



Voorstel organisatie casemanagement dementie

Inhoud

1	Inleiding	2
1.1	Achtergrond casemanagement	2
1.2	Actieplan Casemanagement	3
1.3	Doel notitie	4
2	Uitkomsten	5
2.1	Vanuit cliëntperspectief is ‘all the way, continuïteit in één persoon’ het best passende casemanagementmodel	5
2.2	Onderbouwing uitkomst	6
2.3	Voorbeelden wat de voorkeursmodellen betekenen in de praktijk	8
3	Aanpak	10
4	Consequenties en aanbevelingen voor stakeholders	11
	Bijlage 1 Overzicht ervaringen van mantelzorgers met casemanagement dementie	13

Dementiezorg voor Elkaar

Dementiezorg voor Elkaar is een belangrijk programma van het Deltaplan Dementie. Het Deltaplan Dementie wil het hoofd bieden aan de gevolgen van dementie. Het Deltaplan steunt op drie pijlers:

1. Onderzoek naar dementie - ‘Onderzoeksprogramma Memorabel’
2. Betere dementiezorg - ‘Praktijkverbeterprogramma Dementiezorg voor Elkaar’
3. Dementievriendelijke samenleving - ‘Samen dementievriendelijk’

Doel van Dementiezorg voor Elkaar is het in de praktijk verbeteren van de dementiezorg, zowel op inhoud, als op organisatie en financiering. Dementiezorg voor Elkaar wordt uitgevoerd door Vilans, Trimbos-instituut, NIVEL, Movisie en Pharos.

1 Inleiding

Mensen met dementie en hun mantelzorgers maken veelal een langdurig en intensief zorgtraject door, waarbij de zorgbehoeften zich ontwikkelen en complex kunnen zijn in de verschillende fasen. Casemanagement bij dementie is bedoeld om mensen met dementie en hun naasten te ondersteunen in dit traject. Daarbij wordt aan een aantal problemen en zorgvragen van personen met dementie en hun mantelzorgers tegemoet gekomen, zoals onduidelijkheid over de mogelijkheden voor zorg en begeleiding, onzekerheid over het verloop van de ziekte, overbelasting van mantelzorgers en miscommunicatie tussen hulpverleners onderling en tussen hulpverleners en cliënt (Peeters e.a., 2012). Belangrijk is om met de manier van aanbieden van casemanagement zoveel mogelijk aan te sluiten bij de wensen van de persoon met dementie en zijn naasten. In 2016 is het Actieplan Casemanagement¹ opgericht na zorgen over de beschikbaarheid van casemanagement dementie, evenals de sterk wisselende invulling daarvan in het land (zie ook paragraaf 1.2). Als onderdeel van het Actieplan heeft er een inventarisatie plaatsgevonden naar de huidige organisatie van casemanagement. Hieruit kwam naar voren dat er sprake is van een grote diversiteit in organisatie (14 verschillende varianten) en dat het veld behoefte heeft aan meer uniformiteit in aanbidding van casemanagement. Met verschillende veldpartijen is gewerkt aan welke manier van organiseren van casemanagement de voorkeur heeft van al die gevonden varianten. Deze notitie is het resultaat daarvan en betreft een voorstel voor het meer uniform organiseren van casemanagement. Ook kan deze exercitie benut worden in het kader van de herziening van de Zorgstandaard Dementie. Hiervoor zal Dementiezorg voor Elkaar zorg dragen.

1.1 Achtergrond casemanagement

In de Zorgstandaard Dementie (Alzheimer Nederland/Vilans, 2013) wordt casemanagement dementie als volgt gedefinieerd: *'Het systematisch aanbieden van gecoördineerde zorg en benodigde ondersteuning op het terrein van behandeling, zorg en welzijn door een vaste professional die onderdeel 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 verpleeghuis of overlijden'*. Deze professional is de casemanager (ook wel trajectbegeleider, zorgbegeleider, dementieconsulent of dementieverpleegkundige genoemd) en moet fungeren als een centraal aanspreekpunt en vertrouwde professional met veel kennis over dementie en de dementiezorg, die in verschillende fasen van het ziekteproces de persoon met dementie en de mantelzorger begeleidt (Peeters e.a., 2012).

Inmiddels krijgt casemanagement dementie steeds meer wetenschappelijke onderbouwing (zie notitie 'generalistisch én specialistisch casemanagement in de dementiezorg; duiding van een nieuw fenomeen in verschillende combinaties' voor uitgebreide beschrijving van deze evidentie²). Ook is onderzoek gedaan naar de ervaringen van mantelzorgers met casemanagement dementie (zie bijlage 1). De belangrijkste succesfactoren voor succesvol casemanagement dementie vanuit hun perspectief zijn:

- De casemanager is bij uitstek deskundig op het gebied van dementie.
- Er is één duidelijk en laagdrempelig aanspreekpunt voor mensen met dementie en mantelzorgers.
- De casemanager weet de weg en zet de zorg snel in gang.
- De casemanager stemt de zorg van de verschillende ketenpartners goed af.
- De casemanager geeft ook ondersteuning en begeleiding aan de mantelzorger en niet alleen aan de persoon met dementie.
- De casemanager heeft goed inzicht in de situatie van persoon met dementie en mantelzorger omdat zij bij hen thuis komt.





¹ [Actieplan Casemanagement](#)

² Huijsman, R (2017). [Generalistisch én specialistisch casemanagement in de dementiezorg; Duiding van een nieuw fenomeen in verschillende combinaties.](#)

In de woorden van een casemanager gevat: de casemanager dementie staat naast de persoon met dementie en diens naasten. En zorgt ervoor dat de regie zo lang mogelijk bij de persoon met dementie en/of diens mantelzorger blijft liggen. De casemanager stuurt bij of neemt regie daar waar noodzakelijk.

1.2 Actieplan Casemanagement

In 2016 is het Actieplan Casemanagement opgericht nadat zorgen over het casemanagement dementie in Nederland breed werden gedeeld. Dit betrof zowel de beschikbaarheid ervan, als de sterk wisselende invulling. Het Actieplan moest ervoor zorgen dat casemanagement dementie beschikbaar is en blijft voor iedereen die dat nodig heeft. Binnen dit Actieplan Casemanagement is begin 2017 een inventarisatie gedaan op welke manieren in Nederland uitvoering wordt gegeven aan casemanagement dementie. Op basis van een verkenning van bestaand materiaal en door gesprekken met en een enquête onder ketenregisseurs, bleken er 4 hoofdmodellen met in totaal 14 verschillende subvarianten van casemanagement binnen de dementiezorg te onderscheiden. De subvarianten ontstaan als verschillende soorten professionals het casemanagement uitvoeren. Deze verschillende varianten bleken niet alleen landelijk, maar ook binnen een keten of regio naast elkaar te bestaan (gemiddeld 5 varianten per regio). Hieronder zijn de hoofdmodellen schematisch weergegeven.

<p>'All the way' model: continuïteit in één persoon</p>  <p>Continuïteit in één persoon gedurende het gehele proces. Dit kan een casemanager dementie, wijkverpleegkundige of ouderenadviseur uit de WMO zijn.</p>	<p>'Stapelmodel': samen als het complex wordt</p>  <p>De generalist, praktijkondersteuner of wijkverpleegkundige is in de basis toegerust om zorg en begeleiding te geven aan mensen met dementie en hun mantelzorger. De generalist kan tijdig schakelen met specialistische ondersteuning, waarbij deze laatste de zorg niet overneemt van de generalist.</p>
<p>'Overdrachtsmodel': volgende als het complex wordt</p>  <p>De generalist (b.v. huisarts, praktijkondersteuner of wijkverpleegkundige) voert de eerste fasen van dementie uit. Als de zorg te intensief of complex wordt, neemt de casemanager dementie de regie in de zorg over van de generalist.</p>	<p>'Triagemodel': grootste expertise tijdens de start</p>  <p>De specialist (casemanager dementie) start met het goed analyseren van de cliëntsituatie en het inregelen. Daarna vindt eventueel overdracht plaats naar een andere professional van minder specialistisch niveau.</p>

Binnen deze hoofdmodellen, worden de volgende subvarianten onderscheiden:

'All the way' model

- 1a: casemanager dementie, vanuit onafhankelijke CM-organisatie;
- 1b: 'dedicated' casemanager dementie vanuit zorgaanbieder(s);
- 1c: wijkverpleegkundige met specialisatie dementie;
- 1d: wijkverpleegkundige, generalistisch;
- 1e: ouderenadviseur (sociaal wijkteam, buurtcoach) vanuit de WMO.

Stapelmodel

- 2a: ouderenadviseur WMO plus casemanager, beide direct cliëntcontact;
- 2b: POH bij huisarts plus casemanager, beide direct cliëntcontact;
- 2c: wijkverpleegkundige plus casemanager, beide direct cliëntcontact;
- 2d: wijkverpleegkundige met casemanager als coach (zonder cliëntcontact).

Overdrachtsmodel

- 3a: ouderenadviseur WMO draagt over aan casemanager;
- 3b: POH bij huisarts draagt over aan casemanager;
- 3c: wijkverpleegkundige draagt over aan casemanager.

Triagemodel

- 4a: casemanager doet intake en zorgplan, daarna andere professional;
- 4b: als 4a, uitgebreid met en deels betaald vanuit het WMO-domein.

Behoeftte aan meer uniformiteit in aanbieding van casemanagement

Naar aanleiding van de notitie over de resultaten van de inventarisatie heeft het praktijkverbeterprogramma Dementiezorg voor Elkaar (zie kader) een brede bijeenkomst georganiseerd, waarbij onder andere netwerkcoördinatoren, casemanagers, beleidsmedewerkers, artsen, POH-GGZ, wijkverpleegkundigen en vertegenwoordiging vanuit Alzheimer Nederland aanwezig waren. Hierin gaf het veld aan dat zij deze variatie in de organisatie van casemanagement niet wenselijk vinden. Ook noemden zij dat de manier waarop zij casemanagement momenteel aanbieden, volgens hen niet altijd het ideale model is voor degenen met dementie en hun naasten. In deze gevallen zijn de keuzes die zij hebben gemaakt of compromissen die zij hebben gesloten vaak ingegeven door financiële en arbeid gerelateerde zaken.

Naar aanleiding van de bovengenoemde inventarisatie, hebben ook de zorgverzekeraars zich in hun gezamenlijke strategie van begin mei 2017 m.b.t. dementiezorg onder andere uitgesproken dat er tot een beperkter aantal modelvarianten voor casemanagement dementie moet worden gekomen.

1.3 Doel notitie

Vanwege de hierboven beschreven behoefte om zo goed mogelijk tegemoet te komen aan de wensen van cliënt en mantelzorger én meer uniformiteit te krijgen in de wijze waarop casemanagement wordt aangeboden, zijn Dementiezorg voor Elkaar, dementienetwerken (ketenregisseurs en casemanagers), zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar aan de slag gegaan.

Deze notitie maakt duidelijk tot welk voorstel deze partijen zijn gekomen voor het organiseren van casemanagement dementie in Nederland. Deze notitie gaat niet in op hoe de functie van casemanager moet worden ingevuld. Bijvoorbeeld qua opleidingseisen, wie deze functie kan uitvoeren, kennis, expertise en caseload. Daarover gaat (onder andere) het expertisegebied dementieverpleegkundige.

Hieronder beginnen we met het weergeven van de uitkomst, waarna ingegaan zal worden op de wijze waarop dit voorstel tot stand is gekomen en welke consequenties deze keuze heeft voor het veld. Echter is het aan de stakeholders zelf om hierin besluiten te nemen.

2 Uitkomsten

2.1 Vanuit cliëntperspectief is ‘all the way, continuïteit in één persoon’ het best passende casemanagement model

Van de onder 1.1 beschreven vier ‘hoofdmodellen’, heeft model 1 ‘All the way, continuïteit in één persoon’, de voorkeur voor het organiseren van casemanagement in de dementiezorg. Bij deze voorkeur is het perspectief van de cliënt en zijn of haar naaste leidend geweest. Essentie van dit model is dat er continuïteit is in de persoon die de functie van casemanager uitvoert over het hele ziektebeloop; vanaf “pluis/niet pluis” of diagnostische fase, via toenemende zorgzwaarte en complexiteit in de thuissituatie tot aan intramurale opname of overlijden. Met andere woorden, er is één laagdrempelig en vast aanspreekpunt gedurende het hele dementietraject in de thuissituatie.

Naast deze continuïteit in persoon, zijn belangrijke voorwaarden in het goed aanbieden van casemanagement binnen dit model:

- De casemanager heeft expertise op het gebied van dementie. Wat het precies inhoudt om de expertise op het gebied van dementie te waarborgen, staat onder andere beschreven in het expertisegebied dementieverpleegkundige.³ Volgens dit expertisegebied houdt dit bijvoorbeeld in dat iemand niet alleen voldoende kennis heeft over dementie, maar ook dat deze persoon minimaal 24 uur per week als casemanager dementie werkt en een caseload van 55 cliënten heeft per 1 FTE.
- Het onafhankelijk en niet-concurrentieel kunnen werken als casemanager. Dit houdt in dat een casemanager voor en met alle zorgaanbieders in de regio zijn of haar werk kan uitvoeren, om zo de zorg en ondersteuning zo goed mogelijk af te kunnen stemmen op de persoon met dementie en zijn of haar naaste. Hierdoor hebben de persoon met dementie en hun naasten vrijheid van keuze in aanbieder voor het leveren van casemanagement. Dit geldt ook later in het traject als iemand bijvoorbeeld verpleegkundige zorg nodig heeft.

Binnen dit hoofdmodel zijn vijf subvarianten beschreven (zie 1.1), gebaseerd op de functionaris die de functie van casemanager uitvoert. Gezien de bovengenoemde voorwaarden, blijven er daarvan drie subvarianten over om casemanagement dementie te organiseren:

- 1a: casemanager dementie vanuit een onafhankelijke casemanagementorganisatie. Op deze manier kan de casemanager onafhankelijk van zorgaanbieder diensten aanbieden. Hierbij is van belang dat dezelfde casemanager gedurende het hele traject de persoon met dementie en diens naasten begeleidt. Daarnaast dient de casemanager te voldoen aan de eisen van het expertisegebied dementieverpleegkundigen.
- 1b: dedicated casemanager dementie vanuit zorgaanbieder(s). In de huidige situatie van marktwerking is het hierbij wel van belang dat er geregeld is dat de casemanager onafhankelijk van de zorgaanbieder waar hij of zij in dienst is kan opereren. Daarnaast dient ook hier de casemanager opgeleid te zijn conform het expertisegebied dementieverpleegkundige en gedurende het hele ziekte-traject betrokken te zijn.
- 1c: wijkverpleegkundige met specialisatie dementie. Net als bij de andere subvarianten geldt ook hier dat het van belang is dat deze wijkverpleegkundige een opleiding heeft gevolgd conform het expertisegebied dementieverpleegkundige, minimaal 24 uur per week aan casemanagement dementie besteedt, betrokken is gedurende het hele ziekte-traject en onafhankelijk van een zorgaanbieder waar hij of zij in dienst is kan opereren. Flexibiliteit is van wezenlijk belang.

³ Huijsman R, Jansen G, Bolle F. Expertisegebied dementieverpleegkundige (voorheen casemanager dementie). Utrecht: V&VN; 2017.

Variante 1d, waarbij een generalistische wijkverpleegkundige het casemanagement dementie uitvoert, en variant 1e, waarbij een ouderenadviseur het casemanagement dementie uitvoert, vallen af omdat hierbij niet aan de eis m.b.t. expertise wordt voldaan.

2.2 Onderbouwing uitkomst

Om te komen tot een keuze in model, is vanuit verschillende perspectieven bekeken welke criteria m.b.t. casemanagement belangrijk zijn. De perspectieven betroffen die van de cliënt en zijn of haar naaste, de huisarts, de maatschappij en de zorgverzekeraars. Samen met aanbieders van casemanagement en de uitvoerders zijn de modellen hierop gescoord, waarbij het perspectief van de cliënt en zijn of haar naaste het zwaarste gewicht werd toegekend.

Perspectief van cliënt en naasten

We zijn op het model 'All the way, continuïteit in één persoon' en de bijbehorende voorwaarden uitgekomen, door alleen vanuit cliënt- en naastenperspectief te bekijken wat zij belangrijk vinden m.b.t. casemanagement dementie. In het algemeen blijkt dat cliënten en naasten het volgende belangrijk vinden m.b.t. casemanagement (zie ook bijlage 1):

- Casemanager is gespecialiseerd in de dementiezorg ('weten waar je het over hebt').
- Het hebben van één duidelijk en laagdrempelig aanspreekpunt gedurende het hele ziektebeloop (continuïteit in persoon).
- Casemanager heeft een onafhankelijke blik / positie. Er is een 'buitenstaander' die meekijkt of alles goed gaat.
- De casemanager is voldoende beschikbaar, zodat de cliënt en mantelzorgers altijd iemand hebben die zij kunnen bellen.
- Goede samenwerking en afstemming tussen professionals, zodat cliënt en mantelzorgers niet steeds opnieuw het verhaal hoeven te doen.
- Duidelijkheid over wie de regie heeft. Wie bepaalt hier? Als er iets geregeld moet worden, bij wie moet ik dan zijn?

Van deze criteria, bleken alleen de eerste twee, gespecialiseerd in dementiezorg en één vast aanspreekpunt, onderscheidend te zijn tussen de verschillende casemanagement modellen. En vanuit deze eerste twee criteria bekeken, kom je uit bij het 'all the way'-model.

Hierbij willen we opmerken dat in het land een aantal vernieuwende manieren van aanbieden van trajectbegeleiding en samenwerking rondom de persoon met dementie momenteel onderzocht worden. De nieuwe inzichten die deze onderzoeken opleveren, zouden er op termijn toe kunnen leiden dat er andere modellen of vormen van trajectbegeleiding of casemanagement onderbouwd ingezet kunnen worden in Nederland en onderdeel uit kunnen gaan maken van de Zorgstandaard. Vernieuwing op basis van nieuwe inzichten sluiten we dan ook niet uit. Desalniettemin is het nu belangrijk dat casemanagement aangeboden wordt op de meest optimale manier voor cliënt en mantelzorgers volgens de nu beschikbare inzichten.

Uitvoerbaarheid

Vervolgens hebben we de drie overgebleven subvarianten van model 1 tegen het licht van uitvoerbaarheid gehouden. De bevindingen hierop hebben we verwerkt in hoofdstuk 4 over de consequenties en aanbevelingen. Er is gekeken naar:

- Beschikbaarheid van arbeidskrachten: er is een tekort aan wijkverpleegkundigen (waarbij casemanagers dementie zijn meegenomen) en dat tekort neemt de komende jaren toe.⁴ Dit heeft gevolgen voor de beschikbaarheid van casemanagement onder model 1a, b en c. Op dit moment is nog niet bekend hoe groot dit probleem daadwerkelijk is.

⁴ Bloemendaal I, van Essen G, Kramer S, van der Windt W. [Vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen 2015-2019](#). Rijswijk: Kiwa, 2015.

- Betaalbaarheid (o.a. behandelduur, behandelintensiteit, hoeveel aanbieders die moeten worden gefinancierd, hoeveelheid overdracht): uit onderzoek blijkt dat het bieden van casemanagement aan mensen met dementie op een manier die in lijn is met de inhoud van de Zorgstandaard Dementie kosteneffectiever is dan gebruikelijke zorg zonder casemanagement voor mensen met dementie.⁵ Ook blijkt uit dat onderzoek dat casemanagers met een dubbele functie (dus die naast casemanager ook andere rollen vervullen) het moeilijker vinden om de takenbeschrijving uit de Zorgstandaard Dementie na te komen. Dit komt ten gunste van model 1a en b. Dit vraagt ook om voldoende en geormerkte inkoop door de verzekeraars waardoor kwaliteit en kwantiteit van het aanbod mogelijk is.
- Scherpe criteria voor uitvoerder van casemanagement: er moeten duidelijke omschrijvingen of richtlijnen zijn over waar degene die de functie van casemanager uitvoert aan moet voldoen qua opleiding en competenties, vergelijkbaar zoals het expertisegebied van de dementieverpleegkundigen.

Algemene randvoorwaarden voor de implementatie van goed casemanagement dementie

Zoals onder 'perspectief van cliënt en naasten' beschreven, bleken er een aantal criteria vanuit dit perspectief te zijn die belangrijk waren voor goed casemanagement, maar die niet onderscheidend waren tussen de modellen. Zoals genoemd hebben we ook naar de perspectieven 'maatschappij', 'zorgverzekeraar' en 'huisarts' gekeken. Ook het merendeel van deze criteria bleek niet onderscheidend tussen de modellen. Daarom hebben we dit randvoorwaarden genoemd, die in het algemeen belangrijk zijn voor het implementeren en uitvoeren van goed casemanagement, ongeacht het gekozen model. De volgende randvoorwaarden zijn in het algemeen belangrijk voor goede uitvoering van casemanagement dementie:

Vanuit perspectief cliënt/naaste

- Goede afstemming tussen professionals: zodat cliënt en mantelzorger niet steeds opnieuw het verhaal hoeven te doen.
- Onafhankelijke blik/positie: er is een 'buitenstaander' die meekijkt of alles goed gaat.
- Voldoende beschikbaar/bereikbaar: zodat de cliënt en mantelzorger altijd iemand hebben die zij kunnen bellen.
- Duidelijkheid over waar regie ligt: wie bepaalt hier? Als er iets geregeld moet worden, bij wie moet ik dan zijn?

Vanuit perspectief maatschappij

- Doelmatige inzet van casemanagement dementie: minder intensief waar het kan, intensief waar nodig. Dit houdt in dat de casemanager huisbezoeken en interventies toepast als het zwaarder wordt en minder frequente huisbezoeken aflegt als de persoon met dementie en zijn systeem in een rustiger vaarwater zitten.

Vanuit perspectief zorgverzekeraars

- Intercollegiale toetsing: er wordt gewerkt aan professionaliteit van mens en product. Als casemanager werkzaam vanuit een netwerk heb je met collega's uit de regio structureel intervisie en multidisciplinair overleg met de specialist ouderengeneeskunde en psycholoog van het netwerk. Ook dien je als dementieverpleegkundige ingeschreven te staan in het kwaliteitsregister dementieverpleegkundige van V&VN.
- Regionale inbedding: samenwerking in de wijk en met de huisarts is georganiseerd en vindt structureel plaats. Zo kan steeds rondom een cliënt afgestemd worden wie het beste aanspreekpunt is in dat specifieke geval. Dit betekent niet dat de casemanager gesitueerd is binnen een wijkteam waardoor het eigen organisatiebelang leidend is. De casemanager is

⁵ van Mierlo LD, MacNeil-Vroomen J, Meiland FJM, Joling KJ, Bosmans JE, Dröes RM, et al. Implementatie en (kosten-)effectiviteit van casemanagement voor mensen met dementie en hun mantelzorgers: resultaten van de COMPAS-studie. Tijdschrift voor Geriatrie en Gerontologie. 2016;47(6):223-233.

onafhankelijk werkzaam. Naast de eerste lijn, moet er ook goede samenwerking zijn met de tweede lijn, zoals de geheugenpoli.

- Positieve, meetbare resultaten: lever meetbare uitkomsten van het hulpaanbod en werk methodisch. Zie ook de huidige Zorgstandaard Dementie.

Vanuit perspectief huisarts

De huisarts is medisch eindverantwoordelijk voor een cliënt. De casemanager voert de regie over de zorgvraag die bij de dementie komt kijken. Daarom zijn de volgende punten belangrijk:

- Heldere afspraken over bereikbaarheid van de casemanager voor de huisarts (telefoonnummer en tijden).
- Vaste casemanager als aanspreekpunt: niet met teveel verschillende casemanagers te maken hebben als huisarts.
- Rolduidelijkheid casemanager: casemanagers voeren hun rol hetzelfde uit, zodat duidelijk is voor de huisarts wat hij of zij van een casemanager kan verwachten.

2.3 Voorbeelden wat de voorkeursmodellen betekenen in de praktijk

Om concreter te maken wat model 1 en dan met name de termen 'continuïteit in persoon' en 'expertise op het gebied van dementie' inhouden, volgen hier twee voorbeelden. Het eerste voorbeeld is vanuit het perspectief van een persoon met dementie, om te laten zien wat deze twee begrippen voor iemand met dementie zelf betekenen. In het tweede voorbeeld gaan we in op hoe deze begrippen vorm krijgen in een veelvoorkomende situatie dat de persoon met dementie al een langdurige relatie met een andere hulpverlener heeft vanwege lichamelijke co-morbiditeit.

Voorbeeld 1: Organisatie casemanagement rondom een persoon met dementie



Mijn naam is Dick Rijkse, ben 64 en heb dementie. Mijn leven is behoorlijk ingeperkt sinds ik, nu ruim een jaar geleden, de diagnose alzheimer heb.

Casemanagement dementie

Sinds juni 2017 ontving ik casemanagement dementie. Ik heb sinds juni 2017 een casemanager dementie. Voor mij is zijn naam, e-mailadres, telefoonnummer en bereikbaarheid van belang. Op maandag is hij bijvoorbeeld vrij. Dat is goed om te weten en bewaar ik mijn vragen. Wat ik nog meer verwacht van de casemanager? Dat het een vaste begeleider is. Ik zou niet anders willen. Toevallig heb ik pas geleden nog naar zijn leeftijd geïnformeerd, en toen dacht ik, gelukkig is hij er voorlopig nog. Wat ik ook belangrijk vind is regelmaat. Zo spreken we iedere maand af. Dit mag vaker als ik dit nodig vind. Het geeft mij zekerheid en rust. Tot slot zijn duidelijke afspraken voor mij van belang. Anders wordt het rommelig in mijn hoofd. Ik weet dat het een verpleegkundige is. Ik heb nog geen zorg nodig hoor, maar wel een casemanager dementie.

Wat casemanagement dementie voor mij inhoudt

Mijn casemanager zorgt ervoor dat andere instanties worden ingeschakeld, zoals aanvraag Valys bij gemeente of een computervrijwilliger bij welzijn. Zelf weet je niet hoe dit werkt. Ik merk dat hij er kaas van gegeten heeft. Ook is hij deskundig op het gebied van dementie. Hij weet precies welke processen bij de dementie horen. Dat is soms pijnlijk om te horen, maar het geeft ook weer duidelijkheid. En hij begeleidt mij daar ook weer in. De emotionele bijstand hierin vind ik erg belangrijk. Ik zeg wel eens: als er een steen op mijn maag ligt, bel ik hem. Dat is gebeurd rondom het plannen van mijn vrijwilligerswerk, maar ook rondom problemen rondom autorijden en regelen van vervoer.

Voorbeeld 2: Casemanagement dementie bij een persoon met zowel dementie, als andere klachten waardoor meerdere professionals betrokken zijn

Mevrouw Jansen krijgt wijkverpleging

Mevrouw Jansen is een 78-jarige dame. Ze leidt een teruggetrokken leven en heeft moeite met mobiliseren. Haar enige zoon woont aan de andere kant van het land en bezoekt zijn moeder wekelijks. Hij doet boodschappen en klusjes in huis. Mevrouw Jansen heeft haar hele leven al problemen met de bloedcirculatie. De laatste vier jaar heeft mevrouw Jansen wonden aan haar benen die steeds gaan ontsteken. Sinds drie jaar heeft ze een indicatie voor wijkverpleging die bestaat uit drie douchebeurten per week en dagelijkse wondverzorging. De wijkverpleegkundige Maaïke is verantwoordelijk voor de verpleegkundige indicatie en bezoekt mevrouw twee wekelijks om de zorg te evalueren en voor wondcontrole. Er is in de afgelopen jaren een stevige vertrouwensband ontstaan met Maaïke.

Mevrouw Jansen krijgt de diagnose dementie

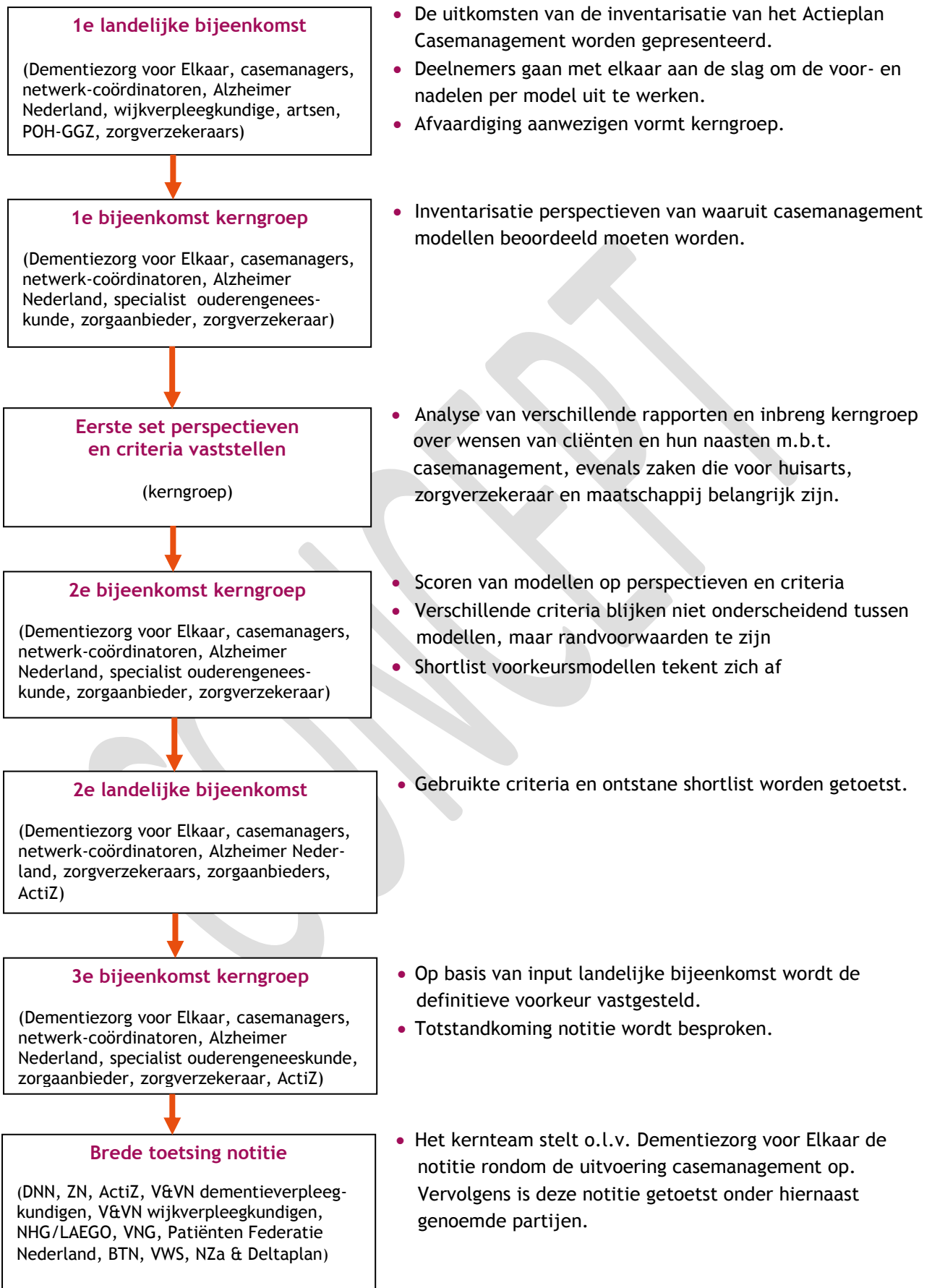
De laatste maanden merkt Maaïke op dat mevrouw Jansen emotioneel steeds vaker 'uit de bocht vliegt'. Ze reageert snibbig naar het thuiszorgteam en moppert op haar zoon. Voorheen plaatste ze haar zoon op een voetstuk en was ze trots op wat hij allemaal bereikt heeft. Ook ziet Maaïke dat spulletjes in huis kwijtraken of op vreemde plaatsen worden teruggevonden. In het maandelijks multidisciplinair overleg bij de huisarts, bestaande uit de specialist ouderengeneeskunde, huisarts en de dementieverpleegkundige, bespreekt Maaïke bovenstaande situatie met het team. De specialist ouderengeneeskunde bezoekt mevrouw Jansen en stelt de diagnose 'dementiesyndroom van het vasculaire type'.

Casemanagement dementie bij mevrouw Jansen

Casemanager Marleen bezoekt mevrouw Jansen samen met Maaïke de wijkverpleegkundige. Maaïke merkt op dat het wijkteam niet goed raad weet met de beschuldigingen en het gedrag van mevrouw Jansen. Marleen en Maaïke stellen de verpleegkundige indicatie, formuleren samen doelen en stellen evaluatiemomenten op. Marleen sluit aan bij de cliëntenbespreking en geeft het wijkteam adviezen hoe om te gaan met het veranderende gedrag van mevrouw Jansen. Daarnaast heeft Marleen overleg met de zoon van mevrouw Jansen over de gedragsveranderingen die horen bij een vasculaire dementie. Maaïke de wijkverpleegkundige blijft verantwoordelijk voor het zorgplan die ze bijstelt en evalueert met mevrouw Jansen en haar zoon. De huisarts blijft medisch verantwoordelijk voor het gehele traject. Casemanager Marleen bezoekt mevrouw Jansen laag frequent met een huisbezoek eens per 8 tot 10 weken. Marleen is bereikbaar voor het wijkteam en wijkverpleegkundige Maaïke als vraagbaak en adviseur. Op indicatie van het wijkteam, de wijkverpleegkundige of de zoon en mevrouw Jansen zelf, kan Marleen frequenter een huisbezoek afleggen. Vooralnog is dit niet nodig en werkt deze constructie voldoende.

3 Aanpak

In onderstaand stroomdiagram is het proces van de totstandkoming van deze notitie weergegeven.



4 Consequenties en aanbevelingen voor stakeholders

In de verschillende bijeenkomsten landelijk en met de kerngroep kwamen regelmatig consequenties ter sprake van het terugbrengen van de modellen. Het lijkt ons van belang deze hier te benoemen, zonder daarbij uitputtend te zijn. Dit omdat het in regio's die nu volgens een andere model werken nogal wat kan betekenen om over te gaan naar het voorkeursmodel. De hieronder genoemde punten zijn bedoeld om bij te dragen aan de implementatie van het voorkeursmodel.

Gevolgen van het geselecteerde voorkeursmodel met bijbehorende subvarianten voor:

1.1 Gevolgen voor de doelgroep

In regio's die nu werken volgens een ander model, moet bij de overgang naar het voorkeursmodel rekening gehouden worden met de continuïteit in persoon voor de doelgroep. Er kan in de overgangsfase gekozen worden voor een natuurlijk verloop: de huidige functionaris die het casemanagement uitvoert blijft tot opname/overlijden. Nieuwe mensen krijgen direct een casemanager volgens het nieuwe model.

1.2 Dementienetwerken

In de regio's die nu werken volgens een ander model, moet casemanagement op een andere manier georganiseerd worden. Hierover moet goede afstemming zijn met o.a. de zorgverzekeraar en zorgaanbieders waar de uitvoerders van casemanagement in dienst zijn. Vragen die hierbij beantwoordt dienen te zijn: Hoe gaan we dit realiseren? Zijn er belemmeringen in bekostiging, personeel en andere randvoorwaarden? Moeten er vacatures komen om wachtlijsten te voorkomen? Zijn er voldoende mensen beschikbaar die deze functie kunnen uitvoeren? Bijscholing? Is het haalbaar gezien arbeidsmarktsituatie in de regio? Zo niet, wat zouden oplossingen kunnen zijn? Hoe implementeren we het nieuwe model? Als er een transitie nodig is, wanneer is deze gereed? Dit moet een plek krijgen in hun meerjarenplan. Mocht er inderdaad consensus zijn onder de verschillende stakeholders om deze weg in te slaan, zal Dementiezorg voor Elkaar een bijeenkomst beleggen voor de netwerken die het betreft en belangrijke stakeholder om deze vragen en daaruit voortvloeiende acties te bespreken. Daarnaast moeten verwijzers, zoals geheugenpoli en huisartsen, goed geïnformeerd worden over de nieuwe werkwijze, zodat zij weten waar zij terecht kunnen voor een aanvraag voor een casemanager.

1.3 Zorg- en welzijnsaanbieders

Mogelijk zijn er medewerkers die nu een rol hebben in de uitvoering van casemanagement zoals een POH of een wijkverpleegkundige zonder specialisatie of onvoldoende uren. Deze aanbieders dienen een keuze te maken of zij casemanagement blijven uitvoeren. Indien ze dit willen blijven doen is het van belang dat zij voldoende bijgeschoold zijn om die expertise rol uit te kunnen voeren.

Als het in een regio niet vanzelfsprekend is dat de casemanagers onafhankelijk van hun werkgever kunnen opereren is helderheid over de samenwerking nodig om zo een non-concurrentie situatie te creëren. Dit kan mogelijk resulteren in organisatorische veranderingen of het opzetten van een aparte organisatie voor casemanagement bijv. zoals in Limburg waarin alle casemanagers in een aparte organisatie worden aangestuurd en men met gedeelde systemen werkt. De mate van financiering door de zorgverzekeraars zal hierbij van invloed kunnen zijn (zie kopje 1.3 hieronder).

1.4 Zorgverzekeraars

Non-concurrentieel werken blijkt van groot belang. Er zijn regio's met aparte casemanagement organisaties waar de casemanagers in dienst zijn. Deze organisaties leveren in onderaannemerschap bij een gecontracteerde zorginstelling. Op deze wijze kunnen zij gebruikmaken van de betaaltitel. Hierop gelden enkele uitzonderingsafspraken tussen de zorgverzekeraar en betreffende regio's zoals Geriant en Zeeuwse Zorgschakels. Helderheid en eenduidigheid bij zorgverzekeraars over de financieringsmogelijkheden van deze organisaties is nodig.

1.5 Overheid

De zelfstandige casemanagement organisaties die casemanagers in dienst hebben, kunnen bij een meer eenduidige aanpak van de financiering van casemanagement in de problemen komen. Een dergelijke aanpak wordt bemoeilijkt door de keuze om casemanagement onder de betaaltitel wijkverpleging te laten vallen. Een oplossing voor deze regio's zou zijn om een eigen betaaltitel voor casemanagement in het leven te roepen. Dit zorgt er ook voor dat aanbieders elkaar niet meer als onderaannemer hoeven te vergoeden en dat zij niet op dezelfde dag zorg kunnen verlenen omdat er maar één verrichting per dag op één betaaltitel gedeclareerd mag worden. Een aparte betaaltitel voor casemanagement zou een uitkomst kunnen bieden.

1.6 Opleiders

In regio's waar nu niet met specialisten op het gebied van dementie wordt gewerkt, ontstaat waarschijnlijk een plotselinge toename in vraag naar scholing.

Basisopleidingen MBO/HBO hebben nog te weinig aandacht besteed aan casemanagement en dementie. De plus opleidingen voor casemanagement variëren door het land en zijn vraag/aanbod gericht. Zo verminderde in 2014 de vraag door de komst van de wijkverpleging binnen de ZVW in 2015. Nu trekt de vraag weer aan door het nieuwe expertisegebied. Opleiders zijn momenteel in gesprek om hun aanbod te professionaliseren en goed te laten aansluiten op de vereiste criteria.

1.7 Beroepsbeoefenaars

De bestaande rol- en taakverdelingen in een regio veranderen, wat zich zal moeten uitkristalliseren. De taak- en rolverdeling is vaak al moeilijk, dus dit is een belangrijk punt bij implementatie.

Bijlage 1 Overzicht ervaringen van mantelzorgers met casemanagement dementie

Afstemming

- Mantelzorgers wensen betere communicatie met zorgverleners én betere afstemming tussen de bij de zorg betrokken zorgverleners. Mantelzorgers willen betrokken worden bij de zorg voor hun naaste en regelmatig geïnformeerd worden over hoe het gaat.⁶
- De samenwerking met en communicatie tussen de casemanager en andere zorgverleners kan beter volgens de mantelzorgers. Structureel overleg tussen casemanager, huisarts, en andere hulpverleners vergroot zoveel mogelijk de kans dat de persoon met dementie thuis kan blijven wonen.⁷

Vast team

- Mantelzorgers wensen om meer rekening te houden met dementie; zoals via een vast team van zorgverleners die gespecialiseerd zijn in de zorg aan mensen met dementie en die op vaste tijden langs komen om onrust te voorkomen (“vaste gezichten op vaste tijden”).⁶

Eén aanspreekpunt, continuïteit

- *Eén duidelijk en laagdrempelig aanspreekpunt.* Mantelzorgers vinden het positief dat zij dankzij de casemanager één duidelijk en vast aanspreekpunt hebben in de zorg voor de persoon met dementie.⁶
- *Iemand die bij je thuiskomt.* Zowel mantelzorgers als andere professionals noemen dat de casemanager, in tegenstelling tot de meeste andere hulpverleners, een goed inzicht heeft in de thuissituatie, doordat zij bij de mensen thuis komt.⁷
- *Onafhankelijke blik: een betrokken buitenstaander.* Ook voor de persoon met dementie en voor de rest van de familie is de onafhankelijke blik van de casemanager een meerwaarde. De persoon met dementie ervaart de casemanager ook als 'betrokken buitenstaander', waardoor deze aan de casemanager andere dingen vertelt dan aan de mantelzorger en ook meer van hem of haar aanneemt dan van de mantelzorger.⁷
- *Verbetering beschikbaarheid van de casemanager.* De meeste casemanagers werken niet full time en dat kan volgens de mantelzorgers problemen geven in bereikbaarheid en beschikbaarheid.⁷
- Families cited the need for systematic help in finding and arranging care, and reported a lack of continuity in long-term support. Systematic practical help and support after diagnosis are also missing, together with advocacy and education in coping with problematic behaviour.⁸

Regie

- Wens om duidelijkheid over wie de regie heeft.⁶
- *Meedenken bij beslissingen, zonder de regie over te nemen.* Veel mantelzorgers willen de regie niet uit handen geven. Zij vinden dat zij het beste kunnen bepalen wat er nodig is. Sommigen zijn bang dat dat zal gebeuren als ze een casemanager inschakelen. Toch beseffen ze dat het heel zwaar is om alleen moeilijke beslissingen te moeten nemen en ze willen hun kinderen er dikwijls ook niet mee belasten. In die gevallen kan een casemanager de mogelijke keuzes en de consequenties daarvan voorleggen en op die manier meedenken zonder de regie over te nemen en achter de mantelzorger staan.⁷

⁶ Jansen D, Werkman W, Francke AL. Dementiemonitor Mantelzorg 2016: Mantelzorgers over zorgbelasting en ondersteuning. Utrecht, Amersfoort: NIVEL en Alzheimer Nederland; 2016.

⁷ Peeters JM, de Lange J, van Asch I, Spreeuwenberg P, Veerbeek M, Pot AM, Francke AL. Landelijke evaluatie van casemanagement dementie. Utrecht: NIVEL/Trimbos-instituut; 2012.

⁸ van Mierlo LD, MacNeil-Vroomen J, Meiland FJM, Joling KJ, Bosmans JE, Dröes RM, Moll van Charante EP, de Rooij SEJA, van Hout HPJ. Implementatie en (kosten-)effectiviteit van casemanagement voor mensen met dementie en hun mantelzorgers: resultaten van de COMPAS-studie. Tijdschr Geront Geriatrie.2016;47(6):223-233.

Huisarts

- Beter contact met huisarts/meer kennis bij huisarts over dementie/meer aandacht en ondersteuning van de huisarts/actievere rol/meer begeleiding door huisarts in plaats van een praktijkondersteuner van de huisarts (POH)/ eerder verwijzen voor diagnostiek.⁶
- Mantelzorgers geven aan dat de casemanager de zorg tussen de verschillende zorgverleners afstemt. Belangrijk voor hen is ook de terugkoppeling naar de huisarts, zodat de huisarts op de hoogte is van hun situatie zonder dat ze dat zelf telkens hoeven te vertellen.⁷
- De rol van de huisarts bij begeleiding van de persoon met dementie en mantelzorger verandert doordat deze taak primair bij de casemanager ligt. Mantelzorgers blijven ondanks het bestaan van de casemanager nog behoefte houden aan een begeleidende rol en belangstelling van de kant van de huisarts. Dit wijst erop dat de rollen van casemanager en huisarts bij diagnostiek en begeleiding nog niet uitgekristalliseerd zijn en nog niet duidelijk zijn voor mantelzorgers.⁷

Wat zou u willen veranderen aan de ondersteuning en zorg die u zelf krijgt?

- *Verbetering van casemanagement/ behoud van de casemanager dementie / continuïteit in casemanager* (minder wisseling)/ graag weer de casemanager dementie terug die nu gestopt is/ graag ook in avonden contact/ vaker-meer contact met casemanager (rustpunt in de zoveel tijd)/ betere afstemming verzorgen met alle andere betrokkenen/ gesprek met de casemanager zonder cliënt/geen wachtlijst/voortzetting casemanagement na opname van naaste in verpleeghuis.⁶
- *Vast team* van professionals met voldoende deskundigheid (rondom omgaan met naaste met dementie) en affiniteit met de doelgroep.
- *Minder bureaucratie*/één loket voor vragen en hulp/indicatie duurt te lang/ik word tegengewerkt door instanties/aanvraag Persoonsgebonden Budget is veel papierwerk/één totaalpakket met zorg (nu gefragmenteerd/te veel geregeld).
- *Minder bureaucratie en regelgeving*/snellere en minder strenge indicatiestelling/eenvoudiger te regelen/ruimere indicatie/niet telkens opnieuw moeten aanvragen/vlugger opschalen-meer dagen opvang/reageren op vragen/laagdrempelige toegang tot zorg/ minder reorganisaties, veranderingen/ door nieuwe zorgwet gebonden aan woonplaats waardoor vrijwilligers die beschikbaar zijn (vanuit andere gemeente) niet mogen komen/geen bulk gedachten/digitaal zorg aanvragen/ /het duurt te lang voordat er extra zorg geregeld wordt/ totaalpakket aan zorg aanbieden.
- *Eerdere diagnose* dementie/betere ondersteuning in beginstadium.
- *Aanspreekpunt buiten kantooruren*/voor noodgevallen/crisis (dag en nacht).⁷

Wat zou u willen veranderen aan de ondersteuning en zorg die u zelf krijgt?

- Casemanager meer tijd voor de naaste/casemanager eerder inschakelen/vaste, persoonlijke begeleider/vaker contact/ jammer dat casemanagement werd overgenomen door wijkverpleegkundige/meer huisbezoeken/minder doelgericht/grag de begeleiding van een casemanager weer terug/ 1 persoon die inschat welke hulp in dit geval het meest effectief is: er zijn teveel mensen en instanties met 1 persoon bezig.⁶

Succesfactoren van casemanagement

Zowel mantelzorgers, als casemanagers en professionals noemden de volgende succesfactoren:

- De casemanager weet de weg en zet de zorg snel in gang.
- De casemanager stemt de zorg van de verschillende ketenpartners goed af.
- De casemanager is bij uitstek deskundig op het gebied van dementie.
- De casemanager geeft ook ondersteuning en begeleiding aan de mantelzorger en niet alleen aan de persoon met dementie.
- Er is één duidelijk en laagdrempelig aanspreekpunt voor mensen met dementie en mantelzorgers.
- De casemanager heeft goed inzicht in de situatie van persoon met dementie en mantelzorger omdat zij bij hen thuis komt.

Daarnaast noemden de mantelzorgers nog:

- De casemanager heeft een onafhankelijke blik: een betrokken buitenstaander.
- De mantelzorger heeft een achterwacht die ze altijd kan bellen.⁷