

# Case management dementie

Methodisch werken en  
positionering in de keten

# Case management dementie

## Methodisch werken en positionering in de keten

Een werkmethode ontwikkeld door drie regionale dementieketens

### Bronvermelding

Ketelaar N., Jukema JS., Bommel M. van, Adriaansen M., Smits CHM, et al. 2015. Casemanagement dementie. Methodisch werken en positionering in de keten. Een werkmethode ontwikkeld door drie regionale dementieketens. Zwolle: Kenniscentrum Gezondheid & Welzijn, Hogeschool Windesheim.

## COLOFON

### Projectleiders

Jan S. Jukema, Carolien Smits, Lectoraat Innoveren in de Ouderenzorg, Hogeschool Windesheim, Zwolle

### Onderzoekers

Marlies van Bommel, Hogeschool Arnhem en Nijmegen (HAN)  
Nicole Ketelaar, Lectoraat Innoveren in de Ouderenzorg, Windesheim

### Leden Consortium

Marian Adriaansen, HAN, Lectoraat Innovatie in de Care

Paul-Jeroen Verkade, V&VN

Tiertsje Kuipers<sup>1</sup>, V&VN

Ina Diermanse, Vilans

Corine van Maar, Vilans

Margje Mahler<sup>2</sup>, Vilans

Wouter van Oord – Jansen, Vilans

Bert Kraan<sup>3</sup>, Netwerk Midden- Noordwest-Twente  
Judith Kroes, Netwerk Midden-Noordwest-Twente

Jacomine de Lange, Kenniscentrum Zorginnovatie, Hogeschool Rotterdam

Trudy Jacobs, Netwerk Dementie Nijmegen

Martina Janssen-van Ieperen, Netwerk Dementie Nijmegen

Els van der Veen, Netwerk Dementie Drenthe

Jan S. Jukema, Windesheim

Carolien Smits, Windesheim (penvoerder)

### Leden werkgroepen

Netwerk Drenthe: Rika Roffelsen, Marjan Hoogeveen, Marie Stuit, Johanna de Buck, Rick Heideman, Carin Bergman, Marjan Jager, Hannah Matter-Buiter, Nicole Ketelaar (Windesheim)

Netwerk Nijmegen: Angélique Pouwels, Alphons Taxs, Marjolijn Boeren, Martina Janssen, Marlies van Bommel (HAN).

Netwerk Midden-, Noordwest Twente: Ans Haarhuis, Annelies Bolink, Helma van der Zouw, Astrid Rouweler, Marleen Karkdijk, Jaime Stange, Nicole Ketelaar (Windesheim)

### Realisatie

Deze werkmethode is ontwikkeld door het Lectoraat Innoveren in de Ouderenzorg, onderdeel van de Christelijke Hogeschool Windesheim, Pro Memo Expertisecentrum Dementie voor Professionals, Windesheim en Lectoraat Innovatie in de Care, onderdeel van de Hogeschool Arnhem en Nijmegen (HAN) in samenwerking met Dementieketens: Netwerk Dementie Drenthe, Netwerk Dementie Midden-/Noordwest Twente en Netwerk Dementie Nijmegen (100, uw welzijns- en zorgnetwerk).

### Financiering

Dit project is gesubsidieerd door Stichting Innovatie Alliantie, projectnummer 2012-14-42P, Windesheim, Netwerk Dementie Drenthe, Netwerk Dementie Midden-/Noordwest Twente en Netwerk Dementie Nijmegen (100, uw welzijns- en zorgnetwerk).

### Ontwerp en opmaak

Bataafsche Teeken Maatschappij, Rotterdam

©2015 Niets uit deze uitgave mag worden aangepast zonder voorgaande schriftelijke toestemming van de auteurs.

<sup>1</sup> Mevrouw Tiertsje Kuipers is op 23-11-2014 overleden.

<sup>2</sup> Mevrouw Margje Mahler maakte tot zomer 2014 deel uit van het consortium.

<sup>3</sup> De heer Bert Kraan is op 31-08-2013 overleden.

# Inleiding op de werkmethodiek

Mensen met dementie en hun naasten zijn in veel gevallen gebaat bij ondersteuning en begeleiding door een casemanager. Voor hen zijn casemanagers een vast aanspreekpunt en belangrijk vertrouwenspersoon. Kenmerkend aan casemanagement dementie is dat persoonlijke begeleiding en trajectbegeleiding hand in hand gaan. Dit laatste betekent dat casemanagers ook veel samenwerken met andere professionals en informele netwerkleden.

De kern van het werk van een casemanager is het ondersteunen van de zelfregie van de mensen met dementie en hun naasten. En dat vraagt nogal wat! Je bent niet alleen aanspreekpunt van de persoon met dementie en zijn mantelzorgers, maar ook die van de andere betrokken professionals. Je benadert het ziekteproces en de gevolgen daarvan voor de persoon met dementie zelf en andere betrokkenen.

Concrete elementen van je werk zijn:

- goed analyseren en creatief zijn in het bedenken van oplossingen;
- onderhouden van relaties met mantelzorgers, familieleden en andere professionals gedurende het hele proces;
- inleven in complexe vraagstukken;
- op de hoogte zijn van de voortdurende veranderingen in het zorg- en welzijnslandschap;
- samenwerken met andere professionals in een dementieketen;
- verantwoordelijkheid voor de coördinatie van zorg;
- inzetten van passende interventies die het informele zorgnetwerk tot steun zijn en alle betrokkenen helpen in het vergroten van hun zelfregie.

Deze elementen van casemanagement dementie vragen een methodische benadering. Deze werkmethodiek biedt daarbij ondersteuning. Het beschrijft een aantal methoden en biedt handige tools die het methodisch werkproces kunnen versterken. Deze werkmethodiek heeft als doel bij te dragen aan de professionalisering van casemanagement dementie. Hoewel iedere situatie en iedere casemanager uniek is, vraagt een professie ook om uniformiteit en voorspelbaarheid. Dat zijn belangrijke aspecten voor legitimering en financiering van casemanagement dementie.

In deze werkmethodiek zijn niet alle elementen van het werk van casemanagers beschreven. Hij heeft vooral betrekking op een deel van de complexe praktijk van casemanagement. De inhoud van deze werkmethodiek is het resultaat van een innovatieve praktijkstudie "Methodisch werken bij dementie". Drie regionale netwerken dementie (Drenthe, Nijmegen en Twente) werkten mee aan deze studie. De methoden en tools zijn door deze professionals mede ontwikkeld. Deze werkmethodiek bestaat uit twee delen. Deel 1 gaat over de positionering van casemanagement in de dementieketen. Deel 2 gaat over methodisch werken in de begeleidingsfasen. Een toelichting op de tools en in welk netwerk ze zijn ontwikkeld, hoe ze zijn ontwikkeld en om welke reden(en) vind je in het laatste hoofdstuk Verantwoording.

Wij wensen je veel ondersteuning en inspiratie en hopen van harte dat deze methodiek daadwerkelijk helpend is. Want mensen met dementie en hun mantelzorgers mogen rekenen op de best mogelijke ondersteuning en begeleiding bij een intensieve en ingrijpende fase in hun leven.

# Inhoudsopgave

<b>Over casemanagement dementie</b>	<b>7</b>
Kracht van methodisch werken binnen casemanagement	8
Begeleidingsfasen en het methodisch werkproces	8
Wat is een werkmethode?	9
<b>Deel I Positionering in de keten</b>	<b>11</b>
Wat kom je als casemanager tegen?	11
Welke methoden en tools verstevigen de positie van casemanagement?	11
<b>Deel II Methodisch werken in begeleidingsfasen</b>	<b>17</b>
Aanmelding casemanagement dementie	18
<b>Fase 1. Inventarisatie van eigen regie</b>	<b>19</b>
Wat kom je tegen als casemanager in deze fase?	19
Welke methoden en tools verstevigen het methodisch werken in deze fase?	19
<b>Fase 2. Planning: opstellen begeleidingsplan</b>	<b>33</b>
Wat kom je als casemanager tegen in deze fase?	33
Welke methode en tool helpen in deze fase?	34
<b>Fase 3. Uitvoering begeleidingsplan</b>	<b>37</b>
Wat kom je als casemanager tegen in deze fase?	37
Welke methoden en tools verstevigen het methodisch werken in deze fase?	37
<b>Fase 4. Evaluatie</b>	<b>49</b>
Wat kom je als casemanager tegen in deze fase?	49
Welke methoden en tools helpen je in deze fase?	50
<b>Verantwoording</b>	<b>57</b>
<b>Bronnen</b>	<b>60</b>
<b>Notities</b>	<b>62</b>

# Over casemanagement dementie

Mensen met dementie staan voor veel opgaven. Dementie heeft niet alleen veel impact op het leven van de persoon zelf, maar ook op dat van de familie en andere naasten. Een aantal van hen is ook mantelzorgers voor de persoon met dementie. Voor hen is het belangrijk een vast en vertrouwd aanspreekpunt te hebben met specifieke kennis van dementie. Casemanagers zijn zo'n vast aanspreekpunt voor thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers. Als casemanager heb je een regisserende, coördinerende en ondersteunde functie waarbij je onafhankelijk en zorgvuldig handelt. Daarin zijn de vertrekpunten de wensen en behoeften van cliënten. Het zo lang mogelijk behouden van zelfregie en autonomie is een belangrijk uitgangspunt en doel van de begeleiding. Coachen, verleiden, begrenzen en kennis van de regionale sociale kaart zijn hierbij onontbeerlijk.

Als casemanager zet je deze competenties in tijdens verschillende rollen:

- zorgverlener
- communicator
- samenwerkingspartner
- reflectieve professional
- gezondheidsbevorderaar
- organisator
- professional en kwaliteitsbevorderaar

Voor elk van deze rollen beschik je over specifieke kennis, vaardigheden en attitude. De aanname is dat je met het verstevigen van methodisch werken deze rollen professioneler kunt uitvoeren.

Casemanagement dementie is cruciaal voor goede dementiezorg (Zorgstandaard Dementie). Het is een continu proces, wordt uitgevoerd door een vast persoon en vindt plaats binnen een dementieketen. Een dementieketen bestaat uit meerdere partijen die samen afspraken hebben gemaakt over de afstemming, informatieoverdracht, verantwoordelijkheden en het opvangen van crisissituaties (7 x 24 uur). De specifieke werkwijze van de casemanager dementie is bepaald door de keten en bij voorkeur vastgelegd in een kwaliteitssysteem. Omdat je als casemanager zo'n cruciale rol speelt in de keten dementiezorg, is het van groot belang dat de organisaties binnen de keten een duidelijke positie toekennen aan de casemanager en dat je jezelf goed kunt positioneren. Een belangrijke voorwaarde daarvoor is het goed verwoorden van je eigen expertise op het gebied van verlies van regie, het degeneratieve karakter van dementie en het langdurende verloop van de ziekte.

De praktijkvariatie rond casemanagement is groot, zowel qua organisatie, financiering als inhoud van het dagelijkse begeleiding. Wel zijn er herkenbare, terugkerende thema's bij de cliënten en hun mantelzorgers: rouw, verlies, verhullend gedrag, verlies van eigen regie, mijding van zorg en begeleiding, omgaan met spanning en ontspanning. De kracht van deze praktijkvariatie is dat casemanagers tegevoel komen aan de unieke situatie van hun cliënten en de organisatie waarvoor ze werken. Uitleggen aan en verantwoorden naar anderen valt niet altijd mee, terwijl het voor jezelf wel duidelijk is waarom je iets wel of niet doet. Met ondersteuning van een werkmethode lukt dat beter. Een algemene werkwijze verheldert aanpak en doel van het handelen. Dat voorkomt dat iedere keer het wiel opnieuw uitgevonden moet worden. Je kunt je kennis gemakkelijker overdragen én verantwoorden naar cliënten, hun mantelzorgers, samenwerkingspartners en financiers. Dat is ook noodzakelijk voor training en het snel en effectief inwerken van nieuwe collega's.

## Kracht van methodisch werken binnen casemanagement

Casemanagers dementie zijn deskundig, hebben expertise en zijn competent in het begeleiden van cliënten en hun mantelzorgers. In hun werk zijn methoden te herkennen. Een uitwerking hiervan in methodieken maakt het mogelijk doordacht, systematisch en doelbewust te werken in unieke situaties.

### Dimensies van methodisch werken

- doordacht
- systematisch
- doelbewust
- afgestemd op een unieke situatie

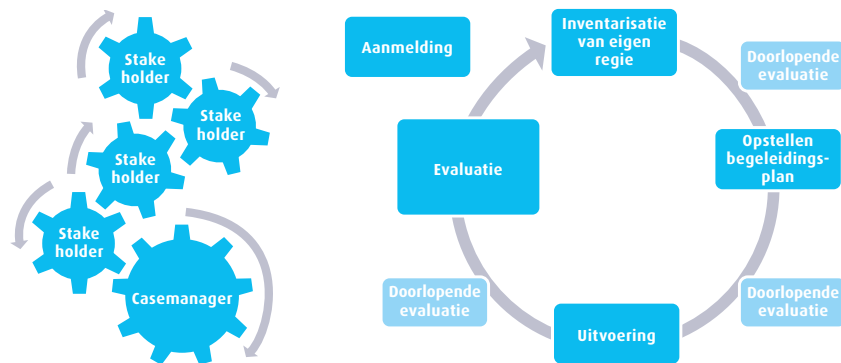
Methodisch werken wil voor een casemanager zoveel zeggen als 'het begeleiden en ondersteunen van cliënten volgens een bepaalde methode'. In de praktijk betekent dit dat casemanagers een aantal begeleidingsfasen doorlopen:

- het inventariseren van de zelfregie (begeleidingsfase 1);
- problemen en doelen formuleren en samen met de cliënt en zijn (informele en professionele) systeem een helder plan van aanpak maken (begeleidingsfase 2);
- de uitvoering van het begeleidingsplan (begeleidingsfase 3);
- de evaluatie van de zorg en begeleiding (begeleidingsfase 4).

## Begeleidingsfasen en het methodisch werkproces

Als casemanager doorloop je systematische stappen in het proces van begeleiding. Specifiek voor casemanagement dementie is dat het proces direct samenhangt met de schakels in de keten dementie. Figuur 1 laat dit zien door de meerdere tandwielen die in elkaar grijpen. Die representeren de verschillende stakeholders in de dementieketen: bijvoorbeeld de huisarts, de medewerkers van de thuiszorg, welzijnsorganisatie, vrijwilligersorganisatie en de casemanager.

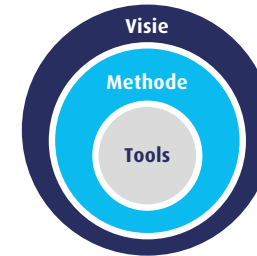
De begeleidingsfasen die casemanagers met cliënten doorlopen, staan eronder. De vier fasen zijn herkenbaar voor alle professionals in de gezondheidszorg en welzijn. Kenmerkend voor casemanagement dementie is dat het proces lang duurt, vaak meerdere jaren. De zelfregie van de cliënt neemt af en vaak zijn er meerdere mantelzorgers en professionals bij het proces betrokken. Dat vraagt een heel eigen aanpak.



**Figuur 1:** Positionering casemanagement in dementieketen en begeleidingsfasen

## Wat is een werkmethode?

Een werkmethode is het geheel van drie samenhangende elementen: visie, methoden en tools (Figuur 2).



**Figuur 2**

Drie elementen van een werkmethode

### Visie

Binnen deze werkmethode vatten we de Zorgstandaard Dementie op als het visiedocument. De Zorgstandaard Dementie beschrijft wat dementie is en waar goede dementiezorg aan moet voldoen. In deze visie staat zelfregie centraal: zeggenschap en ondersteuning bij het nemen van beslissingen over persoonlijke verzorging, eten en drinken, invulling van de dag, inschakelen van zorg, verhuizen naar een andere woonvorm, behandeling en levensende. Als casemanager ben je voortdurend op zoek naar het bevorderen van iemands kracht en motivatie. Dat helpt mensen zelf keuzes te maken en de hulp te krijgen die zij wensen. Het gaat erom dat mensen zoveel mogelijk zelf hun leven inrichten, ook op de momenten waarop ze begeleiding nodig hebben.

### Methode

Een methode, als onderdeel van een werkmethode, is een systematische werkwijze om een bepaald doel te bereiken. Als casemanager dementie draag je bij aan begeleiding op drie samenwerkingsniveaus: 1 niveau van de cliënt en mantelzorgers (cliëntsysteem): versterken van de zelfregie. 2 niveau van de dienstverlening (professioneel systeem): multidisciplinaire samenwerking. 3 niveau van instellingen en opdrachtgevers (institutioneel systeem): samenwerking in de keten met collega-casemanagers en andere professionals en aanbieders van zorg en welzijn.

Van een casemanager dementie wordt verwacht dat hij altijd aansluit bij en het opneemt voor zijn cliënten. Dat is in de praktijk van alledag, waar financiën en regelgeving vaak doorslaggevend zijn, niet gemakkelijk.

### Tools

Door een werkmethode in de praktijk te brengen ben je een professional die precies weet hoe, waarom en wanneer je iets doet. Tools helpen daarbij. De werkmethode is je gereedschapskist, de tools zijn je professionele gereedschap. Hoe beter je gereedschapskist gevuld is, hoe makkelijker je overzicht kan houden zodat je:

- veel en complexe informatie kunt analyseren en overzien;
- nieuwe informatie kunt opnemen;
- in complexe situaties hoofd- en bijzaken kunt onderscheiden;
- proactief kunt werken;
- systematisch kunt evalueren.

We onderscheiden drie verschillende tools met een eigen functie.

**1. Praktische tools**

Ondersteuning bij de uitvoer van taken.

De tools zijn eenvoudig en makkelijk in gebruik.



**2. Reflectieve tools**

Ondersteuning bij het verkrijgen van inzicht in je eigen handelen. Deze tools zijn gericht op bewustwording hoe je iets doet en waarom.



**3. Samenwerkingstools**

Ondersteuning bij het functioneren als professional in de dementieketen.



## Deel I

# Positionering in de keten

# Deel I Positionering in de keten

## Wat kom je als casemanager tegen?

Casemanagement krijgt vorm en inhoud door een diversiteit in professionele achtergronden: verpleegkundigen, praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, sociaalpedagogische hulpverleners of ouderenadviseurs. De functies van deze professionals zijn in de praktijk bekend onder verschillende benamingen: 'casemanager dementie', 'zorgbegeleider', 'trajectbegeleider', 'zorgregisseur', 'zorgcoördinator' of 'zorgtrajectbegeleider dementie'.

V&VN Casemanagers Dementie heeft in een functieprofiel rollen, kennis en vaardigheden beschreven. Het functieprofiel geeft een eenduidig beeld van het waarom, hoe en wat van casemanagement dementie. In de praktijk bestaan er allerlei variaties van casemanagement dementie als het gaat om inhoud, takenpakket, organisatie en positionering. Toch is het mogelijk een generiek beeld te geven, al liggen de accenten per netwerk anders.

Een dementieketen voorziet in een breed en dekkend aanbod van - zowel op organisatieniveau als op cliëntniveau - goed afgestemde multidisciplinaire behandeling, begeleiding en steun. Een dementieketen wordt georganiseerd en ingevuld door samenwerkende organisaties.

Veel netwerken hebben in de afgelopen jaren casemanagement dementie sterk op de kaart weten te zetten. Door de vele veranderingen is de precieze invulling en positionering onzeker voor de komende jaren. Ondanks die onzekerheid is wel duidelijk dat de behoefte aan geriatrische deskundigheid in de eerstelijnszorg zal toenemen omdat mensen met dementie langer thuis blijven wonen. Ook is duidelijk dat professionals en zorgorganisaties als gevolg van nieuwe wet- en regelgeving nog meer en beter met elkaar moeten samenwerken. Als casemanager kun je hieraan bijdragen door je eigen zichtbaarheid te vergroten en de specifieke expertise van casemanagement dementie te verwoorden in termen die aansluiten bij ketenpartners.

## Welke methoden en tools verstevigen de positie van casemanagement?

Er zijn twee methoden en drie verschillende tools om je positionering in de keten te versterken (zie figuur 3).

Positionering in de keten		
Methoden	Tools	Type tool
Ontwikkelen uitgangspunten casemanagement dementie	Ontwikkelen missie en visie	 
	Communiceren van competenties, expertise en taken	 
Samenwerken met stakeholders	Adviezen van ketenpartners	

Figuur 3: Methoden en tools positionering in de keten

## METHODE

### Ontwikkelen uitgangspunten casemanagement dementie

In de huidige professionalisering van zorg en welzijn ligt het accent op rationaliteit. Maar het werk van casemanagers krijgt in de praktijk vooral ook inhoud door morele waarden zoals verantwoordelijkheid, zorgzaamheid en betrokkenheid. Het geheel van professioneel handelen is ingebed in deze kernwaarden, verwoord in missie en visie. Het is van belang die kernwaarden te verhelderen en te erover communiceren met collega's, binnen en buiten de keten.

### Doel

Het communiceren van de waarde van casemanagement dementie in de dementieketen.

### Elementen van methodisch werken

- Kennis nemen van de beschreven uitgangspunten casemanagement dementie zoals geldend in de dementieketen.
- Ontwikkelen van een gefundeerde visie en missie binnen het team.
- Bespreken van de kernwaarden binnen en buiten het eigen team.
- Bespreken van de kernwaarden met relevante stakeholders in de dementieketen.
- In overleg met collega's de waarde van casemanagement blijven benoemen.

## TOOL

### Ontwikkelen missie en visie



Deze tool helpt bij het communiceren over de rationele en de morele dimensies van casemanagement binnen de dementieketen. De tool helpt te komen tot een document waarin missie en visie zijn geformuleerd. Zowel het ontwikkelproces als het resultaat ervan zijn van groot belang. Beiden geven houvast in het werk. Je kunt je werk herleiden naar de geformuleerde uitgangspunten en elkaar ondersteunen om vanuit deze gemeenschappelijke missie te werken.

### Doel

Het ontwikkelen van een gedeelde missie en visie op casemanagement dementie.

### Elementen van aanpak

#### Binnen een team

- Stel een werkgroep samen.
- De werkgroep bereidt voor en bedenkt een manier om een dialoog te houden over 'kernwaarden', 'kernkwaliteiten' en 'doelen'.
- De werkgroep organiseert een bijeenkomst voor alle betrokken casemanagers.

#### De werkbijeenkomst

- De werkgroep geeft een korte introductie op het onderwerp en sluit aan bij wat er in het team leeft.
- Indien nodig, deel het team op in een aantal subgroepen. Binnen de subgroepen beantwoorden de casemanagers individueel vier vragen en formuleren de antwoorden op post-its:
  - \* Waarom bestaan wij?
  - \* Waarheen gaan wij?
  - \* Waarvoor staan wij?
  - \* Waar blinken wij in uit?
- Plak de post-its op een flipover.
- Elke subgroep bekijkt de flipover (wallviewing);

- Tijdens de wallviewing vindt per subgroep een begeleid groepsgesprek plaats:
  - \* Wat vinden we als groep de belangrijkste legitimering voor onze functie?
  - \* Welke doelen hebben we voor ogen als we denken aan de toekomst van de functie / rol casemanagement dementie?
  - \* Wat is het belangrijkste wat wij te bieden hebben en waarvoor wij ons verantwoordelijk voelen?
  - \* Waarin vallen wij positief op?
- Formuleer welke gemeenschappelijke punten en verschilpunten je plenair wilt bespreken.
- Plenaire bespreking: bespreek de verschillende perspectieven en bevorder de dialoog.
- Na de bijeenkomsten wordt alles per vraag op papier uitgewerkt.
- In de werkgroep worden de gegevens gelabeld op basis van frequentie van de uitspraken. De meest voorkomende uitspraken worden verwerkt in een missiedocument.

### Tips

- Maak geluidsopnames zodat zaken die terugkomen ook kwantitatief geturfd kunnen worden. Dit helpt bij de prioritering van de waarden.
- Zorg voor gespreksleiders die de casemanagers goed in 'hun verhaal' en de betreffende context kunnen brengen (de vier hoofdvragen).

Het Netwerk Nijmegen heeft deze tool gebruikt. Dit heeft geleid tot het volgende resultaat.

#### Missie en visie ontwikkeld in Netwerk Nijmegen

<b>Waarom bestaan wij?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Als dementie in uw leven komt, zijn wij er voor u, om samen een weg te vinden om met deze nieuwe situatie om te gaan.</li><li>• Wij willen u helpen om zo lang mogelijk en wenselijk, de situatie thuis zo te organiseren dat de cliënt met dementie thuis kan blijven wonen.</li><li>• Om een duidelijk en onafhankelijk aanspreekpunt te zijn in het totale aanbod op het gebied van zorg en welzijn.</li><li>• Wij staan voor samenwerking met u, zodat uw 'eigen kracht' aan bod komt.</li></ul>	<b>Waarheen gaan wij?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Onze specifieke deskundigheid op het gebied van dementiezorg in blijven zetten binnen de dementiezorg regio Nijmegen.</li><li>• Zichtbaar zijn als casemanager binnen de keten dementiezorg.</li><li>• Profileren van de functie casemanager in de wijk.</li><li>• Eenduidige en snelle communicatie / informatiedeling, met huisarts.</li><li>• Gestructureerde methodische begeleiding volgens de meest actuele standaarden.</li></ul>
<b>Waarvoor staan wij?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Wij vinden een vertrouwensrelatie die u als steunend ervaart van groot belang.</li><li>• Wij vinden het belangrijk dat u altijd een beroep op ons kunt doen wanneer u ons nodig heeft.</li><li>• Wij vinden het van groot belang dat u een goed overzicht heeft van mogelijkheden die er zijn in passend hulpaanbod en dat u samen regie voert over hoe u wilt leven en welke zorg daar eventueel bij nodig is.</li><li>• Wij willen onze specifieke inhoudelijke deskundigheid inzetten zodat u uw doelen kunt realiseren.</li><li>• Wij zijn sterk gericht op behoud van eigen regie van cliënt en direct betrokkenen.</li><li>• Wij zijn sterk gericht op samenwerking: samen zijn we meer.</li><li>• Wij richten ons op de kwaliteit van de verbindingen in het formele en informele zorgnetwerk.</li></ul>	<b>Waarin blinken wij uit?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Wij beschikken over de specialistische kennis en vaardigheden op het gebied van dementiezorg.</li><li>• Wij zijn als een soort duizendpoot in de keten 'dementiezorg'.</li><li>• Wij betrekken het gehele formele en informele netwerk bij de zorg. We brengen dat in kaart en zijn een soort spin in het web.</li><li>• Kennis van professionele en informele netwerk.</li></ul>



## TOOL

### Communiceren van competenties, expertise en taken



De rol van casemanagers is zo omvattend dat de vraag 'Wat doe je?' niet eenvoudig te beantwoorden is. Uit de praktijk blijkt dat casemanagers het lastig vinden om kort en duidelijk aan te geven waar hun expertise ligt. Toch is dat belangrijk. In de eerste plaats voor jezelf, als reflectieve professional, maar ook voor je positie in de dementieketen. Hoe duidelijker je je kennis en expertise kunt omschrijven, hoe makkelijker je ketenpartners je kunnen raadplegen en inzetten.

### Doel

Het communiceren van competenties, expertise en taken van casemanager dementie met ketenpartners.

### Elementen van aanpak

#### Individueel

- Formuleer kort je competenties, expertise en taken als casemanager.

#### Binnen een team

- Beantwoord de vraag: Wat is de meerwaarde van casemanagement dementie?
- Iedereen noteert een competentie, expertise en taak op een post-it. Noteer er één per post-it.
- Plak de post-its op een groot vel.
- Bekijk de post-its en bepaal welke expertise, taken en competenties of aandachtsgebieden je nog mist.
- Neem met elkaar de post-its door en vraag toelichting aan elkaar indien nodig.
- Bekijk het overzicht op het vel aan de hand van de volgende vragen. Eén persoon treedt hierbij op als gespreksleider.
  - \* Wat valt op?
  - \* Wat is genoemd door collega's waar je zelf niet aan gedacht hebt?
  - \* Helpt dit overzicht om je eigen idee over de meerwaarde van casemanagement dementie aan te vullen?
  - \* Welke competenties, expertise en taken zou je nog willen noemen in je samenwerking met ketenpartners?
- Analyseer - op een later moment - met een kleine groep de post-its en probeer deze in een tabel of andere vorm in te delen.
- Leg deze indeling opnieuw voor aan het team.
- Verwerk de feedback van het team in de definitieve vorm.
- Gebruik het kaartje voor jezelf als reminder.

Het Netwerk Drenthe heeft deze tool gebruikt. Dit heeft geleid tot het volgende resultaat (zie volgende pagina)

**Kennis en vaardigheden**

- Combinatie van kennis ten aanzien van:
  - \* Aandoening en ziekteverloop dementie
  - \* Mantelzorgers
  - \* Ketenpartners en de samenwerking daarmee;
  - \* Kennis van sociale kaart
  - \* Overzicht hebben van alle mogelijke hulp/diensten.
  - \* AWBZ zorg
  - \* Indicaties en wat nodig is om passende zorg in te kunnen zetten
  - \* WMO
- Communicatieve vaardigheden om met meerdere partijen te communiceren en te verbaliseren

**Taken**

- Microniveau (bij cliënten en mantelzorgers)
  - \* Functioneren als vertrouwingspersoon
  - \* Inventariseren zorgbehoefte en hulpvraag
  - \* Inzicht in en activeren van het sociaal netwerk van de cliënt
  - \* Proactief en preventief handelen
  - \* Voorlichting geven (psycho-educatie)
  - \* Eigen kracht & empowerment versterken
- Mesoniveau:
  - \* Koers uitzetten
  - \* Inzicht in en gebruikmaken van sociale kaart
- Macroniveau:
  - \* Regie voeren vanuit 'Helicopter View'
  - \* Efficiënt kunnen handelen door het overzicht

**Competenties**

- Luisteren
- Rust geven
- Tijd nemen
- Filteren
- Onder woorden brengen van de praktische zaken
- Erkenning geven

**Aandachtsgebieden**

- Diagnostiek / Somatic
- Peisoon (levensverhaal)
- Woon,- en leefsituatie
  - \* Relatie (partner, kind(eren), familie)
  - \* Systeem
  - \* Sociale contacten
- Lichamelijke welbevinden en gezondheid (somatic)
  - \* Mentaal welbevinden en autonomie
- Medicatie
- Activiteiten (participatie)
- Risicosignalering (agressie)
- Ondervoeding
- Overgewicht
- Vallen
- Incontinentie
- Huidletsel
- Onafhankelijk handelen zonder concurrentie

**Gebaseerd op uitspraken van ruim 80 zorgbegeleiders werkzaam binnen het Netwerk Drenthe**

## METHODE

### Samenwerken met stakeholders

Kenmerkend aan een dementieketen is dat professionals uit verschillende organisaties samenwerken om gezamenlijk goede dementiezorg te realiseren. Omdat dementie ingrijpt op alle domeinen van het dagelijks leven, is samenwerking tussen verschillende disciplines essentieel. Gegeven de, vaak complexe, financiering en organisatie van de verschillende zorgaanbieders vraagt een goede samenwerking afstemming en overleg. Dat is noodzakelijk om de mensen met dementie en hun mantelzorgers passend te ondersteunen en te begeleiden.

### Doel

Het realiseren van een effectieve samenwerking in de dementieketen om mensen met dementie en hun mantelzorgers passende ondersteuning en begeleiding te bieden.

### Elementen van methodisch werken

- Kennis nemen van de verschillende samenwerkingspartners
- Actief benaderen van samenwerkingspartners om afstemming van zorg en begeleiding te bereiken
- Expliciet verhelderen van de verwachtingen die leven bij de samenwerkingspartners
- Regelmatig bespreekbaar maken van het uiteindelijke doel van de samenwerking in de dementieketen
- Het verhelderen van de bijdrage van casemanagement aan het behalen van de doelen van goede dementiezorg

## TOOL

### Adviezen van ketenpartners

In de keten werken casemanagers intensief met verschillende organisaties samen. Op bestuurlijk niveau zijn de kaders van financiering en organisatie bepaald. Dat krijgt een vertaling in de samenwerking tussen professionals. In die samenwerking is niet altijd duidelijk wat de samenwerkende professionals van elkaar kunnen verwachten, wat ze wel en niet doen en wie waarvoor (uiteindelijk) verantwoordelijk is. Dat kan leiden tot inefficiënte samenwerking en matige afstemming van zorg.

### Doel

Het verhelderen van verwachtingen over de bijdrage van casemanagement in de dementieketen.

### Elementen van aanpak























- Stel vast wie de belangrijkste stakeholders zijn in de dementieketen.
- Stel vast wie belangrijke stakeholders zijn buiten de formele dementieketen.
- Bespreek op gezette tijden met je belangrijkste samenwerkingspartners hoe de samenwerking verloopt en of die strookt met de wederzijdse verwachtingen.
- Maak in je overleg met samenwerkingspartners een onderscheid tussen het belang van de 'organisatie' en dat van de 'cliënt'.
- Toets je werkzaamheden regelmatig aan het functieprofiel en het Expertisegebied dementie van V&VN
- Blijf je deskundigheid ontwikkelen op het terrein van (signalering van) dementie, de sociale kaart en de dementieketen.
- Zorg voor verslaglegging van het MDO en verspreid dat in een nieuwsbrief binnen de keten of vakgroep (als die er is).

## Deel II

# Methodisch werken in begeleidingsfasen

# Deel II Methodisch werken in begeleidingsfasen

In dit deel ligt de focus op het versterken van het methodisch werkproces van de casemanager. Dit werkproces is te herkennen aan de verschillende fasen van het begeleidingsproces. We presenteren een aantal methodieken en tools per begeleidingsfase. Het overzicht is niet volledig. De methodieken en tools in deze werkmethode vormen samen een werkdocument dat aangevuld kan worden met nieuwe tools en nieuwe informatie. Figuur 4 brengt tools in beeld die zijn ontwikkeld voor de versteviging van het methodisch werken in de begeleiding van cliënten en hun mantelzorgers.

Methoden	Tools	Type tool
<b>Begeleidingsfase 1 - Inventarisatie van eigen regie</b>		
Opbouwen werk, -en vertrouwensrelatie	Vorbereiding op een huisbezoek	
	Contact maken	
	Informatie delen over dementie	
	Leidraad verzamelen van gegevens	
	Bevorderen van autonomie, veiligheid en hygiëne	
Werken met het netwerk	Analyseren van netwerk - Inventarisatie van mogelijkheden	 
<b>Begeleidingsfase 2 - Planning: opstellen begeleidingsplan</b>		
Ondersteunen van het sociale netwerk	Netwerkanalyse - probleemformulering	 
<b>Begeleidingsfase 3 - Uitvoering begeleidingsplan</b>		
Systematisch rapporteren	Inzicht krijgen in werkwijze rapportage	
	Hanteren van een format bij rapportage	
	Schrijven van rapportage	
-	Inzicht krijgen in de complexiteit van crisissen	 
Werken met het sociale netwerk	Netwerkanalyse - interventies plannen	 
<b>Begeleidingsfase 4 - Evaluatie</b>		
Systematisch en doelgericht evalueren	Evalueren met cliënten door casemanagers	 
-	Topiclijst voor cliënten ter voorbereiding op het evaluatiegesprek	
-	Evaluatie van crisis	  

Figuur 4: Overzicht ontwikkelde methoden en tools

## Aanmelding casemanagement dementie

Voordat je als casemanager in beeld bent bij mensen met dementie is er vaak al veel gebeurd. Mensen die het vermoeden hebben dat er met henzelf of met een familielid 'iets' aan de hand is, schakelen niet snel hulp in. Hoewel er meer aandacht is voor systematische vroegdiagnostiek, verkeren mensen soms lang in onzekerheid. Zij schuiven de diagnose voor zich uit en zoeken geen hulp.

De begeleidingsfase van aanmelding kenmerkt zich door het signaleren en onderzoeken van het 'niet-pluis-gevoel'. Het niet-pluis-gevoel wordt vaak ingegeven door symptomen als depressiviteit, angst of slaapstoornissen. Dit gevoel wordt soms door de direct betrokkenen zelf geuit, maar soms ook door professionals, zoals bijvoorbeeld de huisarts. De nadruk ligt in deze fase op openheid, het behouden van zelfregie, het beantwoorden van vragen, het bieden van ondersteuning en passende toeleiding naar een diagnostisch traject of begeleiding.

Het verschilt per dementienetwerk hoe de fase van aanmelding verloopt. De afspraken binnen het netwerk bepalen hoe en op welk moment cliënten instromen en wat daarin je rol als casemanager is. In sommige regio's kunnen cliënten de casemanager rechtstreeks benaderen, in andere regio's is een verwijzing nodig van een huisarts of wordt vanuit een centraal regiepunt toeleiding naar casemanagement gecoördineerd.

Belangrijke taken en verantwoordelijkheden van de casemanager bij aanmelding:

- begeleiden richting diagnostiek;
- bevorderen eigen regie;
- risico's beoordelen en waar nodig maatregelen nemen;
- signalen objectiveren met behulp van screenings- of signaleringslijsten;
- signaleringsfunctie bevorderen van mantelzorgers (en hulpverleners);
- vertrouwen winnen;
- zorgen en signalen van cliënten en/of mantelzorgers oppakken.

In sommige netwerken krijgt de cliënt pas een casemanager als de diagnose gesteld is, bij andere netwerken hoeft dit niet. Wanneer er nog geen diagnose is vastgesteld, ligt de nadruk van de casemanager op de begeleiding naar het diagnostische traject.

# Fase 1 Inventarisatie eigen regie

# Fase 1. Inventarisatie van eigen regie

## Wat kom je tegen als casemanager in deze fase?

Wanneer je contact hebt gelegd met cliënt en mantelzorgers, is het van belang inzicht te krijgen in hun situatie. Je moet zicht krijgen op de mogelijkheden tot zelf- en samen-regie, op het perspectief van een ieder op de huidige situatie, op hulpvragen en op beschikbare steun en hulpbronnen. Dit is vaak complex en kost de nodige tijd. Omdat dementie zoveel impact heeft op meerdere mensen, zijn er vaak verschillende - soms conflicterende - opvattingen over wat speelt en welke ondersteuning en begeleiding passend is.

## Welke methoden en tools verstevigen het methodisch werken in deze fase?

Voor deze begeleidingsfase presenteren we twee methoden en zes bijbehorende tools (figuur 5).

Methoden	Tools	Type tool
Opbouwen werk, -en vertrouwensrelatie	Vorbereiding op een huisbezoek	
	Contact maken	
	Informatie delen over dementie	
	Leidraad verzamelen van gegevens	
	Bevorderen van autonomie, veiligheid en hygiëne	
Werken met het netwerk	Analyseren van netwerk - Inventarisatie van mogelijkheden	

Figuur 5: Ontwikkelde methoden en tools begeleidingsfase 1

### METHODE

#### Opbouwen van een werk- en vertrouwensrelatie

Het opbouwen van een werk-, en vertrouwensrelatie is essentieel voor casemanagement. Het is het centrale voertuig. De kracht van jezelf als casemanager ligt in je mogelijkheid om onder moeilijke omstandigheden een relatie op te bouwen met cliënten en het netwerk. Verhalen uit de praktijk geven aan dat je heel bewust moet zijn van wat vertrouwen kan wekken of juist kan beschadigen. Je bent vanaf het begin bewust bezig om de relatie op te bouwen. Maar hoe doe je dit? En wat is extra belangrijk bij het opbouwen van een werk- en vertrouwensrelatie in de context van dementie zowel bij de persoon met dementie als zijn mantelzorgers?

#### Doel

Het opbouwen van een kwalitatief goede werk- en vertrouwensrelatie waardoor cliënten zich gehoord voelen, ondersteuning op maat krijgen en waardoor je samen aan persoonlijke en haalbare doelen kunt werken.

## Elementen van methodisch werken

- Plan en bereid een huisbezoek voor
- Zet bewust en doordachte stappen in het maken van contact met de cliënt en mantelzorgers
- Probeer wederzijdse verwachtingen te verhelderen en kijk met de cliënt naar de (on-)mogelijkheden van casemanagement
- Deel informatie over dementie en casemanagement dementie in lijn met de verwachtingen die men heeft over casemanagement dementie
- Probeer zicht te krijgen op de mate van autonomie, hygiëne en veiligheid en de beleving van de cliënt en mantelzorgers

## TOOL

### Vorbereitung op een huisbezoek

Hoe je je voorbereidt op een huisbezoek verschilt per keer. Deze tool helpt je jezelf effectief en doelbewust voor te bereiden en inzicht te krijgen in je eigen werkwijze.

## Doel

Het effectief en afgestemd laten verlopen van een huisbezoek.

## Elementen van aanpak

- Bereid je bewust voor op het eerste huisbezoek door het vooraf lezen van beschikbare informatie (zorgdossier). Ook kun je navraag doen bij collega's of bij de huisarts met vragen als:
  - \* Woont de cliënt alleen?
  - \* In welke fase van het ziekteproces bevindt de cliënt zich?
  - \* Wie wil hulp ontvangen: de cliënt, de mantelzorgers of allebei?Deze informatie helpt bij het maken van een inschatting hoe je binnenkomt. Het geeft een richting aan wat je juist wél of niet zegt, wat je wel of niet doet. Dat kan de aansluiting bij de cliënt en wat hij wil ten goede komen;
- Stel jezelf reflectieve vragen:
  - \* Ben je je er bewust van je voorbereiding op een huisbezoek?
  - \* In welke situaties kies je ervoor om anders, meer, of minder voor te bereiden?
- Zorg dat je onbevooroordeeld kunt luisteren naar het verhaal van de cliënt.
- Maak een afspraak en probeer in te schatten hoe de cliënt tegen je bezoek aankijkt:
  - \* Kijkt hij uit naar je komst?
  - \* Heeft hij behoefte aan meer informatie en een aanspreekpunt of is hij bang, afwachtend, wantrouwend?
  - \* Wil hij het contact opbouwen of is/zijn het de mantelzorgers die dit willen?
  - \* Wil hij dat er andere familieleden of vrienden bij het gesprek aanwezig zijn?Afhankelijk van deze bevindingen kun je het gesprek alleen voeren met de cliënt of in sommige gevallen ook alleen met de centrale mantelzorgers.

“Ik noem bij de voordeur vaak de huisarts; daar hebben mensen vertrouwen in: ‘de huisarts maakt zich zorgen over u, zou ik even met u mogen praten?’ Ik zeg niet: ik maak mij zorgen, want ik ken die persoon niet en zij kennen mij niet”.

“Een relatie opbouwen? Eerst moet je zien binnen te komen, dat is ook een kunst op zich. Ik heb laatst vier keer aangebeld bij een meneer in een tijdsbestek van 30 minuten. Steeds stelde ik mijzelf voor, de 4e keer was er een spoor van herkenning en mocht ik binnenkomen”.

- Stel jezelf reflectieve vragen:
  - \* Hoe stel je jezelf voor?
  - \* Noem je de reden van je komst?
  - \* Verschilt je aanpak per cliënt en wat is hierin leidend?
- Wanneer het niet lukt om een afspraak te maken - bijvoorbeeld omdat mensen de boot afhouden of omdat er andere zaken spelen - moet je creatief zijn. Je kunt bijvoorbeeld langs gaan zonder afspraak, een gesprekje beginnen door het klepje van de brievenbus of een gezagdragend of belangrijk persoon noemen, bijvoorbeeld de dochter, de buurvrouw of de huisarts.

“Ik gebruik zelden onze naam Dementie Twente, ook ons naambordje met het logo schrikt soms af”.

“Ik zeg eigenlijk nooit: ‘ik kom omdat u dementie heeft’, want dan kom je er niet in. Over het algemeen wil niemand dat horen.”

## TOOL

### Contact maken

Een essentiële stap in de opbouw van een werkrelatie is het maken van contact. Ook hiermee kun je de eigen regie van cliënten versterken. Met het huisbezoek stap je direct in het privéleven van je cliënt. Je bent heel dicht bij een ingrijpende periode in hun leven. Tegelijkertijd heb je de afstand die bij een professionele werkrelatie hoort.

## Doel

Het ondersteunen van het maken en onderhouden van contact met cliënten.

## Elementen van aanpak

- Probeer altijd contact te krijgen met de persoon met dementie. Dat kan moeilijk zijn, sommige cliënten kunnen bijvoorbeeld niet deelnemen aan het gesprek. Juist dan is contact extra belangrijk.
- Zoek aansluiting bij de cliënt door goed rond te kijken. Opmerkingen aan de hand van foto's van kinderen en/of kleinkinderen, een schilderij, een verzameling stenen in een glazen vitrine, een muntenverzameling of volle boekenkasten, hobby's, passies of hardop uitgesproken gedachten: alles kan aanleiding zijn om een eerste aansluiting te maken.
- Maak een inschatting van de sfeer: vinden cliënten het prettig om alles bij naam te noemen of rust er een taboe op het onderwerp? Let op signalen van de cliënt over hoe hij het gesprek ervaart. Is hij rustig? Hoe is dat in het verloop van het gesprek?
- Tast af waar cliënten zich bevinden in het acceptatieproces. Wanneer mensen er nog niet aan toe zijn om het over dementie te hebben, kunnen kleine dingen helpen zoals:
  - \* geen naambordje dragen;
  - \* documenten met een logo niet zichtbaar op tafel te leggen;
  - \* de reden van je komst in het midden te laten of omschrijven met een andere term zoals 'geheugenproblemen';

- Probeer in te schatten hoe het de cliënt helpt om verandering te brengen in de openheid rond dementie en welke aanpak daarbij past.
- Humor kan goed werken, mits de sfeer en de verstandshouding zich daartoe lenen. Humor relateert en scheidt een band, waardoor mensen zich meer ontspannen.

“Bij sommige cliënten, doe ik soms net alsof ik een aardig woordje Twents spreek, om beter met elkaar in contact te komen.”

- Pas je taalgebruik aan. Je versterkt de zelfregie van de cliënt door je nadrukkelijk als gast te gedragen en toestemming te vragen.

“Ik stelde mij voor, maar er kwam geen reactie. Ik was aan het praten met de mantelzorgster toen de ogen een klein beetje open gingen en ik zei voorzichtig: “Hallo, we hebben het even over u. Vindt u dat goed?” Nogmaals gingen de ogen open en ik had even oogcontact met haar. Dát kleine contact is zó belangrijk.”

Let op de volgende punten:

- luister goed en actief
- pas je communicatie aan
- observeer
  - \* praat langzaam
  - \* gebruik heldere, korte zinnen
  - \* vat regelmatig samen
  - \* ga na of mensen het begrijpen
  - \* zoek aansluiting bij het intellectuele denkvermogen; pas het woordgebruik aan
  - \* zoek aansluiting in het woordgebruik van de cliënt en mantelzorgster; ABN of dialect

## TOOL

### Informatie delen over dementie

Hoe je informatie deelt en informeert over dementie en het proces van casemanagement verloopt bij iedere cliënt anders. Deze tool helpt je inzicht te krijgen in je eigen werkwijze.

### Doel

Aansluiten bij de cliënt door goede en tijdige informatievoorziening.

### Elementen van aanpak

- Ga na wat de cliënt weet over dementie en hoe hij aan deze kennis is gekomen. Verken met gerichte vragen welke beelden er leven over dementie.
- Bij het delen van informatie maak je een inschatting van het ziekte-inzicht en acceptatieproces bij de cliënt.
  - \* Is er al een diagnose gesteld?
  - \* Hoe heeft de cliënt daarop gereageerd?
  - \* Is er openlijk over de diagnose gesproken?
- Timing speelt hierbij een grote rol. Sommige cliënten willen bij het eerste gesprek alles weten: wat kan er gebeuren? Hoe kunnen we ons voorbereiden? Andere cliënten willen daar nog niks over weten, informatie daarover is te confronterend.

- Stel jezelf reflectieve vragen:
  - \* Heb je voldoende verkend welke kennis al aanwezig is?
  - \* Hoe bepaal je de timing van hoe en waarover je cliënten informeert?
  - \* Geef je informatie proactief of reageer je op vragen van cliënten?
  - \* Wat is je aanpak bij informatiezoekers? En hoe ga je te werk bij informatie-mijders?

## TOOL

### Leidraad verzamelen van gegevens

Intakes verschillen qua opzet en inhoud per netwerk. Hoe je een leidraad kunt gebruiken, hangt dus vaak samen met de bestaande registratiesystemen en de positionering van casemanagement in de keten.

### Doel

Het bieden van een concrete leidraad tijdens het gesprek met cliënt(en) om inzicht te krijgen in de problematiek, de hulpbronnen en mate van eigen regie.

### Elementen van aanpak

- Inventariseer per onderwerp de cliëntsituatie. De ene keer kun je na het eerste gesprek alle onderdelen invullen, de andere keer krijg je minder informatie.
- Gebruik vragen als hulpmiddel zoals:
  - \* Wat levert de meeste beperkingen op in het dagelijkse leven?
  - \* Waar is ondersteuning bij nodig?
  - \* Hoe ziet het sociale netwerk eruit?
- Probeer steeds na te gaan of, hoe en op welke punten de eigen regie en zelfredzaamheid (nog) sterk is bij cliënten:
  - \* Wat is de behoefte aan regie van de cliënt?
  - \* Wat zijn belangrijke keuzes voor de cliënt?
  - \* Wat is de zeggenschap van de cliënt over persoonlijke verzorging, eten en drinken, invulling van de dag, inschakelen van zorg, tijdstip en manier waarop. Eigen regie betekent hier: ervoor zorgen dat de cliënt de hulp krijgt die hij wil op de manier die hij wil.
  - \* Wat is de stijl van de mantelzorgster(s) bij de eigen regie en zelfredzaamheid van de cliënt?
- Wees je bewust van je eigen oordeel over de situatie.

### Tip

- De mate waarin iemand iets snapt, kan, wil, voelt of durft heeft vaak ook te maken met persoonlijke voorkeuren, behoeftes, talenten en motivatie. Dus schrijf niet alle gedrag toe aan de gevolgen van dementie.

## Leidraad - Eerste verkenning van de problematiek en eigen regie van de cliënt

Clïent:

Casemanager:

Datum:

Domein	Hulpvragen
<b>Persoon en copingstijl</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Levensverhaal / achtergrond informatie</li> <li>Persoonlijkheid / karakter</li> <li>Zingeving/geloof</li> <li>Interesses</li> </ul>	<p>Wat lukt nog goed?</p> <p>Wat levert de meeste beperkingen / problemen op?</p>
<b>Aard en ernst dementie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cognitieve domeinen als geheugen, aandacht, concentratie, handelen, oriëntatie, taal, denken, tempo</li> <li>NHG-Standaard als leidraad</li> </ul>	<p>Welke vragen zijn het belangrijkste?</p>
<b>Gedrag en beleving</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ziektebesef / ziekte inzicht</li> <li>Gedragsveranderingen/ problemen</li> <li>Seksualiteit</li> </ul>	<p>Wat betekent het voor u om zelf te kunnen bepalen wat u doet?</p> <p>Wat betekent het voor u om afhankelijk te zijn?</p>
<b>Somatiek en gezondheid</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zelfzorg/ADL</li> <li>Mobiliteit</li> <li>Voeding (eetlust/afvallen)</li> <li>Toiletgang</li> <li>Slaap/waakritme</li> <li>Medicatie</li> <li>Horen/zien</li> </ul>	<p>Waar is ondersteuning bij nodig?</p> <p>Wie biedt de ondersteuning?</p> <p>Is er thuiszorg aanwezig?</p>
<b>Sociale zelfredzaamheid</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sociaal netwerk</li> <li>Administratie / financiën</li> <li>Mobiliteit buitenshuis/ autorijden</li> </ul>	<p>Welke activiteiten verricht u zelfstandig?</p> <p>Bij welke krijgt hij ondersteuning?</p> <p>Wie biedt die ondersteuning?</p>
<b>Dagstructuur en bezigheden</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Daginvulling / activiteiten</li> </ul>	<p>Wat zijn belangrijke dagelijkse terugkerende activiteiten? Waar beleeft u plezier aan? Waar kijkt u naar uit?</p> <p>Wat gaat niet meer, terwijl u dat wel graag doet?</p>

<b>Mantelzorg</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Belasting centrale verzorger</li> <li>Inschatting overbelasting</li> <li>Zelfregie</li> </ul>	<p>Wat betekent het geven van zorg voor u?</p> <p>Wat geeft plezier? Wat valt u zwaar?</p> <p>Wie biedt hulp bij uw taken als mantelzorger?</p>
<b>Professionele zorg</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Huidig zorgsysteem</li> </ul>	<p>Hoe ziet het systeem eruit voor de cliënt?</p> <p>Welke professionals zijn betrokken?</p> <p>Hoe werken zij samen?</p>
<b>Familiesysteem en netwerk</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Belangrijke personen</li> <li>Soort steunen</li> </ul>	<p>Kan de cliënt zelf zijn eigen sociale contacten onderhouden?</p> <p>Wie kan wat en waar ondersteunen? (eigen kracht)</p>
<b>Woonomstandigheden</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Woonsituatie</li> <li>Huishouden</li> <li>Regievoering</li> <li>Hulpmiddelen (kalender, agenda, klok, alarmering, domotica)</li> </ul>	<p>Hoe bevalt u het wonen hier?</p> <p>Wat is belangrijk voor u?</p> <p>Wat zijn uw taken in het huishouden?</p> <p>Wat deed u vroeger wel, maar gaat niet meer?</p>
<b>Veiligheid, geldzaken en juridische maatregelen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Veiligheid cliënt / omgeving</li> <li>Beschermende maatregelen (bewind voering / mentorschap)</li> </ul>	<p>Wie regelt de administratie?</p> <p>Overweegt u bewindvoering?</p> <p>Wie behartigt in juridische zin de belangen?</p>

Opmerkingen

---



---



---



---



---



---



---

Wat is het meest urgent?

---



---



---



---



---



---



---



## TOOL

### Bevorderen autonomie, veiligheid en hygiëne

Autonomie, veiligheid en hygiëne zijn verbonden aan het ziekteproces van dementie. Slechte persoonlijke hygiëne, afval in en rondom het huis kunnen het gevolg zijn van een voortschrijdend ziekteproces, maar kunnen deels ook bij de persoon horen. Door goed te observeren, vragen te stellen en in te leven kun je zicht krijgen op hoe iemand zijn eigen situatie beleeft.

#### Doel

Het ondersteunen van cliënten bij autonomie, veiligheid en hygiëne.

#### Elementen van aanpak

- Goed observeren en luisteren zijn basiscompetenties. Wat zie je bij het eerste huisbezoek? Wat ruik je? Wat valt je op? Wat hoor je? Wat heb je van anderen gehoord? En komt de informatie van anderen overeen met wat je zelf observeert?
- Maak een inschatting of cliënten hulp en zorg nodig hebben bij autonomie, veiligheid en hygiëne en zo ja, welke hulp of zorg.
- Bij elke cliënt maak je een inschatting van persoonlijke waarden en normen. Je komt bij cliënten die minder goed voor zichzelf zorgen en daardoor het overzicht verliezen. Door het verlies van overzicht kunnen er onveilige situaties ontstaan.
- Mensen met dementie zijn kwetsbaar, omdat ze geen goed overzicht hebben, niet goed duidelijk kunnen maken wat ze willen, behoeften niet altijd voelen of zich daarin niet (meer) kunnen uiten. Probeer met vragen te achterhalen hoe de cliënt zijn situatie beleeft.
- Ga na hoe de cliënt aankijkt tegen afhankelijkheid, autonomie en invaliditeit. Dat beeld heeft ook te maken met hoe anderen met je omgaan. Vraag wat cliënten daarin prettig, vervelend of beangstigend vinden.
- Ga na hoe de cliënt aankijkt tegen veiligheid. Vraag wat hij daarin belangrijk of beangstigend vindt, of hij zich nog veilig voelt in zijn huis en wat van invloed is op zijn gevoel van veiligheid. Stel vragen aan de persoon met dementie en aan het informele zorgnetwerk. Zijn er verschillen in de beleving?

“De eerste keer toen ik daar kwam... ik zag van alles. Het was ontzettend vies. Een oude hondenmand in de kamer van een hond die al maanden dood was, overal afval en het stonk ontzettend. Maar ik wist ook, als ik er nu wat van zeg of in actie kom, dan sta ik zo weer buiten. Dus heb ik niks gezegd de eerste keer en er eerst voor gezorgd dat ik snel weer terug mocht komen.”

- Stel jezelf reflectieve vragen:
  - \* Wat vind je het belangrijkste in een situatie waarin de cliënt zich in een ongezonde leefsituatie bevindt?
  - \* Hoe stel je je doelen in zo'n situatie?
  - \* Hoe tast je af of de cliënt genoeg vertrouwen in je heeft om acties te ondernemen?
  - \* Hoe ga je om met conflicterende gevoelens van de cliënt en het informele zorgnetwerk?

## METHODE

### Ondersteunen van het sociale netwerk

De sociale context is een cruciale factor voor het dagelijks functioneren van de persoon met dementie. Dat netwerk is belangrijk voor het bieden van ondersteuning bij het bevorderen van het welzijn en de dagelijkse zorg en ondersteuning. Als casemanager zet je dus in op het optimaliseren en ondersteunen van dat sociale systeem. Dat vraagt om een goed inzicht in de vaak complexe sociale context van de cliënt. Dit inzicht is van belang om afstemming en samenwerking in de sociale context te ondersteunen en te bevorderen. De netwerkanalyse methode biedt daarbij ondersteuning en reikt handvatten om passende systemische interventies te kiezen.

#### Doel

Het systematisch en gedetailleerd in kaart brengen van het sociale netwerk van de cliënt.

Elementen van methodisch werken

- Inventariseer de reeds gebruikte interventies op het gebied van werken met het sociale netwerk.
- Gebruik de netwerkanalyse om te werken met het sociale netwerk in het begeleidingsproces.

#### Elementen van methodisch werken

- Inventariseer de reeds gebruikte interventies op het gebied van werken met het sociale netwerk.
- Gebruik de netwerkanalyse om te werken met het sociale netwerk in het begeleidingsproces.

#### Terminologie in de methode:

##### Sociale bron:

- Onderdeel van sociaal netwerk, bijvoorbeeld familie of burens.

##### Meervoudig partijdig

- Inhoudelijk en emotioneel aansluiten bij alle betrokken personen. Partij zijn voor een ieder die lid is van het systeem (informele en formele zorgnetwerk).

##### Potentiële hulpbron

- Hulpbron die er wel is maar niet gebruikt wordt.

##### Shared Decision Making (SDM)

- Een methode die gebruikt wordt om gezamenlijke beslissingen te nemen die gedragen worden door de cliënten en betrokkenen.

##### Systemisch werken

- Werken met sociale systemen zodanig dat er aandacht is voor de individuen in een systeem en de interacties tussen de verschillende individuen.

## TOOL

### Netwerkanalyse – Inventarisatie

Hulpmiddel om het netwerk in kaart te brengen en zo nodig uit te breiden en te versterken wat betreft het vergroten van de regelcapaciteit ter verbetering van het voeren van de eigen regie.

#### Doel

Systematisch in kaart brengen welke bronnen aanwezig zijn en laten zien wat zij doen ten aanzien van het versterken van de eigen regie.

Netwerkanalyse tool - Inventarisatie onderdelen van het clientsysteem							
Naam cliënt:	Rolverwisseling	Committeren zich aan doelen	Geeft concrete hulp die bijdraagt aan behalen doel cliënt / doelcasemanager	Geeft emotionele steun aan cliënt	Geeft emotionele steun aan mantelzorgers	Geeft coördinerende hulp	Draagkracht
<b>Sociale bron</b>							
<b>1. Partner</b>	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Voldoende O Onvoldoende
<b>2. Kinderen</b>	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Voldoende O Onvoldoende
<b>3. Overige familie</b>	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Voldoende O Onvoldoende
<b>4. Buren</b>	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Voldoende O Onvoldoende
<b>5. Vrienden</b>	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Voldoende O Onvoldoende
<b>6. Organisatie</b>	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Voldoende O Onvoldoende
<b>7. Professionals</b>	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Voldoende O Onvoldoende
<b>8. Anderen</b>	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Voldoende O Onvoldoende

Schema 1: Netwerkanalyse

### Elementen van aanpak

- Bestudeer het schema 'Netwerkanalyse' en de instructies voor gebruik:

### Sociale bronnen

Maak binnen het sociale netwerk onderscheid tussen familie, vrienden, buren en welzijnsdiensten. Sociale bronnen kunnen dus zowel professioneel als niet-professioneel zijn.

Mogelijke hulpvragen zijn:

- Welke familieleden zijn er?
- Wie wonen er in de buurt?
- Van wie krijgt u kerstkaarten?
- Wie hebt u de afgelopen tijd nog gesproken?
- Wie zijn degenen die U praktische steun geven?
- En hoe ziet die praktische steun eruit?
- Zijn er mensen die u kunt vragen om even een boodschap te doen?
- Als u naar het ziekenhuis gaat, is er dan iemand die voor u rijdt?

### Rolverwisseling

De vraag is hier of de ziekte van de cliënt iets heeft veranderd aan de oorspronkelijke rollen. In deze voorbeelden wordt duidelijk hoe rolwisseling ingrijpt op bijvoorbeeld het emotionele leven van mensen.

“Toen mijn man ziek werd ben ik hem verloren. Ik leef met hem maar niet als partner. Ik heb al lang geleden afscheid van mijn partner genomen. Ik ben nu zijn verpleegkundige.”

“Vroeger toen mijn zoon thuis kwam ging hij altijd even zitten met een bakkie koffie en nu kijkt hij meteen in de koelkast en in de pillenbak. Ik vind dat niet gezellig.”

Mogelijke hulpvragen zijn:

- Hoe typeert u, als dochter, de relatie die u met u moeder heeft?
- Wat heeft de ziekte gedaan met uw moeder-dochter-relatie?
- In hoeverre is de moeder-dochter-relatie nog intact?
- Hoe ervaart u uw rol in de relatie met uw partner?
- Welke rol is het meest bepalend voor u in de relatie met uw partner?
- Wat is er voor u veranderd in de relatie sinds ziekte in uw gezin is gekomen?

### Committeren aan doelen

Verkrijgen van inzicht in de mate waarin de sociale bron(nen) zich in het doel kunnen vinden. Wanneer vijf betrokkenen een gesteld doel nastreven en twee niet, kunnen we ervan uitgaan dat dit vergaande consequenties heeft.

Mogelijke hulpvragen zijn:

- Hoe kijkt u aan tegen 'thuis wonen' met deze ziekte?
- Uw moeder / vader / echtgeno(o)t(e) wil graag zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Hoe kijkt u daar tegenaan?

## Hulp die bijdraagt aan doel cliënt

In de ideale situatie is iedereen eensgezind over het te behalen doel. Echter, mensen (sociale hulpbronnen) kunnen onderling verschillende perspectieven hebben op wat er aan de hand is en wat er nodig is om een doel te behalen. Dit wordt ook duidelijk uit het volgende voorbeeld:

“Casemanager Marianne ontdekt bij het invullen van de tool dat van de 15 sociale bronnen er 3 duidelijk bijdragen aan het doel van de cliënt: zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Daarnaast zijn nog twee sociale bronnen die hier sterk hun twijfels over hebben en het is voor haar niet duidelijk hoe de anderen erover denken.”

Mogelijke hulpvragen zijn:

- Uw moeder wil graag zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Hoe staat u daar tegenover?
- Als uw moeder thuis blijft wonen vraagt dat een bijdrage van betrokkenen. Hoe kijkt u hier tegenaan?

### Toelichting

In deze tool wordt een onderscheid gemaakt tussen emotionele steun en praktische steun, allebei noodzakelijk voor een kwalitatief goed sociaal netwerk. In een oogopslag wordt inzichtelijk of het cliëntsysteem in beide vormen van steun voorziet.

Geven van emotionele steun aan de cliënt en onderlinge steun aan elkaar

Je kijkt eerst naar de emotionele steun die gegeven wordt aan de cliënt zelf en vervolgens naar de steun die mensen elkaar geven binnen het cliëntsysteem.

“Mevrouw Boersma is de zus van meneer Boersma die nu dementerende is. Haar schoonzus Free is dag en nacht bezig met extra zorg en aandacht die meneer Boersma nu nodig heeft. Mevrouw Boersma neemt haar schoonzus een keer per week mee naar de stad en spreekt haar waardering uit voor de liefdevolle zorg die Free aan haar broer geeft.”

Mogelijke hulpvragen zijn:

Waarschijnlijk krijgt u op verschillende manieren steun van mensen. Sommige mensen geven praktische steun en anderen emotionele steun. Het is belangrijk dat u beiden krijgt.

- Kunt u vertellen bij wie u zich erg op uw gemak voelt?
- Tegen wie kunt u uw zorgen vertellen?
- Door wie voelt u zich gehoord / begrepen?
- Welke emotionele steun geeft u zelf?

Geven van praktische steun

“Mevrouw Terbroecke: ik vind het erg prettig om met mijn dochter uit Amerika te skypen. Ik kijk uit naar ‘ons’ moment. Ik vertel haar over van alles en voel me daar goed bij. Zij begrijpt me erg goed. Ze is echt ontzettend lief. Maar ja, als ik geen melk heb, ben ik erg blij als mijn kleinzoon van 3 straten verderop dat even voor me kan halen. Ook al zie ik dat hij het met tegenzin doet: ik ben wel even uit de brand.”

Mogelijke hulpvragen zijn:

- Zijn er terreinen waarop u steun krijgt? Hier valt te denken aan financiën, administratie, huishoudelijk werk, tuinieren.
- Welke praktische hulp krijgt u en van wie?
- Welke praktische hulp geeft u zelf en welke praktische hulp zou u nog meer kunnen geven?

### Draagkracht sociale bron

Je kunt gebruikmaken van gangbare instrumenten (bijvoorbeeld EDIZ en CSI) om zicht te krijgen op de aanwezige draagkracht. De resultaten hiervan vormen de basis voor het gesprek.

Mogelijke hulpvragen zijn:

- Wat is uw grootste zorg op dit moment?
- Waar haalt u de kracht vandaan om dit aan te kunnen?
- Hoe zorgt u voor uzelf om goed op krachten te blijven?
- Wat zou voor u de bekende druppel zijn die de emmer doet overlopen?

### Toelichting

De verschillende sociale bronnen staan in rijen van het schema. (Iedere sociale bron kan uit meerdere personen bestaan. Als bijvoorbeeld de sociale bron ‘kinderen’ 5 kinderen omvat, dan wordt het schema met 4 rijen uitgebreid en worden 5 rijen ingevuld.)

Per sociale bron wordt informatie ingevoerd over onderdelen van het systeem:

- rolwisseling
- committeren aan doel
- geven van concrete die bijdraagt aan het behalen van doel
- geven van emotionele steun aan cliënt
- geven van emotionele steun aan mantelzorger
- geven van coördinerende steun
- draagkracht van de betreffende sociale bron

Je vult de tool in aan de hand van de vragen.

Het wordt in één oogopslag duidelijk hoe de verhoudingen liggen. De ideale situatie is dat er overal ‘ja’ staat. Dat betekent dat iedereen eensgezind is over het te behalen doel en dat de casemanager ook goed zicht heeft op wat iedereen bijdraagt.

## Fase 2

# Planning: opstellen begeleidingsplan

# Fase 2. Planning: opstellen begeleidingsplan

## Wat kom je als casemanager tegen in deze fase?

De inzichten uit de inventarisatiefase vormen belangrijke input voor de planningsfase. De kern van deze fase is het opstellen van een begeleidingsplan. In een begeleidingsplan beschrijf je:

- bevindingen uit de inventarisatiefase;
- kwesties en vragen van de mensen met dementie en hun direct betrokkenen;
- vastgestelde doelen;
- gewenste aanpak en passende interventies;
- evaluatiemomenten.

Als casemanager ben je voortdurend in gesprek met je cliënt om het begeleidingsplan op te stellen en bij te werken. Tijdens het ziekteproces vinden immers allerlei kleine en grote veranderingen plaats die van invloed zijn op het plan. Praten met de cliënt is dan belangrijk. Eigenaarschap ondersteun je door met de directbetrokkenen te bepalen wat voor hen actueel en relevant is en dat te verwerken in het begeleidingsplan.

Een begeleidingsplan is belangrijk omdat:


- het expliciet in kaart brengt wat je als casemanager kunt doen en daadwerkelijk gaat doen. Deze explicitering draagt bij aan een goede afstemming binnen het netwerk en verantwoordt de financiering van het casemanagement. Ook helpt het bij het overdraagbaar maken van je werk;
- het ondersteuning biedt voor overleg met collega's binnen en buiten de eigen organisatie;
- het ondersteuning biedt bij de evaluatie van de zorg en begeleiding.

Vrijwel iedere organisatie of netwerk heeft een eigen vorm van begeleidingsplan, ook wel 'Zorg-Leefplan' genoemd. Ook stelt iedere organisatie eigen eisen aan de inhoud, de frequentie van actualisering en wijze van rapporteren. Het is van belang te weten wat voor jouw organisatie de werkwijze is bij het opstellen en evalueren van een begeleidingsplan. Als casemanager heb je te maken met het unieke verhaal van mensen. Dit verhaal ontstaat uit de ervaringen, meningen en de beleving van de direct betrokkenen. Een begeleidingsplan moet recht doen aan die unieke verhalen, maar is tegelijkertijd een instrument voor professionals die met standaarden en algemene regels werken. Je moet daar als casemanager een balans in zien te vinden.

Als casemanager bezoek je de cliënt met een bepaalde frequentie. Vaak doe je dit vanuit het 'Stepped-Care' model. Een lage frequentie wanneer het kan, ophogen wanneer nodig. Je voert overleg met collega's en andere professionals over de aanleiding om de frequentie te verhogen en hoe dit te realiseren. Soms spelen er kwesties die nog niet in het begeleidingsplan staan. Het is dan zaak het begeleidingsplan te actualiseren en te bespreken met betrokken professionals. Zo blijft een belangrijk doel gediend: het inzichtelijk maken van jouw inzet als casemanager en de resultaten daarvan. Het – kort – uitschrijven van je overwegingen om te handelen zoals je doet, maakt je bewuster van je eigen handelen. Daarnaast wordt het voor collega's makkelijker om jouw handelwijze te begrijpen en te vervolgen op de manier die jij hebt afgesproken met de cliënt en mantelzorgers.

## Welke methode en tool helpen in deze fase?

Voor deze fase presenteren we één methode en een bijbehorende tool (zie figuur 6).

Methoden	Tools	Type tool
Ondersteunen van het sociale netwerk	Netwerkanalyse • probleemformulering	

Figuur 6: Ontwikkelde methoden en tools begeleidingsfase 2

### METHODE

#### Ondersteunen van het sociale netwerk

Casemanagement houdt in dat je streeft naar optimale zelfregie van de cliënt en het betrokken netwerk. De casemanager is dus sterk gericht op de kwaliteit van het sociale netwerk en zal zijn interventies primair hierop richten. Voorafgaand aan deze interventies zal de casemanager op basis van een netwerkanalyse tot een probleemformulering komen. Dat is het vertrekpunt voor de netwerkinterventies.

#### Doel

Het systematisch in kaart brengen van het sociale netwerk van de cliënt.

#### Elementen van methodisch werken

- Zodra je een aanmelding heb gekregen beschouw je dit als een aanmelding van het hele netwerk. Dit kun je vormgeven door het netwerk actief te betrekken en te benadrukken dat het belangrijke informatie kan leveren. Het is belangrijk om te benadrukken dat je als casemanager inzet op een goede samenwerking met het sociale netwerk van de cliënt. Dit is een voorwaarde voor een goede werkrelatie en een (blijvende) betrokkenheid van het sociale netwerk.
- Toon als casemanager interesse in het perspectief van alle betrokkenen en zorg voor een geaccordeerde betrekking met alle betrokkenen. Ook als er gewerkt wordt met een centrale contactpersoon, blijft het perspectief van alle betrokkenen belangrijk.

### TOOL

#### Netwerkanalyse - probleemformulering

Door het functioneren van het sociale netwerk te verhelderen is het mogelijk een verantwoorde probleemformulering te maken. Deze formulering is de basis voor het bepalen van de juiste interventies.

#### Doel

Het vormen van hypothesen over het functioneren van het sociale netwerk en het formuleren van interventies.

#### Elementen van aanpak

- Werk na ieder huisbezoek de sociale-netwerkanalysekaart bij. Analyseer bij de sociale bronnen de betekenis daarvan voor de cliënt en zijn mantelzorgers. Mogelijke hulpvragen zijn:
  - \* Hoe ervaart u de steun van uw naasten?
  - \* Het valt mij op dat u veel emotionele steun krijgt, maar dat er minder mensen zijn die u praktische steun bieden. Klopt dat?

- Formuleer een hypothese over de kwaliteit van het sociale netwerk in relatie tot het doel van casemanagement dementiezorg. In schema 2 staan enkele voorbeelden van hypothesevorming op basis van verkregen informatie.

“Toen ik samen met de cliënt aan het praten was over haar netwerk kwam ik er achter dat zij veel spanning ervaarde door de conflicten tussen enkele van haar kinderen en haar partner en dat dat voor deze cliënt verstrekende gevolgen had op het gebied van emotionele steun, mantelzorgcapaciteit en dat het daarnaast ook een grote stressfactor was.”

“Nu wij het netwerk samen in kaart hebben gebracht wordt heel duidelijk dat er veel mensen zijn die u zouden kunnen helpen en dat die mensen nooit gevraagd zijn of ze dat zouden willen doen.”

“Wat opvalt bij het invullen van deze netwerkanalysekaart is dat u en uw partner beiden willen dat u thuis blijft en dat uw kinderen dat allemaal geen goed idee vinden.”

De informatie in schema 2 en de antwoorden op bovenstaande vragen zijn van belang om problemen helder te formuleren. Het helpt om gericht interventies in te zetten. Tegelijkertijd is het samen met cliënt en directbetrokkenen formuleren van problemen een eerste stap naar een interventie.

Onderdelen van het systeem	Probleem	Mogelijke interventies	Wie	Wanneer	Evaluatie
Rolverwaring	Rolverwaring	<p>Systeem helpen om oorspronkelijke rollen maximaal in te nemen door:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct communiceren over wensen behoeften en mogelijkheden</li> <li>• Krachtgericht werken</li> <li>• Rolverwaring bespreekbaar maken</li> </ul>			
Committeren aan doelen	Onvoldoende motivatie bij cliënt en systeem over doel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motiverende gespreksvoering</li> <li>• Psycho-educatie</li> </ul>			
	Eris in het familie-systeem geen gedeelde visie over de te nemen stappen in het vervolgtraject.	<p>Systeem helpen met verkrijgen van gemeenschappelijk draagvlak voor vervolgtraject.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meervoudig partijdig zijn <sup>4</sup></li> <li>• Gemeenschappelijk draagvlak creëren</li> <li>• Familieberaad</li> <li>• Shared Decision Making (SDM) met gehele systeem</li> </ul>			
Hulpbronnen zijn betrokken en actief	Een of enkele potentiële hulpbronnen zijn niet benut	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potentiële hulpbronnen (laten) benaderen</li> <li>• Familieberaad</li> </ul>			
Verschillende vormen van sociale steun	Sociale steun is eenzijdig benut	Met het sociale netwerk bespreekbaar maken en naar oplossingen zoeken voor een evenwichtige verdeling van de verschillende vormen van sociale steun			

<sup>4</sup> Deze interventie wordt nader toelicht in paragraaf: 'fase interventies plannen'

**Schema 2:** Voorbeeld van probleem naar interventies

# Fase 3

## Uitvoering begeleidingsplan

# Fase 3. Uitvoering begeleidingsplan

## Wat kom je als casemanager tegen in deze fase?

In deze fase voer je de zorg en begeleiding uit zoals je die samen met cliënten en mantelzorgers hebt vastgesteld. De eigen regie wordt in deze fase zoveel mogelijk gestimuleerd. De uitvoeringsfase is doorgaans langdurend. Uiteraard is dat afhankelijk van het moment waarop je als casemanager binnenkomt en hoe het ziekteproces van de cliënt verloopt. De verschillende taken die je als casemanager in deze begeleidingsfase hebt, lopen sterk uiteen per cliënt en inhoud van het begeleidingsplan.

## Welke methoden en tools verstevigen het methodisch werken in deze fase?

Voor deze fase presenteren we twee methoden en vijf bijbehorende tools (zie figuur 7).

Methoden	Tools	Type tool
Systematisch rapporteren	Inzicht krijgen in werkwijze rapportage	
	Hanteren van een format bij rapportage	
	Schrijven van rapportage	
-	Inzicht krijgen in de complexiteit van crisissen	
Werken met het sociale netwerk	Netwerkanalyse - interventies plannen	

Figuur 7: Ontwikkelde methoden en tools begeleidingsfase 3

### METHODE

#### Systematisch rapporteren

Een rapportage is het op een eenduidige, heldere, objectieve en gestructureerde wijze informatie en gegevens vastleggen en/of overbrengen aan een ander. Omdat je voor een langere periode het aanspreekpunt bent voor de cliënt, rapporteer je op de eerste plaats voor jezelf.

#### Doel

Het waarborgen van een volledig overzicht over het begeleidingsproces, van juiste informatieoverdracht en van het correct verantwoording afleggen over de inhoud van het begeleidingsproces.

Elementen van methodisch werken

- Stel vast wat het doel van rapporteren is;
- Stel vast wie de belanghebbenden zijn van een rapportage en wat zij ermee beogen;
- Draag zorg voor een eenduidige en heldere rapportage, passend bij het registratiesysteem;
- Bespreek regelmatig met collega's het nut en noodzaak van rapportage en de kwaliteit ervan
- Rapporteer of de rapportage voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen;



## TOOL

### Inzicht krijgen in werkwijze rapportage

Rapporteren gaat de één makkelijker af dan de ander. De kwaliteit ervan varieert. Ook de complexiteit van de cliëntsituatie kan daarop van invloed zijn. Het vraagt voortdurend bewustwording.

#### Doel

Het verhogen van de kwaliteit van rapportage.

#### Elementen van aanpak

- Schrijf op een vel papier aan wie je rapporteert
- Noteer hoe je rapporteert (schriftelijk, mondeling, digitaal)
- Stel jezelf de volgende vragen:
  - \* Rapporteer je na iedere huisbezoek of cliëntcontact?
  - \* Wat vind je voor jezelf de belangrijkste punten om te rapporteren?
  - \* Maak je gebruik van een methode om je rapportage vorm te geven?
  - \* Maak je gebruik van een checklist om te zien of je alle punten gerapporteerd hebt?
  - \* Maak je gebruik van een systeem om je rapportage te schrijven?
  - \* Wat is je eigen stijl om rapportages te schrijven?
  - \* Wat vind je het makkelijkst / moeilijkst om te rapporteren?
  - \* In welke gevallen wijk je af van je eigen rapportagestijl?
  - \* Welke cliëntsituaties vind je moeilijk om onder woorden te brengen?
  - \* Waar ben je de meeste tijd mee kwijt bij het schrijven van rapportage?
  - \* Wie of wat zou je helpen om een rapportage efficiënter vorm te geven?
  - \* Wat mis je (soms) in rapportages van collega's of andere professionals?
  - \* Biedt de rapportage houvast voor het waarborgen van een goede overdracht?
- Benoem op basis van deze vragen 3 punten waar je tevreden over bent bij het rapporteren en benoem 3 verbeterpunten waar je graag aan wilt werken.

## TOOL

### Hanteren van een format bij rapportage

Een format voor casemanagers dementie vraagt om specifieke punten. De SOAP methode wordt veel gebruikt voor rapportage binnen de gezondheidszorg. De letters SOAP staan voor Subjectieve gegevens, Objectieve gegevens, Analyse van zowel de subjectieve en objectieve gegevens en Planning. Subjectieve gegevens kunnen zowel door de cliënt als door de professional worden genoemd. Observaties van een professional kunnen behoorlijk subjectief zijn, terwijl wat een cliënt aangeeft ook objectieve elementen kan bevatten. Deze methode helpt je om dit onderscheid duidelijker te maken.

Het voordeel is dat er op een systematische manier gerapporteerd wordt en dat het meteen wordt verbonden aan probleemoplossend denken.

#### Doel

Het ondersteunen van een casemanager om snel en nauwkeurig te rapporteren.

## Elementen van aanpak

De rapportage over een huisbezoek kan onderverdeeld worden in 5 onderwerpen, echter niet elk onderwerp komt aan bod bij ieder huisbezoek. Bij ieder onderwerp pas je kort de SOAP methode toe (zie ook figuur 8).

### 1. Actualiseren van de vraag van de cliënt

S Noteer de (veranderende) vraag van de cliënt;

Noteer je eigen inzichten, ideeën, gedachten bij de vraag van de cliënt.

O Observeer of deze vraag nog actueel is. Wat zie je bij het gedrag van de cliënt? Noteer welke objectieve elementen de cliënt zelf noemt.

A Bepaal of de vraag van de cliënt nog actueel is en waarom wel of niet.

P Maak een plan en ga na hoe de cliënt hierop reageert.

### 2. Actualiseren van de cliëntsituatie / inhoud van het huisbezoek

S Noteer wat de cliënt zegt over de huidige situatie of wat mantelzorgers aangeven. Noteer je eigen inzichten, ideeën, gedachten, gevoelens, vermoedens bij de huidige situatie van de cliënt

O Observeer de thuissituatie. Noteer de inhoud en het verloop van het huisbezoek zodat je een compleet beeld krijgt van de actuele situatie van de cliënt. Noteer welke objectieve elementen de cliënt zelf noemt over de actuele situatie. Welke feiten hebben plaatsgevonden waarover de cliënt je informeert?

A Bepaal op basis van je observatie en van wat de cliënt vertelt of de vraag van de cliënt nog actueel is en waarom wel of niet.

P Rapporteer hoe de begeleiding aangepast moet worden op basis van de verkregen informatie. Ook als er handelingen worden uitgevoerd die niet in het begeleidingsplan staan, is het belangrijk deze te noteren. Hierdoor kun je het zorgplan van de cliënt weer actualiseren en kan de begeleiding weer aangepast worden.

### 3. Stemming en gedrag van de cliënt noteren

S Noteer de stemming en het gedrag van de cliënt tijdens het huisbezoek. Dit kan van invloed zijn op het begeleidingsproces van de cliënt. Noteer je eigen inzichten, ideeën, gedachten, gevoelens en vermoedens bij de stemming en het gedrag van de cliënt.

O Hoe reageerde de cliënt op je komst? Was de cliënt helder? Was er sprake van contact? Welk gedrag en gevoel liet de cliënt zien tijdens het gesprek? Je kunt op basis van je rapportage makkelijker terugrijpen op de situatie of een gesprek bij een volgend huisbezoek. Noteer welke objectieve elementen de cliënt zelf noemt.

A Welke conclusie kun je trekken? Wat denk je dat er aan de hand is?

P Maak een plan en ga na hoe de cliënt hierop reageert.

### 4. Mening van de cliënt, mantelzorger en familie

S Noteer welke onderwerpen de cliënt en zijn mantelzorger(s) bezighouden (voor nu en de toekomst) en wat hierbij voor hen belangrijk is. Noteer je eigen inzichten, ideeën, gedachten over mening van de cliënt, en zijn mantelzorger(s).

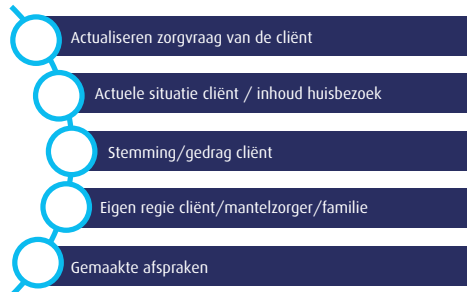
O Observeer of er zorgen of onduidelijkheden zijn bij de cliënt of zijn mantelzorger(s). En of er misschien sprake is van onenigheid. Noteer welke objectieve elementen de cliënt zelf noemt.

A Welke conclusie kun je trekken over hoe cliënten en hun mantelzorger(s) tegenover voor hen relevante onderwerpen staan?

P Noteer het plan (interventie, plannen van het vervolgesprek) dat je uit gaat zetten en ga na hoe de cliënt hierop reageert.

## 5. Gemaakte afspraken

P Noteer de afspraken die zijn gemaakt met de cliënt(en).



**Figuur 8:** Format van de rapportage

### TOOL

#### Schrijven van de rapportage

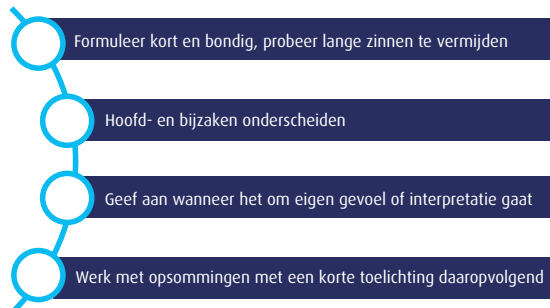
Rapportages moeten doelgericht, helder en beknopt geschreven worden. Zo vergroot je de kans dat de lezer de informatie snel begrijpt en je je doel snel behaalt.

#### Doel

Het schrijven van korte, bondige, overzichtelijke en efficiënte rapportages.

#### Elementen van aanpak

• Figuur 9 brengt vier elementen van aanpak in beeld rondom het schrijven van de rapportage



**Figuur 9:** Schrijven van de rapportage

### TOOL

#### Inzicht krijgen in de complexiteit van crisissen

In een crisis is de huidige zorg en begeleiding ontoereikend. In een langdurig proces waarin het steeds slechter gaat met de cliënt kun je het omslagpunt waarop de zorg (tijdelijk) ontoereikend is soms zien aankomen. Je kunt dan voorbereidingen treffen om cliënt en zijn mantelzorgers voor te bereiden.

#### Doel

Het ondersteunen van de bewustwording over inhoud en betekenis van crisis en het creëren van zicht van acties bij verschillende typen crisis.

#### Elementen van aanpak

- Analyseer de situatie en kijk of je kunt onderscheiden welk type crisis er speelt. Zie hiervoor de Tool op pagina 42 en de Factsheet Crisis op pagina 43.
- Geef aan welke acties je onderneemt.
- Noteer wie je daarbij nodig hebt.
- Gebruik deze tool een maand en blik dan terug. Stel jezelf de volgende reflectieve vragen:
  - \* Wat valt je op?
  - \* Welke type crisis komt vaak voor?
  - \* Helpt het om een onderscheid te maken tussen typen crisissen?
  - \* Wie schakel je het vaakst in bij een crisis?
  - \* Helpt het om acties per type crisis uit te schrijven? Kun je daardoor sneller teruggrijpen op wat je eerder deed?

Datum:  
Naam cliënt:  
Naam zorgbegeleider

Doel van dit formulier: Complexiteit van een crisis ontleden door een onderverdeling te maken in drie verschillende typen. Zicht krijgen op wanneer je wat doet en wie je daarbij betreft.		
Welke - mogelijke - crisis signaleer ik?	Welke acties onderneem ik?	Tot wie richt ik mij A mijzelf als professional / collega zorgbegeleider B cliënt / mantelzorg C eigen organisatie D Netwerk Dementie Drenthe E huisharts G thuisgeleiding H specialist ouderengeskunde I thuiszorg J GGZ K CZ L zorgkantoor M overig
Zorgcrisis: wegvallen mantelzorg; vaste hulpverleners vallen uit.	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M
Persoonlijke crisis tot uiting komend in: ontremd gedrag, misbruik van middelen, zwerfgedrag, extreme paranoïde, agressie, angst	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M
Somatische crisis met voornamelijk zorgproblemen: medicijnintoxicatie, CVA, delier, comorbiditeit, Collomfractuur	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M

Voor achterzijde zie pagina 43

## Fact Sheet Crisis

### Over crisissituaties bij mensen met dementie in de thuissituatie die zorg en begeleiding ontvangen van zorgbegeleiders dementie.

#### Definitie

"Er is een crisissituatie als een cliënt binnen 24 uur hulp nodig heeft. In een crisissituatie is de zorg ontoereikend. Er is sprake van acute somatische klachten, ernstige gedragsproblemen (wanen, verbaal gedrag), problemen met de openbare orde, er dreigt gevaar voor cliënt of mantelzorg, of het wegvallen van steunfactoren als gevolg van overbelasting."

#### Type crisis

Somatische crisis

Zorg crisis

Persoonlijke crisis

#### Rekbaar begrip

- Er is een verschil tussen een geplande en ongeplande crisis;
- Een crisis verschilt per persoon;
- Niet te pas en te onpas de term crisis gebruiken;
- Doorvragen is belangrijk, is er echt sprake van een crisis?
- Het is en blijft moeilijk te omschrijven wat crisis nou precies is.
- Juist in het 'rekbare begrip' zit ook een speelruimte voor jezelf als professional.

### Effect van een crisis op professioneel handelen:

De vraag naar zorg neemt toe. Je agenda verdwijnt, crisis heeft prioriteit.

Wat kun je doen als zorgbegeleider?

- Ga er eerst naar toe
- Rust bewaren
- Soms even afstand nemen
- Korte lijnen onderhouden met alle partijen

### Stel jezelf enkele vragen:

- Bestaat er een gevaar voor de cliënt en/of mantelzorg(er)s?
- Wat zijn de wensen van de cliënt?
- Wat zijn de wensen van de mantelzorg?
- Komen de wensen overeen?
- Wie zijn er bij betrokken?
- Wat heb ik aan zien komen?
- Wat heb ik nog verder nodig aan informatie?
- Wie heeft de crisis gemeld?
- Waar liggen de verantwoordelijkheden?
- Welke indicatiestelling is nodig of reeds aanwezig?
- Waar is plek voor deze cliënt?

### Stelling

Crisis moet je voorkomen

### Reacties

**Eens.** Als zorgbegeleider dien je een crisis te alle tijde te voorkomen.

**Oneens.** Je wilt voorkomen, maar dit sluit vaak niet aan bij wat de cliënt / mantelzorg wil. Een crisis kan een sterk signaal zijn om iets in beweging te zetten. Zo kan een crisis een positieve uitkomst bieden.

**Eens.** Kun je niet voorkomen.

De kans is zeer groot dat je wat overheikt.

**Oneens.** Het gaat ook vaak wel goed. Je kunt er alles aan doen om een crisis te voorkomen. Soms verloopt een crisis te snel.

Crisis kun je niet voorkomen en is

onherroepelijk verbonden aan het proces dementie

### Evaluatie van de crisis

Inzicht krijgen in wat goed ging en wat niet. Gebruik hierbij het formulier "Evaluatie Crisis Formulier"

## METHODE

### Werken met het sociale netwerk

Mensen met dementie maken deel uit van een sociaal netwerk. Dat netwerk is van essentieel belang voor het functioneren van de cliënt. De bijdrage van leden van het netwerk is daarvoor onmisbaar. Het functioneren van een netwerk wordt ook bepaald door hoe de onderlinge verhoudingen zijn. Soms is ondersteuning nodig om tot een goede onderlinge samenwerking te komen.

### Doel

Het effectief ondersteunen van het sociale netwerk van de cliënt.

### Elementen van methodisch werken

- Verkrijg inzicht in het functioneren van het sociale netwerk.
- Breng in kaart uit wie het sociale netwerk vormen en wat ieders bijdrage daaraan is.
- Stel vragen om inzicht te krijgen over de onderlinge verhoudingen binnen het sociale netwerk.
- Bepaal, samen met het sociale netwerk, of en welke ondersteuning passend is.
- Communiceer voortdurend wederzijdse verwachtingen.

## TOOL

### Netwerkanalyse - interventies plannen

De casemanager is tijdens het hele begeleidingsproces gericht op het totale sociale netwerk. Als er problemen zijn vastgesteld in het sociale netwerk worden interventies gekozen. Deze tool helpt om geprotocolleerd te werken met sociale netwerken vanaf begeleidingsfase 1.

### Doel

Helpen het systemisch werken verder vorm te geven in de interventiefase. Aanreiken van handvatten om het systeem te versterken, zowel gericht op individuen als op de interacties tussen die individuen.

### Elementen van aanpak

- Als je een probleem uit het netwerk herkent en vaststelt kijk je welke interventie aangewezen is en bereid je je voor op de uitvoering van deze interventie.
- Twee specifieke interventies, die vermeld staan in Schema 2, worden hieronder nader toegelicht.

### Interventie: Het familiegesprek

Veel families vinden het moeilijk om problematische zaken met elkaar te bespreken. De casemanager die ziet dat een sociaal netwerk / cliëntensysteem vastloopt op het moment dat ze in gesprek gaan, biedt aan om het gesprek te leiden, zodanig dat iedereen zijn of haar visie kan geven en dat naar iedereen geluisterd wordt.

“Door het doen van deze netwerkanalyse werden mij de verschillende visies op benodigde zorg duidelijk en vroeger zou ik in zo’n geval gezegd hebben: ‘ik wil graag één contactpersoon’, en het daar vervolgens bij laten. Laatst merkte ik dat ik in zo’n situatie zei: ik merk dat jullie met zijn allen aan het zoeken zijn naar wat nu de beste manier is om te kunnen omgaan met de gevolgen die deze ziekte met zich meebrengt.  
Hoe denken jullie hier uit te komen?”

### Interventie: Meervoudig partijdig zijn

De casemanager komt regelmatig in contact met sociale netwerken waarin verschillende en daarmee soms conflicterende visies zijn. Wanneer je een conflict in het systeem ervaart probeer je met iedereen contact op te bouwen en tegelijkertijd geen partij te worden in het conflict. De casemanager is er voor alle betrokkenen.

“De zoon en dochter van mevrouw Jansen hadden ruzie omdat de dochter het onverantwoord vond dat haar broer ontzettend zijn best had gedaan om het rijbewijs voor zijn moeder te behouden. De dochter was boos omdat ze het erg onveilig vond als moeder ging autorijden. De wijkverpleegkundige was zowel partij voor de zoon: ‘ik hoor dat u erg u best doet om het uw moeder zo goed mogelijk naar de zin te maken’ als voor de dochter: ‘ik begrijp dat u zich zorgen maakt om het welzijn van uw moeder’. De wijkverpleegkundige gaat verder en zegt: ‘jullie willen beiden het beste voor jullie moeder’. Dit wordt door hen beaamd. De weg is nu weer vrij voor een gesprek.”

Netwerkanalyse tool - Inventarisatie onderdelen van het cliëntsysteem							
Naam cliënt:	Netwerkanalyse tool - Inventarisatie onderdelen van het cliëntsysteem						
Sociale bron	Rolverwisseling	Committert zich aan doelen	Geeft concrete hulp die bijdraagt aan behalen doel cliënt/ doelecasemanager	Geeft emotionele steun aan cliënt	Geeft emotionele steun aan mantelzorgers	Geeft coördinerende hulp	Dragkracht
<b>1. Partner</b>	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Voldoende O Onvoldoende
<b>2. Kinderen</b>	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Voldoende O Onvoldoende
<b>3. Overige familie</b>	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Voldoende O Onvoldoende
<b>4. Buren</b>	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Voldoende O Onvoldoende
<b>5. Vrienden</b>	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Voldoende O Onvoldoende
<b>6. Organisatie</b>	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Voldoende O Onvoldoende
<b>7. Professionals</b>	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Voldoende O Onvoldoende
<b>8. Anderen</b>	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Ja O Nee O ?	O Voldoende O Onvoldoende

Schema 1: Netwerkanalyse

Onderdelen van het systeem	Probleem	Mogelijke interventies	Wie	Wanneer	Evaluatie
Rolverwaring	Rolverwaring	Systeem helpen om oorspronkelijke rollen maximaal in te nemen door: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct communiceren over wensen behoeften en mogelijkheden</li> <li>• Krachtgericht werken</li> <li>• Rolverwaring bespreekbaar maken</li> </ul>			
Committeren aan doelen	Onvoldoende motivatie bij cliënt en systeem over doel Er is in het familie-systeem geen gedeelde visie over de te nemen stappen in het vervolgtraject.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motiverende gespreksvoering</li> <li>• Psycho-educatie</li> </ul> Systeem helpen met verkrijgen van gemeenschappelijk draagvlak voor vervolgtraject. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meervoudig partijdig zijn <sup>4</sup></li> <li>• Gemeenschappelijk draagvlak creëren</li> <li>• Familieberaad</li> <li>• Shared Decision Making (SDM) met gehele systeem</li> </ul>			
Hulpbronnen zijn betrokken en actief	Een of enkele potentiële hulpbronnen zijn niet benut	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potentiële hulpbronnen (laten) benaderen</li> <li>• Familieberaad</li> </ul>			
Verschuiven van sociale steun	Sociale steun is eenzijdig benut	Met het sociale netwerk bespreekbaar maken en naar oplossingen zoeken voor een evenwichtige verdeling van de verschillende vormen van sociale steun			

<sup>4</sup> Deze interventie wordt nader toegelicht in paragraaf: 'fase interventies plannen'

Schema 2: Voorbeeld van probleem naar interventies

# Fase 4

## Evaluatie

# Fase 4. Evaluatie

## Wat kom je als casemanager tegen in deze fase?

Van casemanagers dementie wordt gevraagd de schaarse middelen en beschikbare tijd doelmatig en passend in te zetten. Een evaluatie biedt alle betrokkenen de gelegenheid de kwaliteit van de geboden begeleiding te waarderen en het begeleidingsplan bij te stellen. Een evaluatie is behulpzaam bij het vaststellen of de geboden begeleiding het best voortgezet, bijgesteld of beëindigd kan worden. Ook helpt een evaluatie om een gefundeerd antwoord te geven op de vraag welke effecten de geboden zorg en begeleiding hebben gehad en welke betekenis daaraan gegeven is.

Systematisch evalueren betekent: eenduidigheid in wat je evalueert en met wie. Doelgericht evalueren betekent: helder vaststellen wat je beoogt met evalueren. Er zijn verschillende momenten van evaluatie te onderscheiden: doorlopend, tussentijds en op het einde van de casemanagement (zie tabel 1).

### Doorlopende evaluatie

De doorlopende evaluatie vindt bij ieder contact plaats. Het is een evaluatie gericht op het zicht krijgen op de huidige stand van zaken: wat gaat goed, wat verloopt moeizamer. Deze evaluatie is ook te zien als een vorm van gegevensverzameling. Het geeft zicht op de actuele stand van zaken. Op basis hiervan bepaal je welke interventies je inzet en hoe je dat doet.

### Tussentijdse evaluatie

De tussentijdse evaluatie vindt minder vaak plaats, gemiddeld 1 of 2 keer per jaar. Deze evaluatie is erop gericht terug te kijken op een langere periode. Een tussenevaluatie kun je alleen doen of organiseren met andere professionals door een cliënt in te brengen in een Multidisciplinair Overleg (MDO). Tijdens een MDO kun je gezamenlijk kijken naar de vraag of er efficiënt gewerkt is met en tussen professionals. Een tussenevaluatie kun je ook uitvoeren in het bijzijn van de cliënt of je kiest voor een aparte evaluatie met cliënt en mantelzorgers. Een tussenevaluatie met het informele zorgsysteem verschilt van een regulier huisbezoek, omdat je (meer) aandacht schenkt aan de grote lijnen van het proces. Je kijkt samen of de cliënt en zijn mantelzorgers nog achter de doelen staan en je geeft ruimte om je handelen te bespreken.

### Eindevaluatie

Deze evaluatie is gericht op het waarderen van het gehele traject van casemanagement. Dat kan plaatsvinden bij verhuizing van de persoon met dementie, opname in een verpleeghuis, bij overdracht naar een collega-casemanager of bij overlijden. Bij een eindevaluatie blik je terug op de gestelde doelen en probeer je de resultaten van je acties te beoordelen. Je kijkt naar factoren die ervoor zorgden dat het wel of niet is gelopen zoals je had gepland. Deze beoordeling kun je alleen doen, met een collega, met andere professionals of met de naasten van de cliënt.

Moment van evaluatie	Met wie evalueren	Wat evalueren	Welk doel heeft evalueren
Doorlopende evaluatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persoon met dementie</li> <li>• Mantelzorgers</li> </ul>	1. Huidige stand van zaken	2. Gegevens verzamelen
Tussentijdse evaluatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alleen (voor jezelf)</li> <li>• Professionals (MDO)</li> <li>• Alleen met persoon met dementie</li> <li>• Alleen met mantelzorgers</li> <li>• Met persoon met dementie én mantelzorgers</li> </ul>	3. Langere periode	4. Samenwerking en afstemming tussen professionals in kaart te brengen 5. Draagvlak met doelen in kaart te brengen
Eind evaluatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantelzorgers</li> </ul>	6. Gehele traject casemanagement	7. Afsluiting casemanagement 8. Overdracht 9. Samenwerking en afstemming tussen professionals in kaart te brengen

Tabel 1: Fase evaluatie casemanagement dementie

## Welke methoden en tools helpen je in deze fase?

Voor deze begeleidingsfase presenteren we één methode en de bijbehorende tools (zie figuur 10).

Methoden	Tools	Type tool
Systematisch en doelgericht evalueren	Evalueren met cliënten door casemanagers	
	Topiclijst voor cliënten ter voorbereiding op het evaluatiegesprek	
	Evaluatie van crisis	

Figuur 10: Ontwikkelde methoden en tools begeleidingsfase 4

### METHODEN

#### Systematisch en doelgericht evalueren

Je kunt verschillende tools inzetten om het proces te evalueren. Je kunt zelf een leidraad gebruiken ter voorbereiding of tijdens de uitvoer van een evaluatie, je kunt cliënten een overzicht geven van de punten die aan bod komen tijdens de evaluatie en je kunt evalueren door te kijken naar de samenwerking met ketenpartners.

#### Doel

Het systematisch en doelgericht evalueren van de relatie, het proces en de uitkomsten van zorg en begeleiding.

### Elementen van methodisch werken

- Ga na welke afspraken er zijn binnen je organisatie rond frequentie en planning van een doorlopende, een tussentijdse en de eindevaluatie.
- Stel vast wat het doel is van een evaluatie in de specifieke cliëntsituatie.
- Bepaal met wie je wilt evalueren.
- Overleg met de cliënt hoe hij zich wil voorbereiden op de evaluatie en biedt daarbij, indien nodig, ondersteuning (Tool voorbereiding van cliënt).
- Plan de tussentijdse evaluaties met de cliënt in een vroeg stadium.
- Bepaal welk instrument je gebruikt bij je evaluatie.
- We onderscheiden drie hoofdonderwerpen bij een evaluatie namelijk: relatie, proces en uitkomsten. Het meest volledig is om alle drie (kort) aan bod te laten komen tijdens een evaluatie.
- Ga voor jezelf na waarom je er bij deze cliënt voor kiest om samen met mantelzorgers of juist aparte evaluaties te houden.
- Stel je zelf reflectieve vragen: Wat zijn je uitkomstverwachtingen van het tussentijdse evaluatiegesprek? Wie of wat bepalen deze uitkomstverwachtingen? Ga na of deze inschatting klopt.

**Voorbeeld 1:** je hebt de indruk dat je cliënt geen behoefte heeft aan een evaluatie, maar klopt dit? Zo ja, probeer de cliënt ervan te overtuigen dat een goede evaluatie onderdeel is van het proces van casemanagement.

**Voorbeeld 2:** de houding van de cliënt (mantelzorgers en overige familieleden) is erg negatief. Je maakt de inschatting dat een evaluatie weinig meerwaarde heeft, maar klopt dit? Een tussentijdse evaluatie kan ook de lucht klaren.

- Bepaal op welke manier je de evaluatie wilt uitvoeren.
- Bereid je voor op de onderwerpen van de evaluatie: relatie, proces en uitkomsten.
- Gebruik de tool Topiclijst Evaluatie voor casemanagers.
- Bedenk wat de positie en inbreng is van de cliënt. Op welke manier kun je de eigen regie van een cliënt tijdens een evaluatie behouden?
- Ga na om welke redenen je afziet van een evaluatie met de cliënt.

### TOOL

#### Evalueren met cliënten door casemanagers

Deze tool bestaat uit drie onderwerpen: relatie, proces en uitkomsten. De lijst met onderwerpen en bijpassende vragen kan je als casemanager helpen om de tussentijdse evaluatie of eindevaluatie met (vooral) het informele zorgnetwerk vorm te geven.

#### Doel

Casemanagers krijgen handvatten voor de tussentijdse evaluatie met het informele zorgnetwerk.

### Elementen van aanpak

- Bereid jezelf voor door nog een keer naar je rapportage en het zorgbegeleidingsplan te kijken.
- Maak op basis van je rapportage en het zorgbegeleidingsplan een agenda voor het evaluatiegesprek



• Je kunt tijdens het gesprek vragen stellen rondom de drie hoofdonderwerpen:

- \* Relatie
- \* Proces
- \* Uitkomsten

Deze onderwerpen zijn onderverdeeld in verschillende sub-onderwerpen (zie hieronder de leidraad voor casemanagers dementie bij de evaluatie met cliënten). De voorbeeld vragen zijn opgesteld als open vragen, zodat er een gesprek ontstaat.

- \* Onder “Relatie” staan vier sub onderwerpen
- \* Het sub-onderwerp “Vertrouwensrelatie” hoef je niet uit te vragen bij cliënten. Ga voor jezelf na of het je gelukt is om een werkrelatie / vertrouwensband op te bouwen met de cliënt(en) en noteer waar dit uit blijkt en wat je jezelf nog als doel wilt stellen om dit te verbeteren;
- \* Onder “Uitkomsten” staan verschillende vragen geformuleerd die enkel voor jezelf als professional zijn bedoeld. Deze vragen hoef je niet letterlijk uit te vragen bij de cliënt. Met deze vragen kun je richting geven aan de tussentijdse of evaluevaluatie voor jezelf ten aanzien van eerder geformuleerde doelen.

## TOOL

### Topiclijst voor cliënten ter voorbereiding op het evaluatiegesprek

Cliënten zijn over het algemeen bijzonder tevreden met een casemanager. Ze waarderen de casemanagers om hun luisterend oor, de tijd die ze nemen en de wetenschap dat casemanager echt naast hun staat. Cliënten kunnen ook vanwege hun afhankelijkheid van jou als casemanager zwijgen over verbeterpunten. Bovendien kunnen ze jouw functioneren moeilijk vergelijken met dat van anderen. Cliënten kunnen daardoor minder kritisch zijn.

Daarbij leven veel cliënten in het nu, de problemen van vandaag zijn al groot genoeg. Als er gevraagd wordt naar wat er beter kan, komen cliënten met weinig punten. Mogelijk helpt een overzicht van de punten die aan bod zullen komen tijdens de evaluatie hen om van te voren enkele vragen of punten te bedenken.

## Doel

Het ondersteunen van cliënt en mantelzorgers in hun voorbereiding op een evaluatiegesprek met de casemanager

## Elementen van aanpak

- Maak een afspraak voor een evaluatiegesprek en geef tijdens het laatste huisbezoek voorafgaand aan het evaluatiegesprek deze topiclijst of stuur deze op.
- Geef aan dat ze het evaluatiegesprek niet hoeven voor te bereiden, maar dat het hen kan helpen als ze weten wat er aan bod komt.

Leidraad voor casemanagers bij de evaluatie met cliënten	
Relatie	<b>Vertrouwensband (NIET UITVRAGEN BIJ CLIËNT)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Heb je een band opgebouwd met:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• de persoon met dementie (hoe is dat gelukt?)</li> <li>• mantelzorgers (overige familie) (hoe is dat gelukt?)</li> </ul> </li> </ul>
	<b>Verwachtingen en ondersteuning van de casemanager</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Heb ik u geholpen bij het vinden van de weg in de dementie zorg?</li> <li>• Wat was uw verwachting van de begeleiding van mij als uw casemanager? (is de verwachting uitgekomen?)</li> </ul>
	<b>Contact</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kunt u uw verhaal kwijt?</li> <li>• Kan ik zaken op een begrijpelijke manier uitleggen?</li> <li>• Wat vindt u van de frequentie dat ik langskom?</li> <li>• We hebben doorgaans telefonisch contact / via WhatsApp / ... vindt u dat prettig?</li> </ul>
Proces	<b>Handelen van casemanager</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat vindt u van de manier waarop ik u en uw [invullen wat van toepassing is] tot op dit moment geleid heb?</li> </ul>
	<b>Mantelzorg t.a.v. de persoon met dementie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat vindt u de grootste uitdaging in de zorg van uw naaste? Kan ik u daarin ondersteunen?</li> </ul>
	<b>Draagkracht / draaglast</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat levert u energie op?</li> <li>• Wat kost u het meest energie?</li> <li>• Wat zou u graag veranderd willen zien?</li> <li>• Vraag met betrekking tot het sociaal netwerk; welke mogelijkheden ziet u om die te vergroten?</li> </ul>
	<b>Coördinatie van zorg</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe ervaart u de afstemming tussen de organisaties en professionals?</li> <li>• Waar heeft u last van?</li> <li>• Wat ervaart u als echte steun?</li> <li>• Wat verwacht u van de professionals? Maken zij dat waar?</li> </ul>
	<b>Informatie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Heeft u goede informatie gekregen over mogelijkheden, hulp en informatie</li> <li>• Is de uitleg van mij, als casemanager, helder?</li> </ul>
Uitkomsten	<b>Overleg en samenwerking</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voelt u zich betrokken bij de beslissingen die we samen nemen?</li> <li>• Wat vindt u van de manier waarop ik u op de hoogte houd over de samenwerking met andere professionals?</li> <li>• Heb ik u kunnen ondersteunen in het nemen van beslissingen over zorg, ondersteuning, woonsituatie?</li> </ul>
	<b>Doelen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De doelen die ik als casemanager heb gesteld zijn [Noteren voor jezelf; NIET vragen aan cliënt]</li> <li>• De doelen die we samen gesteld hebben zijn [zie begeleidingsplan, vervolgens ieder doel bespreken]               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Doel voor doel doornemen:</li> </ul> </li> <li>• Welke doelen zijn inmiddels behaald? [Noteren voor jezelf; NIET vragen aan cliënt]</li> <li>• Welke doelen zijn niet behaald en wat is hiervan de reden? [Noteren voor jezelf; NIET vragen aan cliënt]</li> <li>• Staat u nog achter de gekozen doelen?</li> <li>• Zijn er nieuwe zorgvragen die meegenomen dienen te worden voor het vervolg?</li> <li>• Hoe vindt u dat wij hebben samengewerkt om deze doelen te bereiken?</li> </ul>

## Vragenlijst voor mensen met (verschijnselen van) dementie en mantelzorgers ter voorbereiding op het evaluatiegesprek met de casemanager

### Verwachtingen van de casemanager

1. Heeft uw casemanager u geholpen bij het vinden van de weg in de dementiezorg?
2. Kreeg u zo vaak begeleiding van uw casemanager als u wilde?
3. Is uw verwachting van de begeleiding van uw casemanager uitgekomen?

### Informatie

4. Heeft u goede informatie ontvangen tijdens de begeleiding door de casemanager?

### Contact

5. Heeft u het gevoel dat u uw verhaal kwijt kunt bij de casemanager?
6. Heeft de casemanager genoeg tijd voor u? Kunt u omschrijven waar dat uit blijkt?
7. Komt de casemanager gemaakte afspraken na?
8. Wat vindt u van de wijze waarop de casemanager contact onderhoudt?

### Begeleiding

9. Zijn er momenten geweest dat u het niet eens was met de handswijze van uw casemanager?  
Hoe bent u daar samen met de casemanager uitgekomen?
10. Heeft u het gevoel dat u voldoende inspraak hebt in de beslissingen die worden genomen?

### Algemeen oordeel

11. Wat waardeert u met meest aan de begeleiding van uw casemanager?
12. Welk advies geeft u graag aan uw casemanager?

## TOOL

### Evaluatie van crisis



Gedurende het proces van begeleiding door de casemanager kan er een crisissituatie ontstaan. Hiervoor kunnen verschillende aanleidingen zijn.

- een zorgcrisis (bijvoorbeeld wanneer de primaire mantelzorger ineens wegvalt);
- een crisis in gedrag of met psychiatrische symptomen (al dan niet gerelateerd aan dementie);
- een somatische crisis met voornamelijk zorgproblemen of met een vermoeden van dementie.

### Doel

Het systematisch evalueren van de afhandeling van een crisis.

### Elementen van aanpak

- Ga je na waar je wel tevreden over bent bij de afhandeling van de crisis
- Bepaal waar je minder of niet tevreden over bent bij de afhandeling van de crisis. Welke barrières lagen hieraan ten grondslag? Raadpleeg Evaluatieformulier van crisis.
- Geef aan door wie of wat deze barrières veroorzaakt zijn.
- Stel jezelf reflectieve vragen:
  - \* Heb ik meer inzicht gekregen dankzij dit formulier?
  - \* Waren de barrières onvermijdelijk? Of te (deels) te voorkomen?
  - \* Wat kan ik zelf doen om de barrières een volgende keer te voorkomen?
- Gebruik het formulier Evaluatieformulier van crisis gedurende een maand. Bespreek je verkregen inzichten met collega's. Ga na of definitie van crisis, oorzaken en afhandeling overeenkomen dan wel verschillen. Bepaal op basis daarvan een gezamenlijke aanpak.

**Doel van dit formulier:** Zicht krijgen waar je tevreden over bent tijdens of na de afhandeling van een crisis. Met dit formulier kun je ook inzicht krijgen welke factoren verstorend werken en door wie of wat deze veroorzaakt worden. Door de formulieren een periode te gebruiken met meerdere collega's kan duidelijk worden waar collega's binnen van ondervinden en welke factoren opgelost zouden moeten worden. Dit formulier dient daarom ook als startpunt voor een discussie over de afhandeling van crisis met team onderling.

**Wat is goed verlopen tijdens de afhandeling van een crisis?**

Welke barrières ondervind ik bij de afhandeling van een crisis?	Door wie wordt dit veroorzaakt? Codes A t/ m M verwijzen naar professionals of instanties												
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1. Kennis/envaring	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2. Gebrek aan gesprekstechnieken	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3. Overzicht van de sociale kaart	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4. Delen van verantwoordelijkheden	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5. Zorgmijders	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6. Gebrekkige rapportage	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7. Financiën	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8. Wijzigingen in wet,- en regelgeving	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9. Concurrentie binnen het netwerk	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10. Grootte van het werkgebied	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11. Tekort aan crisisbeelden	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12. Werkdruk	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13. Tijdgebrek	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**Vragen ten aanzien van de vervolgstap:**

\*Wie heeft de crisis gemeld? \*Wat valt verder op? \*Wat ga ik anders doen? \*Welke acties ga ik op basis van deze evaluatie ondernemen?

\*Met wie ga ik een IMDO organiseren? \* ...

# Verantwoording

Deze werkmethode is het resultaat van een tweejarig innovatieproject waarin (docent-) onderzoekers, hogeschool studenten en casemanagers dementie uit de netwerken Drenthe, Midden-/Noordwest Twente en Nijmegen hebben samengewerkt.

De hoofdvraag van dit project was: Met welke methodieken kunnen casemanagers dementie hun professioneel functioneren binnen de informele zorgnetwerken en binnen de keten dementiezorg versterken? De doelstellingen van het project waren:

- Het versterken van het methodisch werken van casemanagers dementie binnen het informele zorgnetwerk en binnen de keten dementiezorg.
- Het ontwikkelen van evidence based methodieken die daaraan bijdragen.

Casemanagers dementie hebben aangegeven aan welke methoden en tools zij behoefte hebben.

Samen met de onderzoekers zijn die vervolgens op een systematische wijze ontwikkeld. Kenmerkend daaraan was het doorlopen van een cyclisch proces.

In dit project is gewerkt vanuit principes van Practice Development. Kenmerkend aan deze innovatiestrategie is dat het kwaliteitsverhoging beoogt voor zowel de cliënt als de professional. Practice Development is een proces dat recht doet aan de bestaande werksituatie en onderzoekt hoe die verbeterd kan worden. Het proces bestaat uit kritisch denken, bewustwording van routinematig handelen, het zoeken naar het beste bewijsmateriaal en het kijken naar de afdelingscultuur waarin de (nieuwe) praktijkvoering geïmplementeerd moet worden.

De voortgang van het project en de opbrengsten ervan, zijn intensief gevolgd door een consortium. In het Consortium waren landelijke experts en projectleiders van de drie dementienetwerken vertegenwoordigd: Paul-Jeroen Verkade<sup>5</sup>, Tiertsje Kuipers<sup>6</sup>, Margje Mahler<sup>7</sup>, Corine van Maar<sup>8</sup>, Jacomine de Lange<sup>9</sup>, Bert Kraan<sup>10</sup>, Judith Kroes<sup>11</sup>, Els van der Veen<sup>12</sup>, Martina Janssen-van Ieperen<sup>13</sup> en Trudy Jacobs<sup>14</sup>. Dit consortium heeft de voortgang bewaakt en inhoudelijke sturing gegeven op de innovatiestrategie en het aanpalende onderzoek.

Ieder netwerk is vertegenwoordigd door een werkgroep. In deze werkgroep kwamen casemanagers regelmatig samen. Vertegenwoordigers van deze werkgroepen hebben in twee centrale werkbijeenkomsten ervaringen en resultaten gedeeld. De werkgroepen zijn begeleid door de (docent-) onderzoekers.

De werkgroepen binnen de netwerken hebben samen met de twee onderzoekers tools ontwikkeld. In tabel 2 geven we aan waarom deze tools tot stand zijn gekomen en in tabel 3 hoe deze tools tot stand zijn gekomen.

**Tabel 2:** Overzicht van tools per netwerk en met welke reden(en) deze zijn ontwikkeld.

Tool	Ontwikkeld in netwerk	Redenen voor ontwikkeling
Ontwikkelen missie en visie	Nijmegen	Duidelijk maken voor cliënten en professionals wat casemanagers doen. Richting en kaders geven aan casemanagers ten aanzien van hun missie en visie
Communiceren van competenties, expertise en taken van casemanagers	Drenthe	Hulpmiddel bieden om competenties, taken en meerwaarde van casemanagement dementie (nog) beter onder woorden te brengen
Adviezen van ketenpartners	Drenthe Nijmegen Twente <sup>14</sup>	Het tegen gaan van onduidelijkheid welke cliënten wel/ niet casemanagement ontvangen binnen het netwerk
Evaluatie van crisis	Drenthe	Wens om leidraad op te stellen voor een zo compleet mogelijke intake
Leidraad verzamelen gegevens	Twente	Een leidraad geven om een zo compleet mogelijk intake te kunnen af nemen
Vorbereiding op een huisbezoek		Een hulpmiddel voor in het bijzonder beginnende casemanagers
Bevorderen van autonomie, veiligheid en hygiëne		
Contact maken		
Informatie delen over dementie		
Netwerkanalyse tool – inventarisatie van mogelijkheden	Nijmegen	Hulpmiddel om systemisch te werken
Netwerkanalyse tool – probleemformulering		
Inzicht krijgen in werkwijze rapportage	Drenthe	Hulpmiddel om de kwaliteit van de rapportage te verbeteren
Hanteren van een format van rapportage		
Schrijven van de rapportage		
Inzicht krijgen in de complexiteit van crisissen		Hulpmiddel om meer grip te krijgen op crisis dat verschillend wordt opgevat en ingevuld. Inzicht krijgen in wat je wanneer doet.
Netwerkanalyse tool – interventies plannen	Nijmegen	Hulpmiddel om systemisch te werken
Evalueren met cliënten door casemanagers	Drenthe Nijmegen Twente	Hulpmiddel om het methodisch werken rondom een evaluatie te verstevigen
Vorbereiding op een evaluatie door cliënten		

<sup>14</sup>Hiermee bedoelen we het Netwerk Midden,- Noord/West Twente

De uiteindelijke werkmethode is tot stand gekomen in een intensief proces van het schrijven van conceptversies en het bespreken daarvan met experts uit het consortium en casemanagers uit de praktijk.

**Tabel 3:** Ontwikkelproces tools

Tool	Systematische reflectie door:				
	Theorie	Systematisch verzamelde empirische data (praktijkpilot)	Casemanagers in de werkgroep op concepten	Casemanagers in de werkgroep én binnen het netwerk op concepten	Voorbeelden / soortgelijke tools/ meet-instrumenten
Deel I	Ontwikkelen missie en visie	X	X	X	X
	Communiceren van competenties, expertise en taken van casemanagers			X	X
	Adviezen van ketenpartners		X		
Deel II	Leidraad verzamelen gegevens			X	
	Vorbereiding op een huisbezoek			X	X
	Bevorderen van autonomie, veiligheid en hygiëne	X	X		X
	Contact maken		X	X	
	Informatie delen over dementie		X		
	Netwerkanalyse tool – inventarisatie van mogelijkheden		X		
	Netwerkanalyse tool – probleemformulering	X		X	X
	Inzicht krijgen in werkwijze rapportage	X		X	X
	Hanteren van een format van rapportage	X	X	X	
	Schrijven van de rapportage	X	X	X	
	Inzicht krijgen in de complexiteit van crisissen	X	X	X	
	Evaluatie van crisis			X	X
	Netwerkanalyse tool – interventies plannen			X	X
Evalueren met cliënten door casemanagers	X		X	X	
Vorbereiding op een evaluatie door cliënten		X		X	

# Bronnen

- Braas C., van Couwelaar, R., Kat, J. 2006 *Rapporteren*. Groningen / Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Brink C., Lucassen A., Middelaar M., Poll A. 2013 *Methoden en instrumenten zelfregie: voor ondersteuning van mensen in kwetsbare situaties*. Utrecht: Movisie.
- Brink C., Poll A, 2012 *Werken vanuit zelfregie: wat houdt het in?* Utrecht: Movisie.
- Finnema E., Smits CHM, Zwakhalen S. (red.), 2014 *Verpleegkundige zorgverlening aan ouderen*. Den Haag: Boom Lemma.
- Holsbrink-Engels G., 2009. Hoe (Zo) *Volwassen? Een methodiek in het begeleiden van jongeren met probleemgedrag van 16-23 jaar*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Jacobs M. 2009 *Goed verpleegkundig dossier sleutel tot minder incidenten: Waarom een goed dossier onmisbaar is*. Nursing, 14-17.
- Lange de J. 2014 *Casemanagement dementie een complexe baan*. Tijdschrift voor praktijkondersteuning, 9; 2, 47-49.
- Mahler M., Meerveld J. 2013 *Zorgstandaard Dementie*. Utrecht / Amersfoort: Vilans, Alzheimer Nederland.
- Mahler M., Rühl A., Cuijpers M., 2013 *Casemanagement, op weg naar passende zorg en ondersteuning dichtbij*. Utrecht: Vilans.
- Molenaar H. 1992 *SOAP-rapportage: Naar een goede schriftelijke informatie overdracht*. Tijdschrift voor verzorgenden, 12, 390-394.
- Munten G., Legius M., Niessen T., Snoeren M., Jukema JS., Harps-Timmerman A., 2012 *Practice Development. Naar een duurzame verandering van zorg- en onderwijspraktijken*. Den Haag: Boom Lemma.
- Peeters JM, Francke AL, Pot AM. 2011 *Organisatie en invulling van "casemanagement dementie" in Nederland, verslaglegging van een landelijke peiling onder regionale projectleiders*. Utrecht: NIVEL.
- Peeters JM, Lange de J., Asch van I., Spreeuwenberg P., Veerbeek M., Pot AM., Francke AL. 2012 *Landelijke evaluatie van casemanagement dementie*, NIVEL / Trimbos-instituut.
- Regouin W. & Schamp P. 2004 *Rapportage, gids voor zorg, hulp en dienstverlening*. Assen: Koninklijke van Gorcum BV.
- Schuurmans M., Lambregts J., Projectgroep V&V 2020, Grotendorst A. (red.). Bepsprofiel verpleegkundige, verpleegkundigen & verzorgenden 2020. Deel 3. Utrecht V&VN.
- Verkade PJ. 2011 *Handboek casemanagement bij dementie*. Heerhugowaard: Geriant.
- Verkade PJ., Kuipers T., Wees van C., Mieremet W., Lenselink J., 2012. *Expertisegebied Casemanagement Dementie*. Utrecht: V&VN.
- Vliet van, J. & Jukema JS. (red.) 2014. *Perspectieven op ouder worden en de sociaal professionals*. Den Haag: Boom Lemma BV.
- Zuizewind CA., de Veer. AJE., Triemstra M., Peeters JM., van der Hoek L., Plass AMC. 2014 *CQ-index Casemanagement Dementie De kwaliteit van casemanagement dementie vanuit het perspectief van de mantelzorger*. Utrecht: NIVEL.

## Vindplaatsen voor praktische informatie & tools

- Alzheimer Nederland  
[www.alzheimer-nederland.nl](http://www.alzheimer-nederland.nl)
- Alzheimer Experience  
[www.alzheimerexperience.nl](http://www.alzheimerexperience.nl)
- V&VN Casemanagement Dementie  
[www.casemanagersdementie.venvn.nl](http://www.casemanagersdementie.venvn.nl)

- CBO  
[www.cbo.nl](http://www.cbo.nl)
- Expertise Centrum Dementie Vlaanderen  
[www.dementie.be](http://www.dementie.be)
- Expertise Centrum Mantelzorg  
[www.expertisecentrummantelzorg.nl](http://www.expertisecentrummantelzorg.nl)
  - \* Ecogram
  - \* Genogram
  - \* CSI (Caregiver Strain Index)
  - \* EDIZ (Ervaren druk voor informele zorg)
- Goed Gebruik  
[www.goedgebruik.nl](http://www.goedgebruik.nl)
  - \* Zelfredzaamheidsradar
- Handreiking "Kansen in de Keten"  
[www.handreikingketenzorg.nl](http://www.handreikingketenzorg.nl)
- In voor zorg  
[www.invoorzorg.nl](http://www.invoorzorg.nl)
  - \* Toolkit casemanagement dementie
- Innovatiekring Dementie  
[www.innovatiekringedementie.nl](http://www.innovatiekringedementie.nl)
- Markant  
[www.markant.org](http://www.markant.org)
- Moderne Dementiezorg  
[www.moderne-dementiezorg.nl](http://www.moderne-dementiezorg.nl)
- Movisie  
[www.movisie.nl](http://www.movisie.nl)
- Nederlands Kenniscentrum Ouderenspsychiatrie  
[www.nkop.nl](http://www.nkop.nl)
  - \* Meetinstrumenten - Zorgmaken schaal
- Nederlands Huisartsen genootschap  
[www.nhg.nl](http://www.nhg.nl)
  - \* NHG-Standaard Dementie
- Netwerk Dementie Noordwest Veluwe  
[www.dementieoordwestveluwe.nl](http://www.dementieoordwestveluwe.nl)
  - \* Tools voor casemanagers
- Vilans  
[www.vilans.nl](http://www.vilans.nl)
- Zorg voor beter – kennisplein voor verpleging verzorging thuis  
[www.zorgvoorbeter.nl/](http://www.zorgvoorbeter.nl/)
  - \* Richtlijnen dementie



Nicole Ketelaar  
Jan S. Jukema  
Marlies van Bommel  
Marian Adriaansen  
Carolien Smits