



Bijlage 1 Aanbeveling 3 uit de zorgstandaard:

Het streven is om alle mensen met (een vermoeden van) dementie vanaf de start van het diagnostisch traject een vast coördinatie- en aanspreekpunt (casemanagement dementie) aan te bieden voor zichzelf, mantelzorger(s) én alle betrokken professionals.

De casemanagement professional is daarbij een vast en laagdrempelig aanspreekpunt die het gehele ziekteproces thuis continu begeleidt en dit combineert met de eigen professionele hulpverlening. De casemanagement professional evalueert periodiek de zorg- en dienstverlening aan de hand van de in deze zorgstandaard geformuleerde aanbevelingen.

De specifieke expertise en vaardigheden bij casemanagement dementie zijn uitgewerkt in de expertisegebieden Dementieverpleegkundige (V&VN, 2017) en Social Work Zorg (Beroepsvereniging voor Professionals in Sociaal Werk (BPSW), 2018). Beide gebruiken het CanMEDS-model (Canadian Medical Education Directions for Specialists, van de Royal College of Physicians and Surgeons of Canada), waarin zeven competenties worden onderscheiden, waardoor de expertisegebieden grotendeels overeenstemmen. Casemanagement dementie kan dus door zowel verpleegkundigen als door sociaal werkers uitgevoerd worden. De algemene randvoorwaarden voor goed casemanagement staan vanuit verschillende perspectieven beschreven in bijlage 5 van de Zorgstandaard Dementie.



Bijlage 2: bijlage 5 uit de zorgstandaard:

De essenties van casemanagement dementie Op basis van een consensustraject gefaciliteerd door het praktijkverbeterprogramma Dementiezorg voor Elkaar (in opdracht van bestuurlijk overleg bij Actieplan casemanagement dementie), zijn begin 2018 de volgende essenties van casemanagement dementie geformuleerd:

Vanuit perspectief persoon met dementie/mantelzorger:

- Goede samenwerking en afstemming tussen professionals, zodat persoon met dementie en mantelzorger niet steeds opnieuw hun verhaal hoeven te doen.
- Onafhankelijke blik of positie: er is een 'buitenstaander' die meekijkt of alles goed gaat. Het onafhankelijk kunnen werken houdt allereerst in dat dat deze persoon vanuit het perspectief van degene met dementie en zijn mantelzorger ervaren wordt als 'betrokken buitenstaander', waardoor zij aan de casemanagement professional andere dingen vertellen dan aan andere betrokkenen. Ook betekent het dat de uitvoerder van casemanagement vrije keuze heeft in het aanbieden van zorg en ondersteuning die zo goed mogelijk afgestemd is op de persoon met dementie en zijn of haar mantelzorger. De uitvoerder van casemanagement kan dus voor en met alle zorgaanbieders in de regio zijn werk uitvoeren (zie ook aanbeveling 4).
- Voldoende beschikbaar en bereikbaar, zodat de persoon met dementie en mantelzorger altijd iemand hebben die zij kunnen bellen.
- Één vast persoon als duidelijk en laagdrempelig aanspreekpunt gedurende het hele ziektebeloop, die alles regelt (continuïteit in persoon).

Vanuit perspectief maatschappij:

- Doelmatige inzet van casemanagement dementie: minder intensief waar het kan, intensief waar nodig. Dit houdt in dat de uitvoerder van het casemanagement huisbezoeken en interventies toepast als het zwaarder wordt en minder frequent huisbezoeken aflegt als de persoon met dementie en zijn systeem in een rustiger vaarwater zitten. Uiteraard gebeurt dit in samenwerking en afstemming met andere betrokken professionals.

Vanuit perspectief zorgverzekeraars:

- Intercollegiale toetsing: er wordt gewerkt aan professionaliteit van mens en product. Een uitvoerder van casemanagement werkt vanuit een netwerk en heeft samen met collega's uit de regio structureel intervisie en multidisciplinair overleg met de specialist ouderengeneeskunde en psycholoog. De casemanagement professional dient geregistreerd te staan in het kwaliteitsregister van de beroepsgroep.
- Regionale inbedding: samenwerking in de wijk en met de huisarts is georganiseerd en vindt structureel plaats. Zo kan steeds rondom een persoon met dementie afgestemd worden wie het beste aanspreekpunt is in dat specifieke geval. De uitvoerder van casemanagement is onafhankelijk werkzaam. Naast de eerste lijn, moet er ook goede samenwerking zijn met de tweede lijn, zoals de geheugenpoli.
- Positieve, meetbare resultaten: de uitvoerder van casemanagement levert meetbare uitkomsten van het hulpaanbod en werkt methodisch. Over de inzet van



de uitvoerder van casemanagement bestaat inzicht in uitkomstindicatoren om kwaliteit, cliënttevredenheid en kosten te duiden.

Vanuit perspectief huisarts:

De huisarts is medisch eindverantwoordelijk voor de thuiswonende persoon met dementie. De casemanagement professional voert de regie over de zorgvraag die bij de dementie komt kijken. Daarom zijn de volgende punten belangrijk:

- Heldere afspraken over bereikbaarheid van de uitvoerder van casemanagement voor de huisarts (telefoonnummer en tijden).
- Vaste uitvoerder van casemanagement als aanspreekpunt: niet met te veel verschillende uitvoerders van casemanagement te maken hebben als huisarts, ten behoeve van een heldere afstemming met de casemanagement professional en andere zorgaanbieders.
- Rolduidelijkheid bij uitvoerder van casemanagement: uitvoerders voeren hun rol hetzelfde uit, zodat duidelijk is voor de huisarts wat hij van casemanagement kan verwachten.