



Expertisegebied

dementieverpleegkundige

(voorheen casemanager dementie)

september 2017

v&vn



Colofon

Expertisegebied dementieverpleegkundige
in opdracht van V&VN-vakgroep Casemanagers Dementie

Auteurs:

- Robbert Huijsman
- Gerben Jansen
- Francis Bolle

Redactie:

- Jolanda Boon
- Lilian Frijters
- Annemarie Keij
- Jan Jaap Levinga
- Mariecke Mooi
- Rika Roffelsen

Eindredactie:

- Cuno van Merwijk

Foto's:

- Johan Lambregts en Shutterstock

September 2017

© V&VN

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

ISBN/EAN: 978-90-78995-49-4

Inhoudsopgave

1. Aanleiding voor actualisatie van het Expertisegebied	4
1.1 Toename van dementie vergt professioneel casemanagement	5
1.2 Transitie sinds 2015 vergt actualisatie van Expertisegebied	6
1.3 Werkwijze bij actualisatie	7
1.4 Leeswijzer	8
2. Context en legitimering van de dementieverpleegkundige	10
2.1 Het dementiesyndroom	11
2.2 Cliënten en hun hulpvraag	11
2.3 Casemanagement dementie volgens de Zorgstandaard (2013)	12
2.4 Twee vormen van casemanagement dementie, verschillend in kosteneffectiviteit	14
2.5 De dementieverpleegkundige	15
3. Doelstelling en visie op casemanagement bij dementie	16
3.1 Inhoudelijke visie op de dementieverpleegkundige	17
3.2 Specifieke kennis, vaardigheden en ervaring op het gebied van dementie(zorg)	18
3.3 Visie op zelfstandigheid en professionele verantwoordelijkheid	19
3.4 Visie op de organisatie van het dementienetwerk	20
4. De competenties van de dementieverpleegkundige	22
4.1 De (kern)rol van zorgverlener	24
4.2 De rol van communicator	28
4.3 De rol van samenwerkingspartner	29
4.4 De rol van reflectieve EBP-professional	31
4.5 De rol van gezondheidsbevorderaar	33
4.6 De rol van organisator	35
4.7 De rol van professional en kwaliteitsbevorderaar	37
5. Nawoord	39
Bijlage	42
Referenties	44

1



Aanleiding voor actualisatie
van het Expertisegebied

1.1 Toename van dementie vergt professioneel casemanagement

In Nederland zijn nu ruim 270.000 mensen met dementie; dit aantal zal als gevolg van de vergrijzing stijgen naar meer dan een half miljoen in 2040.¹ Dementie is dan naar de verwachting van het RIVM de belangrijkste doodsoorzaak in Nederland.² Het aantal sterfgevallen door dementie zal toenemen van 14.000 in 2015 tot bijna 40.000 in 2040. Ruim 70 procent van de mensen met dementie woont thuis en wordt verzorgd door hun naaste familie en/of omgeving, de zogenaamde 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 casemanager dementie verscheen in Nederland rond het jaar 2000. Aanjager bij de daarop volgende landelijke verspreiding waren het Landelijk Dementie Programma (2005-2008), de Leidraad Ketenzorg Dementie (2009), de Zorgstandaard Dementie (2013), het Actieplan casemanagement dementie (2016-2017) en het praktijkverbeterprogramma Dementiezorg voor Elkaar (2017-2020). Casemanagement dementie wordt op veel verschillende manieren uitgevoerd door verschillende zorgmedewerkers met diverse vooropleidingen. Om het werk van casemanagers dementie uit te werken en te professionaliseren, stelde de V&VN-vakgroep Casemanagers Dementie in 2012 het Expertisegebied casemanagers dementie op.³ Dit Expertisegebied is bedoeld als aanvulling op het Beroepsprofiel verpleegkundige, zoals geformuleerd in het project V&V 2020. Een expertisegebied is een competentieprofiel, uitgewerkt in zeven CanMEDS-rollen (zie hoofdstuk 4, de kern van dit Expertisegebied). In de Zorgstandaard Dementie van 2013⁴ en de eerste versie van het Expertisegebied (2012) wordt gesproken over 'casemanager dementie', maar er bestaan ook andere benamingen, zoals dementieconsulent, (zorg)trajectbegeleider, ouderenverpleegkundige. Na de zorgtransitie in 2015 is er voorts onderscheid ontstaan tussen generalistisch en specialistisch casemanagement, in allerlei vormen en combinaties.⁵

Er is behoefte aan vernieuwing van casemanagement dementie, ook door vele maatschappelijke ontwikkelingen. 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 om er voor te zorgen dat de juiste zorg van de juiste persoon op het juiste moment en op de juiste manier wordt gegeven, onderling afgestemd en geïntegreerd. Dit alles vergt bij voorkeur één persoon: de dementieverpleegkundige. Tot slot is plaatsing binnen de Zorgverzekeringswet, als onderdeel van Verpleging & Verzorging, een andere reden voor vernieuwing van het Expertisegebied om zo te komen tot meer eenduidigheid en betere profilering.

1.2 Transitie naar Zorgverzekeringswet vergt actualisatie van Expertisegebied

Inmiddels hebben zich in de gezondheidszorg vele veranderingen voltrokken. Voor de dementiezorg is met name relevant de afschaffing van de regionaal uitgevoerde en gefinancierde AWBZ in 2015 en de daarmee ingezette overgang van verpleging en verzorging naar de Zorgverzekeringswet. Dáár geldt geregleerde marktwerking tussen zowel de zorgverzekeraars als de zorgorganisaties onderling en worden de beschikbare middelen gestuurd via contractering tussen een afzonderlijke zorgaanbieder en een afzonderlijke verzekeraar. Dit heeft veel impact gehad op de regionale dementienetwerken en het casemanagement bij individuele zorgaanbieders. De klassieke 'dedicated' casemanager dementie ziet nu allerlei andere professionals in de eerste lijn en thuiszorg om zich heen die ook (onderdelen van) casemanagement dementie als rol inzetten in hun werk voor mensen met dementie.⁵ Hierdoor zijn varianten in het casemanagement ontstaan waarin de casemanager niet meer de exclusieve hoofdrol heeft zoals oorspronkelijk beoogd en beschreven in de Zorgstandaard Dementie. Dat heeft geleid tot verwarring bij cliënten, mantelzorgers en verwijzers zoals huisartsen en tot hernieuwde discussie over de opleidings- en competentie-eisen. Momenteel is er geen eenduidige organisatie van het casemanagement dementie, noch op landelijk niveau noch binnen de afzonderlijke dementienetwerken in de regio's. Dit vormt een risico voor uniforme kwaliteit en continuïteit van zorg voor mensen met dementie. Het is daarom van groot belang dat er een geactualiseerd competentie-profiel is waarin actuele rollen, kennis en vaardigheden voor het complexe casemanagement dementie zijn beschreven. Ook de Zorgstandaard Dementie uit 2013 wordt geactualiseerd en geïmplementeerd, onder andere via Dementiezorg voor Elkaar.⁶

De 'patient journey' over de domeinen heen is leidend voor de dementieverpleegkundige, steeds gezien vanuit het patiëntperspectief (veranderende -behoeften in het cliëntsysteem) en minder vanuit (veranderingen in en tussen) financieringssystemen.

Het patiëntperspectief op de ziekte dementie en steeds vaker bijkomende co-morbiditeit leiden tot voortdurende verdieping van de inhoud van casemanagement dementie. Dat heeft geleid tot het plaatsen van casemanagement onder de verpleging en het borgen van het recht op casemanagement in de basisverzekering.⁷ Het casemanagement wordt sinds 2015 betaald vanuit de aanspraak Verpleging en Verzorging in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Verpleegkundigen zien in hun moderne beroepsopvatting het verplegen als een geheel van: vaststellen van de behoefte aan verpleegkundige zorg door middel van klinisch redeneren; preventie en versterken van zelfmanagement van mensen in hun sociale context, waar mogelijk; therapeutische interventies en persoonlijke verzorging; informatievoorziening, educatie, advies en voorspraak; lichamelijke, emotionele en geestelijke ondersteuning.⁸ De verpleegkundige houdt zich dus niet alleen bezig met curatieve zorg, maar heeft juist een verbindende rol tussen de sectoren wonen, zorg en welzijn.

De oorspronkelijke versie van het Expertisegebied uit 2012 was een addendum van het Beroepsprofiel verpleegkundige. Dat geldt ook deze nieuwe versie, waarbij zelfs nog nadrukkelijker aanvullende complementariteit is doorgevoerd. Er wordt rekening gehouden met het feit dat dat het Beroepsprofiel verpleegkundige zelf ook is doorontwikkeld en nu elementen als positieve gezondheid, holistische visie, cliënt- en systeembegeleiding bevat. De volgende hoekstenen van het casemanagement dementie zijn essentieel: vast aanspreekpunt voor de cliënt en diens cliëntsysteem, vanaf de start van het diagnostisch traject en gedurende het hele ziekteverloop thuis, over alle domeinen heen en met een sterke coördinerende en integrerende taak, naast de eigen professionele interventies in het cliëntsysteem. Dit alles afwegende is gekozen voor de term 'dementieverpleegkundige'.

Dat betekent dat waar in het oorspronkelijke Expertisegebied stond dat de casemanager dementie bij voorkeur verpleegkundige is, nu voortaan geldt dat de dementieverpleegkundige een hbo-verpleegkundige is, die bovendien een aanvullende opleiding casemanagement dementie gevolgd moet hebben. V&VN, de beroepsvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden, heeft een erkende vakgroep voor deze specialisatie in casemanagement dementie. Deze versterkte verpleegkundige insteek heeft consequenties voor de huidige casemanagers dementie met een andere opleidingsachtergrond (veelal maatschappelijk werk) of met een ander opleidingsniveau (zoals mbo, niveau 4). Daarom dient er een zorgvuldig overgangs-regime te komen, waarvoor V&VN samen met andere relevante partijen op korte termijn een gezamenlijk plan van aanpak wil opstellen.

Ook is een nationale communicatiecampagne nodig, in samenwerking met onder andere Alzheimer Nederland.

1.3 Werkwijze

De V&VN-vakgroep Casemanagers Dementie is als deelnemende partij binnen het nationaal Actieplan casemanagement dementie, de uitdaging aangegaan om het Expertisegebied te actualiseren. Samen met de projectleider van het actieplan zijn de volgende stappen doorlopen (zie bijlage voor nadere toelichting):

- Er zijn drie panelbijeenkomsten georganiseerd met ervaren professionals in het casemanagement dementie (met diverse achtergronden). Zij hadden de opdracht om de elementen van de CanMEDS-rollen te actualiseren, te prioriteren en aan te scherpen aanvullend op het hbo-beroepsprofiel van de verpleegkundige.
- Er zijn twee focusgroepen geweest met vertegenwoordigers van de opleidingsinstituten voor casemanagement dementie en zij hebben nog gezamenlijk schriftelijke input gegeven voor de CanMEDS-rollen in hoofdstuk 4.
- Ketenregisseurs hebben een dagdeel meegelopen met hun meest ervaren casemanagers dementie. Op grond daarvan hebben zij de onderscheidende competenties uitgeschreven in een zelf geformuleerde profielschets. Citaten hieruit worden in hoofdstuk 4 gebruikt om kleuring van de rollen te geven vanuit de praktijk, maar zijn geenszins bedoeld als blijk van algehele onderschrijving van dit V&VN-document.

* Betrokken partijen: Alzheimer Nederland, ActiZ, BTN, Deltaplan Dementie, Dementie Netwerk Nederland, NZa, VNG, V&VN, VWS, ZIN en ZN (<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/11/04/actieplan-casemanagement-dementie>).

- De consultatieversie is voorgelegd aan een panel met alleen maatschappelijk werkers die het casemanagement dementie doen.
- De consultatieversie is voorgelegd aan een meeleesgroep (zie bijlage).
- De verschillende tussenversies zijn besproken met het vakgroepsbestuur, dat steeds als eindverantwoordelijke voor dit Expertisegebied de eventuele knopen heeft doorgehakt.

Het vernieuwde Expertisegebied dementieverpleegkundige (voorheen casemanagers dementie) is 6 september 2017 vastgesteld door het bestuur van de V&VN-vakgroep Casemanagers Dementie.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 focust op de context en legitimering van de dementieverpleegkundige en het casemanagement dementie. Dit hoofdstuk begint met het ziektebeeld dementie, de cliënten en hun hulpvraag. Vervolgens wordt de verbinding gelegd met casemanagement dementie. Waar komt dit begrip vandaan, wat is de link met dementiezorg en wat is de (meer)waarde van de dementieverpleegkundige?

In hoofdstuk 3 staat de inhoudelijke visie op de dementieverpleegkundige centraal. Wat is het doel, wat kenmerkt het werk inhoudelijk en welke verantwoordelijkheden heeft een dementieverpleegkundige? Aansluitend volgt een visie op de organisatie van het dementienetwerk.

Hoofdstuk 4 beschrijft de rollen en competenties van een dementieverpleegkundige. De competenties zijn allereerst gefundeerd in hbo-niveau van verpleegkundigen. Het Beroepsprofiel verpleegkundige⁹ wordt daarom gebruikt als vertrekpunt. In aanvulling daarop worden de dementie-specifieke competenties (kennis, vaardigheden en attitude) van de dementieverpleegkundige beschreven.

Hoofdstuk 5 (Nawoord) eindigt met de wens dat dit geactualiseerde Expertisegebied dementieverpleegkundige een inspiratiebron zal zijn voor verdere professionalisering van het casemanagement dementie en de regionale dementiezorg, een krachtig handvat voor alle betrokken partijen om gezamenlijk op te trekken en te investeren in de kwaliteit van zorg en leven voor mensen met dementie en hun naasten. Er zijn veel vervolgstappen nodig, waarvoor samenwerking en bundeling van krachten vanuit een gezamenlijk visie essentieel is.

2



Context en legitimering van
de dementieverpleegkundige

2.1 Het dementiesyndroom

De dementieverpleegkundige richt zich op mensen met een diagnose dementie of het vermoeden van dementie (pluis/niet pluis-fase). Dementie betekent letterlijk: zijn geest verliezen (mens = geest in het Latijn). Het onvermogen de eigen gedachten te sturen en niet meer te kunnen putten uit het reservoir van herinneringen uit het voorbije leven is één van de ingrijpendste bedreigingen die een mens kan overkomen.¹⁰ Men spreekt van dementie als wordt voldaan aan de criteria van de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders). Kort samengevat houden die in dat naast een geheugenstoornis ook een andere stoornis in de cognitieve functies moet bestaan, beide zo ernstig dat daardoor het functioneren bemoeilijkt wordt. Dementie is een verzamelnaam voor ruim vijftig ziektes. De meest voorkomende vorm is de ziekte van Alzheimer. Daarnaast komen vasculaire dementie, frontotemporale dementie (FTD) en Lewy body dementie veel voor.¹¹

Mensen bij wie dementie zich voor het 65e jaar openbaart, vormen een speciale groep (circa 12.000 mensen in Nederland). Voor hen is in 2013 een Kenniscentrum Dementie op jonge leeftijd opgericht en een landelijke Zorgstandaard Jong Dementerenden (2015) uitgebracht, in vervolg op het Zorgprogramma Jong Dementerenden (2004) en in aanvulling op de algemene Zorgstandaard Dementie (2013). De specifieke problemen (bijvoorbeeld op het werk of in andere maatschappelijke rollen), behoeften en wensen van deze doelgroep vragen om specifieke begeleiding. Dit geldt eveneens voor mensen die zich in de 'niet pluis-fase' bevinden; zij worden toegeleid naar diagnostiek.

De persoon met dementie kan steeds moeilijker beslissingen nemen en raakt de regie over het eigen leven langzaam kwijt. Hierdoor is het ideaalbeeld van zelfredzaamheid en de patiënt als partner en coproductant van zijn eigen zorg niet goed houdbaar bij ouderen met vorderende dementie.¹² Lage of afnemende gezondheidsvaardigheden belemmeren mensen om de actieve patiëntenrol op zich te nemen. Er is bovendien een verhoogd risico op multimorbiditeit; maar ook dan blijft dementie dominant voor het medische beleid, aldus de Zorgstandaard Dementie (2013). Die leidt tot een als minder goed ervaren gezondheid en kwaliteit van leven, meer lichamelijke beperkingen, meer complicaties van behandelingen en verhoogd sterfterisico. Multimorbiditeit resulteert ook in meer gebruik van (verschillende) zorg- en welzijnsvoorzieningen, bijvoorbeeld bezoeken aan de huisarts, geneesmiddelengebruik, thuiszorg, dagbesteding, maaltijdvoorziening en ziekenhuisopnames.¹³

2.2 Cliënten en hun hulpvraag

De benodigde zorg loopt qua aard en intensiteit bij dementie niet per se parallel aan de verschillende stadia of fasen van het dementieproces. Zo kan de complexiteit van de hulpvraag in de startfase (pluis/niet-pluis) en het daaropvolgende diagnostisch traject groot zijn, zowel voor de cliënt zelf, als diens mantelzorgers en sociale omgeving. Zij moeten leren omgaan met de persoon met dementie en ook zelf komen tot inzicht in en acceptatie van de ziekte van hun dierbare (coping). Gedurende het soms grillige ziektebeloop kunnen

zich op onverwachte momenten crises voordoen, als bijvoorbeeld een partner zelf ziek wordt of overlijdt, of als een andere centrale mantelzorger uitvalt, of als de persoon met dementie een andere ziekte, incident of valpartij met navolgend ziekenhuisverblijf doormaakt. Het is ook mogelijk dat de zorgintensiteit thuis aanzienlijk oploopt, bijvoorbeeld bij ondersteuning en begeleiding naar opname in een woonzorgcentrum of verpleeghuis. Goede afstemming met alle disciplines is essentieel in zulke situaties. Daarnaast kunnen er verschillende behoeften, belangen en opvattingen zijn bij de persoon met dementie en het cliëntsysteem (waaronder de mantelzorger).

Partners van personen met dementie zijn over het algemeen op leeftijd en hebben relatief meer gezondheidsproblemen. Zorgen voor iemand met dementie betekent vaak een verandering van rol en is loodzwaar. Mantelzorgers die samenwonen met en zorgen voor een persoon met dementie voelen zich vaak tamelijk belast tot overbelast (59 procent). Ruim één op de zes mantelzorgers voelt zich zelfs overbelast of zwaar belast. In 2011 en 2013 was dit nog maar één op de tien.¹⁴ Niet zelden is structurele overbelasting van de mantelzorg aanleiding om de mens met dementie te laten opnemen in een verpleeghuis. In de afgelopen 15 jaar zijn er in heel Nederland initiatieven ontstaan om thuiswonende personen met dementie en hun mantelzorger beter te begeleiden en daarvoor specifieke zorg en ondersteuning te ontwikkelen. Nationale verspreiding en borging in elke regio is echter een langdurig proces.

2.3 Casemanagement dementie volgens de Zorgstandaard (2013)

Het begrip casemanagement ontstond vijftig jaar geleden in de Verenigde Staten. Psychiatrische ziekenhuizen sloten hun deuren en chronisch psychiatrische patiënten gingen steeds vaker thuis wonen. Deze patiënten hadden behoefte aan langdurige begeleiding, waarbij hun hulpvraag en het aanbod bij elkaar werden gebracht. In eerste instantie was de casemanager vooral een makelaar van zorg, later vooral een hulpverlener. Daarom wordt vaak de term 'clinical casemanagement' gehanteerd, een combinatie van trajectbegeleiding, coördinatie, directe zorgverlening en het eigen interventie-arsenaal voor zowel cliënt als sociaal systeem. Het begrip casemanagement komt inmiddels in veel velden van de zorg- en dienstverlening voor. In de jeugdzorg wordt dat bijvoorbeeld treffend aangegeven met het motto 'één gezin, één plan'. Overeenkomsten zijn het gebruik van een specifieke methodiek én het langdurige karakter van de hulpverlening én een vast aanspreekpunt.

De Zorgstandaard Dementie (2013) heeft casemanagement als volgt gedefinieerd:

"Het systematisch aanbieden van gecoördineerde behandeling, zorg en ondersteuning door een vaste professional, die deel uitmaakt van een lokaal samenwerkingsverband gericht op thuiswonende mensen met dementie en hun naasten, gedurende het hele traject van niet pluis of de diagnose tot aan opname (in een woonvorm voor mensen met dementie) of overlijden." Vanuit het Actieplan casemanagement dementie is eind 2016 de start van casemanagement aangescherpt: vanaf de start van het (medisch en/of zorg-) diagnostisch traject, zo snel mogelijk als de cliënt wil, zonder onnodige wachttijden of wachtlijsten.

Het doel van casemanagement is: het optimaliseren van het welbevinden en de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun naasten, het signaleren en adequaat handelen bij co-morbiditeit, stemmings- en gedragsproblemen, minimaliseren van emotionele problemen en overbelasting van het cliëntsysteem (spanning, angst, depressie), zodat ook uitstel van opnames of verplaatsingen naar andere woonvormen mogelijk wordt.

Op verschillende plaatsen in de tekst geeft de Zorgstandaard Dementie nadere invulling aan het casemanagement dementie. Zo wordt duidelijk gemaakt dat tijdens het dementieproces de zorgbehoeften veranderen en complexer worden, en dat daarom een vertrouwd en vast aanspreekpunt voor mensen met dementie en hun cliëntsysteem nodig is. Een eventueel onderscheid tussen generalistisch en specialistisch casemanagement heeft geen basis in de Zorgstandaard. Integendeel, centraal staat continuïteit in zorg én persoon.

Gezien het belang van voorkomen van verwaarlozing en overbelasting van mantelzorgers worden ook mensen die zorg afweren gestimuleerd om van casemanagement gebruik te maken. Uit het oogpunt van doelmatigheid en toekomstbestendigheid moet stapeling van interventies voorkomen worden en is alertheid geboden in een complex afstemmingstraject. De verschillende vormen van casemanagement worden daarom geïntegreerd aangeboden, met één dementieverpleegkundige als vast aanspreekpunt. Die legt ook de verbinding met de medische aspecten van de ziekte, waarvoor het integrale medische beleid wordt neergelegd bij één medische discipline.

Bij dementie is sprake van verminderde sturing op drie niveaus: van de persoon met dementie zelf, van het cliëntsysteem en van het professionele en informele zorgsysteem rondom het cliëntsysteem. De Zorgstandaard Dementie (2013) stelt dat twaalf zorgdimensies in ogenschouw moeten worden genomen; zeven zijn cliënt-gerelateerd, twee zorgverlenergerelateerd en drie gaan over de situatie of het cliëntsysteem (zie tabel). Overigens zegt dit niets over een eventueel classificatiesysteem waarin deze zorgdimensies zijn uitgewerkt.

Zorgdimensies bij zorgdiagnostiek door casemanagement (Zorgstandaard Dementie, 2013)

Cliëntgerelateerd:	Zorgverlenergerelateerd:	Situatie/systeemgerelateerd:
• <i>aard en ernst dementie</i> • <i>gedrag en beleving</i> • <i>persoon en coping-stijl</i> • <i>wensen, preferenties en aversies</i> • <i>lichamelijke gezondheid</i> • <i>zelfredzaamheid</i> • <i>dagstructuur en bezigheden</i>	• <i>mantelzorg</i> • <i>professionele zorgverlening</i>	• <i>familie en sociaal netwerk</i> • <i>woonomstandigheden</i> • <i>veiligheid, administratie en juridische zaken</i>

In principe wordt aan elk cliëntsysteem casemanagement dementie aangeboden, vanaf de start van het diagnostisch traject. De dementieverpleegkundige is de vaste persoon en heeft als taak de regie op de genoemde drie niveaus c.q. twaalf zorgdimensies te bewaken, de inzet van de verschillende (in)formele zorg-

en hulpverleners te coördineren, af te stemmen met de medisch eindverantwoordelijke en eventueel zelf hulp te bieden. Zo lang mogelijk wordt het regelvermogen – zo nodig met ondersteuning – bij de persoon zelf en diens cliëntsysteem gelegd, waarbij de dementieverpleegkundige steeds het evenwicht tussen draagkracht en draaglast van het cliëntsysteem bewaakt, tevens anticiperend op de ontwikkelingen. Daarmee is ook het uitvallen van mantelzorgers sneller te signaleren en vaak te voorkomen.

Ten slotte benadrukt de Zorgstandaard Dementie (2013) dat casemanagement geen losstaande functie is, maar een vast en leidend onderdeel van de regionale dementieketen. Er dienen afspraken tussen ketenpartners te zijn over de inbedding van het casemanagement in de keten. Het casemanagement is bestuurlijk geregeld door middel van een overeenkomst en voldoet aan de eisen die aan casemanagement gesteld worden, conform de Zorgstandaard. Daarbij moeten ook waarborgen zijn ingebouwd om casemanagement onafhankelijk te kunnen uitvoeren van het bestaande zorgaanbod en de eventuele organisatiebelangen van de werkgever waar de dementieverpleegkundige in dienst is. Een enkele regio heeft daarom besloten deze professionals onder te brengen in een afzonderlijke organisatie voor casemanagement (zoals Geriant en Zeeuwse Zorgschakels).

2.4 Twee vormen van casemanagement dementie, verschillend in kosteneffectiviteit

Na het verschijnen van de Zorgstandaard Dementie startten VUmc en AMC de COMPAS-studie (Collaborative dementia care for patients and caregivers study) om nadere onderbouwing van casemanagement dementie te verkrijgen en de effecten daarvan te bestuderen. Daaruit zijn twee organisatievormen gedestilleerd die in Nederland het meest voorkomen:

- Het netwerkmodel, waarin samenwerkende (thuiszorg)organisaties een wachtlijst en expertise delen. Casemanagers dementie zijn in dienst van de afzonderlijke (thuis)zorgorganisaties, en kunnen advies vragen aan externe experts, zoals een specialist ouderengeneeskunde, geriater en neuroloog.
- Het geïntegreerde model, waarbij casemanagers, onafhankelijk gepositioneerd, in dienst zijn bij één gespecialiseerde organisatie en nauw samenwerken met een expertteam.

De onafhankelijkheid van de organisatie in het geïntegreerde-zorgmodel maakt het voor casemanagers mogelijk om de zorg zo goed mogelijk aan te passen aan de behoefte van de persoon met dementie, in plaats van aan het belang van de zorgaanbieder.¹⁶ In het netwerkmodel daarentegen, kan onderlinge concurrentie tussen zorgaanbieders een belemmering vormen voor succesvolle implementatie van het casemanagement dementie, voor het onafhankelijk van organisatiebelangen opereren en het werken in multidisciplinaire teams met leden van verschillende zorgorganisaties.¹⁷

Uit de COMPAS-studie blijkt dat langdurige begeleiding van thuiswonende personen met dementie kostenbesparend is. In het netwerkmodel nemen de gemiddelde kosten van zorg af met 22 procent, vergeleken met de controlegroep. Bij begeleiding door een gespecialiseerde organisatie is de besparing nog groter, namelijk 33 procent. Bovendien bleef de kwaliteit van leven van personen met dementie en hun naasten stabiel bij begeleiding vanuit een gespecialiseerde organisatie dan bij een netwerkorganisatie. De hoofdconclusie uit COMPAS is dan ook dat het geïntegreerde-zorgmodel kosteneffectief is ten opzichte van het netwerkmodel en zorg zonder casemanagement. Het geïntegreerde-zorgmodel is makkelijker te implementeren en te continueren dan het netwerkmodel.¹⁸

2.5 De dementieverpleegkundige

De dementieverpleegkundige biedt cliënten en hun cliëntsysteem ondersteuning, begeleiding en behandeling zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Hierbij staat de hulpvraag van de cliënt en mantelzorger centraal. Daarnaast is de dementieverpleegkundige coördinator van welzijn, behandeling en zorg. Hij of zij is langdurig beschikbaar en deskundig op het gebied van dementie, de gevolgen ervan en de mogelijkheden voor begeleiding, behandeling en zorg. In vrijwel alle regio's is het casemanagement dementie ingebed in een regionale samenwerkingsvorm, dementieketen of dementienetwerk genoemd. Het casemanagement dementie wordt grotendeels vervuld door verpleegkundigen¹⁹ (circa 85 procent medio 2017, volgens een peiling onder ketenregisseurs in het kader van het Actieplan casemanagement dementie). Ook anders opgeleiden, zoals maatschappelijk werkers, vervullen nu nog de functie casemanager dementie. In dit vernieuwde Expertisegebied dementieverpleegkundige streven we na dat alle professionals in het casemanagement dementie zijn opgeleid als hbo-verpleegkundige en een aanvullende opleiding casemanagement dementie hebben gevolgd. Er zijn weliswaar grote fricties op de arbeidsmarkt die óók aandacht behoeven, maar hier is van belang dat de inhoud en kwaliteit van casemanagement dementie zo goed mogelijk wordt gedefinieerd, los van dergelijke fricties. Voor collegae professionals uit andere beroepsgroepen of opleidingsniveaus die (nog) niet voldoen aan de opleidingscriteria, willen we samen met andere partijen, zoals opleidingsinstituten, verzekeraars, overheidsorganisaties en brancheorganisaties van zorgaanbieders op korte termijn een zorgvuldig overgangsregime opstellen.

3



Doelstelling en visie op
casemanagement bij dementie

De dementieverpleegkundige heeft specifieke kennis van casemanagement dementie en handelt vanuit dit begrip methodisch, systematisch en evidence based, volgens een cyclisch proces in een multidisciplinaire setting. De dementieverpleegkundige maakt hierbij gebruik van de specifieke kennis die zij of hij heeft verkregen door een aanvullende post-hbo-opleiding Casemanagement dementie, gebaseerd op de in dit Expertisegebied beschreven CanMEDS-rollen. Zij of hij kent en herkent hierdoor de verschillende fasen die zeer divers, complex en soms grillig kunnen verlopen, en de voortgang en prognose daarvan.²⁰

3.1 Inhoudelijke visie op de dementieverpleegkundige

De dementieverpleegkundige is door specifieke kennis en vaardigheden in staat om de persoon met dementie en diens mantelzorger en omringende sociaal systeem te informeren, ondersteunen en adviseren, in zijn/haar eigen vorm van dementie en bijbehorende problematiek gedurende het hele proces. Te denken valt aan: onbegrepen gedrag, psychiatrische ziektekenmerken, persoonlijkheidsproblematiek of het ontbreken van kennis van de ziekte en ziekte-inzicht. Hierbij kan bijvoorbeeld gebruik gemaakt worden van systeem-interventies, motiverende gespreksvoering en psycho-educatie, d.w.z. het informeren over de ziekte (oorzaken, verschijnselen, ziekteverloop), de psychosociale consequenties van de ziekte en het daardoor optredende functieverlies en hoe daarmee om te gaan. Dat alles geldt voor cliënt én cliëntsysteem (o.a. mantelzorger).

De dementieverpleegkundige is daarnaast in staat screeningsinstrumenten in te zetten om de mate van manteloverbelasting te bepalen en hierop te interveniëren. De dementieverpleegkundige heeft in het bijzonder kennis over de werking van het geheugen en de hersenen, de verschillende vormen van dementie, en kennis van de mogelijkheden en onmogelijkheden van behandeling. Daarnaast heeft de dementieverpleegkundige een grote rol in het diagnostisch proces, met name in de niet pluis-fase voorafgaand aan en tijdens het diagnostisch proces, is in staat de juiste screeningsinstrumenten in te zetten en kan de scores interpreteren.

De dementieverpleegkundige heeft tijdens de begeleiding van de cliënt en zijn systeem te maken met allerlei wetten en regels (WGBO, BOPZ, wet BIG, mentorschap, bewindvoering, opnameregels en de opname procedures) en kan hierin handelen en adviseren vanuit de specifieke kennis over dementie. Daarbij adviseert en begeleidt hij of zij bij financiële vraagstukken die specifiek te maken hebben met dementie, ten behoeve van de mensen met dementie en hun systeem (mantelzorgers, directe omgeving en cetera). Bijvoorbeeld het kunnen maken van een praktische kosten-batenafweging bij het bepalen van doelmatige en efficiënte zorginzet, om zo dure zorg vanuit Wlz, Wmo en Zvw te beperken.

3.2 Specifieke kennis, vaardigheden en ervaring op het gebied van dementie(zorg)

De dementieverpleegkundige heeft zowel generalistische competenties (al grotendeels vervat in het Beroepsprofiel verpleegkundige) als specialistische competenties op het terrein van dementie. Zo'n professional wordt ook wel T-shaped professional genoemd, met de T als metafoor voor de breedte in de vaardigheden (de bovenligger van de T) én de diepte van de vaardigheden op een bepaald terrein (de staander van de T). Hierdoor kan de professional, over de grenzen van het eigen vak heen, integraal kijken naar de cliëntsituatie en alle mogelijke oplossingen over verschillende domeinen en stelsels heen om zo te komen tot een integrale diagnose en een integraal zorg(leef)- en behandelplan. De complexe dementiezorg vraagt om zo'n eigentijdse professional.

Heldere competentie-eisen

Dementieverpleegkundige is een specialisatie binnen het beroep van verpleegkundige in de maatschappelijke gezondheidszorg, met daarbij behorende competentie-eisen. Deze eisen geven richting aan de vakuitoefening, zijn daardoor controleerbaar en geven ook ruimte aan verdere professionalisering en doorontwikkeling van de opleidingen casemanagement dementie.

Verpleegkundige vooropleiding

De dementieverpleegkundige is een hbo-opgeleide verpleegkundige. Momenteel wordt het casemanagement dementie deels ingevuld door andere, veelal psychosociaal opgeleide professionals zoals maatschappelijk werkers.

Opleiding dementieverpleegkundige

De dementieverpleegkundige heeft een (toekomstig erkende) specifieke opleiding casemanagement dementie gevolgd en bovendien een paar jaar praktijkervaring opgedaan.

Dienstverband en caseload

De dementieverpleegkundige werkt in een dienstverband van minimaal 24 uur, ongeacht de omvang van de totale aanstelling. Dit biedt garantie voor continuïteit en bereikbaarheid en is essentieel voor voortdurende professionalisering en verdieping van de competenties.

Een professionele uitvoering van alle rollen (ook buiten het directe cliëntcontact) vergt tevens een maximum aan de caseload per 1 fte. De Zorgstandaard Dementie (2013) stelt daarbij 50 à 55 cliëntsysteem voor; de huidige praktijk ligt rond 65 cliëntsysteem per fulltime dementieverpleegkundige.

3.3 Visie op zelfstandigheid en professionele verantwoordelijkheid

Focus op wens cliënt én mantelzorger in de thuissituatie

De dementieverpleegkundige gaat uit van de wensen en behoeften van de cliënt en diens mantelzorger. Daarbij wordt gestreefd naar (behoud van) zo veel mogelijk zelfmanagement, autonomie en gezamenlijke besluitvorming (zie hieronder). De dementieverpleegkundige moet werken volgens de Zorgstandaard Dementie, over de verschillende domeinen heen. Zij of hij kan een zorg- en hulpvraaganalyse over de verschillende leefdomeinen maken en biedt hulp aan de cliënt thuis, mantelzorger, familie en andere betrokkenen.

Stepped care-principe

De dementieverpleegkundige werkt volgens het principe van 'stepped care': op- en afschalen van de inzet van ondersteuning, welzijn en zorg voor de cliënt en diens cliëntsysteem, al naar gelang op dat moment adequaat. Na een goede zorganalyse, wordt eerst de eenvoudigste interventie ingezet. Werkt deze niet, dan volgt een zwaardere interventie. De dementieverpleegkundige neemt alleen over wat écht noodzakelijk is en zet aan tot zelfmanagement. De hulpvraag kan tijdens de ziekte regelmatig veranderen. Soms is er behoefte aan inzet van hoog-complexe zorg, soms ontstaat een relatief rustige fase waarin de dementieverpleegkundige vooral volgt, met een beperkte inzet.

Gezamenlijke besluitvorming ('shared decision making')

Dementieverpleegkundigen begeleiden personen met dementie en hun mantelzorgers 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.

De Hogeschool Windesheim²¹ heeft onderzocht welke competenties nodig zijn om gezamenlijke besluitvorming over zorg en welzijn te kunnen ondersteunen bij mensen met 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

Advance care planning

Advance care planning ('anticiperend beleid') is een proces waarbij de persoon met dementie samen met zijn dementieverpleegkundige en behandelend arts al in een vroeg stadium zijn wensen, doelen en voorkeuren voor zorg rond het levenseinde bespreekt en eventueel vastlegt, vooruitlopend op het moment dat de cliënt zelf niet meer in staat is om beslissingen te nemen. Het samen plannen van zorg in de laatste levensfase is een onderdeel van advance care planning: het gezamenlijk vaststellen van de zorgdoelen en de zorg die de cliënt in de laatste jaren van zijn leven wil ontvangen. Het is een proces met meerdere besprekingen en evaluaties van zorg en behandelingen. Het doel hiervan is om samen met de cliënt, naasten en zorgverleners te komen tot de gewenste (zorg in de) laatste levensfase van de patiënt met dementie.

Multidisciplinaire setting

De ziekte dementie kan complex zijn. Soms zijn vaardigheden nodig waarover de dementieverpleegkundige niet beschikt. Daarom is het wenselijk dat de dementie-verpleegkundige in een multidisciplinaire setting (samen)werkt. Medische diagnostiek en behandeling vormen zo mogelijk een integraal onderdeel van de hulpverlening, waarbij de dementieverpleegkundige in de eerste lijn is gepositioneerd. Indien nodig kan een beroep worden gedaan op bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde of een psycholoog. Het is ook belangrijk dat een zorgplan (ook behandel- of begeleidingsplan genoemd) van de dementieverpleegkundige multidisciplinair kan worden besproken en getoetst. Dit betekent dat bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde participeert in het plan. De keten werkt overstijgend en verbindend voor alle domeinen van zorg en welzijn. Daarom biedt de dementieverpleegkundige de cliënt en diens mantelzorger bijvoorbeeld ook ondersteuning en bemiddeling bij het kiezen van gewenste diensten en activiteiten van zorg- en welzijnsorganisaties in de dementieketen.

3.4 Visie op de organisatie van het dementienetwerk

Teamspeler

Een echte team- of ketenspeler, dát is de dementieverpleegkundige zeker. Het begeleiden van cliënten thuis vereist bijvoorbeeld ook nauwe samenwerking en afstemming met de huisarts, want die heeft in de thuissituatie de eindverantwoordelijkheid voor het medisch beleid. Daarnaast wordt samengewerkt met vele andere professionals, zoals (wijk)verpleegkundigen en andere thuiszorgmedewerkers, praktijkverpleegkundigen, medewerkers van dagbehandelingen en woon-zorgcentra, welzijnswerkers en daarnaast met sociaal wijkteam, Wmo-consulenten, wijkagent en vrijwilligers.

Multidisciplinair en integraal

Casemanagement bij dementie is ingebed in een keten, waarin vaste afspraken zijn gemaakt over afstemming, informatieoverdracht, verantwoordelijkheden en het opvangen van crisissituaties (7x24 uur) in de zorg.

De werkwijze van de dementieverpleegkundige is gedefinieerd in de keten en bij voorkeur geborgd in een relevant kwaliteitssysteem. De hbo-achtergrond stelt de dementieverpleegkundige in staat wijkverpleging te indiceren door middel van classificatiemodellen. De dementieverpleegkundige coördineert de totale zorg en ondersteuning en is in staat een wijkteam te ondersteunen en coachen bij problemen die kunnen ontstaan bij mensen met dementie in hun thuissituatie. Voorbeelden zijn ongewenst gedrag en zorgmijdend gedrag door beperkt of afwezig ziekte-inzicht of -besef.

Eén cliënt, één contactpersoon

Het casemanagement dementie wordt vervuld door één persoon. Het aangaan van een zorgrelatie met mensen met dementie is ingewikkeld, vanwege het progressieve karakter van de ziekte. Wisseling van functionaris gedurende het zorgproces of van meerdere functionarissen tegelijkertijd is daarom ongewenst.

Van a tot z

De dementieverpleegkundige is vanaf de start van het diagnostisch traject betrokken bij de cliënt. Indien wenselijk nog eerder in de pluis/niet pluis-fase. Deze betrokkenheid eindigt pas bij overlijden van de cliënt of in de periode na opname in een verpleeghuis. Bovendien wenst de Zorgstandaard Dementie na opname een 'warme overdracht': "casemanagement zorgt voor een goede zorgoverdracht tot en met het eerste multidisciplinaire overleg in de aangepaste woonvorm en is actief betrokken bij het opstellen van het zorgleefplan en omgangsadvisering naar verzorgenden." Daarbij hoort ook enige tijd nazorg voor de achterblijvende partner of centrale mantelzorger; dit alles natuurlijk na afstemming met betrokkenen. Financiers van zorg zouden hiervoor mogelijkheden moeten verschaffen, want nu is er vaak een 'harde knip' tussen thuis en verpleeghuis en bij tijdelijke situaties zoals kortdurende opnamen voor behandeling.

Onafhankelijk

De dementieverpleegkundige 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.

4

A close-up portrait of an elderly man with white hair and wrinkles, looking down. The image is overlaid with a magenta banner at the top and bottom. The number '4' is in the top banner, and the title is in the bottom banner.

De competenties van
de dementieverpleegkundige

Welke competenties heeft een dementieverpleegkundige nodig om het vak goed uit te kunnen oefenen? Allereerst zijn de competenties van een hbo-opgeleide verpleegkundige het vertrekpunt, zoals beschreven in het Beroepsprofiel verpleegkundige.³ Het daarbij gehanteerde CanMEDS-model (Canadian Medical Education Directions for Specialists) gaat uit van zeven competentiegebieden met eigen rollen:

- 1) zorgverlener
- 2) communicator
- 3) samenwerkingspartner
- 4) reflectieve 'EBP'-professional
- 5) gezondheidsbevorderaar
- 6) organisator en
- 7) professional en kwaliteitsbevorderaar



De rol 'zorgverlener' vormt het hart van het werk als dementieverpleegkundige. De zes andere rollen accentueren een dimensie van het verpleegkundig werk. Deze vullen elkaar aan en overlappen deels, maar samen versterken ze de centrale rol als zorgverlener. Daarom zijn de zeven rollen als bloem verbeeld, met de zorgverlener als bloemhart en de andere rollen als bloemblaadjes.

Van de dementieverpleegkundige mag dus worden verwacht, dat hij of zij in ieder geval voldoet aan de gestelde competentie-eisen voor een hbo-opgeleide verpleegkundige.

Voorts beschikt de dementieverpleegkundige over specifieke competenties voor dementiezorg. Deze worden hierna beschreven, eveneens aan de hand van het genoemde CanMEDS-model. Bij elke rol horen specifieke kennis, vaardigheden en attitude, in aanvulling op het profiel van de hbo-verpleegkundige en bereikt door een aanvullende opleiding casemanagement dementie.

Het allerbelangrijkste vind ik dat de casemanager bewust kiest voor deze doelgroep. Bovendien zet zij de persoon met dementie centraal en niet de ziekte.

- Geraldine Gort, coördinator Netwerk dementie IJssel-Vecht

Hartekreet van een casemanager: er is geen discussie over de inzet van specialistisch verpleegkundigen zoals wondverpleegkundige of diabetesverpleegkundige, waarom dan wel over de specialistische 'verpleegkundige' met kennis van dementie.

- Truus Leinders, netwerkcoördinator dementienetwerk Haaglanden

De focusgroep-bijeenkomsten met vertegenwoordigers van de opleidingen casemanagement dementie (zie bijlage), hebben zes leeruitkomsten opgeleverd:

De dementieverpleegkundige laat zien dat hij/zij:

- 1) De cliënt en diens naasten vraag- en belevingsgericht deskundig ondersteunt en begeleidt in alle fasen van zijn/haar ziekteproces, versterkt (zo veel als mogelijk) het zelfmanagement, met als doel dat de cliënt zo lang mogelijk 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, geestelijk, sociaal en spiritueel welbevinden, de benodigde zorg- en hulpverlening indiceert en organiseert conform landelijk afgesproken kaders en vastlegt in een (elektronisch) zorgplan.
- 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 dementieverpleegkundige.
- 6) De kwaliteit van de zorg- en hulpverlening aan cliënten en diens naasten in stand houdt en zo mogelijk verbetert.

De opleiders verstaan onder cliënt: mensen met dementie, patiënten, cliënten met een vorm van dementie dan wel hersenaandoening die vergelijkbare verschijnselen vertonen.

En onder naasten c.q. cliëntsysteem worden verstaan mantelzorgers, familieleden, vrienden, bekenden die een belangrijke (verzorgende) rol spelen in het leven van de cliënt.

Je moet echt een 'begeleidingspersoon' in je hebben. De casemanager dementie zit veel minder op handelingen, maar zal tegelijkertijd niet schromen wél te interveniëren als de situatie dat vraagt. Om erger te voorkomen, of om de mantelzorger het hoofd boven water te kunnen laten houden.

- Jan Lam, ketenregisseur dementiezorg Midden-Brabant

4.1 De (kern)rol van zorgverlener

De dementieverpleegkundige biedt hulp volgens een bepaalde methodiek en beschikt over een 'gereedschapskist' met gepaste interventies. Het methodisch proces bestaat uit: gegevens verzamelen, zorgdiagnose stellen, doelen voor hulpverlening bepalen, doelen vertalen in een integraal zorgplan, geplande zorg (doen) uitvoeren, resultaten monitoren en zorg evalueren.

Hoe mensen met dementie zich voelen wordt niet alleen door de aandoening veroorzaakt (medische domein); daarnaast is bepalend in hoeverre ze met de door de aandoening veroorzaakte veranderingen kunnen omgaan (psychologische domein) en hoe de dementie sociale relaties verandert (sociale domein).²³ 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 dementieverpleegkundige kan de volgende interventies bieden aan cliënt én mantelzorger, samen onderdeel van het cliëntsysteem: informeren, begeleiden, coördineren van zorg en (incidenteel) praktische behandeling, zorg- en hulpverlening, 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 in het cliëntsysteem vergen extra focus op kwaliteit van leven en activatie op de zaken die juist nog wél kunnen (positieve gezondheid), bovenop een meer (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 pluis/niet pluis en de daarvoor benodigde vroegsignalering. Daarom begint casemanagement dementie bij de start van het diagnostisch traject; in samenwerking met de gemeenten (Wet maatschappelijke ondersteuning Wmo) is een nog vroegere start denkbaar. Deze vroege inzet legt de kiem voor een goede vertrouwensband die bijdraagt aan overzicht en rust bij cliënt, mantelzorger en cliëntsysteem. Met een proactieve attitude, waardoor escalatie en crises later in het ziekteproces vaak vermeden kunnen worden.

KENNIS

De dementieverpleegkundige als zorgverlener kent:

- de ziekte dementie, qua verloop, gevolgen, gedrag en beleving van de cliënt en naasten
- het onderscheid tussen dementie en overige cognitieve stoornissen, angst-, stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen
- de principes en methoden voor vroegsignalering en ondersteuning in de diagnostische fase en daarbij passende principes van triage (triade)
- de methodieken rondom begeleiding van mensen met dementie, gedurende het ziektebeloop en door het zorgsysteem, inclusief veiligheids- en crisismanagement
- de (dynamiek in) somatische, psychi(atri)sche en systeemproblematiek bij dementie
- de werking en mogelijke bijwerkingen van medicamenteuze behandeling bij dementie
- de processen van verlies- en rouwverwerking bij cliënt en mantelzorger

VAARDIGHEDEN EN ATTITUDE

De dementieverpleegkundige als zorgverlener:

- verstrekt algemene informatie over dementie en specifieke informatie en advies over de situatie van de cliënt, zoals de individuele diagnose en prognose (effectief qua moment, vorm en gezamenlijke besluitvorming)
- weet om te gaan met façade-gedrag: 'kan er doorheen prikken'; observeren, alert op signalen, empathisch vermogen, de onderliggende hulpvraag op tafel brengen
- doet zorgonderzoek/analyse en triage over de verschillende zorg- en leefdomeinen, kan daarbij gebruik maken van dementie-specifieke meetinstrumenten (ook voor monitoring) en rapporteren aan het multidisciplinair team
- zet interventies en omgangsadviezen in bij onder- of overprikkeling
- past 'advanced care planning' toe in gesprekken met de cliënt en cliëntsysteem over de toekomst van het dementieproces
- coacht cliëntsysteem in het omgaan met onbegrepen gedrag(sverandering) van cliënt met dementie
- herkent en begeleidt bij belastende en ontlastende factoren voor mantelzorgers
- biedt vraag-, belevingsgerichte en psychosociale begeleiding aan cliënt(systeem)
- ondersteunt bij het invullen van formulieren en geeft verwijzingsadvies over financiën, administratie, wet- en regelgeving
- treedt adequaat op in acute crisissituaties (bijvoorbeeld wegvallen van mantelzorg of plotselinge gedragsveranderingen zoals agressie, suïcidaliteit en delier)

Het is ook mogelijk dat de dementieverpleegkundige participeert in diagnostiek, behandeling en crisisinterventie. Dit vraagt om de volgende aanvullende vaardigheden:

- verzamelt ziekte- en zorg-diagnostische 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
- participeert in behandelmethodes, zoals groepsbehandeling van mantelzorgers, psychosociale interventies, cognitieve gedragstherapie en probleemoplossende therapie
- draagt bij aan de medicamenteuze therapie, zoals monitoring van bijwerkingen en periodieke evaluatie met de arts
- motiveert cliënt en/of mantelzorger om zorg of behandeling te accepteren d.m.v. motiverende gespreksvoering, slecht-nieuws-gesprekken en systeeminterventies
- draagt bij aan het verzamelen van gegevens over onvrijwillige zorg, bijvoorbeeld bij de aanvraag van een wettelijke maatregel
- ondersteunt warme overdracht naar verpleeghuis of andere setting, en biedt nazorg aan de achterblijvende partner of centrale mantelzorger, in afstemming met betrokkenen

Het belang en de meerwaarde van casemanagement dementie ligt juist vanaf de start van vermoeden van dementie. Dan worden problemen voorkomen en hoeft er later geen crisismanagement worden ingezet, maar in begin is vaak nog geen sprake van inzet van zorg.

- Henk Derks, coördinator ketenzorg dementie Westelijke Mijnstreek

Op het moment dat een ouder, partner of naaste met dementie te maken krijgt, wordt het leven een beetje chaotisch en vreemd. De mens met dementie raakt onzekerder in zijn eigen leven; maar ook de mensen eromheen raken in de war. Het duurt soms jaren tot duidelijk is wat maakt dat iemand zich anders gedraagt, anders leeft en doet. Als je met dementie geconfronteerd wordt, ontstaat er een complex aan symptomen, gevoelens, vragen, gedragsveranderingen, levensvraagstukken, onvermogen, onbegrip en een hoop ellende. Dan heb je behoefte aan houvast. Iemand die er helemaal voor je is; die begrijpt wat er aan de hand is; wat het met jou doet en met je omgeving. Die weet wat er moet gebeuren en zo nodig ook ingrijpt als je het zelf niet kunt

- Cisca Zuurveld, ketencoördinator Zeeuwse Zorgschakels

De medicatielijst blijkt niet actueel te zijn, daarnaast had het echtpaar bedacht dat het nieuwe tabletje maar in z'n geheel moest worden ingenomen in plaats van het halve tabletje, want het was zo klein, dat kon toch niet werken. Zoon maakt zich hier ernstig zorgen over. De casemanager dementie neemt dit op met thuiszorg en huisarts. Daarnaast is niet duidelijk wie nu in de gaten houdt of het medicijn effectief is, de huisarts of de specialist ouderengeneeskunde die de medicatie geadviseerd heeft. Ook dat wordt nagegaan.

- Herman Meerholz, manager Expertisecentrum Noorderboog

De casemanager dementie hanteert diagnostische en therapeutische vaardigheden ten behoeve van een doeltreffende, doelmatige en cliëntgerichte zorgverlening in een integraal, multidisciplinair, probleemgericht en cyclisch zorgproces. Neemt hierbij onderbouwde besluiten gebaseerd op informatie en voorkeur van de cliënt, mantelzorger, vakkennis en klinische beoordeling. Hiervoor is het opbouwen van een vertrouwensband en behandelrelatie noodzakelijk. Participeert in een multidisciplinair team over het zorg/behandelplan, draagt bij aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg.

- Dorien Vonk-Bergeren, ketencoördinator dementienetwerk Breda

4.2 De rol van communicator

De dementieverpleegkundige begeleidt cliënten, heeft oog voor de belangen van cliënt en mantelzorger én komt op voor deze belangen. Het realiseren van gezamenlijke besluitvorming en gedragen beslissingen bij 'stepped care' en 'advance care planning' is cruciaal.

De dementieverpleegkundige vervult dus ook een rol als communicator, wat specifieke competenties vergt.

Het aangaan van een adequate, langdurige zorgrelatie is essentieel voor goede hulpverlening. Dit schept bovendien vertrouwen, nodig voor het proces van gezamenlijke besluitvorming. Cliënt, mantelzorger en dementieverpleegkundige 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 wat betreft deze opties. De dementieverpleegkundige begeleidt dit proces. In een langer durende zorgrelatie moeten in de loop van de tijd vaak meerdere besluiten worden genomen, terwijl de besluitvaardigheid en regie van de cliënt afnemen. Dit alles vergt goede communicatieve vaardigheden op de verschillende niveaus van cliënt, professionals, organisaties en overheidsorganen, op individueel en groepsniveau.

KENNIS

De dementieverpleegkundige als communicator kent:

- specifieke benaderings- en gedragsbeïnvloedingsstrategieën bij dementie (inclusief 'meebewegen' in situatie van zorgmijding, weerstand, onbegrip en taboe)
- (actuele) communicatie- en gesprekstechnieken bij cliënten en cliëntensysteem, variërend naar achtergrond van gesprekspartner (taalniveau, cultureel, migratie-achtergrond)
- systeempromotie en systeembenadering voor familie- en systeemgesprekken (o.a. psycho-educatie en andere psychosociale interventies)
- de verschillende uitingen en ondersteuningsstrategieën bij verlies- en rouwverwerking

VAARDIGHEDEN EN ATTITUDE

De dementieverpleegkundige als communicator:

- werkt vanuit het levensverhaal en de ervaringswereld van de cliënt en het cliëntensysteem
- werkt aan langdurige relatie op basis van vertrouwen door aandacht, empathie, toewijding en aanwezigheid en houdt daarbij voortdurend de verschillende belangen van cliënt en mantelzorger in het oog
- kan alle relevante wet- en regelgeving vertalen naar en overbrengen naar individuele cliënt(systeem)
- bereidt de cliënt en mantelzorger voor op toekomstige gevolgen van de ziekte
- kan zichzelf als instrument inzetten, met o.a. intuïtie, inleven en invoelen
- kan het zorgteam adviseren over de begeleiding van de cliënt en diens cliëntensysteem, en maakt daarbij gebruik van de mogelijkheden van sociale media

De zorgtrajectbegeleider bezit 'de gave' om mensen zover te krijgen dat ze meebewegen zonder dat ze het gevoel hebben dat ze gedwongen worden.

- Martina Jansen, coördinator zorgtrajectbegeleiding regio Nijmegen

Naast de mens met dementie en zijn naasten staan, je eigen belang/planning/doelstelling niet leidend laten zijn. De regie bij de cliënt laten en daar waar nodig deze terug zien te vinden, te ondersteunen en als het echt niet anders kan (tijdelijk) overnemen. Er zijn en tijd hebben en nemen indien dit nodig is. Ook als dit betekent dat je agenda hiervoor aangepast moet worden. Geen acht tot vijf mentaliteit, flexibel zijn in denken en doen. De hulpvraag van de mens met dementie, diens naasten en betrokkenen leidend laten zijn, niet de regels en protocollen. Ervoor zorgen dat de systeemwereld waarin wij leven, aansluit bij de leefwereld van de mens met dementie. Onafhankelijk advies geven, passend bij de hulpvraag. Een kei zijn in het voeren van gesprekken met mensen van allerlei afkomst, op verschillend niveau. Continu en moeiteloos kunnen schakelen, meebewegen met de gedachte van je gesprekspartner en kunnen 'verleiden'.

- Lisette Dickhoff-Evers, ketenregisseur Hulp bij Dementie Regio Noord-Limburg

Wat zegt de casemanager:

'Als ik bij de cliënt kom ben ik al heel erg bezig met de omgeving te bekijken, wat zie ik, wat ruik ik, hoe ziet de cliënt er uiterlijk uit, hoe beweegt hij of zij, hoe komt iemand over. Ik kijk hoe de cliënt dagelijkse handelingen uitvoert, hoe redt iemand zich in het dagelijks leven, wat is iemands passie. Ik kijk naar de structuur die iemand heeft, ik kijk naar foto's, daar vraag ik naar want dan krijg je ook heel veel informatie over de voorgeschiedenis van de cliënt. Ik probeer zo diep mogelijk te gaan, al bij een eerste bezoek. Ik probeer de laagjes af te pellen. Als iemand zegt 'het gaat wel goed', dat ik dan denk: het zal wel net goed gaan. Ik ga echt proberen te onderzoeken of het echt wel zo goed gaat'.

- Hulp bij Dementie Maastricht en Heuvelland

4.3 De rol van samenwerkingspartner

De dementieverpleegkundige is een professional die verbindingen legt in het informele en formele netwerk. Naast het contact met cliënt en mantelzorger, zoekt hij of zij contact met het informele systeem van de cliënt (indien gewenst en aanwezig).

De dementieverpleegkundige werkt nauw samen met andere disciplines binnen de keten, onderhoudt contact met relevante hulpverleners en vormt de verbinding tussen deze hulpverleners in het belang van de cliënt. De dementieverpleegkundige is dus een ketenspeler en samenwerkingspartner, die niet alles zelf kan en hoeft te doen. Dat doet zij/hij in nauwe samenwerking met (de coördinator/regisseur van) het dementienetwerk.

KENNIS

De dementieverpleegkundige als samenwerkingspartner:

- kent strategieën om netwerkcontacten aan te gaan en te onderhouden
- kent de methoden van proactief initiëren, coördineren, regisseren, onderhandelen en bemiddelen in samenwerking en netwerkvorming met alle betrokken partijen
- is een zichtbare en vindbare ketenspeler en schakelt waar nodig anderen in
- weet hoe de onafhankelijkheid binnen het dementienetwerk te positioneren en te handhaven bij zorgbemiddeling en –toewijzing ten behoeve van (de belangen van) de cliënt en diens mantelzorger

VAARDIGHEDEN EN ATTITUDE

De dementieverpleegkundige als samenwerkingspartner:

- kan op verschillende niveaus samenwerken (cliënt, organisatie, keten), virtueel en fysiek
- kan de teamvorming rondom de huisartsen en (wijk)verpleegkundigen stimuleren, onderhouden en verdiepen
- kan actief verbinding houden met alle 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/naast cliënt(systeem) en vertegenwoordigt waar nodig hun belangen (met toestemming)
- bespreekt en evalueert de verleende zorg multidisciplinair
- geeft advies en consultatie aan formele en informele hulpverleners en overige ketenpartners

De zorgtrajectbegeleider is in staat rekening te houden met verschillende meningen en inzichten binnen een systeem, zonder te oordelen over de verschillende partijen. Ze is in staat beweging in het geheel te krijgen, waar nodig. Maar ook te zorgen voor rust rondom een cliënt: een huisarts vindt er iets van en wil een oplossing; de thuiszorg vindt dat er iets moet gebeuren; de kinderen in de familie hebben allemaal een andere mening, de een wil dat moeder thuis blijft en er meer thuiszorg in moet, de ander maakt zich zorgen en denkt aan een opname; de buurman ziet 's nachts het licht van de TV en maakt zich zorgen. De cliënt zelf is tevreden en vindt dat de andere zich geen zorgen hoeven te maken...

- Martina Janssen van Iperen, coördinator Netwerk 100 te Nijmegen

De casemanager is bijna een kameleon die in elke situatie andere gespreksvaardigheden inzet, maar daarbij steeds haar eigen doel (of beter gezegd het belang van haar cliënt) voor ogen houdt. Ze heeft ook geen moeite de stoute schoenen aan te trekken en contacten aan te gaan met nieuwe spelers in het netwerk. De sociale teams, de welzijnsorganisatie, verschillende huisartsen en thuiszorgorganisaties, enz. enz. Tijdens mijn meeloopdag zie ik dezelfde casemanager in verschillende gesprekken. Het lijkt soms wel een ander mens. Zakelijk en to-the-point in het overleg met het CIZ. Drammerig zelfverzekerd tegen een huisarts die weinig tijd heeft maar waarvan ze wel wil dat hij gaat kijken bij een cliënt. Als een gezellige buurvrouw op huisbezoek bij een cliënt, als een luisterend oor in het Alzheimercafé, in gesprek met mantelzorgers, of in gesprek met een verzorgende van de thuiszorg.

- Regina Falck, ketenregisseur Lekstroom

Het belangrijkste wat ik gezien heb is dat de casemanagers een vertrouwensband met de cliënt hebben weten op te bouwen waardoor zij zo effectief en preventief kunnen werken. Dat doen ze door rust, ruimte en tijd te creëren en te nemen voor gesprekken en boven de partijen te staan, onafhankelijk en neutraliserend wanneer er spanningen zijn tussen familie en zorgverleners.

- Hetty Top, coördinator Ketenzorg Dementie Gelderse Vallei, en Netwerk Dementie Oost Achterhoek

4.4 De rol van reflectieve EBP-professional

De dementieverpleegkundige werkt in een veld dat volop in ontwikkeling is en in haar/zijn werk komen methodieken en interventies vanuit de verschillende onderdelen van de gezondheidszorg. Er ontwikkelen zich (inter)nationaal ook steeds nieuwe kennis, interventies en voorzieningen op de verschillende domeinen van behandeling en medicatie, zorg- en hulpverlening, welzijn en wonen. Expertisevorming heeft een lineair en cumulatief karakter; hoe meer kennis en ervaring, des te beter de kwaliteit van het oordeel, aldus Hutschemaekers.²⁴ Zo kenmerken experts zich door hun bekwaamheid tot patroonherkenning in complexe praktijksituaties, waardoor ze beter tussen situaties kunnen differentiëren. Door de expertise heeft de specialist niet alleen de beste kijk op wat er aan de hand is (diagnostiek) en welke oplossingen het meest passend zijn, hij of zij beschikt ook over de beste oplossingen (interventies) voor het probleem en kan deze het beste toepassen. De dementieverpleegkundige 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).

KENNIS

De dementieverpleegkundige als reflectieve EBP-professional:

- is op de hoogte van beschikbaar bewijs (evidence) vanuit wetenschappelijk onderzoek voor casemanagement bij dementie of voor afzonderlijke interventies relevant voor dementie en 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 mantelzorger
- kan de samenhang tussen verschillende disciplines aanbrengen en toepassen bij de cliënt en mantelzorger

VAARDIGHEDEN EN ATTITUDE

De dementieverpleegkundige als reflectieve EBP-professional:

- past actuele zorgstandaarden en richtlijnen over 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 (o.a. in de vorm van – leiden van – moreel beraad), ook 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, met bewaking van eigen en professionele grenzen en met het oog op de mogelijke consequenties op korte én langere termijn
- formuleert eigen leerdoelen en onderhoudt eigen professionaliteit en competenties
- neemt tenminste zes keer per jaar deel aan intervisie met andere dementie-verpleegkundigen en stelt zich daarbij toetsbaar en leerbaar op

Wat in de dementiezorg speelt, is dat veel mensen iets van dementie weten. Minder mensen weten véél van dementie. Alleen degenen die het meeste over dementie weten, kunnen inzien hoeveel of hoe weinig anderen precies van dementie weten. Dit overbrengen aan de mensen die minder weten, is lastig, omdat de mensen die minder weten, niet precies kunnen inschatten hoeveel de meer wetenden weten.

- Laura Vrijenhoef, ketenregisseur Zuid-Holland Noord

Een generalist weet weinig van veel dingen; een specialist weet veel van één ding (in dit geval dementie). Ik ben geïnspireerd door de tekst van Giel Hutschemaekers en zijn stelling dat expertise de optelsom van kennis en ervaring is. Dat argument werkt twee richtingen op: de grootste expert weet de beste interventies het meest deskundig toe te passen en hoe vaker hij ze toepast des te groter zijn expertise. Hoe meer ervaring des te kundiger.

- Ineke Bennink, manager Kennisnetwerk Kwetsbare Ouderen Doetinchem

4.5 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 diens mantelzorger en omgeving. Ook wordt er steeds meer bekend over het effect op dementie van leefstijl, voeding en beweging. Het algemene publiek heeft (nog) beperkte kennis van de ziekte dementie, maar de introductie van het gedachtegoed van een dementievriendelijke samenleving/gemeente is een stimulerende ontwikkeling. Als 'gezondheidsbevorderaar' speelt de dementieverpleegkundige een belangrijke rol bij het verstrekken van informatie over dementie.

KENNIS

De dementieverpleegkundige als gezondheidsbevorderaar kent:

- de prevalentie, uitingvormen en risicogroepen van de verschillende vormen van dementie
- de principes en methoden om de kwaliteit van leven en de eigen capaciteiten en leervermogens te stimuleren bij mensen met dementie (positieve gezondheid)
- de theorieën en principes van preventieprogramma's en –activiteiten voor cliënt en mantelzorger op de verschillende niveaus van individu tot samenleving en kan daarin kosten/baten-afwegingen maken
- de theorieën en methoden van gezondheidsvoorlichting en –opvoeding (GVO) in bredere zin, bijvoorbeeld dementievriendelijke samenleving en het belang van sterke mantelzorg

VAARDIGHEDEN EN ATTITUDE

De dementieverpleegkundige als gezondheidsbevorderaar:

- kan individuele en publieksvoorlichting geven met behulp van (landelijk) ontwikkeld voorlichtingsmateriaal, samen met en afgestemd op de doelgroep cliënten met een vorm van dementie
- participeert in projecten voor een dementievriendelijke samenleving
- participeert in een Alzheimercafé
- is steeds gericht op kwaliteit van het leven in de verschillende domeinen (bijvoorbeeld ook arbeid bij FTD), en gezondheid en veiligheid, van cliënt en mantelzorger
- bevordert en begeleidt lotgenotencontact
- kan ouderenmishandeling herkennen, past de stappen van de Meldcode toe en draagt bij aan de naleving en borging bij ketenpartners
- geeft scholing aan mantelzorgers en professionals

De casemanager heeft goed oog voor gezondheidssituaties waarmee kwetsbare ouderen geconfronteerd worden. In de beginfase van het zorgproces brengt de casemanager dementie de zorgbehoeften van cliënt en mantelzorger systematisch in beeld – zorgdiagnostiek – en ondersteunt zo mogelijk het stellen van de ziektediagnostiek. Vervolgens zet zij een langdurig begeleidingsproces in werking waarin steeds opnieuw met cliënt, mantelzorger en omringende professionals gezocht wordt naar de juiste interventies. Daarvoor is ook gespecialiseerde kennis over (effecten van) dementiemedicatie en psychofarmaca van belang. Daarnaast is kennis van neurologische en psychiatrische ziektebeelden nodig. [...] Niet te lang na de beginfase van het zorgtraject opent de casemanager het gesprek over te verwachten ziektesituaties en overlijden vanuit het oogpunt van advance care planning. Het inzetten van palliatief beleid kan op enig moment aan de orde komen.

- Jan Vuister, directeur/bestuurder Geriant

Eigen observatie tijdens een dag meelopen met de casemanager:

Deze casemanager bezoekt een echtpaar waarvan de vrouw dementie heeft. De echtgenoot vertelt dat ze ineens wel heel afwezig is, de laatste dagen: 'ze lijkt ineens wel stokdoof'. De casemanager probeert ook zelf in gesprek te gaan met mevrouw en ze overlegt vervolgens met meneer dat ze de huisarts graag wil bellen over haar indruk. In gesprek met de huisarts geeft ze aan dat het gedrag van mevrouw erg verandert in heel korte tijd en dat het niet goed mogelijk lijkt haar aandacht te vangen. 'Misschien speelt er een delier'. Later hoor ik terug dat mevrouw een blaasontsteking bleek te hebben en volgens de huisarts inderdaad een delier.

- Regina Falck, manager ZorgSpectrum, Behandeling en Expertise

Ik las ergens dat we eigenlijk zouden moeten verschuiven: van Ziekte en Zorg (ZZ), via Gezondheid en Gedrag (GG) naar Mens en Maatschappij (MM). Dat was de afgelopen zes jaar het motto om de kosten in de gezondheidszorg het hoofd te bieden en 'toekomstvast' te maken. Een casemanager doet dat helemaal. Ze kijkt vooral naar Gezondheid en Gedrag, wat is er aan de hand, wat kan het cliëntsysteem nog, waar liggen de knelpunten in deze situatie. Van daaruit kijkt ze samen met het cliëntsysteem (Mens en Maatschappij) naar mogelijkheden die de situatie hanteerbaar kan houden, op kwalitatief verantwoorde wijze. En ze anticipeert ook op de toekomst!

- Els van der Veen, coördinator Netwerk Dementie Drenthe

4.6 De rol van organisator

In veel regio's is casemanagement bij dementie in allerlei varianten aanwezig, en wordt gezocht naar goede organisatievormen met huisartsen, algemeen verpleegkundigen en andere partners in het dementienetwerk en of het netwerk kwetsbare ouderen.

Dat maakt dat de rollen van de dementieverpleegkundige in beweging blijven en daarom hebben de dementieverpleegkundigen zelf ook een belangrijke rol bij het vormgeven van hun werk en het uitbouwen van de samenwerking in de keten. Dit vraagt om een rol als onafhankelijk organisator.

KENNIS

De dementieverpleegkundige als organisator kent:

- de organisatiemodellen en –principes op verschillende niveaus in het dementienetwerk en de participerende instellingen en beleids- en overheidsorganisaties
- de ontwikkelingen in de dementiezorg en het casemanagement dementie zoals die zich de afgelopen jaren hebben voltrokken
- de strategische principes en tactische methoden van beïnvloeden, profileren en positioneren als spil in de dementiezorg
- de methoden van initiëren, coördineren en regisseren van samenwerking ten behoeve van samenhangende zorg- en dienstverlening aan cliënt en mantelzorger
- 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

VAARDIGHEDEN EN ATTITUDE

De dementieverpleegkundige als organisator:

- kan de behandel-, zorg- en welzijnsactiviteiten rondom een cliëntsysteem (cliënt én mantelzorger) goed en integraal inrichten, periodiek monitoren en zo nodig bijsturen in goed overleg met alle betrokkenen
- speelt een proactieve organisatirol 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

De casemanager straalt rust uit en heeft veel geduld, is in staat om als netwerker partijen bij elkaar te brengen en te organiseren. De casemanager met wie ik een dag meeliep is in haar vorige leven wijkverpleegkundige geweest en geeft aan dat casemanagement dementie echt een specialisatie is. Je moet bovenstaande kennis en vlieguren hebben om als een spin in het web allerlei zaken rond en voor de cliënt te kunnen regelen.

- Henny Beemsterboer, projectleider dementieketen Amstelland en Meerlanden

De casemanager managet 'klantprocessen' gericht op het zo lang mogelijk behouden van de eigen regie van de cliënt. Daarom ben je hét aanspreekpunt binnen de (zorg)keten rondom een cliënt. Je bent gekoppeld aan een of meer huisartsenpraktijken, waarbij de huisarts de medische regie over de patiënt behoudt. Als casemanager werk je samen met alle betrokken zorgverleners, waarbij je complementair taken uitvoert. Je hebt de regie in de cliëntsituatie wat betreft het coördineren van zorg en dienstverlening. Je stelt het ketenproces centraal en neemt voor wat betreft de inhoudelijke taken een onafhankelijke positie in ten opzichte van de participerende zorgorganisaties. Je bent verantwoordelijk voor het actief volgen en begeleiden van de cliënt en zijn naaste omgeving. Je organiseert en coördineert de noodzakelijke ondersteuning voor cliënt en mantelzorger(s) en je spreekt zorgverleners aan op hun verantwoordelijkheden binnen het traject.

- Nicole Thomas, ketenregisseur Hulp bij Dementie Parkstad

Situaties van cliënten kunnen soms zeer snel veranderen waardoor er opeens sprake is van spoed of hoge urgentie. Deze hulpvragen gaan op dat moment vóór terwijl de reguliere zorg toch gewoon door moet gaan. Het hanteren van een grote dynamische caseload 'in de tijd' met zowel voorspelbare als onvoorspelbare hulpvragen en interventies vraagt om jongleertalent op logistiek- en organisatie-terrein, kortom organisatietalent.

- Jan Vuister, directeur/bestuurder Geriant

4.7 De rol van professional en kwaliteitsbevorderaar

De dementieverpleegkundige is mede verantwoordelijk voor het opstellen en onderhouden van een professionele standaard voor het vak. Dit bevordert de kwaliteit van de zorg aan mensen met dementie.

KENNIS

De dementieverpleegkundige als professional en kwaliteitsbevorderaar kent:

- de methodieken om de kwaliteit van casemanagement dementie te bewaken en borgen
- het kwaliteitsmodel van de eigen organisatie en van het dementienetwerk
- wettelijke kaders zoals WGBO, BOPZ, Wet Zorg en Dwang, Wet BIG en Rechts Bescherming (bewindvoering, mentorschap e.d.)

VAARDIGHEDEN EN ATTITUDE

De dementieverpleegkundige als professional en kwaliteitsbevorderaar:

- weegt en bespreekt vrijheidsbeperkende en andere moreel-ethische maatregelen open en eerlijk, kan daarover andere zorgverleners en het zorgteam 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 cliëntsysteem
- 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 daarvoor relevante zorgstandaarden of richtlijnen, en kan de meerwaarde van casemanagement dementie verantwoorden
- draagt bij aan de ontwikkeling van het werk als dementieverpleegkundige (o.a. door trainingen, cursussen, congressen, gastcolleges bij roc's en hbo-v's)

We zijn bij deze rol maar ook hiervoor selectief en zuinig gebleven bij het benoemen van specifieke elementen voor de dementieverpleegkundige. Immers, zaken zoals kwaliteitsbeleid, evidence base werken en goed organiseren en samenwerken krijgen al jaren veel aandacht bij alle beroepsgroepen en disciplines. In het kwaliteitsbeleid, bijvoorbeeld, past iedere verpleegkundige effectief tijdmanagement toe, werkt zelfstandig én in teams, beheert een dynamische caseload, reflecteert periodiek op het eigen functioneren, leert continu bij door onder andere (bijna-)incidenten en spreekt daarop ook anderen aan op een veilige en stimulerende manier. In deze continue professionalisering is de dementieverpleegkundige niet uniek en moet net als andere verpleegkundigen blijven investeren in kennis, vaardigheden en attitude. Het werken met de progressieve en grillige ziekte met grote impact op cliënt, mantelzorger en omgeving, zorgt er echter wel voor dat goed gefundeerde competenties extra nodig zijn én soms onder extra onder druk staan in de veelvormige en dynamische dementienetwerken. Dat maakt dat sommige competenties in dit Expertisegebied expliciet benadrukt zijn en andere basiscompetenties weliswaar onbenoemd bleven, maar integraal en onverkort gelden vanuit het Beroepsprofiel verpleegkundige.

De specialist casemanager moet kunnen omgaan met het (soms veeleisende) gedrag van de omgeving van de cliënt. Laat ik een voorbeeld geven uit een gesprek met de partner van een dementerende. Deze partner had de wijkverpleging teruggedraaid van dagelijks naar tweemaal per week en de huishoudelijke hulp afgezegd. Reden: de wond werd niet goed verzorgd en de huishoudelijke hulp werkte ook niet goed. In beide gevallen kon zij het zelf beter. In dit gesprek luisterde de casemanager wel naar wat mevrouw aangaf wat niet goed ging, maar ging daar niet tot detail op in. Wel bracht zij het gesprek op het (moeilijk kunnen) accepteren van hulp door de partner (spiegelen).

- Trudis Schroyen, projectleider Ketenzorg Dementie Amstelland en de Meerlanden

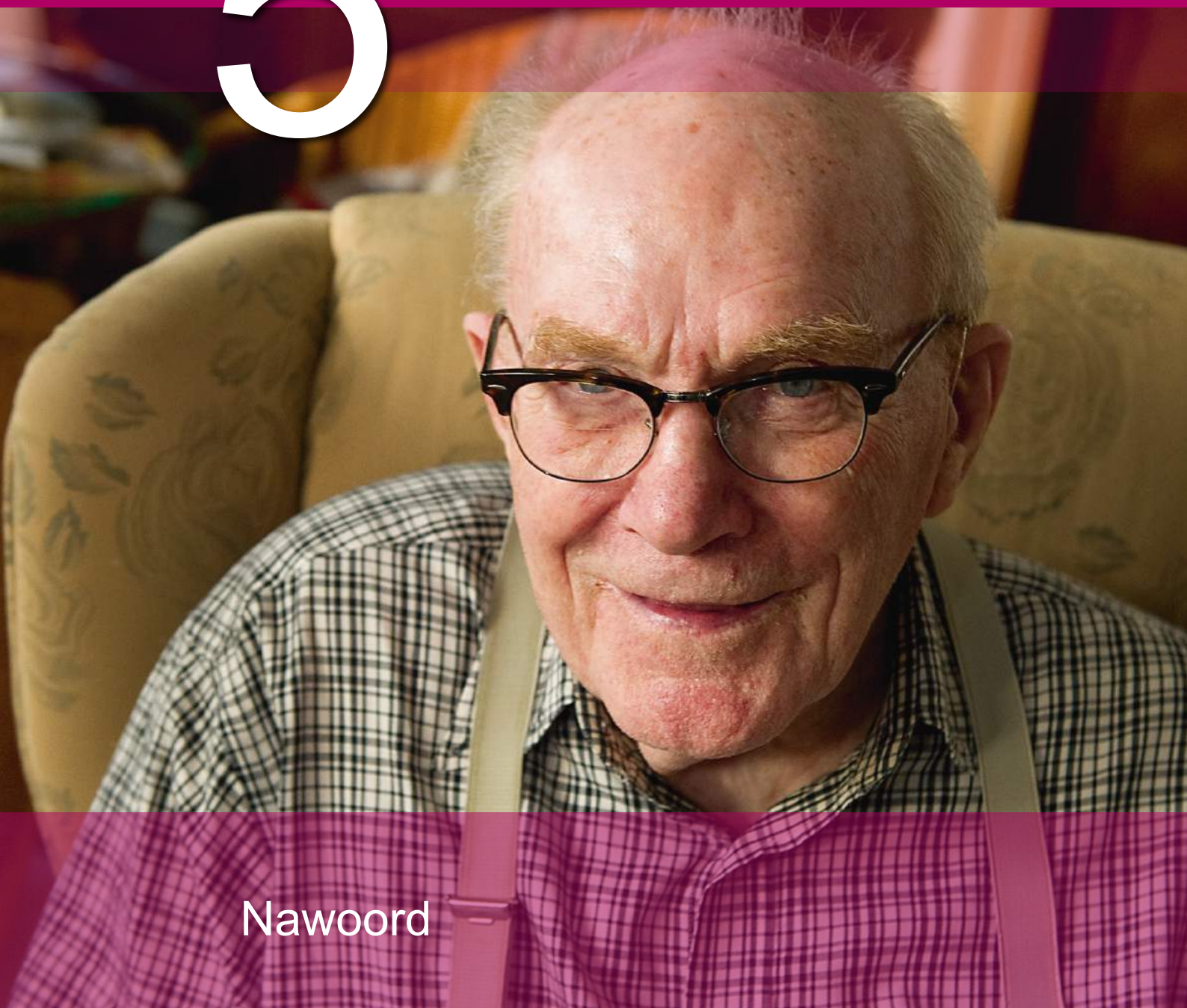
De ouderenverpleegkundigen kiezen voor deze functie en hebben affiniteit met mensen met dementie en hun naasten. Zij werken met hart, hoofd en handen. Zij hebben 'dikke' kennis: zij zijn opgeleid als verpleegkundigen én in casemanagement dementie en hebben (vele) jaren ervaring opgedaan. [...] Zij hebben harde kennis (die overdraagbaar is) en zachte kennis met plaats voor analyse én intuïtie. Deze kennis is rijk aan detailgegevens (verhalen) en gaat verder dan kan worden gekwantificeerd en samengevat in cijfers. Deze kennis maakt ook 'dik' casemanagement mogelijk; casemanagement dat in staat is om de gang van zaken te beïnvloeden en te integreren. Met een visie die is gebaseerd op grondige kennis van de zaken.

- Karin Linssen, programmamanager Dementieketen Noordelijke Maasvallei

Ook al ziet het werk van een casemanager er uit als 'makkelijk' en 'reproduceerbaar', dat is het allerminst. Het gaat om een andere benadering (met bijbehorende attitude), die anders wordt ingezet (vanuit ketenbenadering), met een consequente aanpak, die in de volle breedte voor een cliëntsysteem proactief en anticiperend 'voor de problemen uitloopt'. De lichtvoetigheid waarmee deze benadering plaats vindt, aangevuld met inhoudelijke kennis en het netwerken binnen de directe omgeving van het cliëntsysteem, bepaalt de kracht van de casemanagement. Trefzekere acties van de casemanager dementie wekken de indruk van gemak.

- Henk Derks, coördinator ketenzorg dementie Westelijke Mijnstreek

5



Nawoord

Met het herzien van het Expertisegebied dementieverpleegkundige hebben we als V&VN-vakgroep Casemanagers Dementie altijd de beste zorg voor mensen met dementie en hun mantelzorgers als uitgangspunt genomen. Mensen met dementie willen zo lang mogelijk thuis in hun vertrouwde omgeving blijven functioneren en zo min mogelijk wisseling van gezichten achter de voordeur. Mantelzorgers willen graag hun sociale contacten blijven onderhouden en zo blijven meedraaien in de samenleving. Gezamenlijk streven ze naar erkenning en herkenning van de ervaringen en problemen die er ontstaan als je wordt geconfronteerd met dementie. De genoemde verwachtingen, het indiceren van de wijkverpleging en kennis van het ziektebeeld vragen een brede en verdiepte expertise, zoals nu uitgewerkt in het expertisegebied van de dementieverpleegkundige. De afgelopen jaren is er veel discussie geweest over de deskundigheid die nodig is om casemanagement dementie te leveren, en hoe een heldere afbakening te maken met het werk van de wijkverpleegkundigen. Dit Expertisegebied beschrijft die noodzakelijke aanvullende deskundigheid.

Het Expertisegebied dementieverpleegkundige richt zich op het doel en de inhoud van het werk, de competenties. Los van het Expertisegebied staat de implementatie in de praktijk en de Zorgstandaard Dementie (die de komende jaren ook wordt geactualiseerd). Ter afronding wordt hier wel agenda-zettend benoemd welke stappen in de implementatie overwogen en gezet moeten worden, zowel door V&VN zelf als door andere partijen.

Er is zeker niet de illusie dat dit vernieuwde Expertisegebied binnen korte tijd is ingevoerd in de praktijk, want dat zal een aantal jaar gaan duren. Het geeft dan ruimte om het overgangsregime voor casemanagers dementie die geen hbo-verpleegkundige achtergrond hebben verder te ontwikkelen. V&VN erkent dat de versterkte insteek op een verpleegkundig profiel deze groep professionals sterk raakt en zal zich inspannen om een goed overgangsplan op te stellen en te realiseren in samenwerking met zorgwerkgevers.

Het Expertisegebied vraagt om een goede borging in wet- en regelgeving en in de organisatie van zorg. Het vraagt ook om een verbetering van de inkoop en contractering, passende tarieven voor de inkoop van specialistische zorg en ondersteuning van de infrastructuur van de dementienetwerken over de domeinen Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz). We pleiten voor nader onderzoek naar passende tarieven voor specialistische verpleegkundige zorg waaronder casemanagement dementie valt. Daarbij dient rekening gehouden te worden met het benodigde professionele niveau, de tijd voor multidisciplinair overleg en coördinatie van zorg, maar ook met zaken als voorlichtingsactiviteiten en reisafstanden in plattelandsregio's.

De zorgverzekeraars gaan de infrastructuur van de dementienetwerken ondersteunen en gedeeltelijk bekostigen op basis van nog te ontwikkelen meerjarenplannen voor de regionale dementienetwerken. Daarin moeten de domeinen van Wmo, Zvw en Wlz bijeen gebracht worden, waarvoor sterkere verbindingen met de gemeenten nodig zijn. Plannen daarvoor zijn in mei 2017 gelanceerd, in het kader van het Actieplan casemanagement dementie, en zullen in de periode 2018-2019 gefaseerd worden ingevoerd.

Het geactualiseerde Expertisegebied zal de positie en verdere professionalisering van de dementieverpleegkundigen bevorderen, zeker als ook de opleidingsinstituten hun krachten bundelen voor verbeterde opleidingen casemanagement dementie. Tijdens het werken aan de actualisatie van het Expertisegebied is het overleg met de opleidingsinstituten hernieuwd, om te komen tot nadere uitwerking en harmonisatie van leerdoelen en eindtermen van de opleidingen voor casemanagement dementie. Daarvoor moeten nadere toelatings- en erkenningseisen ontwikkeld worden, zodat de erkende opleidingen kunnen worden opgenomen in het Kwaliteitsregister Verpleegkundigen & Verzorgenden. Dit alles vergt een brede landelijke communicatiecampagne, samen met Alzheimer Nederland en andere partijen. Ook de nieuwe naamgeving vraagt daarbij stevige aandacht.

We hopen dat het geactualiseerde Expertisegebied dementieverpleegkundige bijdraagt aan de verdere professionalisering en positionering van casemanagement dementie. Moge dit document een krachtig handvat zijn voor ketenregisseurs en hun partners in de dementienetwerken, zorgverzekeraars, bestuurders, opleiders en beleidsmakers. Daarbij moet ook oog zijn voor de groeiende - regionaal variërende - arbeidsmarkttekorten, die noodzaken tot meer samenwerking van en tussen zorgwerkgevers en onderwijsorganisaties. We willen stimuleren dat zorgaanbieders, gemeenten en verzekeraars samen optrekken in het borgen van de inbedding van de dementieverpleegkundige in de regionale dementienetwerken, vanuit een gezamenlijke visie en werkplan. Er is één gezamenlijk doel: goede kwaliteit van zorg en leven voor mensen met dementie en hun cliëntsysteem, als de belangrijkste uitkomsten van goede ketenzorg. De dementieverpleegkundige speelt een centrale rol in samenhangende dementiezorg, die leidt tot langer en beter thuis wonen van een snel toenemend aantal mensen met dementie.

Gerben Jansen

voorzitter V&VN-vakgroep Casemanagers Dementie.

Bijlage

Projectorganisatie

Gerben Jansen (voorzitter V&VN-vakgroep Casemanagers Dementie; casemanager dementie) en Robbert Huijsman (hoogleraar Management & Organisatie van Ouderenzorg bij Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus Universiteit Rotterdam; projectleider Actieplan casemanagement dementie), in samenwerking met Francis Bolle (senior adviseur public affairs bij V&VN) en ondersteund door Roos Uffink (projectassistente bij Actieplan casemanagement dementie; student Master Healthcare Management bij de EUR).

Participanten

De V&VN-vakgroep Casemanagers Dementie dankt alle participanten hartelijk en noemt hen hieronder graag bij naam. Dit houdt niet automatisch in dat zij de tekst van het Expertisegebied onderschrijven, die blijft de verantwoordelijkheid van de Vakgroep.

Panels van senior professionals in casemanagement dementie (gemengde panels op 11 en 19 april, 29 mei; apart panel met maatschappelijk werkers op 4 september 2017):

Breg van Baars, Mariëtte Baarsen, Jolanda Barth-Sprangers, Nolda Beckers, Sylvie Berens, Esther Boogaard-Kempenaar, Jolanda Boon, Anne Bos (Ambassadeur V&VN), Daan van Delden, Hannie Deelen, Idelet van Dijk, Nienke Dingemanse, Karin Duiven, Els van Dusseldorp, Woudy Engels, Gwendoline van den Eynde, Mariëtte van Exsel, Daniella de la Fuente, Henriette van Heeswijk, Edith van Heteren, Karla Hofman, Gerben Jansen (Ambassadeur V&VN), Annemarie Keij (Ambassadeur V&VN), Daniëlle Koster, Hannah Matter-Buiter, Willy Mieremet, Mariecke Mooi, Evelyn Naalden (Ambassadeur V&VN), Inge Nijenhuis-Plessius, Mirjam Riegman, Rika Roffelsen, Bernadette Scheers, Marlies Smulders, Yolanda van der Stelt, Femmie Stolte, Marianne Tanis, Tea van der Veen, Linda Veenman, Marja Vellinga, Ria Verhoef, Paul-Jeroen Verkade, Karin de Vor, Jolanda Winters, Marjolein Zilverentand.

Toehoorders bij de panels namens Zorginstituut Nederland (niet op 4 september 2017):

Janka Kahlman en Aster de Lange.

Focusgroep van opleiders in casemanagement dementie (4 april en 16 mei 2017):

Angela van Dongen (Breederode), Ina de Korte (Christelijke Hogeschool Ede), Harriët Oudakker (Gerion), Karin Pals (InHolland), Dionne Schellekens (HAN), Yvonne Zoetigheid (InHolland).

Ketenregisseurs/coördinatoren van dementienetwerken die een eigen profielschets voor casemanagement hebben gemaakt, na onder andere een halve dag meegelopen te hebben met een ervaren casemanager uit hun dementienetwerk (mei 2017):

Henny Beemsterboer, Ineke Bennink, Henk Derks, Lisette Dickhoff-Evers, Gert van Dooren, Regina Falck, Wendela Gort Erbrink, Martina Janssen, Jan Lam, Judith Lansink, Truus Leinders, Karin Linssen, Herman Meerholz, Hansje Pontier, Janneke Roelse, Johan Rumahloine, Trudis Schroijen, Nicole Thomas, Hetty Top, Mariëlle Trompper, Els van der Veen, Dorien Vonk-Bergeren, Laura Vrijenhoef, Jan Vuister, Marieke van Werkhoven, Cisca Zuurveld.

Consultatieronde

Personen die schriftelijk feedback hebben gegeven:

Ineke Bennink, Mariska de Bont, Henk Derks, Lisette Dickhoff, Joke Driessen, Wendela Gort Erbrink, Lindy Hilgerdenaar, Jan Lam, Aster de Lange, Judith Lansink, Truus Leinders, Karin Linssen, Freerkje van der Meer, Julie Meerveld, Harriët Oudakker, Hansje Pontier, Johan Rumahloine, Marian Salari, Gert-Jan Schuinder, Bregje Smit, Marlies Smulders, Lisanne Thier, Nicole Thomas, Hetty Top, Mariëlle Trompper, Els van der Veen, Paul-Jeroen Verkade, Wimjan Vink, Dorien Vonk- Bergeren, Jan Vuister, Marieke van Werkhoven, Marjolein Zilverentant, Yvonne E. Zoetigheid-Holman.

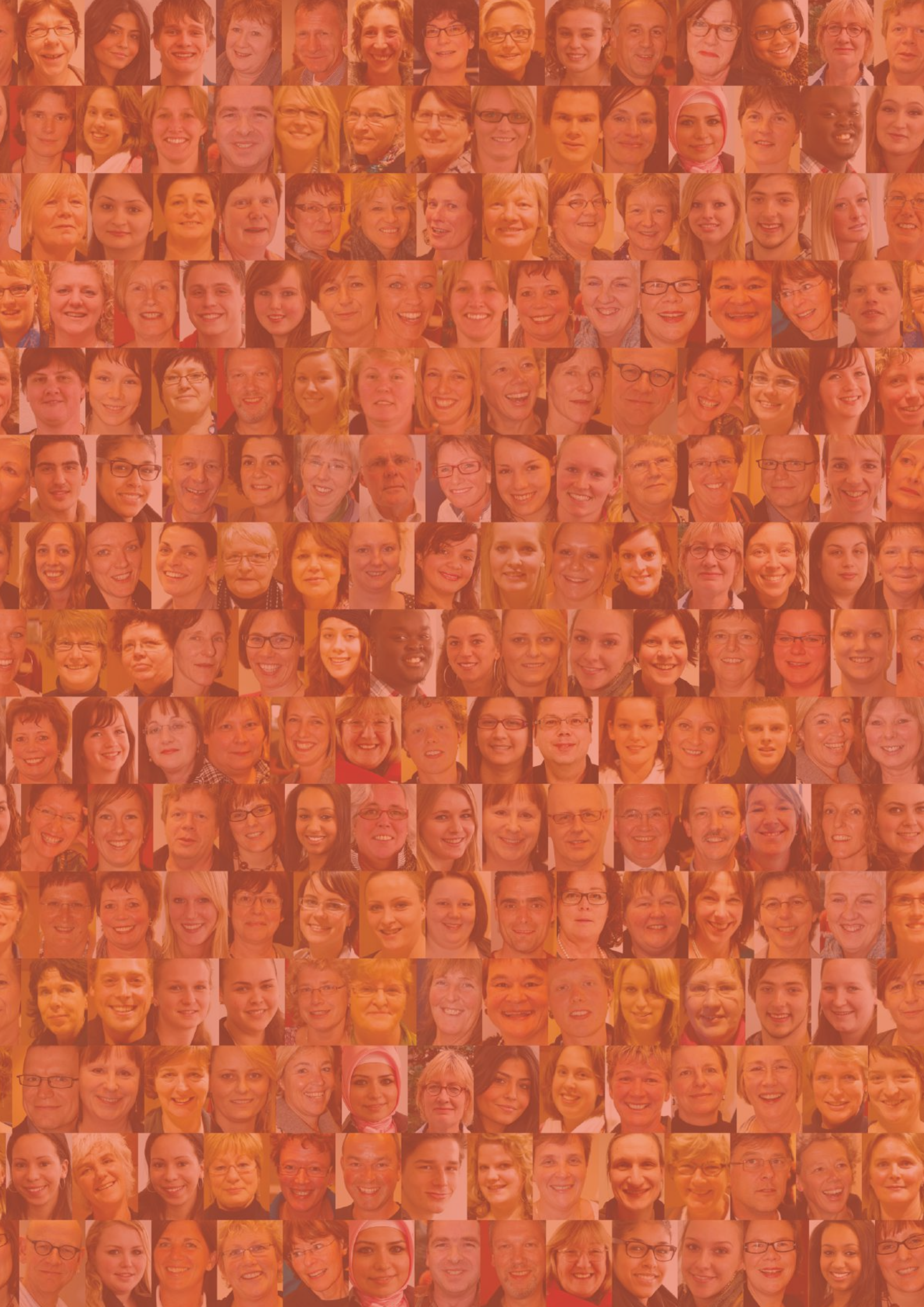
Referenties

- 1) Alzheimer Nederland. Cijfers en feiten over dementie. Amersfoort: 13 juni 2017.
(<https://www.alzheimer-nederland.nl/sites/default/files/directupload/factsheet-dementie-algemeen.pdf>).
- 2) http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/ 2017/
Trendscenario_VTV_2018_identificeert_maatschappelijke_opgaven_voor_de_toekomst.
- 3) Verkade, P.-J. e.a., 2012, Expertisegebied casemanagement dementie. Utrecht: V&VN. (<https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2013%20Documenten/20121122%20Expertisegebied%20casemanager.pdf>)
- 4) Alzheimer Nederland en Vilans, 2013, Zorgstandaard Dementie.
(http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/Zorgstandaard_Dementie.pdf)
- 5) Huijsman R., 2017, Generalistisch én specialistisch casemanagement in de dementiezorg; duiding van een nieuw fenomeen in verschillende combinaties. Rotterdam: iBMG Onderzoeksrapporten 2017.06
(https://www.bmg.eur.nl/onderzoek/publicaties/onderzoeksrapporten_working_papers/)
- 6) www.dementiezorgvoorelkaar.nl
- 7) Mahler M., Rühl A., Cuijpers M, Casemanagement; op weg naar passende zorg en ondersteuning dichtbij. Utrecht: Vilans, maart 2013.
- 8) Bont M. de, e.a., 2012, Expertisegebied wijkverpleegkundige. Utrecht: V&VN.
- 9) Terpstra, D. e.a., 2015, Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging. Rapport stuurgroep over de beroepsprofielen en overgangsregeling.
- 10) Verhey, F. Uitgebreide neurocognitieve stoornis (dementie). In: Franken, I., Muris, P., Denys, D. (redactie). Psychopathologie, Oorzaken, diagnostiek en behandeling; hoofdstuk 52, 835-854. Utrecht: De Tijdstroom, 2015 (2e druk).
- 11) Lambrechts J., Grotendorst A. Leren van de toekomst. Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2012.
- 12) Rademakers, J., 2016, De actieve patiënt als utopie (oratie). Maastricht University.
https://www.lezenenschrijven.nl/uploads/editor/Inaugurele_rede_13_mei_2016.pdf
- 13) Schellevis F.G. Multimorbiditeit (hoofdstuk 31). In: Visser, M., Deeg D.J.H., Asselt D.Z.B. en Sande R. (red.). Inleiding in de geriatrie en gerontologie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2016.
- 14) Jansen, D. Werkman, W., Francke A.L. Dementiemonitor Mantelzorg 2016. Utrecht/Amersfoort: Nivel/ Alzheimer Nederland, 2016. (<https://www.alzheimer-nederland.nl/nieuws/overbelasting-mantelzorger-bij-dementie-neemt-toe>)
- 15) <https://deltaplاندementie.nl/sites/default/files/Rust%20en%20herstel%20endversie.pdf>
- 16) Mierlo L.D. van e.a., 2016, Implementatie en (kosten)effectiviteit van casemanagement voor mensen met dementie en hun mantelzorgers: resultaten de COMPAS-studie. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 47: 223-233.
- 17) Mierlo, L.D. van, Meiland, F.J.M., Hout, H.P.J. van, Dröes, R-M, 2014, Towards personalized integrated dementia care: a qualitative study into the implementation of different models of case management. BMJ Geriatrics, 14:84. (<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/14/84>).

- 18) Hout, H.P.J. van e.a., 2014, Implementatie, effecten en kosten van casemanagement voor mensen met dementie en hun mantelzorgers: beschrijving COMPAS studie. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 45: 105-116.
- 19) Peeters J.M., Francke A.L., Pot A.M., Organisatie en invulling van "casemanagement dementie" in Nederland. Verslaglegging van een landelijke peiling onder regionale projectleiders. Utrecht: Nivel, 2011. (<http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-organisatie-casemanagement-dementie.pdf>)
- 20) visie RPD regio West-Brabant; H. Alofs, A. Keij, Y. Faber en G. Jansen, 4 juli 2016 (<http://mgz.venvn.nl/Portals/30/Vakgroepen/Casemanagers%20dementie/2017/Visie%20CMD%20GV%20GC%20en%20Specifieke%20expertise%20RPD%20West%20Brabant.pdf?ver=2017-07-07-193104-783×tamp=1499448685077>).
- 21) <https://www.windesheim.nl/onderzoek/onderzoeksthemas/gezondheid-en-welzijn/innoveren-met-ouderen/onderzoeksprojecten/shared-decision-making-in-zorgnetwerken--van-ouderen-met-dementie/>
- 22) Soest-Poortvliet, M. van et al. 2013, Het plannen van zorg in de laatste levensfase bij dementie. Amsterdam VUmc, Emgo, ZonMW, Verenso en V&VN. <http://venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2013%20Documenten/20131024%20Hetplannenvanzorgindelaatse.pdf>
- 23) Sociale benadering dementie; het beste medicijn. Zie: <http://www.anne-meithe.nl/sociale-benadering-dementie.html>.
- 24) Hutschemaekers, G., mei 2014, Het verschil maken. Over het onderscheid tussen generalistische en specialistische zorg. Paper op verzoek van RMO en RVZ (https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Het_verschil_maken_-_Giel_Hutschemaekers.pdf).

Gebruikte afkortingen

BHV	Bedrijfshulpverlening
CanMEDS	Canadian Medical Education Directives for Specialists
EBP	Evidence Based Practice
ICT	Intercollegiale Toetsing
ISO	International Standard Organisation
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
OHSAS	Occupational Health and Safety Standard
OR	Ondernemingsraad
PSA	Psycho Sociale Arbeidsbelasting
PMO	Preventief Medisch Onderzoek
RI&E	Risico-inventarisatie en –evaluatie
STECR	Stichting Expertise Centrum Reïntegratie
VGW	Veiligheid, Gezondheid en Welzijn
ZZP	Zelfstandige Zonder Personeel





September 2017

© V&VN

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

ISBN/EAN: 978-9078995-27-2