



Expertisegebied casemanager dementie

november 2012

v&vn
Beroepsvereniging van zorgprofessionals



Colofon

Auteurs:

Paul-Jeroen Verkade

Tiertsje Kuipers

Claire van Wees

Willy Mieremet

Jos Lenseink

Eindredactie:

Winneke Kok (Groot Haar + Orth)

Vormgeving en druk:

Van der Weij drukkerijen BV Hilversum

Foto's:

Johan Lambregts en Shutterstock

November 2012

© V&VN

Het is toegestaan teksten uit deze uitgave
over te nemen, mits de juiste bron vermeld is.

ISBN/EAN: 978-90-78995-18-0

Inhoudsopgave

Inleiding & leeswijzer	2
Hoofdstuk 1 Context en legitimering functie casemanager dementie	3
Hoofdstuk 2 Doelstelling en visie op casemanagement bij dementie	7
Hoofdstuk 3 De competenties van een casemanager dementie	11
Hoofdstuk 4 Bijlagen	21

Inleiding

Ruim 250.000 mensen in Nederland hebben dementie¹. Naar verwachting verdubbelt dit aantal de komende jaren. Cliënten, mantelzorgers en overheid verkiezen zorg in de thuissituatie boven zorg in een instelling. Het is belangrijk dat thuiswonende cliënten en hun mantelzorgers een vast en vertrouwd aanspreekpunt hebben. Iemand die langdurig beschikbaar is en kennis heeft van dementie en de mogelijkheden voor zorg en behandeling. Deze professional wordt casemanager dementie genoemd (zie: Zorgstandaard Dementie²).

De functie casemanager dementie bestaat sinds 2000. Het Landelijk Dementie Programma 2005-2008 stimuleerde regio's om te starten met casemanagement bij dementie. De functie kreeg veel verschijningsvormen en wordt ingevuld door werkers met verschillende achtergronden. De zorg wordt betaald vanuit diverse financieringsstromen en aangeboden door dementienetwerken, die op verschillende manieren zijn georganiseerd. Het wisselt dus sterk per regio en organisatie, hoe en door wie casemanagement bij dementie wordt ingevuld. Dit kan ten koste gaan van de zorgkwaliteit. Daarom is een eenduidig functieprofiel cruciaal, waarin rollen, benodigde kennis en vaardigheden helder zijn beschreven.

V&VN Netwerk casemanagers dementie heeft dit profiel nu ontwikkeld: *Expertisegebied casemanager dementie*. Dit is een handvat voor casemanagers dementie, cliënten en hun mantelzorgers, betrokken professionals, keten- netwerkregisseurs, zorgverzekeraars, bestuurders en beleidsmakers. Het kan ook een basis zijn voor onderwijscurricula. Met als belangrijkste doel: samen investeren in de kwaliteit van zorg voor mensen met dementie.

Leeswijzer

Hoofdstuk 1 focust op de context en legitimering van de functie casemanager dementie. Dit begint met het ziektebeeld dementie, de cliënten en hun zorgvraag. Vervolgens wordt de verbinding gelegd met casemanagement. Waar komt dit begrip vandaan, wat is de link met dementiezorg en wat is de (meer) waarde van de functie casemanager dementie?

In hoofdstuk 2 staat de visie op de inhoud van de functie centraal. Wat is het doel, wat kenmerkt de functie inhoudelijk en welke verantwoordelijkheden heeft een casemanager dementie? Aansluitend volgt een visie op de organisatie van het dementienetwerk.

Hoofdstuk 3 beschrijft de rollen en competenties van een casemanager dementie. De competenties zijn in de basis gelijk aan die van verpleegkundigen. Het Beroepsprofiel verpleegkundige wordt daarom gebruikt als vertrekpunt.

Dit *Expertisegebied casemanager dementie* is bedoeld als aanvulling op het Beroepsprofiel verpleegkundige, zoals geformuleerd in het project V&V 2020³.

1



Context en legitimering functie casemanager dementie

De ziekte dementie

Dementie is een progressieve ziekte, waarbij cognitieve vaardigheden in de loop van het ziekteproces verloren gaan. De ziekte zorgt ook voor verandering in het gedrag. De persoon met dementie kan steeds moeilijker beslissingen nemen en raakt de regie over het eigen leven langzaam kwijt. Bij ouderen bestaat een verhoogd risico op het vóórkomen van meerdere ziektes tegelijkertijd (multimorbiditeit). De prognose van dementie is slecht en het verloop kan grillig zijn.

Cliënten en hun zorgvraag

Er zijn momenteel ongeveer 250.000 mensen met dementie in Nederland¹. Daarvan woont het grootste deel (75%) thuis. Naar verwachting verdubbelt het aantal mensen met dementie de komende dertig jaar.

De complexiteit van de zorgvraag bij dementie is niet gekoppeld aan de fase van het ziekteproces. De ene persoon met dementie heeft vooral aan het begin van de ziekte een grote en complexe hulpvraag. Bijvoorbeeld omdat acceptatie van de ziekte moeilijk is. Bij anderen ligt de complexiteit meer aan het einde van het ziekteproces. Afstemming van zorg die verschillende betrokkenen leveren, vraagt dan veel inzet. De hulpvraag ligt vaak bij de mantelzorger en niet zozeer bij de persoon met dementie. Beiden kunnen verschillende belangen hebben. Ook de opvattingen wat betreft gewenste hulp kunnen uiteenlopen.

Partners van personen met dementie zijn meestal op leeftijd en hebben soms gezondheidsproblemen. Zorgen voor iemand met dementie betekent vaak een verandering van rol. Partners worden bijvoorbeeld verzorger. Rolverandering is een moeilijk proces, waarbij acceptatie van de ziekte bijna een voorwaarde is.

De meeste cliënten en hun mantelzorgers willen graag zo lang mogelijk begeleiding en zorg ontvangen in de thuissituatie. Waarbij de kwaliteit van leven voor beiden zo hoog mogelijk is. Dit heeft ook de voorkeur van de overheid; als het kan thuis, indien nodig in een zorginstelling. De Zorgstandaard Dementie² beschrijft daarom de wenselijkheid en noodzaak van een vertrouwd, vast en deskundig aanspreekpunt voor cliënt en mantelzorger: de casemanagwer dementie (ook trajectbegeleider of dementieconsulent genoemd).

Achtergrond casemanagement

Het begrip casemanagement ontstond vijftig jaar geleden in de Verenigde Staten. Psychiatrische ziekenhuizen sloten hun deuren en chronisch psychiatrische patiënten gingen steeds vaker thuis wonen. Deze patiënten hadden behoefte aan langdurige begeleiding, waarbij hun zorgvraag en het aanbod bij elkaar werden gebracht. In eerste instantie was de casemanager vooral een makelaar van zorg, later vooral een hulpverlener. Het begrip casemanagement komt inmiddels in veel velden van de gezondheidszorg en dienstverlening voor. Overeenkomsten zijn het gebruik van een specifieke methodiek én het langdurige karakter van de hulpverlening. Deze vorm van hulpverlening past ook uitstekend in de dementiezorg voor cliënten die thuis wonen.

De casemanager dementie

De casemanager dementie is in eerste instantie zelf hulpverlener. Hij of zij biedt cliënten en mantelzorgers ondersteuning, begeleiding en behandeling. Hierbij staat hun zorgvraag centraal. Daarnaast is de casemanager dementie coördinator van zorg. Hij of zij is langdurig beschikbaar en deskundig op het gebied van dementie, de gevolgen en mogelijkheden voor begeleiding, behandeling en zorg. In vrijwel alle regio's is casemanagement dementie ingebed in een lokale samenwerkingsvorm; deze wordt dementieketen of dementienetwerk genoemd. De functie wordt grotendeels vervuld door verpleegkundigen⁴ (vermoedelijk 70%). Ook anders opgeleiden zoals maatschappelijk werkers of ergotherapeuten (veelal jarenlang werkzaam in de psychogeriatric) vervullen de functie casemanager dementie.

Een casemanager dementie richt zich op mensen met een diagnose dementie. Mensen waarbij dementie zich voor het 65e jaar openbaart, vormen daarbij een speciale groep. Zij hebben vaak specifieke wensen en behoeften. Veel dementienetwerken bieden ook hulp aan mensen met Mild Cognitieve Impairment (MCI) of andere cognitieve problemen. Dit geldt eveneens voor mensen met een vermoeden op cognitieve problemen (die zich in de zogenaamde "niet pluis fase" bevinden); zij zijn bij veel netwerken welkom en worden toegeleid naar diagnostiek.

2



Doelstelling en visie op casemanagement bij dementie

Casemanagement bij dementie heeft een duidelijk doel: ervoor zorgen dat de persoon met dementie zo lang mogelijk thuis kan wonen, met een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Niet alleen voor de cliënt zelf, ook voor diens mantelzorger. Is thuis wonen geen optie meer? Dan wordt gezocht naar een passende woonomgeving.

De cliënt, mantelzorger en casemanager bepalen samen de inhoud van de zorg. Daarbij is de casemanager (zo mogelijk) volgend. De mantelzorger wordt ondersteund, om zo goed mogelijk om te gaan met de ziekte. Zodat overbelasting en de gevolgen daarvan worden voorkomen. Dat is het streven. Is er kans op een onveilige situatie? Dan kan de casemanager overgaan tot bemoeizorg.

Casemanagement bij dementie is een containerbegrip met veel verschijningsvormen; zowel qua taakopvatting als persoon die de functie uitvoert. Er bestond ook geen eenduidig functieprofiel voor deze functionaris. Dit kan afbreuk doen aan de kwaliteit van zorg. V&VN Netwerk casemanagers dementie heeft daarom een heldere visie ontwikkeld op de inhoud van de functie, de verantwoordelijkheden van de casemanager dementie én de organisatie van dementienetwerken.

2.1 Visie op de inhoud van de functie

Specifieke kennis, vaardigheden en ervaring op het gebied van dementie(zorg)

Er is een verschil tussen de rol van casemanager in het algemeen en de functie van casemanager dementie in het bijzonder. De eerste kan onderdeel zijn van andere verpleegkundige of niet-verpleegkundige functies. De casemanager dementie heeft echter specifieke kennis, vaardigheden en ervaring op het gebied van dementie en dementiezorg. Daarmee onderscheidt de casemanager dementie zich van andere generiek werkende professionals.

Eenzelfde verschil bestaat tussen een huisarts en een ambulant werkende specialist ouderengeneeskunde. Beiden zien in hun dagelijkse praktijk mensen met dementie. De specialist ouderengeneeskunde heeft echter aanvullende kennis en vaardigheden. Ook heeft de specialist ouderengeneeskunde meer ervaringskennis, omdat deze meer cliënten met dementie ziet.

Heldere functie-eisen

Casemanager dementie is dus (bij voorkeur) een functie met daarbij behorende functie-eisen. Functie-eisen geven namelijk richting aan de functie, zijn daardoor controleerbaar en geven ook ruimte aan professionalisering.

Verpleegkundige vooropleiding

De casemanager dementie heeft (bij voorkeur) een verpleegkundige vooropleiding niveau 5. Momenteel wordt de functie ook vervuld door andere, veelal psychosociaal opgeleiden zoals maatschappelijk werkers of ergotherapeuten.

Opleiding casemanager dementie

De casemanager dementie heeft een specifieke opleiding gevolgd tot casemanager dementie en heeft bovendien praktijkervaring opgedaan.

2.3 Visie op zelfstandigheid en professionele verantwoordelijkheid

Stepped care-principe

De casemanager dementie werkt volgens het principe van “stepped care”. Eerst wordt de eenvoudigste interventie ingezet. Werkt deze niet, dan volgt een grotere (duurdere) interventie. De casemanager dementie neemt alleen over wat écht noodzakelijk is en zet aan tot zelfmanagement. De hulpvraag kan tijdens de ziekte regelmatig veranderen. Soms is er behoefte aan inzet van hoge complexe zorg, soms ontstaat een relatief rustige fase waarin de casemanager vooral volgend is en een beperkte inzet heeft.

Multidisciplinaire setting

De ziekte dementie kan complex zijn. Soms zijn vaardigheden nodig waarover de casemanager dementie niet beschikt. Daarom is het wenselijk dat de casemanager dementie in een multidisciplinaire setting werkt. Medische diagnostiek en behandeling vormen zo mogelijk een integraal onderdeel van de hulpverlening, waarbij de casemanager dementie bij voorkeur in de eerste lijn is gepositioneerd. Indien nodig kan een beroep worden gedaan op bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde of een psycholoog. Het is ook belangrijk dat een zorgplan (ook behandel- of begeleidingsplan genoemd) van de casemanager multidisciplinair kan worden besproken en getoetst. Dit betekent dat bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde het plan kent en goedkeurt.

Teamspeler

Een echte team- of ketenspeler; dát is de casemanager dementie zeker. Het begeleiden van cliënten thuis vereist bijvoorbeeld ook nauwe samenwerking en afstemming met de huisarts. De huisarts heeft in de thuissituatie de medische eindverantwoordelijkheid. Daarnaast wordt samengewerkt met vele andere zorgprofessionals, zoals de wijkverpleegkundige en andere thuiszorgmedewerkers, praktijkverpleegkundigen, medewerkers van dagbehandelingen en woon- zorgcentra, welzijnswerkers en vrijwilligers.

2.3 Visie op de organisatie van het dementienetwerk

Eén cliënt, één contactpersoon

De functie casemanager dementie wordt (bij voorkeur) vervuld door één persoon. Het aangaan van een zorgrelatie met mensen met dementie, is ingewikkeld vanwege het progressieve karakter van de ziekte. Wisseling van functionaris gedurende het zorgproces is daarom ongewenst.

Dienstverband

Bij voorkeur werkt de casemanager dementie in een dienstverband van minimaal 24 uur. Dit biedt garantie voor continuïteit en bereikbaarheid.

Focus op wens cliënt én mantelzorger in de thuissituatie

De casemanager dementie gaat uit van de wensen en behoeften van cliënt en mantelzorger. Daarbij wordt gestreefd naar zelfmanagement en autonomie. De casemanager dementie biedt hulp aan de cliënt, mantelzorger, familie en andere betrokkenen. De casemanager dementie komt bij cliënten thuis.

Onafhankelijk

De casemanager dementie is onafhankelijk bij het geven van adviezen. Voor verwijzing van zorg is de functionaris niet gebonden aan de eigen organisatie.

Van a tot z

Zo mogelijk is de casemanager dementie al vóór de diagnose betrokken bij de cliënt. Deze betrokkenheid eindigt pas bij overlijden van de cliënt of in de periode na opname in een verpleeghuis.

Multidisciplinair, integraal en gecertificeerd

Casemanagement bij dementie is ingebed in een keten, waarin vaste afspraken zijn gemaakt over afstemming, informatieoverdracht, verantwoordelijkheden en het opvangen van crisissituaties (7x24 uur) in de zorg. De werkwijze van de casemanager dementie is gedefinieerd in de keten en bij voorkeur vastgelegd in een gecertificeerd kwaliteitssysteem.

3



De competenties van de casemanager dementie

Welke competenties heeft een casemanager dementie nodig, om de functie goed uit te kunnen oefenen? Deze zijn in de basis gelijk aan die van een verpleegkundige. In het Beroepsprofiel verpleegkundigen³ worden deze competenties duidelijk beschreven, met behulp van het CANMEDS model. Van de casemanager dementie mag dus worden verwacht, dat hij of zij voldoet aan de gestelde competentie-eisen voor een verpleegkundige.

Daarnaast beschikt de casemanager dementie over aanvullende, specifieke competenties. Ze worden hierna beschreven aan de hand van het genoemde CANMEDS model. Dit model gaat uit van zeven competentiegebieden. Het zijn de zeven rollen die de casemanager dementie vervult: (1) zorgverlener, (2) communicator, (3) samenwerkingspartner, (4) reflectieve "EBP" professional, (5) gezondheidsbevorderaar, (6) organisator en (7) professional en kwaliteitsbevorderaar.

De rol 'zorgverlener' vormt het hart van de functie casemanager dementie. Bij elke rol horen specifieke kennis, vaardigheden en attitude.



Rol 1 → de zorgverlener

De casemanager dementie biedt hulp volgens een bepaalde methodiek en beschikt over een gereedschapskist met gepaste interventies. Het methodisch proces bestaat uit de volgende stappen: gegevens verzamelen, een zorgdiagnose stellen, doelen voor hulpverlening bepalen, doelen vertalen in een zorgplan, de geplande zorg uitvoeren, de resultaten volgen (monitoring) en de zorg evalueren.

De casemanager dementie kan de volgende interventies bieden aan cliënt en mantelzorger: informeren, begeleiden, coördineren van zorg en (incidenteel) praktische hulpverlening.

KENNIS

De casemanager dementie als zorgverlener:

- kent de ziekte dementie (inhoudelijk), het verloop van de ziekte en de gevolgen daarvan voor gedrag en beleving van de cliënt en diens omgeving.
- kent de bij dementie voorkomende somatische, psychische en systeemproblematiek.
- is bekend met theoretische verklaringsmodellen voor veranderingen en problemen in het gedrag bij mensen met dementie.
- kent theoretische modellen rondom begeleiding van mensen met dementie.
- kent de sociale kaart die relevant is voor dementie en de methoden om dit professionele netwerk te onderhouden.
- is bekend met de principes van omgaan met zorgmijding.
- kent probleemoplossende methodieken.
- weet oplossingen voor financiële en wettelijke problemen van mensen met dementie en hun mantelzorgers. Voorbeelden zijn bewindvoering en mentorschap.
- is bekend met de werking en bijwerkingen van medicamenteuze behandeling bij dementie.

VAARDIGHEDEN & ATTITUDE

De casemanager dementie als zorgverlener:

- voert een intakegesprek ten behoeve van zorgdiagnostiek en kijkt daarbij naar huidige én potentiële problemen (preventie).
- doet zorgonderzoek gericht op dementie en kan daarbij gebruik maken van specifieke meetinstrumenten (ook voor monitoring).
- inventariseert de wensen en voorkeuren van cliënt en mantelzorger.
- herkent belastende en ontlastende factoren voor mantelzorgers.
- doet in samenspraak met cliënt en mantelzorger een voorstel voor een integraal en anticiperend zorgplan. Daarbij wordt rekening gehouden met wilsbekwaamheid en vertegenwoordiging.
- brengt de belasting van de mantelzorger gestructureerd in kaart.
- kan effectief informeren en adviseren (denk aan het juiste moment, de juiste vorm en de wederkerigheid van informeren in het kader van gezamenlijke besluitvorming).

- verstrekt algemene informatie over dementie en specifieke informatie over de situatie van de cliënt, zoals de individuele diagnose en prognose.
- biedt begeleiding, emotionele ondersteuning en counseling.
- schat de zorgbehoefte in (zowel psychisch als somatisch), vraagt zorg aan, coördineert, monitort en evalueert.
- coacht naasten in het omgaan met gedragsverandering van de persoon met dementie.
- motiveert de cliënt en/of diens mantelzorger om zorg of behandeling te accepteren.
- heeft oog voor een mogelijk onveilige woonomgeving.
- ondersteunt bij het invullen van formulieren en geeft advies over financiën, administratie, wet- en regelgeving.
- treedt op bij acute noodsituaties. Voorbeelden zijn het wegvallen van mantelzorg of plotselinge gedragsveranderingen zoals agressie, suicidaliteit en delier.
- evalueert de verleende zorg met de cliënt, diens mantelzorger en andere disciplines binnen het eigen team.

In sommige dementienetwerken participeert de casemanager dementie ook in ziektediagnostiek, behandeling en crisisinterventie. Dit vraagt om de volgende aanvullende vaardigheden. De zorgverlener:

- verzamelt ziektediagnostische informatie.
- kan een voorlopige ziektediagnose voorstellen, op basis van een classificatiesysteem.
- neemt deel aan de multidisciplinaire cliëntenbespreking waar de ziektediagnose wordt gesteld.
- voert samen met de arts een uitslaggesprek met de cliënt en diens naasten.
- participeert in behandelmethodes, zoals groepsbehandeling van mantelzorgers, cognitieve gedragstherapie en probleemoplossende therapie.
- draagt bij aan de medicamenteuze therapie, zoals monitoring van bijwerkingen en evaluatie met de arts.
- draagt bij aan het verzamelen van gegevens over onvrijwillige zorg, bijvoorbeeld bij de aanvraag van een wettelijke maatregel.

Rol 2 → de communicator

De casemanager dementie begeleidt cliënten, heeft oog voor de belangen van cliënt en mantelzorger én komt op voor deze belangen. Het realiseren van gezamenlijke besluitvorming en gedragen beslissingen is cruciaal. De casemanager dementie vervult dus ook een rol als communicator en dit vereist specifieke competenties.

Het aangaan van een adequate, langdurige zorgrelatie is noodzakelijk voor goede hulpverlening. Dit schept bovendien vertrouwen en dat is nodig voor het proces van gezamenlijke besluitvorming. Cliënt, mantelzorger en casemanager dementie doorlopen samen enkele stappen, om te komen tot gezamenlijk gedragen beslissingen. Hierbij staan twee aspecten centraal: het aanbieden van keuzemogelijkheden én

het wederzijds uitwisselen van informatie, voorkeuren en waarden wat betreft deze mogelijkheden. De casemanager dementie begeleidt dit proces. In een langer durende zorgrelatie, moeten in de loop van de tijd vaak meerdere besluiten worden genomen terwijl de beslisvaardigheid van de cliënt afneemt.

KENNIS

De casemanager dementie als communicator:

- kent specifieke benaderingsstrategieën bij dementie. Voorbeelden zijn Realiteits Oriëntatie Training, Validation, belevingsgerichte zorg, warme zorg en reminiscentie technieken voor gesprekken met cliënten.
- is bekend met technieken voor familie- en systeemgesprekken.
- kent de principes van gezamenlijke besluitvorming.

VAARDIGHEDEN & ATTITUDE

De casemanager dementie als communicator:

- neemt verantwoordelijkheid voor het aangaan, onderhouden en beëindigen van de zorgrelatie met de cliënt en diens mantelzorger.
- draagt uitdrukkelijk ook zorg voor de mantelzorger van de persoon met dementie.
- heeft oog voor de verschillende belangen van de cliënt en diens mantelzorger.
- wekt vertrouwen door aandacht, toewijding en aanwezigheid.
- creëert een omgeving die gekenmerkt wordt door begrip, vertrouwen en empathie.
- werkt vanuit het levensverhaal van de cliënt.
- ondersteunt de cliënt en mantelzorger bij het gezamenlijk nemen van besluiten. Bijvoorbeeld door het verhelderen van perspectieven en het exploreren van opties. Hierbij wordt aangestuurd op eigen kracht.
- voert (indien gewenst) afzonderlijke gesprekken met het cliëntsysteem.
- doseert de aard en het tempo van de zorgverlening en houdt rekening met de eigen regie van de cliënt en mantelzorger.
- treedt op als belangenbehartiger van de cliënt en mantelzorger.
- bereidt de cliënt en mantelzorger voor op toekomstige gevolgen van de ziekte.
- versterkt het sociale systeem en ondersteunt maatschappelijke participatie van de cliënt.
- evalueert periodiek het eigen functioneren met cliënt en mantelzorger.

Rol 3 → de samenwerkingspartner

De casemanager dementie is een professional die verbindingen legt in het informele en formele netwerk. Naast het contact met cliënt en mantelzorger, zoekt hij of zij contact met het informele systeem van de cliënt (indien gewenst en aanwezig).

De casemanager dementie werkt nauw samen met andere disciplines binnen de keten, onderhoudt contact met relevante hulpverleners en vormt de verbinding tussen deze hulpverleners in het belang van de cliënt. De casemanager dementie is dus een ketenspeler en samenwerkingspartner, die niet alles zelf kan en hoeft te doen.

KENNIS

De casemanager dementie als samenwerkingspartner:

- kent strategieën om netwerkcontacten aan te gaan en te onderhouden.
- is bekend met de ouderenzorg in het algemeen en de sociale kaart van het werkgebied in het bijzonder.
- kent de eigen mogelijkheden en beperkingen wat betreft de te verlenen zorg, is een ketenspeler en schakelt waar nodig anderen in.

VAARDIGHEDEN & ATTITUDE

De casemanager dementie als samenwerkingspartner:

- werkt in teamverband.
- doet (waar nodig) een beroep op leden van het multidisciplinaire team.
- bespreekt en evalueert de verleende zorg multidisciplinair.
- houdt actief contact met ketenpartners en andere hulpverleners (relevant voor dementie).
- kan knelpunten in de samenwerking bespreekbaar maken.
- onderneemt actie als de zorg van derden niet goed verloopt.
- geeft consultatie aan collega-zorgverleners.

Rol 4 → de reflectieve EBP-professional

De casemanager dementie werkt in een veld dat volop in ontwikkeling is. De taken en functie van de casemanager dementie zijn nog niet uitgekristalliseerd. In de relatief nieuwe functie komen methodieken en interventies vanuit verschillende onderdelen van de gezondheidszorg samen. De casemanager dementie wordt in het werk ook regelmatig geconfronteerd met moreel ethische vragen. Dit alles vraagt om een reflectieve houding en focus op evidence based practice (EBP) werken.

KENNIS

De casemanager dementie als reflectieve EBP-professional:

- kent de basisprincipes van evidence based practice werken. Hij of zij is op de hoogte van beschikbaar bewijs vanuit wetenschappelijk onderzoek voor casemanagement bij dementie of voor afzonderlijke interventies relevant voor dementie.

VAARDIGHEDEN & ATTITUDE

De casemanager dementie als reflectieve EBP-professional:

- past richtlijnen toe in de uitoefening van de functie.
- kan beredeneerd van richtlijnen afwijken, als dit in het belang is van de cliënt.
- kan omgaan met ethische problemen (bijvoorbeeld in de vorm van het moreel beraad).
- neemt jaarlijks tenminste zes keer deel aan intervisie met andere casemanagers dementie.
- houdt relevante vakliteratuur bij.
- neemt indien gewenst deel aan richtlijnontwikkeling.
- stelt persoonlijke leerdoelen op (formuleert de eigen behoefte tot opleiding en deskundigheidsbevordering).
- is geregistreerd in het kwaliteitsregister V&V.

Rol 5 → de gezondheidsbevorderaar

Dementie is een progressieve ziekte. De ziekte is niet te voorkomen en nauwelijks te behandelen. Wel is het mogelijk om de gevolgen van dementie positief te beïnvloeden. Het algemene publiek heeft (nog) beperkte kennis van de ziekte dementie. Als 'gezondheidsbevorderaar' speelt de casemanager dementie een belangrijke rol bij het verstrekken van informatie over dementie.

KENNIS

De casemanager dementie als gezondheidsbevorderaar:

- kent de prevalentie, uitingsvormen en risicogroepen van dementie.
- is bekend met de technieken voor het informeren van een algemeen publiek.

VAARDIGHEDEN & ATTITUDE

De casemanager dementie als gezondheidsbevorderaar:

- geeft publieksvoorlichting.
- geeft scholing aan mantelzorgers in een groep.
- participeert in een Alzheimercafé.
- bevordert en begeleidt lotgenotencontact.

Rol 6 → de organisator

In veel regio's is casemanagement bij dementie recent ontstaan en is de functie van casemanager dementie nog in opbouw. Casemanagers hebben een rol bij het vormgeven van hun functie en het uitbouwen van de samenwerking in de keten. Dit vraagt om een rol als organisator.

KENNIS

De casemanager dementie als organisator:

- weet hoe casemanagement bij dementie zich de afgelopen jaren heeft ontwikkeld.
- kent de financieringsstromen zoals WMO, ABWZ en zorgverzekeringswet én de mogelijkheden om met deze stromen goede hulpverlening te organiseren.

VAARDIGHEDEN & ATTITUDE

De casemanager dementie als organisator:

- stimuleert en participeert in relevant onderzoek naar casemanagement bij dementie.
- signaleert hiaten in de zorg (in de eigen regio) en bespreekt dit met beleidsverantwoordelijken.
- behartigt de belangen van de professional binnen de eigen organisatie.
- draagt bij aan de ontwikkeling van de functie casemanager dementie.

Rol 7 → de professional en kwaliteitsbevorderaar

De casemanager dementie is mede verantwoordelijk voor het opstellen en onderhouden van een professionele standaard voor de functie. Dit bevordert de kwaliteit van de zorg aan mensen met dementie.

KENNIS

De casemanager dementie als professional en kwaliteitsbevorderaar:

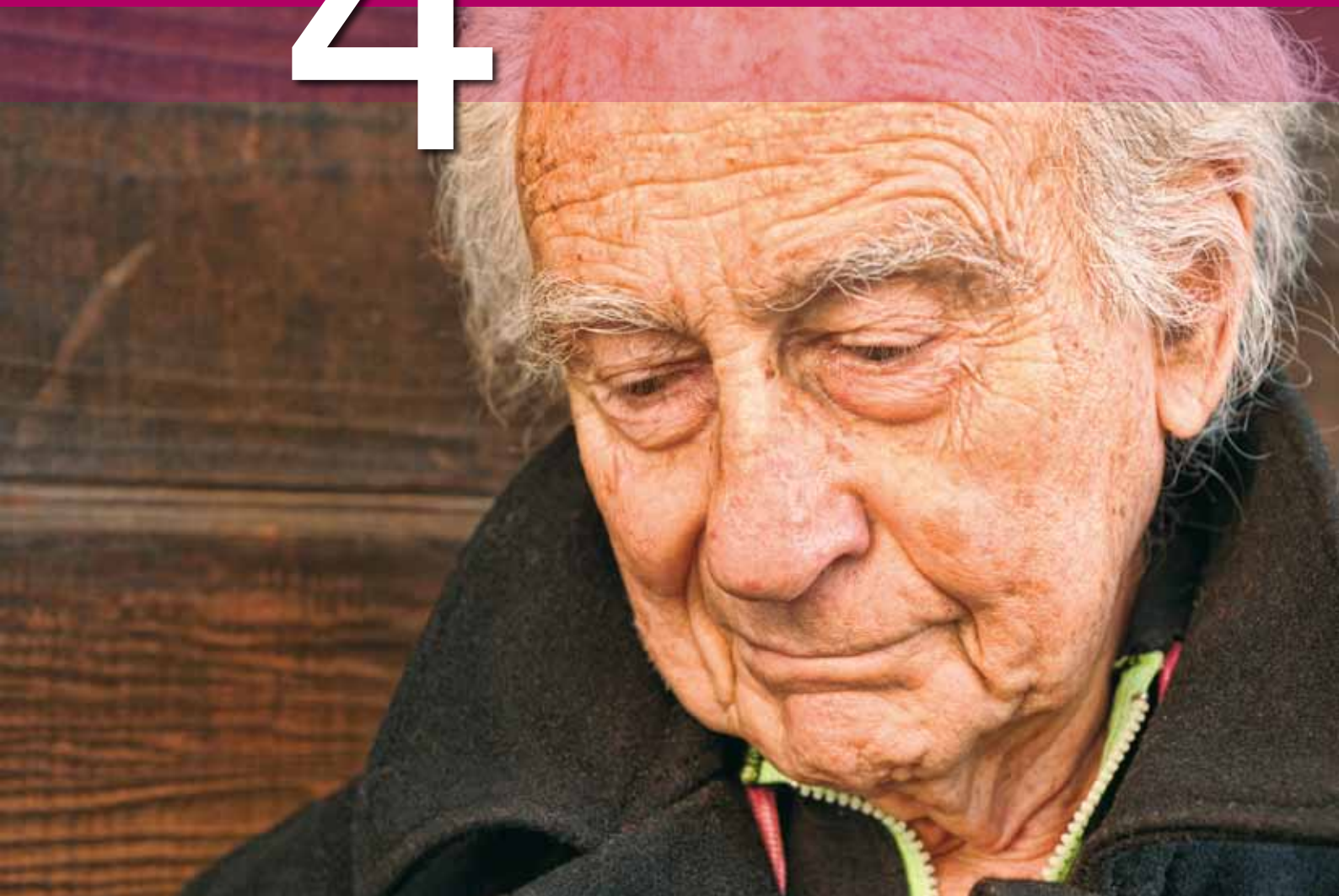
- kent kwaliteitsprincipes en -begrippen in het algemeen en het kwaliteitsmodel van de eigen organisatie in het bijzonder.
- kent de eigen professionele en persoonlijke grenzen.
- kent wettelijke kaders zoals WGBO, BOPZ en de wet BIG.

VAARDIGHEDEN & ATTITUDE

De casemanager dementie als professional en kwaliteitsbevorderaar:

- werkt zelfstandig en beheert een eigen caseload.
- past effectief tijdmanagement toe.
- is creatief, bijvoorbeeld in complexe situaties.
- reflecteert op het eigen handelen (bijvoorbeeld via intervisie).
- legt verantwoording af over de verleende zorg.
- trekt consequenties uit fouten.
- spreekt anderen aan op (bijna)incidenten.
- overlegt over ethische problemen.
- draagt kennis en kunde over aan nieuwe collega's (in de rol als werkbegeleider of docent).
- zet zorg efficiënt in en let daarbij op de kosten.

4



Bijlagen

Werkwijze

Dit Expertisegebied casemanager dementie is geïnitieerd en geschreven door de kerngroep van V&VN Netwerk casemanagers dementie. Het eerste concept ontstond in het voorjaar van 2012, op basis van eerder verzamelde literatuur en het overzicht van bestaande beroepsprofielen van casemanagers dementie in Nederland (beschreven door Hogeschool Windesheim⁵).

In juni 2012 werd het eerste concept besproken in het forumoverleg van V&VN Netwerk casemanagers dementie. Daarna is het concept aangepast. Een volgend concept is schriftelijk voorgelegd aan leden van V&VN Netwerk casemanagers dementie en aan relevante organisaties en personen met betrekking tot casemanagement bij dementie. Na aanpassing door de kerngroep in oktober 2012, is het concept goedgekeurd door het forum.

Het concept is uiteindelijk herschreven door tekstschrijver Winneke Kok (Groot Haar + Orth). Het Expertisegebied is op 26 november 2012 ter introductie aangeboden aan Alzheimer Nederland. Aansluitend hebben belanghebbende organisaties en personen dit Expertisegebied casemanager dementie ontvangen.

Projectorganisatie

Kerngroep: Tiertsje Kuipers, Claire van Wees, Willy Mieremet, Jos Lenselink, Paul-Jeroen Verkade

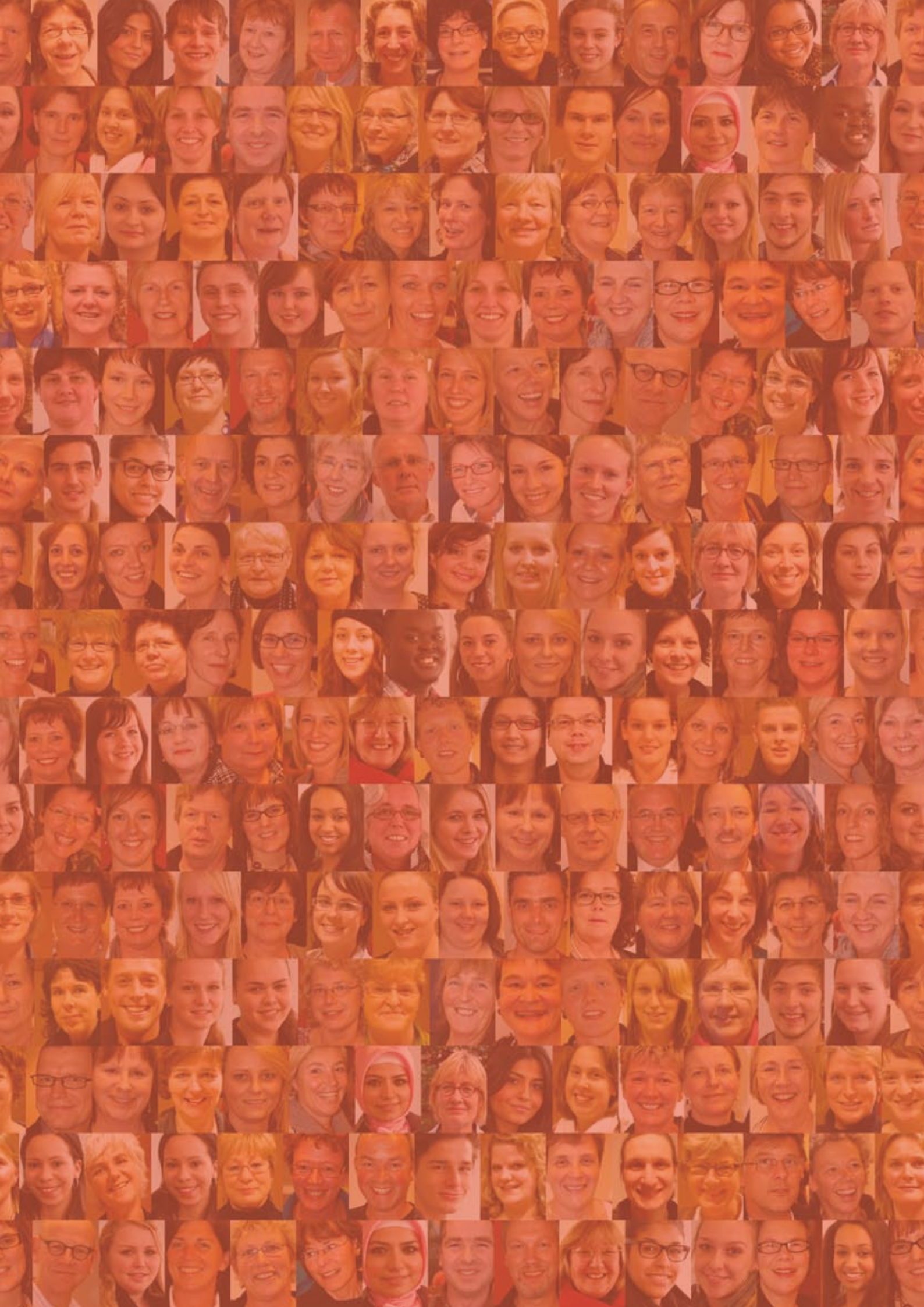
Forum: Annette van Ommeren, Christa Henstra, Daan van Delden, Edith van Heteren, Edith Verkooijen, Gerben Jansen, Harriet Oudakker, Marianne de Jongh, Martina Janssen, Mirjam Boesveld, Marlies Smulders, Nelda Steffens, Marriette van de Lande, Mieke Zandee, Monica Muller.

Casemanagers dementie die schriftelijk feedback hebben gegeven: Trees Koeneman, Jan Adrichem, Liesbeth Korving, Marion Luikel, Ria Meijer, Annemieke Jongert, Anoushka Witterman, Ankie van Dalen, Monique Schmitz.

Personen van organisaties die schriftelijk feedback hebben gegeven: Peter Dijkstra (Plantein), Els van der Veen (Netwerk Dementie Drenthe), Marcel Bosma (Menzis), Anita van Duin (Zorgbalans), Julie Meerveld (Alzheimer Nederland), Margje Mahler (Vilans), Leontine Groen-van de Ven (Windesheim), Jan Vuister (Geriant), Jos van der Meulen (Hogeschool Arnhem Nijmegen), Betty Rietveld-Pitlo (Hogeschool Rotterdam), Jos Pullen (Inholland Academy), Benny Gelenbrecht (SETH academie), Henk Rosendal (V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen), Joke Koers (V&VN Praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners) en Nellie Kolk (V&VN bureau)

Noten, referenties, geraadpleegde literatuur

1. Alzheimer Nederland. Standpunt Alzheimer Nederland Casemanagement. Alzheimer Nederland: 2012
<http://www.alzheimer-nederland.nl/media/12873/Standpunt%20casemanagement%20Alzheimer%20Nederland%20DEF%20sept2012.pdf>
2. Alzheimer Nederland en Vilans. Zorgstandaard Dementie, Definitief concept Versie 1. Alzheimer Nederland: 2012
<http://www.alzheimer-nederland.nl/media/11405/Zorgstandaard%20Dementie%20PDF.pdf>
3. Lambregts J., Grotendorst A. Leren van de toekomst. Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020. Bohn Stafleu van Loghum, Houten: 2012
4. Peeters J.M., Francke A.L., Pot A.M., Organisatie en invulling van "casemanagement dementie" in Nederland. Verslaglegging van een landelijke peiling onder regionale projectleiders. Nivel: 2011
<http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-organisatie-casemanagement-dementie.pdf>
5. Beekelaar, L., S. Derksen, D. v.d. Moolen, L. Groen- van de Ven. Overzicht van bestaande beroepsprofielen van casemanagers dementie in Nederland, bijlage in: Beekelaar, L., S. Derksen, D. v.d. Moolen. Competenties voor Gezamenlijke besluitvorming binnen het huidige en gewenste beroep van casemanager dementie. Onderzoeksrapport in het kader van de studie verpleegkunde. Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim 2012.





November 2012

© V&VN

Het is toegestaan teksten uit deze uitgave
over te nemen, mits de juiste bron vermeld is.

ISBN/EAN: 978-90-78995-18-0