



Netwerk Dementie

Bommelerwaard | 's-Hertogenbosch e.o.

ZORGPROGRAMMA

Casemanagement bij dementie

Netwerk Dementie

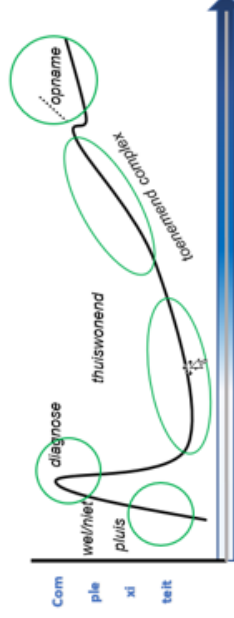
Bommelerwaard 's-Hertogenbosch e.o.

Stroomdiagram zorgprogramma casemanagement

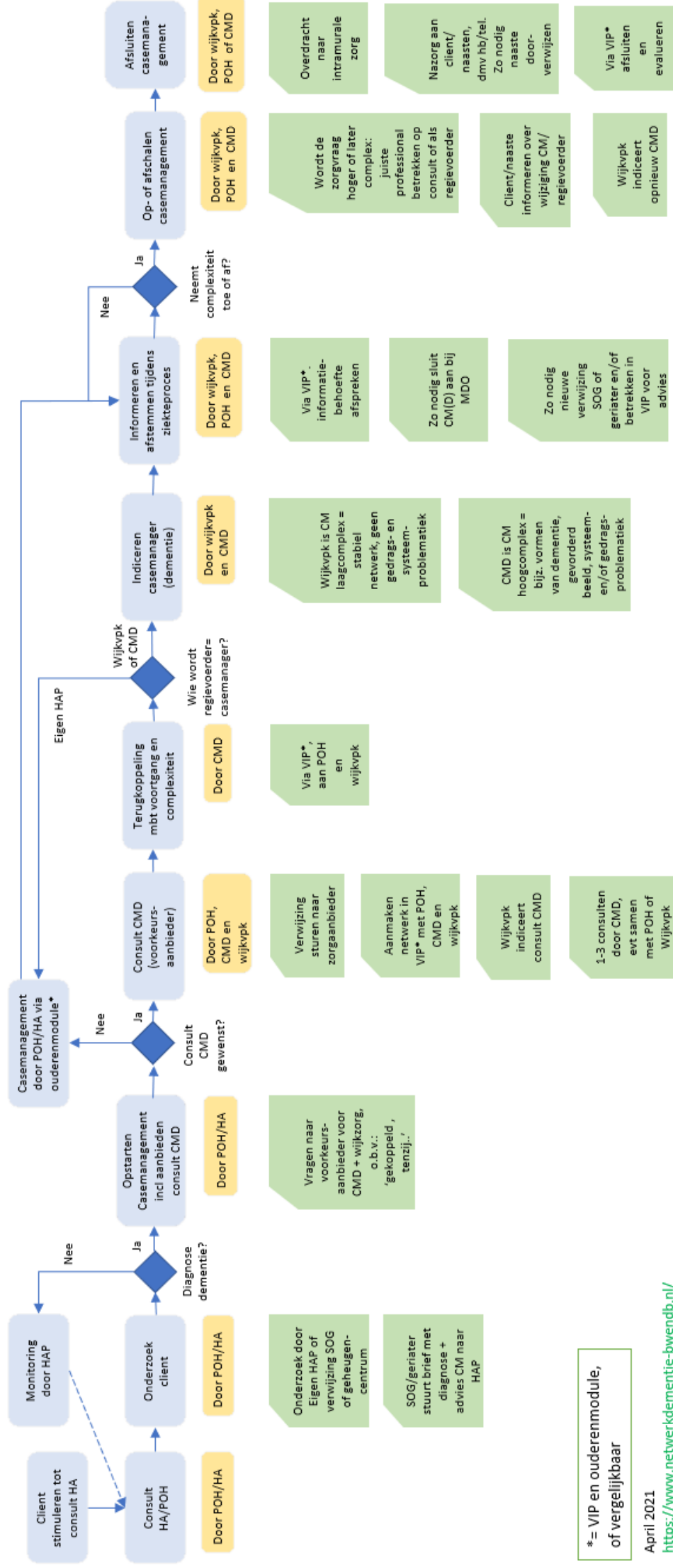
Niet-plus fase

De diagnose

Thuis



Ziektebehoop vanaf start dementie tot aan opname of overlijden



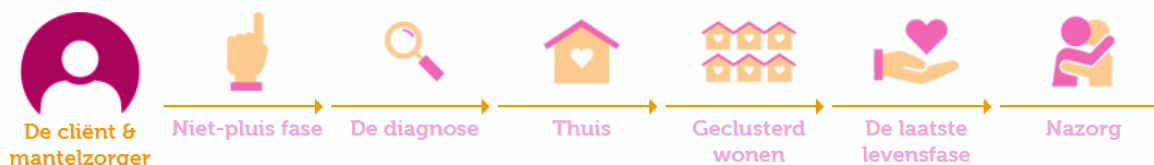
*= VIP en ouderenmodule, of vergelijkbaar

April 2021
<https://www.netwerkdementie-bwendb.nl/>

Inleiding



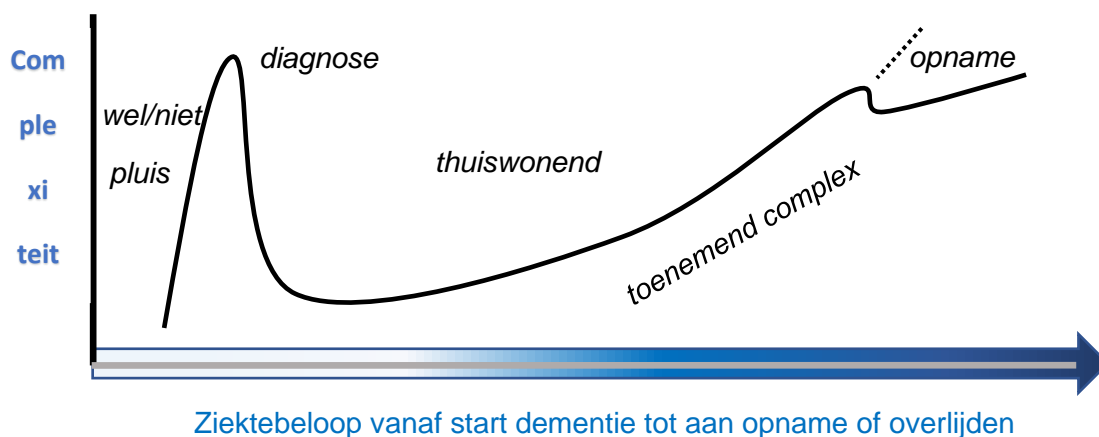
Dit zorgprogramma is ontwikkeld om mensen met dementie en hun naasten zo goed mogelijk te ondersteunen in hun dementieproces, zodat zij zo lang mogelijk verantwoord, prettig en veilig thuis kunnen blijven wonen. Dit gaan we bereiken door te werken aan **integrale samenwerking** tussen de betrokken professionals in de hele clientreis die mensen met dementie doormaken.



De Zorgstandaard Dementie 2020 en de evaluatie onder professionals (2019) vormen de basis van dit zorgprogramma. Het is een doorontwikkeling van het zorgpad dat in 2017 is opgesteld. We willen benadrukken dat dit geen protocol is, en ook geen statisch document. Het krijgt vorm in afstemming met en samenwerking tussen de diverse professionals in het dagelijks werk en het wordt nog aangevuld met specifieke aandacht voor bijzondere doelgroepen met dementie. We blijven dit programma toetsen aan regionale en landelijke ontwikkelingen en evidence based practices.

Het zorgprogramma

Uitgangspunt van de integrale samenwerking is het **'stepped-care' principe**. Dit betekent dat waar mogelijk een generalistische professional de ondersteuning (casemanagement) levert en waar nodig, bij complexe vragen of zorgen, de expert wordt ingeschakeld. Aangezien intensiteit van ondersteuning en zorg kan verschillen in tijd, kan er worden op- en afgeschaald. Dit dient voor de client en naaste een vloeiend proces te zijn, waarbij zij altijd weten wie hun aanspreekpunt is.



Bron: Actieplan dementie – Dementiezorg voor Elkaar

Succesfactoren bij stepped care:

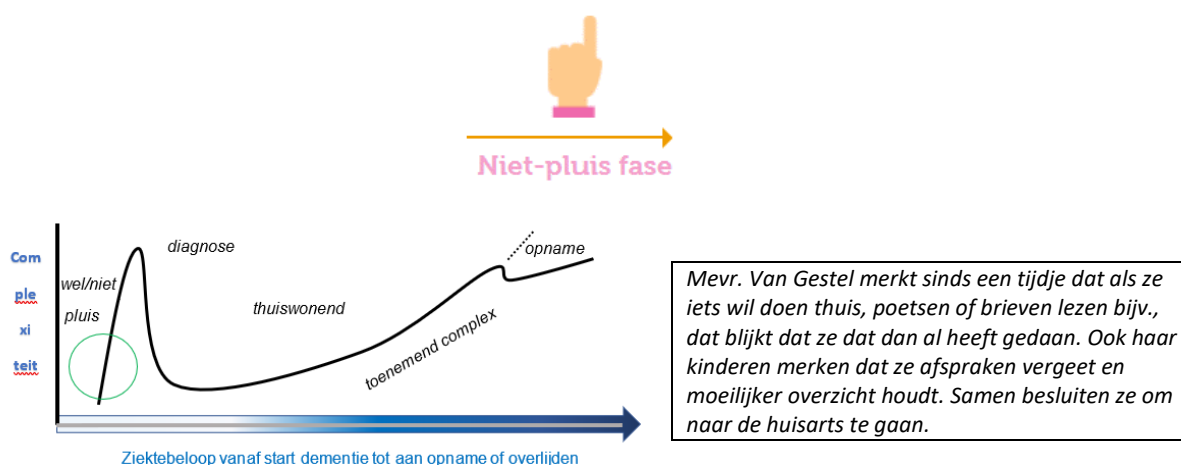
- ✓ Tijdig contact en inzet van professionele ondersteuning
- ✓ De juiste deskundigheid op het juiste moment
- ✓ Breed signaleren en bespreekbaar maken
- ✓ Stimuleren eigen regie

Casemanagement is

Het systematisch aanbieden van gecoördineerde begeleiding, zorg en ondersteuning als deel van de behandeling door een vaste professional. De casemanager houdt als regievoerder proactief contact met de client, naasten en met de betrokken professionals. Continue afstemming en informeren van het informele en formele cliëntsysteem is essentieel. Begeleiding richt zich op emotionele ondersteuning, proactieve zorgplanning, psycho educatie en coördinatie.

- Zorgstandaard Dementie 2020

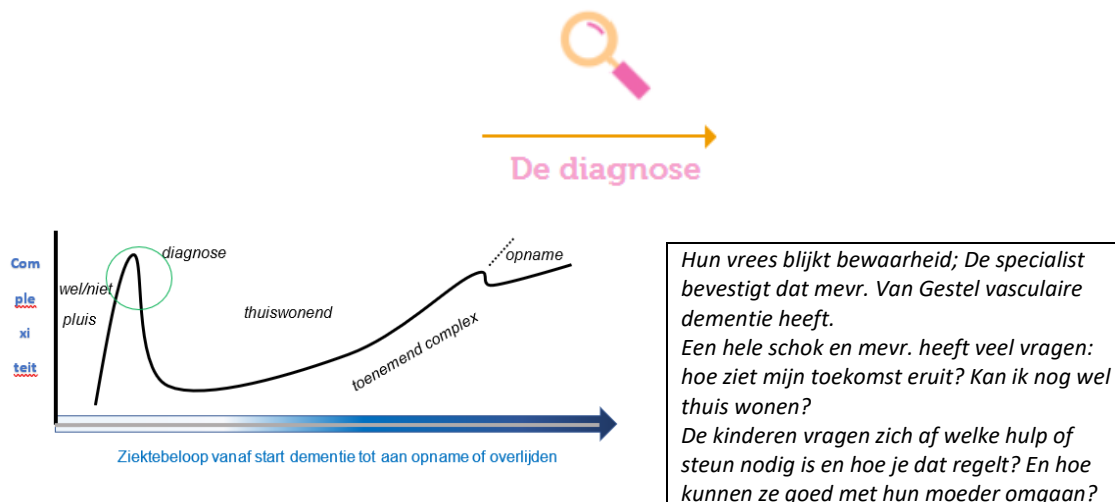
Dit vraagt om een duidelijke (professionele) rolverdeling, heldere verwachtingen, relatiebeheer en client-/patiëntgericht overleg. Dit wordt per fase weergegeven:



Wanneer een client, naaste, wijkverpleegkundige (wijkvpk), huisarts (HA) of praktijkondersteuner (POH) vermoedens van dementie heeft, wordt er aangestuurd op onderzoek. Zo worden andere oorzaken uitgesloten en/of de diagnose gesteld.

Acties:

- Client/familie/wijkvpk stimuleert de client om naar de huisarts te gaan om niet-pluissignalen te bespreken.
- Onderzoek vindt plaats in de huisartsenpraktijk, of er wordt verwezen naar een specialist ouderengeneeskunde (SOG) of naar een geriater van het Geheugencentrum.
- De HA/POH is regievoerder in de benodigde onderzoeken, zorg en ondersteuning. NHG standaard dementie wordt hierbij gevolgd.



Acties, wanneer er een diagnose demantie is gesteld:

- SOG/Geriater stuurt een brief naar de huisarts. Hierin staat onderaan vermeld:

“Advies aan de huisarts om professionele ondersteuning op te starten ter begeleiding van de demantie en een consult aan te bieden door een casemanager demantie.”
- HA/POH start casemanagement op en is regievoerder in deze fase.
- HA/POH biedt een **consult** aan door een **casemanager demantie (CMD)** en vraagt naar voorkeurszorgaanbieder. Is er al wijkzorg betrokken dan levert deze in principe de CMD. (afhankelijk van expertise POH/WVVK of vertrouwensband, kan ook de POH/WVVK deze eerste consulten doen.)
- HA/POH stuurt een verwijzing voor ‘consult CMD’ aan voorkeursaanbieder/CMD.
- HA/POH maakt een netwerk aan in VIP (of vergelijkbaar systeem) en betreft de CMD en wijkvpk hierbij.
- De wijkvpk maakt een legitimatie voor de CMD (of de CMD mag dit zelf doen.)
- CMD doet 1-3 consulten i.v.m. eerste complexe vragen en zorg en koppelt terug aan de POH. Een consult van CMD SAMEN MET Wijkvpk of POH behoort zeker tot de mogelijkheden.

Voordelen van een consult CMD na diagnose:

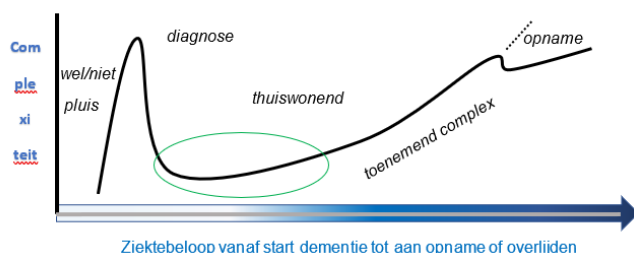
- Vroegtijdige expertise bij de complexe vragen en ondersteuningsbehoefte na diagnose.
- Start relatie tussen client(systeem) en casemanager (demantie). De CMD is dan geen onbekende als deze later in het proces weer in beeld komt bij de client. De CMD kan wijkvpk en POH gericht coachen en zo nodig op consultbasis aanhaken.
- Vloeiende op- en afschaling van regievoering.

Uitgangspunt bij de inzet van wijkzorg en CMD is: **Gekoppeld, tenzij...**

- De voorkeursaanbieder levert zowel wijkzorg als CMD. Dit heeft de voorkeur, omdat beiden in 1 dossier werken en de lijntjes kort zijn.
- Wanneer wijkzorg of CMD niet kan leveren, mag er worden uitgeweken naar een andere zorgaanbieder. Wijkzorg wordt dan door een andere partij geleverd dan CMD. Beide partijen dienen dit te verantwoorden in hun zorgdossier.
- Het continu afstemmen en informeren van elkaar dient dan anders worden afgesproken. VIP kan dan voor netwerkcommunicatie worden gebruikt.



Laag complexe dementiezorg



De eerste vragen en zorgen zijn beantwoord en iedereen raakt 'gewend' aan de diagnose. Ieder voegt zijn leven en mantelzorg naar deze nieuwe situatie en het blijkt een tijdlang best goed en rustig te gaan. Er is redelijke balans, ookal gebeuren er steeds kleine dingen. De casemanager ondersteunt hen hierin.

Mensen met dementie wensen meestal zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Een casemanager ondersteunt hen om zo lang mogelijk prettig, veilig en verantwoord mogelijk te maken.

Na de eerste complexe fase, stemmen de betrokken professionals af **wie de casemanager wordt** in de ondersteuning van de client en zijn naasten. Zie het stroomdiagram in dit zorgprogramma.

Stepped care principe:

- De POH is casemanager bij laag complexe dementieondersteuning*.
- Of de Wijkvpc is casemanager bij laag complexe dementieondersteuning*, wanneer de client al wijkzorg ontvangt of wanneer POH en Wijkvpc afstemmen dat dit het beste door de Wijkvpc opgepakt kan worden.
- De CMD is casemanager bij hoog complexe dementieondersteuning**.

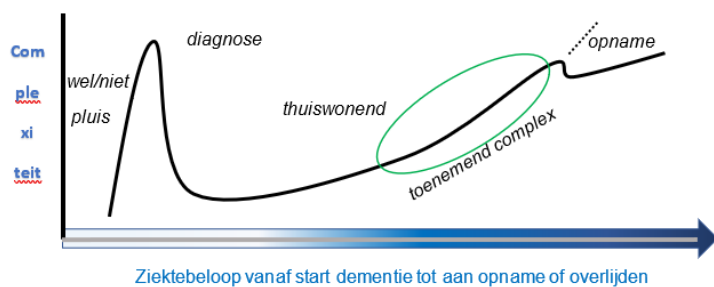
Acties:

- POH/HA levert casemanagement en informeert andere betrokkenen via VIP.
- Of POH/HA verwijst via VIP (of vergelijkbaar) naar wijkvpc voor casemanagement.
- Deze wijkvpc-casemanager neemt contact op met de HA/POH voor aanvullende informatie en informeert alle betrokkenen (POH/CMD) via VIP.
- De wijkvpc maakt een legitimatie aan voor casemanagement.
- Er wordt afgestemd over ieders informatiebehoefte t.a.v. ontwikkelingen in incidenten.
- In clientsituaties die vanaf het moment van diagnose al hoog complex zijn, is de CMD al als casemanager betrokken.

**Laag complexe dementieondersteuning = mensen met een stabiel steunsysteem, waarbij weinig/geen onbegrepen gedrag en systeemproblematiek speelt.*

***Hoog complexe dementieondersteuning = bij problemen in het steunsysteem, onbegrepen gedrag, gevorderde en bijzondere vormen van dementie. Verder zie hieronder.*

Hoog complexe dementiezorg:

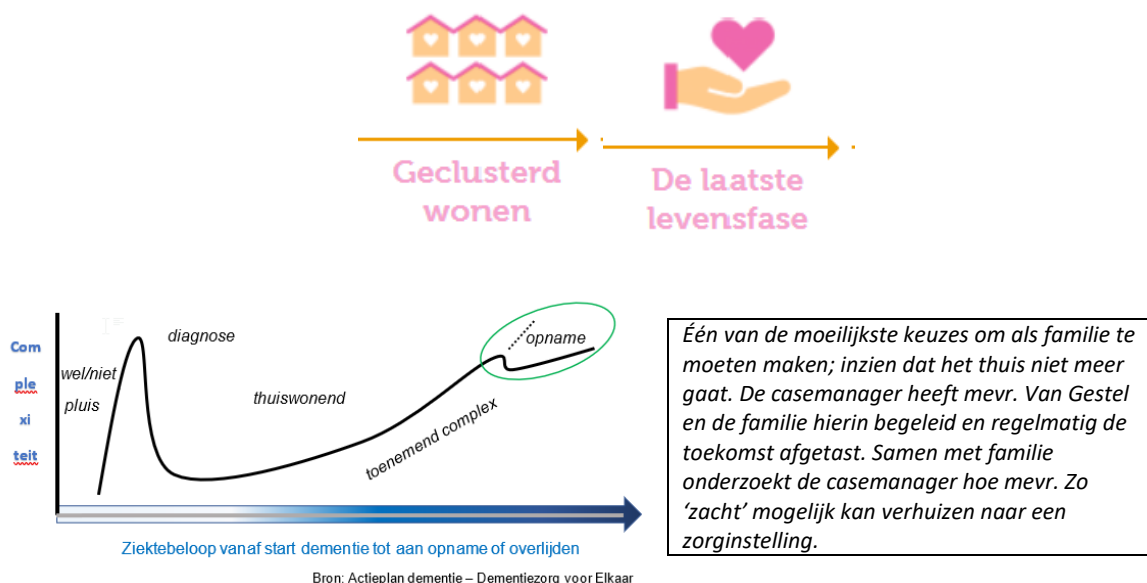


Het gaat een jaar of twee vrij goed, maar dan beginnen er meer problemen te ontstaan thuis. Mevr. Van Gestel heeft niet altijd door wat er mis gaat, maar de kinderen voelen zich genoodzaakt om steeds meer bij te springen en over te nemen. Er is inmiddels hulp bij douchen en medicijnen opgestart en alarmering. Emotioneel raakt het hen allen erg en het leidt ook tot spanningen. Er is meer specialistische ondersteuning nodig.

Op een gegeven moment ontstaan er meer zorgen en problemen thuis, meestal door voortschrijding van de dementie. Het is erg belangrijk om tijdig te anticiperen op problemen en incidenten, dus **opscaling naar een expert** is nodig. De CMD en de client en naasten kennen elkaar al, dus het casemanagement, en daarmee de regievoering, kan moeiteloos worden overgenomen door de CMD.

Acties:

- Wijkvpk of POH signaleert dat opscaling naar CMD nodig is en betreft de (liefst eerder betrokken) CMD weer actief.
- De Wijkvpk maakt een legitimatie aan voor CMD (of de CMD doet dit zelf.)
- Wijkvpk, POH en CMD onderhouden via VIP contact over voortgang en incidenten. Zo nodig sluiten zij aan bij de MDO HA. Elke professional is proactief t.a.v. informeren en afstemmen.
- Indien nodig wordt een SOG of geriater geconsulteerd. POH/HA zorg voor verwijzing. SOG of geriater kunnen ook worden betrokken in VIP voor advies.
- CMD informeert zo nodig SOG/geriater voorafgaand aan consult over voortgang.
- SOG/geriater zorgt voor terugkoppeling per brief. Bijzonderheden worden door POH, of door SOG/geriater zelf, via VIP gedeeld aan CMD en/of wijkvpk.
- Wanneer overstap van ZVW naar WLZ nodig is, zal de CMD altijd de wijkvpk en POH informeren.



Hoewel mensen het liefst thuis blijven wonen, worden mensen door dementie op een gegeven moment zo afhankelijk van zorg en begeleiding, dat opname nodig is. De casemanager heeft door middel van proactieve zorgplanning de betrokkenen hierop voorbereid. Aangezien opname een harde knip is van extramuraal naar intramuraal, is een goede overdracht erg belangrijk.

(In voorkomende situaties kan een client met 24-uurszorg thuis, toch thuis blijven wonen.)

- De CMD stemt met familie, wijkvpc en POH af dat het opnametraject in gang wordt gezet. CMD of familie zorgt voor de benodigde indicaties en wachtlijstplaatsing.
- Wanneer locatie en datum van opname bekend zijn, zorgen zowel de CMD als de wijkvpc (indien betrokken) voor een overdracht. Medische informatie wordt door de zorginstelling opgevraagd bij de huisarts.
- Bij 24-uurszorg thuis of een palliatief terminaal traject, is maatwerk nodig in inzet en afstemming tussen betrokken professionals.
- Bij opname of overlijden worden dit altijd via VIP gedeeld met het netwerk.



Nazorg

Mevr. Van Gestel woont nu 3 weken in een verpleeghuis. De casemanager gaat op bezoek om te horen en te voelen hoe het met mevr. Gaat en om na te praten met familie. Is dit de juiste keuze geweest voor mevr.? Hoe kijken zij terug op het dementietraject tot opname? En op de gehele ondersteuning door de casemanager(s)? Is er meer aandacht en nazorg nodig voor de mantelzorgers, waarvoor de casemanager de weg kan wijzen? Zijn er praktische vragen?

Nazorg kunnen bieden is erg belangrijk: goed kunnen afsluiten, evalueren, napraten en de hulpverlenersrelatie afsluiten. Helaas is er tot op heden geen financiering om de casemanager hierin te faciliteren. Dit weerhoudt veel professionals er niet van om toch nazorg te leveren.

Wanneer het mogelijk wordt, zal dit proces verder worden beschreven.

Colofon

Dit zorgprogramma is ontwikkeld in opdracht van
 Het Netwerk Dementie Bommelerwaard 's-Hertogenbosch e.o.

Hieraan hebben samengewerkt:

Jolanda Verbeten	– Wijkverpleegkundige, Vivent
Connie van den Dool	- Praktijkondersteuner Somatiek HAP Nederhemert, Zorggroep Beter in de Bommelerwaard
Erica Willems	– Praktijkondersteuner huisarts en consulent ouderenzorg, Zorggroep Chronos
Ilse van der Vaart	– Casemanager dementie, Vivent en consulent ouderenzorg, Zorggroep Chronos
Jeannette Robat	- Casemanager dementie, Brabantzorg
Yolanda Verstegen	- Teammanager ondersteuning thuis, Laverhof, en lid stuurgroep
Nathalie Beelen	– Kaderhuisarts ouderenzorg, Zorggroep Chronos
Karin de Bie	– Programmamanager, Zorggroep Chronos
Cecile Reinders	– Specialist ouderengeneeskunde, Vivent
Astrid van Strien	– Klinisch geriater, Geheugencentrum Jeroen Bosch Ziekenhuis
Esther Cornegé	- Klinisch geriater, Geheugencentrum Jeroen Bosch Ziekenhuis
Esther Tetteroo	– Netwerkcoördinator en casemanager dementie, 't Heem en Privazorg

April 2021

Voor meer informatie, zie: <https://www.netwerkdementie-bwendb.nl/>