

## DNN over casemanagement dementie

Casemanagement dementie moet overal in Nederland van goede kwaliteit en geborgd zijn. Alle mensen met (een vermoeden van) dementie en hun mantelzorgers kunnen beschikken over een casemanager dementie zodra zij daar behoefte aan hebben. Zij krijgen daarmee toegang tot een samenhangend aanbod van gecoördineerde begeleiding, zorg en ondersteuning.

### Casemanagement dementie

- kan beginnen vanaf de niet plus fase.
- eindigt bij een warme overdracht naar een andere woonvorm of als iemand overlijdt.
- voor mantelzorgers is er nog nazorg beschikbaar als zij daar behoefte aan hebben.

### Casemanager dementie is een gespecialiseerde functie (en geen rol)

- die voldoet aan de expertiseprofielen en eisen van Dementieverpleegkundige (V&VN) of Social Work Zorg (BPSW) en de zorgstandaard dementie.
- uitgevoerd door een HBO-opgeleide verpleegkundige of sociaal werker én een geaccrediteerde post-HBO-opleiding casemanagement.
- met een aanstelling van minimaal 24 uur.

### Een casemanager dementie

- mag indiceren voor casemanagement dementie.
- is in staat onafhankelijk van een zorgorganisatie te werken.
- doet de intake, is regievoerder en eerste aanspreekpunt voor casemanagement dementie.
- verbindt mensen met dementie, hun omgeving, vrijwilligers en professionals uit medisch en sociaal domein.
- schaaft zorg en ondersteuning op en af passend bij de persoon met dementie en mantelzorger.

### Het netwerk dementie

- is verantwoordelijk voor de kwaliteit van het casemanagement in de regio.
- zorgt voor een duidelijke route – of centrale regie - voor aanmeldingen.
- zorgt voor inzicht in aantal casemanagers, aanmeldingen en wachtlijsten.

### De netwerkcoördinator

- ziet toe op de kwaliteit van de uitvoering van het casemanagement.
- stuurt casemanagers inhoudelijk en/ of functioneel aan.

### Financiering

- casemanagement dementie moet een eigen betaaltitel krijgen.
- er moet (keten-)financiering zijn voor taken die behoren tot casemanagement dementie, zoals voorlichting, preventie, betrekken omgeving en mantelzorger en contacten met sociaal domein.

## Inleiding

In de visie van het Dementie Netwerk Nederland DNN heeft de casemanager dementie de centrale en verbindende rol om de kwaliteit van welzijn, zorg en ondersteuning voor mensen met dementie en hun naasten te verbeteren. Om dit vorm te geven moet de samenwerking tussen alle betrokken partijen goed georganiseerd zijn. Het versterken van casemanagement dementie is daarom één van de speerpunten in de activiteiten van DNN. Dit gebeurt onder andere door met landelijke partijen in overleg te gaan om randvoorwaarden voor het casemanagement dementie te creëren en knelpunten bespreekbaar te maken. Ook wil DNN de netwerken dementie ondersteuning en handvatten kunnen bieden voor het optimaal vormgeven van casemanagement. In deze notitie beschrijft DNN de uitgangspunten en visie op de casemanager dementie en de inrichting van het casemanagement in de regio's. DNN is zich ervan bewust dat de praktijk hier niet in iedere regio aan voldoet en dat er goede redenen kunnen zijn om af te wijken. Toch wil DNN zich hard maken voor het werken volgens de geformuleerde visie en standpunten en er daarmee voor zorgen dat casemanagement overal in Nederland van vergelijkbaar niveau is en blijft.

Deze notitie is tot stand gekomen op basis van praktijkervaringen, in samenspraak met netwerkcoördinatoren uit het programmateam Zorgstandaard, het bestuur van DNN en nog een aantal meelezende netwerkcoördinatoren.

## Doel

DNN wil bereiken dat casemanagement dementie overal in Nederland van goede kwaliteit is en in alle regio's geborgd is zodat:

- Alle mensen met (een vermoeden van) dementie en hun mantelzorgers kunnen beschikken over een casemanager dementie zodra zij daar behoefte aan hebben.
- Alle mensen met (een vermoeden van) dementie en hun mantelzorgers toegang hebben tot een samenhangend aanbod van gecoördineerde begeleiding, zorg en ondersteuning.

## Uitgangspunten

De visie en standpunten over casemanagement baseert DNN op de volgende uitgangspunten. De uitgangspunten staan vast en worden niet alle apart beschreven in de uitwerking. Sommige punten staan wel apart benoemd om ze nogmaals te benadrukken en omdat in de praktijk blijkt dat deze regelmatig ter discussie staan of dat er soms zelfs niet aan wordt voldaan.

Casemanagement dementie kan beginnen vanaf de niet-pluifase en eindigt zodra er een warme overdracht is naar een andere woonvorm of als iemand overlijdt. Voor mantelzorgers is er nog nazorg beschikbaar als zij daar behoefte aan hebben.

Casemanager dementie<sup>1</sup> is een vak apart met specifieke kennis en vaardigheden:

- Het is een gespecialiseerde functie (en geen rol).

---

<sup>1</sup> Casemanagers dementie worden in de praktijk ook wel trajectbegeleider, dementieconsulent of persoonlijk begeleider genoemd.

- Voldoet aan de huidige specifieke expertiseprofielen en eisen van Dementieverpleegkundige<sup>2</sup> (V&VN) of Social Work Zorg<sup>3</sup> (BPSW).
- Voldoet aan de eisen uit de Zorgstandaard Dementie.

Casemanagement dementie:

- Voldoet aan de Zorgstandaard Dementie.

## Opleiding, competenties, aanstelling casemanager dementie

### De casemanager dementie heeft een HBO-opleiding verpleegkunde of sociaal werk

DNN vindt vooral de competenties, vaardigheden en expertise van de casemanager belangrijk. Zowel mensen met een verpleegkundige achtergrond als met een sociale opleiding kunnen voldoen aan de benodigde vereisten. De ervaring leert dat beide groepen zeer goed in staat zijn tot het bieden van passende begeleiding, zorg en ondersteuning. Om de functie van casemanager goed uit te kunnen voeren is een HBO-opleiding een vereiste, zoals ook in de expertiseprofielen is beschreven.

Basisopleidingen voor een casemanager dementie zijn bachelors in Maatschappelijk Werk & Dienstverlening, SPH, Social Work, Toegepaste Gerontologie, Toegepaste psychologie of HBO-V.

De krapte op de arbeidsmarkt is een extra motivatie om actief in te zetten op het werven van casemanagers dementie met zowel een verpleegkundige als een sociale opleiding.

### De casemanager dementie heeft een post-HBO opleiding casemanagement afgerond die is geaccrediteerd door V&VN of Registerplein

Er is in het land een aantal erkende post-HBO opleidingen casemanagement dementie. Na afronding kunnen casemanagers zich registreren in het kwaliteitsregister van de beroepsgroep. DNN onderschrijft het belang van het volgen van deze erkende post-HBO-opleiding, waarbij vooral aandacht is voor specifieke kennis en vaardigheden op het gebied van dementie.

DNN gaat in overleg gaan met V&VN en BPSW over de accreditatie van de post-HBO opleidingen. Er lijkt nu een groot verschil tussen de aangeboden opleidingen te bestaan. Er moet ook specifiek aandacht komen voor het verschil in kennis en ervaring van casemanagers met de achtergrond verpleegkunde en sociaal werk. Voor de één is extra aandacht voor de sociale vaardigheden van belang, voor de ander de meer verpleegkundige inzichten en het indiceren.

### Een casemanager dementie heeft een aanstelling van minimaal 24 uur

Casemanager is een vak apart, zoals ook hierboven is aangegeven. In de expertiseprofielen is daarom vastgesteld dat een casemanager minimaal 24 uur in deze functie moet werken. DNN staat achter dit standpunt. Dit minimaal aantal uren zorgt ervoor dat een casemanager

---

<sup>2</sup> V&VN, 2017

<sup>3</sup> Beroepsvereniging voor Professionals in Sociaal Werk (BPSW), 2018

voldoende uren in de praktijk werkt om ervaring en de expertise te houden in de functie. Het geeft de casemanager ook tijd om nieuwe ontwikkelingen bij te houden en draagt bij aan de continuïteit en bereikbaarheid.

### **Iedere casemanager dementie mag indiceren voor casemanagement dementie.**

DNN schaaft zich achter het standpunt dat iedere casemanager die de post-HBO opleiding heeft afgerond alle taken die behoren bij het casemanagement mag uitvoeren. Concreet: het indiceren voor ureninzet casemanagement dementie kan dan door alle casemanagers gebeuren. DNN zal zich hier bij de beroepsverenigingen en zorgverzekeraars hard voor maken. Vanzelfsprekend moet dit dan ook terugkomen in het curriculum van de post-HBO opleiding casemanagement dementie.

## **Uitvoering casemanagement**

### **Zodra iemand met dementie (bij voorkeur in de niet-pluifase) in beeld komt, wordt naar de casemanager dementie verwezen voor een eerste gesprek**

Om de begeleiding, ondersteuning en zorg voor mensen met dementie en hun mantelzorgers op maat te kunnen geven, is het van groot belang dat er vanaf het begin één persoon is met een coördinerende rol. Hoe eerder deze in beeld is, hoe efficiënter de juiste andere personen ingezet kunnen worden en er een basis van vertrouwen kan worden opgebouwd.

### **De casemanager dementie doet altijd de intake en blijft – samen met de persoon met dementie en naasten - de regievoerder over en eerste aanspreekpunt voor het casemanagement dementie**

Het is van belang dat de casemanager dementie het overzicht en de coördinatie heeft over het casemanagement. DNN wil hier benadrukken dat de casemanager dementie zeker niet alle uitvoerende werkzaamheden zelf uitvoert.

### **De casemanager dementie zorgt voor de verbinding tussen de mensen met dementie, hun directe omgeving, vrijwilligers en professionals uit het medische en sociale domein. De casemanager schaaft de zorg en ondersteuning op en af passend bij de persoon met dementie en mantelzorger**

DNN onderstreept hiermee dat de casemanager dementie samenwerkt met professionals en vrijwilligers uit de verschillende domeinen en met de mensen met dementie en hun naasten. Dit betekent dat deze professionals en vrijwilligers voldoende beschikbaar en toegankelijk moeten zijn. De casemanager dementie moet de mogelijkheid hebben om kennis en kunde over dementie vanuit het sociale en zorgdomein optimaal in te zetten. Het streven is om casemanagement in te schakelen op geleide van de individuele behoefte van de mens met dementie en mantelzorger(s) en dit kan variëren in de tijd.

### **Taken als voorlichting, preventie, verbinding leggen met partners, kennis van de sociale kaart en coaching van wijkteams behoren tot het casemanagement dementie**

Dit lijkt een open deur en behoeft geen verdere uitleg. DNN ziet echter in de praktijk dat de casemanager dementie onvoldoende gefaciliteerd wordt vanuit zorgaanbieders om voldoende tijd aan preventie, voorlichting en andere genoemde taken te kunnen besteden

naast het zorgen voor persoonsgerichte en integrale zorg. Dit leidt tot versnippering van de zorg en ondersteuning.

## Casemanagement in het netwerk

### **Een casemanager dementie moet onafhankelijk van een zorgorganisatie kunnen werken**

In de Zorgstandaard Dementie is opgenomen dat het casemanagement door een onafhankelijke persoon uitgevoerd wordt en dat die persoon los van de verschillende aanbieders in de regio moet kunnen werken. DNN vindt deze onafhankelijkheid van de casemanager van groot belang om te kunnen garanderen dat de zorg en ondersteuning beschikbaar is voor iedere cliënt ongeacht bij welke organisatie een casemanager in dienst is. Dit betekent dat de organisatie van het casemanagement in een onafhankelijk samenwerkingsverband plaatsvindt. Een cliënt moet eigen keuzes kunnen maken voor thuiszorg, activiteiten en dagbesteding.

### **Er is binnen een netwerk:**

- **een duidelijke route – of centrale regie - voor het aanmelden van mensen,**
- **inzicht in het aantal casemanagers en**
- **inzicht in het aantal meldingen en wachtlijsten**

DNN pleit hiervoor zodat de toegankelijkheid van benodigde zorg en ondersteuning voor alle mensen met dementie wordt gegarandeerd. De route kan vorm krijgen via één aanmeldpunt, samenwerking tussen meerdere aanmeldpunten of door koppeling van casemanagers aan huisartsenpraktijken.

### **Het netwerk is gezamenlijk verantwoordelijk voor de kwaliteit van het casemanagement in de regio. De netwerkcoördinator ziet toe op de kwaliteit van de uitvoering van het casemanagement**

DNN wil zich er hard voor maken dat de partijen binnen een netwerk met elkaar zorgen voor de organisatie en de randvoorwaarden van het casemanagement en zich met elkaar inzetten voor de kwaliteit van het casemanagement.

### **De netwerkcoördinator stuurt de casemanagers inhoudelijk en/of functioneel aan. Er kan sprake zijn van hiërarchische aansturing**

De netwerkcoördinator draagt er zorg voor dat casemanagers werken volgens de richting die de samenwerkende partijen met elkaar afspreken en de afspraken die het netwerk stelt aan de zorg en begeleiding. Zo kan een netwerkcoördinator de uitwisseling van kennis en ervaringen tussen casemanagers faciliteren, gezamenlijke overleggen organiseren, (na-)scholingsactiviteiten en intervisie opzetten. Regio's geven dit op hun eigen manier vorm. In sommige netwerken stuurt de netwerkcoördinator de casemanagers dementie aan.

## Financiering

### **Casemanagement moet betaald worden vanaf de niet-pluifase bij een persoon met dementie tot en met de nazorg voor de mantelzorger bij opname of overlijden**

Er moet voor mensen met dementie en hun naasten toegang tot casemanagement dementie zijn vanaf de niet-pluifase totdat er een warme overdracht naar een andere woonvorm plaatsvindt of iemand overlijdt. Voor mantelzorgers is er nog nazorg beschikbaar als zij daar behoefte aan hebben.

DNN vindt dan ook dat de financiering van het casemanagement geborgd moet zijn.

### **Casemanagement dementie moet een eigen betaaltitel krijgen**

Casemanagement dementie valt nu onder de aanspraak wijkverpleging. Dit past niet bij het uitgangspunt dat een casemanager zowel een verpleegkundige als een sociaal werk achtergrond kan hebben. De taken van een casemanager dementie zijn veel breder en specialistischer dan die van wijkverpleging en gaan over de domeinen heen. Het begeleiden van mantelzorgers, preventie en voorlichting, omgaan met complexe dynamiek in families, zorgen dat iemand mee kan blijven draaien in de maatschappij, omgaan met comorbiditeit, samenwerken op andere maatschappelijke vraagstukken zijn slechts enkele voorbeelden van deze bredere inzet. Daarnaast behoren er veel gespecialiseerde taken tot het casemanagement die nu niet goed gefinancierd kunnen worden. Het volgende standpunt is een uitwerking hiervan.

### **Er moet (keten-)financiering zijn voor taken die behoren tot casemanagement dementie. Zoals voorlichting, scholing & intervisie, preventie, betrekken omgeving en mantelzorger, contacten met sociaal domein**

Nu wordt het individuele casemanagement in het algemeen ingekocht bij individuele zorgaanbieders. De taken als intervisie, scholing, afstemming en coördinatie liggen bij de keten en worden vaak apart gefinancierd. Voor integrale levering van casemanagement dementie is het nodig dat de casemanager dementie kan doen wat nodig is in de regio. Alle burgers krijgen te maken met een omgeving waar dementie voorkomt. De casemanager dementie heeft de kennis en ervaring op dit onderwerp en is de aangewezen persoon om alles met elkaar te verbinden. Er is daarom financiering van taken nodig die niet op personen gedeclareerd kunnen worden. Ketenfinanciering of een vergelijkbare vorm bevordert deze integratie en samenhang in het casemanagement.