

Expertiseprofiel casemanager dementie



ACTUALISATIE EN SAMENVOEGING VOORGAANDE
PROFIELEN DEMENTIEVERPLEEGKUNDIGE EN
CASEMANAGER DEMENTIE SOCIAL WORK ZORG

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Aanleiding	4
<i>Belang eenduidige organisatie casemanagement dementie</i>	4
Leeswijzer	5
Hoofdstuk 1 – Dementie en het belang van casemanagement	6
<i>Dementie</i>	6
<i>Preventief en pro-actief</i>	6
<i>Casemanagement dementie volgens de zorgstandaard (2020)</i>	9
<i>Het regionale netwerk dementie</i>	10
Hoofdstuk 2 – Doelstelling en visie op casemanagement dementie	10
<i>Casemanager dementie</i>	10
<i>Brede visie op gezondheid</i>	11
<i>Onafhankelijk</i>	11
<i>Eén cliënt, één regisseur</i>	11
<i>Focus op cliënt en cliëntsysteem in de thuissituatie</i>	11
<i>Gezamenlijke besluitvorming</i>	11
<i>Passende zorg</i>	12
<i>Pro-actieve zorgplanning</i>	13
<i>Dementie en de (on)mogelijkheden van behandeling</i>	13
<i>Multidisciplinair werken in de dementieketen</i>	14
<i>De mantelzorger</i>	15
<i>Visie op organisatie van het dementienetwerk</i>	15
<i>Wetten, regels, financiële vraagstukken</i>	15
<i>Opleiding en nascholing casemanager dementie</i>	16
<i>De casemanager dementie en indicering van zorg en ondersteuning</i>	16
Hoofdstuk 3 – De rollen van de casemanager dementie	19
<i>CanMEDS als basis</i>	19
<i>Algemene competenties casemanager dementie</i>	20
Hoofdstuk 4 – De competenties van de casemanager dementie	20
<i>De rol van gezondheidsbevorderaar</i>	20
<i>Kennis</i>	21
Versie 31 mei 2024 – definitief concept voor ledenraadpleging	1

Vaardigheden en attitude	21
<i>De rol van zorgverlener</i>	22
Kennis	23
Vaardigheden en attitude	24
<i>De rol van leider</i>	25
Kennis	26
Vaardigheden en attitude	26
<i>De rol van communicator</i>	27
Kennis	27
Vaardigheden en attitude	28
<i>De rol van samenwerkingspartner</i>	28
Kennis	28
Vaardigheden en attitude	29
<i>De rol van reflectieve evidence based practice-professional</i>	29
Kennis	30
Vaardigheden en attitude	30
<i>De rol van kwaliteitsbevorderaar</i>	31
Kennis	31
Vaardigheden en attitude	31
Bijlage 1 – Totstandkoming van dit profiel	32

Voorwoord

Dit expertiseprofiel verenigt de vorige 2 profielen. Hierbij is ervoor gewaakt dat dit recht doet aan de eigen en gezamenlijke expertise van beide beroepsgroepen. Dit profiel biedt daarmee een passend kader voor alle casemanagers dementie, mits zij een passende vooropleiding hebben zoals in dit profiel beschreven.

We willen hiermee een einde maken aan de discussie over de bekwaamheid en de expertise van de casemanager dementie op basis van de vooropleiding, en zien de casemanager dementie als één professional die gelijkwaardig is in de uitvoering van het vak casemanager dementie.

In het profiel is te lezen dat de casemanager dementie holistisch werkt: gericht op medische, psychische en sociale gezondheid en welzijn. De casemanager dementie heeft expertise op alle domeinen van het leven van mensen met dementie en daarmee een unieke expertise die het hart en de kracht van de functie vormt.

Dit expertiseprofiel maakt ook duidelijk dat een casemanager dementie een specialistische functie heeft, waarbij de kennis en expertise rond het leven met dementie de basis van de functie vormen. Op het oog kan het lijken dat een casemanager dementie generalistisch werkt, maar dit is altijd gevoed vanuit de specialistische kennis. Verdieping van kennis en vaardigheden is nodig om mensen met dementie en hun systeem te ondersteunen met hun wisselende en toenemend complexe vragen en zorgen. Daarbij past een dynamiek die maatwerk vraagt en wisselend is in tijdsinvestering en werkdruk.

We zijn verheugd met de erkenning van de expertise van de casemanager dementie in de onlangs uitgebrachte duiding van het Zorginstituut over het casemanagement dementie¹, die passend is bij hetgeen in dit profiel beschreven is. We hopen tevens dat de beschrijving van de casemanager dementie in dit document ook aanleiding zal zijn om het indiceren van de casemanager dementie voor zorg- en welzijnsondersteuning te herzien op basis van de beschreven expertise, zodat ook daar de ongelijkheid in het uitvoeren van de functie in de praktijk op basis van de vooropleiding opgeheven zal worden.

Ten slotte hopen we met dit expertiseprofiel een stevige verankering te hebben gegeven van de casemanager dementie, zoals door zovele mantelzorgers en mensen met dementie gezien als de meest belangrijke professional in de begeleiding bij het leven met dementie.

¹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2024/04/09/duiding-vergoeding-van-casemanagement-voor-mensen-met-dementie>

Aanleiding

In Nederland zijn nu ruim 300.000 mensen met dementie; dit aantal zal als gevolg van de vergrijzing stijgen naar meer dan een half miljoen in 2040.²Tot 2050 zal het aantal mensen met dementie oplopen naar ruim 620.000 en volgens de factsheet van Alzheimer Nederland geeft het CBS aan dat dementie de snelst groeiende doodsoorzaak is.

Op dit moment is dementie niet te voorkomen of te genezen en zal men ermee moeten ‘leren leven’. Dat laatste geldt voor zowel de personen die dementie krijgen als voor hun naaste familie, vrienden en bekenden. Uit de eerder genoemde factsheet komt naar voren dat 800.000 mensen zorgen voor iemand met dementie. Daarvan geeft 53% aan zwaar belast te zijn waarvan 3% overbelast. Zowel fysiek als psychisch is de zorg voor iemand met dementie zwaar. Steeds meer mantelzorgers hebben zelf hulp nodig. Uit de dementiemonitor van Alzheimer Nederland komt naar voren dat het casemanagement dementie door mantelzorgers steeds meer als belangrijk gezien wordt door mantelzorgers. 65% van de mantelzorgers geeft aan de casemanager dementie belangrijk te vinden en in de top 3 van meest noodzakelijke professionele zorg staat de casemanager dementie op 1.³

Van het aantal mensen met dementie wonen er ruim 80.000 in verpleeg- of verzorgingshuizen, dat betekent dat ruim 70% van de mensen met dementie thuis woont en verzorgd wordt door naaste familie en/of omgeving, de zogenaamde mantelzorgers. Het is belangrijk dat thuiswonende cliënten en hun mantelzorgers een vast en vertrouwd aanspreekpunt hebben. Iemand die langdurig beschikbaar is en verdiepte kennis heeft van dementie en de mogelijkheden voor behandeling, zorg en begeleiding.

De toenemende vergrijzing en het steeds langer thuis blijven wonen maken dat ouderen met dementie steeds meer co-morbiditeit en complexe hulpvragen ontwikkelen. Het vergt grote kennis en vaardigheden om mensen met dementie en hun cliëntensysteem goed te begeleiden gedurende het hele ziektebeloop. Daarbij dient een veelheid van professionals uit de domeinen van welzijn, behandeling, zorg en ondersteuning te worden gecoördineerd om er voor te zorgen dat de juiste zorg van de juiste persoon op het juiste moment en op de juiste manier wordt gegeven, onderling afgestemd en geïntegreerd. Dit alles vergt bij voorkeur één professional: de casemanager dementie.

Belang eenduidige organisatie casemanagement dementie

Dementie vraagt om een brede en specifieke expertise: het expertisegebied van de casemanager dementie. De afgelopen jaren waren er twee expertiseprofielen in het veld die het expertisegebied van de casemanager dementie beschrijven. Het betreft het expertiseprofiel ‘Dementieverpleegkundige’ van de V&VN en het expertiseprofiel ‘Casemanager dementie sociaal werk zorg’ van de BPSW⁴. Gebleken is dat er door het bestaan van twee verschillende profielen discussie ontstond bij de uitvoering over welk expertiseprofiel wanneer ingezet zou kunnen worden en op welke wijze een casemanager dementie met een bepaald profiel gefinancierd zou moeten worden.

² Alzheimer Nederland, Factsheet cijfers en feiten over dementie, februari 2021, link [hier](#)

³ Alzheimer Nederland, infographic dementiemonitormantelzorg, 2022, link [hier](#)

⁴ Zie voor de profielen <https://www.bpsw.nl/publicaties/expertiseprofiel-casemanager-dementie-sociaal-werk-zorg/> en <https://www.venvn.nl/media/1fbchw5n/expertisegebied-dementieverpleegkundige.pdf>

Vanaf het ontstaan van de beide profielen is het de bedoeling geweest dat beiden in het volledige expertisegebied ingezet kunnen worden en wordt er geen verschil gemaakt in de beroepsachtergrond voor de uitvoering van de functie casemanager dementie.

Om meer duidelijkheid te verschaffen over het expertiseprofiel van de casemanager dementie slaan V&VN en de BPSW de handen ineen en ligt voor u een nieuw expertiseprofiel dat voor beide beroepsachtergronden geldt. Dit expertiseprofiel beschrijft de noodzakelijke deskundigheid en competenties waarover een casemanager dementie moet beschikken.

Op dit moment is er op landelijk en regionaal niveau geen eenduidige organisatie van het casemanagement dementie. Dit heeft mede zijn oorzaak in het domeinoverstijgende karakter van het expertisegebied van de casemanager dementie en het onvoldoende aansluiten van de financiering daarbij. Dit vormt een risico voor uniforme kwaliteit en continuïteit van zorg voor mensen met dementie. Eén expertiseprofiel draagt bij aan meer uniformiteit en geeft een eenduidig beeld van hetgeen een casemanager dementie doet en draagt bij aan een duidelijkere basis voor organisatie en financiering.

Leeswijzer

In dit expertiseprofiel spreken we van casemanagers dementie. Hiermee worden zowel de casemanagers dementie met een sociaal werk achtergrond als de casemanagers dementie met een verpleegkundige achtergrond bedoeld (zie ook het voorwoord).

Hoofdstuk 1 **Dementie en het belang van casemanagement**

Hier worden het ziektebeeld dementie, de cliënten en hun hulpvraag verklaard, en wordt de verbinding gelegd met casemanagement dementie. Wat is de (meer)waarde van de casemanager dementie?

Hoofdstuk 2 **Doelstelling en visie op casemanagement dementie**

De inhoudelijke visie op casemanagement dementie staat in dit hoofdstuk centraal. Wat is het doel, wat kenmerkt het werk inhoudelijk en welke verantwoordelijkheden heeft een casemanager dementie? Aansluitend volgt de focus op cliënt en cliëntensysteem, samen besluiten nemen, anticiperend beleid en multidisciplinair werken, gevolgd door de visie op de organisatie van het dementienetwerk.

Hoofdstuk 3 **De rollen van de casemanager dementie**

Dit hoofdstuk beschrijft kort de rollen van de casemanager dementie gebaseerd op het CanMEDS model. Tevens is er een overzicht opgenomen met kerntaken, de kennisbasis en de bouwstenen van het vak casemanager dementie.

Hoofdstuk 4 **De competenties van de casemanager dementie**

In dit hoofdstuk zijn de specifieke competenties van de casemanager dementie (kennis, vaardigheden en attitude) uitgewerkt.

Bijlage 1 **Werkwijze** In deze bijlage wordt de werkwijze kort geschetst en staan diegenen genoemd die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van dit expertiseprofiel.

Hoofdstuk 1 – Dementie en het belang van casemanagement

Leven met dementie speelt zich niet specifiek in het medisch of het sociaal domein af. Iemand met dementie beweegt zich door alle domeinen heen en de focus van het begeleiden en ondersteunen van de persoon met dementie en diens omgeving ligt dan ook niet op de aandoening maar op (het optimaliseren van) het leven van de persoon met dementie en diens omgeving. Hierbij is de sociale context van belang, want mensen met dementie kunnen zich steeds moeilijker aanpassen naarmate de ziekte vordert. Daarom is het belangrijk te achterhalen welke aanpassingen van die context de kwaliteit van leven kunnen verhogen, zoals bijvoorbeeld ook beschreven wordt in de aanpak van de sociale benadering⁵.

Het is belangrijk dat cliënten en hun leefomgeving een vast en vertrouwd aanspreekpunt hebben. Iemand die langdurig beschikbaar is en specifieke kennis heeft van dementie en deze toepast vanuit de context van positieve gezondheid⁶. Hieronder verstaan we onder andere het ondersteunen bij en begeleiden van welzijn, zingeving, behandeling en zorg.

Dementie

De casemanager dementie richt zich op mensen met een diagnose dementie of het vermoeden van dementie (pluis/niet pluisfase) en hun omgeving. Dementie betekent letterlijk: zijn geest verliezen. Het onvermogen de eigen gedachten te sturen en niet meer te kunnen putten uit herinneringen aan het voorbije leven. Dit is een van de ingrijpendste gebeurtenissen die een mens kan overkomen. Men spreekt van dementie als wordt voldaan aan de criteria van de DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders) en/of de NHG-standaard dementie. Kort samengevat houdt dit in dat naast een geheugenstoornis ook een andere stoornis in de cognitieve functies moet bestaan. Beide zijn dan zo ernstig dat het functioneren bemoeilijkt wordt. Dementie is een verzamelnaam voor ruim vijftig ziektes die niet te genezen zijn. Het is daarmee een palliatieve ziekte. De meest voorkomende vorm is de ziekte van Alzheimer. Daarnaast komen vasculaire dementie, frontotemporale dementie (FTD) en Lewy body dementie veel voor⁷.

Mensen bij wie dementie zich voor het 65e jaar openbaart, vormen een speciale groep (circa 15.000 mensen in Nederland). Voor hen is in 2013 een Kenniscentrum Dementie op Jonge Leeftijd opgericht. De landelijke zorgstandaard dementie is ook voor deze groep van toepassing en er is een zorgprogramma beschikbaar specifiek voor deze doelgroep⁸.

Preventief en pro-actief

De casemanager dementie heeft een belangrijke rol in het preventief en proactief begeleiden en ondersteunen van de cliënt en het systeem om de cliënt heen. Tot dat systeem horen de direct betrokken naasten en mantelzorgers, maar nadrukkelijk ook de omgeving, buurt, wijk en ook andere (zorg)professionals. Het is daarom belangrijk om in een zo vroeg mogelijk stadium de casemanager dementie in te schakelen.

⁵ <https://socialebenadering.nl/de-oplossing>

⁶ Verwijzing naar model Positieve gezondheid van Machteld Huber.

⁷ Bron: Lambrechts J., Grotendorst A. *Leren van de toekomst. Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2012

⁸ <https://zorgprogrammadedementieopjongeleeftijd.nl/>

De rol van de casemanager is breed en veelzijdig. In alle fasen van het ziekteverloop – ook wel aangeduid als *patient journey* – speelt de casemanager een rol, soms intensief, soms meer op afstand, afhankelijk van de behoeften van de cliënt. De casemanager legt daarbij verbanden naar instanties, aanbieders van zorg en ondersteuning, en ook naar informele netwerken rondom de betrokkenen. De casemanager dementie levert maatwerk en heeft daartoe kennis en vaardigheden op medisch, sociaal en psychisch vlak, kent de sociale kaart, het zorgnetwerk en weet op het goede moment de best passende verbindingen te leggen.

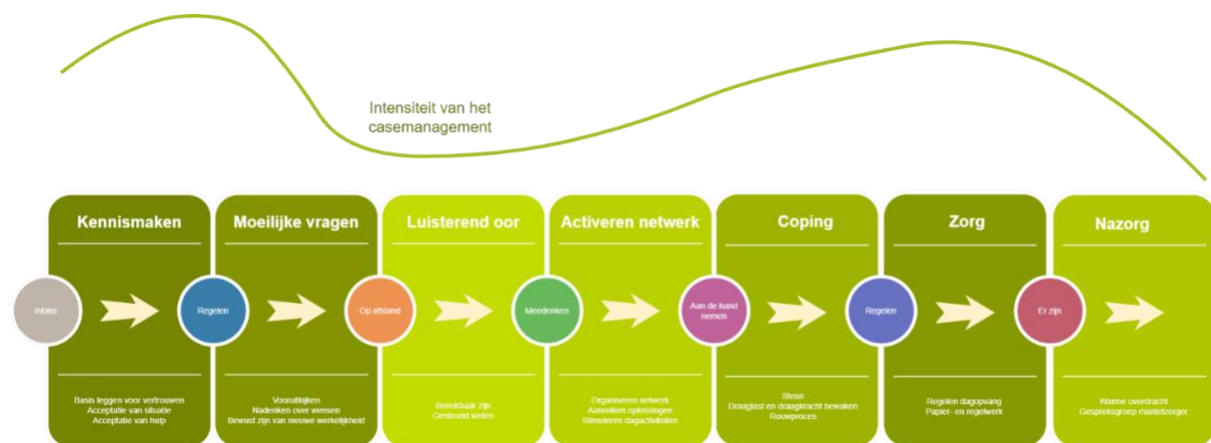
De indruk zou kunnen ontstaan dat de inzet van de casemanager in het begin van het ziekteproces relatief eenvoudig is en naarmate de gezondheid verslechtert intensiever en ingewikkelder wordt. Dat beeld klopt niet; meestal is juist het begin van het casemanagementstraject relatief intensief en complex, zoals onderstaand schema illustreert⁹.

Quote

‘Ik benadruk extra dat juist het begin van de reis deze expertise behoeft om op het juiste spoor van de cliëntreis te komen en niet onnodig te ontsporen met alle gevolgen van dien.’

Amnon Weinberg – specialist ouderengeneeskunde, ere-lid Verenso

Daarnaast is iedere *patient journey* weer anders – bijvoorbeeld wel of niet optreden van onbegrepen gedrag - en daarmee fluctueert ook de problematiek en de benodigde casemanagement inzet. Ook daarom is het belangrijk dat de casemanager de cliënt goed kent en van begin tot eind van het ziekteproces een vinger aan de pols houdt.



⁹ <https://media.alzheimer-nederland.nl/s3fs-public/media/2023-09/documents/Business%20Case%20Casemanagement%20Dementie.pdf?VersionId=6fuz9zSFLyuVECr9mRFghe6SAW77Eezz>

Nadere uitleg van deze figuur:

Fase	Taken	Intensiteit
Kennismaken	Opbouwen goede relatie, vertrouwen, luisteren, invoelen, eerste vragen beantwoorden, verwachtingen uitspreken, voorbereiden vervolgstappen. Intakeproces.	Hoog complex en intensief
Moeilijke vragen	Moeilijk gesprek, durven kijken naar het verloop van de ziekte, de toekomst, nadenken over moeilijke beslissingen, mentorschap, bewindvoering, levenseindevraagstukken / pro-actieve zorgplanning, pijn opvangen. Diagnosetraject (indien nog niet geweest).	Hoog complex en intensief
Luisterend oor	Voortbouwen op vertrouwensband, vragen beantwoorden, bereikbaar zijn. Contact onderhouden	Laag intensief
Activeren netwerk	Aftasten wat belangrijk is, samen naar oplossingen zoeken in het persoonlijke netwerk. Dagactiviteiten in vroeg stadium regelen (Odensehuis bijvoorbeeld)	Laag intensief
Coping	Omgaan met gedragsverandering, weerbaarheid van de mantelzorg, steun bij rouwproces, luisterend oor. Lotgenotencontact persoon met dementie, lotgenotencontact mantelzorg.	Hoog complex
Zorg	Regelen van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging, dagbehandeling, opname, afstemming met familie. Begeleiding levenseinde, palliatieve zorg, opname. Regelwerk, papierwerk, emotionele ondersteuning, stappen zetten.	Intensief

Nazorg	Warme overdracht, emotionele steun, afstemming met familie. Continueren lotgenotencontact mantelzorger.	Intensief
--------	---	-----------

Bovenstaand schema is “een” *patient journey*, opgesteld op basis van gesprekken met en ervaringen van casemanagers. Het ziekteverloop verschilt per cliënt, met andere accenten en uitdagingen.

Belangrijk dus om te benadrukken dat casemanagement dementie een dynamisch proces is, en niet een rechtlijnig proces dat simpel begint en complex eindigt. Complexe en intensieve momenten liggen vaak juist ook in het beginstadium, waarna de intensiteit afneemt, om daarna bij het verergeren van de problematiek thuis geleidelijk aan weer toe te nemen. Een casemanager zal de moeilijke en complexe vraagstukken vroeg in het casemanagementtraject adresseren, misschien niet al het eerste gesprek, maar dan toch wel het vervolggelsgesprek waar de persoon met dementie (en mantelzorger) zich goed op kunnen voorbereiden. Dit vraagt van de casemanager inlevingsvermogen en flexibiliteit om in te kunnen spelen op de situatie en de karakters van de cliënten. Een goede start begint met sensitiviteit en het opbouwen van een vertrouwensband tussen de casemanager en de cliënt. Het is de grondslag voor het verdere traject. De start van het casemanagementtraject is daarom verre van eenvoudig en vraagt maatwerk.

Casemanagement dementie volgens de zorgstandaard (2020)

In de zorgstandaard dementie van 2020 wordt het casemanagement dementie als een randvoorwaarde beschreven om kwalitatief goede zorg en ondersteuning te bieden aan mensen met dementie en hun netwerk.

In de zorgstandaard dementie wordt het casemanagement als volgt gedefinieerd:

- Het systematisch aanbieden van gecoördineerde begeleiding, zorg en ondersteuning als deel van de behandeling door een vaste professional.
- Deze professional maakt deel uit van een (multidisciplinair) samenwerkingsverband gericht op thuiswonende personen met dementie en hun mantelzorgers.
- De casemanagement professional is betrokken vanaf de start van het diagnostisch traject, zo snel mogelijk als de persoon met dementie wil, zonder onnodige wachttijden of wachtlijsten.
- Het streven is om casemanagement in te schakelen op geleide van de individuele behoefte van de mens met dementie en mantelzorger(s). Deze behoefte kan in tijd variëren.
- Casemanagement dementie eindigt na opname in een woonvorm voor mensen met dementie (zoals een verpleeghuis) door middel van warme overdracht.
- De casemanagement professional biedt desgewenst nazorg aan de mantelzorger(s) na overlijden van de persoon met dementie.

Het regionale netwerk dementie

In Nederland zijn 60 – 65 regionale dementienetwerken actief. In deze samenwerkingsverbanden werken professionals met elkaar aan goede zorg en ondersteuning voor mensen met dementie¹⁰. Het casemanagement dementie zoals beschreven in de zorgstandaard dementie (2020) is onderdeel van gecoördineerde netwerkzorg. Het casemanagement dementie is geen losstaande functie, maar een vast en leidend onderdeel van de regionale netwerken dementie. In het regionale netwerk dementie waken de betrokken partijen over de inbedding van het casemanagement in het netwerk en de samenwerking tussen de partijen in zorg (eerste en tweedelijns) en welzijn (nuldelijns). Het casemanagement is geborgd door bestuurlijke afspraken in het netwerk. Het voldoet aan de eisen die, conform de actuele zorgstandaard, aan casemanagement gesteld worden. Met name is het daarbij van belang dat het casemanagement onafhankelijk uitgevoerd kan worden, dat wil zeggen onafhankelijk van het bestaande zorgaanbod en de eventuele organisatiebelangen van de werkgever waar de casemanager dementie in dienst is.

Hoofdstuk 2 – Doelstelling en visie op casemanagement dementie

Het primaire doel van het casemanagement dementie wordt in de zorgstandaard dementie omschreven als

Het optimaliseren van het welbevinden en de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun mantelzorgers, het signaleren van en adequaat handelen bij comorbiditeit en stemmings- en gedragsveranderingen, het minimaliseren van emotionele problemen en overbelasting van mantelzorgers (spanning, angst, depressie) en uitstel van opnames of verplaatsingen naar andere woonvormen. Zo lang mogelijk wordt het regelvermogen – zo nodig met ondersteuning – bij de persoon zelf en de naasten gelegd, waarbij het casemanagement dementie – anticiperend op de ontwikkelingen – steeds het evenwicht tussen draagkracht en draaglast van het cliëntsysteem bewaakt en bevordert vanuit de principes van persoonsgerichte en integrale zorg.

Dit expertiseprofiel gaat uit van de doelstelling zoals beschreven in de zorgstandaard dementie (2020).

Casemanager dementie

De casemanager dementie handelt methodisch, systematisch en evidence based, volgens een cyclisch proces in een multidisciplinaire setting. De casemanager dementie maakt hierbij gebruik van de specifieke kennis die zij of hij heeft verkregen door een aanvullende, door BPSW en V&VN erkende opleiding ‘Casemanagement dementie’¹¹, gebaseerd op de in dit Expertisegebied beschreven CanMEDS-rollen. Zij of hij kent en herkent hierdoor de verschillende fasen die zeer divers, complex en soms grillig kunnen verlopen, en de voortgang en prognose daarvan.

De casemanager dementie is coördinator van welzijn, ondersteuning, zorg en behandeling. Zij/hij is langdurig beschikbaar en deskundig op het gebied van: dementie, de gevolgen ervan

¹⁰ Een overzicht van de netwerken is [hier](#) te vinden, op de website van Dementie Netwerk Nederland.

¹¹ Deze opleidingen zijn onder andere te vinden bij de BPSW: <https://bpsw.nl/app/uploads/Geaccrediteerde-sociale-opleidingen.pdf>

en de mogelijkheden voor welzijn, behandeling, ondersteuning en medische zorg. Bij de psychosociale diagnostiek worden gewenste doelen, benodigde vaardigheden en de mogelijke hulpbronnen in de omgeving vastgesteld. Hierbij worden mensen met dementie en hun leefsysteem actief betrokken. Het is daarbij belangrijk voldoende aandacht te hebben voor de omgeving en het functioneren op meerdere leefgebieden en domeinen.

De casemanager dementie werkt bij voorkeur in een dienstverband van minimaal 24 uur, ongeacht de omvang van de totale aanstelling. Doel is om hiermee garantie voor continuïteit en bereikbaarheid te geven en een minimaal aantal uren is noodzakelijk om voortdurende professionalisering en verdieping van de competenties van de casemanager dementie mogelijk te maken.

Brede visie op gezondheid

De casemanager dementie kijkt met een brede visie naar gezondheid. De casemanager dementie maakt gebruik van de modellen die in de context van deze tijd gebruikt worden, zoals positieve gezondheid, reablement en de sociale benadering.

Onafhankelijk

De casemanager dementie is bij het geven van adviezen en het inzetten of verwijzen van zorg en dienstverlening volledig onafhankelijk en niet gebonden aan de belangen of het aanbod van de eigen organisatie.

Eén cliënt, één regisseur

We streven ernaar dat de regie van het casemanagement dementie wordt vervuld door één professional, passend bij de reis van de cliënt. Het aangaan van een relatie vanuit zorg en welzijn met mensen met dementie vraagt specifieke deskundigheid vanwege het karakter van de ziekte. De casemanager dementie zorgt voor verbinding met en tussen alle bij de cliënt betrokken professionals. En zij/hij bewaakt de continuïteit in deze relatie met de cliënt en het cliëntsysteem, en houdt zicht op hun draagkracht en draaglast.

Focus op cliënt en cliëntsysteem in de thuissituatie

De casemanager dementie biedt cliënten en hun cliëntsysteem behandeling, zorg en ondersteuning. Hierbij staan de cliënt en het cliëntsysteem centraal. Er wordt gestreefd naar (behoud van) zo veel mogelijk:

- eigen regie, zelfstandigheid en samenredzaamheid
- autonomie met behulp van gezamenlijke besluitvorming (pro-actieve zorgplanning)
- matched care en stepped care

De casemanager dementie werkt, volgens de Zorgstandaard Dementie (2020), over de domeinen van verschillende disciplines heen. Zij/hij kan een zorg- en hulpvraaganalyse over de verschillende leefdomeinen maken, werkt multidisciplinair en biedt hulp aan de cliënt thuis en het cliëntsysteem.

Gezamenlijke besluitvorming

De casemanager dementie begeleidt personen met dementie en hun netwerk bij de problemen die zij tegenkomen in het dagelijks bestaan. Samen beslissingen nemen over zorg en welzijn is hiervan een belangrijk aspect. Van mensen met dementie wordt vaak gedacht dat zij niet of nauwelijks in staat zijn deel te nemen aan besluitvormingsprocessen. In de praktijk en uit onderzoek blijkt dat mensen met dementie wel degelijk een stem kunnen hebben in het nemen van beslissingen. Ook voor de mensen rond een persoon met dementie

is het wenselijk dat zij betrokken worden bij besluitvorming rondom gebieden als wonen, zorg, welzijn en mobiliteit. Hogeschool Windesheim hebben onderzocht welke competenties nodig zijn om gezamenlijke besluitvorming over zorg en welzijn te kunnen ondersteunen bij mensen met dementie¹². Dat zijn er vijf:

- Ondersteunen van eigen regie
- Beslisproces managen en plannen
- Stimuleren van informatieuitwisseling tussen betrokkenen
- Toewerken naar overeenstemming over de beslissing tussen betrokkenen
- Verantwoorden van het beslisproces.

Passende zorg

De casemanager dementie werkt volgens principes van passende zorg, zoals stepped care, matched care en relationele autonomie volgens Andries Baart¹³. Dit betekent dat de ondersteuning en zorg afgestemd worden in overleg met en rekening houdend met de kenmerken van de cliënt, waarbij de casemanager dementie alert is op het niet onnodig overnemen van de eigen regie van de cliënt. Het gaat om kenmerken als: de ernst van de problematiek, mentale en sociale vaardigheden, omgevingsfactoren en wensen en behoeften van de cliënt en het cliëntsysteem. De cliënt en het cliëntsysteem worden gevraagd naar eigen wensen en behoeften en gestimuleerd in de eigen regie en zelfredzaamheid en samenredzaamheid. Hierbij wordt gebruik gemaakt van daarop gerichte modellen zoals positieve gezondheid en de sociale benadering.

De hulpvraag kan tijdens de ziekte regelmatig veranderen. Soms is er behoefte aan inzet van intensieve ondersteuning, soms ontstaat een relatief rustige fase waarin de casemanager dementie vooral volgt met een beperkte inzet. Dit wordt beschreven op pagina 7 bij de *patient journey*.

Naast het afstemmen van de ondersteuning en zorg op de cliënt en diens netwerk betekent passende zorg ook oog hebben voor het inzetten van vormen van ondersteuning die rekening houden met de context van de maatschappij waarin die zorg en ondersteuning gegeven worden. De huidige context van dubbele vergrijzing en arbeidsmarktkrapte noodzaakt om te zoeken naar oplossingen die toekomstbestendig zijn, zoals bijvoorbeeld de inzet van zorgtechnologie. Hierbij worden de mogelijkheden van het netwerk van de cliënt en de omgeving meegewogen. De casemanager dementie neemt in de afwegingen voortdurend ook mee wat het effect is van de inzet van ondersteuning en zorg op meso- en macroniveau en houdt rekening met de wettelijke kaders.

¹² Hogeschool Windesheim, Beslissen als samenspel: gezamenlijke besluitvorming bij dementie
<https://www.windesheim.nl/onderzoekpublicaties/beslissen-als-samenspel-gezamenlijke-besluitvorming-bij-dementie>

¹³ https://www.presentie.nl/wp-content/uploads/2021/01/Presentiefilosofie_in_mal.pdf

Passende zorg betekent ook dat er in de regio samenwerkingsafspraken gemaakt worden waarbij er een afbakening plaats vindt over welke problematiek wel en niet bij de casemanager dementie hoort. Psychiatrische ziektebeelden (bijvoorbeeld het syndroom van Korsakov en verslavingszorg) zijn gepositioneerd binnen de ggz. Er dienen op cliëntniveau afspraken gemaakt te worden over hoe en waar er samengewerkt wordt als er sprake is van dubbel diagnostiek.

Pro-actieve zorgplanning

Pro-actieve zorgplanning ('anticiperend beleid') is een proces waarbij degene met dementie samen met zijn systeem, de casemanager dementie en de betrokken artsen (huisarts en specialist ouderengeneeskunde) al in een vroeg stadium haar/zijn wensen, doelen en voorkeuren met betrekking tot de palliatieve zorg bespreekt en eventueel vastlegt¹⁴. Dit gebeurt vooruitlopend op, en als preventie voor problemen op het moment dat de cliënt zelf niet meer in staat is om beslissingen te nemen. Het is een proces met meerdere besprekingen en evaluaties van zorg en behandelingen. Het doel hiervan is om samen met de cliënt, het cliëntsysteem en de zorgverleners te komen tot de gewenste ondersteuning in deze (laatste) levensfase van de patiënt met dementie. Zodra de diagnose dementie is gesteld wordt iemand met deze diagnose gezien als palliatief. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de gesprekswijzer 'Pro-actieve zorgplanning bij dementie en vergeetachtigheid'¹⁵ en wordt de 'Leidraad Pro-actieve zorgplanning'¹⁶ toegepast. Ook van belang in dit kader zijn het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg¹⁷ en de Skilz handreiking Pro-actieve zorgplanning in de langdurige zorg¹⁸.

Dementie en de (on)mogelijkheden van behandeling

De casemanager dementie heeft in het bijzonder kennis over de werking van het geheugen en de hersenen, de verschillende vormen van dementie en kennis van de mogelijkheden en onmogelijkheden van behandeling.

De casemanager dementie is door specifieke kennis en vaardigheden in staat om de mens met dementie en diens systeem te behandelen, ondersteunen en adviseren. Zij/hij sluit daarbij aan bij de vorm van dementie van de cliënt en bijbehorende problematiek gedurende het hele proces. Het gaat hierbij om:

- Onbegrepen gedrag
- Herkennen van psychiatrische ziektekenmerken
- Persoonlijkheidsproblematiek
- Ontbreken van kennis van de ziekte en ziekte-inzicht
- Comorbiditeit

¹⁴ Bijvoorbeeld in het formulier ontwikkeld door PZNL: https://palliaweb.nl/getmedia/10d17b53-6e0f-4b11-8e14-645d3a03aa0e/Form_uniform_vastleggen_ACP_eerstinvullen.pdf

¹⁵ <https://palliaweb.nl/overzichtspagina-hulpmiddelen/proactieve-zorgplanning-bij-dementie-en-vergeetach>

¹⁶ https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/proactieve-zorgplanning?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwn7mwBhCiARIsAGoxjaIYOcrIOYdhKXvX8-ifOhXtS6NM7UdN3qNrZr1e1UyqlAh6Fjy5WecaAvz_EALw_wcB

¹⁷ https://palliaweb.nl/getmedia/02b81c30-d9be-4c51-83bf-deb1260ccf7b/Kwaliteitskader_web-240620.pdf

¹⁸ <https://www.richtlijnenlangdurigezorg.nl/handreikingen/een-handreiking-over-de-planning-van-de-medische-zorg-en-behandeling-voor-mensen-in-de-langdurige-zorg/overzicht-aanbevelingen>

De casemanager dementie draagt samen met de huisarts en/of de specialist ouderengeneeskunde bij aan multidisciplinaire diagnostiek thuis.

De casemanager dementie doet welzijns- en zorgdiagnostiek en stelt op basis daarvan behandeldoelen op die gericht zijn op het behouden van vaardigheden op lichamelijk, sociaal en emotioneel vlak. Hierbij is het verminderen of vertragen van achteruitgang en het omgaan met deze achteruitgang het doel. Hierbij kun je denken aan de volgende soorten interventies:

- Psycho-educatie;
- Veranderings- en competentiegerichte begeleiding;
- Motiveren en activeren van eigen krachten van cliënt en cliëntsysteem met het oog op de gewenste gedragsverandering;
- Cognitie-, emotie- en gedragsbeïnvloedende behandelinterventies
- De-escalatie bij crisis, RM en IBS

Multidisciplinair werken in de dementieketen

De casemanager dementie is in de eerste lijn gepositioneerd en werkt nauw samen met de huisarts en daaraan verbonden disciplines. Indien nodig kan een beroep worden gedaan op bijvoorbeeld een specialist, zoals een specialist ouderengeneeskunde, psycholoog (of een poh-ggz). Het is ook belangrijk dat een zorgleefplan (ook behandel- of begeleidingsplan genoemd) van de casemanager dementie multidisciplinair kan worden besproken en getoetst. Daarbij is het mogelijk een specialist ouderengeneeskunde te betrekken bij het vorm geven van het zorgleefplan.

De casemanager dementie werkt overstijgend en verbindend over alle domeinen van zorg en welzijn. Daarom biedt de casemanager dementie de cliënt en diens cliëntsysteem ook ondersteuning en bemiddeling bij het kiezen van de mogelijkheden om mee te blijven doen, zoals sociale- welzijn- en zorgactiviteiten.

De casemanager dementie coördineert de totale zorg en ondersteuning. Zij/hij is in staat een wijkteam te ondersteunen en te coachen bij problemen die kunnen ontstaan bij mensen met dementie in hun thuissituatie. Voorbeelden daarvan zijn onbegrepen gedrag en zorgmijdend gedrag door beperkt of afwezig ziekte-inzicht of besef. Er wordt samengewerkt met andere professionals, zoals: (wijk)verpleegkundigen, andere thuiszorg medewerkers, praktijkverpleegkundigen, medewerkers van dagbehandelingen en woonzorgcentra, welzijnswerkers, het sociaal wijkteam, Wmo-consulenten, wijkagent en vrijwilligers. De casemanager dementie heeft een rol in het zorgen voor de samenhang van de zorg en begeleiding.

De mantelzorger

De casemanager dementie traceert de (dis)balans in draagkracht en draaglast van de mantelzorger en intervineert hierop. De hieronder genoemde psychosociale interventies kan men gebruiken voor zowel de cliënt als het cliëntsysteem, waaronder de mantelzorgers.

Hierbij kan voor zowel de cliënt als het cliëntsysteem gebruik gemaakt worden van onder andere:

- a. Systeeminterventies
- b. Motiverende gespreksvoering
- c. Psycho-educatie, dat wil zeggen het informeren over de ziekte (oorzaken, verschijnselen, ziektebeloop), psychosociale consequenties van de ziekte en het daardoor optredende functieverlies
- d. Psychosociale hulpverlening bij verlies van gezondheid en vaardigheden

- e. Ondersteuning en versterken van coping mechanismen bij deze progressieve, palliatieve ziekte
- f. Begeleiding bij relatieproblemen
- g. Begeleiding bij sociale eenzaamheid van de mantelzorger
- h. Psychosociale hulpverlening bij een proces van rouw en verlies
- i. Begeleiding bij seksuele problemen
- j. Begeleiding bij onbegrip voor ziekte van de omgeving

- k. Het toeleiden naar financiële en administratieve ondersteuning
- l. Het signaleren en voorkomen van en begeleiding bij financieel misbruik
- m. Procesbegeleiding bij rolwisseling van partner/kind naar verzorger van de cliënt
- n. Het bespreekbaar maken en het regelen van de vertegenwoordiging en rechtsbeschermende maatregelen

Visie op organisatie van het dementienetwerk

Casemanagement dementie is ingebed in een regionaal netwerk dementie, waarin vaste afspraken zijn gemaakt over afstemming, informatieoverdracht, verantwoordelijkheden en het opvangen van crisissituaties (7x24 uur) in de zorg. De casemanager dementie werkt in een dienstverband van (bij voorkeur) minimaal 24 uur, ongeacht de omvang van de totale aanstelling. Dit biedt garantie voor continuïteit en bereikbaarheid, en is essentieel voor voortdurende professionalisering en verdieping van de competenties.

De werkwijze van de casemanager dementie is gedefinieerd in de het regionale netwerk dementie en bij voorkeur geborgd in een relevant kwaliteitssysteem.

Wetten, regels, financiële vraagstukken

De casemanager dementie heeft tijdens de begeleiding en ondersteuning van de cliënt en zijn systeem te maken met allerlei wetten en regels en beschermingsmaatregelen, zoals: WZD, WGBO, Wlz, Wmo, ZVW, mentorschap, bewindvoering en curatele. Zij/hij kan binnen deze kaders indiceren en adviseren vanuit haar/zijn specifieke kennis over dementie. Daarbij adviseert en begeleidt zij/hij bij financiële vraagstukken die specifiek te maken hebben met dementie en/of met mensen met dementie en hun systeem (mantelzorgers, directe omgeving et cetera). De casemanager dementie is, ongeacht de financieringsvorm, beschikbaar voor mensen met dementie en hun netwerk in de thuissituatie.

Opleiding en nascholing casemanager dementie

In de voorgaande expertiseprofielen is als vereiste opgenomen dat een casemanager dementie minimaal over hbo-niveau beschikt. Basisopleidingen voor een casemanager dementie zijn bachelors in Maatschappelijk Werk & Dienstverlening, SPH, Social Work, Toegepaste Gerontologie, Toegepaste psychologie of HBO-V. Daarnaast is het een vereiste om een aanvullende opleiding casemanagement dementie afgerond met een goed resultaat te hebben van één van de door BPSW en V&VN erkende opleidingen in Nederland¹⁹.

Het is van belang dat er een geactualiseerd competentieprofiel is, waarin rollen, kennis en vaardigheden voor het complexe werkgebied van de casemanager dementie worden beschreven. Dit nieuwe expertiseprofiel is een competentieprofiel. De competenties zijn uitgewerkt aan de hand van het model CanMEDS met daarin 7 rollen. In dit expertiseprofiel is gekozen voor het centraal zetten van de rol van gezondheidsbevorderaar. In hoofdstuk 3 leest u hierover meer.

De functie van casemanager dementie vraagt om doorlopende deskundigheidsbevordering door scholing, intervisie en het bijhouden van de nieuwste kennis en vaardigheden op het gebied van (casemanagement) dementie. Casemanagers dementie moeten zich volgens de zorgstandaard dementie registreren in het kwaliteitsregister van ofwel de BPSW ofwel de V&VN (BIG). Om de registratie in het register te kunnen blijven behouden gelden er nascholingsverplichtingen. Registratie laat zien aan cliënten, organisaties en de samenleving dat casemanagers dementie staan voor de kwaliteit van hun vak.

Naast registratie in één van de genoemde registers is het noodzakelijk dat een casemanager dementie samenwerkt met het regionale netwerk dementie.

De casemanager dementie en indicering van zorg en ondersteuning

Binnen de huidige financiering valt de financiering van de casemanager dementie binnen de aanspraak wijkverpleging van de zorgverzekeringswet en binnen de WLZ als de cliënt daar een indicatie voor heeft. Het Zorginstituut heeft hier onlangs een duidelijke uitspraak over gedaan hoe het casemanagement in de zorgverzekeringswet is gefinancierd²⁰. Dit expertiseprofiel sluit aan op de duiding van het Zorginstituut.

Het vak van de casemanager dementie is inmiddels geëvolueerd en is meer dan een rol geworden. Een casemanager dementie is een gespecialiseerde professional met een verpleegkundige of sociaal werk achtergrond op hbo niveau.

Deze professional (de casemanager dementie) handelt op basis van professionele autonomie en is de spil van de dementiezorg en welzijn in de wijk. Het betreft daarbij niet alleen de op de individuele cliënt toewijsbare zorgtaken en het toeleiden en ondersteunen bij het diagnostisch proces, maar ook diens directe omgeving, zoals familie en naasten. Bovendien

¹⁹ Zie: <https://bpsw.nl/app/uploads/Geaccrediteerde-sociale-opleidingen.pdf>

²⁰ Zie: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2024/04/09/duiding-vergoeding-van-casemanagement-voor-mensen-met-dementie#:~:text=Bij%20casemanagement%20dementie%20ligt%20de,casemanagement%20dementie%20uit%20te%20brengen.>

betreft het preventieve activiteiten in de omgeving van de cliënt: de wijk. De casemanager dementie kan gezien worden als aanjager van de dementievriendelijke samenleving.

Op het moment van schrijven is het nog zo dat op basis van de aanspraak ‘wijkverpleging’ in de Zorgverzekeringswet (Zvw) uit 2015 alleen de casemanager dementie met een verpleegkundige achtergrond de rechtmatigheid van die aanspraak mag vaststellen (indiceren). Dit komt er kortweg op neer dat de casemanager dementie met een verpleegkundige achtergrond op basis van een (brede) anamnese de juiste diagnose(s) stelt. Op basis daarvan worden samen met de cliënt de te behalen doelen geformuleerd, waarna de casemanager dementie, ook weer in samenspraak met de cliënt, de benodigde interventies bepaalt.

Dit expertiseprofiel beschrijft de casemanager dementie met een verpleegkundige achtergrond en die met een sociaal werk achtergrond als gelijkwaardig in de uitvoering van het casemanagement dementie. In de huidige interpretatie van de wet- en regelgeving kan alleen de casemanager dementie met een verpleegkundige achtergrond zorg- en ondersteuning vanuit de zorgverzekeringswet indiceren. Gezien de gelijkwaardigheid van de beide beroepsachtergronden, uitgebreid met een aanvullende opleiding voor casemanagement dementie, zal het indiceren van de benodigde ondersteuning en zorg door de casemanager dementie opnieuw moeten worden bezien. Hierbij dient ook aandacht te zijn voor het domeinoverstijgende karakter van het werk van de casemanager dementie.

In zowel de HBO opleiding van de verpleegkundige als die van de sociaal werker wordt aandacht besteed aan stapsgewijs methodisch onderbouwen en handelen. Bij de verpleegkundigen heet dit klinisch redeneren en bij de sociaal werkers situationeel redeneren. Bij het klinisch redeneren ligt de focus op het probleem, bij het situationeel redeneren meer op de context (situatie)²¹. Beide professionals zijn op basis van hun opleidingsachtergrond hiermee toegerust om de (methodische) toeleiding naar zorg- en welzijnsdiagnostiek te kunnen uitvoeren.

Op dit moment dient bij inzet van een casemanager dementie met een sociaal werk achtergrond voor het indiceren de samenwerking met een casemanager met een verpleegkundige achtergrond of een wijkverpleegkundige gezocht te worden, in afwachting van aangepaste regelgeving. Vooruitlopend op nieuwe regelgeving kunnen er afspraken gemaakt worden met zorgverzekeraars, dit gebeurt nu ook al.

De casemanager dementie gaat altijd het gesprek aan met de zorgvrager en diens netwerk. Het doel van het gesprek is om een volledig beeld te krijgen van de totale gezondheid en welzijn (krachten en grenzen) en helder te hebben hoe iemand zijn gezondheid en welzijn

²¹ In het Beroepsprofiel voor de Sociaal Werker (<https://www.bpsw.nl/app/uploads/downloads/BPSW-Beroepsprofiel-Sociaal-Werker-digitale-versie-november-2023.pdf>) staat geschreven: *Het op professionele wijze bevorderen van adequaat sociaal functioneren, betekent dat sociaal werkers methodisch handelen, gericht op het bereiken van de in samenspraak gestelde doelen wensen en behoefte, of de in situaties opgelegde doelen. Methodisch handelen is gebaseerd op kennis van en gefundeerd in beroepswaarden en uitgangspunten. Bij vraagstukken rondom sociaal functioneren gebruiken professioneel sociaal werkers theorieën en methoden om perspectieven op die situatie te ontwikkelen, een situatie te analyseren, doelen te ontwikkelen, handelend op te treden en resultaten te evalueren.* Het situationeel redeneren wordt nader toegelicht in de Marie Kamphuis lezing van 2022 door Herman de Mönnik, zie <https://www.mariekamphuisstichting.nl/images/mks-lezing-2022MH.pdf>

ervaart. Om tot goede diagnoses te komen is het van belang om oorzaken en gevolgen te scheiden en de zorgvragen helder te krijgen (telkens verdiepende vragen stellen).

De casemanager dementie reflecteert op wat (mogelijke) oorzaken zijn en beoordeelt of oorzaken behandelbaar zijn. Met als doel om zo vooruit te kijken naar het meest optimaal haalbare voor wat de zorgvrager wil bereiken en wat daarin mogelijk is gezien diens persoonlijke situatie. Ze houdt hierbij rekening met situaties die kunnen veranderen. Vervolgens brengt de casemanager dementie een ordening en prioritering aan in de zorgvragen (triage) om zo tot een goede welzijns- en/of zorgdiagnose te komen²².

²² Zie hiervoor ook <https://www.verenso.nl/magazine-juni-2019/no-3-juni-2019/praktijk/triage-en-toegang-tijdelijke-zorg-beter-samenwerken-aan-de-poort>

Hoofdstuk 3 – De rollen van de casemanager dementie

CanMEDS als basis

Welke competenties heeft een casemanager dementie nodig om het vak goed uit te kunnen oefenen? Als uitgangspunt is het CanMEDS-model (Canadian Medical Education Directions for Specialists) gebruikt. Dit model is ook gebruikt in de voorgaande expertiseprofielen ‘dementieverpleegkundige’ van de V&VN en ‘casemanager dementie sociaal werk zorg’ van de BPSW. Het model gaat uit van zeven competentiegebieden met eigen rollen. In het oorspronkelijke model stond de rol van de zorgverlener centraal. Voor dit expertiseprofiel van de casemanager dementie is er voor gekozen om de rol van gezondheidsbevorderaar centraal te stellen. Deze rol doet meer recht aan het domeinoverstijgende karakter van het werk van de casemanager dementie en het benaderen van de persoon met dementie in de eigen (sociale) omgeving. De focus komt hiermee meer op kwaliteit van leven te liggen en minder op alleen ‘zorg’.

Rollen:

- 1) gezondheidsbevorderaar
- 2) zorgverlener
- 3) leider
- 4) communicator
- 5) samenwerkingspartner
- 6) reflectieve ‘EBP’-professional
- 7) professional en kwaliteitsbevorderaar



De rol ‘gezondheidsbevorderaar’ vormt het hart van het werk als casemanager dementie. Dit sluit aan bij het doel van het casemanagement dementie zoals omschreven in de zorgstandaard dementie dat gericht is op *‘het optimaliseren van het welbevinden en de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun mantelzorgers’* (zie hoofdstuk 2).

De zes andere rollen accentueren dimensies van het werk van de casemanager dementie. Deze vullen elkaar aan en overlappen deels, maar samen versterken ze de centrale rol als gezondheidsbevorderaar. Daarom zijn de zeven rollen als bloem verbeeld, met de gezondheidsbevorderaar als bloemhart en de andere rollen als bloemblaadjes.

De rol van leider vervangt de oude benaming ‘organisator’ en volgt daarmee het nieuwe opleidingsprofiel van de bachelor nursing²³. Hiermee sluit het expertiseprofiel van de casemanager dementie bij de actuele ontwikkelingen.

Van de casemanager dementie mag worden verwacht, dat hij of zij in ieder geval voldoet aan de gestelde competentie-eisen voor een hbo-opgeleide verpleegkundige, of een hbo-opgeleide sociaal werker. Voorts beschikt de casemanager dementie over specifieke competenties voor dementiezorg en ondersteuning.

Deze worden hierna beschreven, eveneens aan de hand van het genoemde CanMEDS-model. Bij elke rol horen specifieke kennis, vaardigheden en attitude, in aanvulling op het profiel

²³ <https://www.loov-hbov.nl/opleidingsprofiel/bn2030-in-beeld-en-geluid/>

van de hbo-verpleegkundige en de hbo sociaal werker en bereikt door een aanvullende opleiding casemanagement dementie.

Algemene competenties casemanager dementie

De casemanager dementie laat zien dat hij/zij:

- 1) De cliënt en diens naasten vraag- en belevingsgericht deskundig ondersteunt en begeleidt in alle fasen van zijn/haar ziekteproces, versterkt (zo veel als mogelijk) het zelfmanagement, met als doel dat de cliënt zo lang mogelijk thuis kan wonen, met een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven.
- 2) De complexiteit ('patiënt- and case-complexity') van de gezondheid- en leefsituatie van de cliënt inschat op lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel welbevinden, de benodigde zorg- en hulpverlening indiceert en organiseert conform landelijk afgesproken kaders en vastlegt in een (elektronisch) zorgleefplan.
- 3) Adequaat handelt in crisissituaties bij de cliënt en diens naasten en de belangen van de cliënt en diens naasten hierbij centraal stelt.
- 4) Een sensitieve en reflectieve houding heeft ten aanzien van moreel-ethische en juridische dilemma's waarbij keuzes onderbouwd worden op basis van evidence based practice, met bewaking van eigen en professionele grenzen.
- 5) Een bijdrage levert aan de positionering en profilering van de casemanager dementie.
- 6) De kwaliteit van de zorg- en hulpverlening aan cliënten en diens naasten in stand houdt en zo mogelijk verbetert. We verstaan onder cliënten: mensen met dementie, patiënten, cliënten met een vorm van dementie. Onder naasten c.q. cliëntstelsel worden verstaan mantelzorgers, familieleden, vrienden, bekenden die een belangrijke rol spelen in het leven van de cliënt. Ook de community (buurt, wijk, gemeente, samenleving) heeft een rol bij het in stand houden en verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun naasten.

Hoofdstuk 4 – De competenties van de casemanager dementie

De rol van gezondheidsbevorderaar

Dementie is een progressieve en palliatieve ziekte. De ziekte is niet te voorkomen en (nog) nauwelijks te behandelen. Wel is het door te werken vanuit positieve gezondheid mogelijk om de gevolgen van dementie positief te beïnvloeden, zowel voor de cliënt zelf, als voor diens cliëntstelsel. Er wordt bovendien steeds meer bekend over het effect van leefstijl, voeding en beweging op dementie. Het algemene publiek heeft (nog) beperkte kennis van de ziekte dementie, maar de introductie van het gedachtegoed van een dementie vriendelijke samenleving/gemeente is een stimulerende ontwikkeling. Als 'gezondheidsbevorderaar' speelt de casemanager dementie een belangrijke rol bij het verstrekken van informatie over dementie. Daarnaast heeft de casemanager dementie een belangrijke rol in het (preventief) voorbereiden en ondersteunen van de cliënt en het cliëntstelsel op de mogelijkheden die er zijn om de kwaliteit van leven zo lang mogelijk te bewaren en bewaken.

Kennis

De casemanager dementie in de rol van gezondheidsbevorderaar:

- kent de principes en methoden om de kwaliteit van leven en de eigen capaciteiten en leervermogens te stimuleren bij mensen met dementie (positieve gezondheid);
- kent de theorieën en principes van preventieprogramma's en –activiteiten voor cliënt en cliëntstelsel op de verschillende niveaus van individu tot samenleving. Zij/hij kan daarin kosten en batenafwegingen maken;
- kent de theorieën en methoden van gezondheidsvoorlichting en –opvoeding (GVO) in bredere zin, bijvoorbeeld de dementievriendelijke samenleving en het belang van een sterk cliëntstelsel.
- kent de (dynamiek in) somatische, psychi(atri)sche en systeemproblematiek bij dementie;
- kent de processen van verlies- en rouwverwerking bij cliënt en cliëntstelsel;
- kent de mogelijkheden voor mantelzorgondersteuning in de regio en monitort de overbelasting van de mantelzorger
- kent de methodiek van pro-actieve zorgplanning
- kent de werkwijze van de sociale benadering om de sociale kwaliteit van leven van mensen met dementie te bewaken

Vaardigheden en attitude

De casemanager dementie in de rol van gezondheidsbevorderaar:

- kan individuele en publieksvoorlichting geven met (landelijk) ontwikkeld voorlichtingsmateriaal. Zij/hij doet dit samen met en afgestemd op de doelgroep cliënten met een vorm van dementie;
- participeert in projecten voor een dementievriendelijke samenleving;
- participeert in een Alzheimer café;
- is steeds gericht op kwaliteit van het leven in de verschillende domeinen, gebruik makend van onder andere de sociale benadering en proactieve zorgplanning;
- motiveert de cliënt en/of de mantelzorger om passende zorg of behandeling te accepteren door motiverende gespreksvoering, slecht-nieuwsgesprekken en systeeminterventies;
- biedt emotionele ondersteuning bij verlies en rouw;
- bevordert en begeleidt lotgenotencontact;
- bespreekt met cliënt en cliëntstelsel zo vroegtijdig mogelijk het mogelijk verloop van de ziekte dementie en de mogelijkheden voor ondersteuning en zorg die een goede kwaliteit van leven zo lang mogelijk kunnen maken
- kan ouderenmishandeling herkennen, past de stappen van de Meldcode huiselijke geweld en kindermishandeling toe en draagt bij aan de naleving en borging bij ketenpartners;
- geeft scholing aan het cliëntstelsel en professionals.

De rol van zorgverlener

De casemanager dementie bevordert het zo lang mogelijk behouden van eigen capaciteiten en vaardigheden van mensen met dementie en het (blijven) functioneren in verschillende sociale verbanden (primaire leefomgeving, sociale netwerken en gemeenschappen) en het psychosociaal welbevinden van hun naasten (mantelzorgers.)

De casemanager dementie

1. stelt zich present op in contact
2. biedt hulp en behandeling volgens een methodisch proces
3. beschikt over een 'gereedschapskist' met gepaste interventies.

Het methodisch proces bestaat uit: gegevens verzamelen, zorgdiagnose stellen, triage (prioritering aanbrenge in urgentie van hulpvraag), doelen voor hulpverlening bepalen, doelen vertalen in een integraal zorgplan, geplande zorg (doen) uitvoeren, resultaten monitoren en zorg evalueren.

De casemanager dementie kijkt naar mensen met dementie in hun sociale context en met inachtneming van hun geschiedenis, wensen en verlangens, talenten en mogelijkheden.

Hoe mensen met dementie zich voelen wordt niet alleen door de aandoening veroorzaakt (medische domein); daarnaast is bepalend in hoeverre ze met de door de aandoening veroorzaakte veranderingen kunnen omgaan (psychologische domein) en hoe de dementie sociale relaties verandert (sociale domein). Daarom bestrijkt het zorg(leef)- en behandelplan alle relevante leefdomeinen en mogelijke voorzieningen in het hele spectrum van wonen, welzijn, behandeling en zorg, met een sterk inzicht in en benutting van de gehele sociale kaart.

De casemanager dementie kan de volgende interventies bieden aan cliënt én mantelzorger, samen onderdeel van het cliëntstelsel: informeren, begeleiden, coördineren van zorg en (incidenteel) praktische behandeling, zorg- en hulpverlening, vaak met een accent op de (psycho)sociale interventies wat de dementiezorg een extra dimensie heeft. Het progressieve beloop van de ziekte en het daarin toenemende verlies van eigen regelvermogen in het cliëntstelsel vergen extra focus op kwaliteit van leven en activatie op de zaken die juist nog wél kunnen (positieve gezondheid), bovenop een meer (medische) oriëntatie op objectieve gezondheid en zaken die niet meer kunnen.

Een van de krachten van casemanagement dementie zit aan de 'voorkant' van de ziekte, vanaf de eerste fase van niet pluis en de daarvoor benodigde vroegsignalering. Daarom begint casemanagement dementie bij voorkeur bij de start van het diagnostisch traject. Deze vroege inzet legt de kiem voor een goede vertrouwensband die bijdraagt aan overzicht en rust bij cliënt, mantelzorger en cliëntstelsel. Met een proactieve attitude, waardoor escalatie en crises later in het ziekteproces vaak vermeden kunnen worden.

Kennis

De casemanager dementie in de rol van zorgverlener:

- kent de professionele standaard en beroepsethische normen (vakinhoudelijke richtlijnen en beroepscode);
- kent de prevalentie, uitingsvormen en risicogroepen van de verschillende vormen van dementie;
- kent de ziekte dementie qua verloop, gevolgen, gedrag en beleving van de cliënt en cliëntstelsel;
- kent het onderscheid tussen dementie en overige cognitieve stoornissen, angst-, stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen;
- kent de principes en methoden voor vroegsignalering en ondersteuning in de diagnostische fase, en daarbij passende principes zoals klinisch en situationeel redeneren;
- kent de methodieken rondom begeleiding van mensen met dementie gedurende het leven met dementie en het ziektebeloop, door het zorgstelsel, inclusief veiligheids- en crisismanagement;
- kent de methodieken om de cliënt en het cliëntstelsel te begeleiden gedurende het leven met dementie (cliëntreis) zoals het doen van triage, het gebruiken van pro-actieve zorgplanning, het doen van welzijns- en zorgdiagnostiek en -behandeling.
- kent de werking en mogelijke bijwerkingen van medicamenteuze behandeling bij dementie;
- kent de sociale kaart die relevant is voor mensen met dementie en de methoden om dit professionele netwerk te onderhouden; kent de principes van omgaan met zorgmijding;
- kent de mogelijkheden voor behandeling voor de cliënt en het cliëntstelsel;
- kent de mogelijkheden voor oplossingen voor financiële en wettelijke problemen van mensen met dementie en hun mantelzorgers. Voorbeelden zijn beschermingsmaatregelen zoals bewindvoering en mentorschap, maar ook de regelgeving rond de WZV, RM en IBS.

Vaardigheden en attitude

De casemanager dementie in de rol van zorgverlener:

- beschikt over vaardigheden voor psychosociale hulpverlening;
- voert psychosociale en zorgdiagnostiek uit en kijkt daarbij naar de mogelijkheden en onmogelijkheden van cliënt en cliëntstelsel;
- werkt het behandelplan hiervan uit in samenspraak met de huisarts of specialist ouderengeneeskunde.
- beschikt over een breed scala aan gesprekstechnieken en -vaardigheden en kan deze inzetten passend bij de hulpverleningssituatie (bijvoorbeeld presentiebenadering van Baart, actief luisteren, gezamenlijke besluitvorming, motiverende gespreksvoering, slecht-nieuwsgesprekken, oplossingsgericht werken, familiegesprekken e.d.).
- verstrekt algemene informatie over dementie en specifieke informatie en advies over de situatie van de cliënt. Denk daarbij aan de individuele diagnose en prognose (effectief qua moment, vorm en gezamenlijke besluitvorming);
- weet om te gaan met façade-gedrag. Zij/hij observeert, is alert op signalen, heeft empathisch vermogen en weet de onderliggende hulpvraag boven tafel te krijgen;
- doet zorgonderzoek/analyse en triage over de verschillende zorg- en leefdoelgebieden. Zij/hij kan daarbij gebruik maken van dementie-specifieke meetinstrumenten (ook voor monitoring) en rapporteren aan het multidisciplinaire team;
- schat de welzijn- en zorgbehoefte in (zowel psychosociaal als somatisch), vraagt zorg en ondersteuning aan en coördineert, monitort en evalueert deze;
- zet indien nodig omgangsadviezen in bij onder- of overprikkeling;
- past pro-actieve zorgplanning, matched care en gezamenlijke besluitvorming toe in gesprekken met de cliënt en het cliëntstelsel over hun toekomst;
- coacht het cliëntstelsel in het omgaan met onbegrepen gedrag(sverandering) van de cliënt met dementie;
- motiveert de cliënt en/of het cliëntstelsel om passende zorg, ondersteuning of behandeling te accepteren;
- participeert in diagnostiek, behandeling en crisisinterventie. Dit vraagt om de volgende aanvullende vaardigheden:
 - verzamelt ziekte- en zorg-diagnostische informatie
 - kan een voorlopige ziekte- en zorgdiagnose voorstellen, o.b.v. een classificatiesysteem
 - verricht triage bij dementie (triade) en rapporteert daarover aan het multidisciplinaire team waar de ziektediagnose wordt gesteld
 - voert samen met de arts een uitslaggesprek met de cliënt en diens naasten
- heeft oog voor een mogelijk onveilige woonomgeving;
- herkent belastende en ontlastende factoren voor het cliëntstelsel en begeleidt hierin;
- biedt vraaggerichte, belevingsgerichte en psychosociale begeleiding aan de cliënt(stelsel);
- ondersteunt bij het invullen van formulieren en geeft verwijsadvies over financiën, administratie en wet- en regelgeving;
- treedt adequaat op in acute crisissituaties (bijvoorbeeld na het wegvallen van mantelzorg of bij plotselinge gedragsveranderingen, zoals agressie, suicidaliteit en delier);
- evalueert de verleende zorg met de cliënt, diens mantelzorger en andere disciplines binnen het eigen team;
- draagt bij aan het verzamelen van gegevens over onvrijwillige zorg, bijvoorbeeld bij de aanvraag van een wettelijke maatregel;
- verzamelt welzijn en zorgdiagnostische informatie vanuit het levensverhaal en de ervaringswereld van de cliënt en het cliëntstelsel;
- kan een voorlopige zorgdiagnose voorstellen;
- participeert in ondersteuningsmethodes, zoals: ondersteuningsgroepen van mantelzorgers, psychosociale interventies, cognitieve gedragstherapie en probleemoplossende therapie;
- draagt bij aan de medicamenteuze therapie, zoals monitoring van bijwerkingen en periodieke evaluatie met de arts;
- ondersteunt, in afstemming met betrokkenen, warme overdracht naar het verpleeghuis of een andere setting, en biedt nazorg aan de achterblijvende partner of centrale mantelzorger.

De rol van leider

In aansluiting op het nieuwe beroepsprofiel behorend bij de Bachelor Nursing²⁴ en de wijzigingen in de internationale CanMEDS rollen²⁵ hernoemen we de rol van organisator naar de rol van leider. Hiermee wordt meer echt gedaan aan de expertise van de casemanager dementie bij het vorm geven aan de persoonlijke ontwikkeling, de professionele ontwikkeling, de zeggenschap en het positioneren van het expertisegebied. Hiermee draagt de casemanager dementie bij aan de actuele ontwikkeling van het beroep, vanuit een visie op goede zorg en ondersteuning voor mensen met dementie en vanuit de eigen visie op leiderschap in de maatschappelijke context. De casemanager dementie bevordert passende zorg.

In veel regio's is casemanagement dementie in allerlei varianten aanwezig. Er wordt gezocht naar goede organisatievormen met huisartsen, specialisten en andere partners in het dementienetwerk en/of het netwerk kwetsbare ouderen.

Dat maakt dat de rollen van de casemanager dementie in beweging blijven. Casemanagers dementie hebben daarom zelf ook een belangrijke positie bij het vormgeven van hun werk en het uitbouwen van de samenwerking in de keten. Dit vraagt om een rol als leider, waarbij de casemanager onafhankelijk verbindingen kan leggen en initiatief kan nemen, bijvoorbeeld om samenwerking in de regio te bevorderen rondom ondersteuning en zorg voor mensen met dementie. Het vraagt ook om persoonlijke ontwikkeling en een professionele ontwikkeling, zodat de casemanager dementie zichzelf kan profileren en positioneren vanuit kennis, morele sensitiviteit en moed. Op deze manier past de casemanager dementie persoonlijk, vakinhoudelijk en organisatorisch leiderschap toe.

²⁴ <https://www.loov-hbov.nl/opleidingsprofiel/bn2030-in-beeld-en-geluid/>

²⁵ <https://www.royalcollege.ca/en/canmeds.html>

Kennis

De casemanager dementie in de rol van leider:

- kent de organisatiemodellen en –principes op verschillende niveaus in het dementienetwerk (micro, meso en macro) en de participerende instellingen en beleids- en overheidsorganisaties;
- is bekend met de ontwikkelingen in de dementiezorg en het casemanagement dementie, zoals die zich de afgelopen jaren hebben voltrokken;
- is bekend met de maatschappelijke context en beeldvorming rond dementie en de ontwikkelingen daarin, zoals bijvoorbeeld zichtbaar in dementievriendelijke gemeenten;
- kent de strategische principes en tactische methoden van beïnvloeden, profileren en positioneren als spil in de dementiezorg;
- kent de methoden van initiëren, coördineren en regisseren van samenwerking voor samenhangende zorg- en dienstverlening aan cliënt, mantelzorger en cliëntstelsel;
- kent de kaders, procedures, regelingen en financieringswijzen vanuit de Wmo, de Zvw en de Wlz, én de mogelijkheden om daarmee goede zorg- en hulpverlening te organiseren;
- werkt in het netwerk in de regio mee aan de implementatie van de aanbevelingen uit de Zorgstandaard Dementie, participeert in werkgroepen om verandering en ontwikkeling in de dementiezorg in het netwerk te stimuleren en sluit aan bij (nieuwe) ontwikkelingen en onderzoek;
- stimuleert ontwikkeling in dementiezorg en -ondersteuning in het regionale netwerk bij regionale opleidingen.

Vaardigheden en attitude

De casemanager dementie in de rol van leider:

- kan de behandel-, zorg- en welzijnsactiviteiten rondom een cliëntstelsel (cliënt én mantelzorger) goed en integraal inrichten, periodiek monitoren en zo nodig bijsturen in goed overleg met alle betrokkenen;
- speelt een proactieve organisatierol in de eigen organisatie en in het dementienetwerk;
- kan bijdragen aan de ontwikkeling van casemanagement dementie;
- signaleert hiaten in de zorg en bespreekt die met beleidsverantwoordelijken (bijvoorbeeld: CIZ, gemeente, verzekeraar, zorgkantoor);
- initieert en participeert in verbeterprojecten met andere partners in het dementienetwerk;
- kan de eigen onafhankelijkheid ten opzichte van het aanbod vormgeven en bewaken, en stelt daarbij het belang van de cliënt boven dat van organisaties, systemen en kaders.

De rol van communicator

De casemanager dementie begeleidt cliënten in persoonsgerichte zorg en ondersteuning, heeft oog voor de belangen van cliënten en hun cliëntensysteem én komt op voor deze belangen. Het realiseren van gezamenlijke besluitvorming en gedragen beslissingen bij ‘pro-actieve zorgplanning’ en ‘stepped/matched care’ is cruciaal.

Het aangaan van een adequate, langdurige zorgrelatie is essentieel voor goede hulpverlening. Dit schept bovendien vertrouwen, nodig voor het proces van gezamenlijke besluitvorming. Cliënt, mantelzorger en casemanager dementie doorlopen samen 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 bij deze opties. De casemanager dementie begeleidt dit proces. Terwijl de beslisvaardigheid en regie van de cliënt afnemen, moeten in een langer durende zorgrelatie in de loop van de tijd vaak meerdere besluiten worden genomen. Dit alles vergt goede communicatieve vaardigheden op individueel en groepsniveau. Het gaat om de verschillende niveaus van: cliënt, cliëntensysteem, professionals, organisaties en overheidsorganen, op individueel en groepsniveau. De reikwijdte is groter dan alleen de cliënt en het systeem. De casemanager dementie vervult dus ook een rol als communicator, wat specifieke competenties vraagt.

Kennis

De casemanager dementie in de rol van communicator:

- kent specifieke benaderings- en gedragsbeïnvloedingsstrategieën bij dementie (inclusief ‘meebewegen’ in situaties van façade, zorgmijding, weerstand, onbegrip en taboe), hieronder valt ook psycho-educatie;
- begeleidt IBS en RM procedures;
- kent (actuele) communicatie- en gesprekstechnieken voor cliënten en cliëntensystemen, passend bij de achtergrond van de gesprekspartner (taalniveau, sociaal niveau, cultureel, et cetera);
- kent systeemproblematiek en systeembenadering voor familie- en systeemgesprekken (onder andere psycho-educatie en andere psychosociale interventies);
- is zich bewust van de rol die de eigen communicatie heeft in het belangenveld van de samenwerking tussen organisaties, professionals en de persoon met dementie en diens netwerk en de mogelijke gevolgen daarvan;
- kent de principes van gezamenlijke besluitvorming.

Vaardigheden en attitude

De casemanager dementie in de rol van communicator:

- werkt vanuit het levensverhaal en de ervaringswereld van de cliënt en het cliëntstelsel;
- werkt aan langdurige relaties op basis van vertrouwen door aandacht, empathie, toewijding en aanwezigheid. Zij/hij houdt daarbij voortdurend de verschillende belangen van cliënt en cliëntstelsel in het oog;
- consulteert, indien complexiteit in de cliëntsituatie daarom vraagt, huisarts, specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, geriater of neuroloog;
- is bereikbaar, als onderdeel van een multidisciplinair team in de eerstelijnszorg, zoals huisarts, specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, voor consultatie en overleg.

De rol van samenwerkingspartner

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

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

Kennis

De casemanager dementie in de rol van samenwerkingspartner:

- kent strategieën om netwerkcontacten aan te gaan en te onderhouden;
- kent de methoden van proactief initiëren, coördineren en registreren in de samenwerking, en kan hierin onderhandelen en bemiddelen. Daarnaast kan zij/hij een netwerk opbouwen met alle betrokken partijen;
- is een zichtbare en vindbare ketenspeler en schakelt waar nodig anderen in;
- is in staat om in de rol van 'supervisor' anderen te begeleiden bij het uitvoeren van formele en informele zorg voor cliënten met dementie en hun cliëntstelsel;
- weet hoe de onafhankelijkheid binnen het dementienetwerk te positioneren en te handhaven bij zorgbemiddeling en –toewijzing ten behoeve van (de belangen van) de cliënt en het cliëntstelsel.

Vaardigheden en attitude

De casemanager dementie in de rol van samenwerkingspartner:

- kan op verschillende niveaus samenwerken (cliënt, organisatie, keten), virtueel en fysiek;
- kan de teamvorming rondom de huisartsen en (wijk)verpleegkundigen stimuleren, onderhouden en verdiepen;
- kan actief verbinding houden met alle ketenpartners en hulpverleners, en met hen knelpunten in samenwerking en hulpverlening bespreekbaar maken en verbeteren;
- kan onafhankelijk werken en tegelijkertijd samenwerken;
- kan zich staande houden en profileren voor en naast de cliënt(systeem), en vertegenwoordigt waar nodig hun belangen (met toestemming);
- bespreekt en evalueert de verleende zorg multidisciplinair met de cliënt en het cliëntsysteem;
- geeft advies en consultatie aan formele en informele hulpverleners en overige ketenpartners.

De rol van reflectieve evidence based practice-professional

De casemanager dementie werkt in een veld dat volop in ontwikkeling is. In dit werk komen methodieken en interventies vanuit de verschillende onderdelen van de gezondheidszorg voor. (Inter)nationaal is er ook steeds nieuwe kennis en zijn er nieuwe interventies en voorzieningen. Deze betreffen de verschillende domeinen van behandeling en medicatie, zorg- en hulpverlening en welzijn en wonen. Expertisevorming heeft een lineair en cumulatief karakter; hoe meer kennis en ervaring, des te beter de kwaliteit van het oordeel. Zo kenmerken experts zich door hun bekwaamheid in patroonherkenning in complexe praktijksituaties. Hierdoor kunnen ze beter tussen situaties differentiëren. Door zijn/haar expertise heeft de specialist niet alleen de beste kijk op wat er aan de hand is (diagnostiek) en welke oplossingen het meest passend zijn, zij/hij beschikt ook over de beste oplossingen (interventies) voor het probleem en kan deze het beste toepassen. 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).

Kennis

De casemanager dementie in de rol van reflectieve EBP-professional:

- is op de hoogte van beschikbaar bewijs (evidence) vanuit wetenschappelijk onderzoek voor casemanagement bij dementie, of voor afzonderlijke interventies relevant voor dementie. Zij/hij past die toe in het werk;
- kent de basisprincipes van evidence based practice (EBP) werken en kan de resultaten van wetenschappelijk onderzoek vertalen naar de eigen beroepspraktijk;
- kent de ethische context van de zorgverlening aan cliënten met dementie en hun cliëntensysteem;
- kan de samenhang tussen verschillende disciplines aanbrengen en toepassen bij de cliënt en hun cliëntensysteem;
- reflecteert kritisch op de eigen rol in het licht van de zorgstandaard dementie, de eigen beroepsstandaarden, expertiseprofiel casemanager dementie en de eigen beroepscode.

Vaardigheden en attitude

De casemanager dementie in de rol van reflectieve EBP-professional:

- past actuele zorgstandaarden en richtlijnen voor dementie toe in het werk;
- kan beredeneerd van richtlijnen afwijken, vanuit het belang en de wensen van de cliënt;
- stimuleert en participeert in onderzoek naar (casemanagement bij) dementie;
- kan omgaan met ethische problemen (o.a. in de vorm van – leiden van – moreel beraad), ook met concrete interventies bij cliënt en mantelzorgers, inclusief omgangsadviezen
- heeft een sensitieve en reflectieve houding bij moreel-ethische en juridische dilemma's, waarbij keuzes onderbouwd worden op basis van evidence based practice en practice based evidence. Zij/hij bewaakt hierbij de eigen en professionele grenzen met het oog op de mogelijke consequenties op korte én langere termijn;
- formuleert eigen leerdoelen en onderhoudt eigen professionaliteit en competenties;
- neemt tenminste een aantal keer per jaar deel aan intervisie met andere casemanagers dementie, en stelt zich daarbij toetsbaar en leerbaar op;
- houdt relevante vakliteratuur bij.

De rol van kwaliteitsbevorderaar

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

Kennis

De casemanager dementie in de rol van professional en kwaliteitsbevorderaar:

- kent de methodieken om de kwaliteit van casemanagement dementie te bewaken en te borgen;
- kent het kwaliteitsmodel van de eigen organisatie en van het dementienetwerk;
- kent de mogelijkheden om te registeren in de kwaliteitsregisters van de BPSW, V&VN en BIG
- kent de eigen mogelijkheden, beperkingen en grenzen wat betreft de te verlenen ondersteuning en zorg;
- kent de eigen professionele en persoonlijke grenzen.

Vaardigheden en attitude

De casemanager dementie in de rol van professional en kwaliteitsbevorderaar:

- werkt transparant met cliënt en cliëntsysteem;
- weegt en bespreekt vrijheidsbeperkende en andere moreel-ethische maatregelen open en eerlijk. Zij/hij kan daarover andere zorgverleners en het zorgteam adviseren en neemt daarbij ook de mogelijke consequenties op langere termijn in ogenschouw;
- gaat bewust om met het solistische karakter van het werk en kan goed meebewegen in het hele cliëntsysteem;
- is creatief, kan out of the box denken en de beschikbare discretionaire ruimte benutten, met name in complexe situaties;
- draagt bij aan de ontwikkeling van het vak en daarvoor relevante zorgstandaarden of richtlijnen, en kan de meerwaarde van casemanagement dementie verantwoorden;
- draagt bij aan de ontwikkeling van het werk als sociaal werker zorg als casemanager dementie (onder andere door trainingen, cursussen, congressen, gastcolleges bij opleidingen en onderwijsinstellingen);
- werkt zelfstandig en beheert een eigen caseload;
- past effectief tijdmanagement toe;
- leert, onder meer door reflectie op eigen handelen, van gemaakte fouten;
- gaat met collega's in gesprek over (bijna) incidenten om deze in de toekomst te voorkomen;
- zet zorg efficiënt in en let daarbij op kosten;
- bespreekt het eigen functioneren met de cliënt en het cliëntsysteem om zicht te krijgen op de cliënttevredenheid en de door de cliënt beleefde kwaliteit.

Bijlage 1 – Totstandkoming van dit profiel

Dit expertiseprofiel is tot stand gekomen vanuit V&VN en BPSW, nadat vanuit het implementatieprogramma van de zorgstandaard dementie in 2023 werd geconstateerd dat de beide verschillende expertiseprofielen in de praktijk tot verwarring leidden en dat er een behoefte in de praktijk was aan eenduidigheid in de expertise van de casemanager dementie.

In het Operationeel Overleg van de Nationale Dementie Strategie is afgesproken dat de beide beroepsverenigingen, ondersteund door de coördinator van het implementatieprogramma van de zorgstandaard dementie, gezamenlijk 1 nieuw beroepsprofiel vorm zouden geven.

Hiermee is in het najaar van 2023 een start gemaakt door een projectgroep van 5 casemanagers dementie, vanuit zowel verpleegkundige als sociaal werk achtergrond. De betrokken casemanagers zijn:

Gerben Jansen (V&VN)
Daniëlle Reukers (BPSW)
Rika Roffelsen (V&VN)
Esther Tetteroo (BPSW)
Germaine van Trijffel (BPSW)

Het proces is ondersteund door Marieke van Werkhoven, coördinator van het implementatieprogramma van de zorgstandaard dementie.

Dit document bevat de versie van het expertiseprofiel zoals die nog moet worden voorgelegd aan de leden van de BPSW en V&VN. Ook zal deze versie voorgelegd worden aan alle partijen die de zorgstandaard dementie hebben ondertekend, om hen in de gelegenheid te stellen om ook hun reactie op dit document te geven.

Het tijdsplan voor het vervolg van het definitief maken van dit expertiseprofiel is als volgt:

4 juni 2024 – Presentatie van het expertiseprofiel op hoofdlijnen tijdens het congres voor casemanagers dementie

4 juni – verspreiding naar leden van V&VN en BPSW ten behoeve van ledenraadpleging en verspreiding van document naar partijen betrokken bij zorgstandaard dementie

19 juni 2024 – Gezamenlijke ledenraadpleging V&VN en BPSW

30 juni 2024 – deadline voor reacties op document

Juli en augustus 2024 – afstemming met V&VN en BPSW, stakeholders en aanpassingen aan document

21 september 2024 – presentatie definitieve versie op Wereld Alzheimerdag