

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	6
Hoofdstuk 1 – Dementie en het belang van casemanagement	7
<i>Dementie</i>	7
<i>Preventief en proactief</i>	8
<i>Casemanagement dementie volgens de zorgstandaard</i>	11
<i>Het regionale netwerk dementie</i>	12
Hoofdstuk 2 – Doelstelling en visie op casemanagement dementie	13
<i>Casemanager dementie</i>	13
<i>Brede visie op gezondheid</i>	14
<i>Onafhankelijk</i>	14
<i>Eén cliënt, één regisseur</i>	14
<i>Focus op cliënt en cliëntsysteem in de thuissituatie</i>	14
<i>Gezamenlijke besluitvorming</i>	14
<i>Passende zorg</i>	15
<i>Proactieve zorgplanning</i>	16
<i>Dementie en de (on)mogelijkheden van behandeling</i>	16
<i>Multidisciplinair werken in de dementieketen</i>	17
<i>De mantelzorger</i>	17
<i>Visie op organisatie van het dementienetwerk</i>	18
<i>Wetten, regels, financiële vraagstukken</i>	19
<i>Opleiding en nascholing casemanager dementie</i>	19
<i>De casemanager dementie en indicering van zorg en ondersteuning</i>	20
Hoofdstuk 3 – De rollen van de casemanager dementie	22
<i>CanMEDS als basis</i>	22
<i>Algemene competenties casemanager dementie</i>	23
Hoofdstuk 4 – De competenties van de casemanager dementie	24
<i>De rol van gezondheidsbevorderaar</i>	24
Kennis	24
Vaardigheden en attitude	25

<i>De rol van zorgverlener</i>	26
Kennis	27
Vaardigheden en attitude	28
<i>De rol van leider</i>	29
Kennis	30
Vaardigheden en attitude	30
<i>De rol van communicator</i>	31
Kennis	31
Vaardigheden en attitude	32
<i>De rol van samenwerkingspartner</i>	33
Kennis	33
Vaardigheden en attitude	33
<i>De rol van reflectieve professional</i>	34
Kennis	34
Vaardigheden en attitude	35
<i>De rol van kwaliteitsbevorderaar</i>	36
Kennis	36
Vaardigheden en attitude	36
Bijlage 1 – Totstandkoming van dit expertiseprofiel	37
Colofon	38

Voorwoord

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

Dit expertiseprofiel verenigt de twee voorgaande profielen, te weten het expertiseprofiel ‘Dementieverpleegkundige’ van de V&VN en het expertiseprofiel ‘Casemanager dementie sociaal werk zorg’ van de BPSW. Hierbij is ervoor gezorgd dat dit recht doet aan de eigen en gezamenlijke expertise van beide beroepsgroepen. Dit profiel biedt daarmee een 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. Uitgangspunt is de casemanager dementie als één professionele identiteit, waarbij alle casemanagers dementie gelijkwaardig zijn in de uitvoering van het vak.

In het profiel is te lezen dat de casemanager dementie holistisch werkt met de mens en zijn omgeving als uitgangspunt, gericht op zowel lichamelijke, mentale als sociale gezondheid en welzijn. De casemanager dementie heeft oog voor de eigenheid van de cultuur en achtergrond van de persoon met dementie. Zij heeft deskundigheid 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 expertise heeft. De kennis en expertise rond het leven met dementie vormen dan ook de basis van dit profiel. Op het oog kan het lijken dat een casemanager dementie generalistisch werkt, maar dit is altijd gevoed vanuit specialistische kennis. Verdieping van kennis en vaardigheden is nodig om mensen met dementie en hun systeem te ondersteunen bij hun wisselende en toenemend complexe vragen en zorgen. Daarbij past een dynamiek die maatwerk vraagt en wisselt in tijdsinvestering en werkdruk. Samenwerking met andere professionals en het netwerk van de cliënt, waarbij de casemanager dementie regie of supervisie houdt, geeft daarnaast een basis om het casemanagement dementie toekomstbestendig in te richten. We zijn verheugd over de erkenning van de expertise van de casemanager dementie in de onlangs uitgebrachte duiding van het Zorginstituut over het casemanagement dementie¹. Deze duiding past bij hetgeen in dit profiel beschreven is. We hopen tevens dat de in dit document beschreven expertise van de casemanager dementie aanleiding zal zijn om het indiceren door de casemanager dementie voor zorg- en welzijnsondersteuning te herzien. Zodat de ongelijkheid in het uitvoeren van de functie op basis van de vooropleiding opgeheven zal worden.

Ten slotte hopen we met dit expertiseprofiel een stevige verankering te geven van de casemanager dementie. Zij wordt immers door vele mantelzorgers en mensen met dementie gezien als de meest belangrijke professional in de begeleiding bij hun leven met dementie².

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

² Zie hiervoor de resultaten van de dementiemonitor 2022: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004317.pdf>

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 2040.³ Tot 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 eerdergenoemde 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. 65% van de mantelzorgers geeft aan de casemanager dementie belangrijk te vinden. In de top 3 van meest noodzakelijke professionele zorg staat de casemanager dementie op één⁴.

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 zogenoemde 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. Dit om ervoor te zorgen dat de juiste zorg van de juiste persoon op het juiste moment en op de juiste manier wordt gegeven. En dat deze zorg onderling wordt 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 beschrijven⁵. Gebleken is dat er door het bestaan van twee verschillende profielen discussie ontstond bij de uitvoering. Deze discussie betrof welk expertiseprofiel wanneer ingezet zou kunnen worden, en op welke wijze een casemanager dementie met een bepaald profiel gefinancierd zou moeten worden.

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

³ Alzheimer Nederland, Factsheet cijfers en feiten over dementie, februari 2021, link [hier](#)

⁴ Alzheimer Nederland, infographic dementiemonitormantelzorg, 2022, link [hier](#)

⁵ Zie voor de profielen <https://www.bpsw.nl/publicaties/expertiseprofiel-casemanager-dementie-sociaal-werk-zorg/> en <https://www.venvn.nl/media/ifbchw5n/expertisegebied-dementieverpleegkundige.pdf>

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 in 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. Daarnaast draagt het 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). Daar waar er verwezen wordt naar de casemanager dementie in een zin wordt ‘zij’ gebruikt, hier kan ook ‘hij’ of ‘hen’ gelezen worden.

We verstaan onder cliënten: mensen met dementie, patiënten en cliënten met een vorm van dementie. Onder naasten c.q. cliëntensysteem worden verstaan: mantelzorgers, familieleden, vrienden en bekenden die een belangrijke rol spelen in het leven van de cliënt.

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 mogelijkheden heeft een casemanager dementie? Aansluitend volgt de focus op cliënt en cliëntensysteem, samen besluiten nemen, anticiperend beleid en multidisciplinair werken. Dit wordt 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 van de totstandkoming van dit expertiseprofiel kort geschetst en staan diegenen genoemd die hieraan hebben meegewerkt.

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. 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 en culturele 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 beschreven wordt in de aanpak van de sociale benadering⁶.

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 gezondheid⁷. 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. Het krijgen van een vorm van dementie 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 dementie⁸. Ook kan de Handreiking Diagnostiek van dementie van Verenso hiervoor gebruikt worden⁹. 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 ziekte met een palliatieve fase. De meest voorkomende vorm is de ziekte van Alzheimer. Daarnaast komen vasculaire dementie, frontotemporale dementie (FTD) en Lewy body dementie (LBD) veel voor¹⁰.

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 zijn een zorgprogramma¹¹ en opleiding voor casemanagers beschikbaar specifiek voor deze doelgroep.

⁶ <https://socialebenadering.nl/de-oplossing>

⁷ [Model Positieve gezondheid van Machteld Huber](#)

⁸ <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/dementie>

⁹ https://www.verenso.nl/asset/public/Richtlijnen_kwaliteit/richtlijnen/database/Handreiking-Dementie.pdf

¹⁰ Bron: Lambrechts J., Grotendorst A. Leren van de toekomst. Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2012

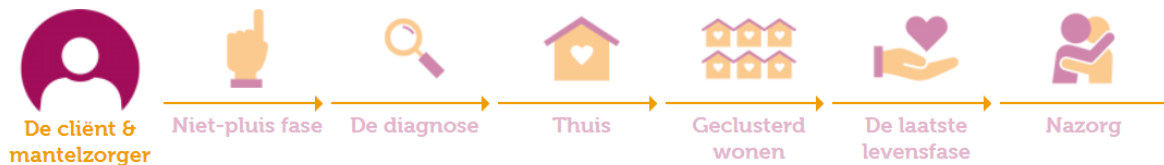
¹¹ <https://zorgprogrammadedementieopjongeleeftijd.nl/>

Preventief en proactief

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.

De rol van de casemanager is breed en veelzijdig. In alle fasen van het ziekteverloop – ook wel aangeduid als *patient journey of cliëntreis* – speelt de casemanager een rol. Soms intensief, soms meer op afstand. Dit is afhankelijk van de behoeften van de cliënt.

In de zorgstandaard dementie wordt deze reis van cliënt en mantelzorgers als volgt weergegeven:



De casemanager legt in haar werk 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 lichamelijk, mentaal en sociaal vlak. Zij kent de sociale kaart, het zorgnetwerk, het netwerk van de cliënt en weet op het goede moment de best passende verbindingen te leggen. Belangrijk dus om te benadrukken dat casemanagement dementie een dynamisch proces is, en niet een rechtlijnig proces dat simpel begint en complex eindigt.

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.’

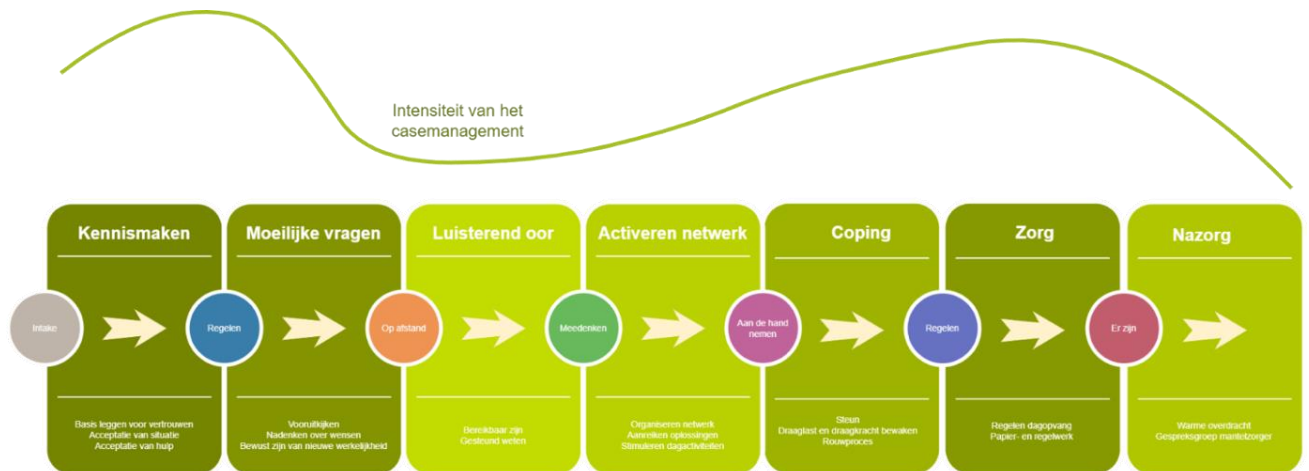
Amnon Weinberg – specialist ouderengeneeskunde, ere-lid Verenso

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 casemanagementtraject relatief intensief en complex, zoals onderstaand schema uit de businesscase van Tamara van Ark en Henk Nouws illustreert¹². Een goede start begint met sensitiviteit en het opbouwen van een vertrouwensband tussen de casemanager en de cliënt.

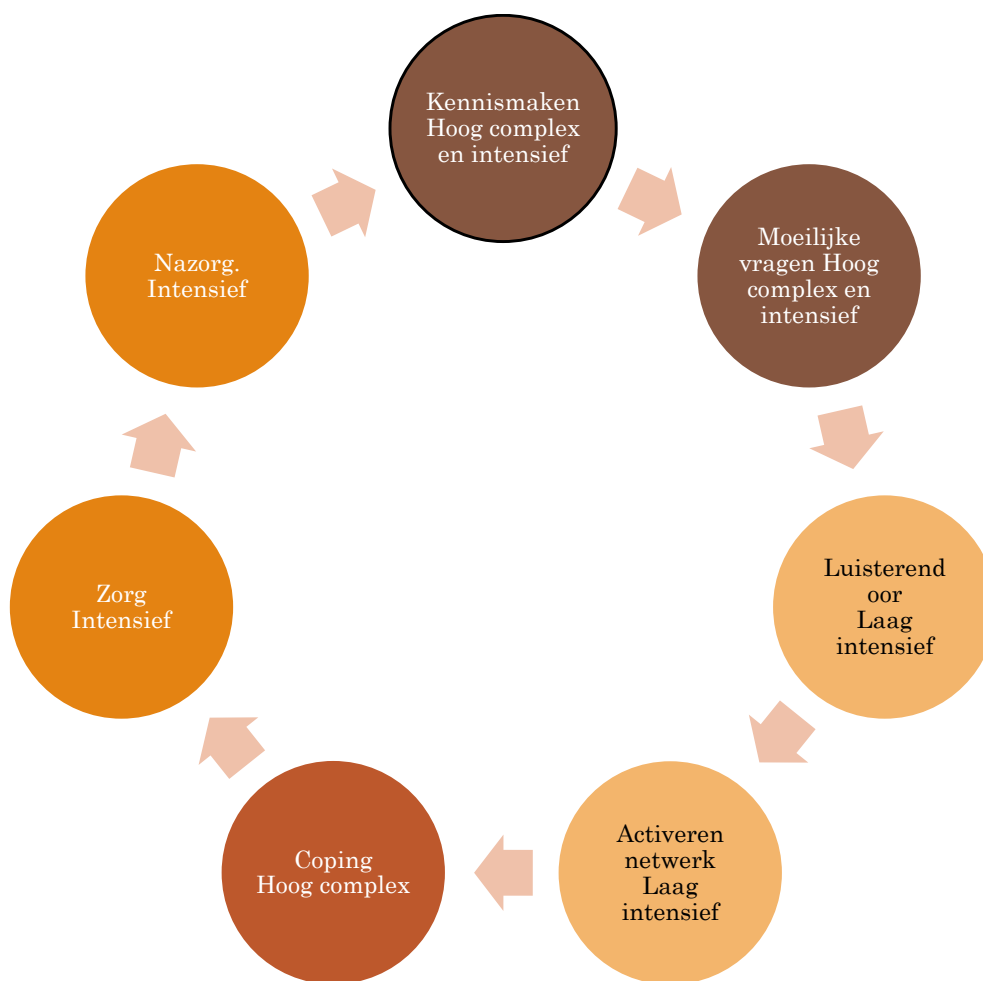
¹² <https://media.alzheimer-nederland.nl/s3fs-public/media/2023-09/documents/Business%20Case%20Casemanagement%20Dementie.pdf?VersionId=6fuz9zSFLyuVECr9mR Fghe6SAW77Eezz>

Het is de grondslag voor het verdere traject. De start van het casemanagementtraject is daarom verre van eenvoudig en vraagt maatwerk.

Daarnaast is ieder casemanagement traject weer anders – bijvoorbeeld door het 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.



De activiteiten die door de casemanager dementie uitgevoerd worden kunnen op meerdere momenten in het ziekteproces terugkeren. De intensiteit en de complexiteit van het casemanagement dementie is daarmee dynamisch en kan cyclisch zijn. Gebaseerd op de uitleg die Tamara van Ark in haar businesscase hieraan geeft, is in de volgende afbeelding de complexiteit en intensiteit nogmaals weergegeven. Hierbij geldt dat hoe donkerder de kleur, hoe complexer en intensiever de taken van de casemanager dementie.



Bij elk van de genoemde fasen heeft de casemanager dementie taken. Ook deze zijn gebaseerd op de uitleg die in de businesscase gegeven wordt aan de afbeelding van de intensiteit van het casemanagement gedurende het ziekteproces van de cliënt.

Fase	Taken
Kennismaken	<ul style="list-style-type: none"> Opbouwen goede relatie, vertrouwen, luisteren, invoelen, eerste vragen beantwoorden, verwachtingen uitspreken, voorbereiden vervolgstappen. Intakeproces.
Moeilijke vragen	<ul style="list-style-type: none"> Moeilijk gesprek, durven kijken naar het verloop van de ziekte, de toekomst, nadenken over moeilijke beslissingen, mentorschap, bewindvoering, levenseindevraagstukken / proactieve zorgplanning, pijn signaleren. Diagnosetraject (indien nog niet geweest).
Luisterend oor	<ul style="list-style-type: none"> Voortbouwen op vertrouwensband, vragen beantwoorden, bereikbaar zijn. Contact onderhouden.

Activeren netwerk	<ul style="list-style-type: none"> • Aftasten wat belangrijk is, samen naar oplossingen zoeken in het persoonlijke netwerk. • Dagactiviteiten in vroeg stadium regelen (Odensehuis bijvoorbeeld).
Coping	<ul style="list-style-type: none"> • Omgaan met gedragsverandering, weerbaarheid van de mantelzorger, steun bij rouwproces, luisterend oor. • Lotgenotencontact persoon met dementie, lotgenotencontact mantelzorger.
Zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Regelen van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging, dagbehandeling, opname, afstemming met familie. • Begeleiding levenseinde, palliatieve zorg, opname. • Regelwerk, papierwerk, psychosociale ondersteuning, stappen zetten. • Signalerende en doorverwijzende functie, onder andere op het gebied van ADL, mobiliteit en vallen, naar paramedici.
Nazorg	<ul style="list-style-type: none"> • Warme overdracht, emotionele steun, afstemming met familie. • Continueren lotgenotencontact mantelzorger.

Casemanagement dementie volgens de zorgstandaard

In de nu geldende zorgstandaard dementie¹³ 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, door middel van warme overdracht, na opname in een woonvorm voor mensen met dementie (zoals een verpleeghuis).
- De casemanagement professional biedt desgewenst nazorg aan de mantelzorger(s) na overlijden of na opname in het verpleeghuis van de persoon met dementie.

¹³ Na herziening van de zorgstandaard dementie (verwacht per januari 2026) zal de dan geldende definitie zoals opgenomen in de nieuwe zorgstandaard dementie hier van toepassing zijn.

Het regionale netwerk dementie

In Nederland zijn 60 tot 65 regionale dementienetwerken actief. In deze samenwerkingsverbanden werken professionals met elkaar aan goede zorg en ondersteuning voor mensen met dementie¹⁴. Het casemanagement dementie zoals beschreven in de geldende zorgstandaard dementie is onderdeel van gecoördineerde netwerkzorg. Het casemanagement dementie is geen losstaande functie, maar een vast en leidend onderdeel van de regionale netwerken dementie. De netwerken dementie bewaken onder andere de kwaliteit van het casemanagement dementie in de regio en de organisatie daarvan. 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, volgens de geldende zorgstandaard, aan casemanagement gesteld worden.

14

Hoofdstuk 2 – Doelstelling en visie op casemanagement dementie

Het primaire doel van het casemanagement dementie wordt in de nu geldende 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 dementie¹⁵ (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 heeft verkregen door een aanvullende, door BPSW en V&VN erkende, opleiding ‘Casemanagement dementie’¹⁶. Deze is gebaseerd op de in dit Expertisegebied beschreven CanMEDS-rollen. Zij 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 is langdurig beschikbaar en deskundig op het gebied van: dementie, de gevolgen ervan 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. Ook is een minimaal aantal uren noodzakelijk om voortdurende professionalisering en verdieping van de competenties van de casemanager dementie mogelijk te maken.

¹⁵ Na herziening van de zorgstandaard dementie zal het expertiseprofiel aangepast dienen te worden aan de dan geldende zorgstandaard.

¹⁶ 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 heeft verkregen door een aanvullende, door BPSW en V&VN erkende opleiding ‘Casemanagement dementie’. Deze opleidingen zijn onder andere te vinden bij de BPSW: <https://bpsw.nl/app/uploads/Geaccrediteerde-sociale-opleidingen.pdf>

Brede visie op gezondheid

De casemanager dementie kijkt met een brede visie naar gezondheid. Zij maakt gebruik van de bestaande modellen, zoals het model van Kitwood en omgevingszorg, maar ook van nieuwe 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 onafhankelijk en niet gebonden aan de belangen of het aanbod van de eigen organisatie. De casemanager dementie handelt hierbij volgens de beroepscode voor professionals in sociaal werk en/of de beroepscode V&V.

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, vanwege het karakter van de ziekte, specifieke deskundigheid en continuïteit. De casemanager dementie zorgt voor verbinding met en tussen alle bij de cliënt betrokken professionals. Zij bewaakt de continuïteit in deze relatie met de cliënt en het cliëntstelsel, en houdt zicht op hun draagkracht en draaglast.

Focus op cliënt en cliëntstelsel in de thuissituatie

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

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

De casemanager dementie werkt over de domeinen van verschillende disciplines heen. Zij kan een zorg- en hulpvraaganalyse over de verschillende leefdomeinen maken, werkt multidisciplinair en biedt hulp aan de cliënt thuis en aan het cliëntstelsel.

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 heeft onderzocht welke competenties nodig zijn om gezamenlijke besluitvorming over zorg en welzijn te kunnen ondersteunen bij mensen met dementie¹⁷.

¹⁷ Hogeschool Windesheim, [Beslissen als samenspel: gezamenlijke besluitvorming bij dementie](#)

Dat zijn er vijf:

- Ondersteunen van eigen regie.
- Beslisproces managen en plannen .
- Stimuleren van informatie-uitwisseling 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, relationele autonomie en de presentietheorie volgens Andries Baart¹⁸. Dit betekent dat de ondersteuning en zorg afgestemd worden in overleg met en rekening houdend met de kenmerken van de cliënt. Hierbij is de casemanager dementie alert 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 cliëntstelsel. De cliënt en het cliëntstelsel worden gevraagd naar eigen wensen en behoeften, en gestimuleerd in de eigen regie en zelfredzaamheid en de 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 onder het kopje Preventief en proactief (pagina 8 en verder). We zien de wijze waarop de casemanager dementie meer en minder intensief acteert en de wijze waarop zij in een delegerende, regisserende of coachende rol acteert als een vorm van stepped care.

Naast het afstemmen van 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 ondersteuning en zorg 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 ook voortdurend mee wat het effect is van de inzet van ondersteuning en zorg op micro-, meso- en macroniveau. Ook houdt zij rekening met de wettelijke kaders.

Passende zorg betekent ook dat er in de regio samenwerkingsafspraken gemaakt worden waarbij er een afbakening plaatsvindt 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.

¹⁸ https://www.presentie.nl/wp-content/uploads/2021/01/Presentiefilosofie_in_mal.pdf

Proactieve zorgplanning

Proactieve 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 voor de palliatieve zorg bespreekt en eventueel vastlegt¹⁹. 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 'Proactieve zorgplanning bij dementie en vergeetachtigheid'²⁰ en wordt de 'Leidraad Proactieve zorgplanning'²¹ toegepast. Ook van belang in dit kader zijn het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg²², de Skilz handreiking Proactieve zorgplanning in de langdurige zorg²³ en de Gesprekswijzer proactieve zorgplanning bij dementie²⁴.

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 de mogelijkheden en onmogelijkheden van behandeling.

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

- onbegrepen gedrag,
- herkennen van psychiatrische ziektekenmerken,
- persoonlijkheidsproblematiek,
- ontbreken van kennis van de ziekte en ziekte-inzicht,
- comorbiditeit
- signalering van (over)belasting van mantelzorger(s).

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

¹⁹ Bijvoorbeeld in het [formulier](https://palliaweb.nl/getmedia/10d17b53-6e0f-4b11-8e14-645d3a03aa0e/Form_uniform_vastleggen_ACP_eerstinvullen.pdf) ontwikkeld door PZNL: https://palliaweb.nl/getmedia/10d17b53-6e0f-4b11-8e14-645d3a03aa0e/Form_uniform_vastleggen_ACP_eerstinvullen.pdf

²⁰ <https://palliaweb.nl/overzichtspagina-hulpmiddelen/proactieve-zorgplanning-bij-dementie-en-vergeetach>

²¹ https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/proactieve-zorgplanning?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwn7mwBhCiARIsAGoxjaIYOcrIOYdhKXvX8-ifOhXtS6NM7UdN3qNrZr1e1UyqlAh6Fjv5WecaAvz_EALw_wcB

²² https://palliaweb.nl/getmedia/02b81c30-d9be-4c51-83bf-deb1260ccf7b/Kwaliteitskader_web-240620.pdf

²³ <https://www.richtlijnenlangdurigezorg.nl/handreikingen/een-handreiking-over-de-planning-van-de-medische-zorg-en-behandeling-voor-mensen-in-de-langdurige-zorg/overzicht-aanbevelingen>

²⁴ <https://palliaweb.nl/overzichtspagina-hulpmiddelen/proactieve-zorgplanning-bij-dementie-en-vergeetach>

De casemanager dementie doet, in samenspraak met de cliënt en diens naasten, welzijns- en zorgdiagnostiek. Zij 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, gericht op cliënt en cliëntstelsel.
- Motiveren en activeren van eigen krachten van cliënt en cliëntstelsel met het oog op de gewenste gedragsverandering.
- Cognitie-, emotie- en gedragsbeïnvloedende behandelinterventies.
- Voorkomen van en/of 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. De samenwerking met andere disciplines en professionals is voor de casemanager dementie een uitgangspunt bij de werkzaamheden. Er zijn vele (zorg)professionals actief en inzetbaar. Een complete opsomming kan daarvan niet gegeven worden. Er wordt onder andere samengewerkt met: (wijk)verpleegkundigen, andere thuiszorgmedewerkers, praktijkverpleegkundigen, medewerkers van dagbehandelingen en woonzorgcentra, sociaal werkers, het sociaal wijkteam, Wmo-consulenten, wijkagent en vrijwilligers²⁵. De casemanager dementie heeft een rol in het zorgen voor de samenhang van de zorg en begeleiding. Indien nodig kan een beroep worden gedaan op bijvoorbeeld een specialist, zoals een specialist ouderengeneeskunde, psycholoog (of een poh-ggz) of bijvoorbeeld een paramedische professional. Het is ook belangrijk dat een zorgleefplan (ook behandel- of begeleidingsplan genoemd) van de casemanager dementie multidisciplinair kan worden besproken en getoetst.

De casemanager dementie werkt overstijgend en verbindend over alle domeinen van zorg en welzijn. Daarom biedt de casemanager dementie de cliënt en diens cliëntstelsel ook ondersteuning en bemiddeling bij het kiezen van de mogelijkheden om mee te blijven doen. Bijvoorbeeld door deelname aan vrijwilligers-, welzijns- en zorgactiviteiten, of door actieve betrokkenheid bij het eigen sociale netwerk.

De casemanager dementie coördineert de totale zorg en ondersteuning. Zij 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 zorgmijndend gedrag door beperkt of afwezig ziekte-inzicht of besef.

De mantelzorger

De casemanager dementie traceert de (dis)balans in draagkracht en draaglast van de mantelzorger en intervenueert hier (proactief) op. Het doel is de cliënt en het cliëntstelsel zolang mogelijk thuis te laten wonen met een goede kwaliteit van leven. De hieronder genoemde psychosociale interventies kunnen gebruikt worden voor zowel de cliënt als het cliëntstelsel, waaronder de mantelzorgers.

²⁵ Movisie 2019 Zie hiervoor ook bijvoorbeeld [Wie is wie bij dementie?](https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2019-10/wie-is-wie-bij-dementie.pdf), <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2019-10/wie-is-wie-bij-dementie.pdf>

Psychosociale interventies die voor zowel de cliënt als het cliëntsysteem gebruikt kunnen worden	
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 versterking van coping mechanismen bij deze progressieve, palliatieve ziekte.
f.	Signalering en begeleiding/verwijzing bij relatieproblemen, ten gevolge van dementie.
g.	Begeleiding bij sociale eenzaamheid van de mantelzorger.
h.	Psychosociale hulpverlening bij een proces van rouw en verlies.
i.	Signalering en begeleiding/verwijzing bij seksuele problemen, ten gevolge van dementie.
j.	Begeleiding bij onbegrip voor ziekte vanuit 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.

Naast psychosociale interventies kunnen ook andere interventies ingezet worden ter ondersteuning van de cliënt en de mantelzorger. Bijvoorbeeld hulp van technologie (zoals GPS tracker systemen), of door verwijzing naar een paramedische professional. De casemanager dementie kan hierin adviseren.

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 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 kan binnen deze kaders indiceren en adviseren vanuit haar specifieke kennis over dementie. Daarbij adviseert en begeleidt zij 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

Net als in de voorgaande expertiseprofielen is het een vereiste dat een casemanager dementie minimaal over hbo-niveau beschikt. Basisopleidingen voor een casemanager dementie zijn op dit moment bachelors in Maatschappelijk Werk & Dienstverlening, SPH, Social Work, Toegepaste Gerontologie, Toegepaste psychologie of HBO-V²⁶. Daarnaast is het een vereiste om een aanvullende opleiding casemanagement dementie – met een goed resultaat – afgerond te hebben van één van de door BPSW en V&VN erkende opleidingen in Nederland²⁷.

Het is van belang dat er een geactualiseerd expertiseprofiel is, waarin rollen, kennis en vaardigheden voor het complexe werkgebied van de casemanager dementie worden beschreven. Dit 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 expertise en kennis van de 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 (ook volgens de zorgstandaard dementie) registreren in het kwaliteitsregister casemanager dementie van de BPSW of het kwaliteitsregister dementieverpleegkunde, deelregister van het kwaliteitsregister V&V. 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 casemanagers dementie samenwerken met elkaar en andere professionals binnen het regionale netwerk dementie.

²⁶ De opleidingen worden beoordeeld door de kwaliteitsregisters van de V&VN en BPSW, en bij de V&VN is het normenkader leidend.

²⁷ Zie: <https://bpsw.nl/app/uploads/Geaccrediteerde-sociale-opleidingen.pdf>

De casemanager dementie en indicering van zorg en ondersteuning

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. Dit betekent ook dat we er, op basis van de professionele expertise en kennis van de casemanager dementie, vanuit gaan dat deze tenminste de indicering voor de eigen werkzaamheden (het casemanagement dementie) zelfstandig kan doen op basis van de eigen beroepsverantwoordelijkheid.

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)²⁸. Beide professionals zijn op basis van hun opleidingsachtergrond hiermee toegerust om de (methodische) toeleiding naar zorg- en welzijnsdiagnostiek te kunnen uitvoeren.

Op basis van deze methodische aanpak maakt de casemanager dementie een zorgplan dat de basis vormt voor de indicering voor het casemanagement. Inhoudelijk zijn er op basis van de competenties en de expertise van de casemanager dementie geen redenen om de indicering voor het casemanagement niet door de casemanager dementie te laten doen. Als het gaat om verpleegkundige en medische zorg anders dan het casemanagement is samenwerking met een (wijk)verpleegkundige van de eigen of een andere thuiszorgorganisatie nodig voor de daartoe benodigde indicering.

De legitimatie van de indicering kan echter, binnen de zorgverzekeringswet, op dit moment alleen gedaan worden door een casemanager dementie met een verpleegkundige achtergrond. Of door een andere daartoe bevoegde verpleegkundige in de organisatie waar de casemanager werkzaam is. Dit staat beschreven in de onlangs uitgebrachte duiding van het Zorginstituut over het casemanagement dementie²⁹. Binnen de Wlz kan de casemanager dementie ook ingezet worden.

²⁸ 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>

²⁹ 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.>

Regionaal en lokaal is het mogelijk om door onderlinge samenwerkingsafspraken (bij voorkeur via het regionale netwerk dementie) afspraken te maken over de inzet van de casemanager dementie in het indiceren voor: Wmo ondersteuning, thuiszorg en aanvragen voor langdurige zorg indicaties. Dit gebeurt al in verschillende regio's in meer of mindere mate. Het wordt gezien als een wenselijke ontwikkeling die zorgt voor minder bureaucratie en ook minder versnippering en extra werk voor (andere) professionals.

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, waarbij de rol zorgverlener centraal staat. In tegenstelling tot de beide voorgaande profielen is voor dit expertiseprofiel van de casemanager dementie ervoor 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 stelt de persoon met dementie in de eigen (sociale) omgeving centraal in plaats van de aandoening.

Rollen:

- 1) Gezondheidsbevorderaar
- 2) Zorgverlener
- 3) Leider
- 4) Communicator
- 5) Samenwerkingspartner
- 6) Reflectieve professional
- 7) Kwaliteitsbevorderaar



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

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. De rol van de gezondheidsbevorderaar staat centraal en beïnvloedt de andere rollen. 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 nursing³⁰. Hiermee sluit het expertiseprofiel van de casemanager dementie aan bij de actuele ontwikkelingen.

Van de casemanager dementie mag worden verwacht dat zij in ieder geval voldoet aan de gestelde competentie-eisen voor een hbo-opgeleide verpleegkundige of een hbo-opgeleide

³⁰ <https://www.loov-hbov.nl/opleidingsprofiel/bn2030-in-beeld-en-geluid/>

sociaal werker. Aanvullend beschikt de casemanager dementie over specifieke competenties voor dementiezorg en ondersteuning, verkregen door een aanvullende opleiding casemanagement dementie.

Deze competenties worden hierna beschreven aan de hand van het op CanMEDS gebaseerde model. Bij elke rol horen specifieke kennis, vaardigheden en attitude.

Algemene competenties casemanager dementie

De casemanager dementie laat zien dat zij:

- 1) de cliënt en diens naasten vraag- en belevingsgericht deskundig ondersteunt en begeleidt in alle fasen van zijn/haar ziekteproces. Zij hen (zo veel als mogelijk) versterkt bij het zelfmanagement, met als doel dat de cliënt zo lang mogelijk zelfstandig 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. En de benodigde zorg- en hulpverlening indiceert en organiseert volgens landelijk afgesproken kaders en dit 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. Zij betreft ook de community (buurt, wijk, gemeente, samenleving) 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 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 het cliëntsysteem. 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 gedachtengoed 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, zowel aan de cliënt en het cliëntsysteem als aan de bredere (maatschappelijke) omgeving. Daarnaast heeft de casemanager dementie een belangrijke rol in het (preventief) voorbereiden op en ondersteunen van de cliënt en het cliëntsysteem op de mogelijkheden die er zijn om de kwaliteit van leven zo lang mogelijk te bewaren en bewaken. Daarom is het begeleiden bij het verlies van gezondheid en het ondersteunen en voorbereiden van de mantelzorg bij deze rol een belangrijke taak. Het centraal stellen van de kwaliteit van leven vraagt in deze rol extra focus op de sociale dimensie.

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;
- kent de principes van een holistische benadering met de verschillende dimensies (bijvoorbeeld de zes dimensies van positieve gezondheid);
- kent de theorieën en principes van preventieprogramma's en -activiteiten voor cliënt en cliëntsysteem op verschillende niveaus van individu tot samenleving. Zij 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 cliëntsysteem;
- kent de (dynamiek in) somatische, psychi(atri)sche en systeemproblematiek bij dementie;
- kent de processen van verlies- en rouwverwerking bij cliënt en cliëntsysteem;
- kent specifieke methoden en tools ter ondersteuning van de mantelzorg;
- kent de mogelijkheden voor mantelzorgondersteuning in de regio;
- kent de methodiek van proactieve zorgplanning;
- kent de uitgangspunten en werkwijze van de sociale benadering om de sociale kwaliteit van mensen met dementie centraal te stellen;
- kent de technologische mogelijkheden ter ondersteuning van het leven met dementie.

De casemanager dementie in de rol van gezondheidsbevorderaar:

- kan individuele en publieksvoorlichting geven met (landelijk) ontwikkeld voorlichtingsmateriaal. Zij 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 leven in de verschillende domeinen, gebruikmakend 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, slechtnieuwsgesprekken en systeeminterventies;
- biedt psychosociale ondersteuning bij verlies en rouw;
- heeft aandacht voor de balans draagkracht-draaglast van de mantelzorger en signaleert overbelasting;
- herkent belastende en ontlastende factoren voor het cliëntensysteem en begeleidt hierin;
- bevordert en begeleidt lotgenotencontact;
- bespreekt met cliënt en cliëntensysteem zo vroegtijdig als kan 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 (proactieve zorgplanning);
- kan ouderenmishandeling herkennen, past de stappen van de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling toe, en draagt bij aan de naleving en borging bij ketenpartners;
- geeft scholing aan het cliëntensysteem en professionals;
- kan de uitgangspunten van de sociale benadering vormgeven in de ondersteuning, en bevordert de sociale kwaliteit van leven ook als er geen pasklaar (zorg)aanbod is;
- informeert en adviseert de cliënt en het cliëntensysteem over het gebruik van technologische middelen ter ondersteuning van het leven met dementie.

De rol van zorgverlener

De casemanager dementie bevordert het zo lang mogelijk behouden van eigen capaciteiten en vaardigheden van mensen met dementie. Alsook 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, begeleiding 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). Ook bepalend is in hoeverre ze met de door de aandoening veroorzaakte veranderingen kunnen omgaan (psychologische domein), en hoe de dementie sociale relaties verandert (sociaal 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 en zorg- en hulpverlening. Dit alles 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 (van cliënt en cliëntstelsel) vergen focus op kwaliteit van leven. Dit betekent een actieve inzet op zaken die juist nog wél kunnen (positieve gezondheid), naast een (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 van de casemanager, kunnen escalatie en crises later in het ziekteproces vaak vermeden worden.

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 cliënt en cliëntensysteem;
- 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 door het zorgsysteem van mensen met dementie gedurende het leven met dementie en het ziektebeloop, inclusief veiligheids- en crisismanagement;
- kent de methodieken om cliënt en cliëntensysteem te begeleiden gedurende het leven met dementie (cliëntreis). Zoals het doen van triage, het gebruiken van proactieve 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 cliënt en cliëntensysteem;
- kent de mogelijkheden voor oplossingen voor financiële en wettelijke problemen van mensen met dementie en hun mantelzorgers. Voorbeelden daarvan zijn beschermingsmaatregelen zoals bewindvoering en mentorschap, maar ook de regelgeving rond de WZD, 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 cliëntensysteem;
- werkt het behandelplan hiervan uit in samenspraak met de huisarts en/of specialist ouderengeneeskunde;
- beschikt over een breed scala aan gesprekstechnieken en -vaardigheden en kan deze inzetten passend bij de hulpverleningssituatie. (Bijvoorbeeld de presentiebenadering van Baart, actief luisteren, gezamenlijke besluitvorming, motiverende gespreksvoering, slecht- nieuwsgesprekken, oplossingsgericht werken, familiegesprekken.);
- verstrekt 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 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 leefdomeinen. Zij 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 proactieve zorgplanning, matched care en gezamenlijke besluitvorming toe in gesprekken met cliënt en cliëntensysteem over hun toekomst;
- coacht het cliëntensysteem in het omgaan met onbegrepen gedrag(sverandering) van de cliënt met dementie;
- past de SABA methodiek toe bij apathie³¹
- motiveert cliënt en/of cliëntensysteem om passende zorg, ondersteuning of behandeling te accepteren;
- participeert in diagnostiek, behandeling en crisisinterventie. Zij beschikt over de volgende aanvullende vaardigheden:
 - verzamelt ziekte- en zorgdiagnostische 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;
- biedt vraaggerichte, belevingsgerichte en psychosociale begeleiding aan de cliënt (of het cliëntensysteem);
- 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, suïcidaliteit 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.

³¹ <https://www.ukonnetwerk.nl/tools/saba>

De rol van leider

In aansluiting op het nieuwe beroepsprofiel behorend bij de Bachelor Nursing³² en de wijzigingen in de internationale CanMEDS rollen³³ hernoemen we de rol van organisator naar de rol van leider. Hiermee wordt meer recht gedaan aan de expertise van de casemanager dementie bij het vormgeven aan de persoonlijke ontwikkeling, de professionele ontwikkeling, autonomie 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. Én vanuit de eigen visie op leiderschap in de maatschappelijke context. De casemanager dementie bevordert hiermee passende zorg.

In veel regio's is casemanagement dementie in allerlei varianten aanwezig. Er wordt gezocht naar goede organisatievormen met huisartsen, specialisten (in eerste en tweede lijn) 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 en een professionele ontwikkeling, zodat de casemanager dementie zichzelf kan profileren en positioneren vanuit kennis, morele sensitiviteit en moed. De casemanager dementie als leider handelt vanuit de 'eigen' wijsheid (professionele autonomie) en kan daarbij buiten bestaande kaders en organisaties denken. Op deze manier past de casemanager dementie persoonlijk, vakinhoudelijk en organisatorisch leiderschap toe.

³² <https://www.loov-hbov.nl/opleidingsprofiel/bn2030-in-beeld-en-geluid/>

³³ <https://www.royalcollege.ca/en/standards-and-accreditation/canmeds/development-and-updates>

Kennis

De casemanager dementie in de rol van leider:

- kent de organisatiemodellen en -principes op verschillende niveaus (micro, meso en macro) in het dementienetwerk, en de participerende instellingen en beleids- en overheidsorganisaties;
- 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 cliëntsysteem;
- 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 cliëntsysteem (cliënt en 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;
- acteert als regisseur en coördinator in (multidisciplinaire) samenwerking en kan ook casemanagement taken delegeren door middel van supervisie of coaching.

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 ‘proactieve zorgplanning’ en ‘stepped/matched care’ is cruciaal.

Het aangaan van een adequate, langdurige zorgrelatie is essentieel voor goede hulpverlening. Dit schept bovendien het vertrouwen dat nodig is 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. 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 gedragbeïnvloedingsstrategieën bij dementie, (inclusief ‘meebewegen’ in situaties van façade, zorgmijding, weerstand, onbegrip en taboe), hieronder valt ook psycho-educatie;
- kent (actuele) communicatie- en gesprekstechnieken voor cliënten en cliëntensystemen, passend bij de achtergrond van de gesprekspartner (taalniveau, sociaal niveau, cultureel, et cetera);
- heeft kennis van 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;
- weet vertrouwen op te bouwen in de relatie met cliënt en cliëntensysteem;
- heeft kennis van diversiteit en cultuurverschillen en de invloed daarvan op cliënt en cliëntensysteem;
- 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 cliënt en cliëntstelsel;
- werkt aan langdurige relaties op basis van vertrouwen door aandacht, empathie, toewijding en aanwezigheid. Zij 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 voor consultatie en overleg, als onderdeel van een multidisciplinair team in de eerstelijns, zoals huisarts, specialist ouderengeneeskunde, psycholoog;
- werkt aan het bouwen van een vertrouwensband met cliënt en cliëntstelsel;
- heeft oog voor de diversiteit van mensen met dementie en hun naasten en is sensitief voor cultuurverschillen en de invloed daarvan op cliënt en cliëntstelsel.

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 cliëntensysteem, zoekt zij contact met het informele systeem van de cliënt (indien gewenst en aanwezig).

Zij werkt nauw samen met andere disciplines binnen de keten en onderhoudt contact met relevante hulpverleners. Zij 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 werkt nauw samen met (de coördinator/regisseur 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 regisseren in de samenwerking, en kan hierin onderhandelen en bemiddelen. Daarnaast kan zij 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 cliëntensysteem;
- weet hoe de onafhankelijkheid binnen het dementienetwerk te positioneren en te handhaven bij zorgbemiddeling en -toewijzing voor (de belangen van) cliënt en cliëntensysteem;
- kent IBS en RM procedures.

Vaardigheden en attitude

De casemanager dementie in de rol van samenwerkingspartner:

- kan op verschillende niveaus samenwerken (cliënt, organisatie, keten), zowel virtueel als fysiek;
- kan de teamvorming rond de huisartsen en (wijk)verpleegkundigen stimuleren, onderhouden en verdiepen;
- kan actief verbinding houden met 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 cliënt en cliëntensysteem, en vertegenwoordigt (met toestemming) waar nodig hun belangen;
- bespreekt en evalueert de verleende zorg en ondersteuning multidisciplinair met cliënt en cliëntensysteem;
- geeft advies en consultatie aan formele en informele hulpverleners en overige ketenpartners;
- reflecteert samen met de samenwerkingspartners in het netwerk rond de cliënt op de samenwerking (onder andere over morele dilemma's);
- kan IBS en RM procedures ondersteunen, coördineren en begeleiden.

De rol van reflectieve 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 haar expertise heeft de casemanager dementie niet alleen de beste kijk op wat er aan de hand is (diagnostiek) en welke oplossingen het meest passend zijn, zij 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) en practice based evidence (PBE).

Kennis

De casemanager dementie in de rol van reflectieve professional:

- is op de hoogte van beschikbaar bewijs (evidence) vanuit wetenschappelijk onderzoek voor casemanagement bij dementie, of voor afzonderlijke relevante interventies voor dementie. Zij 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 cliënt en cliëntensysteem;
- reflecteert kritisch op de eigen rol in het licht van de zorgstandaard dementie, de eigen beroepsstandaarden, het expertiseprofiel casemanager dementie en de eigen beroepscode.

De casemanager dementie in de rol van reflectieve 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 (onder andere in de vorm van – het leiden van – moreel beraad), alsmede 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 bewaakt hierbij de eigen en professionele grenzen met het oog op de mogelijke consequenties op korte én lange 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. Hierbij hoort ook de registratie in het kwaliteitsregister van de eigen beroepsorganisatie.

Kennis

De casemanager dementie in de rol van 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 zich te registreren in de kwaliteitsregisters van 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 kwaliteitsbevorderaar:

- werkt transparant met cliënt en cliëntstelsel;
- kan beredeneerd van richtlijnen afwijken, vanuit het belang en de wensen van de cliënt;
- weegt en bespreekt vrijheidsbeperkende en andere moreel-ethische maatregelen open en eerlijk. Zij kan daarover andere zorgverleners 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 cliëntstelsel;
- 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 de daarvoor relevante zorgstandaarden of richtlijnen, en kan de meerwaarde van het casemanagement dementie verantwoorden;
- draagt bij aan de ontwikkeling van het werk als casemanager dementie (onder andere door trainingen, cursussen, congressen en gastcolleges bij opleidingen en onderwijsinstellingen);
- werkt zelfstandig en beheert een eigen caseload;
- past effectief tijdmanagement toe;
- leert, onder meer door reflectie op eigen handelen en 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 cliënt en cliëntstelsel om zicht te krijgen op de cliënttevredenheid en de door de cliënt beleefde kwaliteit.

Bijlage 1 – Totstandkoming van dit expertiseprofiel

Dit expertiseprofiel is tot stand gekomen vanuit V&VN en BPSW. Dit 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 daarmee 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 één nieuw expertiseprofiel zouden vormgeven.

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 namen zijn opgenomen in het colofon.

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

De conceptversie van het expertiseprofiel is besproken in een ledenraadpleging van de BPSW en V&VN op 28 juni 2024. Ook is het concept voorgelegd aan alle partijen die de zorgstandaard dementie hebben ondertekend. Zij zijn hiermee in de gelegenheid gesteld om ook hun reactie op dit document te geven.

De diverse reacties zijn verwerkt in dit profiel en deze versie is geaccordeerd door het bestuur van BPSW en V&VN en daarmee definitief.

Het profiel wordt op 21 september 2024 (Wereld Alzheimerdag) publiek.

Colofon

Auteurs

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

Procesbegeleiding

Marieke van Werkhoven

Redactie

DESARTES

Eindredactie

Marieke van Werkhoven

© BPSW en V&VN, Utrecht, september 2024

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

Beroepsvereniging van Professionals Sociaal Werk

Leidsekade 80
3531 BE Utrecht
T 030 – 294 86 03
E info@bpsw.nl

BPSW
beroepsvereniging
van professionals
in sociaal werk

V&VN Casemanagers Dementie met een verpleegkundige achtergrond

Orteliuslaan 1000
3528 BD Utrecht
T 030 – 291 90 50
E voorzitter.dementie@venvn.nl

v&vn
Dementieverpleegkundigen