

Postprint Version	1.0
Journal website	
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

Casemanagers in de eerstelijns palliatieve zorg: beschrijving van patientkenmerken, redenen voor verwijzing en de organisatorische setting.

ANNICKA G.M. VAN DER PLAS, BREGJE D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN, ANNEKE L. FRANCKE,
WIM J.J. JANSEN, KRIS C. VISSERS, LUC DELIENS

SAMENVATTING

Doel. Inzicht geven in welke patienten verwezen worden naar casemanagers in de eerstelijns palliatieve zorg, waarom zij worden doorverwezen en of patientkenmerken verschillen naar gelang de organisatorische setting (thuiszorgorganisatie, hospice, een samenwerkingsverband).

Methode. Cross-sectioneel vragenlijst onderzoek onder casemanagers en verwijzers naar casemanagers.

Resultaten. Van de doorverwezen patienten heeft 96% een oncologische diagnose. Voor 71% van de patienten is de zorg gericht op een combinatie van palliatie en levensverlenging of curatie. Behoefte aan psychosociale ondersteuning wordt door 77% van de verwijzers als reden van verwijzing genoemd. Verschillen in patientkenmerken per organisatorische setting zijn het grootst tussen casemanagement vanuit een hospice en casemanagement vanuit een samenwerkingsverband.

Discussie. Verbeterpunt voor casemanagers is het bereiken van niet-oncologische patienten. Verschillen in patientkenmerken weerspiegelen mogelijk vooral lokale verschillen.

Conclusie. Verwijzing naar casemanagers palliatieve zorg gebeurt ter aanvulling op reguliere medische zorg, de focus van verwijzing naar de casemanager ligt op psychosociale zorg, vroeg in het ziekte-traject van patienten. Op basis van de geconstateerde verschillen tussen organisatorische settings is geen advies te formuleren over de meest geschikte organisatorische basis van casemanagement.

[KADER 1]

INLEIDING

Palliatieve zorg is volgens de definitie van de World Health Organization (WHO) gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven van patiënten met een levensbedreigende ziekte en hun naasten (1). In de praktijk wordt palliatieve zorg vooral gegeven aan patiënten met een zeer beperkte levensverwachting, in de laatste weken of maanden van het leven van de patient met een ongeneeslijke ziekte (2), en dan vooral aan patiënten met kanker. Dit laatste omdat het ontstaan en de ontwikkeling van de palliatieve zorg nauw verbonden zijn aan de oncologische zorg (3) en bij patiënten met kanker het naderende levenseinde vroeger herkend wordt dan bij patiënten met een niet-oncologische aandoening (4).

De huidige opvatting onder palliatieve zorgexperts, die ook in de definitie van de WHO weerspiegeld wordt, is echter dat palliatieve zorg vroeger in het ziekte-traject ingezet kan worden. Curatieve, levensverlengende en palliatieve zorg volgen elkaar niet zozeer op maar kunnen naast elkaar – in aanvulling op elkaar – gegeven worden (zie figuur 1). De mate waarin curatieve of levensverlengende en palliatieve zorg naast elkaar gegeven worden, wordt bepaald door het ziektestadium, de ernst van symptomen en lichamelijke belemmeringen, en door psychologische, existentiële en sociale factoren (5). Doordat inzet van palliatieve zorg door meer dan de prognose wordt bepaald, kan palliatieve zorg ook gegeven worden aan patiënten met ziektes met een moeilijker te voorspellen beloop dan kanker, bijvoorbeeld aan patiënten met COPD of hartfalen.

[FIGUUR 1]

De vier dimensies (aandachtsgebieden) van palliatieve zorg, zijn: medische, psychologische, existentiële en sociale aspecten van ziekte. Daarbij is de zorg niet alleen gericht op de patient maar ook op de direct betrokken naasten van de patient. Palliatieve zorg is dus multidimensionaal van karakter (6).

[TABEL 1]

Casemanagement biedt multidimensionale geïntegreerde zorg gericht op de behoeften van de patient en diens naasten. Het is ontwikkeld om continuïteit van zorg te bieden aan patiënten met complexe zorgbehoeften.

Casemanagers in de palliatieve zorg kunnen de patient en diens naasten ondersteunen in het verkrijgen van tijdige, complete, gecoördineerde palliatieve zorg, die aansluit bij de eigen wensen en behoeften.

Er is echter geen eenduidige manier waarop casemanagement geboden wordt (7).

In meerdere regio's in Nederland zijn casemanagers in de palliatieve zorg geïntroduceerd (8). De organisatorische inbedding van initiatieven varieert; casemanagers kunnen werken vanuit een thuiszorgorganisatie, vanuit een samenwerkingsverband (bijvoorbeeld een thuiszorgorganisatie in samenwerking met een ziekenhuis) of vanuit een hospice. Mogelijk hangen organisatorische verschillen samen met verschillen in verwijzing van patiënten naar een casemanager. Meer inzicht in welke soorten patiënten naar casemanagers worden verwezen, en redenen voor en verwachtingen bij verwijzingen, kan gebruikt worden bij eventuele verdere implementatie van casemanagement. In dit artikel stellen we daarom de volgende vragen: Wat zijn kenmerken van patiënten die verwezen worden naar een

casemanager, en verschillen deze per organisatorische setting van het casemanagement? Wat zijn redenen voor verwijzing naar een casemanager, en verschillen deze per organisatorische setting van het casemanagement? Wat zijn de verwachtingen die verwijzers hebben met betrekking tot casemanagers, en verschillen deze per organisatorische setting van het casemanagement?

METHODE

Design

We hebben een cross-sectioneel vragenlijstonderzoek uitgevoerd onder casemanagers en verwijzers naar casemanagement.

Beschrijving van deelnemende casemanagementinitiatieven

Er namen dertien initiatieven voor casemanagement deel aan het onderzoek. In een onderzoek onder alle palliatieve netwerken in Nederland (8), werden twintig initiatieven voor casemanagement geïdentificeerd.

Alle twintig initiatieven zijn uitgenodigd voor de evaluatiestudie en dertien van de twintig initiatieven namen eraan deel.

De inhoud van de zorg was in alle deelnemende initiatieven in grote lijn hetzelfde: een casemanager met verpleegkundige achtergrond bezocht de patient en diens naasten thuis om mogelijkheden van zorg en ondersteuning te bespreken. De casemanager volgde vervolgens of de zorg die werd geleverd aansloot bij de wensen en behoeften.

Daarnaast kon de casemanager ondersteuning bieden in de vorm van informatie en psychosociale begeleiding, naargelang de wens van de patient en diens naasten. De casemanagers zelf leverden geen directe 'hands on'-zorg, maar konden wel tot een team behoren dat deze zorg leverde.

De belangrijkste organisatorische kenmerken van de initiatieven staan in tabel 1. Casemanagement werd meestal vanuit een thuiszorgorganisatie, een samenwerkingsverband (bijv. tussen een ziekenhuis en een thuiszorgorganisatie) of een netwerk palliatieve zorg geleverd. Daarnaast waren twee deelnemende initiatieven georganiseerd vanuit een hospice. De meerderheid van initiatieven bestond een tot vijf jaar op het moment dat het onderzoek startte. In termen van aanstelling in full time equivalenten (fte) hadden de meeste initiatieven tussen een halve en een hele fte aan casemanager beschikbaar. De helft van de casemanagers was gespecialiseerd verpleegkundige (doorgaans oncologieverpleegkundige). De initiatieven verschilden in het aantal patienten dat aangemeld werd voor het onderzoek; de helft van de initiatieven includeerde vijftig of minder patienten terwijl een derde honderd of meer patienten includeerde. Dit hing samen met het aantal patienten aan wie zij zorg verleenden; initiatieven die veel patienten in zorg hadden meldden ook veel patienten aan voor het onderzoek. Meer informatie over de organisatie en inhoud van het werk van casemanagers in de eerstelijns palliatieve zorg in Nederland is te vinden in een eerder verschenen artikel (8).

[TABEL 2]

Vragenlijsten

In dit onderzoek zijn twee vragenlijsten gebruikt: een voor casemanagers en een voor verwijzers. De vragenlijst voor de casemanager bestond uit gestructureerde vragen

over de demografische en zorgkenmerken van de patient, zoals leeftijd, diagnose en prognose. Met betrekking tot de behandeldoelen van de patient is gevraagd naar het belang op een 5-punts Likert-schaal (van 'helemaal niet belangrijk' naar 'zeer belangrijk') van de volgende doelen in de zorg voor de patient op het moment van aanmelding: curatie, levensverlenging, palliatie.

[TABEL 3]

De casemanager kon daarbij gebruikmaken van een begrippenlijst met daarop de volgende informatie: Palliatieve zorg/palliatie: alle zorg die gericht is op het comfort van de patiënt. De palliatieve fase begint nadat is vastgesteld dat genezing redelijkerwijs niet meer te verwachten is. In deze fase streeft men naar een zo goed mogelijke kwaliteit van leven. Behandeling in het kader van symptoomcontrole (klachtenverlichting) valt onder palliatieve zorg. Curatie: alle zorg die gericht is op genezing van de patiënt. Levensverlenging: alle zorg die gericht is op het verlengen van de levensduur van de patiënt. Genezing is echter niet meer mogelijk, behandeling is veelal gericht op terugdringen van de ziekte, bijvoorbeeld middels chemotherapie. De vragenlijst voor de verwijzer bestond uit drie delen: 1) kenmerken van de verwijzer; 2) zorgkenmerken van de patient in de dertig dagen voor doorverwijzing; 3) redenen voor doorverwijzing en verwachtingen van het casemanagement. Deel 3 van de vragenlijst bevatte, naast een open vraag over de reden van doorverwijzing, meerkeuzevragen over zeven mogelijke gebieden waarop de casemanager hulp of ondersteuning kon bieden (bijvoorbeeld aandacht voor de mantelzorger). Deze gebieden zijn gekozen op basis van de verwachtingen van de zorg na het lezen van literatuur over casemanagement en palliatieve zorg. Twee vragen werden gesteld met betrekking tot elk gebied. De eerste vraag ging over het belang van hulp op dat gebied naar mening van de respondent op een 5-punts Likertschaal (1 = helemaal niet belangrijk; 5 = erg belangrijk). De tweede vraag ging over het soort hulp dat verwacht werd van de casemanager, met vijf mogelijke antwoorden (meer dan een antwoord mogelijk): het signaleren van zorgbehoeften, informeren en ondersteunen, doorverwijzen of organiseren van zorg, zelf zorg verlenen, geen hulp.

De vragenlijst voor de casemanager en verwijzer zijn voor de start van het onderzoek voorgelegd aan een kleine groep respondenten om te controleren of de vragen duidelijk geformuleerd en relevant waren.

Procedure

Wanneer een patient werd aangemeld vulde de casemanager een vragenlijst in. Verder werd door de casemanager een vragenlijst verzonden naar de verwijzer. De twee vragenlijsten bevatten hetzelfde nummer, zodat unieke patienten geïdentificeerd konden worden. Wanneer de onderzoeker merkte dat een patient was aangemeld voor het onderzoek, maar er geen vragenlijst was ontvangen van de verwijzer, werd de casemanager gevraagd om een herinnering te sturen. Gegevens werden verzameld van maart 2011 tot eind februari 2013. De meeste initiatieven includeerden elke tweede patient in het onderzoek om de tijdsdruk van het onderzoek te verminderen (het aantal aanmeldingen voor onderzoek is dan de helft van het aantal aanmeldingen voor casemanagement). Dit onderzoek was vrijgesteld van toestemming door een medisch-ethische commissie omdat het niet valt onder de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO).

Data-analyse

De open vraag over redenen van verwijzing naar de casemanager werd gecategoriseerd door Annicka van der Plas. Een steekproef van zo'n 20% van de antwoorden werd ook gecategoriseerd door Bregje Onwuteaka-Philipsen en de indeling werd vervolgens besproken. Dit resulteerde in enkele kleine aanpassingen in de indeling. Een antwoord kon aan meerdere categorieën toebedeeld worden (wanneer bijvoorbeeld ondersteuning van de mantelzorger en informatiebehoefte van de patient genoemd werden, dan werd het antwoord in de twee bijbehorende categorieën ingedeeld). Vervolgens zijn frequentieverdelingen opgesteld. Verschillen tussen de drie organisatorische settings van casemanagement werd voor de continue variabele (leeftijd) getoetst in een variantieanalyse (Anova). Alle andere variabelen waren categorisch van aard en zijn op verschillen getoetst in een chi-kwadraattoets.

RESULTATEN

Response

In totaal zijn 792 patienten ingestroomd in het onderzoek; met betrekking tot 781 (99%) patienten is een vragenlijst van de casemanager ontvangen en over 525 (66%) patienten is een vragenlijst van de verwijzer ontvangen. Verwijzers waren vooral professionals (94%) en in enkele (6%) gevallen de patient zelf of een naaste van de patient. Professionele verwijzers waren doorgaans verpleegkundigen (67%), verder huisartsen (17%) of uit een andere beroepsgroep (17%). Werksetting was voor 64% van de professionele verwijzers een ziekenhuis en voor 36% de eerste lijn. Niet-professionele verwijzers waren kinderen van de patient (31%), de patient zelf (28%), de partner van de patient (24%) of een ander (17%; bv. een vriendin of tweedegraads familie).

Kenmerken van patienten die doorverwezen worden

Vooraf kankerpatienten werden verwezen naar de casemanager (zie tabel 2). De levensverwachting kon voor de helft van de patienten ingeschat worden. Bijna driekwart van de patienten ontving zorg die gericht was op levensverlenging of curatie gecombineerd met palliatieve zorg. De meeste (83%) patienten hadden contact met de medisch specialist in de maand voor doorverwijzing, contact met de huisarts in de maand voor doorverwijzing kwam bij 66% van de patienten voor, en er was contact geweest met de wijkverpleegkundige bij 20% van de patienten. Een kwart van de patienten woonde alleen, en mantelzorgers waren vaak kinderen en de partner.

[TABEL 4]

De drie organisatorische settings verschilden voor wat betreft de doorverwezen patienten: er waren verschillen op alle algemene kenmerken behalve leeftijd en geslacht. Voor casemanagement vanuit een samenwerkingsverband werden iets vaker ($p < 0,000$) patienten aangemeld die een andere diagnose dan kanker hadden (13%; waarvan zestien patienten met COPD, zes patienten met een diagnose van hartfalen en negen met andere diagnoses). De patienten die verwezen werden naar casemanagement vanuit een samenwerkingsverband hadden minder vaak hartklachten ($p = 0,001$) of diabetes ($p = 0,016$) als secundaire diagnose. Voor patienten die verwezen werden naar casemanagement vanuit een hospice kon de

casemanager vaker ($p < 0,000$) een schatting van de levensverwachting geven. Deze was vaker een halfjaar of langer bij patiënten die verwezen werden naar casemanagement vanuit een hospice. De functionele toestand van patiënten die verwezen werden naar casemanagement vanuit een thuiszorginstelling was beter (ze waren minder hulpbehoevend) in vergelijking tot de andere twee groepen ($p < 0,000$). Patiënten die werden aangemeld voor casemanagement vanuit een samenwerkingsverband kregen relatief vaak ($p < 0,000$) zorg die vooral gericht was op palliatie, en patiënten die werden aangemeld voor casemanagement vanuit een thuiszorginstelling kregen relatief vaak nog behandeling die vooral gericht was op levensverlenging of genezing. Patiënten die werden aangemeld voor casemanagement vanuit een hospice hadden het vaakst contact gehad met de huisarts ($p = 0,002$), met de wijkverpleegkundige ($p = 0,015$) en met een consultant of consultatieteam palliatieve zorg ($p = 0,002$) in de dertig dagen voor verwijzing naar casemanagement.

Patiënten die werden aangemeld bij een casemanager vanuit een hospice woonden vaker alleen ($p = 0,017$); en kinderen ($p = 0,002$), familie ($p < 0,000$) en anderen ($p < 0,000$) waren vaker betrokken bij zorg in vergelijking tot patiënten verwezen naar de andere twee settings.

Redenen voor doorverwijzing

De open vraag 'wat is de reden waarom u casemanagement heeft aangevraagd voor deze patient' werd beantwoord door 509 (97%) personen. Sommige antwoorden gaven echter geen inzicht in de reden van doorverwijzing (bijv. 'we verwijzen elke patient').

Wanneer deze antwoorden buiten beschouwing worden gelaten, blijven 477 (91%) antwoorden over.

De meeste antwoorden vielen in de hoofdcategorie 'psychosociale ondersteuning' (zie tabel 3), en binnen die hoofdcategorie werd algemene ondersteuning voor de patient en partner het meest genoemd. In ruim een derde van de antwoorden werd de behoefte aan medische of verpleegkundige kennis van de casemanager genoemd. Bij nog eens een derde van de antwoorden werd de behoefte aan informatie en/of zorgcoördinatie genoemd.

[TABEL 5]

Wanneer wordt gekeken naar verschillen per organisatorische setting, dan blijkt dat verwijzers naar een casemanager werkzaam vanuit een hospice vaker ($p = 0,007$) een antwoord gaven dat viel in de categorie 'algemene ondersteuning voor de patient en/of naaste'. Verwijzers naar casemanagers werkzaam vanuit een samenwerkingsverband gaven vaker ($p = 0,035$) aan dat extra aandacht voor de partner en/of mantelzorger gewenst was. Voor verwijzers naar casemanagers werkzaam vanuit een hospice of een thuiszorginstelling, werd vaker ($p = 0,047$) het alleen wonen van de patient genoemd. Voor de patiënten die verwezen werden naar een casemanager vanuit de thuiszorg werd het monitoren van farmacologische behandeling vaker ($p = 0,006$) genoemd. Verwachtingen van casemanagement Hulp met betrekking tot het wonen op de gewenste plaats werd het meest belangrijk geacht, en hulp met betrekking tot financiële aspecten het minst belangrijk (zie tabel 4). Het identificeren van zorgbehoeften en het geven van informatie en ondersteuning waren de belangrijkste soorten hulp die verwacht werden (zie tabel 5).

Wanneer wordt gekeken naar verschillen per organisatorische setting, dan blijkt dat verwijzers naar casemanagers werkzaam vanuit een samenwerkingsverband consequent over alle gebieden het hoogst scoorden met betrekking tot het belang van hulp.

Tegelijk gaven verwijzers naar casemanagers werkzaam vanuit een samenwerkingsverband echter het meest vaak het antwoord 'geen hulp' wanneer werd gevraagd welke type hulp van de casemanager verwacht werd.

DISCUSSIE

Patiëntkenmerken per organisatorische setting

Casemanagers werkzaam vanuit een samenwerkingsverband krijgen ten opzichte van casemanagers werkzaam in de andere twee settings vaker doorverwijzingen van patiënten waar palliatie het enige behandeldoel is, vaker met een andere diagnose dan kanker, en minder vaak hartklachten of diabetes naast hun hoofddiagnose. Extra aandacht voor de mantelzorger(s) en woonsituatie of sociale omgeving van de patiënt is vaak een reden voor verwijzing naar casemanagers vanuit een samenwerkingsverband ten opzichte van casemanagers uit de andere twee settings. Bij patiënten verwezen naar casemanagers van een hospice is vaker sprake van een combinatie van behandeldoelen en een hogere levensverwachting dan bij patiënten verwezen naar de andere twee settings.

Ook hebben zij vaker contact gehad met de huisarts, wijkverpleegkundige en een consultatieteam in de maand voor doorverwijzing, ze leven vaker alleen en worden vaker verzorgd door kinderen, familie en andere betrokkenen dan patiënten verwezen naar de andere twee settings. Algemene ondersteuning van de patiënt en diens naasten is een vaak genoemde reden voor verwijzing naar casemanagers vanuit een hospice. De verschillen zijn het grootst tussen patiënten verwezen naar casemanagers vanuit een hospice en die vanuit een samenwerkingsverband.

Patiënten die verwezen worden naar casemanagers vanuit een thuiszorgorganisatie lijken tussen de andere twee groepen in te vallen qua kenmerken, maar krijgen vaker behandeling gericht op levensverlenging of genezing en zijn beter zelfredzaam (hebben een betere functionele status), hoewel ze ook vaker hartklachten naast hun diagnose kanker hebben. Het monitoren van medische behandeling is vaker een reden voor doorverwijzing dan in de andere twee settings.

Mogelijke verklaringen voor verschillen tussen settings

De genoemde verschillen hangen waarschijnlijk samen met lokale of regionale verschillen in het zorgnetwerk. Zo kan kennis over bestaande hiaten in de zorg binnen de regio bijvoorbeeld leiden tot keuzes in indicatiecriteria, of kan goede onderlinge samenwerking leiden tot bekendheid van verwijzers met de inhoud van het casemanagement.

Het is bijvoorbeeld opvallend dat bij patiënten die verwezen worden naar casemanagers van een hospice nog het meest vaak sprake is van een combinatie van behandeldoelen, terwijl een hospice vaak sterk wordt geassocieerd met palliatieve zorg in de terminale fase. Dat beeld belemmert kennelijk niet vroegtijdige verwijzing naar casemanagement in de thuissituatie.

Mogelijk vanwege de kennis van de verwijzer over het zorgaanbod? In tegenstelling daarmee kan bij verwijzing naar casemanagement vanuit een thuiszorgorganisatie meespelen dat verwijzers al meer een vooropgesteld beeld hebben van wat deze zorg

inhoudt door bekendheid met thuiszorg in het algemeen. Dat bij deze setting van casemanagement vaker verpleegkundige kennis genoemd wordt als reden voor verwijzing ondersteunt deze hypothese. Al met al is op basis van de geconstateerde verschillen geen advies te formuleren over de meest geschikte organisatorische basis van casemanagement. Wanneer gekeken wordt naar diagnose (kanker of een andere diagnose), behandeldoelen ten tijde van aanmelding, en verwachtingen over het soort zorg dat de casemanager biedt (de kenmerken die samenhangen met de in de inleiding genoemde knelpunten), dan krijgen casemanagers werkzaam vanuit een samenwerkingsverband de meest brede doelgroep qua diagnose aangemeld, krijgen casemanagers vanuit een hospice de meeste patiënten met een combinatie van behandeldoelen aangemeld, en is bij alle drie de settings psychosociale ondersteuning de meest genoemde reden voor aanmelding.

Casemanager palliatieve zorg is vooral voor kankerpatiënten

Slechts 4% van alle aangemelde patiënten heeft een andere diagnose dan kanker. Het percentage kankerpatiënten is nog hoger dan in gespecialiseerde palliatievezorgvoorzieningen als consultatieteams (82% kankerpatiënten) en hospices (80% kankerpatiënten) (9). De meeste casemanagers zijn verpleegkundigen met kennis van oncologische en palliatieve zorg. Door hun achtergrond in de oncologie is het waarschijnlijk dat zij binnen dat werkgebied het makkelijkst hun netwerk opbouwen en onderhouden. Verder heeft palliatieve zorg zijn oorsprong grotendeels in de oncologie, en hebben verpleegkundigen met een achtergrond in oncologiezorg daardoor een voorsprong in kennis over hoe principes van palliatieve zorg gebruikt kunnen worden in de patientenzorg. Deze specifieke combinatie van kennis en kunde is niet makkelijk rechtstreeks te vertalen naar de zorg voor patiënten met bijvoorbeeld COPD, nierfalen of hartfalen. Terwijl wel behoefte is aan palliatieve zorg bij patiënten met dergelijke chronische ziekten (10- 12). Samenwerking met verpleegkundigen met andere specialisaties dan oncologie (bijv. met kennis van hartfalen of nierfalen) is nodig om het bereik van gespecialiseerde palliatieve zorg te vergroten.

Casemanagement en proactieve zorg

Voor alle drie de organisatorische settings start de begeleiding op een moment dat de patient nog goed in staat is (zoals blijkt uit de functionele status) tot deelname aan gesprekken over voorkeuren met betrekking tot zorg, zoals de gewenste plaats van zorg en overlijden en welke medische behandelingen nog wel en niet gewenst zijn. Met het oog op proactieve zorgplanning is dat goed; de patient krijgt op die manier de kans om zich een idee te vormen en na te denken over voorkeuren en deze te bespreken met naasten, de huisarts en de wijkverpleegkundige.

Vooral de behoefte aan psychosociale zorg is een reden voor doorverwijzing

De meest genoemde redenen voor verwijzing naar de casemanager zijn gerelateerd aan psychosociale ondersteuning. Bij het merendeel van de patienten is er nog geen contact met de wijkverpleegkundige, verder heeft ook een derde van de patienten in de maand voor doorverwijzing geen contact met de huisarts gehad, wat erop duidt dat er nog niet veel zorg of begeleiding in de thuissituatie is. De casemanager vult het hiaat tussen het ziekenhuis en de reguliere zorg aan huis, die vaak pas ingeschakeld wordt wanneer de patient op regelmatige basis verpleging of verzorging nodig heeft. Daarnaast kan het zijn dat huisartsen en wijkverpleegkundigen door tijdsdruk minder aan psychosociale zorg toekomen, of

het misschien moeilijk vinden om psychologische en spirituele aspecten van ziekte te bespreken met patienten (13;14).

De casemanager kan de patient en diens naaste(n) ondersteunen om deze aspecten ter sprake te brengen, indien ze dat wensen.

In ongeveer een derde van de redenen voor doorverwijzing wordt een behoefte aan gespecialiseerde en verpleegkundige kennis, of aan taken die gerelateerd zijn aan zorgcoördinatie en doorverwijzing, genoemd. Deze bevinding komt ook in ander onderzoek terug (15;16). Soms wordt de behoefte aan kennis rechtevreeks en letterlijk genoemd, soms blijkt het indirect uit antwoorden waarin bijvoorbeeld het monitoren van farmacologische behandeling of een complexe medische situatie een rol spelen. Verwijzers vanuit ziekenhuizen zien de casemanagers kennelijk als een logisch vervolg of als een aanvulling op hun eigen zorg vanuit het ziekenhuis; de casemanager is de oren en ogen in de thuissituatie. Dat zorgcoördinatie niet vaker genoemd wordt is opvallend gezien de oorsprong van casemanagement in het algemeen; het is ontwikkeld om continuïteit van zorg te waarborgen voor patienten met complexe zorgbehoeften.

Casemanagers in de palliatieve zorg lijken zich meer te richten op het begeleiden van de patient en diens naasten bij het verhelderen van gevoelens en (zorg)wensen en op het verkrijgen van de gewenste zorg. Overigens blijkt uit een vergelijking van taken van de casemanager zoals aangegeven door de initiatieven zelf (8) en door de verwijzers (in dit artikel) dat er overeenstemming is tussen de verwachtingen en de geboden zorg.

Sterke punten en beperkingen van dit onderzoek

In dit onderzoek wordt voor het eerst een vergelijking gemaakt tussen verschillende organisatorische settings van casemanagers in de palliatieve zorg wat betreft patientkenmerken en redenen voor doorverwijzing.

Met het onderzoek kan een goed beeld gevormd worden van de Nederlandse situatie. Omdat niet alle twintig initiatieven in Nederland (8) hebben deelgenomen aan de huidige studie, is het beeld mogelijk niet volledig. Ook vergelijking met buitenlands onderzoek naar casemanagement in de palliatieve zorg moet met enige terughoudendheid gebeuren, mogelijk zijn in het Nederlandse zorgsysteem de behoefte aan casemanagers en de verwachtingen van casemanagement anders dan in landen met andere zorgsystemen. Op basis van dit onderzoek kan geen uitspraak worden gedaan over waarom patienten niet verwezen zijn naar casemanagers, er is alleen gevraagd naar de reden van doorverwijzing bij doorverwezen patienten. Verder onderzoek is nodig om te weten of casemanagers ook daadwerkelijk aan de verwachtingen voldoen en of casemanagement door speciaal aangestelde casemanagers meerwaarde heeft boven de reguliere zorg.

CONCLUSIE

Verschillen in patientkenmerken weerspiegelen mogelijk vooral lokale accentverschillen.

Behoefte aan psychosociale begeleiding is de meest genoemde reden voor doorverwijzing en mogelijk betekent dit dat inzet van de casemanager gezien wordt als een aanvulling op de reguliere – meer medisch georiënteerde – zorg.

Casemanagers in de eerstelijns palliatieve zorg bedienen vooral patienten met kanker, dit betekent dat patienten met chronische ziekten die behoefte hebben aan palliatieve zorg mogelijk nog niet de gewenste zorg krijgen. Het betrekken van en

samenwerken met verpleegkundigen met andere specialisaties dan oncologie is nodig om het bereik van gespecialiseerde palliatieve zorg te vergroten.

FINANCIËLE ONDERSTEUNING EN DANKWOORD

Dit onderzoek is mogelijk gemaakt dankzij subsidie van ZonMw (80-82100-98-066). Met dank aan Marlies van de Watering voor het meedenken over de opzet en uitvoering van dit onderzoek. Met dank aan de casemanagers en verwijzers die de vragenlijsten hebben ingevuld. De auteurs verklaren dat er geen sprake is van belangen verstrengeling.

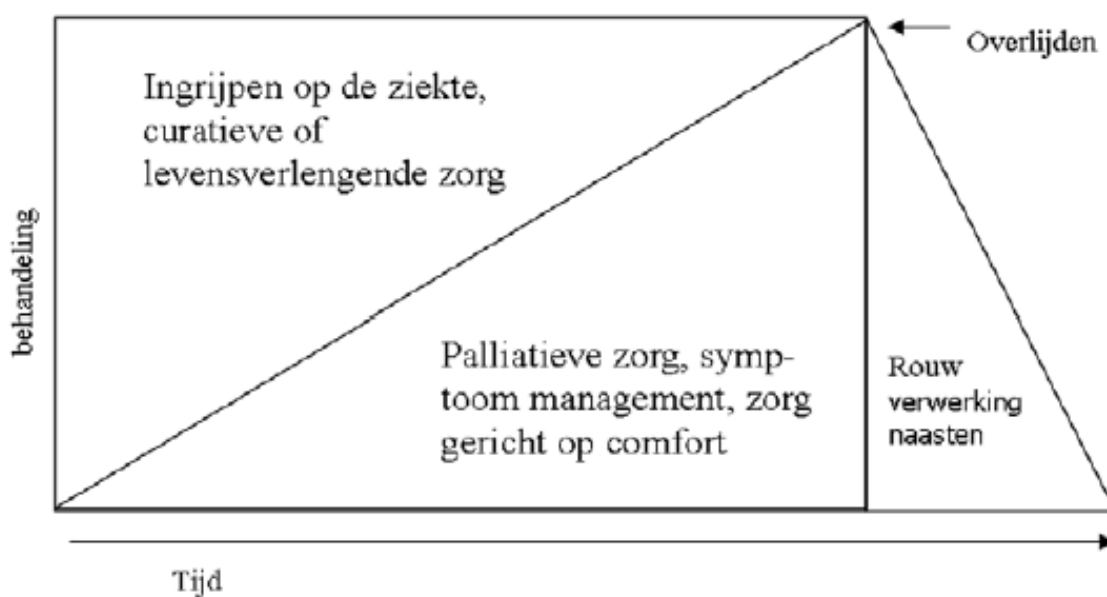
LITERATUUR

1. Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002 Aug;24(2):91-6.
2. Claessen SJ, Francke AL, Engels Y, Deliens L. How do GPs identify a need for palliative care in their patients? An interview study. *BMC Fam Pract* 2013;14:42.
3. Clark D. From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. *Lancet Oncol* 2007 May;8(5):430-8.
4. Abarshi EA, Echteld MA, Van den Block L, Donker GA, Deliens L, Onwuteaka-Philipsen BD. Recognising patients who will die in the near future: a nationwide study via the Dutch Sentinel Network of GPs. *British Journal of General Practice* 2011 Jun;61(587):401-2.
5. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 2005 Apr 30;330(7498):1007-11.
6. Spreeuwenberg C, Vissers K, Raats I, van Bommel M, van der Rijt CC, Evers P, et al. *Zorgmodule Palliatieve Zorg 1.0*. CBO; 2013.
7. Huber DL. The diversity of case management models. *Lippincotts Case Manag* 2002 Nov;7(6):212-20.
8. van der Plas AGM, Deliens L, van de WM, Jansen WJ, Vissers KC, Onwuteaka-Philipsen BD. Palliative care case management in primary care settings: A nationwide survey. *Int J Nurs Stud* 2013 Mar 29.
9. IKNL. *Palliatieve zorg in beeld*. Utrecht: IKNL; 2014.
10. Janssen DJ, Spruit MA, Schols JM, Wouters EF. A call for high-quality advance care planning in outpatients with severe COPD or chronic heart failure. *Chest* 2011 May;139(5):1081-8.
11. Murray SA, Boyd K, Kendall M, Worth A, Benton TF, Clausen H. Dying of lung cancer or cardiac failure: prospective qualitative interview study of patients and their carers in the community. *BMJ* 2002 Oct 26;325(7370):929.
12. McIlpatrick S. Assessing palliative care needs: views of patients, informal carers and healthcare professionals. *J Adv Nurs* 2007 Jan;57(1):77-86.
13. Slort W, Schweitzer BPM, Blankenstein AH, Abarshi EA, Riphagen II, Echteld MA, et al. Perceived barriers and facilitators for general practitioner-patient communication in palliative care: A systematic review. *Palliative Med* 2011 Sep;25(6):613-29.
14. Griffiths J, Ewing G, Rogers M. "Moving swiftly on." Psychological support provided by district nurses to patients with palliative care needs. *Cancer Nurs* 2010 Sep;33(5):390-7.
15. Holley APH, Gorawara-Bhat R, Dale W, Hemmerich J, Cox-Hayley D. Palliative Access Through Care at Home: Experiences with an Urban, Geriatric Home Palliative Care Program. *Journal of the American Geriatrics Society* 2009 Oct;57(10):1925-31.
16. Goldschmidt D, Schmidt L, Krasnik A, Christensen U, Groenvold M. Expectations to and evaluation of a palliative home-care team as seen by patients and carers. *Supportive Care Cancer* 2006 Dec;14(12):1232-40.

TABELLEN, KADER EN FIGUUR.

KADER 1

Wat is bekend?	Wat is nieuw?	Wat is de relevantie?
<ul style="list-style-type: none">• Casemanagement is ontwikkeld om continuïteit in complexe zorg te bieden en casemanagers kunnen de patiënt ondersteunen in het verkrijgen van passende palliatieve zorg.• Palliatieve zorg is gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven van patiënten met een levensbedreigende ziekte en hun naasten.• Casemanagement kan op verschillende manieren georganiseerd en uitgevoerd worden. Uitkomsten van internationaal onderzoek naar de inzet van casemanagers palliatieve zorg zijn onvergelykbaar door verschillen in uitvoering van zowel casemanagement als onderzoek.	<ul style="list-style-type: none">• De belangrijkste kenmerken van patiënten die worden verwezen naar casemanagers (ongeacht organisatorische setting) zijn: bijna alle doorverwezen patiënten hebben een oncologische diagnose; patiënten worden doorverwezen op een moment dat palliatieve zorg nog proactief gepland kan worden; behoefte van de patiënt en naasten aan psychosociale ondersteuning is de meest genoemde reden voor verwijzing.• Kenmerken van patiënten die worden verwezen naar casemanagers verschillen per organisatorische setting. Mogelijk weerspiegelt dit lokale verschillen, meer dan verschillen die inherent zijn aan de organisatorische setting. Casemanagers werkzaam vanuit een samenwerkingsverband krijgen de meest brede doelgroep qua diagnose aangemeld, casemanagers vanuit een hospice krijgen de meeste patiënten met een combinatie van behandeldoelen aangemeld, en bij alle drie de settings is psychosociale ondersteuning de meest genoemde reden voor aanmelding.	<ul style="list-style-type: none">• Verbeterpunt voor casemanagers is het bereiken van niet-oncologische patiënten, omdat dezen ook baat kunnen hebben van begeleiding door een casemanager.• Het in een onderzoek vergelijken van patiënten verwezen naar verschillende organisatorische settings van casemanagers leidt tot kennis die gebruikt kan worden bij het verder implementeren van casemanagement.



Figuur 1. De verhouding tussen curatieve of levensverlengende en palliatieve zorg; het zorgtraject-model van Lynn and Adamson

	aantal initiatieven (n = 13)	percentage patiënten (n = 792)
Organisatorische basis van het casemanagement initiatief		
- thuiszorg organisatie	5	47,6%
- een samenwerkingsverband [†] van instellingen	6	31,1%
- hospice	2	21,3%
Aantal jaren dat initiatief draaide bij start van het onderzoek		
- minder dan een jaar	3	13,3%
- een – vijf jaar	8	61,0%
- vijf jaar of meer	2	25,7%
Aantal casemanagers in dienst		
	gem = 3,8 (SD 2,2)	
- 1 casemanager	1	1,5%
- 2 casemanagers	4	49,9%
- 3 of 4 casemanagers	4	33,0%
- 5 of meer casemanagers	4	15,5%
Aantal fte (full time equivalents)		
	gem = 1,5 (SD 0,9)	
- onbekend	1	0,6%
- 0,5 fte of minder	1	1,3%
- tussen 0,5 en 1 fte	5	46,5%
- tussen 1 en 2 fte	2	23,5%
- 2 fte of meer	4	28,7%
Opleidingsniveau van de casemanagers ^{**}		
	aantal casemanagers	percentage casemanagers
- niveau 5 verpleegkunde	15	36,6%
- gespecialiseerd verpleegkundige	21	51,2%
- overige	5	12,2%
Aantal patiënten ingestroomd in het onderzoek		
- minder dan 50 patiënten	7	10,2%
- 50 – 100 patiënten	2	20,6%
- 100 of meer patiënten	4	69,2%

[†] Instellingen die zich verbonden hebben in een formele samenwerkingsovereenkomst, bijvoorbeeld een samenwerking tussen thuiszorg en ziekenhuis.

^{**} Informatie bekend van 12 van de 13 initiatieven; gerapporteerd is over het aantal casemanagers (n = 41; van 8 casemanagers is het opleidingsniveau onbekend)

Tabel 1. Kenmerken van de casemanagement initiatieven

	Totaal (n = 781) [†]	Samen- werking (n = 244)	Thuiszorg (n = 368)	Hospice (n = 169)	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Geslacht, man	386 (49)	130 (53)	177 (48)	79 (47)	0,334
Leeftijd, gem	67 (SD 13)	65 (SD 13)	67 (SD 12)	68 (SD 12)	0,051
Hoofd diagnose is kanker	747 (96)	213 (87)	367 (100)	167 (99)	0,000
Secundaire diagnose (meerdere antwoorden mogelijk)					
- hartklachten	96 (13)	14 (6)	61 (17)	21 (13)	0,001
- diabetes	82 (11)	15 (7)	42 (12)	25 (16)	0,016
- longklachten	68 (9)	14 (6)	39 (11)	15 (9)	0,136
Levensverwachting					0,000
- minder dan 3 maanden	103 (13)	30 (12)	41 (11)	32 (19)	
- 3 tot 6 maanden	107 (14)	32 (13)	46 (13)	29 (17)	
- 6 maanden of langer	185 (24)	34 (14)	59 (16)	92 (54)	
- onbekend	386 (49)	148 (61)	222 (60)	16 (10)	
Functionele Status (ECOG)					0,000
- volledig zelfstandig functionerend	62 (8)	14 (6)	25 (7)	23 (14)	
- beperkt tot lichte activiteiten	272 (36)	85 (37)	141 (39)	46 (28)	
- bedlegerig minder dan 50%	161 (21)	35 (15)	98 (27)	28 (17)	
- bedlegerig meer dan 50%	172 (23)	57 (25)	72 (20)	43 (26)	
- volledig hulpbehoevend	97 (13)	41 (18)	29 (8)	27 (16)	
Behandeldoelen					0,000
- vooral gericht op palliatieve zorg	183 (25)	81 (37)	79 (22)	23 (14)	
- gericht op een combinatie van palliatie, levensverlenging en curatie	527 (71)	132 (61)	252 (71)	143 (85)	
- vooral gericht op genezing of levensverlenging	33 (4)	5 (2)	26 (7)	2 (1)	
Zorggebruik van de patiënt in de 30 dagen voor verwijzing (meerdere antwoorden mogelijk) ^{††}					
- huisarts	342 (66)	101 (60)	167 (66)	74 (80)	0,002
- huisartsenpost	46 (9)	22 (13)	19 (8)	5 (5)	0,069
- wijkverpleegkundige	103 (20)	27 (16)	48 (19)	28 (30)	0,015
- medisch specialist (van het ziekenhuis)	428 (83)	135 (79)	217 (85)	76 (83)	0,260
- consultant palliatieve zorg of consultatie team	35 (7)	15 (9)	8 (3)	12 (13)	0,002
Woonsituatie					0,017
- met partner en kinderen	103 (13)	37 (16)	48 (13)	18 (11)	
- met partner	406 (53)	125 (53)	196 (54)	85 (51)	
- met kinderen	34 (4)	14 (6)	17 (5)	3 (2)	
- alleen	191 (25)	49 (21)	83 (23)	59 (35)	
- anders (bijv. in een instelling of tijdelijk inwonend bij familie)	34 (4)	12 (5)	19 (5)	3 (2)	
Naasten betrokken bij de zorg (meerdere antwoorden mogelijk)					
- niemand	9 (1)	7 (3)	2 (1)	0	0,007
- partner	463 (61)	148 (64)	226 (62)	89 (53)	0,079
- kinderen	507 (67)	139 (60)	240 (66)	128 (77)	0,002
- andere familie	232 (31)	45 (19)	98 (27)	89 (53)	0,000
- anders (bijv. vrienden, bureu)	250 (33)	42 (18)	102 (28)	106 (64)	0,000

[†] Aantal ontbrekende waarden varieert van 0 tot 36; response bij variabelen waarop waarden ontbreken is als volgt: secundaire diagnose n = 743; functionele status n = 764; behandeldoelen n = 743; zorggebruik n = 518; woonsituatie n = 768; betrokken naasten niemand en partner n = 762; betrokken naasten kinderen, andere familie en anders n = 761.

^{††} Lager aantal respondenten (n = 518); deze vraag komt uit de vragenlijst die door verwijzers is ingevuld.

Tabel 2. Kenmerken van patiënten die aangemeld zijn voor casemanagement

	Totaal (n = 477) n(%)	Samenwerking (n = 161) n(%)	Thuiszorg (n = 233) n(%)	Hospice (n = 83) n(%)	p
Behoeftte aan psychosociale ondersteuning (minstens een antwoord in deze hoofdcategorie genoemd)	367 (77)	125 (77)	176 (76)	66 (80)	0,736
- ondersteuning voor de patiënt en partner / mantelzorg	207 (43)	59 (37)	100 (43)	48 (58)	0,007
- acceptatie van ziekte en/of sterven	49 (10)	13 (8)	30 (13)	6 (7)	0,184
- woonsituatie van patiënt; patiënt woont alleen	46 (10)	8 (5)	28 (12)	10 (12)	0,047
- extra aandacht voor partner / mantelzorg, voorkomen van overbelasting van mantelzorg	45 (9)	23 (14)	16 (7)	6 (7)	0,035
- woonsituatie van patiënt; de partner is ook ziek	20 (4)	7 (4)	12 (5)	1 (1)	0,303
- woonsituatie van patiënt; er zijn relatie problemen	10 (2)	6 (4)	3 (1)	1 (1)	0,207
- woonsituatie van patiënt is problematisch voor andere dan bovenstaande redenen (bijv. gebrek aan sociaal netwerk)	54 (11)	25 (16)	23 (10)	6 (7)	0,095
- acceptatie van medische of verpleegkundige zorg	13 (3)	5 (3)	3 (1)	5 (6)	0,070
- de patiënt heeft meer begeleiding, ondersteuning of informatie nodig dan gegeven kan worden in reguliere zorg	10 (2)	5 (3)	4 (2)	1 (1)	0,526
Behoeftte aan medische / verpleegkundige kennis (minstens een antwoord in deze hoofdcategorie genoemd)	168 (35)	46 (29)	96 (41)	26 (31)	0,026
- kunnen anticiperen op zorgbehoeften	76 (16)	24 (15)	39 (17)	13 (16)	0,885
- monitoren van medicatiegebruik (bijv. orale chemokuur of pijn medicatie)	43 (9)	8 (5)	31 (13)	4 (5)	0,006
- gespecialiseerde palliatieve zorg kennis is nodig	34 (7)	9 (6)	19 (8)	6 (7)	0,623
- symptoom last of comorbiditeit	34 (7)	10 (6)	19 (8)	5 (6)	0,695
Behoeftte aan informatie en coördinatie (minstens een antwoord in deze hoofdcategorie genoemd)	159 (33)	56 (35)	79 (34)	24 (29)	0,633
- praktische informatie voor de patiënt en partner / mantelzorg	77 (16)	20 (12)	46 (20)	11 (13)	0,111
- de patiënt naar gewenste zorg begeleiden of het ondersteunen van de patiënt om zorg zo te regelen als gewenst	55 (12)	23 (14)	22 (9)	10 (12)	0,330
- coördinatie van zorg	33 (7)	15 (9)	15 (6)	3 (4)	0,231
- er zijn problemen met de zorg verleners (bijv. verschil van mening tussen familie en huisarts over benodigde zorg)	8 (2)	5 (3)	3 (1)	0	0,163

Tabel 3. Redenen voor verwijzing naar een casemanager zoals aanvoelen in een open vraag

	Totaal (n = 516) [†] n (%)	Samen- werking (n = 173) n (%)	Thuiszorg (n = 253) n (%)	Hospice (n = 90) n (%)	p
Wonen op de gewenste plaats					0,019
- is (erg) belangrijk	390 (76)	136 (79)	195 (78)	59 (66)	
- neutraal	70 (14)	22 (13)	36 (14)	12 (14)	
- is (helemaal) niet belangrijk	53 (10)	15 (9)	20 (8)	18 (20)	
De mantelzorg					0,000
- is (erg) belangrijk	306 (60)	123 (72)	142 (56)	41 (46)	
- neutraal	97 (19)	25 (15)	53 (21)	19 (21)	
- is (helemaal) niet belangrijk	109 (21)	22 (13)	57 (23)	30 (33)	
Coördinatie van zorg					0,000
- is (erg) belangrijk	266 (53)	112 (66)	120 (49)	34 (38)	
- neutraal	104 (21)	29 (17)	53 (22)	22 (24)	
- is (helemaal) niet belangrijk	136 (27)	30 (18)	72 (29)	34 (38)	
Spirituele aspecten					0,001
- is (erg) belangrijk	217 (43)	93 (54)	99 (40)	25 (28)	
- neutraal	102 (20)	30 (17)	54 (22)	18 (21)	
- is (helemaal) niet belangrijk	187 (37)	49 (29)	93 (38)	45 (51)	
Verpleegkundige zorg					0,018
- is (erg) belangrijk	209 (41)	85 (51)	87 (35)	37 (41)	
- neutraal	77 (15)	26 (16)	40 (16)	11 (12)	
- is (helemaal) niet belangrijk	220 (44)	57 (34)	121 (49)	42 (47)	
Sociale aspecten					0,014
- is (erg) belangrijk	170 (34)	72 (42)	77 (31)	21 (24)	
- neutraal	82 (16)	29 (17)	38 (15)	15 (17)	
- is (helemaal) niet belangrijk	255 (50)	69 (41)	133 (54)	53 (60)	
Financiële aspecten					0,000
- is (erg) belangrijk	64 (13)	39 (23)	21 (9)	4 (4)	
- neutraal	43 (9)	18 (11)	19 (8)	6 (7)	
- is (helemaal) niet belangrijk	396 (79)	112 (66)	204 (84)	80 (89)	

[†] Omdat 9 van de 525 respondenten deze vraag niet beantwoord hebben, is de maximale respons 516. Verder ontbreken van 3 tot 13 personen antwoorden op een van de gebieden.

Tabel 4. Verwachtingen van ondersteuning van de casemanager op zeven gebieden

	Totaal (n = 516) [†] n (%)	Samen- werking (n = 173) n (%)	Thuis zorg (n = 253) n (%)	Hospice (n = 90) n (%)	p
Wonen op de gewenste plaats					
- identificatie van zorgbehoeften	448 (91)	149 (91)	226 (94)	73 (85)	0,041
- informatie en ondersteuning	440 (90)	152 (93)	219 (91)	69 (80)	0,004
- organiseren van zorg	368 (75)	133 (82)	180 (75)	55 (64)	0,009
- zelf hulp of zorg verlenen	92 (19)	27 (17)	47 (20)	18 (21)	0,648
- geen hulp	17 (4)	14 (9)	2 (1)	1 (1)	0,000
Mantelzorg					
- identificatie van zorgbehoeften	410 (87)	142 (89)	200 (86)	68 (84)	0,445
- informatie en ondersteuning	397 (84)	140 (88)	194 (83)	63 (78)	0,113
- organiseren van zorg	306 (65)	124 (78)	139 (60)	43 (53)	0,000
- zelf hulp of zorg verlenen	105 (22)	49 (31)	44 (19)	12 (15)	0,004
- geen hulp	19 (4)	16 (10)	3 (1)	0	0,000
Coördinatie van zorg					
- identificatie van zorgbehoeften	368 (82)	132 (83)	178 (82)	58 (76)	0,423
- informatie en ondersteuning	337 (75)	128 (81)	160 (74)	49 (65)	0,029
- organiseren van zorg	313 (69)	125 (79)	140 (65)	48 (63)	0,007
- zelf hulp of zorg verlenen	92 (20)	49 (31)	35 (16)	8 (11)	0,000
- geen hulp	22 (5)	15 (9)	6 (3)	1 (1)	0,004
Spirituele aspecten					
- identificatie van zorgbehoeften	371 (85)	138 (91)	179 (82)	54 (78)	0,022
- informatie en ondersteuning	310 (71)	118 (78)	151 (69)	41 (59)	0,019
- organiseren van zorg	262 (60)	109 (72)	120 (55)	33 (48)	0,001
- zelf hulp of zorg verlenen	105 (24)	56 (37)	35 (16)	14 (20)	0,000
- geen hulp	23 (5)	13 (9)	8 (4)	2 (3)	0,074
Verpleegkundige zorg					
- identificatie van zorgbehoeften	347 (83)	133 (89)	159 (81)	55 (79)	0,052
- informatie en ondersteuning	284 (68)	113 (76)	130 (66)	41 (59)	0,024
- organiseren van zorg	290 (70)	112 (75)	135 (69)	43 (61)	0,105
- zelf hulp of zorg verlenen	76 (18)	20 (13)	42 (21)	14 (20)	0,156
- geen hulp	27 (7)	19 (13)	7 (4)	1 (1)	0,000
Sociale aspecten					
- identificatie van zorgbehoeften	304 (84)	114 (88)	144 (81)	46 (85)	0,203
- informatie en ondersteuning	277 (77)	111 (86)	126 (71)	40 (74)	0,007
- organiseren van zorg	261 (72)	106 (82)	121 (68)	34 (63)	0,006
- zelf hulp of zorg verlenen	59 (16)	25 (19)	23 (13)	11 (20)	0,219
- geen hulp	21 (6)	14 (11)	6 (3)	1 (2)	0,009
Financiële aspecten					
- identificatie van zorgbehoeften	144 (68)	71 (74)	53 (62)	20 (67)	0,203
- informatie en ondersteuning	123 (58)	60 (63)	45 (52)	18 (60)	0,371
- organiseren van zorg	143 (68)	70 (73)	58 (67)	15 (50)	0,065
- zelf hulp of zorg verlenen	26 (12)	16 (17)	6 (7)	4 (13)	0,236
- geen hulp	28 (13)	19 (20)	9 (11)	0	0,013

[†] Omdat negen mensen de vraag niet beantwoord hebben, en omdat bij de vraag naar belang van zorg op de gebieden bij het antwoord 'helemaal niet belangrijk' de gewenste zorg niet ingevuld hoefde te worden, is de respons als volgt: Wonen n = 490; Mantelzorg n = 473; Coördinatie van zorg n = 451; Spirituele aspecten n = 439; Verpleegkundige zorg n = 416; Sociale aspecten n = 361; Financiële aspecten n = 212.

Tabel 5. Soort hulp dat verwacht wordt van de casemanager op zeven gebieden.