het uitzetten van de vragenlijsten bij de projecten die vallen onder casemanagement en laagdrempelige informatievoorziening.

Tijdens de tweede meting van 2008 zijn naast bovenstaande regio's ook vragenlijsten uitgezet in de Gelderse Vallei, Oosterschelde en Leiden. Dat deze regio's geen onderdeel waren van de eerste meting komt door de indeling in tranches, of door de planning van de projecten binnen de regio's.

#### *Respons*

De verschillen in de aantallen vragenlijsten die zijn gestuurd in de eerste meting, hebben te maken met de opzet van de projecten. In Groningen bijvoorbeeld is de reikwijdte van Team 290 en de alzheimercafés zo groot dat daar in totaal 740 patiënten zijn. Hieruit hebben we een aselechte steekproef genomen van vierhonderd. In Arnhem en in de Gooi- en Vechtstreek zijn er slechts vijftien cliënten die deelnemen aan het project. Vandaar dat hier aanzienlijk minder vragenlijsten konden worden uitgezet. In de eerste meting zijn 176 ingevulde lijsten teruggestuurd.

In de tweede meting hebben we voor de door ons geselecteerde regio's meegelopen met het najaarsoffensief van AN. Hiermee is voorkomen dat mantelzorgers binnen regio's dubbel zouden worden benaderd hetgeen de respons zou kunnen beïnvloeden. Er zijn door AN in deze regio's 380 lijsten uitgezet en we hebben 197 ingevulde lijsten ontvangen. Op deze wijze hebben we een vergelijkbare respons gekregen.

**Tabel 2.4 Enquête wensen en behoeften mantelzorgers en mensen met dementie**

| Regio's              | 830 verstuurd                     | 380 verstuurd                     |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
|                      | Aantal ontvangen vragenlijsten 07 | Aantal ontvangen vragenlijsten 08 |
| Groningen            | 121                               | 31                                |
| Drenthe              | 7                                 | 41                                |
| Arnhem               | 0                                 | 19                                |
| Gooi- en Vechtstreek | 7                                 | 49                                |
| Gelderse Vallei      | -                                 | 17                                |
| Noord-Limburg        | 41                                | 28                                |
| Oosterschelde        | -                                 | 1                                 |
| Leiden               | -                                 | 11                                |
| <b>Totaal</b>        | <b>176</b>                        | <b>197</b>                        |

Ten behoeve van het in kaart brengen van de baten van casemanagement (zie hoofdstuk 4) is een aantal vragen uit deel C van de bovenstaande enquête eveneens gebruikt. Hiertoe zijn uit de AN-monitor de data van de pilotregio's die casemanagementprojecten hebben, geselecteerd en op twee momenten geanalyseerd (t1 n=259 en t2 n=324).

#### **Ad d) Pilotbezoeken/Interviews projectleiders**

##### *Opzet*

Voor de evaluatie zijn tien pilotregio's geselecteerd. Er zijn twee oorspronkelijk geselecteerde regio's afgevallen vanwege het feit dat cruciale project-informatie ontbrak over bijvoorbeeld kosten en vervangen door andere regio's. Van de tien pilotregio's zijn de projectplannen en eventuele rapportages

bestudeerd. Vervolgens hebben we een oriënterend telefonisch interview gehouden met de projectleider. Het doel van dit interview was om inzicht te krijgen in veranderingen in de regio ten opzichte van het projectplan, om de huidige stand van zaken in kaart te brengen en om afspraken te maken voor het houden van interviews.

In de eerste meting zijn tussen oktober en maart 2008 de tien geselecteerde pilotregio's bezocht. In de pilotregio's is in ieder geval gesproken met de projectleider en in de meeste gevallen ook met de trekkers van de werkgroepen. In de gesprekken zijn de projectactiviteiten en ervaringen van diverse betrokken partijen besproken en zijn voor zover mogelijk de kosten van projectactiviteiten geïventariseerd.

Daarnaast hebben we in elke pilotregio een telefonisch interview gehouden met een bestuurder. De keuze voor de bestuurder was in principe a-select. Wel is hierover afstemming geweest met AN omdat zij in dezelfde periode ook bestuurders interviewde en we dubbelingen wilden voorkomen.

In de tweede meting zijn aanvullende stukken van de 10 pilotregio's bestudeerd en is er met de 10 projectleiders contact gezocht. Met 8 projectleiders heeft een interview plaatsgevonden. De andere projectleiders waren niet meer bereikbaar: één wegens vertrek naar een andere baan, één wegens langdurige ziekte.

#### *Respons*

In onderstaand schema zijn de tien bezochte pilotregio's weergegeven. Daarbij is opgenomen welke categorieën van verbeterprojecten van toepassing zijn.

**Tabel 2.5 Bezochte pilotregio's**

| Regio's                   | Laagdrempelige info/vroeg-diagnostiek | Diagnose begeleiding/ casemanagement | Mantel-zorg-support | Miscommu-nicatie/ bejegening | Samen-werkings-verbanden |
|---------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1 T1 Groningen            | X                                     | X                                    | X                   |                              |                          |
| 2 T2 Gelderse Vallei      | X                                     | X                                    |                     | X                            | X                        |
| 3 T3 Oosterschelde        |                                       | X                                    | X                   |                              | X                        |
| 4 T3 Gooi- en Vechtstreek | X                                     | X                                    |                     | X                            |                          |
| 5 T3 Arnhem               |                                       | X                                    | X                   |                              |                          |
| 6 T4 Zevenaar             | X                                     | X                                    |                     |                              | X                        |
| 7 T4 Drenthe              | X                                     |                                      |                     |                              | X                        |
| 8 T4 Midden-Brabant       |                                       |                                      | X                   | X                            |                          |
| 9 T5 Leiden               | X                                     | X                                    |                     |                              |                          |
| 10 T5 Noord-Limburg       | X                                     | X                                    | X                   |                              |                          |

## **2.5 Betrouwbaarheid en validiteit**

De betrouwbaarheid en de externe validiteit van voorliggend onderzoek zijn door ons op verschillende manieren bewaakt.

#### *Instellen begeleidingscommissie*

Ten eerste heeft RegioPlan de opdrachtgever gevraagd een begeleidingscommissie in te stellen. De rol van deze commissie is om de voortgang en het verloop van het onderzoek te bewaken en indien gewenst bij te sturen. De betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek worden op deze manier door een onafhankelijke partij bewaakt.

#### *Ontwikkelen van meetinstrumenten*

Door de ontwikkeling van meetinstrumenten is er binnen het onderzoek voor gezorgd dat de ontwikkelingen en resultaten van het LDP meetbaar zijn geworden. Daarnaast kunnen de metingen worden herhaald en is op deze wijze de externe validiteit gewaarborgd.

In het evaluatieonderzoek is ook gebruikgemaakt van bestaande meetinstrumenten, te weten de lijst 'Wensen en behoeften van mantelzorgers van mensen met dementie' (door Nivel ontwikkeld en gevalideerd & mede gebaseerd op de CQ-index) en de lijst die in de tussenevaluatie door ZonMw is gebruikt voor de meting onder projectleiders.

#### *Evaluatie eerste meting en bijstelling werkwijze*

We zetten alle meetinstrumenten in zowel een eerste als een tweede meting uit. Na de eerste meting hebben we het meetinstrumentarium onder de loep genomen en hebben we bekeken of er aanpassingen nodig waren. Bij aanpassing van de meetinstrumenten was het uiteraard van belang dat een vergelijking tussen de eerste en tweede meting mogelijk bleef. Hierop hebben wij toegezien. In feite kwam het erop neer dat de instrumenten niet zijn aangepast, alleen de manier van afname (schriftelijke vragenlijst in plaats van webenquête AN-vertegenwoordigers) of de wijze van verkrijgen van gegevens (niet zelf lijsten uitzetten maar data via verzamelingsronde AN verkrijgen) is gewijzigd.

## **2.6 Beperkingen onderzoek**

Bij het uitvoeren van de onderzoeksactiviteiten is er sprake geweest van een aantal beperkingen. Sommige van de beperkingen konden gedurende het onderzoek opgevangen worden en andere hebben invloed gehad op het verzamelen van onderzoeksgegevens.

- **Abstractieniveau doelstelling LDP**  
De doelstellingen van het LDP zijn op een hoog abstractieniveau geformuleerd. Deze zijn vervolgens niet geoperationaliseerd: wanneer spreek je van een substantiële verbetering van de dementiezorg? Wanneer is de invloed van het cliëntperspectief structureel ingebed? Om het LDP te kunnen evalueren, hebben we eerst een indicatorenschema opgesteld en daarbij normen opgesteld. Dit gaf ons een kader om de resultaten van het LDP tegen af te zetten. Daarnaast hebben we in onze evaluatie kunnen

voortbouwen op de tussentijdse evaluatie die uitgevoerd is door ZonMw. Hierdoor zijn we wel in staat om resultaten te presenteren en te duiden. Het feit blijft echter dat de doelen en normen pas helder zijn geformuleerd toen het LDP allang van start was gegaan.

- **Opdracht kernteam LDP**  
Dit punt hangt deels samen met het bovengenoemde punt. De doelstelling die het landelijke kernteam voor zich zag weggelegd, was het realiseren van de landelijke uitrol in 57 regio's en het ondersteunen en adviseren van deze regio's. Het kernteam was in het LDP niet gericht op het monitoren op cliëntniveau. De abstracte doelstellingen die binnen het LDP zijn geformuleerd<sup>1</sup>, werden door het kernteam niet als hun doelstellingen ervaren.
- **Wisseling projectleider**  
Bij het uitvoeren van de webenquête voor projectleiders en bij de pilot-bezoeken en interviews in de tweede meting bleek dat er sprake was van veel wisselingen van projectleiders. Daardoor was er in bepaalde regio's tijdelijk geen projectleider (nog geen opvolger) of hebben projectleiders recent het project overgedragen gekregen en hebben zij te weinig kennis om bij te dragen aan de evaluatie. Bij de tweede meting kwamen we geregeld tegen dat het LDP was afgelopen in de bewuste regio en dat projectleiders waren vertrokken.
- **Belasting veld**  
Door de evaluatie van het LDP, de tussenevaluatie van ZonMw en andere metingen, was de belasting voor het veld groot. Specifiek gold dit voor de vertegenwoordigers van AN, die door de (gangbare) vrijwilligersactiviteiten reeds een grote belasting kennen.
- **Diversiteit kwaliteit projectplannen**  
In veel gevallen was er weinig aandacht in de projectplannen en de RRR voor kwantitatieve metingen van de effecten en voor het in kaart brengen van de kosten. Projectleiders hebben gebruik kunnen maken van de adviezen van het kernteam en de expertgroep, maar de plannen lijken in beperkte mate aangepast. We hebben daarom in het onderzoek beperkt zicht gekregen op de kosten en baten van de verbeterprojecten. In hoofdstuk 4 gaan we hierop nader in.
- **Vertraging regio's voortgang en opstart**  
Tijdens de pilotbezoeken in de eerste meting bleek een aantal projecten in bepaalde regio's flink vertraagd, waardoor nog geen (of in beperkte mate) terugkoppeling kon worden gegeven over de uitvoering. Ook waren er twee regio's die op meetmoment 1 nog niet waren gestart met thema's kiezen en

---

<sup>1</sup> Substantiële verbetering van de dementiezorg en de structurele inbedding van het cliëntperspectief.

plannen maken. Bij de tweede meting hadden we te maken met afronding van tranches en het programma in zijn totaal. Hierdoor was er veelvuldig sprake van afwezigheid en vertrek van projectleiders en kostte het ons extra moeite om de juiste gegevens boven tafel te halen.

- Het LDP is opgevat als een project  
Het LDP kende een duidelijk begin en einde qua opzet in een bepaalde regio. In veel regio's is het LDP daadwerkelijk afgesloten. Hierdoor is het moeilijk gebleken om projectleiders te spreken en te laten deelnemen aan de enquête. Ook stonden er al andere initiatieven op stapel zoals koplopersregio ketenzorg dementie. In interviews bleken projectleiders LDP en het vervolg moeilijk uit elkaar te kunnen houden. Dit is op zich logisch maar dit geeft wel troebel beeld. Positief hieraan is dat in sommige regio's het LDP soepel en natuurlijk overgaat in een nieuwe vorm van zorg en projecten voor dementerenden en hun mantelzorgers.
- Afbakening LDP en projecten die nieuw ontstaan  
Moeilijk is het om te beoordelen in hoeverre het LDP doorgaat: de verbeterprojecten zijn ingebed, maar nieuwe acties die door andere initiatieven zoals het Geriatrisch Netwerk of binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) worden ontwikkeld, krijgen niet de naam LDP. LDP moet worden gezien als katalysator dat overgaat in bijvoorbeeld koplopersregio of ketenzorgproject en niet als LDP blijft. Dit maakt de toetsing van de normen in principe ingewikkeld omdat we in de enquêtes vragen naar meerjarenplannen rondom het LDP. De vraag is in hoeverre dit letterlijk wordt genomen door de respondent: het LDP houdt op te bestaan dus kan niet meerjarig zijn.
- Responsverlagende werking  
Voorafgaand aan de tweede meting is in samenspraak met de begeleidingscommissie besloten om dezelfde lijsten te gebruiken voor regionale vertegenwoordigers AN en de projectleiders. Dit had als consequentie dat er veel vragen werden gesteld over de beginfase. Dit heeft waarschijnlijk responsverlagend gewerkt. Nieuwe projectleiders kunnen deze vragen immers niet beantwoorden en oude projectleiders vonden deze vragen in het eindstadium niet meer relevant.

### **3 BEANTWOORDING INDICATOREN**

#### **3.1 Inleiding**

Zoals eerder in hoofdstuk 2 is vermeld, waren de doelstellingen van het LDP op een hoog abstractieniveau beschreven. Eén van de eerste activiteiten binnen het evaluatieonderzoek was dan ook het opstellen van indicatoren. Aan de hand van deze indicatoren kunnen we nagaan of de doelen van het LDP zijn gerealiseerd. In het indicatorenschema of de indicatorenset zijn door ons de doelstellingen geoperationaliseerd en voorzien van een norm. Het schema en de normen zijn in samenspraak met zowel de begeleidingscommissie als het landelijke kernteam vastgesteld. Aan de hand van de indicator en de norm kunnen we de resultaten van het LDP in kaart brengen en duiden. De indicatoren zijn operationalisaties van de twee hoofddoelen, aangevuld met indicatoren gebaseerd op de drie subdoelen. Er zijn vijf indicatoren vastgesteld, te weten:

- I Substantiële verbetering van de zorg- en dienstverlening
- II Structurele inbedding van de invloed van het cliëntperspectief
- III Regionale ketensamenwerking
- IV Verankering van kwaliteitsverbeteringen in de regio
- V Structuur LDP op landelijk niveau

In bijlage 3 is het indicatorenschema volledig opgenomen. In dit hoofdstuk gaan we na in welke mate de indicatoren zijn behaald. We kunnen hiermee uitspraken doen over de mate waarin de doelstellingen van het LDP zijn behaald.

#### **3.2 Substantiële verbetering zorg- en dienstverlening**

Het hoofddoel van het LDP is 'substantiële verbetering van de zorg- en dienstverlening'. De zorg- en dienstverlening is substantieel verbeterd als de cliënten dit oordeel geven. Om dit te meten hebben we zowel aan cliënten-organisaties (1), als aan cliënten/mantelzorgers zelf (2) gevraagd of zij verbeteringen ervaren.

**Tabel 3.1 Normen substantiële verbetering zorg- en dienstverlening**

|                                                                                                                                            | T=1                                                                                | T=2     | Norm |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
| <b>Is de zorg- en dienstverlening verbeterd in de perceptie van de cliëntenorganisaties?</b>                                               |                                                                                    |         |      |
| Vindt 50% aanbod dienstverlening voldoende? (t2)                                                                                           | -                                                                                  | 43%     | Nee  |
| ≥ 10% groei met oordeel voldoende (t1 vergeleken met t2)                                                                                   | 24%                                                                                | 43%     | Ja   |
| Oordeelt minstens 60% positief over verandering (op t1 en op t2)?                                                                          | Nee, 38% <sup>1</sup><br>oordeelt positief                                         | 41%     | Nee  |
| <b>Ervaren cliënten/mantelzorgers minder problemen of hechten zij er minder belang aan?</b>                                                |                                                                                    |         |      |
| Ervaart tenminste 25% van de cliënten minder problemen? (t2)                                                                               | -                                                                                  | 6,8%    | Nee  |
| Heeft tenminste 50% voldoende ondersteuning? (t2)                                                                                          | 35,5% <sup>2</sup>                                                                 | 43,5%   | Nee  |
| <b>Zijn de problemen zoals geselecteerd in de eerste regio-bijeenkomsten (deels) opgelost, of is men concreet bezig deze op te lossen?</b> |                                                                                    |         |      |
| Heeft 75% van de regio's de probleemvelden volgens vastgelegde LDP-afspraken doorlopen?                                                    | Ja, 95% <sup>3</sup>                                                               | Ja, 80% | Ja   |
| Vindt 50% van de AN-vertegenwoordigers dat de gekozen oplossingen de problemen oplossen?                                                   | Nog niet <sup>4</sup> ,<br>45% ziet nu al verbetering,<br>60% verwacht verbetering | 59%     | Ja   |

### Toelichting normentabel

De normentabel laat een diffuus beeld zien: een aantal normen is gehaald en een aantal normen is niet gehaald. Ten aanzien van dit laatste punt constateren we dat de in samenspraak met de begeleidingscommissie gestelde normen wellicht aan de zware kant zijn. Ten aanzien van zorg- en dienstverlening aan dementerende ouderen kan in het algemeen worden opgemerkt dat dit type zorg altijd plaatsvindt in de context van verslechtering van de gezondheidstoestand en het functioneren van een dementerende. Ten eerste kan worden geconcludeerd dat het LDP-project in de regio's volgens de AN-vertegenwoordigers is gelopen volgens de vastgelegde afspraken. De score is in de tweede meting lager dan in de eerste meting. Dit komt waarschijnlijk doordat mensen minder goed de vastgelegde afspraken nog paraat hadden tijdens de tweede meting. Ook kan dit worden veroorzaakt

<sup>1</sup> Bron: AN-vertegenwoordigers enquête.

<sup>2</sup> Bron: AN-enquête mantelzorgers mensen met dementie.

<sup>3</sup> Bron: projectleidersenquête.

<sup>4</sup> Bron: AN-vertegenwoordigersenquête.

door het feit dat er AN-vertegenwoordigers zijn vervangen door nieuwe AN-vertegenwoordigers die niet vanaf het begin de stappen hebben meegemaakt. Een aantal respondenten geeft aan het antwoord op de vraag niet (meer) te weten.

Een andere positieve score is het feit dat 59 procent van de AN-vertegenwoordigers aangeeft dat de gekozen verbeterprojecten daadwerkelijk de problemen oplossen. Hiermee wordt de norm van vijftig procent ruim gehaald. We hebben de AN-vertegenwoordigers ook gevraagd of zij in de (nabije) toekomst een verbetering verwachten in de zorg- en dienstverlening op drie gekozen probleemvelden. Driekwart (73%) van de AN-vertegenwoordigers verwacht gemiddeld over de drie gekozen probleemvelden een verbetering. Vorig jaar zei zestig procent een verbetering te verwachten.

Deze positieve geluiden lijken in contrast te staan met de 43 procent van de AN-vertegenwoordigers die op dit moment het aanbod voldoende of ruim voldoende vindt. Gemiddeld 49 procent van de AN-vertegenwoordigers geeft aan het aanbod op de drie gekozen probleemvelden op dit moment matig tot onvoldoende te vinden. Deze norm is dan ook niet gehaald. Daarnaast geeft 41 procent aan een verbetering waar te nemen in het zorg- en dienstverleningsaanbod. Ook deze norm is niet gehaald. Bij deze vraag is het opvallend dat een zeer laag percentage (8%) negatief oordeelt over de verandering. De meeste AN-vertegenwoordigers (51%) beantwoorden deze vraag neutraal of geven aan het niet te weten. Hiermee wordt duidelijk dat men moeilijk zicht heeft op de vraag of de zorg- en dienstverlening is verbeterd of niet.

Projectleiders<sup>5</sup> (niet in de tabel) hebben we ook gevraagd naar hun mening over dit onderwerp. Driekwart (75%) van de projectleiders is het (zeer) eens met de stelling dat de verbeterprojecten ook daadwerkelijk de problemen oplossen. De overige 25 procent geeft aan hierin neutraal te staan of het antwoord niet te weten. In vergelijking met de eerste meting is hierin een duidelijke stijging: vorig jaar gaf vijftig procent van de projectleiders aan het (zeer) eens te zijn met de stelling.

In totaal ervaart 6,8 procent van de mantelzorgers minder problemen op t1 dan t2. De gestelde norm van 25 procent wordt hiermee niet gehaald. Mantelzorgers ervaren minder problemen op het probleemveld van 'niet pluis gevoel & wat is er aan de hand', op het probleemveld 'gevaar', 'lichamelijke zorg' en 'ondersteuning bij een mogelijke opname'. Op andere probleemvelden zien wij enkel een toename van de ervaren problemen. Dit is op zich een logisch resultaat gezien de constatering dat de zorg voor dementerende ouderen altijd gezien dient te worden in de context van een verslechterende gezondheidssituatie. Het percentage cliënten dat aangeeft voldoende ondersteuning te krijgen, bedraagt niet de gestelde norm van vijftig procent.

---

<sup>5</sup> Bron: projectleidersenquête.

Op t2 geeft 43,5 procent aan voldoende ondersteuning te krijgen in tegenstelling tot 35,7 procent op t1. De norm is niet gehaald maar het percentage cliënten dat voldoende ondersteuning ervaart, is wel gestegen in de loop van de tijd. Het is dan ook een belangrijke bevinding dat er een toename van ondersteuning wordt ervaren door de betrokken mantelzorgers. Een verklaring voor beide scores kan volgens ons liggen in het feit dat het LDP het onderwerp dementie duidelijk op de kaart heeft gezet. Het LDP heeft waarschijnlijk het bewustzijn van mantelzorgers versterkt dat het mogelijk is om hun problemen te benoemen en hulp te vragen.

### **Conclusie**

Ten aanzien van de norm substantiële verbetering van zorg- en dienstverlening kan geen eenduidige conclusie worden getrokken. Eén indicator wordt geheel gehaald, één geheel niet en de ander deels. Zoals aangegeven kan de zwaarte van de gestelde normen hierin een rol spelen. Bovendien moet bij het interpreteren van de resultaten rekening worden gehouden met het feit dat de zorg voor dementerende ouderen altijd gezien dient te worden in de context van een verslechterende gezondheidssituatie. Een uitspraak of het LDP een substantiële verbetering van zorg- en dienstverlening mogelijk heeft gemaakt, is moeilijk te doen. Het meest waarschijnlijk is het om te concluderen dat de zorg- en dienstverlening door het LDP is verbeterd: een belangrijke bevinding is immers dat er door betrokken mantelzorgers een toename wordt ervaren in de ondersteuning die zij ontvangen in de zorg voor hun dementerende naaste. We kunnen echter geen uitspraken doen over de mate van de verandering: of de verandering wel of niet substantieel van aard is.

## **3.3 Structurele inbedding invloed cliëntperspectief**

Eén van de doelen van het LDP was het 'bieden van meer vraaggerichte dienstverlening'.<sup>6</sup> De belangrijkste vragen en problemen van cliënten en hun mantelzorgers en de meest gewenste oplossingen zijn het vertrekpunt geweest van het LDP. Deze invalshoek is gekozen om het perspectief van de cliënt ook echt leidend te maken voor de verbetering van het aanbod van de regio.

Eén van de beoogde resultaten van het LDP is de continue toetsing van het verbeterplan aan het cliëntperspectief.

De cliënten hebben de expertise van de gebruiker. Reflectie van cliënten op de kwaliteit van het aanbod en de uitvoering ervan leveren verrassende inzichten op voor professionals, managers en beleidsmakers. Het LDP maakt hiervan gebruik. Met het LDP heeft de cliëntenorganisatie een instrument in

---

<sup>6</sup> De informatie over doelen in deze paragraaf komt uit het werkboek landelijk dementieplatform. NIZW 2004.

handen gekregen om aanbieders te wijzen op de voorkomende vragen en problemen van de doelgroep en hen te bevragen over wat zij eraan doen. De vraag die nu voorligt is of aan het eind van het LDP het cliëntperspectief structureel geborgd is?

We behandelen hieronder achtereenvolgens in hoeverre de normen zijn gehaald, de toelichting hierop, de ervaringen uit de pilots en de conclusie.

### Normen structurele inbedding invloed cliëntperspectief

**Tabel 3.2 Normen structurele inbedding invloed cliëntperspectief**

|                                                                                                                                                                     | T=1                                                               | T=2                                   | Norm |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------|
| <b>Is het cliëntperspectief nu goed geregeld en in de toekomst geborgd in de perceptie van de cliënten/mantelzorgers (zit men 'aan tafel' wordt men betrokken)?</b> |                                                                   |                                       |      |
| Geeft minstens 50% van de cliënten een voldoende aan het cliëntperspectief op t=2?                                                                                  | -                                                                 | 72%                                   | Ja   |
| Is de groei van voldoende minstens 10% tussen t=1 en t=2?                                                                                                           | 69%                                                               | 72%                                   | Nee  |
| Oordeelt minstens 60% van de cliënten positief over de verandering tussen t=1 en t=2 op t=2?                                                                        | -                                                                 | 64%                                   | Ja   |
| <b>Worden AN (en eventueel andere cliëntenorganisaties) structureel betrokken volgens de afspraken binnen het LDP?<sup>7</sup></b>                                  |                                                                   |                                       |      |
| Zijn de afspraken zoals gemaakt in het LDP werkplan en het werkboek belangenbehartiging in iedere regio gevolgd?                                                    | 95% van de regio's                                                | 80%                                   | Ja   |
| <b>Zijn er voldoende vrijwilligers om de stem van de cliënt te laten horen?</b>                                                                                     |                                                                   |                                       |      |
| Zijn er in tenminste 75% van de regio's ten minste 2 vrijwilligers?                                                                                                 | Ja, 83%                                                           | Ja, 87%                               | Ja   |
| Voelt ten minste 75% van de vrijwilligers zich voldoende geëquipeerd?                                                                                               | Ja, 98%                                                           | Ja, 87%                               | Ja   |
| Is ten minste 50% van de vrijwilligers al anderhalf jaar vrijwilliger of van plan minstens anderhalf jaar vrijwilliger te blijven?                                  | Ja, 57%                                                           | Ja, 64% is in 2006 of eerder begonnen | Ja   |
| Geeft ten minste 60% het oordeel dat er een actieve bijdrage wordt geleverd?                                                                                        | Ja, 66% voelt zich volwaardig lid en 71% zegt regelmatig te komen | Ja, 68% om 76%                        | Ja   |

<sup>7</sup> Bron: projectleidersenquête.

Vervolg tabel 3.2

|                                                                                                           | T=1                                                                                                                                          | T=2            | Norm |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------|
| Vindt ten minste 60% van de projectleiders dat de vrijwilligers een actieve bijdrage (naar wens) leveren? | Ja, projectleiders geven aan dat in 79% van de regio's AN regelmatig naar vergaderingen komt en dat in 86% van de regio's AN ook mee-beslist | Ja, 76% om 82% | Ja   |

### Toelichting normentabel

#### *Borging cliëntperspectief*

In de eerste meting konden we nog geen uitspraken doen over de borging van het cliëntperspectief. Uitspraken hierover moesten gebaseerd zijn op een vergelijking van de eerste en tweede meting. Uit de tabel komt naar voren dat de vooraf vastgestelde normen worden behaald. Alleen de norm dat het aantal voldoende met tien procent moet zijn gegroeid, wordt niet behaald. Dit doet in principe niet af aan de norm omdat bij de eerste meting de norm van zestig procent reeds werd behaald. In de projectleidersenquête hebben we aanvullend gevraagd wat de verwachtingen zijn van de projectleiders ten aanzien van de inbreng vanuit het cliëntperspectief. Twee derde (66%) van de projectleiders zegt er (helemaal) zeker van te zijn dat ook in de komende jaren – na afloop van het LDP – er inbreng zal zijn vanuit het cliëntperspectief. Slechts zes procent zegt hierover onzeker te zijn. Twintig procent kiest voor de antwoordcategorie 'neutraal' bij deze stelling.

#### *Betrokkenheid van AN*

In de eerste meting werd de grote betrokkenheid van AN als succesfactor onderscheiden. Uit de tweede meting komt naar voren dat de betrokkenheid van de AN-vertegenwoordigers ook na het afsluiten van het LDP-traject nog steeds erg hoog is. Zevenentachtig procent van de AN-vertegenwoordigers voelt zich voldoende tot goed geëquipeerd. Daarnaast voelt 68 procent zich volwaardig lid van het projectteam en gaat 76 procent van de AN-vertegenwoordigers naar alle of bijna alle vergaderingen. Een groot deel van de AN-vertegenwoordigers (64%) is reeds vanaf 2006 of eerder bij het LDP betrokken. De meeste AN-vertegenwoordigers geven aan nog langer aan te blijven. Twee derde (66%) van de AN-vertegenwoordigers zegt voldoende tot optimale inspraak te hebben bij (belangrijke) beslissingen. Een derde deel van de AN-vertegenwoordigers zegt matige tot onvoldoende inspraak te hebben. Hierin zien we dus een verschil tussen de regio's.

### *Cliëntperspectief in projecten*

In de eerste meting kwam naar voren dat in 84 procent van de regio's tot de keuze van de probleemvelden is gekomen door middel van cliëntpanels. Nu geeft 88 procent van de projectleiders aan dat de cliëntpanels het vertrekpunt hebben gevormd. Deze kleine stijging kan worden verklaard doordat een aantal regio's tijdens de eerste meting wellicht nog niet ver genoeg in het proces was. Bijna alle projectleiders (94%) zijn het (zeer) eens met de stelling dat cliëntorganisaties zoals AN structureel worden betrokken bij de verbeterprojecten van het LDP.

### **Ervaringen uit de pilotregio's**

In de pilotregio's zijn interviews gehouden met de projectleiders. De meeste van hen gaven aan (zeer) tevreden te zijn over de inspanningen en bijdragen die door de AN-vertegenwoordigers worden geleverd. Wel wordt in de interviews duidelijk dat het erg afhankelijk is van de personen. Vaak worden de AN-vertegenwoordigers waarover men enthousiast is, direct bij naam genoemd. Over de andere vertegenwoordigers laat men zich minder uit. Een aantal van de geïnterviewde regio's gaat verder met een projectteam ketenzorg dementie, al dan niet als koploperregio. Men geeft aan dat de AN-vertegenwoordigers ook hierbij betrokken zijn. Veel AN-vertegenwoordigers waren als uitvoerder betrokken bij de verbeterprojecten. In de loop van het LDP lijkt het alsof zij meer ingebed zijn geraakt in de structuur. In sommige pilotregio's wordt verteld dat ze een meer adviserende rol hebben gekregen en bijvoorbeeld zitting hebben in de stuurgroep en op bestuurlijk niveau meepraten.

Ook komt uit een aantal interviews met projectleiders naar voren dat men de cliëntpanels periodiek bijeen roept om het cliëntperspectief structureel in te bedden.

### **Conclusie structurele borging cliëntperspectief**

Het werken vanuit het cliëntperspectief is een zeer kenmerkend aspect van het LDP. Dit begint bij de veertien probleemvelden die aansluiten bij de taal van de dementiepatiënt en hun mantelzorger. Daarnaast is het voor waarschijnlijk alle betrokkenen een nieuw perspectief. In de rapportage van de eerste meting concluderen we dat de inbedding van dit nieuwe perspectief succesvol is verlopen: AN heeft een landelijke uitbreiding gekend en in alle regio's werkt men aan de hand van de veertien probleemvelden. Cliëntpanels vormen in bijna alle regio's het vertrekpunt en op basis hiervan worden de probleemvelden geselecteerd en de verbeterprojecten ontwikkeld.

In de tweede meting zien we dat wederom de normen worden gehaald. De inbedding van het cliëntperspectief is derhalve niet iets tijdelijks geweest maar kan worden gezien als structureel. Hierbij kan als een aanvullende verworvenheid worden gezien dat de AN-vertegenwoordigers ook worden geraadpleegd en betrokken bij vervolgstappen die na het LDP worden gezet in het kader van ketenzorg dementie. Dit succes wordt echter begrensd door de risico's die de

inzet van vrijwilligers (de AN-vertegenwoordigers) en de inzet van (vaak al overvraagde) mantelzorgers met zich meebrengen. In de eerste meting plaatsten we een aantal kanttekeningen bij de inbedding van het cliëntperspectief. Tijdens de pilotbezoeken vorig jaar gaf men aan dat het moeilijk is om mantelzorgers te mobiliseren voor cliëntpanels omdat dit juist een groep mensen is die al overvraagd is. Ook dit jaar werd hiervan melding gemaakt in de interviews met projectleiders. Daarnaast twijfelen projectleiders – terecht – aan de representativiteit van de oordelen van het panel. De structurele inbedding van het cliëntperspectief is een feit.

### 3.4 (Keten)samenwerking

Om de zorg- en dienstverlening voor dementiepatiënten te verbeteren, is binnen het LDP de (keten)samenwerking in de regio als focuspunt genomen. Voorafgaand aan het onderzoek hebben we wederom een aantal aspecten benoemd en daarbij normen gesteld om de (keten)samenwerking binnen het LDP in kaart te brengen. In deze paragraaf gaan we allereerst in op deze normen en beantwoorden we de vraag of binnen het LDP een succesvolle (keten)samenwerking is bewerkstelligd tot dusver.

#### Normen Ketensamenwerking

Allereerst presenteren we de score op de normen behorend bij de (keten)-samenwerking. De score op de normen is getoetst aan de webenquête van zowel de projectleiders als de AN-vertegenwoordigers, aangezien dit de landelijke bronnen zijn:

**Tabel 3.3 Normen ketensamenwerking**

|                                                                                                                                                      | T=1     | T=2     | Norm |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|------|
| <b>Structuur regionale projectgroep</b>                                                                                                              |         |         |      |
| 1) Heeft minstens 90% van de regio's een samenwerkingsverband waarin in ieder geval zitting nemen: de GGZ, thuiszorg, V&V, welzijn, huisarts, en AN? | Nee     | Nee     | Nee  |
| 2) Heeft minstens 50% van de regio's een stuurgroep?                                                                                                 | Ja, 74% | Ja, 77% | Ja   |
| 3) Hebben het regioteam, werkgroepen en stuurgroep minstens 1x per maand een bijeenkomst?                                                            | Ja      | (Nee)   | Ja   |

Vervolg tabel 3.3

|                                                                                                                                                                      | T=1                                                 | T=2                                                          | Norm |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------|
| <b>Oordeel samenwerking</b>                                                                                                                                          |                                                     |                                                              |      |
| 4) Oordeelt minstens 75% van de projectleiders positief over samenwerking (t=2)?                                                                                     | Ja, 89%                                             | Ja, 85%                                                      | Ja   |
| 5) Geeft minstens 50% van de vrijwilligers een voldoende aan samenwerking en afstemming (t=2)?                                                                       | Ja, 94%                                             | Ja, 86%                                                      | Ja   |
| 7) Oordeelt minstens 75% van zowel de bestuurders als regioteamleden positief over de samenwerking?                                                                  | Ja                                                  | Ja <sup>8</sup>                                              | Ja   |
| <b>Rol projectleider</b>                                                                                                                                             |                                                     |                                                              |      |
| 8) Oordeelt minstens 75% positief over de verschillende kwaliteiten van de projectleider?                                                                            | Nee, 70% oordeelt positief                          | Nee, 65%                                                     | Nee  |
| 9) Is de projectleider gemiddeld twee jaar betrokken?                                                                                                                | Nee                                                 | Nee                                                          | Nee  |
| 10) Is er bij vertrek van de projectleider sprake van goede overdracht?                                                                                              | Ja, in 54% van de gevallen                          | Ja, 58% van de gevallen                                      | Ja   |
| <b>Start en continuïteit LDP</b>                                                                                                                                     |                                                     |                                                              |      |
| 11) Geeft minstens 75% van de projectleiders en AN-vertegenwoordigers aan dat zij een realistisch beeld hadden van de bedoeling, kosten en het einddoel van het LDP? | Nee, 30% van de projectleiders en 51% van de AN'ers | Nee, 28% van de projectleiders en 60% van AN                 | Nee  |
| 12) Geeft minstens 50% van de deelnemende projecten aan resultaten te meten?                                                                                         | Ja, 53%                                             | Ja, 73%                                                      | Ja   |
| 13) Geeft minstens 75% van de deelnemende projecten aan te zoeken/te hebben gezocht naar een kosteneffectieve manier om resultaten te meten?                         | Nee, 21% geeft dit aan                              | Nee, 19%                                                     | Nee  |
| 14) Heeft minstens 90% van de regio's afspraken over financiering, taakverdeling en probleem-eigenaarschap in een document vastgelegd?                               | Nee, 57% heeft afspraken                            | Nee, 76% heeft afspraken 44% daarvan in vastgesteld document | Nee  |

### Toelichting Normentabel

#### *Regionale projectstructuur*

Uit de eerste meting kwam naar voren dat niet negentig procent van de samenwerkingsverbanden bestond uit de in de norm opgenomen partijen. De huisarts en het welzijnswerk was hierin ondervertegenwoordigd. In de tweede meting komt ditzelfde beeld naar voren. Er lijken sowieso een aantal verschuivingen te hebben plaatsgevonden in het regionale projectteam. In 79 procent van de regio's neemt een GGZ-instelling deel aan het regionale team en in 83 procent van de regio's neemt een V&V-instelling deel. In de eerste

<sup>8</sup> Bestuurders zijn alleen bevraagd in voorjaar van 2008, tussen t1 en t1 in.

meting scoorden beide typen instellingen honderd procent. In 86 procent van de regio's heeft een vertegenwoordiger van een cliëntorganisatie zitting in het regionale projectteam. In alle regio's zijn vertegenwoordigers van cliënt-organisaties betrokken bij de verbeterprojecten.

#### *Samenwerking*

In de eerste meting zagen we reeds dat men zeer positief is over de samenwerking binnen de regio. Dit positieve oordeel wordt ook ten tijde van de tweede meting gevelde: rond de 85 procent van zowel de projectleiders als de AN-vertegenwoordigers geeft de samenwerking een voldoende tot zeer goed. Hiermee wordt de norm ruimschoots gehaald.

#### *Rol projectleider*

De norm die is gesteld bij het oordeel over de projectleider wordt zowel in de eerste als tweede meting niet gehaald. Aan de AN-vertegenwoordigers is een aantal stellingen voorgelegd over verschillende kwaliteiten die een projectleider idealiter zou moeten hebben (Øvretveit: 2002).

Bij veel uitgevraagde kwaliteiten haalt de projectleider de norm wel. De AN-vertegenwoordigers zijn tevreden over hoe de projectleider de deelnemers motiveert (74%), hoe de projectleider een continue factor is (76%), hoe hij formele en informele kennisuitwisseling stimuleert (76%), hoe hij het belang van heldere doelen benadrukt (76%) en hoe hij de vergadering leidt (76%). De norm van 75 procent wordt echter niet gehaald als het gaat om kwaliteiten zoals het leren van resultaten (51%), het enthousiasmeren van regionale aanbieders (57%), het zorgen voor teambuilding (53%) en het benadrukken van het belang van resultaatmeting (54%). Net als in de eerste meting oordeelt het merendeel dus positief over de projectleider maar de norm van gemiddeld 75 procent over de gehele linie wordt niet gehaald.

#### *Start en continuïteit*

Vooraf hebben we gesteld dat 75 procent van de projectleiders en AN-vertegenwoordigers moet aangeven dat er een helder beeld bij aanvang was over de bedoeling, de kosten en de resultaten van het LDP. Deze norm werd ten tijde van de eerste meting niet gehaald en ook tijdens de tweede meting wordt hij niet gehaald. In de rapportage van de eerste meting zijn we op deze bevinding dieper ingegaan. Uit de interviews in de pilotregio's kwam toen duidelijk naar voren dat de regio's vooral zijn begonnen aan het LDP uit enthousiasme en uit grote betrokkenheid bij de problematiek. Als vooraf duidelijk was geweest wat de tijdsinvestering zou zijn en wat de kosten waren, dan is het denkbaar dat het resultaat was geweest dat er niet in een tijdsbestek van een jaar 57 regio's waren gestart. Duidelijkheid over kosten en de bedoeling werkt met andere woorden dus niet altijd in het voordeel van een succesvol project.

Het meten van resultaten is tussen de eerste en de tweede meting toegenomen. Gaf 53 procent van de regio's in de eerste meting aan dat er resultaten worden gemeten, in de tweede meting is dat 73 procent. Net als in de eerste meting geldt nog steeds dat niet bij alle projecten resultaten worden

gemeten. Vooral bij projecten waarin direct contact is met dementiepatiënten en hun mantelzorgers, is men bezig geweest met bijvoorbeeld een tevredenheidsmeting. Bij de overige projecten wordt over het algemeen niet nagegaan wat de resultaten zijn.

De norm betreffende het vastleggen van afspraken over financiering, taakverdeling en probleemeigenaarschap wordt zowel in de eerste als in de tweede meting niet gehaald. Wel zien we een grote stijging in het percentage. Ten tijde van de eerste meting had 57 procent afspraken vastgelegd. Ten tijde van de tweede meting was dit gestegen tot 76 procent.

### **Ervaringen uit de pilotregio's**

In de projectleidersenquête geeft 78 procent van de projectleiders aan dat zij er (helemaal) zeker van zijn dat de huidige verbeterprojecten ook in de toekomst zullen voortbestaan. Uit de interviews blijkt dat de verbeterprojecten indien mogelijk structureel zijn gemaakt. Hiermee bedoelen we dat bijvoorbeeld een informatiesteunpunt, een helpdesk en bijvoorbeeld het case-managementproject zijn ondergebracht bij een zorgaanbieder in de regio. Daarnaast zijn er verbeterprojecten zoals bijvoorbeeld een scholing aan verzorgenden over bejegening. Dit type projecten staat vaak nog voor het komende jaar een keer ingepland. Of het daarna nog een vervolg krijgt, wordt aan het eind van 2009 opnieuw bekeken. In een aantal regio's bestond voor het LDP al een samenwerkingsverband zoals bijvoorbeeld een Geriatrisch Netwerk. In deze regio's zien we dat de projectgroep LDP is opgeheven maar dat deze zelfde groep mensen nog wel periodiek samenkomt om het beleid betreffende ouderenzorg/dementiezorg te bepalen. In deze regio's is het LDP een project geweest dat door het netwerk is opgepakt. Van het LDP wordt in deze gevallen gezegd dat het als een katalysator heeft gewerkt. In de regio's waar nog geen samenwerkingsverband bestond, zien we dat ook na het afsluiten van de tranche het samenwerkingsverband blijft bestaan. Vaak zien deze samenwerkingsverbanden voor henzelf ook weer een nieuwe taak weggelegd.

### **Conclusie (keten)samenwerking**

#### *(Keten)samenwerking*

In deze rapportage – anders dan in de eerste rapportage – hebben we het woord keten tussen haakjes gezet. Dit doen we omdat eigenlijk op voorhand moet worden geconcludeerd dat er binnen de dementiezorg (nog) geen sprake is van ketensamenwerking. Ook de opzet van het LDP voorziet niet in samenwerking over de gehele keten. Bij de vertegenwoordiging van zorgaanbieders in de regionale projectgroep zagen we dat niet in negentig procent van de regio's de belangrijkste partijen waren vertegenwoordigd. Ook ten aanzien van de normen (keten)samenwerking concluderen we dat die als pittig kunnen worden aangemerkt. Er kan wel worden geconcludeerd dat de samenwerking binnen het LDP (zeer) goed verloopt.

### *Start en continuïteit*

In de eerste meting concluderen we reeds dat men in de regio's met een groot enthousiasme en betrokkenheid aan het LDP is begonnen. Het feit dat de norm betreffende het expliciete beeld vooraf van de bedoeling en kosten niet wordt gehaald, heeft eerder in het voordeel dan nadeel van het LDP gewerkt. Als vooraf duidelijk was gemaakt hoe groot de tijdsinvestering zou zijn, dan was men misschien niet gestart. Dit is een subjectieve ervaring van de betrokkenen. Het is belangrijk om te constateren dat in het algemeen de exacte tijdsinvestering niet is bijgehouden door projecten en hun medewerkers. We zien evenwel dat ook na het afsluiten van de tranche het samenwerkingsverband binnen een bepaalde regio blijft bestaan.

## 3.5 Verankering kwaliteitsverbetering

Het succes van het LDP wordt mede bepaald door de mate waarin het LDP en de kwaliteitsverbeteringen zijn verankerd in de regio's. Ook voor dit aspect van het project hebben we voorafgaand aan het onderzoek normen opgesteld. In deze paragraaf geven we wederom allereerst inzicht in de score van de normen. We besluiten deze paragraaf met de analyse en conclusies over de mate van verankering van de kwaliteitsverbeteringen in de regio's.

### **Normen verankering kwaliteitsverbetering**

In de tabel hieronder presenteren we de score van de normen rondom de verankering van kwaliteitsverbeteringen in de regio's.

**Tabel 3.4 Normen verankering kwaliteitsverbetering in de regio's**

|                                                                                                                                     | <b>T=1</b>                 | <b>T=2</b>      | <b>Norm</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------|-------------|
| 1) Heeft 75% van de regio's een meerjarenplan lopend tot 2010?                                                                      | <b>Nee, 7% van regio's</b> | <b>Nee, 69%</b> | <b>Nee</b>  |
| 2) Heeft 75% van de regio's een financiële paragraaf in het projectplan c.q. meerjarenplan waarin concrete bronnen en acties staan? | <b>Nee, 19%</b>            | <b>Nee, 41%</b> | <b>Nee</b>  |
| 3) Heeft 75% van de regio's een projectleider aangesteld en/of financiën vrijgemaakt tot 2010?                                      | <b>Nee, 5%</b>             | <b>Nee, 38%</b> | <b>Nee</b>  |
| 4) Heeft 100% van de regio's AN-vertegenwoordiging, ook in het werkplan van komende jaren opgenomen?                                | <b>Nee</b>                 | <b>Nee, 63%</b> | <b>Nee</b>  |
| 5) Staat in 75% van de regio's systematisch beschreven hoe de regio omgaat met het leren van fouten?                                | <b>Nee, 33%</b>            | <b>Nee, 25%</b> | <b>Nee</b>  |
| 6) Wordt in 50% van de regio's deze wijze gevolgd?                                                                                  | <b>Nee</b>                 | <b>Nee</b>      | <b>Nee</b>  |

### **Toelichting normentabel**

Eerder in dit hoofdstuk concludeerden we dat er binnen het LDP een kwaliteitsverbetering ten aanzien van de zorg- en dienstverlening tot stand is

gebracht. Over de mate van de kwaliteitsverbetering (wel of niet substantieel van aard) kunnen we op basis van het door ons verzamelde materiaal geen uitspraken doen. Uit de normentabel over verankering van de kwaliteitsverbeteringen komt duidelijk naar voren dat zowel in de eerste als tweede meting de normen niet worden gehaald. Wel zien we een grote stijging van de percentages. Tijdens de eerste meting gaf slechts zeven procent aan dat er een meerjarenplan tot 2010 was opgesteld. Tijdens de tweede meting zien we dat dit percentage is gestegen naar 69 procent.

De projectleiders laten zich positief uit over de toekomst. We zagen al dat 78 procent van de projectleiders er (helemaal) zeker van is dat de huidige verbeterprojecten blijven bestaan. Daarnaast zegt 53 procent van de projectleiders dat er nieuwe verbeterprojecten ontwikkeld zullen worden in de toekomst. In de eerste meting was dit 25 procent. Achtenzeventig procent van de projectleiders zegt dat het regionale samenwerkingsverband zal blijven bestaan in de toekomst. In de eerste meting was dit nog 41 procent. Wat vooral opvalt bij de beantwoording van deze vragen, is dat het overige deel van de projectleiders kiest voor het antwoord 'neutraal'. Slechts twee projectleiders geven naar aanleiding van de vragen over de toekomst aan dat ze onzeker zijn over het voortbestaan van de verbeterprojecten, het samenwerkingsverband en de ontwikkeling van nieuwe projecten.

### **Ervaringen uit de pilotregio's**

Uit de interviews met de projectleiders komt het volgende beeld naar voren: de verbeterprojecten zijn – voor zover mogelijk – structureel ingebed bij een zorgaanbieder. Bij een aantal regio's is men tussen de eerste en tweede meting nieuwe verbeterprojecten gestart. Ook maakt men er melding van dat de cliëntpanels opnieuw zijn geraadpleegd. In sommige regio's wil men dit periodiek blijven doen. De regio's die reeds een samenwerkingsverband voor ouderenzorg/dementiezorg hadden, zien het LDP als een project dat als een katalysator heeft gewerkt: het LDP heeft eigenlijk weer nieuw leven gebracht in het netwerk. In de regio's die nog geen netwerk hadden, is een resultaat van het LDP dat zij nu wel een platform hebben waarin wordt gesproken en wordt samengewerkt op het gebied van dementiezorg. In alle regio's die we hebben gesproken, is men op de één of andere manier bezig met ketenzorgprojecten. Sommige regio's geven aan koploperregio te zijn en andere geven aan dat zij zelf bezig zijn met het beleid of het bepalen van een visie op ketenzorg.

### **Conclusie verankering kwaliteitsverbetering**

We kunnen concluderen dat er binnen het LDP een kwaliteitsverbetering ten aanzien van de zorg- en dienstverlening tot stand is gebracht. Over de mate van de kwaliteitsverbetering (wel of niet substantieel van aard) kunnen we op basis van het door ons verzamelde materiaal geen uitspraken doen.

Op het eerste gezicht, de tabel met (ook hier pittige) normen van verankering aanschouwend, lijkt de conclusie voor de hand te liggen dat er binnen het LDP geen sprake is van verankering van kwaliteitsverbetering. Uit de percentages

en de interviews komt echter wel duidelijk naar voren dat men in de geest van het LDP het samenwerkingsverband voortzet. Het LDP wordt voornamelijk – en terecht – ervaren als een project dat door een bestaand netwerk is opgepakt of waarvoor een netwerk is geformeerd. We zien dat de regio's grotendeels overtuigd zijn van de voortgang van de projecten en het samenwerkingsverband. Deze zaken zijn echter niet in 75 procent van de regio's op schrift vastgelegd. Uit de interviews komt enerzijds naar voren dat men zaken per jaar vastlegt omdat men daarmee de subsidiecyclus volgt. Anderzijds geeft men aan mondelinge afspraken te hebben die ook als bindend worden ervaren. De bevindingen uit de interviews nuanceren de harde indicator van 75 procent. In het kader van de verankering van kwaliteitsverbetering is het van belang om te constateren dat verankering wel een thema was binnen het LDP maar dat dit vanaf de start niet een hele prominente rol in het programma heeft gehad. Verankering heeft gaandeweg steeds meer nadruk en invloed richting VWS en Zorgverzekeraars Nederland gekregen. We constateren wel dat er gevoelens van onmacht spelen om bestuurlijk draagvlak te verkrijgen om verankering van kwaliteitsverbetering mede tot stand te kunnen brengen.

### 3.6 Structuur LDP

Het landelijk kernteam is verantwoordelijk geweest voor de landelijke uitrol van het LDP. De doelstelling was de uitrol in 57 regio's. In de eerste meting is al duidelijk geworden dat dit doel is behaald.

Daarnaast had het kernteam de taak van projectmanager. Vanuit deze taak heeft het kernteam de regio's bij de opzet van het LDP geïnformeerd en ondersteund. Omdat er in verschillende regio's reeds samenwerkingsverbanden bestonden, is het de vraag in hoeverre het LDP heeft bijgedragen aan de doelen. Om dit te kunnen meten, gaan we na in hoeverre de partijen in het land zich ondersteund hebben gevoeld door het kernteam.

#### Normen landelijk structuur LDP

In de tabel hieronder presenteren we de score van de normen vastgesteld bij de landelijke structuur van het LDP:

**Tabel 3.5 Normen landelijke structuur LDP**

|                                                                                                                              | T=1 | T=2      | Norm |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------|------|
| 1) Oordeelt 75% van de projectleiders positief over de mate van ondersteuning c.q. vrijlating door het kernteam?             | Nee | Nee, 67% | Nee  |
| 2) Oordeelt 75% van de cliëntorganisaties positief over de mate van ondersteuning en vrijlating door het kernteam?           | Ja  | Ja, 85%  | Ja   |
| 4) Zijn in 57 regio's samenwerkingsverbanden aanwezig, of zijn er andere vormen van ondersteuning van het cliëntperspectief? | Ja  | Ja       | Ja   |
| 5) Zijn er 57 deelnemende regio's?                                                                                           | Ja  | Ja       | Ja   |

### **Toelichting normentabel**

In deze tabel wordt – net als in de eerste meting – de eerste norm niet gehaald. In de enquête wordt gevraagd hoe de projectleiding de totale ondersteuning die het regionale projectteam vanuit het LDP heeft ontvangen, beoordeelt. Op deze vraag antwoordt 67 procent (zeer) goed. Ruim een kwart (28%) oordeelt neutraal. Geen enkele projectleider geeft een negatief oordeel. Op de vraag of het kernteam de projectleiders voldoende heeft vrijgelaten, antwoordt 88 procent dat men voldoende is vrijgelaten. Dit laatste nuanceert het feit dat de norm niet is gehaald.

De overige normen worden net als in de eerste meting allemaal gehaald. Van de AN-vertegenwoordigers zegt 85 procent dat zij voldoende tot (zeer) goed worden ondersteund. De landelijke uitrol van 57 regio's werd reeds behaald tijdens de tussentijdse evaluatie uitgevoerd door ZonMw.

### **Ervaringen pilotregio's**

In de inleiding van deze paragraaf werpen we de vraag op of nu juist de structuur van het LDP heeft bijgedragen aan het behalen van de doelen. In de projectleidersenquête hebben we de vraag voorgelegd of de projectleiders menen dat er in hun regio op dit moment hetzelfde was bereikt ten aanzien van kwaliteitsverbeteringen in de dementiezorg als men niet had meegedaan aan het LDP. Hierop antwoordt 81 procent van de projectleiders 'nee'. De overige antwoorden dat zij dat niet weten. Geen enkele projectleider is van mening dat men hetzelfde had kunnen bereiken. In de interviews met de projectleiders hebben we gevraagd of men, wetende wat men nu weet, wederom aan het LDP zou beginnen. Iedereen antwoordde daarop volmondig 'ja'. Men geeft aan veel gehad te hebben aan het werkboek en de stappen die daarin voor de regio's zijn uitgezet. Daarnaast is men – net als ten tijde van de eerste meting – zeer te spreken over het nemen van het cliëntperspectief als uitgangspunt. Men geeft wel aan dat het veel tijd heeft gekost. Vooral heeft men het dan over de dagen die door het kernteam werden georganiseerd in Utrecht. Sommige projectleiders zien als knelpunt dat er geen financiering was vrijgemaakt voor de regio's zelf, maar wel voor landelijke partijen.

### **Conclusie landelijke structuur**

In de eerste meting was al duidelijk dat de taak van het kernteam, namelijk de landelijk uitrol, zeer succesvol en snel is verlopen. In de regio's is men te spreken over de wijze waarop het LDP is gestructureerd. Men heeft een goede houvast gehad aan het werkboek en is zeer positief over de filosofie achter het LDP. Het meest overtuigend hierin is waarschijnlijk de 81 procent van de regio's die aangeeft zonder het LDP nu niet op hetzelfde punt in de dementiezorg te staan.



## 4 KOSTEN EN BATEN LDP (LANDELIJK EN CASEMANAGEMENT)

### 4.1 Kosten en baten LDP op landelijk niveau

Het resultaat van het LDP op programmaniveau is het feit dat 57 regio's een samenwerkingsverband hebben opgericht en deel hebben genomen aan één van de vijf tranches. De landelijke uitrol is daarmee succesvol behaald. Het LDP-programma heeft gezorgd dat er een format is om de dementiezorg op de kaart te zetten en te verbeteren. Daarnaast wordt er in het land, in ieder geval door alle betrokkenen, op eenzelfde manier over dementiezorg gepraat en nagedacht, waarbij de probleemvelden als uniform uitgangspunt dienen. De introductie en inbedding van het cliëntperspectief kan hiermee als een direct en zeer belangrijk effect van het LDP worden beschouwd. Er kan worden geconcludeerd dat het resultaat op regionaal niveau is dat er onder de noemer van het LDP, met de cliënt als uitgangspunt, met behulp van de inzet van AN-vertegenwoordigers en een breed samengestelde projectgroep initiatieven zijn ontwikkeld om in de behoeften van dementiepatiënten te voorzien.

De kosten op het niveau van het programma zijn door ons in kaart gebracht. In de begroting over de jaren 2005 tot en met 2008 kost het landelijke projectbureau € 2.441.853,-. Dit bedrag is verdeeld over personele kosten (€ 1.597.376,-) en materiële kosten (€ 844.477,-). Het bedrag is ook te verdelen naar soorten activiteiten:

**Tabel 4.1 Verdeling kosten LPD naar activiteiten**

|                          |                      |
|--------------------------|----------------------|
| Intake                   | € 131.468,-          |
| Planvorming              | € 484.922,-          |
| Implementatie            | € 870.236,-          |
| Verankering              | € 96.742,-           |
| Landelijke ondersteuning | € 399.077,-          |
| <b>Totaal</b>            | <b>€ 2.441.853,-</b> |

\* Bron: Landelijk Dementie Programma werkplan 2006

Een beoordeling of de verhouding van deze kosten tot de gerealiseerde effecten van het LDP zoals beschreven bij vraag 1 evenwichtig of positief is, kunnen wij lastig maken omdat wij hiervoor geen referentiekader hebben. Is een subsidie van € 42.839,52,- per regio of € 11.853,65,- per verbeterproject veel of weinig? Wij neigen ernaar om te zeggen dat er een grote beweging tot stand is gebracht voor een relatief laag subsidiebedrag. Zeker als we in ogenschouw nemen dat er vanuit de deelnemende organisaties waarschijnlijk een equivalent van deze bedragen in (vrijwilligers)uren is ingezet in de LDP-projecten vanuit eigen middelen.

Bij het in kaart brengen van de kosten op regionaal en projectniveau hebben wij enige problemen ondervonden. Dit kwam deels omdat de kosten in het kader van het LDP niet precies werden bijgehouden of op een andere wijze werden geregistreerd en deels omdat de initiatieven in de regio's werden gefinancierd op basis van vastgestelde subsidiebedragen waar de kosten naartoe werden geschreven. Wij constateren een onmacht in het koppelen van de integrale kosten aan specifieke doelgroepen zoals personen met dementie. De kosten die wij konden achterhalen, zijn in wezen dan ook eendimensionaal transparant. Tot slot is kosteninformatie veelal gevoelige informatie die instellingen niet of niet snel willen prijsgeven uit angst voor het leveren van bedrijfsinformatie die hun concurrentie- dan wel onderhandelingspositie ten opzichte van collega-instellingen of zorgverzekeraars kan beïnvloeden.

In overleg met ZonMw en de begeleidingscommissie is gezien bovenstaande problematiek uiteindelijk besloten om de kosten en baten niet van alle producten/regio's in kaart te brengen, maar van één in het LDP veelvuldig uitgezet product: casemanagement.<sup>1</sup> Gezien voorgaande opmerkingen spreken wij daarom bij de kosten-batenberekening in vrij algemene termen om verschillende vormen van casemanagement met elkaar te kunnen verbinden en een aantal knelpunten te kunnen overstijgen. Deze kosten-batenanalyse moet daarom vooral worden gezien als globaal inzicht in kosten en opbrengsten.

## **4.2 Problemen van mantelzorgers van mensen met dementie**

Om de kosten en baten van casemanagement te kunnen duiden, besteden we in deze paragraaf eerst aandacht aan de problemen die mantelzorgers van mensen met dementie ondervinden. Er is in de afgelopen tien tot vijftien jaar regelmatig onderzoek gedaan naar de problemen van mantelzorgers van mensen met dementie. Diverse problemen komen in deze onderzoeken naar voren, variërend van het ontbreken van een aanspreekpunt, het gevoel hebben alles alleen te moeten doen tot aan de daarmee gepaard gaande fysieke en psychische belasting van de zorg voor de naaste (o.a. Duijnste 1996, 2002; Buijssen 1996, Bos, 2000; de Boer, 2005; Timmermans, 2003). In de LDP-monitor, uitgevoerd door het NIVEL<sup>2</sup>, zijn 984 mantelzorgers in Nederland bevraagd over de problemen die zij ervaren en de wensen voor extra ondersteuning die zij hebben. Uit de LDP-monitor komt naar voren dat 94 procent van de mantelzorgers van personen met dementie problemen ervaren. De probleemvelden opgesteld voorafgaand aan het LDP geven veertien gebieden aan waarop de mantelzorgers problemen ervaren. De

---

<sup>1</sup> Door deze keuze kunnen we echter de vraag over de verhouding van kosten tot effecten niet beantwoorden op het niveau van regio's en projecten.

<sup>2</sup> Factsheet 2, oktober 2007 'Problemen en wensen van mantelzorgers van mensen met dementie. Resultaten van de monitor van het Landelijk Dementieprogramma. NIVEL en Alzheimer Nederland'.

mantelzorgers is gevraagd of zij het probleemveld van belang vinden en of zij momenteel zelf problemen ervaren op het probleemveld. Aan de hand van deze vragen is er een top 3 samen te stellen van de probleemvelden waarop men problemen ervaart en die van het meeste belang worden geacht.

- Probleemveld 3: *Bang boos en in de war*. 75 procent van de mantelzorgers ervaart hierop problemen én geeft aan dit probleemveld relevant te vinden.
- Probleemveld 10: *Het wordt me te veel*. 61 procent ervaart dit als belangrijk én als probleem.
- Probleemveld 14: *Weerstand tegen opname*. 55 procent ervaart dit als belangrijk én als probleem.

Bij probleemveld 3 *Bang, boos en in de war* moet worden gedacht aan problemen die de mantelzorger ervaart doordat de persoon met dementie gedrags- en stemmingsproblemen heeft. Bij probleemveld 7 *Het wordt me te veel* gaat het om emotionele en fysieke belasting die kunnen ontstaan bij mantelzorgers. Probleemveld 14: *Weerstand tegen opname* spreekt eigenlijk voor zich: zowel de persoon met dementie als de mantelzorger verzetten zich tegen opname. De opname wordt uitgesteld of men zoekt alternatieve mogelijkheden.

Tien procent van de mantelzorgers van thuiswonende personen met dementie ontvangt geen enkele vorm van professionele hulp voor zijn/haar naaste, terwijl deze mantelzorgers bijna allemaal (98%) aangeven één of meer problemen te ervaren. Twee derde van de mantelzorgers (67%) heeft één of meer wensen voor (meer) professionele hulp. Ongeveer een derde van deze groep geeft aan advies te willen over hoe om te gaan als de persoon met dementie bang, boos of in de war is. Een kwart van de mantelzorgers van wie de persoon met dementie thuis woont, wil informatie over het zorg- en hulp-aanbod in de regio. Ongeveer een vijfde van deze groep (17%) wil dat professionele zorg- en hulpverleners samenwerken en de zorg beter afstemmen.

### 4.3 Verschijningsvormen casemanagement

Eén van de grootste behoeften van Alzheimerpatiënten en hun mantelzorgers is een 'vast aanspreekpunt' in de zorg. Dit vaste aanspreekpunt geeft de cliënt en de mantelzorger informatie over de ziekte en wat erbij komt kijken. Daarnaast beschikt het aanspreekpunt over informatie over het volledige aanbod in de regio. De klant krijgt hierdoor een overzicht van het aanbod en kan een gefundeerde keuze maken. Tegelijkertijd heeft hij een vertrouwd gezicht dat hem door de – moeilijke – fasen van het proces van een vorderende Alzheimer heen loodst. De mantelzorger heeft in het begin wellicht nog weinig behoefte aan zorg, maar dat kan veranderen in de loop van het proces. Dit vaste aanspreekpunt kan de mantelzorger ook voorbereiden op wat komt. Deze vorm van dienstverlening wordt veelal betiteld als

casemanagement. In het LDP worden ook andere titels voor hetzelfde type aanbod gehanteerd, zoals 'trajectbegeleider', 'casemanager', 'lid van een docteam', 'lid van team 290'.

Casemanagement bij dementie bestaat nog maar kort in Nederland. Het eerste project is gestart in 2000 en het aantal casemanagers en behandelde cliënten is klein (Ligthart, 2006). Er is in Nederland niet alleen een verscheidenheid in benaming van casemanagement maar er is ook een grote diversiteit te onderscheiden in inhoudelijke verschijningsvormen van casemanagement. Casemanagement kan smal worden opgevat als het vaste aanspreekpunt voor een persoon met dementie en zijn mantelzorger: een onafhankelijk persoon die de cliënt naast de diverse zorgverleners adviseert en bijstaat. De frequentie waarmee deze casemanager als vaste aanspreekpersoon cliënten bezoekt, hangt af van de behoeften van de klant en de ernst van zijn situatie. Sommige klanten worden wekelijks bezocht, anderen eens per drie maanden. Richtlijn is tien maal per jaar. Ook initieert een casemanager in het kader van optimalisatie van de trajectbegeleiding overleg tussen alle hulpverleners die te maken hebben met één klant. Casemanagement kan ook een brede invulling hebben: naast het bieden van een vast aanspreekpunt en coördinatie van informatie en overleg wordt bijvoorbeeld diagnostiek geboden en (intramurale) behandeling. Deze brede benadering heeft het karakter van een zorgprogramma dan wel ketenbenadering.

Talrijke pilotregio's van het LDP hebben 'casemanagement' opgenomen als project. Ook deze pilotregio's geven allen hun eigen invulling aan casemanagement. Bovendien verkeren de projecten casemanagement in een verschillend ontwikkelstadium. Sommige regio's sluiten aan bij bestaande trajecten en besluiten het bestaande casemanagement te verbeteren. Andere regio's lanceren voor het eerst een casemanager. Ook is de inhoud van het casemanagement heel verschillend. In grotere regio's is het casemanagement plus, waarbij interdisciplinair wordt gewerkt met onder andere artsen en psychologen in het team. In kleine regio's gaat het veelal over één persoon die cliënten bezoekt.

#### **4.4 Kosten casemanagement**

Bij het in kaart brengen van de kosten is een onderscheid gemaakt tussen de kosten voor ontwikkeling, kosten voor implementatie en kosten voor gebruik. Bovendien hebben wij twee vormen van casemanagement onderscheiden (kleinschalig danwel uitgebreid) en het ontwikkelstadium van het casemanagementproject in een bepaalde regio (starter danwel reeds bestaand project). Een gedetailleerde beschrijving van de diverse kosten van casemanagement is opgenomen in bijlage 4. Op hoofdlijnen kunnen de belangrijkste bevindingen als volgt worden geformuleerd. Voor de kleinschaligere opzet bestaan de

kosten van een casemanager voornamelijk uit de loonkosten van de casemanagers zelf: € 21,- per uur. De baten in termen van het aantal cliënten dat kan worden geholpen, hangen met name af van hoe goed een casemanager in staat is huisartsen vertrouwen te geven en in mindere mate met overige publiciteit. De pilots waarmee is gesproken schatten de maximale caseload voor kleinschalig casemanagement op ongeveer vijftig cliënten per fte. Uitgaande van deze loonkosten (wellicht zijn deze in andere regio's anders) betekent dit dat de loonkosten voor een casemanager ongeveer € 45.000,- per fte zijn. Hierbij komen – als de casemanager een bureau heeft – nog huurkosten van bijvoorbeeld (regio met kleinschalige opzet en starter) € 2000,- per jaar bij, telefoonkosten van bijvoorbeeld (regio met kleinschalige opzet en starter) € 500,- en reiskosten van bijvoorbeeld € 500,-. Dit betekent – met een kanttekening voor deze veronderstellingen – dat een casemanager € 48.000,- kost en daarvan ongeveer vijftig klanten kan helpen. Dit is een bedrag van ongeveer € 1000,- per klant per jaar. De grootschaligere aanpak kost meer. Hier zien we dat de kosten per klant tussen de € 1700,- en € 2900,- per klant per jaar liggen. Hiervoor krijgt de klant niet alleen casemanagement, maar ook bijvoorbeeld onderdelen van zijn behandeling.

## 4.5 Baten casemanagement

Naast een globaal inzicht in de kosten van verschillende typen casemanagement in verschillende stadia van ontwikkeling, geven we in deze paragraaf een globaal inzicht in de baten van casemanagement. Bij de baten maken we een onderscheid tussen baten op maatschappelijk niveau en op individueel niveau.

- I. Op maatschappelijk niveau levert casemanagement een bijdrage (baten) door het voorkomen van crisisopname en het uitstellen van een opname in een verpleeghuis. Kosten van crisis- dan wel verpleeghuisopname worden uitgespaard.
- II. Op individueel niveau poogt casemanagement een bijdrage te leveren aan een vermindering van de ervaren problemen zoals geen aanspreekpunt hebben, niet beschikken over informatie over zorgaanbod in de regio, overbelasting van mantelzorgers en het ontbreken van coördinatie tussen zorgverleners onderling.

Het in kaart brengen van de baten van casemanagement in het LDP is in wezen een gedachtenexercitie, want deze gegevens zijn niet vanaf het begin geregistreerd en voorhanden.

### **Ad I. Voorkomen van crisisopnamen en uitstellen opname verpleeghuis**

Regio A beoogde door ondersteuning van de trajectbegeleider crisisopnamen vaker te kunnen voorkomen en opname in een verpleeghuis uit te stellen. De ervaring van het halve jaar in regio A leert dat de mensen die worden bereikt, een beter idee krijgen van het aanbod en daardoor makkelijker gebruikmaken van het aanbod. Dit betekent dat zij zich beter kunnen voorbereiden op een

opname en er inderdaad bij de mensen die worden bereikt, minder snel sprake zal zijn van een crisisopname.

Of opname in een verpleeghuis kan worden uitgesteld, is nog niet duidelijk. Mensen worden bewust gemaakt van de mogelijkheden thuis (dagopvang et cetera) en zullen daarom dus wellicht minder snel overbelast worden en daardoor minder snel naar het verpleeghuis gaan. Tegelijkertijd is één van de doelen van een trajectbegeleider ook om mensen de weg naar het verpleeghuis makkelijker te maken. Hierdoor zouden mensen juist weer sneller dan voorheen de weg naar het verpleeghuis vinden.

## **Ad II. Bijdrage leveren aan verminderen van individueel ervaren problemen**

Via het vergelijken van een aantal vragen uit de vragenlijst 'Wensen en behoeften van mantelzorgers van mensen met dementie' op twee meetmomenten in de LDP-evaluatie, hopen wij een inzicht te kunnen geven in de individueel ervaren problemen van deelnemers aan casemanagementprojecten binnen het LDP.

Uit deel C van de vragenlijst is een aantal vragen gehaald die corresponderen met problemen waartoe casemanagement een oplossing poogt te zijn. De hypothese was dat er door het LDP meer aanbod en informatie in een regio aanwezig is waardoor mantelzorgers van mensen met dementie minder problemen ervaren. Dit zou kunnen worden gezien als baten van casemanagement. Uit tabel 4.16 blijkt dat de scores op alle geselecteerde indicatoren op t2 hoger zijn dan t1. Mantelzorgers in de diverse regio's hebben tijdens of na afloop van het LDP in hun regio meer wensen ten aanzien van meer ondersteuning dan voorafgaand aan het LDP. Dit lijkt erop te wijzen dat de problemen van cliënten ondanks de LDP-activiteiten groter zijn geworden. Dit is op zich logisch gezien de constatering die wij eerder in dit rapport deden dat de zorg voor dementerende ouderen altijd gezien dient te worden in de context van een verslechterende gezondheidssituatie. Een andere verklaring hiervoor kan zijn dat het LDP het bewustzijn van mantelzorgers vergroot en dat daarmee de vraag en wens naar ondersteuning door bijvoorbeeld casemanagement stijgt. In hoofdstuk 3 bleek uit de tabel 3.1 reeds eerder dat de door de mantelzorgers een toename van ondersteuning wordt ervaren. Wij zien dit eveneens als een belangrijke onderdeel van de baten van casemanagementprojecten binnen het LDP.

**Tabel 4.2 Scores t1 en t2 baten casemanagement**

| Vraag uit lijst AN Wensen en behoeften mantelzorgers van mensen met dementie               | Score op t1<br>(in % )<br>n=259 | Score op t2<br>(in % )<br>n=324 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Ik wil weten wat het zorg-/hulpaanbod is in de regio                                       | 18,4                            | 22,5                            |
| Ik wil dat iemand mijn gevoel wegneemt er alleen voor te staan in de zorg voor mijn naaste | 9,6                             | 14,2                            |
| Ik wil dat iemand soms de opvang, begeleiding en zorg voor mijn naaste van mij overneemt   | 10,8                            | 17,6                            |
| Ik wil dat zorg-/hulpverleners mij betrekken bij beslissingen                              | 8,8                             | 10,5                            |
| Ik wil dat één zorg-/hulpverlener de zorg coördineert                                      | 7,6                             | 8,6                             |
| Ik wil dat één zorg-/hulpverlener mij steunt en er voor mij is                             | 7,6                             | 11,1                            |
| Ik wil hulp, ondersteuning en begeleiding in plaats van opname van mijn naaste             | 5,2                             | 8,6                             |

## 4.6 Conclusies kosten en baten casemanagement

### *Conclusies over de kosten*

In bijlage 4 is een gedetailleerde beschrijving van de kostenberekening van diverse vormen van casemanagement opgenomen. De conclusies daarvan kort samengevat luiden als volgt: voor de kleinschaligere opzet bestaan de kosten van een casemanager voornamelijk uit de loonkosten van de casemanager zelf. De baten in termen van het aantal cliënten dat kan worden geholpen, hangen met name af van hoe goed een casemanager in staat is huisartsen vertrouwen te geven en in mindere mate met overige publiciteit. De gesproken pilots schatten de maximale caseload voor kleinschalig casemanagement op ongeveer vijftig cliënten per fte. Uitgaande van deze loonkosten (wellicht zijn deze in andere regio's anders) betekent dat de loonkosten voor een casemanager ongeveer € 45.000,- per fte zijn. Hierbij komen – als de casemanager een bureau heeft – nog (huur-, reis en telefoon)-kosten bij à € 3000,- per jaar bij. Dit betekent – met een kanttekening voor deze veronderstellingen – dat een casemanager € 48.000,- kost en daarvan ongeveer vijftig klanten kan helpen. Dit is een bedrag van ongeveer € 1000,- per klant. De grootschaligere aanpak kost meer. Hier zien we dat de kosten per cliënt tussen de € 1700,- en € 2900,- per cliënt liggen. Hiervoor krijgt de klant niet alleen casemanagement, maar ook bijvoorbeeld onderdelen van zijn behandeling.

### *Conclusies over de baten*

Een analyse van indicatoren van baten van casemanagement geeft geen duidelijkheid over de baten van casemanagement. Mantelzorgers in de diverse regio's hebben tijdens of na afloop van het LDP in hun regio meer wensen ten aanzien van meer ondersteuning dan voorafgaand aan het LDP. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat het LDP het bewustzijn van mantelzorgers vergroot en dat daarmee hun behoefte en wens naar ondersteuning door bijvoorbeeld casemanagement beter kunnen formuleren. Reeds eerder

gaven we aan dat de stijging van de zorgvraag van dementerende ouderen gezien het ziektebeeld dat gepaard gaat met verslechtering en achteruitgang, een gegeven is. Een grotere behoefte aan ondersteuning zien wij dan ook als een winstpunt van het LDP/ casemanagement omdat begeleiding een mogelijkheid vormt om een opname in een verpleeghuis te kunnen voorkomen.

## 5 BEANTWOORDING ONDERZOEKSVRAGEN EN NABESCHOUWING

In de voorgaande hoofdstukken stond de indicatorenset centraal. We hebben inzicht gegeven in welke indicatoren wel en niet zijn gehaald en dit toegelicht. In dit hoofdstuk beantwoorden we de onderzoeksvragen.

### 5.1 Onderzoeksvragen

Voorafgaand aan het onderzoek is een aantal onderzoeksvragen geformuleerd. Een deel van de onderzoeksvragen heeft betrekking op het effect en een ander deel van de onderzoeksvragen heeft betrekking op het verloop van het proces van het LDP.

#### EFFECT

1. Wat zijn de resultaten van het LDP op het niveau van programma, regio's/organisaties, project en cliënt/mantelzorger?
2. Hoe verhouden de bereikte resultaten zich tot de gestelde doelen van het LDP?
3. Wat zijn de kosten van het LDP op het niveau van het programma, de regio's/organisaties en project/cliënten. Hoe verhouden de kosten zich tot de effecten zoals bedoeld onder vraag 1?

#### PROCES

4. Hoe is het LDP procesmatig verlopen? Welke activiteiten en interventies zijn ondernomen door alle betrokken partijen? Wat ging er goed en minder goed op programmaniveau, regioniveau en project/cliëtniveau?
5. Wat zijn de cruciale succes- en faalfactoren binnen het LDP op het niveau van programma, regio/organisaties, project/cliënt/mantelzorger die kunnen worden meegenomen ten behoeve van vervolgimplementatie, nieuwe kwaliteitsverbeteringsprogramma's, instellingen, professionals en beleidsmakers?
6. Slaagt het LDP erin om duurzame verbeteringen aan te brengen? Hoe wordt er gezorgd voor verankering en borging van landelijke en regionale activiteiten op de korte en middellange termijn?

In paragraaf 5.2 beantwoorden we de vragen die betrekking hebben op het effect. In paragraaf 5.3 gaan we in op de vragen die het proces in kaart brengen.

## 5.2 Effect

### Onderzoeksvraag 1

*Wat zijn de resultaten van het LDP op het niveau van programma, regio's/organisaties, project en cliënt/mantelzorger?*

We beantwoorden deze vraag voor de verschillende niveaus afzonderlijk.

#### *Programma*

De indicatoren behorend bij 'Landelijke structuur LDP', zijn op één na allemaal behaald. Het resultaat op programmaniveau is dus het feit dat 57 regio's een samenwerkingsverband hebben opgericht en deel hebben genomen aan één van de vijf tranches. De landelijke uitrol is daarmee succesvol behaald. Het LDP-programma heeft gezorgd dat er een format is om de dementiezorg op de kaart te zetten en te verbeteren. Daarnaast wordt er in het land, in ieder geval door alle betrokkenen, op eenzelfde manier over dementiezorg gepraat en nagedacht, waarbij de probleemvelden als uniform uitgangspunt dienen. De veertien probleemvelden verwoorden letterlijk wat de cliënt als probleem ervaart. De introductie en inbedding van het cliëntperspectief kan hiermee als een direct en zeer belangrijk effect van het LDP worden beschouwd.

#### *Regionaal*

Op regionaal niveau is een belangrijk resultaat dat alle 57 regio's in het kader van het LDP erin zijn geslaagd om een breed opgezet samenwerkingsverband te continueren of aan te gaan (indicator III.1), waar men positief over oordeelt. In hoofdstuk 3 zagen we dat de betrokkenheid van een huisarts moeilijk is te verwezenlijken. Een verworvenheid van het LDP is, zoals gesteld, de inbedding van het cliëntperspectief door het werken met de probleemvelden, het ontwikkelen van projecten naar aanleiding van de geselecteerde probleemvelden en het werken met AN-vertegenwoordigers in de regionale teams en in de werkgroepen. Hoewel het centraal zetten van het cliëntperspectief nieuw is, volgen alle regio's de voorgeschreven werkwijze en wordt dus op regionaal niveau het cliëntperspectief als uitgangspunt genomen (indicator II.2). Daarnaast hebben alle regio's minstens drie verbeterprojecten geformuleerd en is het onze ervaring naar aanleiding van de pilotbezoeken dat men vervolgens daadwerkelijk aan de slag is gegaan. Soms gaat dit via de trial-and-error-methode en stelt men de werkwijze bij of ontwikkelt men een ander initiatief.

Er kan worden geconcludeerd dat het resultaat op regionaal niveau is dat er onder de noemer van het LDP, met de cliënt als uitgangspunt, initiatieven zijn ontwikkeld om in de behoeften van dementiepatiënten te voorzien. Tijdens de looptijd van het LDP zijn er in totaal 206 verbeterprojecten tot stand gebracht, hebben 177 vrijwilligers van AN hun medewerking verleend, en werd van cliënten feedback verkregen via honderd cliëntenpanels met meer dan zeshonderd deelnemers, 32 gebruikerspanels en zeventienhonderd ingevulde vragenlijsten in het kader van de LDP-monitor. Ook wordt in de regio's door

zowel de bestuurders als de projectleiders gemeld dat men door het LDP het netwerk heeft vergroot en beter op de hoogte is van elkaars werk rondom dementiezorg.

#### *Project*

De resultaten op projectniveau zijn op dit moment zichtbaar in de inspanningen die zijn geleverd en de producten die het LDP heeft opgeleverd. Hierbij moet worden gedacht aan een helpdesk die is ondergebracht is bij een zorgaanbieder, scholingsprotocollen die aangeboden worden aan casemanagers en verzorgenden van de thuiszorg, de komst van nieuwe alzheimer-café's en bijvoorbeeld een voorlichtingsdag die in het kader van de bejegening wordt gehouden voor professionals. Van de casemanagementprojecten zijn de inspanningen vaak het duidelijkst in beeld te krijgen, omdat men daar de caseload, het aantal casemanagers en soms de contacturen in beeld heeft.

#### *Clïënt*

De vraag over het effect van het LDP op de individuele cliënt/mantelzorger is lastig te beantwoorden. Enerzijds omdat het meten van directe cliënteffecten binnen de LDP-projecten zoals eerder aangegeven geen eerste prioriteit had. Anderzijds omdat het in een aantal gevallen te vroeg is om effecten op cliënten en hun mantelzorgers te meten. Effecten op het terrein van casemanagement bijvoorbeeld doen zich pas voor ná de anderhalf jaar looptijd van een LDP-project in een bepaalde regio.

Binnen de evaluatie van het LDP is een aantal normen geformuleerd ten aanzien van het hoofddoel substantiële verbetering van zorg- en dienstverlening. Om de verbetering te meten hebben we zowel aan cliëntorganisaties (waarover straks meer bij onderzoeksvraag 2) als aan cliënten/mantelzorgers gevraagd of zij verbeteringen ervaren. Deze ervaring is nog niet duidelijk aanwezig bij cliënten/mantelzorgers. 6,8 procent van de cliënten/mantelzorgers geeft bij de tweede meting aan minder problemen te ervaren en daarmee wordt de gestelde norm van 25 procent cliënten/mantelzorgers die minder problemen ervaren, niet gehaald. Een andere norm was dat ten minste vijftig procent van de cliënten/mantelzorgers tijdens de tweede meting zou aangeven voldoende ondersteuning te krijgen. Dit percentage wordt niet gehaald, maar we zien wel een stijging van 35,5 procent op t1 naar 43,5 procent op t2, dat aangeeft voldoende ondersteuning te ontvangen. Bovendien moet bij het interpreteren van de resultaten rekening worden gehouden met het feit dat de zorg voor dementerende ouderen altijd gezien dient te worden in de context van een verslechterende gezondheidssituatie. Het is een belangrijke bevinding dat er door betrokken mantelzorgers een toename wordt ervaren in de ondersteuning die zij ontvangen in de zorg voor hun dementerende naaste.

## Onderzoeksvraag 2

*Hoe verhouden de bereikte resultaten zich tot de gestelde doelen van het LDP?*

In het werkplan staat een tweeledige doelstelling omschreven van het LDP, te weten:

- De dienstverlening aan mensen met dementie en hun mantelzorgers is substantieel verbeterd.
- De invloed van deze cliënten is binnen de regio structureel ingebed.

De eerste doelstelling wordt behandeld in hoofdstuk 3, indicator I. Zoals eerder aangegeven constateren we dat de gestelde normen aan de zware kant zijn. Ten aanzien van de norm substantiële verbetering van zorg- en dienstverlening kan geen eenduidige conclusie worden getrokken omdat de scores op de geformuleerde normen een diffuus beeld laten zien. Eén indicator (zijn problemen zoals geselecteerd in regio opgelost?) wordt geheel gehaald, één indicator (ervaren cliënten/ mantelzorgers minder problemen?) wordt geheel niet gehaald en de ander (is zorgverlening in perceptie van cliëntorganisaties verbeterd?) wordt deels gehaald. Een uitspraak doen of het LDP een substantiële verbetering van zorg- en dienstverlening mogelijk heeft gemaakt, is daarmee moeilijk. Het meest waarschijnlijk is het om te concluderen dat de zorg- en dienstverlening door het LDP is verbeterd maar dat we geen uitspraken kunnen doen over de mate waarin, dat wil zeggen of de verandering wel of niet substantieel van aard is.

De beantwoording van de tweede doelstelling is aan bod geweest in hoofdstuk 3, indicator II. Daarin werd gesteld dat er sprake is van inbedding van het cliëntperspectief. De regio's volgen de werkwijze voorgesteld in het LDP-werkboek getrouw en zien de toegevoegde waarde van het cliëntperspectief. AN heeft een landelijke uitbreiding gekend en in alle regio's werkte men aan de hand van de veertien probleemvelden. Cliëntpanels vormden in bijna alle regio's het vertrekpunt en op basis hiervan werden de probleemvelden geselecteerd en de verbeterprojecten ontwikkeld. Hierbij kan als een aanvullende verworvenheid worden gezien dat de AN-vertegenwoordigers ook worden geraadpleegd en betrokken bij vervolgstappen die na het LDP worden gezet in het kader van ketenzorg dementie.

## Onderzoeksvraag 3

*Wat zijn de kosten van het LDP op het niveau van het programma, de regio's/organisaties en project/cliënten. Hoe verhouden de kosten zich tot de effecten zoals bedoeld onder vraag 1?*

De kosten op het niveau van het programma zijn door ons in kaart gebracht. In de begroting over de jaren 2005 tot en met 2008 kost het landelijke projectbureau € 2.441.853,-. Dit bedrag is verdeeld over personele kosten (€ 1.597.376,-) en materiële kosten (€ 844.477,-).

Een beoordeling of de verhouding van deze kosten tot de gerealiseerde effecten van het LDP zoals beschreven bij vraag 1 evenwichtig of positief is, kunnen wij lastig maken omdat wij hiervoor geen referentiekader hebben. Is een subsidie van € 42.839,52,- per regio of € 11.853,65,- per verbeterproject veel of weinig? Wij neigen ernaar om te zeggen dat er een grote beweging tot stand is gebracht voor een relatief laag subsidiebedrag. Zeker als we in ogenschouw nemen dat er vanuit de deelnemende organisaties waarschijnlijk een equivalent aan deze bedragen in (vrijwilligers)uren is ingezet in de LDP-projecten vanuit eigen middelen.

Bij het in kaart brengen van de kosten op de andere niveaus hebben wij enige problemen ondervonden. Deels omdat de kosten in het kader van het LDP niet precies werden bijgehouden of op een andere wijze werden geregistreerd, deels omdat de initiatieven in de regio's werden gefinancierd op basis van vastgestelde subsidiebedragen waar de kosten naartoe werden geschreven. Tot slot is kosteninformatie veelal gevoelige informatie die instellingen niet of niet snel willen prijsgeven uit angst voor het leveren van bedrijfsinformatie die hun concurrentie dan wel onderhandelingspositie ten opzichte van collega-instellingen of zorgverzekeraars kan beïnvloeden.

In overleg met ZonMw en de begeleidingscommissie is gezien bovenstaande problematiek uiteindelijk besloten om de kosten en baten niet van alle producten/regio's in kaart te brengen, maar van één in het LDP veelvuldig uitgezette product casemanagement.<sup>1</sup> Door de diversiteit van ontwikkelingsstadia, schaalgrootte en verschijningsvormen van casemanagement (van alleen vroegdiagnostiek tot en met de hele range van vroegdiagnostiek én begeleiding én behandeling) variëren de kosten eveneens sterk tussen € 900,- en € 2700,- per klant per jaar. Binnen de LDP-regio's waarin casemanagement als project heeft gelopen, zijn cliënten/mantelzorgers op twee momenten gevraagd naar de problemen die zij ervaren. De hypothese was dat een aantal problemen die juist kunnen worden opgelost door casemanagement, in de loop van het LDP door minder mensen als een probleem zouden worden ervaren. Mantelzorgers in de diverse regio's met casemanagement hebben echter tijdens of na afloop van het LDP in hun regio meer wensen ten aanzien van meer ondersteuning dan in de eerste fase van het LDP. Dit is op zich een logisch resultaat gezien het feit dat de zorg voor dementerende ouderen altijd gezien dient te worden in de context van een verslechterende gezondheidssituatie. Een verklaring zou daarnaast kunnen zijn dat het LDP het bewustzijn van mantelzorgers vergroot en dat zij de vraag en behoefte aan ondersteuning door bijvoorbeeld casemanagement beter kunnen benoemen.

---

<sup>1</sup> Door deze keuze kunnen we echter de vraag over de verhouding van kosten tot effecten niet beantwoorden op het niveau van regio's en projecten.

## 5.3 Proces

### Onderzoeksvraag 4

*Hoe is het LDP procesmatig verlopen? Welke activiteiten en interventies zijn ondernomen door alle betrokken partijen? Wat ging er goed en minder goed op programmaniveau, regioniveau en project/cliëntniveau?*

Ook deze vraag beantwoorden we per niveau.

#### *Programma*

Op landelijk niveau is, naast de positieve punten die hierboven aan bod zijn gekomen, een aantal knelpunten in het proces te onderscheiden. De oorzaak van deze knelpunten zien wij gelegen in de late definitieve rolverdeling tussen VWS, ZonMw, Vilans, AN en CBO en de late onderbrenging van het LDP bij het ZvB-programma. Vooraf hebben de partijen geen duidelijke afspraken kunnen maken over de wijze van aansturing, de projectstructuur en de wijze van verantwoording. Hierdoor werd het kernteam gaandeweg geconfronteerd met de aanstelling van een stuurgroep en – in hun ogen – de zeer grote vraag naar verantwoording. ZonMw werd op haar beurt geconfronteerd met een werkwijze die vooral gericht is op de praktijk en niet op het verantwoorden van behaalde resultaten, wat niet past binnen hun werkwijze. De stuurgroep werd geconfronteerd met een plan van aanpak dat reeds was vastgesteld en waarmee een start was gemaakt. Dit verlaat aan elkaar koppelen van partijen en rollen heeft in de aanloopfase voor het nodige onbegrip en wrevel geleid tussen de partijen onderling.

Een ander belangrijk punt waar wij in het begin van ons onderzoek tegen aanliepen is dat de doelstellingen van het LDP op een hoog en abstract niveau zijn geformuleerd. Daarnaast zijn de doelstellingen niet geoperationaliseerd: wat is een substantiële verbetering van de dementiezorg? Wanneer spreek je van een structurele inbedding van het cliëntperspectief? Wij hebben hierin in onze onderzoeksopzet voorzien door een indicatorenschema op te stellen. Er moet worden gesteld dat dit deels als mosterd na de maaltijd komt. Het kernteam ziet voor zichzelf de taak weggelegd van projectmanagementbureau en heeft als doel 57 regio's deel te laten nemen aan het LDP en hen te begeleiden in de stappen die in het LDP moeten worden genomen. Daarnaast heeft het kernteam de rol van adviseur voor de regio's. Kwaliteitsverbetering en (bestuurlijke) verankering die kunnen leiden tot substantiële en structurele verbeteringen waren niet direct bij de start opdrachten voor het kernteam.

Een ander knelpunt dat met het bovenstaande punt samenhangt, is dat er volgens de sleutelinformanten vanaf het begin te weinig aandacht is geweest voor het in kaart brengen van de effecten en voor bestuurlijke verankering. Dit was ook een belangrijke aanbeveling uit de tussenevaluatie (ZonMw, 2007). Omdat de landelijke uitrol van 57 regio's tijdig is gelukt, is het kernteam zich meer met het in kaart brengen van de effecten en de (bestuurlijke) verankering

gaan bezighouden. Het kernteam heeft in de zomer van 2007 een format ontwikkeld zodat de regio's beter de resultaten in beeld kunnen brengen. We komen op dit punt terug bij onderzoeksvraag 5.

### *Regionaal*

Procesmatig verloopt een aantal zaken goed in de regio. Men slaagt erin om brede samenwerkingsverbanden op te richten (indicator III.1). Hierin is en blijft echter wel de vertegenwoordiging van de gemeente en de huisarts moeilijk. In de loop van het LDP doen zich verschuivingen voor in het regionale projectteam. De deelname van GGZ- en V&V-instellingen loopt terug van honderd procent tijdens eerste meting naar rond de tachtig procent tijdens de tweede meting. In 86 procent van de regio's heeft een vertegenwoordiger van een cliëntorganisatie zitting in het regionale projectteam. In alle regio's zijn vertegenwoordigers van cliëntorganisaties betrokken bij de verbeterprojecten. Geconcludeerd moet worden dat er binnen de dementiezorg (nog) geen sprake is van ketensamenwerking. Ook de opzet van het LDP voorziet niet in samenwerking over de gehele keten. Bij de vertegenwoordiging van zorgaanbieders in de regionale projectgroep zagen we dat niet in negentig procent van de regio's de belangrijkste partijen waren vertegenwoordigd. Er kan wel worden geconcludeerd dat de samenwerking binnen het LDP met name op het niveau van de professionals in instellingen (zeer) goed is verlopen en dat AN in deze samenwerking een krachtige rol heeft gespeeld.

De projecten in de regio's worden ontwikkeld en vervolgens in gang gezet. Uit de behandeling in hoofdstuk 3 van indicator IV (verankering kwaliteitsverbetering) blijkt dat hieraan in het proces weinig aandacht is besteed: in de regio's is men uit betrokkenheid en enthousiasme begonnen. Men heeft in de meeste gevallen vooraf geen duidelijke afspraken gemaakt over de in te zetten menskracht in uren en de mogelijkheden voor financiers. Veelal zijn medewerkers van instellingen aangewezen om zitting te nemen in de LDP-projectgroep. Soms zijn zij hiervoor voor een aantal uur vrijgemaakt maar ook wordt in de regio's gemeld dat men het 'erbij' doet. Nadat men de tranche heeft doorlopen, gaat men nadenken over de toekomst en over de mogelijkheden tot financiering. Men heeft in de regio's niet direct bij aanvang van het LDP een meerjarenplan opgesteld. Wel zien we een grote stijging van de percentages. Tijdens de eerste meting gaf slechts zeven procent aan dat er een meerjarenplan tot 2010 was opgesteld. Tijdens de tweede meting zien we dat dit percentage is gestegen naar 69 procent.

Op het eerste gezicht, de tabel over normen van verankering aanschouwend, lijkt de conclusie voor de hand te liggen dat er binnen het LDP geen sprake is van schriftelijke danwel bestuurlijke verankering van kwaliteitsverbetering. Uit de percentages uit de normentabel en de interviews komt echter wel duidelijk naar voren dat men in de geest van het LDP het samenwerkingsverband in de praktijk voortzet. Het LDP wordt voornamelijk – en terecht – ervaren als een project dat door een bestaand netwerk is opgepakt of waarvoor een netwerk is geformeerd. We zien dat de regio's grotendeels overtuigd zijn van de

voortgang van de projecten en het samenwerkingsverband. Deze zaken zijn echter niet in het merendeel van de regio's op schrift vastgelegd, hetgeen wél als norm was geformuleerd. Uit de interviews komt enerzijds naar voren dat men zaken per jaar vastlegt omdat men daarmee de subsidiecyclus volgt. Anderzijds geeft men aan mondelinge afspraken te hebben die ook als bindend worden ervaren.

#### *Project/cliënt*

De projecten worden geformuleerd op basis van de probleemvelden die uit de panels met mantelzorgers zijn geselecteerd. In sommige gevallen was men in de regio al bezig met de ontwikkeling van een initiatief dat vervolgens bleek aan te sluiten bij een geselecteerd probleemveld. De vraag in hoeverre het project dan is toe te schrijven aan het LDP, is moeilijk te beantwoorden. Wat in het proces minder goed verloopt, is dat niet stelselmatig de resultaten in kaart worden gebracht. Van een aantal typen projecten is het ingewikkeld te meten wat de resultaten zijn, zoals bejegening en scholing, of bij een aantal projecten is het nog te vroeg om op dit moment structurele effecten te meten. Daarnaast heeft men op programmaniveau niet duidelijk omschreven wat een substantiële verbetering exact inhoudt. In de regio's heeft men bovendien vooraf niet altijd een realistisch beeld gehad van het bereik. Men kan daardoor gedurende het project slecht beoordelen of het aantal bellers naar de helpdesk of het aantal vragen bij het steunpunt nu laag of hoog moet worden genoemd. Wij komen op dit punt terug bij onderzoeksvraag 5.

#### **Onderzoeksvraag 5**

*Wat zijn de cruciale succes- en faalfactoren binnen het LDP op het niveau van programma, regio/organisaties, project/cliënt/mantelzorger die meegenomen kunnen worden ten behoeve van vervolimplementatie, nieuwe kwaliteitsverbeteringsprogramma's, instellingen, professionals en beleidsmakers?*

#### *Succesfactoren*

- Instrumentarium

Een grote succesfactor van het LDP is het werkboek en de werkwijze die voor het LDP zijn ontwikkeld. De stappen in het werkboek worden in de regio's trouw doorlopen en ook de projectorganisatie wordt aangehouden. Van het werkboek en de werkwijze kan daarom worden geconcludeerd dat ze de regio's een degelijk instrumentarium bieden. Het effect hiervan is dat er door middel van het LDP een uniforme manier van denken is ontstaan over dementiezorg en ook een uniforme manier van werken.

- Cliëntperspectief

Voortvloeiend uit bovenstaande succesfactor, geldt de inbedding van het cliëntperspectief als succesfactor. Het centraal zetten van dit perspectief is nieuw binnen de dementiezorg en begint bij de formulering van de veertien probleemvelden die vanuit het perspectief van de cliënt zijn verwoord. We zien het als een verworvenheid van het LDP dat het cliëntperspectief dusdanig is

verwoord en ingebed dat de cliënten zich erin herkennen en dat de zorgaanbieders/-verleners de begrippen omarmen. Er kan worden gesteld dat men elkaar vindt in de taal van het LDP.

- **Uitbreiding AN**

Om te zorgen dat het cliëntperspectief werd vertegenwoordigd in de regio's, is en wordt er door AN erg veel werk verricht. Zonder de uitbreiding die AN heeft bewerkstelligd, zou het cliëntperspectief niet op de schaal vertegenwoordigd zijn als nu het geval is. Het succes van het LDP heeft aan de emancipatie van AN bijdragen en er mede voor gezorgd dat AN een volwaardige gesprekspartner is bij besprekingen over beleidsmaatregelen op het terrein van dementiezorg (zie ook verderop in deze paragraaf).

- **Inzet en enthousiasme betrokkenen**

In de tussenevaluatie (ZonMw, 2007) werd reeds gesteld dat het LDP al succesvol was. De cruciale motor achter dit succes is zonder twijfel de betrokkenheid en inzet van de projectleiders, de leden van de werkgroepen en alle AN-vertegenwoordigers. In de regio's is en wordt erg veel werk verzet. De professionals deden dit er voor een deel 'bij', omdat het vooraf slecht in te schatten was voor hen hoeveel tijd iets kost. Voor de AN-vertegenwoordigers was al hun inzet vrijwillig. Het is duidelijk dat zonder al deze inzet, het LDP nergens zou zijn geweest.

#### *Faalfactoren*

- **LDP sterk afhankelijk van mensen**

Wat een grote kracht is, kan tegelijkertijd een zwakte zijn. Hiervoor stelden we dat een belangrijke succesfactor de inzet en betrokkenheid van de mensen is. Het is echter ook een gevaar dat het LDP sterk afhankelijk is van mensen. De projectleider speelt een cruciale rol binnen de regio, maar aan zijn profiel zijn vooraf geen eisen gesteld. De kwaliteiten die de projectleiders bezitten, verschillen per regio. Daarnaast vormt de grote inzet van de AN-vertegenwoordigers een gevaar. Op de vrijwilligers kan niet oneindig een beroep worden gedaan. De trekkers van de projecten hebben ook een cruciale rol. Als deze mensen een andere baan vinden of om een andere reden stoppen, is de kans groot dat het project stopt dan wel minder succesvol is.

- **Het meten van effecten**

Zowel in de tussenevaluatie als eerder bij de beantwoording van de onderzoeksvragen, kwam naar voren dat op dit moment in het LDP de effecten niet voldoende inzichtelijk zijn. Uit de interviews met de sleutelinformanten kwam naar voren dat er te weinig is gestuurd op het meten van effecten. Alhoewel dit als een weeffout in het LDP kan worden gezien, komen wij tot een andere conclusie.

In de regio's die wij hebben bezocht, is er wel degelijk aandacht voor het in kaart brengen van de effecten en het meten van resultaten. Dit geldt in ieder geval voor de projecten waar dementiepatiënten direct bij zijn betrokken. We concluderen echter dat het doen van onderzoek niet hoort te liggen bij de

uitvoerders van de projecten en wel om de volgende redenen: men is niet geschoold tot het doen van onderzoek, men heeft niet voldoende distantie om tot betrouwbare gegevens te komen en men moet de beschikbare tijd besteden aan het succesvol draaien van het project. In de gevallen dat er onderzoek was verricht, is de werkwijze methodologisch in sommige gevallen onvoldoende waardoor de gegevens onbetrouwbaar zijn.

- Verankering

Een ander punt dat in de tussen- en eindevaluatie werd genoemd en ook door de sleutelinformanten herhaaldelijk werd aangehaald, is dat er te weinig aandacht is (geweest) voor verankering van het LDP. Bij deze doelstellingen hebben we een aantal indicatoren opgesteld. Uit de normentabel over verankering van de kwaliteitsverbeteringen in hoofdstuk 3 komt duidelijk naar voren dat zowel in de eerste als in de tweede meting de normen niet worden gehaald. Wel zien we een grote stijging van de percentages. De vraag die moet worden beantwoord, is of het niet behalen van de gestelde normen nu een falen is van het LDP. Ons antwoord daarop is ontkennend. Het LDP is opgezet als een project: elke regio in een bepaalde tranche doorloopt het werkboek en daarmee de eerste cyclus. In de laatste fase komt – zoals in alle projecten – de verankering aan bod. Tijdens de bezoeken aan de regio, zagen we dat dit precies het stramien is dat wordt doorlopen. De regio's beginnen aan het LDP en bij ervaren succes en bij het zien van het belang denkt men bij het naderend afsluiten van de tranche na over de toekomst en dus ook over de wijze van verankering. Er had uiteraard voor kunnen worden gekozen om de verankering direct in het LDP te verweven: de regio's hadden zich dan bijvoorbeeld direct moeten committeren aan structurele financiering en commitment vanuit de verschillende zorgaanbieders. Aangezien de instap in het LDP op vrijwillige basis is verlopen, lijkt dit geen haalbare kaart en is het de vraag of de landelijke uitrol in 57 regio's in dat geval was gelukt. Door de verankering na afloop van het traject te plaatsen, moeten de positieve resultaten ervoor zorgen dat zorgaanbieders het belang van het LDP en van de projecten die gestart zijn onder het LDP dusdanig inzien, dat ze structureel worden ingebed.

- Externe beleidsmaatregelen

Externe beleidsmaatregelen kunnen de toekomst van het LDP positief en negatief beïnvloeden. Een gevaar dat op de loer ligt voor de voortgang binnen het LDP wordt gevormd door maatregelen die binnen de gezondheidszorg worden afgekondigd, zoals veranderingen binnen de AWBZ en marktwerking. In zowel de interviews met de projectleiders als met de bestuurders kwam naar voren dat men de samenwerking binnen het LDP haaks vond staan op de ontwikkelingen rondom marktwerking waarin concurrentie wordt voorgestaan tussen de verschillende marktpartijen. Een positieve ontwikkeling voor het LDP is het Programma Inkoop Dementieketens. In dit programma van AN, VWS en ZN gaan in 2009 koplopersregio's de inkoop van dementieketens regelen. Daarnaast wordt er door AN in samenspraak met ActiZ en VWS hard gewerkt aan structurele financiering van casemanagement. Tot slot kan het

NPO dat in de komende vier jaren loopt, een belangrijke bijdrage leveren aan verdere netwerkvorming op het terrein van ouderenzorg en het onderzoeken van welke zorg mensen met dementie het best helpt.

#### **Onderzoeksvraag 6**

*Slaagt het LDP erin om duurzame verbeteringen aan te brengen? Hoe wordt er gezorgd voor verankering en borging van landelijke en regionale activiteiten op de korte en middellange termijn?*

We kunnen concluderen dat er binnen het LDP een kwaliteitsverbetering ten aanzien van de zorg- en dienstverlening tot stand is gebracht. Over de mate van de kwaliteitsverbetering (wel of niet substantieel van aard) kunnen we op basis van het door ons verzamelde materiaal geen uitspraken doen. Op het eerste gezicht, de tabel over normen van verankering aanschouwend, lijkt de conclusie voor de hand te liggen dat er binnen het LDP geen sprake is van verankering van kwaliteitsverbetering. Uit de percentages en de interviews komt echter wel duidelijk naar voren dat men in de geest van het LDP het samenwerkingsverband voortzet. Het LDP wordt voornamelijk – en terecht – ervaren als een project dat door een bestaand netwerk is opgepakt of waarvoor een netwerk is geformeerd. We zien dat de regio's grotendeels overtuigd zijn van de voortgang van de projecten en het samenwerkingsverband. Deze zaken zijn echter niet in 75 procent van de regio's op schrift vastgelegd. Uit de interviews komt enerzijds naar voren dat men zaken per jaar vastlegt omdat men daarmee de subsidiecyclus volgt. Anderzijds geeft men aan mondelinge afspraken te hebben die ook als bindend worden ervaren. De bevindingen uit de interviews nuanceren de harde indicator van 75 procent.

Het werken vanuit het cliëntperspectief is een zeer kenmerkend aspect van het LDP. Dit begint bij de veertien probleemvelden die aansluiten bij de taal van de dementiepatiënt en hun mantelzorger. Daarnaast was het voor waarschijnlijk alle betrokkenen een nieuw perspectief. De inbedding van dit nieuwe perspectief is succesvol verlopen: AN heeft een landelijke uitbreiding gekend en in alle regio's werkt men aan de hand van de veertien probleemvelden. Cliëntpanels vormen in bijna alle regio's het vertrekpunt en op basis hiervan worden de probleemvelden geselecteerd en de verbeterprojecten ontwikkeld. De inbedding van het cliëntperspectief is niet iets tijdelijks geweest maar kan worden gezien als structureel. Hierbij kan als een aanvullende verworvenheid worden gezien dat de AN-vertegenwoordigers ook worden geraadpleegd en betrokken bij vervolgstappen die na het LDP worden gezet in het kader van ketenzorg dementie. De structurele inbedding van het cliëntperspectief is een feit.

Uit de interviews met de sleutelinformanten komt naar voren dat de aandacht voor landelijke en regionale borging niet vanaf het begin af aan op de agenda heeft gestaan en hierop niet voldoende is gestuurd. Niet vanuit ZonMw richting

het kernteam en niet vanuit het kernteam richting de regio's.<sup>2</sup> Wat we in de regio's op dit vlak tot nu toe zien gebeuren, is dat zij bij afsluiting van de tranche een beslissing nemen over de voortgang van de projecten, de projectgroep en eventueel nieuw te starten projecten. Daarna gaat men praten met bestuurders over financiering. De termijn waarover men dan praat verschilt. Sommige regio's richten zich op het subsidiejaar 2008, andere gaan uit van een langere termijn tot bijvoorbeeld 2012.

## 5.4 Nabeschuiving

Uit de beantwoording van de onderzoeksvragen blijkt dat het LDP een aantal duidelijke effecten heeft gehad en dat we redelijk positief gestemd zijn over de verankering van deze effecten op de (middel)lange termijn. Voor de vraag hoe het LDP procesmatig verlopen is, hebben we een aantal succes- en faalfactoren onderscheiden. De vraag die op deze plek interessant is om op in te gaan is of, en zo ja in welke mate, deze factoren nu geheel toe te schrijven zijn aan het LDP of dat ze eigen zijn aan implementatietrajecten in het algemeen.

De succesfactoren die we onderscheiden binnen het LDP zijn ons inziens eigen aan het LDP: de ontwikkeling van het instrumentarium, de succesvolle inbedding van het cliëntperspectief en de uitbreiding van AN. De grote inzet van de betrokkenen is een algemene succesfactor: elk project staat of valt met de inzet en betrokkenheid van de projectteamleden.

De faalfactoren die wij onderscheiden in het LDP zijn algemener van aard en niet slechts eigen aan het LDP.

### *Opgehangen aan personen*

De zwakte dat het LDP afhankelijk is van personen is een punt dat door de respondenten ook werd gezien in andere projecten. In één regio werd het voorbeeld gegeven van de Stroke Service die in die regio goed liep. Na een aantal wisselingen in de projectgroep was het succes tanende.

### *Metten van resultaten*

Het lijkt een logisch en zeer nobel streven om bij de ontwikkeling van een project direct het meten van resultaten in kaart te brengen. Onder onderzoeksvraag 5 stelden we echter dat onderzoek doen een professionele aanpak vereist en dat dit om verschillende redenen niet bij de uitvoerders van de projecten hoort te liggen. Beleidsambtenaren voeren in de regel ook geen onderzoek uit naar de effecten van nieuw beleid. Dit wordt doorgaans gedaan door rekenkamers en door onderzoek uit te besteden.

Wel zien we een verbeterpunt voor het LDP. In het LDP had vooraf duidelijker

---

<sup>2</sup> In de vergaderingen van de stuurgroep is het thema borging wel in een vroeg stadium op de agenda gekomen.

onderscheid kunnen worden gemaakt tussen prestatie-indicatoren en effect-indicatoren. Wij zien het als een taak van de uitvoerders van de projecten om vooraf duidelijke prestatie-indicatoren op te stellen en deze informatie ook bij te houden. We doelen hiermee op wie men wil bereiken, hoeveel men wil bereiken, hoe, en hoe vaak men de doelgroep wil bezoeken, scholen, voorlichten et cetera. Deze informatie moet vervolgens voor individuele bezoekers worden bijgehouden. Een onderzoeksbureau of een kenniscentrum van een instelling moet zich vervolgens buigen over de vraag in welke mate de projecten effect hebben gehad en daarvoor dus effectindicatoren opstellen.

### *Verankering*

Een laatste punt is de verankering. In het artikel 'Implementatie: de weg van de lange adem' wordt in gegaan op implementatietrajecten in de gezondheidszorg. In het stuk wordt gesteld dat er over het algemeen te naïef wordt gedacht over implementatietrajecten in de gezondheidszorg. Om een project echt te laten 'landen', moet volgens prof. dr. R. Grol een implementatietraject consistent gedurende langere tijd worden volgehouden. Een jaar is daarvoor niet genoeg.<sup>3</sup>

Koopmans en Schers gaan in hun artikel in Medisch Contact van maart 2008 in op de geriatrische netwerken die in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg worden opgericht. Al eerder, in 1996, stelde het ministerie van VWS het stimuleringsprogramma Geriatrische Netwerken in. Deze netwerken zijn geëvalueerd en de schrijvers brengen de conclusies van dit onderzoek in herinnering. De belangrijkste conclusie is dat netwerken geen duurzame oplossing bieden, tenzij hiervoor evidente aandacht is in een regio, er meer structurele overlegvormen ontstaan of er reguliere middelen komen om de zorg voor ouderen te financieren.<sup>4</sup>

De verankering is een aandachtspunt binnen het LDP en moet dat uiteraard blijven. Uit eerdere ervaringen met implementatietrajecten en met netwerken in de zorg komt naar voren dat er veel tijd voor nodig is. Daarnaast zijn belangrijke voorwaarden dat er sprake is van structurele inbedding en dat er financiering voor wordt vrijgemaakt. Naar alle verwachting vormt het LDP hierop geen uitzondering en zijn deze voorwaarden ook op het LDP van toepassing. Om verankering van de behaalde resultaten te borgen, is hiervoor – voordat het project LDP werd afgesloten – op landelijk niveau aandacht gekomen. Er is een aantal lopende initiatieven benoemd die verankering van LDP resultaten naar verwachting zullen borgen zoals Programma Inkoop Dementieketens, het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) en het streven naar structurele financiering van casemanagement. Bij de eerste twee initiatieven nemen we waar dat er sprake is van het integreren en verankeren van lessen uit het LDP. We denken hierbij onder andere aan de prominente plaats voor cliëntperspectief en AN, het aansluiten van koplopersregio's bij bestaande netwerken en het bieden van een duidelijke leidraad voor het

---

<sup>3</sup> Mediator (december 2006) 'Implementatie: de weg van de lange adem'.

<sup>4</sup> Medisch Contact (maart 2008) 'Heel de oudere'.

handelen. Bij de stap naar het NPO zien wij dat helaas niet op alle terreinen de lessen van het LDP voldoende of meteen vanaf de start van het NPO ter harte worden genomen. Bijvoorbeeld ten aanzien van het kiezen van een belangrijke focus in het programma, het aansluiten bij reeds opgebouwde ketens en op voorhand danwel vanaf de start een duidelijke sturing vanuit het cliëntenperspectief (Schumacher en Koning, 2008).

### **Tot slot**

Het LDP moet volgens ons worden gezien als een project dat als een katalysator heeft gewerkt: het LDP heeft nieuw leven gebracht in een reeds bestaand actief of slapend geriatrisch netwerk. In de regio's die nog geen netwerk hadden, is een resultaat van het LDP dat zij nu een platform hebben waarin wordt gesproken over en samengewerkt op het gebied van dementiezorg. In alle regio's die we hebben gesproken, gaat men op één of andere manier door met het LDP, weliswaar veelal onder een andere noemer. Afhankelijk van de eigen domeinen voegt men zich als projectgroep of regio bij een netwerk dat in het kader van het NPO wordt gevormd of worden projecten die zijn ontstaan binnen het LDP onder de vlag van een individuele instelling voortgezet. Beiden zijn het wegen die bewandeld kunnen worden in het streven naar verbetering van aanbod en zorgverlening voor de ouderen in onze samenleving.

## **BIJLAGEN**



## BIJLAGE 1

### Uitgewerkte onderzoeksvragen

#### EFFECT

1. Wat zijn de resultaten van het LDP op het niveau van programma, regio's/organisaties, project en cliënt/mantelzorger?
2. Hoe verhouden de bereikte resultaten zich tot de gestelde doelen van het LDP (verbetering zorg cliënt met dementie door regionale samenwerking, structurele regionale verankering cliëntrol, landelijke dekking en regierol ZonMw)?
3. Zijn er qua bereikte resultaten (aard/omvang participatie) verschillen tussen de betrokken branches/sectoren, en wat valt daaruit te concluderen voor verdere optimalisering van AWBZ-brede verbeteringen?
4. Wat zijn de kosten van het LDP op het niveau van het programma, de regio's/organisaties en project/cliënten. Hoe verhouden de kosten zich tot de effecten zoals bedoeld onder vraag 1?
5. Welke neveneffecten heeft het programma opgeleverd en voor wie?
6. Heeft er gedurende de projectperiode een duidelijke groei van de regionale afdelingen van AN plaatsgevonden om überhaupt aan deze rol te kunnen beginnen?
7. Slaagt het programma erin om de diverse aanbieders van zorg, welzijn, en wonen samen te binden om tot een regionaal samenhangend aanbod van zorg en begeleiding te komen vanuit het perspectief van het zorgpad van de cliënt? Zo ja, hoe? En zo nee, waarom niet?
8. Zijn er succesvolle combinaties van typen projecten aan te wijzen met de beste prijs-kwaliteitverhouding (grootste kwaliteitsverbetering op cliëntniveau tegen de laagste prijs)?

#### PROCES

9. Hoe is het LDP procesmatig verlopen?
10. Welke activiteiten en interventies zijn ondernomen door alle betrokken partijen (door deelnemende teams/instellingen, hoofdaannemers/onderaannemers en ZonMw (waaronder Stuurgroep en Adviesgroep) uitgevoerd tijdens de looptijd, verdeeld in voorbereiding, uitvoering en follow-upfasen?
11. Wat ging er goed en minder goed op programmaniveau, regioniveau en projectniveau?
12. Wat zijn de cruciale succes- en faalfactoren (inhoudelijk, organisatorisch en bestuurlijk/financieel) binnen het LDP op het niveau van programma, regio/organisaties, project/cliënt die kunnen worden meegenomen ten behoeve van vervolimplementatie, nieuwe kwaliteitsverbeteringsprogramma's, instellingen, professionals en beleidsmakers?
13. Lukt het om binnen het complexe krachtenveld de behoefte van de cliënt als primair vertrekpunt te nemen?

14. Kunnen regionale patiëntenverenigingen van AN met ondersteuning van hun landelijke koepel AN deze rol samen vervullen?
15. Slaagt het LDP erin duurzame verbeteringen aan te brengen? Hoe wordt er gezorgd voor verankering en borging van landelijke en regionale activiteiten op de korte en middellange termijn?

## BIJLAGE 2

### Literatuurlijst

- Aalst, I.C. van en R. Denis. *Het geheim van verbeteren: praat met cliënten en doe er iets mee: Het Landelijk Dementieprogramma creëert betrokkenheid*. November 2007.
- Boer, A.H. de, R. Schellingerhout en J.M. Timmermans. *Mantelzorg in getallen*. SCP: Den Haag, 2003.
- Boer, A.H. de. *Kijk op informele zorg*. SCP: Den Haag, 2005.
- Bos, G. Een helpende hand en een luisterend oor: TOP-zorg en het begeleiden van mantelzorgers. In: *Denkbeeld*, 2002, 14(1), 3-6.
- Buijssen, H. *De heldere eenvoud van dementie. Een gids voor familie*. Tred: Tilburg, 1999.
- Dementie*. Den Haag: Gezondheidsraad, maart 2002.
- Desain, E.J.P., A. Houkes, P. van den Bouwhuisen en C.C. Koning. *Eerste meting eindevaluatie Landelijke Dementie Programma: tussenrapportage*. RegioPlan Beleidsonderzoek Amsterdam, april 2008.
- Duijnste, M. *Het verhaal achter de feiten. Over de belasting van familieleden van dementerenden*. Intro: Baarn, 1996.
- Grol, R.T.P.M. Implementatie, de weg van de lange adem. *Mediator*, december 2006.
- Koopmans, R.T.C.M. en H.J. Schers. Heel de oudere. *Medisch Contact*, maart 2008.
- Ligthart, S.A. *Casemanagement bij dementie. Aanpak en effecten van casemanagement bij dementie. Een exploratieve studie in het kader van het Landelijke Dementieprogramma*. CBO. Utrecht, 26 september 2006.
- Meerveld, J., J. Schumacher, E. Krijger, R. Bal en H. Nies. *Landelijk Dementieprogramma. Werkboek*. Utrecht: NIZW, 2005.
- Mercken C. *Factsheet Expertisecentrum Dementie. Mantelzorg en dementie, een zorg op zich*. NIZW, Utrecht, 2005.
- Onderzoeksvoorstel ZonMw Evaluatie LDP*. Amsterdam: RegioPlan Beleidsonderzoek, december 2006.

Øvretveit J. P. Bate, P. Cleary, S. Cretin, D. Gustafson e.a. Quality collaboratives: lessons from research. In: *Quality & Safety in Healthcare*; 11: 345-351, 2002.

Øvretveit J. *Action evaluation of health programmes and change: a handbook for a user focused approach*. Oxford: Radcliff Medical Press, 2002.

Øvretveit, John and D. Gustafson. Evaluation of quality improvement programmes. *Quality & Safety in Healthcare* 11: 270-275, 2002.

Timmermans, J.M. red. *Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantelzorg*. SCP: Den Haag, 2003.

*Tussentijdse evaluatie LDP*. ZonMw, april 2007.

Schumacher, J. en C.C. Koning. *Nationaal Programma Ouderenzorg versus Landelijk Dementie Programma. Estafette of paralleltraject?* Vilans/ RegioPlan Beleidsonderzoek. Utrecht/Amsterdam, september 2008.

## BIJLAGE 3

### Definitieve indicatoren evaluatie LDP

In dit document geven we een beschrijving van de indicatoren ten behoeve van de evaluatie van het LDP.

#### Doel van het LDP

In het projectvoorstel van het LDP 'Deel II: De regio's aan zet' worden de volgende twee hoofddoelstellingen onderscheiden:

1. Substantiële verbetering van de dienstverlening aan mensen met dementie en hun mantelzorgers.
2. Structurele inbedding van de invloed van deze cliënten binnen de regio.

*De hoofddoelstellingen (I) worden gerealiseerd door een zorgaanbod...*

*...waarbij het cliëntperspectief centraal staat (II)*

Het LDP wil deze verbeterde dienstverlening echter niet zomaar uitrollen over de hoofden van de mensen om wie het gaat, maar wil dat deze verbeterde dienstverlening tot stand komt via vraagsturing. Zowel in de keuze van de problemen die worden opgepakt, als in de uitwerking van de oplossingen moet het cliëntperspectief centraal staan. De cliëntenorganisaties (m.n. AN) zijn daarom een actieve partij in overleg. Zij maken een wensenlijst en blijven controleren of het aanbod naar wens wordt en blijft.

*...in onderlinge samenwerking van de regionale aanbieders (III)*

Het LDP is ontwikkeld als hulpmiddel om regionaal een breed spectrum van aanbieders aan tafel te krijgen om hun activiteiten voor mensen met dementie onderling af te stemmen en waar nodig gerichte innovatie te bewerkstelligen. Het gaat erom dat de aanbieders samenwerken, zodat zij precies die hulp kunnen bieden waar cliënten en hun mantelzorgers het meest bij zijn gebaat. Hierbij is de verantwoordelijkheid voor het bieden van goede en voldoende zorg expliciet bij de regionale aanbieders gelegd.

*...waarbij kwaliteitsverbeteringen blijvend verankerd zijn in de regio. (IV)*

Het is expliciet niet de bedoeling dat de initiatieven stoppen nadat de tranche is afgelopen. Het doel is dat de regionale samenwerkingsverbanden en de invloed van de cliënt hierin, na afloop van het project op een blijvende manier verankerd zijn in de regio.

*...door middel van de landelijke implementatie van de LDP structuur (V)*

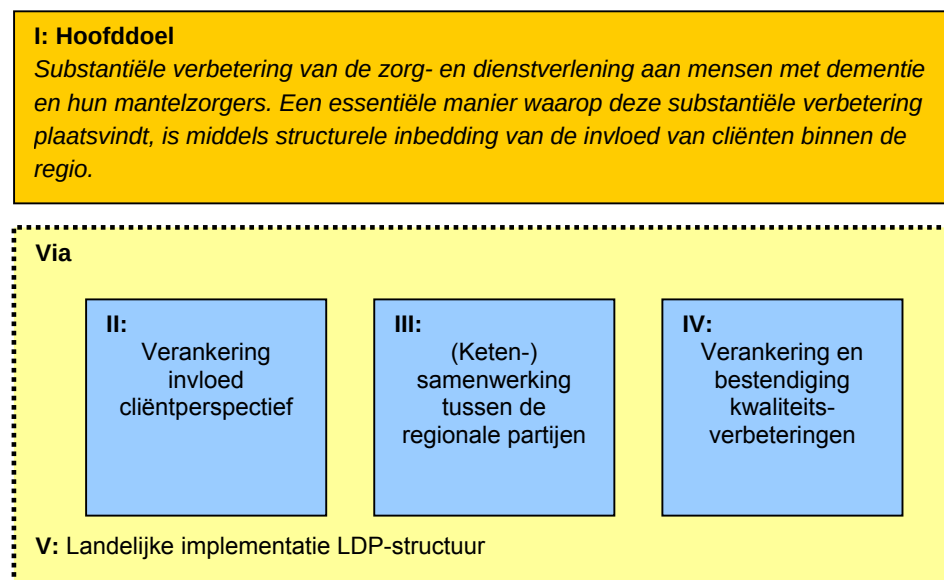
Ondersteunend bij het realiseren van bovenstaande subdoelen is de structuur van het LDP. Hiermee wordt bedoeld op de landelijk georganiseerde ondersteuning zoals de planning van de tranches, de kennisuitwisseling, het werkboek met de probleemvelden, de vijf fases bij de invoering, de advisering door de expertgroep, de diverse formats, et cetera. Op die manier wordt de

LDP-structuur beschouwd als het ‘vehikel’ waarmee de doelen worden behaald.

### Hoe gaan we dit meten?

In onderstaand figuur is het beschreven hoofddoel en de manieren waarop dit doel wordt gerealiseerd, visueel weergegeven in een analysekader. Binnen het LDP heeft de cliëntorganisatie (AN), in tegenstelling tot andere kwaliteitsverbeterprogramma’s, een bepalende rol in de projectuitvoering. In het schema is daarom het cliëntperspectief zowel bij het de beschrijving van het hoofddoel vermeld als bij de manier waarop het hoofddoel wordt gerealiseerd (via).

### Analysekader



Van ieder van de hierboven beschreven manieren waarop (II, III, IV en V) gaan we meten in hoeverre deze wegen zijn bewandeld. Dit willen we doen door indicatoren te meten en vervolgens na te gaan of deze indicatoren voldoen aan de norm. De indicatoren hebben betrekking op het *proces* of het *effect* van het LDP. De indicatoren uit tabel I en uit tabel II (punt 1, p. 56-58) hebben betrekking op de effecten. De punten 1 tot en met 3 uit tabel V (p. 62) hebben betrekking op het proces. In de tabellen staat aangegeven welke indicatoren we per onderdeel willen bekijken en welke normen we daarbij hanteren.

### Quality collaboratives

Het LDP als kwaliteitsverbeterprogramma kan worden beschouwd als een *quality collaborative*. De doelstelling is om aan de hand van de evaluatie uiteindelijk ook uitspraken te kunnen doen over in hoeverre het LDP, als *quality collaborative* een succesvolle methode is om kwaliteitsverbeteringen in de (ouderen)zorg te realiseren. Øvretveit (2002) geeft verschillende succesfactoren voor dit soort netwerken. Voorbeelden van succesfactoren zijn:

1. Partijen wisten van tevoren en onderwijl waar ze mee bezig waren.
2. De projectleider vervulde zijn rol goed.
3. De verankering was goed geregeld.

Hieronder worden ze een voor een behandeld (met voorstel voor inpassing in het analysekader):

- Ad1) Cruciaal volgens Øvretveit is dat partijen vanaf het begin een realistisch en duidelijk beeld hebben over waar ze aan beginnen, wat dat ze gaat kosten en waar ze naar toe willen. Daarnaast is het verloop van deze zaken gedurende het project voortdurend bekend:
- a. Iedereen heeft zijn wensen omtrent het project uitgesproken aan het begin.
  - b. Iedereen weet precies wat wiens taken en verantwoordelijkheden zijn.
  - c. Iedereen weet hoe wat hij doet bijdraagt aan het hogere doel.
  - d. Iedereen weet wat het groepsdoel is.
  - e. Iedereen weet vanaf het begin wat het zijn/haar organisatie gaat kosten in tijd en geld.
  - f. Binnen de organisaties is er gesproken tot op hoog niveau over wat het de organisatie gaat kosten en opleveren om deel te nemen aan het netwerk.
  - g. Vanaf het begin worden er resultaten gemeten.

Deze aspecten zijn het best inpasbaar bij het onderdeel ketensamenwerking (tabel III, punt 7 en 8, p. 59).

- Ad 2) Øvretveit benadrukt in zijn artikel ook de rol van de projectleider als planner en coacher. Deze aspecten zijn opgenomen in tabel III (punt 9, p. 59-60).

- Ad 3) Verankering is terug te vinden onder 'Verankering van kwaliteitsverbetering in de regio' (tabel IV, p. 61). Øvretveit wil dat de kennisontwikkeling zowel tijdens als na het project wordt verankerd. De verspreiding van goede voorbeelden en het leren van fouten tijdens het project zijn in tabel IV onder punt 5 opgenomen (p. 61).

### Toelichting tabel I: Substantiële verbetering zorg- en dienstverlening

De eerste tabel gaat over het doel 'Substantiële verbetering van de zorg- en dienstverlening'. De zorg- en dienstverlening is pas substantieel verbeterd als de cliënten ook ervaren dat dit zo is. Om dat te meten vragen we zowel cliëntenorganisaties (1), als cliënten/mantelzorgers zelf (2) of zij verbeteringen ervaren. Daarnaast gaan we – ter toetsing en verklaring van de antwoorden van de cliënten – na welke inspanningen er worden geleverd in de regio om de problemen op te lossen die de regio's aan het begin hebben geformuleerd (3).

| I. Hoofddoel: Substantiële verbetering van de zorg- en dienstverlening                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indicatoren                                                                                                                          | Normen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Bron                                                                                                                                                                                                                                  |
| 1 De zorg- en dienstverlening is verbeterd in de perceptie van de cliëntenorganisaties.                                              | <p>Cliëntenorganisaties nemen een substantiële positieve verandering waar t.a.v. de geselecteerde probleemvelden.</p> <p>Van de AN vertegenwoordigers:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>≥ 50% oordeelt voldoende over aanbod dienstverlening (t2);</li> <li>≥ 10% groei van oordeel voldoende (t2 vergeleken met t1);</li> <li>≥ 60% oordeelt positief over verandering (op t1 en op t2).</li> </ul>                                      | Webenquête regionale AN-vertegenwoordigers (T3,T4,T5)                                                                                                                                                                                 |
| 2 De cliënten/mantelzorgers ervaren minder problemen of hechten hier minder belang aan.                                              | <p>De score op de AN-lijst 'Wensen en behoeften van mantelzorgers van mensen met dementie' is verbeterd</p> <p>Van de cliënten ervaart:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>≥ 25% minder problemen;</li> <li>≥ 50% voldoende ondersteuning.</li> </ul>                                                                                                                                                                                       | <p>Uitkomsten per regio (NIVEL-bestand)/ AN-vragenlijst<sup>1</sup></p> <p>LDP-monitor</p>                                                                                                                                            |
| 3 De problemen zoals geselecteerd in de eerste regiobijeenkomsten zijn (deels) opgelost, of men is concreet bezig deze op te lossen. | <p>Er wordt gewerkt aan concrete oplossingen van de eerder geschetste problemen en de gekozen oplossingen lossen de problemen (deels) op.</p> <p>Van de regio's heeft:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>≥ 75% probleemvelden volgens vastgelegde LDP afspraken doorlopen.</li> </ul> <p>Van de AN vertegenwoordigers oordeelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>≥ 50% dat gekozen oplossingen de problemen oplossen.</li> </ul> | <p>Webenquête projectleiders en verdiepende interviews</p> <p>Voortgangsrapportages regio RRR's<sup>2</sup></p> <p>Jaarverslag LDP 2005, 2006</p> <p>Webenquête regionale AN-vertegenwoordigers</p> <p>Verslagen gebruikerspanels</p> |

<sup>1</sup> Van de AN-vragenlijst zijn de vragen uit onderdeel B ('Problemen die u kunt ervaren') en onderdeel C ('Uw wensen voor meer hulp') van toepassing.

<sup>2</sup> Regio Resultaat Rapportages.

## Toelichting tabel II: Structurele inbedding invloed cliëntperspectief

Om te meten of het doel 'Inbedding cliëntperspectief' is gehaald gaan we in eerste instantie na of de inbedding het cliëntperspectief op papier goed is geregeld. Dit kan echter op papier goed geregeld zijn, maar in praktijk minder. Daarom gaan we vervolgens na of de cliëntenorganisaties van mening zijn dat het cliëntperspectief voldoende is geborgd. Het kan echter zo zijn dat zowel op papier als in praktijk er een luisterend oor is voor cliënten, maar dat er te weinig vrijwilligers zijn om de stem van de cliënten te laten horen. Daarom meten we als derde of er voldoende vrijwilligers zijn om dit te realiseren.

| II. Via: Structurele inbedding cliëntperspectief                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indicator                                                                                                                                                   | Norm                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Bron                                                                                                                                                                                                    |
| 1 Het cliëntperspectief is nu goed geregeld en in de toekomst geborgd in de perceptie van de cliënten/mantelzorgers (men 'zit aan tafel', wordt betrokken). | Cliënten geven een positief oordeel over het cliëntperspectief<br><br>De cliënten:<br>≥ 50% oordeelt 'voldoende' (t2);<br>≥ 10% groei van oordeel voldoende (t2 vergeleken met t1);<br>≥ 60% oordeelt positief over verandering (op t1 en op t2).                                                 | Webenquête regionale AN-vertegenwoordigers<br>AN-vragenlijst<br>Verslagen cliëntpanels<br>LDP-monitor<br>Verslagen gebruikerpanels                                                                      |
| 2 AN (en evt. andere cliëntenorganisaties) worden structureel betrokken volgens de afspraken binnen het LDP.                                                | De afspraken zoals gemaakt in het LDP-werkplan en het werkboek belangenbehartiging worden gevolgd in iedere regio.<br><br>≥ 75% van de regio's heeft probleemvelden volgens vastgelegde LDP-afspraken doorlopen.                                                                                  | Cliëntpanels<br>Verslagen gebruikerspanels<br>Planning tranches<br>LDP-monitor<br>Regionale projectplannen<br>Tussenevaluatie<br>Interviews AN-vertegenwoordigers<br>Jaarverslag AN<br>Bezoek projecten |
| 3 Er zijn voldoende vrijwilligers om de stem van de cliënt te laten horen <sup>3</sup> (er wordt geluisterd).                                               | AN-Afdeling of een klankbordgroep van AN zijn in alle 57 regio's vertegenwoordigd, 2 goed geëquipeerde vrijwilligers <sup>4</sup> per regio en vrijwilligers blijven langer dan een jaar, de opkomst van cliëntenorganisaties is voldoende om hun belang te kunnen borgen (zijn actief aanwezig). | Regionale projectplannen, Tussenevaluatie<br>Webenquête regionale AN-vertegenwoordigers<br>Webenquête projectleiders                                                                                    |

<sup>3</sup> De uitbreiding van de AN-afdelingen loopt weliswaar via separate projectafspraken tussen het ministerie van VWS en AN, maar wordt wel als indicator opgenomen vanwege het belang binnen het totale LDP.

<sup>4</sup> Of AN-vertegenwoordigers.

| II. Via: Structurele inbedding cliëntperspectief |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |      |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Indicator                                        | Norm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Bron |
|                                                  | ≥ 75% van de AN-afdelingen heeft min. 2 vrijwilligers per afdeling.<br>De vrijwilligers:<br>≥ 75% voelt zich voldoende geëquipeerd;<br>≥ 50 % 1½ jaar vrijwilliger blijven/is reeds 1½ jaar vrijwilliger;<br>≥ 60% geeft oordeel dat er een actieve bijdrage wordt geleverd.<br>De projectleiders:<br>≥ 60% geeft oordeel dat er door vrijwilligers een actieve bijdrage (naar wens) wordt geleverd. |      |

### Toelichting tabel III Ketensamenwerking

Om te meten of de ketensamenwerking goed verloopt, gaan we eerst na of er voldoende relevante partijen betrokken zijn. Vervolgens gaan we na of deze partijen goede afspraken hebben gemaakt. En daarna kijken we of ze ook regelmatig aan de slag zijn conform deze afspraken. Als we dat proces in kaart hebben gebracht, vragen we de mening van de verschillende partijen over de samenwerking: de cliënten, de projectleiders en de aanbieders van zorg.

| III. Via: (Keten)samenwerking regionale partijen                             |                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indicator                                                                    | Norm                                                                                                                                                                                                                                                                          | Bron                                                                                                         |
| 1 Er is een breed palet aan partijen betrokken in de regionale samenwerking. | Aantal gerealiseerde samenwerkingsverbanden in de regio met in elk geval: GGZ, thuiszorg, V&V, welzijn, huisarts en AN (zie LDP-werkplan 2007).<br>≥ 90% van de regio's heeft een dergelijke samenwerking binnen het regioteam;<br>≥ 50% van de regio's heeft een stuurgroep. | Voortgangsrapportages regio's<br>RRR's<br>Jaarverslagen LDP<br>Bezoek projecten                              |
| 2 Er zijn goede afspraken gemaakt en deelname is niet vrijblijvend.          | Financiering en taakverdeling tussen de partijen is geregeld, er is een probleemeigenaar, er is een officieel document.<br>≥ 90% van de regio's heeft genoemde afspraken over de samenwerking vastgelegd.                                                                     | Voortgangsrapportages regio's<br>RRR's<br>Jaarverslagen LDP<br>Webenquête projectleiders<br>Bezoek projecten |
| 3 Partijen zijn regelmatig bezig samen aan de oplossingen                    | Aantal keer dat er kennisuitwisseling plaatsvindt en overleg over de uitkomsten.                                                                                                                                                                                              | Voortgangsrapportages regio's<br>RRR's                                                                       |

| III. Via: (Keten)samenwerking regionale partijen                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indicator                                                                                                                                       | Norm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Bron                                                                                            |
| te werken.                                                                                                                                      | ≥ 1 keer per maand hebben het regioteam, de werkgroepen en stuurgroep een bijeenkomst (separaat).                                                                                                                                                                                                                            | Jaarverslagen LDP<br>Webenquête projectleiders<br>Bezoek projecten                              |
| 4 De cliënten en vrijwilligers ervaren goede samenwerking en afstemming met ketenpartners (toetsingskader voor verantwoorde zorg).              | % cliënten en vrijwilligers dat positief oordeel geeft over communicatie met zorgprofessionals.<br>≥ 50% van de cliënten oordeelt 'voldoende'.<br>≥ 10% groei van oordeel voldoende (t2 vergeleken met t1).<br>≥ 50% van de vrijwilligers oordeelt 'voldoende'.<br>≥ 10% groei van oordeel voldoende (t2 vergeleken met t1). | Webenquête regionale AN-vertegenwoordigers<br>Bezoek projecten<br>AN-vragenlijst <sup>5</sup>   |
| 5 De projectleiders ervaren de samenwerking als constructief.                                                                                   | % projectleiders dat positief oordeel geeft over samenwerking.<br>≥ 75% van de projectleiders oordeelt positief over samenwerking (op t2).                                                                                                                                                                                   | Webenquête projectleiders en verdiepende interviews                                             |
| 6 De samenwerkingspartners ervaren de samenwerking als constructief.                                                                            | % bestuurders dat positief oordeel geeft over samenwerking.<br>% regioteams dat positief oordeel geeft over samenwerking.<br>≥ 75% van de bestuurders oordeelt positief over de samenwerking (op t2).<br>≥ 75% van de regioteamleden oordeelt positief over de samenwerking (op t2).                                         | Bezoek projecten<br>Webenquête projectleiders en verdiepende interviews                         |
| 7 De partijen wisten vanaf het begin waaraan ze begonnen.                                                                                       | 75% van de deelnemende partijen geeft aan dat zij vanaf het begin een realistisch en duidelijk beeld hebben waar ze aan beginnen, wat dat ze gaat kosten en waar ze naar toe willen (zie punten bij Ad 1, p. 55).                                                                                                            | Webenquête projectleiders<br>Webenquête regionale AN-vertegenwoordigers                         |
| 8 Vanaf het begin worden er resultaten gemeten en/of er wordt gezocht naar een kosteneffectieve manier om resultaten te meten.                  | 50% van de deelnemende projecten geeft resultaten te meten en 75% van de deelnemende projecten geeft aan te zoeken/gezocht te hebben naar een kosteneffectieve manier om resultaten te meten.                                                                                                                                | RRR's<br>Projectplan<br>Webenquête projectleiders<br>Webenquête regionale AN-vertegenwoordigers |
| 9 De projectleider coacht de partijen constructief:<br>- motiveerde de deelnemers;<br>- was een continue factor;<br>- gaf voldoende gelegenheid | 75% van de deelnemende partijen onderschrijft dit in grote lijnen, de projectleider was gemiddeld 2 jaar betrokken en indien er een wisseling van projectleiders was, is dit goed overgedragen in de ogen van de deelnemende partijen.                                                                                       | Webenquête projectleiders<br>Webenquête regionale AN-vertegenwoordigers                         |

<sup>5</sup> Van de AN-vragenlijst zijn de vragen over miscommunicatie van toepassing (B: vraag 27 en 28 en C: vraag bij: 'Miscommunicatie met hulpverleners').

### III. Via: (Keten)samenwerking regionale partijen

| Indicator                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Norm | Bron |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| voor zowel formele als informele kennisuitwisseling;<br>- benadrukte het belang van heldere doelen en het meten ervan;<br>- zorgde ervoor dat iedereen bij iedere bijeenkomst (ook nieuwe deelnemers) wist wat zij kwamen doen;<br>- zorgde voor teambuilding;<br>- zorgde voor voldoende tijd voor informele en formele kennisuitwisseling;<br>- leerde van geboekte (non)resultaten;<br>- plande zorgvuldig het hele traject. |      |      |

#### Toelichting tabel IV: Verankering

Om te meten of de regionale samenwerkingsverbanden (met cliëntperspectief) voldoende zijn verankerd, gaan we na of er concrete plannen op papier staan, of de financiering is geborgd, of er iemand verantwoordelijk is voor de continuïteit en of de cliënten structureel aan tafel zitten (dat wil zeggen invloed kunnen uitoefenen).

| IV. Via: Verankering van kwaliteitsverbeteringen in de regio                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indicator                                                                                                                                                                             | Norm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Bron                                                                                                                                                            |
| 1 Er zijn voldoende initiatieven om de continuïteit van de samenwerking op lange termijn te borgen.                                                                                   | Samenwerkingspartners hebben concrete plannen tot continuering voor de komende jaren op papier staan (bestuurders, regiotteams, stuurgroep regio).<br><br>≥ 75% van de regio's heeft een meerjarenplan lopend tot 2010                                                                                                                                         | Webenquête projectleiders en verdiepende interviews<br>Voortgangsrapportages regio's<br>RRR's<br>Webenquête regionale AN-vertegenwoordigers<br>Bezoek projecten |
| 2 Er zijn voldoende initiatieven om de financiering voor de komende jaren te borgen.                                                                                                  | Er bestaan concrete plannen (op papier) over structurele financiering vanuit de regio (al dan niet afkomstig vanuit landelijk kaders).<br><br>≥ 75% van de regio's heeft een financiële paragraaf in het projectplan c.q. meerjarenplan waarin concrete financieringsbronnen en lopende acties worden benoemd.                                                 | Webenquête projectleiders en verdiepende interviews<br>RRR's<br>Voortgangsrapportages regio's<br>Webenquête regionale AN-vertegenwoordigers<br>Bezoek projecten |
| 3 Er is een persoon of organisatie verantwoordelijk voor de continuïteit van het LDP in de regio.                                                                                     | Er is door de samenwerkende partijen een duidelijk herkenbare trekker/probleemeigenaar in de regio benoemd die van plan is de komende jaren te blijven of anders een opvolger te zoeken.<br><br>≥ 75% van de regio's heeft een projectleider tot 2010 aangesteld en/of heeft in de financiële paragraaf voorzien in de kosten voor een projectleider tot 2010. | Webenquête projectleiders en verdiepende interviews<br>RRR's<br>Voortgangsrapportages regio's<br>Webenquête regionale AN-vertegenwoordigers<br>Bezoek projecten |
| 4 AN zit structureel aan tafel (als personificatie van het cliëntperspectief).                                                                                                        | AN heeft in alle regio's vertegenwoordiging en hun (grote) rol is opgenomen in het werkplan voor de komende jaren of er zijn andere vormen van cliëntondersteuning opgezet.<br><br>Dit moet in 100% van de regio's het geval zijn.                                                                                                                             | RRR's<br>Voortgangsrapportages regio's<br>Webenquête regionale AN-vertegenwoordigers                                                                            |
| 5 Het project heeft een systematische manier gevonden om van fouten en kennis te leren tijdens het project en goede praktijken zowel in de regio, als buiten de regio te verspreiden. | In 75% van de regio's staat er een systematische manier op papier waarop de regio omgaat met het leren van fouten en kennisverspreiding. Deze manier wordt in 50% van de regio's ook daadwerkelijk gevolgd.                                                                                                                                                    | RRR's<br>Webenquête projectleiders<br>Webenquête regionale AN-vertegenwoordigers<br>Projectplannen<br>Voortgangsrapportages regio's                             |

### Toelichting tabel V: Structuur LDP op landelijk niveau

In hoeverre heeft het LDP bijgedragen aan alle bovengenoemde doelen? In sommige regio's was immers al sprake van een verband (met daarin betrokken: cliëntorganisaties en regionale aanbieders). Om dit te meten gaan we na in hoeverre projectleiders zich ondersteund voelen door het LDP.

| V. Subdoel: Structuur LDP op landelijk niveau |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                         |                                                                             |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
|                                               | Indicator                                                                                                                                           | Norm                                                                                                                                                    | Bron                                                                        |
| 1                                             | Projectleiders voelen zich voldoende ondersteund (inhoudelijk, methodisch, bestuurlijk/financieel) en vrijgelaten door kernteam en adviseurs.       | 75% van de projectleiders geeft een positief oordeel.                                                                                                   | Webenquête projectleiders en verdiepende interviews                         |
| 2                                             | Cliëntenorganisaties voelen zich voldoende ondersteund (inhoudelijk, methodisch, bestuurlijk/financieel) en vrijgelaten door kernteam en adviseurs. | 75% van de cliëntenorganisaties geeft een positief oordeel.                                                                                             | Webenquête cliënten                                                         |
| 4                                             | Er zijn meer regio's waar samenwerkingsverbanden zijn en waar deze er al waren, zijn ze versterkt (en/of is het cliëntperspectief ingebracht).      | in 57 van de regio's zijn samenwerkingsverbanden aanwezig, dan wel versterkt of zijn andere vormen van ondersteuning van het cliëntperspectief opgezet. | Jaarverslagen LDP<br>Interviews landelijke stakeholders<br>Bezoek projecten |
| 5                                             | Landelijke dekking van het LDP.                                                                                                                     | Er zijn 57 deelnemende regio's.                                                                                                                         | Jaarverslagen LDP<br>Interviews landelijke stakeholders                     |

## BIJLAGE 4

### Hoeveel kost een casemanager?

De kosten voor het aanstellen van één of meerdere casemanagers/ trajectbegeleiders kunnen worden verdeeld in drie soorten kosten:

- a) ontwikkelen;
- b) implementeren;
- c) gebruik.

Voor het eventueel overnemen van een idee is het belangrijk deze drie kostensoorten uit elkaar te halen, omdat de ontwikkelings- en implementatiekosten heel verschillend kunnen zijn per regio. Wie al een ontwikkeld plan heeft liggen of makkelijk kan overnemen, spaart deze kosten uit. Bovendien zijn dit eenmalige kosten.

#### Ad a. Kosten ontwikkelen methodiek

We beginnen met de ontwikkelingskosten van casemanager/trajectbegeleider. Hierin zitten alle vergaderkosten die te maken hebben met het ontwerpen van het idee, het vaststellen van het functieprofiel, het bedenken van een goede vorm voor het trajectmanagement in de specifieke regio. We gebruiken hier gegevens van vijf bestaande pilotregio's. Vanwege de gevoeligheid van de informatie noemen we deze pilots A tot en met E.

In regio A bestond nog geen casemanagement en is een werkgroep 'trajectbegeleider' acht maal twee uur bijeen geweest. De werkgroep bestond uit drie personen. Stel dat we uitgaan van loonkosten van € 30,- per uur<sup>1</sup> voor werkgroepleden, dan betekent het dat in deze regio het ontwikkelen van het concept 'trajectbegeleider' acht bijeenkomsten maal twee uren maal drie personen maal € 30,- = € 1.440,- heeft gekost. Onderstaande tabel illustreert dit.

**Tabel B4.1 Kosten ontwikkeling methodiek 'trajectbegeleider' in regio A (starter, 23 cliënten beperkte variant van casemanagement)**

|                                                  |                  |
|--------------------------------------------------|------------------|
| Bijdrage projectleider                           | Onbekend         |
| Aantal bijeenkomsten werkgroep                   | 8 x              |
| Aantal personen werkgroep                        | 2 personen       |
| Aantal uren bijeenkomst                          | 3 uren           |
| Loonkosten per uur (schatting)                   | € 30,- per uur   |
| <b>Totaal (exclusief bijdrage projectleider)</b> | <b>€ 1.440,-</b> |

<sup>1</sup> Regio C schat de loonkosten van werkgroepleden in op € 30,- per uur. Daarom nemen we dit bedrag ook bij de andere regio's als rekenloon.

In regio B bestond eveneens nog geen casemanagement en heeft de ontwikkeling en omschrijving van de functie trajectbegeleider twee werkgroepleden een uur in de week gekost gedurende tien maanden. Dit betekent dat zij ongeveer 43 weken een uur hebben besteed aan het project. Dit is tegen de geschatte loonkosten per uur van € 30,- een bedrag van twee personen maal één uur maal 43 weken maal € 30,- = € 2.580,-.

**Tabel B4.2 Kosten ontwikkeling methodiek 'trajectbegeleider' in regio B (starter, 25 cliënten en beperkte variant van casemanagement)**

|                                                  |                  |
|--------------------------------------------------|------------------|
| Bijdrage projectleider                           | Onbekend         |
| Aantal uren per week                             | 1 uur per week   |
| Aantal personen werkgroep                        | 2 personen       |
| Aantal weken aan gewerkt                         | 43 weken         |
| Loonkosten per uur (schatting)                   | € 30,- per uur   |
| <b>Totaal (exclusief bijdrage projectleider)</b> | <b>€ 2.580,-</b> |

In regio C bestond ook nog geen vorm van casemanagement en deze regio geeft aan dat de deelnemende organisaties aan ontwikkelkosten voor casemanagement 360 uur hebben besteed. In deze regio hebben de medewerkers aan projectgroepen hun uren geschreven. Het uurtarief dat was afgesproken voor medewerkers van de werkgroep was € 30,-. Dit betekent dat de ontwikkeling van de methodiek 'casemanagement' in regio C 360 uren maal € 30,- = € 10.800,- heeft gekost. De projectleider heeft ook uren op het project 'casemanagement' geschreven. Deze uren zijn niet verdeeld naar ontwikkeling, implementatie en gebruik, maar het is te verwachten dat deze kosten met name in de eerste fasen nodig zijn. Zodra de casemanagers eenmaal hun werk doen, heeft de projectleider er minder werk aan. We hebben alle uren van de projectleider op casemanagement onder ontwikkelkosten geschaard. De projectleider heeft veertig uren geschreven tegen een afgesproken tarief van € 44,-.

**Tabel B4.3 Kosten ontwikkeling methodiek 'casemanagement' in regio C (starter, 60 cliënten en beperkte variant van casemanagement)**

|                                                   |                   |
|---------------------------------------------------|-------------------|
| Bijdrage projectleider hele traject (40 x € 44,-) | € 1.760,-         |
| Aantal uren in totaal over alle projectgroepleden | 360 uren          |
| Loonkosten per uur                                | € 30 per uur      |
| <b>Totaal</b>                                     | <b>€ 12.560,-</b> |

De grotere regio's D en E bestaan al langer en hebben daarom de methodiek al langer geleden uitgewerkt. Voor deze regio's zijn daarom de ontwikkelkosten niet opgenomen.

Concluderend valt alleen al uit deze vijf pilots te zien dat de ontwikkelkosten sterk uiteenlopen tussen de regio's. Deze kosten zijn sterk afhankelijk van wat er al voorhanden was voordat men begon en de snelheid en het ambitieniveau van de werkgroep. Ook valt op dat de pilot waarbij men de kosten het

nauwkeurigst in kaart bracht (iedereen schreef uren tegen een vastgesteld tarief), deze kosten het hoogst uitvallen. Dit zou kunnen betekenen dat de andere pilots hun eigen kosten wellicht onderschatten.

#### Ad b. Kosten implementeren methodiek

Het implementeren van de methodiek betekent dat het plan is gemaakt, maar dat er beginkosten moeten worden gemaakt om te kunnen starten. In dit geval zijn dat wervingskosten van een trajectbegeleider, aanschaf van een telefoon, training van de trajectbegeleider en pr-kosten van folders en posters.

**Tabel B4.4 Kosten implementatie methodiek 'trajectbegeleider' in regio A (starter, 23 cliënten beperkte variant van casemanagement)**

|                                      |                  |
|--------------------------------------|------------------|
| Werven trajectbegeleider             | Was niet nodig   |
| Training trajectbegeleider           | Was niet nodig   |
| Conceptontwikkeling folder en poster | € 320,-          |
| Vormgeving folder en poster          | € 800,-          |
| Opmaak folder en poster              | € 320,-          |
| Drukkosten folder en poster          | € 4.000,-        |
| Aanschaf telefoon                    | € 200,-          |
| <b>Totaal</b>                        | <b>€ 5.640,-</b> |

Wat betreft implementatie van het traject vallen in regio A enkele bijzonderheden op. Ten eerste heeft regio A er niet voor gekozen de casemanager te trainen. Dit komt omdat zij een kandidaat hadden gevonden die veel ervaring had met casemanagement en de ziekte van Alzheimer. Bovendien beschikte zij over een eigen netwerk in de regio en veel eigen ideeën over hoe het trajectmanagement kon worden vormgegeven. Een tweede opvallend punt aan deze regio was dat deze casemanager al deel van de projectgroep was en dus niet geworven hoefde te worden.

De trajectbegeleider heeft vervolgens klanten uit het eigen netwerk gehaald en heeft haar netwerk uitgebreid door bezoeken af te leggen aan huisartsen en andere hulpverleners. Daarnaast is er een folder uitgegaan met informatie over dementie waarop de naam en het telefoonnummer van de trajectbegeleider zijn afgedrukt. De kosten van de folder en posters zijn daarom als kosten om de methodiek te ontwikkelen en in te bedden meegenomen.

In regio B is er een werkconferentie gehouden en een folder gedrukt om de trajectbegeleiders op de kaart te zetten. In regio B is er wel sprake van begeleiding en coaching van de trajectbegeleiders.

**Tabel B4.5 Kosten implementatie methodiek 'trajectbegeleider' in regio B (starter, 25 cliënten en beperkte variant van casemanagement)**

|                                                               |                  |
|---------------------------------------------------------------|------------------|
| Werven trajectbegeleider                                      | Onbekend         |
| Training trajectbegeleider (50 uren coach + 'overige kosten') | € 3.000,-        |
| Lesmateriaal en huur lesruimtes                               |                  |
| Kosten folder en overige pr                                   | € 2.500,-        |
| Aanschaf telefoon                                             | n.v.t.           |
| <b>Totaal</b>                                                 | <b>€ 5.500,-</b> |

In regio C worden de casemanagers ook getraind. Dit wordt gedaan door één persoon die hierop veertig uur heeft geschreven. Haar afgesproken tarief is € 38,-. Dit betekent een kostenpost van € 1.520,-. Daarnaast is er nog € 500,- voor lesmateriaal en huur lesruimte gerekend.

**Tabel B4.6 Kosten implementatie methodiek 'trajectbegeleider' in regio C (starter, 60 cliënten en beperkte variant van casemanagement)**

|                                       |                                                                                                         |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Werven casemanagers                   | Deelnemende organisaties moesten leveren                                                                |
| Training casemanagers (40 uur € 38,-) | € 1.520,-                                                                                               |
| Lesmateriaal en huur lesruimtes       | € 500,-                                                                                                 |
| Kosten folders en posters             | Er is geen speciale folder voor casemanagement in Regio C (wel een nieuwsbrief, maar deze is algemener) |
| Aanschaf telefoon                     | n.v.t.                                                                                                  |
| <b>Totaal</b>                         | <b>€ 2.020,-</b>                                                                                        |

In regio D bestond reeds op grote schaal een vorm van casemanagement en heeft in het kader van het LDP een training plaatsgevonden van de casemanagers. In regio E zijn recent geen implementatiekosten gemaakt.

**Tabel B4.7 Kosten implementatie methodiek 'trajectbegeleider' in regio D (bestaande vorm van casemanagement, 1000 cliënten en uitgebreide variant)**

|                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| Training casemanagers | € 20.000,-        |
| <b>Totaal</b>         | <b>€ 20.000,-</b> |

#### **Ad c. Kosten gebruik methodiek**

Er zijn zoals hiervoor reeds beschreven verschillende soorten (breed, smal, mono en multidisciplinair) casemanagement aangetroffen in de LDP-pilotregio's. Uiteraard verschillen de kosten sterk tussen deze verschillende vormen van casemanagement.

### *Aanspreekpunt*

Er zijn regio's die casemanagement niet opvatten als een extra persoon die cliënten bezoekt, maar een vast aanspreekpersoon binnen een organisatie, als de client daar op de mat staat. Als de pr voor dit soort casemanagers dan ook nog in de bestaande nieuwsbrief wordt meegenomen, zijn er geen extra kosten voor een dergelijke vorm van casemanagement. De nieuwe casemanager doet zijn oude werk. Het enige verschil is dat hij aan een vaste cliënt wordt gekoppeld.

### *Kleinschalige opzet casemanagement*

Daarnaast is er de kleinschalige opzet van het casemanagement. Regio's die hiervoor hebben gekozen, hebben één of enkele casemanagers in dienst die een netwerk van klanten bezoeken, hen helpen met het helder maken van het aanbod in de regio en de zorg organiseren die de klant nodig heeft. De regio's A, B en C hebben gekozen voor deze opzet. De kosten van het gebruik van de casemanager bestaan in een kleinschalige opzet voornamelijk uit loonkosten. Daarnaast zijn er kosten van de huur van een ruimte – indien de casemanager een kantoor heeft van waaruit hij/zij werkt en een telefoonabonnement.

Een voorbeeld van soortgelijk kleinschalig casemanagement is regio A. Loonkosten zijn hierbij de grootste kostenpost. Daarnaast zijn er nog de kosten voor de huur van een ruimte en telefoonkosten. Dit betekent dat regio A een casemanager voor 24 uur per week een jaar lang kan aanstellen voor € 29.040,-.

**Tabel B4.8 Kosten gebruik methodiek 'trajectbegeleider' in regio A  
(starter, 23 cliënten beperkte variant van casemanagement)**

|                                                              |                   |
|--------------------------------------------------------------|-------------------|
| Telefoonabonnement (jaarbasis)                               | € 682,-           |
| Reiskosten                                                   | onbekend          |
| Huur ruimte (jaarbasis)                                      | € 2.000,-         |
| Loonkosten trajectbegeleider (jaar, 24 uur per week, € 21,-) | € 26.208,-        |
| <b>Totaal (exclusief reiskosten)</b>                         | <b>€ 29.040,-</b> |

In regio A had de casemanager na een half jaar een caseload van 23 klanten die zij regelmatig bezoekt. De trajectbegeleider zelf geeft aan nog niet goed te weten hoeveel klanten zij in totaal aan kan. Op dit moment kunnen er echter volgens haar inschatting prima klanten bij. Zij is dan ook nog volop nieuwe klanten aan het werven.

Dit betekent dat de uitvoeringskosten voor de trajectbegeleider per klant in regio A ongeveer € 1260,- kost.

**Tabel B4.9 Kosten per cliënt gebruik methodiek 'trajectbegeleider' in regio A**

|                                                 |                 |
|-------------------------------------------------|-----------------|
| Kosten                                          | € 29.040,-      |
| Gemiddeld aantal cliënten in caseload           | 23              |
| <b>Kosten per client (exclusief reiskosten)</b> | <b>€ 1262,-</b> |

Ook regio B is een voorbeeld van een kleinschalige opzet. In regio B wordt een inschatting gemaakt van de loonkosten van trajectbegeleiders van € 25.000,- per jaar. Hiervan kunnen zij twintig tot dertig cliënten in hun bestand hebben. Dit bestand wordt bediend door meerdere trajectbegeleiders die in totaal 1 fte hieraan werken.

**Tabel B4.10 Kosten gebruik methodiek 'trajectbegeleider' in regio B (starter, 25 cliënten beperkte variant van casemanagement)**

|                                                    |                   |
|----------------------------------------------------|-------------------|
| Telefoonabonnement (jaarbasis)                     | Onbekend          |
| Reiskosten                                         | € 500,-           |
| Huur ruimte (jaarbasis)                            | Onbekend          |
| Loonkosten trajectbegeleiders (1 fte op jaarbasis) | € 25.000,-        |
| <b>Totaal (exclusief telefoon en ruimte)</b>       | <b>€ 25.500,-</b> |

Dit betekent dat de uitvoeringskosten per klant in regio B ongeveer  $\text{€ } 25.500,- / 25 = \text{€ } 1.020,-$  zijn, afgezien van huur van een ruimte en telefoongebruik.

**Tabel B4.11 Kosten per cliënt gebruik methodiek 'trajectbegeleider' in regio B**

|                                                         |                  |
|---------------------------------------------------------|------------------|
| Kosten                                                  | € 25.500,-       |
| Gemiddeld aantal cliënten in caseload                   | 25               |
| <b>Kosten per client (exclusief ruimte en telefoon)</b> | <b>€ 1.020,-</b> |

In regio C worden de instellingen geacht zelf deels de uitvoeringskosten van het trajectmanagement te dragen. Zij krijgen een vergoeding van € 900,- per casemanager. Als we uitgaan van het tarief van casemanagers uit regio A (€ 21,-) betekent dit dat zij ongeveer 43 uur per jaar kunnen werken van deze vergoeding. Er zijn zes casemanagers die allen tien klanten onder hun hoede hebben.

**Tabel B4.12 Kosten gebruik methodiek 'trajectbegeleider' in regio C (starter, 60 cliënten en beperkte variant van casemanagement)**

|                                                                                                     |                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Telefoonabonnement (jaarbasis)                                                                      | Onbekend                         |
| Reiskosten                                                                                          | Onbekend                         |
| Huur ruimte (jaarbasis)                                                                             | Onbekend                         |
| Loonkosten trajectbegeleiders (6 personen, ieder € 900,- per jaar voor een onduidelijk aantal uren) | € 5.400,-                        |
| Investering van de organisaties zelf                                                                | Onbekend                         |
| <b>Totaal</b>                                                                                       | <b>€ 5.400,- + veel onbekend</b> |

De zes casemanagers hebben ieder tien cliënten in portefeuille. Dit betekent een totale caseload van zestig cliënten. Omdat het onduidelijk is hoeveel uren de casemanagers aan de cliënten besteden, is het niet mogelijk om hiervan een helder beeld te geven. Het LDP-project is slechts € 5400,-/60 klanten = € 90,- kwijt per klant, maar dit kan nauwelijks een realistisch beeld geven van de werkelijke kosten in regio C. De organisaties investeren waarschijnlijk zelf meer dan de afgeproken € 900,- in dit project of besteden per cliënt veel minder tijd. In regio A besteedt de casemanager gemiddeld 54 uur per klant per jaar. In regio B is dit 83 uur en in regio C is dit nog geen 4,5 uur.<sup>2</sup>

#### *Grootschalige opzet casemanagement*

Er bestaat ook een meer uitgebreide soort casemanagement. Voorbeelden hiervan zijn regio D en E. Hier bedient een interdisciplinair team van casemanagers, artsen, psychologen, psychiaters et cetera een grote caseload cliënten. Het gaat dan ook niet alleen om casemanagement, maar ook om diagnostiek, behandeling, steunpunt dementie. De totale kosten schat regio D aldus in:

**Tabel B4.13 Kosten gebruik methodiek 'trajectbegeleider' in regio D (bestaand, 1000 cliënten, uitgebreide multidisciplinaire variant casemanagement)**

|                                                      |                      |
|------------------------------------------------------|----------------------|
| Telefoonkosten (jaarbasis)                           | € 10.000,-           |
| Alle overige kosten, zoals huur, inventaris etc.     | € 63.493,-           |
| Reiskosten                                           | € 50.000,-           |
| overhead (inclusief secretariaat, management)        | € 431.165,-          |
| Loonkosten trajectbegeleiders (18 fte op jaarbasis). |                      |
| Hierbij worden diverse disciplines ingezet o.a.      |                      |
| artsen (3,22 fte) en psychologen (4,95 fte)          | 18 x € 65.000,-      |
| Overige kosten                                       |                      |
| <b>Totaal</b>                                        | <b>€ 1.724.000,-</b> |

Regio D heeft gemiddeld duizend cliënten in caseload. Dit betekent dat in regio D het multidisciplinaire team € 1.724,- per cliënt per jaar kost.

**Tabel B4.14 Kosten per cliënt gebruik methodiek 'trajectbegeleider' in regio D**

|                                       |                  |
|---------------------------------------|------------------|
| Kosten                                | € 1.724.000,-    |
| Gemiddeld aantal cliënten in caseload | 1.000            |
| <b>Kosten per cliënt</b>              | <b>€ 1.724,-</b> |

Bij de totale kosten van het interdisciplinaire team regio E is de overhead van de stichting voor vijftig procent meegeteld. Het bedrag per cliënt wordt dan ongeveer € 2900,-, in het geval hij een jaar lang gebruikmaakt van het casemanagementteam.

<sup>2</sup> In deze berekeningen worden alle uren van de casemanagers toegerekend naar de klanten die zij hebben.

**Tabel B4.15 Kosten per cliënt gebruik methodiek ‘trajectbegeleider’ in regio E (bestaand, 1177 cliënten, uitgebreide multidisciplinaire variant casemanagement)**

|                                               |                  |
|-----------------------------------------------|------------------|
| Totale kosten (overhead voor 50% meegerekend) | € 3.417.399,-    |
| Gemiddeld aantal cliënten in caseload         | 1177             |
| <b>Kosten per cliënt</b>                      | <b>€ 2.904,-</b> |



Regioplan Beleidsonderzoek

Nieuwezijds Voorburgwal 35  
1012 RD Amsterdam

T 020 531 531 5

F 020 626 519 9

E [info@regioplan.nl](mailto:info@regioplan.nl)

I [www.regioplan.nl](http://www.regioplan.nl)