



Zorgstandaard Casemanagement/Zorgbegeleiding bij Dementie
binnen het Netwerk Dementie Drenthe

Zorgstandaard Casemanagement/Zorgbegeleiding bij Dementie binnen het Netwerk Dementie Drenthe

Els van der Veen

Definitieve versie, oktober 2016

Aanleiding

In de Klankbordgroepen zijn in februari/maart 2016 discussies gevoerd over het thema casemanagement dementie in het licht van de Zorg Standaard Dementie (ZSD) 2013. De minimumkwaliteit casemanagement dementie, zoals binnen het Netwerk Dementie Drenthe (NDD) sinds 2010 werd gehanteerd, is naar aanleiding van de discussies herschreven tot onderhavige notitie. Hierin worden elementen uit de ZSD samengevoegd met delen uit de notitie 'minimumkwaliteit' en daarmee geconcretiseerd naar de Drentse situatie.

De zorgorganisaties, die in het NDD samenwerken, hebben op 26 oktober 2016 in de Participanten Raad ingestemd met onderstaande uitgangspunten en functieomschrijving en functie-eisen.

Definitie Casemanagement/Zorgbegeleiding:

Het NDD hanteert, net als de ZSD de definitie voor casemanagement van het Landelijk Dementie Programma (2004): *Het systematisch aanbieden van gecoördineerde behandeling, zorg en ondersteuning door een vaste professional, die deel uitmaakt van een lokaal samenwerkingsverband gericht op thuiswonende mensen met dementie en hun naasten, gedurende het hele traject van 'niet plus' of de diagnose tot aan opname (in een woonvorm voor mensen met dementie) of overlijden.*

Naamgeving

Binnen het NDD worden de termen 'Zorgbegeleiding dementie' en 'Casemanagement dementie' door elkaar gebruikt. Beide termen dekken dezelfde lading. In de praktijk wordt de term 'zorgbegeleiding' en 'zorgbegeleider' vooral gebruikt in het contact met cliënten en de term 'casemanagement' in het contact met professionals. In deze notitie wordt steeds de term 'casemanagement' en 'casemanager' gebruikt.

Algemene doelstelling van casemanagement dementie

De realisatie van samenhangende zorg en ondersteuning voor de thuiswonende cliënt met dementie en hun naasten, opdat mensen met dementie zo lang mogelijk thuis kunnen wonen met kwaliteit van leven en met de juiste zorg. Casemanagement wil het welbevinden en de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun naasten optimaliseren, bij stemmings- en gedragsproblemen deze signaleren en adequaat handelen, emotionele problemen en overbelasting van naasten (spanning, angst, depressie) minimaliseren en opnames of verplaatsingen naar andere woonvormen uitstellen cq voorkomen.



Zorgstandaard Casemanagement/Zorgbegeleiding bij Dementie binnen het Netwerk Dementie Drenthe

Casemanagement als rol of als functie

Het NDD streeft naar een vorm van casemanagement, die dicht bij de cliënt staat, waardoor de bereikbaarheid en de aanspreekbaarheid voor het cliëntsysteem groot is. Het NDD ziet casemanagement dementie als een specialisme. De casemanagementrol ligt verankerd bij een professional, die deskundig is in casemanagement dementie. Het gaat er niet om hoe het casemanagement organisatorisch wordt vorm gegeven: óf een medewerker heeft naast haar taken ook een rol als casemanager, óf een medewerker vult al haar werkuren met casemanagement dementie. Het NDD bewaakt niet de organisatie, maar wel de kwaliteit van de geleverde casemanagement-zorg.

Beschikbaarheid

- Casemanagement begint bij een zorgvraag gerelateerd aan dementie of een vermoeden daarvan.
- Casemanagement biedt ook hulp aan mensen met dementie die daar afwijzend tegenover staan, maar bij wie gevaarlijke of maatschappelijk onwenselijke situaties dreigen te ontstaan en moeten worden voorkomen (bemoeizorg). Bemoeizorg komt bij dementie vanwege de aard van de ziekte relatief veel voor. Ook zorgweigerars worden gestimuleerd om van casemanagement gebruik te maken.
- Vanwege de problematiek worden mensen met dementie en hun naasten veelal thuis bezocht.
- Casemanagement is beschikbaar op werkdagen, tijdens kantooruren, structureel en acuut, en mensen met dementie en hun naasten zijn daarvan op de hoogte. Tijdens kantooruren is – bij afwezigheid van de eigen casemanager – vervanging geregeld. Indien nodig kan crisishulp worden ingeschakeld.
- De beschikbaarheid van de Casemanager eindigt bij of kort na de opname in een intramurale setting of bij overlijden in de thuissituatie. We streven daarbij naar een geleidelijke afbouw en 'zachte overdracht'.
- De Casemanager is na opname of overlijden van de patiënt zo mogelijk (afhankelijk van de financiële ruimte) nog beschikbaar voor de nazorg voor de mantelzorger(s) (maximaal 6 weken) en schakelt (zo nodig) andere hulp in voor een vervolg daarvan

Positie van casemanagement

- In het werk van de casemanager staat het cliëntbelang voorop en mag het belang van de eigen organisatie niet prevaleren. De casemanager heeft een onafhankelijke positie ten opzichte van de haar eigen organisatie en de andere zorgaanbieders in de regio en dient het belang van de cliënt.
- Bij loyaliteitsconflicten, die hierdoor mogelijk voor de casemanager kunnen ontstaan, kan hij/zij een beroep doen op de coördinator van het NDD en de betreffende Klankbordgroepleden.
- Casemanagement wordt uitgevoerd onder leiding en verantwoordelijkheid van de eigen organisatie binnen de in het NDD geldende criteria en bepaalde werkwijze.



Zorgstandaard Casemanagement/Zorgbegeleiding bij Dementie binnen het Netwerk Dementie Drenthe

Aanmelding

Indien wenselijk wordt op verzoek van of door de huisarts de cliënt via één van de deelnemende organisaties bij het ZBO aangemeld, zodat een casemanager al in een vroeg stadium (bij het niet pluisgevoel, vóór de diagnose) kan worden ingeschakeld.

Diagnose en begeleiding zijn altijd aan elkaar gekoppeld. Dit betekent dat een vaste hulpverlener (de casemanager) in ieder geval vanaf het moment van diagnose (maar ook bij een vermoeden van dementie) beschikbaar wordt gesteld.

Binnen één week na de aanmelding heeft de casemanager een gesprek met het cliëntsysteem¹. De Casemanager geeft informatie over welke ondersteuning zij² kan bieden bij de transitie die het cliëntsysteem tijdens het ziekteproces tegenkomt. Het cliëntsysteem beslist of er (nu of later) gebruik van wordt gemaakt.

Contactfrequentie

Er is frequent contact tussen cliënt(systeem) en casemanager. Het vertrouwen, de bereikbaarheid en de aanspreekbaarheid voor het cliëntsysteem is cruciaal voor een goede invulling van de rol van casemanager. Afhankelijk van het stadium van de dementie, de individuele situatie en de feitelijke (on)mogelijkheden wordt een pakket op maat geboden, dat sterk in intensiteit kan variëren: zo licht als mogelijk, zo zwaar als nodig.

De frequentie is afhankelijk van de situatie en de behoefte van het cliëntsysteem, maar is in ieder geval hoger of gelijk aan een minimum van eens in de 6 weken. Tijdens de transitiefasen is meer contact gewenst dan in de tussenliggende stabielere perioden.

Uitgangspunten casemanagement dementie

- Vragen, problemen, wensen, behoeften en gewoontes van mensen met dementie en hun naasten vormen het vertrekpunt. Casemanagement is cliënt- en systeemgericht en vraagvolgend.
- Het kunnen opbouwen van een vertrouwensrelatie tussen de persoon die de rol van casemanagement vervult en de cliënt en zijn familie is belangrijk voor goed casemanagement. Daarom is het nodig dat er een 'klik' is tussen beiden. Als die 'klik' er niet is wordt binnen het ZBO gezocht naar een andere casemanager, met wie de vertrouwensrelatie beter vorm gegeven kan worden.
- Mensen met dementie en hun naasten worden gestimuleerd zoveel mogelijk zelf de regie en verantwoordelijkheid te houden en actief te blijven (empowerment tot zelfmanagement). Casemanagement is aanvullend daarop. De casemanager – anticiperend op de ontwikkelingen – bewaakt het evenwicht tussen draagkracht en draaglast van het cliëntsysteem.
- Casemanagement wordt in de ZBO's ondersteund door een *multidisciplinair dementie team (MDDT)*, waarin medische en psychologische deskundigheid aanwezig is.
- Bij comorbiditeit is dementie dominant voor het medische beleid. Wanneer meerdere chronische ziekten aanleiding geven voor diseasemanagement, maar dementie het bovenliggende ziektebeeld is, ligt de coördinatie bij casemanagement dementie, zodat geen stapeling optreedt. Het casemanagement werkt intensief samen met de huisarts.

¹ Met cliëntsysteem wordt bedoeld = de patiënt met dementie en zijn/haar naaste familie/mantelzorgers

² In de praktijk is de Casemanager meestal een vrouw, daarom is gekozen voor de vrouwelijke vorm; uiteraard wordt hier ook de mannelijke Casemanager bedoeld.



Zorgstandaard Casemanagement/Zorgbegeleiding bij Dementie binnen het Netwerk Dementie Drenthe

- In het geval dat de diagnose dementie wordt gesteld, wordt altijd casemanagement gestart en een individueel zorgplan opgesteld. Ook als de naasten bijna de gehele trajectbegeleiding voor hun rekening nemen.
- Het is aan de persoon met dementie het casemanagement al dan niet te aanvaarden. Als iemand het professionele casemanagement niet aanvaardt, worden de risico's en mogelijke alternatieven besproken.
- Casemanagement-zorg omvat
 - Transitiezorg: Zorg bieden bij overgangen, die het leven van mensen met dementie en hun mantelzorgers tijdelijk op z'n kop zetten en om actieve aanpassing vragen van beiden om weer in een nieuw evenwicht te komen.
 - Ketenzorg: Een samenhangend aanbod van zorg en ondersteuning bieden met duidelijke afspraken tussen zorgaanbieders die overeenkomen met de wensen en behoeften van mensen met dementie en hun mantelzorgers in alle fasen van de ziekte.
 - Belevings- en omgevingsgerichte zorg: Zorg bieden, die rekening houdt met gevoelens, behoeften en mogelijkheden van mensen met dementie, op zo'n manier dat zij zich gesteund en geborgen voelen en hun gevoel van eigenwaarde behouden.

Concrete inhoud casemanagement bij dementie

Bij dementie is sprake van verminderde sturing op drie niveaus: 1. van de persoon met dementie zelf, 2. van het cliëntstelsel en 3. van het professionele en het informele zorgstelsel rondom het cliëntstelsel. Casemanagement behelst:

- Aanspreekpunt zijn voor het cliëntstelsel en de regie op de drie niveaus te bewaken,
- Het coördineren van de inzet van de verschillende (in)formele zorg- en hulpverleners, en af te stemmen met de medisch eindverantwoordelijke
- Begeleiden van het cliëntstelsel en – waar nodig en mogelijk – zelf hulp te bieden.

Taken van casemanagement

1. Ziektediagnostiek en Zorgdiagnostiek

- Begeleiding bij alle transitie's; de casemanager wordt vanaf de eerste transitiefase betrokken bij de zorg.
- Mensen die zorg mijden naar hulp en ondersteuning toe leiden (bemoeizorg); begeleiding van cliënten met vragen rond een 'niet-pluisgevoel' en stimulans tot zorg- en ziektediagnostiek
- De casemanager verricht intakegesprekken, neemt de cliënt mee in het proces waarin de *ziektediagnose* wordt gesteld, is betrokken bij en/of op de hoogte van het diagnostiekproces op de geheugenpoli en neemt deel aan het diagnosegesprek met de cliënt.
- De casemanager verricht *zorgdiagnostiek*³, inventariseert en coördineert het netwerk rondom de cliënt (mantelzorg, professionals, vrijwilligers); daarbij komen in ieder geval de volgende 4 domeinen aan de orde:
 - woon- en leefomgeving, waaronder ook de financiële situatie
 - sociale redzaamheid en zorgsituatie

³ Als de casemanager zelf geen wijkverpleegkundige is, vindt zorgdiagnostiek plaats in nauw overleg met een wijkverpleegkundige



Zorgstandaard Casemanagement/Zorgbegeleiding bij Dementie
binnen het Netwerk Dementie Drenthe

- geestelijk welzijn
 - lichamelijke gezondheid
 - De casemanager legt eea vast in een *zorgplan*
- 2. Ondersteuning, begeleiding en behandeling van het cliëntsysteem**
- Psycho-educatie: Geven van voorlichting over het ziektebeeld, en over het voorkómen en omgaan met problematisch gedrag voor mensen met dementie en hun naasten.
 - Praktische ondersteuning: geven van voorlichting over en het zelf bieden van of inschakelen van praktische ondersteuning.
 - Bijvoorbeeld op het gebied van huisvesting, huishouding, vervoer, financiën, rijvaardigheid en gevaar.
 - Begeleiding bij het opstellen van bijvoorbeeld Levenstestament, Wilsverklaring en het regelen van wettelijke vertegenwoordiging;
 - Emotionele ondersteuning en aandacht voor cliënt en mantelzorg; therapeutische interventies (zowel cognitief als gedragsmatig) uitvoeren, waar nodig gezamenlijk met andere professionals, dan wel doorgeleiden naar andere professionals. Bijvoorbeeld geven van voorlichting over en het zelf bieden van of inschakelen van psychosociale (systeem)begeleiding: familiegesprekken, rouwverwerking, aandacht voor levensvragen, hulp bij het behouden van een zinvol leven.
- 3. Coördinatie van zorg**
- Fungeren als centrale contactpersoon voor de cliënt, mantelzorg en hulpverleners; is het eerste aanspreekpunt voor cliënt en mantelzorgers.
 - Cyclisch coördineren (signaleren, regelen, evalueren en bijstellen) van zorg en behandeling.
 - Vanuit actuele kennis van de regionale sociale kaart informeren over (on)mogelijkheden
 - Bemiddelen voor mensen met dementie en hun naasten voor het gebruik van de diensten en activiteiten van zorg- en welzijnsorganisaties in de dementieketen.
 - Zorgen dat hulp en ondersteuning ook daadwerkelijk tot stand komen (toeleiding).
 - Actieve betrokkenheid in complexe situaties bij zorgweigering, gevaar, overbelasting mantelzorg, inadequaat gedrag, jonge mensen met dementie, afwezigheid mantelzorg, bedreiging kwaliteit van leven van mensen met dementie en/of de mantelzorg en comorbiditeit en hiermee voorkomen van crises.
 - Afstemmen van mantelzorg, informele zorg, professionele zorg en de eindverantwoordelijke arts en waar nodig verwijzing.
 - Zorgen dat de afzonderlijke interventies samenhang hebben in een hoofdlijn van anamnese, zorgdiagnose, planning, uitvoering, monitoring en evaluatie.
 - Indien gewenst het houden van gesprekken met de bredere kring rond het cliëntsysteem en gezamenlijke besluitvorming: Shared Decision Making (SDM). Enerzijds ter ondersteuning van cliënt en de mantelzorg, anderzijds voor het verstrekken van informatie en advies aan de bredere kring rond het cliëntsysteem.
 - monitoring en evaluatie van resultaten;
 - Zorgdragen voor multidisciplinaire bespreking van het zorgleefplan met betrokken disciplines en het cliëntsysteem.
 - Deelnemen aan het ZBO, terugkoppelen naar het ZBO.
 - Terugkoppelen naar huisarts; korte lijn naar de huisarts en andere hulpverleners en vice versa.



Zorgstandaard Casemanagement/Zorgbegeleiding bij Dementie
binnen het Netwerk Dementie Drenthe

- Signaleren van leemten en/of doublures in het zorgaanbod, inefficiënte en/of onduidelijke procedures of communicatieproblemen en deze bespreken in het ZBO.
- Gebruik maken van het binnen het NDD afgesproken digitale communicatiesysteem (in 2016 is dat eGPO)

4. Bij crisis, opname of overlijden

- Neemt bij (dreigende) crisis de regie, of draagt deze over.
- Zorgt dat er acute sociaal-medische en sociaal-psychiatrische hulp komt in crisissituaties en heeft een aandeel in de uitvoering van de geldende wettelijke kaders (onvrijwillige opname-bemiddeling met inbewaringstelling of rechterlijke machtiging).
- Na een verhuizing (extramuraal) stopt de begeleiding niet, maar wordt besproken welke activiteiten vanuit het casemanagement nog nodig zijn en vindt (eventueel) een goede zorgoverdracht plaats.
- Bij tijdelijke opname: tijdens de gehele opnameperiode betrokkenheid bij behandelplan en/of zorgplan.
- Bij permanente opname zorgen voor een goede zorgoverdracht.
- Biedt na opname of overlijden zo mogelijk (afhankelijk van de financiële ruimte) nazorg aan achterblijvende naasten (maximaal 6 weken) en schakelt (zo nodig) andere hulp in voor een vervolg daarvan.

Criteria voor Casemanagers in het NDD

- Centraal in de inhoudelijke criteria voor kennis en kunde van een Casemanager staat
 - een grote affiniteit met dementie en pg-zorg
 - kennis hebben van de verschillende soorten dementie en de gevolgen daarvan voor patiënt en mantelzorgers
 - goed kunnen observeren, een groot empathisch vermogen hebben en de situatie goed kunnen analyseren
 - een brede overstijgende blik, een helicopterview hebben
 - kunnen inschatten van draagkracht en draaglast van de mantelzorger
 - uitmuntende sociale vaardigheden, attitude kunnen aanpassen aan de situatie
 - een vertaling kunnen maken van zorgvraag naar zorgaanbod
 - goed kunnen regelen van zorg en overleggen met andere zorgverleners
 - en ook de grenzen van het eigen functioneren kunnen zien (reflecterend vermogen)
- Daarnaast is essentieel dat een Casemanager
 - goed is ingevoerd in het netwerk van dementiezorg, goede kennis van de sociale kaart heeft
 - binding heeft met het lokale gebied waarin gewerkt wordt, op de hoogte is van de hulpmogelijkheden in de regio
 - over de grenzen van de eigen organisatie en van de 'financieringsschotten' kan denken en doen
 - een goede gesprekspartner is voor andere hulpverleners, zoals de huisarts
- Wat betreft de invulling van de rol is een aantal minimumeisen vastgesteld:
 - een minimaal aantal van 24 uren per week werken in de dementiezorg
 - en daarvan minimaal 4 tot 8 uren (1 of 2 dagdelen) aan Casemanagement besteden
 - oftewel voor een aantal van minimaal 5 tot 10 cliënten Casemanagement bieden



Zorgstandaard Casemanagement/Zorgbegeleiding bij Dementie binnen het Netwerk Dementie Drenthe

- Plaats in de organisatie:
 - Casemanagement wordt uitgevoerd onder leiding en verantwoordelijkheid van de eigen leidinggevende binnen de in het Netwerk geldende criteria en bepaalde werkwijze.
 - De uren die aan casemanagement worden besteed worden vrij geroosterd binnen de werkweek. Dat betekent concreet dat een Casemanager binnen haar dienstverband minimaal 1 of 2 dagdelen per week vrijgemaakt wordt om aan Casemanagement te besteden.
 - Binnen een organisatie is meer dan 1 medewerker als Casemanager actief; een Casemanager is binnen haar organisatie niet een 'één-pitter'. Dat betekent dat een organisatie minimaal 2 Casemanagers vrij roostert, die samen minimaal 8 tot 16 uren (2 tot 4 dagdelen) Casemanagement bieden, aan minimaal 10 tot 20 cliënten.
 - In het werk van de Casemanager staat het cliëntbelang voorop en mag het belang van de eigen organisatie niet prevaleren. Bij loyaliteitsconflicten, die hierdoor mogelijk voor de Casemanager kunnen ontstaan, kan hij/zij een beroep doen op de coördinator van het Netwerk en de betreffende Klankbordgroepleden.

Functievereisten

Algemeen: Voor een goede uitoefening van het vak casemanagement dementie is minimaal HBO-niveau vereist, aangevuld met specifieke scholing Casemanagement dementie en ruime ervaring in de zorgsector met als aandachtsgebied psycho-geriatrie.

Meer specifiek:

- Opleiding op HBO niveau, bij voorkeur een verpleegkundige (HBO-V) of psychosociale achtergrond (MW), en een aanvullende opleiding casemanagement dementie (bij voorkeur met een landelijk keurmerk)
- Aantoonbare kennis van en ervaring met dementie- en mantelzorgproblematiek. Daarbij valt te denken aan sociaal psychiatrische deskundigheden en interventiemethodieken, voor:
 - het begeleiden van de transities
 - het ondersteunen van het cliëntsysteem
 - het werken vanuit het perspectief van de mens (i.t.t de zieke, of de patiënt) met dementie en zijn/haar beleving
 - het signaleren van comorbiditeit
- Bekendheid met onderdelen van dementiezorg
 - kennis van de sociale kaart en het NDD
 - kennis van regelgeving rond financiering van dementiezorg
- Affiniteit met de doelgroep en de juiste mix tussen betrokkenheid en afstand kunnen bewaren
- Kunnen omgaan met belangentegenstellingen zowel binnen het cliëntsysteem als tussen cliëntsysteem en derden.
- In staat zijn om binnen het Netwerk Dementie en het ZBO samen te werken met andere hulpverleners en disciplines
- Beschikken over organisatorische en sociale vaardigheden.



Zorgstandaard Casemanagement/Zorgbegeleiding bij Dementie
binnen het Netwerk Dementie Drenthe

Toetsing

Wat betreft de toetsing wordt onderscheid gemaakt tussen functioneren en opleiding.

Wb opleiding: wanneer de casemanager niet voldoet aan het vereiste opleidingsniveau wordt haar scholing aangeboden door de eigen zorgorganisatie.

Wb functioneren: Het gaat erom dat we van elkaar verwachten dat er over en weer openheid is over het functioneren van de casemanager met één gemeenschappelijk doel: kwalitatief goed casemanagement voor de mensen met dementie en hun mantelzorgers.

Binnen het ZBO wordt met regelmaat de rol als casemanager geëvalueerd: wat zijn de taken van een casemanager, en waaraan moet de casemanager voldoen. Van casemanagers wordt zelfreflectie verwacht op het eigen functioneren en de capaciteit om hierover van gedachten te wisselen. In het ZBO wordt gestreefd naar een professionele situatie waarin het gewoon is elkaar als professionals aan te spreken op het functioneren.

De eigen organisatie blijft verantwoordelijk voor het functioneren van de casemanager; het wordt regelmatig doorgesproken met de eigen leidinggevende.

Wanneer er twijfel is omtrent het functioneren van de casemanager, of er wordt onvoldoende betrokkenheid gesignaleerd binnen het ZBO, kan de ZBO-voorzitter het gesprek daarover aangaan met de casemanager. Eventueel kan ook een drie-gesprek geïntroduceerd worden tussen de casemanager, het betreffende lid van de klankbordgroep en de ZBO-voorzitter.