



Wijkverpleegkundige vs pg wijkverpleegkundige vs casemanager dementie

Met dank aan Hannah, Henk, Marjan, Rika, en alle andere casemanagers dementie in Drenthe.
Els van der Veen (red.)

April 2017

Inhoud:

1. Wat het verschil is?	1
2. Wat een Casemanager Dementie moet weten?	6
3. Wat een Casemanager Dementie moet kunnen?	8
4. Hoeveel tijd er nodig is om Casemanagement Dementie uit te voeren?	9
5. Wat de positie is van de Casemanager Dementie?	10

1. Wat het verschil is?

Wat het verschil is? (1)

Een wijkverpleegkundige en ook een pg wijkverpleegkundige zet in op zorg. Ik las ergens dat we eigenlijk zouden moeten verschuiven: van Ziekte en Zorg (ZZ), via Mens en Maatschappij (MM) naar Gezondheid en Gedrag (GG). Dat was de afgelopen zes jaar het motto om de kosten in de gezondheidszorg het hoofd te bieden en toekomstproof te maken. Een Casemanager dementie (CMD) doet dat helemaal. Maar een (pg) wijkverpleegkundige zet juist wel in op Ziekte en Zorg. Ze komt binnen en bekijkt de situatie vanuit dat perspectief: welke stoornissen zijn er, welke zorg kan worden ingezet. Een CMD begint aan de andere kant: ze kijkt naar Gezondheid en Gedrag, wat is er aan de hand, wat kan het cliëntsysteem nog, waar liggen de knelpunten in deze situatie. Van daaruit kijkt ze samen met het cliëntsysteem (Mens en Maatschappij) naar mogelijkheden die de situatie, op kwalitatief verantwoorde wijze hanteerbaar kan houden. Nu, op dit moment, en ze anticipeert ook op de toekomst (!).

Wat het verschil is? (2)

Bij CMD starten we als er veranderingen zichtbaar worden in het gedrag en in de gezondheid van de cliënt. Dat horen we meestal van derden, mantelzorgers, burens, huishoudelijke hulp, pedicure, e.d. Juist door de mensen eromheen om te leren omgaan met dementie (alle projecten dementievriendelijk) zorgen wij (door uitleg van de ziekte aan de cliënt en het cliëntsysteem) voor zolang mogelijk uitstel van zorginzet/kosten/opname. Dat doet de CMD in een vroeg stadium, als er dus iets opvalt in gedrag. We betrekken de omgeving bij de cliënt en het cliëntsysteem zodat het fundament verstevigd wordt en de draaglast/kracht bewaakt wordt. De inzet van de CMD levert daardoor veel kostenbesparing op.

Wat het verschil is? (3)

Het is een totaal andere taak. Een CMD is een procesbegeleider, en niet een zorgverlener. Ze bekijkt de situatie, samen met het cliëntsysteem: wat is er aan de hand, wat gaat er goed, waar moet het anders. Ze bespreekt het nu, maar anticipeert ook met het cliëntsysteem op de toekomst: wat wilt u als....., wat is er mogelijk als..... Ze bespreekt welke hulp en ondersteuning, en desnoods zorg er nodig is. Zo weinig als kan en zoveel als moet. Ze onderhoudt contact en stelt steeds bij. Ze bouwt een



netwerkje rond het cliëntsysteem, samen met het cliëntsysteem, zodat het thuis zolang mogelijk goed kan blijven gaan. Ze bespreekt de situatie regelmatig en stelt de ondersteuning waar nodig bij.

Wat het verschil is? (4)

Net zoals je een wijkverpleegkundige hebt met het specialisme wondzorg, moet er ook een specialisme CMD zijn. Een wijkverpleegkundige met alleen specialisme pg is niet voldoende. CMD is een totaal ander vak, dat je moet leren. Als een (pg) wijkverpleegkundige het cliëntsysteem begeleidt - dat komt wel eens voor, dat we te laat worden ingeroepen als CMD's - dan zie je meer probleemgedrag: dwalen, onrust, want ze hebben niet de juiste omgangsadvisen. Als ik er dan in kom en wél de juiste adviezen geef, dan neemt het probleemgedrag af. Het probleemgedrag blijkt dan gewoon onbegrepen gedrag te zijn, dat kan worden bijgestuurd. Dat gebeurt er als je geen CMD inzet, maar een (pg) wijkverpleegkundige. Een (pg) wijkverpleegkundige is gewoon minder gespecialiseerd. Bij dementie gaat het om een wisselwerking tussen persoonlijkheid, ziekte, referentiekader van de patiënt; dat beïnvloedt allemaal het gedrag. Dat moet je weten en dat moet je kunnen inschatten.

Wat het verschil is? (5)

Ik heb ook wel meegemaakt dat er ipv een CMD een pg wijkverpleegkundige in zat. Er waren daar allerlei problemen, allemaal probleemgedrag. Mevrouw werd op straat gevonden door de burens, en was heel onrustig. Uiteindelijk werd ik ingeschakeld en kon ik de situatie toch nog op de rit krijgen. Er werd door de wijkverpleegkundige en huisarts alleen maar gesproken over medicatie en opname en diagnosestelling; dat kan ook allemaal soms nodig zijn. Maar in deze situatie lukte het mij om het cliëntsysteem op één lijn te krijgen en met de inzet van hulp van familie en burens en een klein beetje zorg de situatie tot rust te brengen. We hebben met kleine stapjes alle dagelijkse probleempjes (wassen, eten) kunnen oplossen. We hebben samen allerlei alternatieven bedacht om het voor elkaar te krijgen. Opname was toen nog lang niet nodig. En medicatie minimaal.

Wat het verschil is? (6)

De CMD kijkt veel breder, niet alleen naar eventuele zorgbehoefte. In heel veel gevallen is er helemaal geen zorg nodig; geen hulp bij wassen, verzorging enzo, en ook geen medische zorg (medicijnen, verpleging e.d.). Maar er is dan al wel behoefte aan CMD: vooruit kijken, en het proces bespreken van wat er gaat komen. Een CMD is 1. aanspreekpunt voor het cliëntsysteem; mensen zeggen ook vaak dat dat al zo helpt: het feit dat ze iemand kunnen bellen als ze ergens mee zitten. Een CMD is 2. Coördinator van hulp, ondersteuning en zorg; ze kijkt naar vrijwilligers, burens, familie, juridische zaken, zorgverlening etc etc. Daarvoor is het zo belangrijk dat de CMD onafhankelijk is en echt naast het cliëntsysteem kan staan. En een CMD is 3. Begeleider van het cliëntsysteem (en van het zorgsysteem!) door het hele proces van ziekte en zorg.

Wat het verschil is? (7)

Lang niet alle wijkverpleegkundigen hebben affiniteit met ouderen en met dementie. Ik denk dat 9 van de 10 er geen affiniteit mee heeft. Ik heb dat ook even met een collega wijkverpleegkundige nagevraagd. Ze hebben ook het empathisch vermogen niet. Bij ons in Drenthe zijn er pg teams: dat zijn wijkverpleegkundigen, niveau 5 en ook wel 4, die allemaal affiniteit hebben met ouderen en met dementie. De CMD adviseert dit team. Als er een vermoeden van dementie is wordt de CMD ingeschakeld. Het is belangrijk om vanaf het eerste moment een relatie te kunnen opbouwen. Vertrouwen is zo belangrijk. Dat heb je niet zomaar, dat moet groeien. Je moet regelmatig contact hebben en houden, daar moet ook structuur en regelmaat inzitten. Gedrag verandert ook vaak zo



snel. Als CMD moet je minimaal 1 x per 6 weken wel contact hebben. Als er zorg in zit, dan moet je die ook goed aansturen en adviseren en begeleiden. We hebben dan vaak ook intervisie over het cliëntsysteem. Zodat de neuzen van alle hulpverleners dezelfde richting opstaan.

Wat het verschil is? (8)

We hebben hier in Drenthe ook casemanagers van het project Samen Oud. Dat zijn wijkverpleegkundigen die vanuit de huisartspraktijk casemanager zijn van ouderen. Zij hebben wel meer scholing wv ouderen dan andere wijkverpleegkundigen, maar niet (voldoende) over dementie. Ze hebben een brede ondergrond, ze weten iets over diabetes, hartfalen etc, maar niet zozeer over de verschillende vormen van dementie. Ze zijn wijkgericht, heel goed natuurlijk. Wij zijn als CMD cliëntgericht, ik bedoel, natuurlijk proberen we burens, kennissen, kerk enzo in het netwerkje rond de cliënt te betrekken, maar dat hoeven niet persé wijkbewoners te zijn; het kunnen ook vrienden of kennissen uit een andere buurt/dorp zijn.

Wat het verschil is? (9)

Een CMD is een wijkverpleegkundige of een maatschappelijk werker met een specialistische CMD opleiding. Een CMD kan dus (als ze dat als achtergrond heeft) wel als wijkverpleegkundige werken, maar een wijkverpleegkundige kan niet zomaar als CMD werken; dat specialisme heeft ze niet. Ze heeft die kennis en die kunde niet.

Wat het verschil is? (10)

Je hebt wijkverpleegkundigen met specialisme diabetes bijvoorbeeld, of wondzorg. Die worden ingeroepen als de suiker gaat schommelen, of als de wond maar niet wil genezen. Die komen dan binnen, kortdurend, zolang het nodig is, en dan wordt het weer door de generalistische wijkverpleegkundige overgenomen. Maar dat kan niet bij dementie. Bij dementie is het belangrijk om vanaf het begin erbij te zijn. Om vertrouwen te winnen. Om kennis te krijgen van de cliënt zelf en van het cliëntsysteem. En om dan, als dat nodig is, goede pg zorg in te kunnen zetten. Als je geen kennis hebt van dementie en dan zorg wilt verlenen, dan escaleert het. Dan lukt het niet met wassen en douchen, dan zie je agressie, dwaalgedrag, onrust. En dan ben je te laat en beland je in een crisis.

Wat het verschil is? (11)

Je ziet ook dat er kennis mist bij wijkverpleegkundigen over diagnostiek. Ze voelen ook vaak niet aan wat er wel en niet kan in een situatie. Omdat ze het ziektebeeld niet kennen. En hoe dat uitwerkt in het gedrag van iemand. En ze niet weten hoe je met een cliënt moet omgaan. Ze komen al binnen met een doel: mevrouw moet onder de douche. Dan gaat het dus al fout. Je moet zo'n mevrouw heel anders benaderen. Het gaat om het vertrouwen, niet om het medische of het zorg-stuk. Daar zitten wijkverpleegkundigen vaak veel te veel op. Een wijkverpleegkundige is opgeleid om te zorgen, bijvoorbeeld bij diabetes, of bij een heupfractuur. Dat zijn mensen die zelf nog kunnen nadenken over hun situatie, en ziekte-inzicht hebben. Daar zijn wijkverpleegkundigen heel goed in. Maar bij dementie is er geen ziekte-inzicht, dat is heel anders. Als je daar op die manier binnenkomt, dan gaat het fout. De CMD begeleidt en adviseert de generalistische wijkverpleegkundigen daarin.

Wat het verschil is? (12)

Ik kom bijvoorbeeld bij een echtpaar, man van 85 lijdt aan dementie, vrouw van 80. De pvh had de mevrouw uitgenodigd omdat ze iets vermoedde en mevrouw was in huilen uitgebarsten. Toen werd ik gebeld. Meneer had helemaal geen ziekte-inzicht. En mevrouw zag helemaal geen perspectief meer. Ze stevenden af op een crisis. Ik heb toen een gesprek gearrangeerd met de dochters: wat kan



er wel, wat kan er niet meer, en hoe gaan we dit doen met zijn allen. Er is nu 2 x per week een begeleidingsmoment door de zorg, verder wordt het door de familie opgelost. Ze kunnen me altijd bellen en we hebben ook regelmatig contact. Ze zeggen tegen me dat ze zo blij zijn dat dit zo kan. Dat ik er ben voor ze. En dat ze me kunnen bellen als ze het niet meer weten. Dat hoor ik heel vaak. Een gewone wijkverpleegkundige kan dat echt niet. Ze heeft er niet alleen de tijd niet voor, maar ze kán het ook niet, ze heeft de deskundigheid niet. Ze weet te weinig van dementie, van de ziekte, maar ook te weinig van het proces dat dan komt, en van de dingen waar je aan moet denken. Bijvoorbeeld de juridische kant; als je dat niet op tijd regelt, dan ben je te laat en zit je met nog veel meer problemen.

Wat het verschil is? (13)

Ja, de wijkverpleegkundige zou ook wel een helicopterview moeten hebben, maar dat is meestal niet zo. En als ze dat wel heeft, dan kijkt ze vanuit die helikopter alleen naar zorg. Ze weet ook te weinig van het proces van dementie. Bij dementie moet je als CMD een relatie opbouwen, het vertrouwen winnen en dan samen het proces bewandelen. Het is een heel ander vak dan dat van de wijkverpleegkundige. Hoewel ikzelf ook wijkverpleegkundige ben, ik ben zo opgeleid en ook nog steeds uitvoerend pg wijkverpleegkundige. Daarom weet ik dat ook zo goed. Wat ik als wijkverpleegkundige doe is heel wat anders dan wat ik als CMD doe. En wat ik zie bij mijn collega pg wijkverpleegkundigen is ook heel anders dan wat ik doe als CMD. Ze komen ook vaak met vragen bij mij. Want dat weten ze niet. Ik adviseer en begeleid de pg wijkverpleegkundigen ook.

Wat het verschil is? (14)

Een wijkverpleegkundige begeleidt chronisch zieken. Bijvoorbeeld diabetes. Daar heb je ook specialistische kennis voor nodig. Maar er is een verschil in diepgang van de begeleiding. Bij dementie gaat dat veel verder. Heb je veel meer contact met de familie, je moet veel meer weten van de cliënt, wat hij fijn vindt, waar hij snel boos om wordt. Ik schakel als CMD ook wel eens een wijkverpleegkundige in die gespecialiseerd is in diabetes. Ik ben zelf ook wijkverpleegkundige, maar mijn collega weet daar meer van. Als zij iemand met dementie heeft schakelt ze mij in als CMD. Maar dan begin ik in een vroeg stadium en blijf ik bij die cliënt. Bij de diabetes is die hulp van mijn collega vaak maar voor korte duur nodig. Bij dementie is dat heel anders, omdat er cognitieve problemen zijn. De wijkverpleegkundige is een generalist. Zij coacht ook wel, maar veel minder intensief. Ze gaat vooral over de inhoud van zorg.

Wat het verschil is? (15)

Het komt ook vooral door de cognitieve problemen die er bij dementie nu eenmaal zijn. Geen ziekte inzicht. Geen ziektebesef zelfs. Niet zelf de regie kunnen houden over het eigen leven. Dat moet de familie gaan overnemen. En daar hebben ze steun en hulp bij nodig van een CMD. Ik zet ze dan op het goede spoor. Maak afspraken met ze. En als ze er niet uit komen, dan bellen ze mij. Dan gaan we weer om tafel. En stellen we het bij. Ik zet lang niet altijd zorg in. Alleen als het echt nodig is. En ik bespreek de toekomst. "Wat als..." vragen. Zodat ik weet hoe en wat ze willen. Hoe ze erin staan. Ik heb het ook over de juridische zaken, om problemen te voorkómen. En over doorbehandelen en euthanasie. Ik doorloop het hele proces met ze.

Wat het verschil is? (16)

Het inzetten van een CMD leidt tot meer kwaliteit van leven en tot uitstel van opname. Daar ben ik van overtuigd. Ik begeleid het cliëntsysteem naar een opname toe, stapje voor stapje. En ze blijven echt zo lang mogelijk thuis wonen, in de vertrouwde omgeving. Daardoor wordt ook een crisis

voorkómen. Ze weten wat eraan komt en ik weet wat en hoe ze het graag willen. Het voorkomt ook een ziekenhuisopname; soms gaat het mis natuurlijk, dan valt iemand en komt ze met een heupfractuur toch nog in een ziekenhuis. Maar zelfs dan is het voor de familie minder schrikken; de knop is al om, ze weten al dat opname eraan komt. Ze weten wat ze kunnen verwachten.

Wat het verschil is? (17)

Een wijkverpleegkundige spreekt een cliënt aan op zijn ziekte-inzicht, dat lukt niet bij dementie. Iemand met dementie heeft geen ziekte-inzicht, hij kan niet begrijpen dat hij ziek is. Hij is ook bijna altijd een zorgmijder, vindt zorg helemaal niet nodig. Hij wil ook niet naar dagopvang, of iemand die hem helpt bij het aankleden, of bij hem blijft bij het eten. Hij vindt dat allemaal niet nodig. Hij vergeet immers dat hij vergeet. En daardoor ontkent hij de problemen. Dat kent de wijkverpleegkundige niet, daar heeft ze geen kennis en geen ervaring mee. Ik, als CMD, adviseer ze vaak en leg uit hoe dat komt. Ik ga er altijd 'onder zitten', zo noem ik dat. Ik zoek naar de klik met de cliënt, naar een vertrouwen, iets waarop ik contact kan maken. De wijkverpleegkundigen komen binnen met een doel, en dan lukt het niet. Ik help de wijkverpleegkundigen, ik bespreek het met ze als team, hoe het beter kan. Ik doe als CMD de begeleiding, dat kunnen de wijkverpleegkundigen en verzorgenden ook niet, die opleiding hebben ze niet, en ik adviseer hen bij de zorgverlening. En ik adviseer ook de familie.

Wat het verschil is? (18)

Een wijkverpleegkundige is breed opgeleid, de CMD is een specialist. De CMD is een procesbegeleider, het is een ander vak. Ik doe als CMD bijvoorbeeld familiegesprekken. Ik heb wel meegemaakt dat een wijkverpleegkundige dat deed, maar dat liep helemaal verkeerd af. Dat is niet gemakkelijk om te doen, dat doe je niet zomaar. Ik noem wel eens het verschil tussen autoverkoopers, beetje gek misschien. Maar: ik kan algemene kennis hebben van auto's en ik kan zo aan jou een Mercedes verkopen. Maar een echte Mercedes dealer kan jou uitleggen wat de Mercedes anders kan en doet dan een andere auto. Zoiets is het. Zo vertelt een wijkverpleegkundige algemene dingen over ouder worden en misschien een beetje over dementie. Maar een CMD kent alle ins en outs: over de ziekte, over de gevolgen ervan, over hoe ermee om te gaan, over het proces dat nog komt, enz., en dat maakt het nu lichter en beter hanteerbaar voor de familie en het voorkómt veel problemen.

Wat het verschil is? (19)

Ik heb wel eens meegemaakt met een wijkverpleegkundige die bij een cliëntsysteem kwam. Het was een onduidelijk en vreemd beeld. De wijkverpleegkundige kreeg ook geen klik, het klopte gewoon niet met de zorg. De wijkverpleegkundige was alleen maar op zorg gericht, douchen, en het ging allemaal niet; volgens mevrouw was de handdoek steeds weg. De wijkverpleegkundige wist er geen raad mee, het liep naar een crisis toe. Toen ik erin kwam, als CMD, heb ik ervoor gezorgd dat er een scan gemaakt werd. Het bleek dat er vasculaire dementie aan de hand was, en dat mevrouw een deel gewoon niet kon zien en daarom dus ook die handdoek niet zag. Ze werd dan boos en ook bang natuurlijk. Dat signaal, van niet goed kunnen zien, had de wijkverpleegkundige helemaal niet opgepikt, ze was boos geworden op mevrouw, had geen geduld gehad. Toen is die wijkverpleegkundige daar gestopt en hebben we het pg team erin gezet. Ik heb ze meteen vanaf het begin goed geadviseerd en begeleid, en nu gaat het goed met mevrouw thuis.

Wat het verschil is? (20)

De pg wijkverpleegkundigen missen toch het overstijgend kunnen denken. Ze zijn erg zorg georiënteerd, dat doen ze heel goed. Ze kunnen heel goed zorg verlenen, en als je een pg



wijkverpleegkundige hebt hebben ze ook nog affiniteit met ouderen en doen ze dat nog beter dan een generalistische wijkverpleegkundige. Maar met dementie moet je veel breder kijken. Ten eerste naar de situatie in huis. En naar de mantelzorger. Familiegesprekken voeren kunnen ze niet goed. Ze weten weinig van familiesystemen, hoe dat werkt als echtgenoot of vader of moeder ineens dement is, en je een rolverandering krijgt, hoe dat is voor een echtgenoot, of voor een kind (ook al is hij in de 50). Wat dat teweeg brengt aan emoties, aan onverwerkte zaken, die vaak in een huwelijk of een familie spelen, en die allemaal weer boven komen, nu er (soms langdurig) zaken geregeld moeten worden. En je allemaal met elkaar door één deur zult moeten. Ik heb wel eens gehad dat een wijkverpleegkundige zo'n gesprek had gedaan. Ik moest daarna komen om de boel 'weer op te ruimen', om alles weer te sussen en nieuwe afspraken te maken. Het was helemaal fout gelopen. Want het gaat niet alleen om op tijd het natje en droogje van vader of moeder, het gaat om familieverhoudingen, en vaak over onafgedane zaken, die eronder liggen.

2. Wat een Casemanager Dementie (CMD) moet weten?

Wat een CMD moet weten? (1)

Ze moet echt goede kennis hebben van de ziekte. Om de familie, omstanders te kunnen voorlichten. Maar ook om de zorgverleners, bijv de wijkverpleegkundigen, te ondersteunen. Hoe krijg ik het voor elkaar om iemand onder de douche te krijgen? Zulke dingen worden mij vaak gevraagd. Een wijkverpleegkundige komt vaak al 'verkeerd' binnen, nl met een doel: mevrouw moet gewassen worden. Dan lukt het niet. Omgaan met iemand met dementie moet je leren, dat kan lang niet iedereen. En daarvoor moet je kennis hebben van dementie, en ook van de cliënt. Een CMD moet kennis hebben van dementie om het netwerkje rond het cliëntstelsel te ondersteunen, te adviseren, bij te springen, voor te lichten. Ik bedoel met dat netwerkje dan familie, en ook zorgverleners, bijv huishoudelijke hulp, ADL, en ook wijkverpleegkundigen.

Wat een CMD moet weten? (2)

Kennis van het ziektebeeld en hoe dat het gedrag beïnvloedt. Het is een persoon die de ziekte dementie heeft; het is individueel verschillend, niet iedereen reageert hetzelfde op de ziekte. De wijkverpleegkundige, ook de pg wijkverpleegkundige, mist deze specifieke kennis. Je moet weten welke beïnvloedende interventies je kunt doen. Hoe je gedrag kunt beïnvloeden. Een CMD heeft een opleiding, affiniteit met dementie, en ze heeft ervaring; ze kent het cliëntstelsel goed en snapt wat er wel en wat er niet werkt. Ze kijkt overstijgend, en geeft adviezen aan de anderen, die hulp en zorg geven.

Wat een CMD moet weten? (3)

De generalistische wijkverpleegkundige kijkt naar de zorg; welke zorg kan ik hier inzetten, zodat het beter gaat. Dat is haar perspectief. De CMD kijkt veel breder. Ze bouwt een netwerkje rond de cliënt. Ze begeleidt het systeem door het proces heen. Ze is een procesbegeleider. Bijvoorbeeld met dagopvang. Je moet dan – voordat je dat aanvraagt voor een cliënt – weten of dat past bij de cliënt. Een heteroanamnese is ook heel belangrijk. Samen met de mantelzorger. Zodat je een beeld krijgt van wat wel en wat niet zou kunnen gaan passen/lukken. Bijvoorbeeld dagopvang op een zorgboerderij. Dan moet je wel weten of dat iets is voor iemand. Nou is dat een vrij simpel voorbeeld, maar ik bedoel dat de hulp en zorg die je inzet wel moet aansluiten bij de cliënt. Anders lukt het niet en escaleert de situatie onnodig.



Wat een CMD moet weten? (3)

Een CMD moet specialistische kennis hebben over dementie. Ze moet weten van het proces van dementie. Ze heeft een vervolgopleiding nodig daarvoor; ik heb zelf Gerion gedaan, dat vond ik echt een heel goede opleiding, daar heb ik veel van geleerd. Ze moet ook weten hoe de ziekte dementie inwerkt op het gedrag. Dat heb je nodig om er goed mee om te gaan. En om het goed te kunnen uitleggen aan de cliënt zelf en aan de mantelzorger. En ook om de andere zorgverleners te kunnen adviseren. Je hebt echt die specialistische kennis nodig. Je moet weten van de verschillende ziektebeelden, van de diversiteit daarvan en de gevolgen voor het gedrag. Je moet ook psycho-educatie kunnen geven, voorlichting. Je hebt echt een aanvullende specialistische opleiding nodig.

Wat een CMD moet weten? (4)

Als je kijkt naar de opleiding CMD bij Gerion die ik gevolgd heb, dan is het verschil in kennis tussen wijkverpleegkundige en CMD heel duidelijk:

Wijkverpleegkundige heeft

- geen kennis van verschillende vormen van dementie
- geen kennis van ketenzorg, kwaliteit en casemanagement
- geen kennis van de ziekte dementie en van zorgdiagnostiek
- wel kennis psychiatrie en persoonlijkheidsstoornissen
- geen kennis van mantelzorg en psycho-educatie
- geen kennis van actuele wet en regelgeving
- wel zorgethiek
- geen specifieke vaardigheden en gespreksvoering
- geen kennis van specifieke meetinstrumenten en behandelplan bij dementie
- wel kennis van palliatieve zorg
- wel kennis van sociaal culturele diversiteit

Van al die onderwerpen heeft de wijkverpleegkundige maar van vier aspecten kennis, van alle andere niet. CMD is dus echt een specialisme. En dat heb je echt nodig om het werk als CMD goed te kunnen uitvoeren. En als er tijdig een goede echte CMD is, dus geen generalistische wijkverpleegkundige, dan is er uitstel van opname mogelijk en meer kwaliteit van leven.

Wat een CMD moet weten? (5)

Ze moet kennis en contact hebben met een groot, regio overstijgend sociaal netwerk. Zodat ze hulp kan inzetten die goed aansluit bij het cliëntsysteem. Een wijkverpleegkundige coördineert ook wel, maar dan gaat het alleen om de zorg en het directe steunsysteem. Het hangt dan ook af van de moederorganisatie wat ze aan zorg inzet. Voor de coördinatie en voor de inzet van goede zorg die aansluit, is onafhankelijkheid van belang. Dat je niet vast zit aan je moederorganisatie. Dat je hulp en zorg inzet die echt goed is voor de cliënt en voor het systeem van de cliënt. Waar de mantelzorger ook echt iets aan heeft. Soms wordt bijvoorbeeld dagopvang ook wel gestopt, omdat de mantelzorger er meer last van heeft dan dat het haar helpt. Dat moet je van tevoren goed kunnen inschatten; of de cliënt daar wel kan aarden en het naar zijn zin zal hebben. Of dat hij beter naar een dagbesteding kan die iets verder weg is. Daar moet je ook kennis van hebben.

Wat een CMD moet weten? (6)

Een CMD moet kennis hebben van ouderenzorg en van de vormen van dementie. Ze moet de sociale kaart kennen. Ze moet adviezen kunnen geven over de omgang met dementie. Ze moet vooruit kunnen kijken. Ze moet de gevolgen van de specifieke vormen van dementie kennen. Ze moet gesprekken kunnen voeren met de cliënt. En ze moet gesprekken kunnen voeren met de familie. Ze



moet kunnen uitleggen wat er aan de hand is met de cliënt, wat de ziekte is, en wat de ziekte doet met de cliënt. Dat helpt. Ik had bijvoorbeeld een keer een meneer die uit de supermarkt wel eens dingen meenam zonder die te betalen. Zijn echtgenote was echt kwaad op hem. Maar toen ik had uitgelegd hoe dat kwam, kreeg ze meer begrip voor hem en werd ze niet meer boos. Door dat soort dingen goed uit te leggen kon ze de zorg langer dragen.

Wat een CMD moet weten? (7)

Ik heb ook wel eens meegemaakt dat ik van wijkverpleegkundigen en verzorgenden boze verhalen kreeg over een cliënt. Ze snapten duidelijk niet wat er aan de hand was. Toen ik ze had uitgelegd hoe het kwam dat mevrouw persé niet gewassen wilde worden (dat deed haar denken aan haar verleden), en hoe ze wél met haar om moesten gaan, toen lukte het wél. Mevrouw werd eerder boos, ze raakte in paniek; maar nadat ik het had uitgelegd en advies gegeven had ging het beter en zat mevrouw er fris gewassen bij. Mevrouw genoot daar ook van. Ik had dat niet kunnen doen als ik mevrouw en haar achtergrond niet gekend had. Ik had gesprekken gevoerd met haarzelf en met haar man en kinderen. Voor meneer werd het daardoor ook beter hanteerbaar om haar thuis te houden, hij hield het beter vol. Mensen met dementie voelen het aan als ze niet serieus genomen worden, of als ze met tijdsdruk gedwongen worden tot iets wat ze vervelend of eng vinden. Ze zijn sneller geprikkeld. Daardoor werd mevrouw agressief. En daardoor werd de wijkverpleegkundige weer geërgerd en boos.

Wat een CMD moet weten? (8)

Ik vind het ook heel belangrijk om uitleg te geven over auto rijden, over financiën, over de mogelijkheid van een zakelijke en medische volmacht. Daarmee moet je wel op tijd zijn. Dat is om problemen later te voorkómen. En ik vind het belangrijk om gesprekken te voeren over wel of niet doorbehandelen, en over euthanasie. Het is voor alle zorg- en hulpverlening eromheen belangrijk om te weten hoe de cliënt en de familie in het leven staan. Anders weet je niet hoe je moet handelen, als het zover is. Als een CMD op tijd komt, dan heeft de mantelzorger daar veel baat bij, dat hoor ik vaak, dan houdt de mantelzorger het ook langer vol, dan kan iemand langer thuis blijven wonen.

3. Wat een Casemanager Dementie (CMD) moet kunnen?

Wat een CMD moet kunnen? (1)

Een CMD moet geduld kunnen opbrengen. Ze moet het vermogen hebben om met demente mensen in contact te komen. Je moet snel kunnen schakelen. Je moet van het gezicht kunnen aflezen. Je moet aan de ogen kunnen zien. Je moet kunnen inschatten. Je moet kunnen inspelen op wat je tegenkomt. Je moet rust in je hebben en te allen tijde rustig kunnen blijven. Sommige wijkverpleegkundigen kunnen dat wel, andere helemaal niet. Als je dat mist, dan krijg je geheid onrust, boosheid, angst, en dan belandt het systeem in een crisis. Je moet een gevoel van rust uitstralen. Dat betekent niet dat je iemand met dementie moet betuttelen, helemaal niet! Je moet hem juist serieus nemen, op een rustige en eerlijke manier.

Wat een CMD moet kunnen? (2)

CMD is een specialisme, het is een ander vak gewoon. Je kijkt veel breder dan de wijkverpleegkundige, en bent veel specialistischer opgeleid. Een CMD kan veel beter omgaan met de direct betrokkenen, want je weet wat er aan de hand is, wat het met de omgeving doet als iemand

dement wordt. Je weet alle kleine dingen, de details, de dagelijkse dingen die gebeuren, die bijna niet uit te leggen zijn. Als CMD weet je dat, en heb je aan een half woord genoeg, Betrokkenen zijn altijd zo blij als ze merken dat je ze echt begrijpt en bijna hun zinnen kunt aanvullen. Dat ze eindelijk iemand gevonden hebben die het begrijpt. En die hun kan helpen. En die met hun goede gesprekken kan voeren. Dat kan een (pg) wijkverpleegkundige niet. Cliënt en familie zeggen tegen mij dat ze het zo fijn vinden dat ze 'het pad voor de toekomst nu ook weten', dat ze weten waar ze aan toe zijn, dat geeft rust. We spreken alles door: als dit...dan dat. Ik bespreek met ze wat ze kunnen en moeten verwachten, ik vind er geen doekjes om, maar ik zeg ook dat ik ze ga helpen om het thuis zo lang mogelijk vol te houden. En dat ik ze ook ga helpen als het thuis echt niet langer gaat.

Wat een CMD moet kunnen? (3)

Soms zie ik ook wel wijkverpleegkundigen die dan ervaring hebben intramuraal. Eerlijk gezegd? Ik vind ze soms zwaar ondergeschikt. Ze hebben vaak een beeld van mensen met dementie, vanuit het tehuis, dat is toch heel anders, beschermd. Ze hebben geen idee van een thuissituatie, van familieleden, die lijden onder de dementie, van gevaarlijke situaties, van dagelijkse problemen en probleempjes die thuis voorkomen, Thuis is het vaak veel en veel complexer, er zijn veel meer factoren die een rol spelen. Als ik dan ook nog zie dat zo'n generalistische wijkverpleegkundige ook nog probeert als CMD op te treden, dan maak ik me ernstige zorgen. Dat loopt bijna altijd uit op een voortijdige crisis. Als er dan een goed opgeleide CMD was geweest, dan had zo'n situatie veel langer thuis goed kunnen gaan. Zonder crisis. En thuis in de vertrouwde omgeving, wat toch vaak het fijnste is voor de cliënt, en wat de meeste mensen het liefst willen.

4. Hoeveel tijd er nodig is om Casemanagement Dementie uit te voeren?

Hoeveel tijd is er nodig om CMD uit te voeren? (1)

CMD kost gemiddeld 25 uur per jaar per cliëntensysteem. En leidt tot verhoging van kwaliteit van leven en tot uitstel van opname. Als je CMD te laat inzet, gaat die opbrengst verloren. Tijdige inzet, dwz in de niet-pluis fase, is voorwaarde voor het wel-slagen van CMD. Nu zie je soms dat CMD pas op het laatst, bij crisis wordt ingezet. Dan kan ik niks meer doen; ik ken de patiënt niet, ik ken het cliëntensysteem niet, ik weet niet wat ze en hoe ze het willen, juridisch zijn de zaken niet goed geregeld; kortom: ik kan dan geen goede zorg meer leveren.

Hoeveel tijd is er nodig om CMD uit te voeren? (2)

Wat ook echt nodig is, is dat de tijd die je besteedt aan CMD geormerkt moet zijn. Anders verwatert het in de wijkverpleegkundige uren PV en VP. En word ik als CMD niet of te laat ingeroepen. Dat scheelt tijd, die mensen nog thuis hadden kunnen blijven, als ik er als CMD eerder bij betrokken was geweest. Dan had ik nog allerlei interventies kunnen doen. Mensen kunnen echt nog heel lang thuis blijven, als ze dat willen. Dat gaat vaak heel goed. Maar dan moet ik er op tijd bij zijn, om de zaak goed op de rit te zetten. Dan houden ze het meestal nog heel lang vol.

Hoeveel tijd is er nodig om CMD uit te voeren? (3)

Stond er niet gemiddeld 25 jaar per cliëntensysteem in de Zorgstandaard? Ja, daar kom ik wel mee uit. In sommige gevallen is het meer, die zie ik dan soms een tijdje meerdere keren per week. In andere gevallen kan het (in perioden) wel minder zijn. Ik vind wel dat er regelmatig contact moet zijn. In

Drenthe hebben we afgesproken dat één keer per zes weken minimaal is; dat vind ik een goede vuistregel.

Hoeveel tijd is er nodig om CMD uit te voeren? (4)

Die norm van gemiddeld 25 uur per jaar, daar kan ik wel mee uit de voeten. Wat het belangrijkste is vind ik, is dat ik het apart moet kunnen wegschrijven. Want als dat niet zo is, dan ben ik het kwijt, dan glipt het door mijn vingers. Dan wordt het ook moeilijker voor mij om de druk vanuit mijn organisatie (meer productie, in wijkverpleegkundige taken en cliënten) te weerstaan. Dan wordt het een sluitpost. Als de financiering geormerkt wordt, dan borgen we daarmee het CMD.

5. Wat de positie is van de Casemanager Dementie (CMD)?

Positie CMD? (1)

Wat ik vaak zie is dat de (pg) wijkverpleegkundige en de huisarts eenzelfde taal spreken. Zij zijn breed opgeleid, zij hebben een brede deskundigheid. Maar ze kijken niet breed; ze kijken alleen naar zorg. Het gaat bij de wijkverpleegkundige en huisarts over medicatie, over mogelijkheden van zorg, over opname. En ik zie dat de specialist ouderengeneeskunde (SO) en de CMD samen ook eenzelfde taal spreken. Zij zijn specialistisch opgeleid, zij hebben een specifieke deskundigheid. Maar zij kijken juist wel breed; ze kijken naar het totale systeem, naar gedrag, gezondheid, de persoon, de familieverhoudingen, de veerkracht van het steunsysteem etc. Het gaat bij de SO en de CMD over hoe het thuis zolang mogelijk kan, mbv het informele netwerk, vrijwilligers, burens, familie, en misschien een klein beetje zorg.

Positie CMD? (2)

Om goede zorg in te kunnen zetten is een dementienetwerk ook belangrijk. Je moet onafhankelijk kunnen opereren. Zorg in kunnen zetten die echt bij de cliënt past, die aansluit bij het systeem. Anders lukt het niet. Je moet je niet gedwongen voelen om sowieso zorg in te zetten (productie!) of om zorg in te zetten die mijn eigen organisatie biedt (dagopvang bijvoorbeeld). Als het past bij de cliënt is dat één van de mogelijkheden misschien, maar je moet vrij zijn om goed te kunnen adviseren. Bij ons in Drenthe werk je als CMD onder de regie van het netwerk, en kan dat dus. Zo is dat binnen het netwerk afgesproken en dat helpt wel. Ook al voel ik wel eens de druk vanuit mijn organisatie, natuurlijk wel, maar het lukt toch altijd wel om naast de cliënt te blijven staan en in zijn belang te handelen. Desnoods roep ik ook de steun van de netwerkcoördinator in daarvoor. En die bevestigt ook altijd dat ik er voor de cliënt ben en niet voor het belang van mijn organisatie.

Positie CMD? (3)

Ik vind het belangrijk om de CMD niet te laat in te vliegen. Want je hebt tijd nodig om een relatie op te bouwen en vertrouwen te krijgen. De cliënt kan de regie over zijn eigen leven zelf niet meer houden. En de mantelzorger is zelf vaak ook al op leeftijd en staat er dan alleen voor. Met iemand die bijvoorbeeld ook nog 's nachts het bed uitgaat en oncontroleerbare dingen doet. Dat is heel zwaar. Ik bespreek het dan binnen de familie. We bouwen dan een netwerkje. Dat doen we mbv 'gezamenlijke besluitvorming'. En dat leidt tot uitstel van opname; dan kan de cliënt toch langer thuis in zijn vertrouwde omgeving blijven. Het gaat erom het steunsysteem 'in de benen' te houden. Want als dat uitvalt dan gaat het niet meer. Als de wijkverpleegkundige dit werk zou moeten doen? dan gaat het mis, dan is het risico op uitval van het steunsysteem veel en veel groter. De wijkverpleegkundige



heeft niet de kennis van het ziekteproces, om dat goed te kunnen begeleiden. Ze heeft ook niet een opleiding daarin.

Positie CMD? (4)

Ja, dat hoor ik ook wel eens, dat de CMD alleen in complexe gevallen ingezet hoeft te worden. Maar wat is complex? Wat betekent dat? Heb je het dan over comorbiditeit? In de meeste gevallen, ik denk in wel 9 van de 10, is daar sprake van. Heb je het dan over gedragsproblemen? Dat is inherent aan dementie, zeker als je dat niet goed begeleidt. Dan worden gedragsproblemen alleen maar groter. Daarvoor is het nu juist zo belangrijk dat er een CMD is die verstand van zaken heeft en goed kan adviseren aan het steunsysteem en de andere zorgverleners. De cliënt en het steunsysteem moet vertrouwen in de CMD kunnen krijgen, dat moet je opbouwen. Als je als patiënt zelf de regie niet meer kunt houden, en wel voelt dat het je ontglipt allemaal, dan is het heel moeilijk om je over te geven en iemand je vertrouwen te geven. Je hebt dan iemand nodig, die verstand van zaken heeft, die weet wat je doormaakt, en die weet wat je mogelijkheden zijn en die het zo goed mogelijk voor je regelt, op de manier zoals jij dat wilt. Dan gaat het het beste. En houd je het het langst vol thuis.