

BPSW

beroepsvereniging
van professionals
in sociaal werk

Expertiseprofiel

Casemanager Dementie

Sociaal Werk Zorg

Inhoud

<i>Inleiding</i>	4
<i>Leeswijzer</i>	5
<i>1. Dementie vraagt professioneel casemanagement</i>	6
Dementie	6
Cliënten en cliëntstelsel	7
Casemanagement dementie volgens de Zorgstandaard (2013)	7
Verklaring en doel Casemanagement Dementie	8
De casemanager dementie	8
Dementieketen	9
<i>2. Visie</i>	10
Visie op casemanagement dementie door sociaal werk zorg	10
Casemanagement dementie	10
Eén cliënt, één contactpersoon	10
Onafhankelijk	10
Van a tot z	10
Focus op cliënt én cliëntstelsel in de thuissituatie	11
Gezamenlijke besluitvorming	11
Matched care-principe	11
Advance care planning-principe	11
Multidisciplinair werken in de dementieketen	12
Visie op organisatie van het dementienetwerk	12
Focus op sociale kwaliteit	12
Sociaal werk zorg	13
Specifieke kennis, vaardigheden en ervaring op het gebied van dementie(zorg)	13
Dementie en de (on)mogelijkheden van behandeling	13
Mantelzorgbelasting	14
Wetten, regels, financiële vraagstukken	14
Opleiding en nascholing Casemanager dementie	14
<i>3. De rollen van de sociaal werker zorg als casemanager dementie</i>	15
Het CanMeds-model en de casemanager dementie sociaal werk zorg	15
Sociaal werker zorg: kerntaken en kwalificaties,	17
<i>4. Competenties casemanager dementie sociaal werk zorg</i>	18
Casemanager dementie in de rol van zorgverlener	18
De rol van communicator	20
De rol van samenwerkingspartner	21
De rol van reflectieve evidence based practice-professional	22
De rol van gezondheidsbevorderaar	23
De rol van organisator	24
De rol van professional en kwaliteitsbevorderaar	25

5. Nawoord	26
Bijlage 1	28
Kerntaken en kwalificaties, specifieke kennisbasis en bouwstenen sociaal werk zorg	28
Bijlage 2	31
Werkwijze en consultatie	31
Colofon	32

Inleiding

Rond het jaar 2000 verscheen de casemanager dementie in Nederland in het domein sociaal werk en gezondheidszorg en verspreidde zich daarna mede dankzij diverse landelijke programma's¹. Voor u ligt het expertiseprofiel casemanager dementie sociaal werk zorg. Bij dit expertiseprofiel heeft de functiegroep 'casemanagement dementie door sociaal werk zorg' altijd de beste zorg voor mensen met dementie en hun cliëntensysteem als uitgangspunt genomen. Mensen met dementie willen zo lang mogelijk thuis in hun vertrouwde omgeving blijven functioneren. Ze willen zo lang mogelijk meedoen in de samenleving en zo min mogelijk wisseling van gezichten achter de voordeur. Gezamenlijk streven mensen met dementie, hun cliëntensysteem en het zorgsysteem naar erkenning en herkenning van 'wie je was en wie je bent' en van de ervaringen en problemen die ontstaan als je wordt geconfronteerd met dementie.

Belang eenduidige organisatie casemanagement dementie

Dementie vraagt om een brede én specifieke expertise: het expertisegebied van de sociaal werker zorg als casemanager dementie. De afgelopen jaren is veel discussie geweest over de deskundigheid die nodig is voor casemanagement dementie. Dit expertiseprofiel is hierop een antwoord en beschrijft die noodzakelijke deskundigheid. In de Zorgstandaard Dementie van 2013² en de eerste versie van het Expertisegebied (2012)³ wordt minimaal hbo-niveau als vereiste genoemd om het beroep casemanager dementie goed te kunnen uitoefenen. De voorkeur wordt daarin uitgesproken voor casemanagers met een verpleegkundige of psychosociale achtergrond. Verschillende professionals met diverse vooropleidingen voeren inmiddels casemanagement dementie op veel verschillende manieren uit. In de loop van de jaren ontstonden allerlei varianten in het casemanagement. Daarin heeft de casemanager niet meer altijd de exclusieve hoofdrol, zoals dat oorspronkelijk beoogd en beschreven is in de Zorgstandaard Dementie. Deze ontwikkeling leidde tot verwarring bij cliënten⁴, het cliëntensysteem en verwijzers, zoals huisartsen. Ook was het aanleiding tot hernieuwde discussie over de opleidings- en competentie-eisen. Op dit moment is er op landelijk en regionaal niveau geen eenduidige organisatie van het casemanagement dementie. Dit vormt een risico voor uniforme kwaliteit en continuïteit van zorg voor mensen met dementie. Het is daarom van groot belang dat er een geactualiseerd competentieprofiel is waarin rollen, kennis en vaardigheden voor dit complexe werkgebied zijn beschreven. In 2017 heeft de vakgroep van de V&VN het expertiseprofiel uit 2012 samen met maatschappelijk werkers geactualiseerd. Omdat in dit profiel is gekozen voor de benaming casemanagement door een 'dementie verpleegkundige', is door de BPSW besloten een expertiseprofiel voor casemanagement dementie op te stellen specifiek voor sociaal werk zorg/gezondheidszorg maatschappelijk werk. Dit nieuwe expertiseprofiel is een competentieprofiel. De competenties zijn uitgewerkt aan de hand van zeven CanMEDS-rollen. In hoofdstuk 3 leest u hierover meer.

Opleidingsachtergrond casemanagement dementie

Bij de opleidingsachtergrond casemanagement dementie wordt hier bedoeld op sociaal werk zorg en gezondheidszorg maatschappelijk werk. In het voorjaar van 2015 stelden hogescholen in de sector hogere sociale studies (hss) - voorheen hoger sociaal enagogisch onderwijs, hsa - hun koers vast voor het opleidingsdomein sociaal werk. De hogescholen gaan allemaal over naar het opleidingsprofiel sociaal werk met een van de volgende verdiepingsprofielen: sociaal werk welzijn en samenleving, sociaal werk zorg of sociaal werk jeugd. Op moment van schrijven zijn er nog geen professionals afgestudeerd met het nieuwe profiel sociaal werk zorg. Voor de leesbaarheid van het expertiseprofiel is ervoor gekozen om alleen sociaal werk zorg (swz) te gebruiken. Hierbij worden zowel de gezondheidszorg maatschappelijk werkers als de sociaal werkers zorg bedoeld.

¹ Landelijk Dementie Programma (2005-2008), Leidraad Ketenzorg Dementie (2009), Zorgstandaard Dementie (2013), Actieplan Casemanagement dementie (2016-2017) en het praktijk-verbeterprogramma Dementiezorg voor Elkaar (2017-2020).

² Zorgstandaard Dementie 2013

³ Expertisegebied 2012

⁴ De opleiders verstaan onder cliënt: mensen met dementie, patiënten, cliënten met een vorm van dementie dan wel hersenaandoening die vergelijkbare verschijnselen vertonen.

Leeswijzer

In dit expertiseprofiel spreken we van casemanagers dementie swz. Hiermee worden zowel de casemanagers sociaal werkers zorg als de casemanagers gezondheidszorg maatschappelijk werkers bedoeld (zie ook inleiding).

Hoofdstuk 1 **Dementie en het belang van casemanagement**

Hier worden het ziektebeeld dementie, de cliënten en hun hulpvraag verklaard, en wordt de verbinding gelegd met casemanagement dementie. Wat is de (meer)waarde van de sociaal werker zorg als casemanager dementie?

Hoofdstuk 2 **Inhoudelijke visie**

De inhoudelijke visie op casemanagement dementie door sociaal werk zorg staat in dit hoofdstuk centraal. Wat is het doel, wat kenmerkt het werk inhoudelijk en welke verantwoordelijkheden heeft een casemanager dementie swz? Aansluitend volgt de focus op cliënt en cliëntensysteem, shared decision making, anticiperend beleid en multidisciplinair werken, gevolgd door de visie op de organisatie van het dementienetwerk.

Hoofdstuk 3 **De rollen van de sociaal werker zorg als casemanager dementie**

Dit hoofdstuk beschrijft de CanMeds-rollen van de sociaal werker zorg en de casemanager dementie sociaal werk zorg. Er is een overzicht opgenomen van de kerntaken en kwalificaties en er wordt stilgestaan bij de specifieke kennisbasis. Aansluitend volgt een opsomming van de bouwstenen op de diverse terreinen van Sociaal Werk.

Hoofdstuk 4 **De competenties van de casemanager dementie sociaal werk zorg**

In dit hoofdstuk zijn de dementie-specifieke competenties (kennis, vaardigheden en attitude) uitgewerkt.

Hoofdstuk 5 **Nawoord**

Het nawoord is een pleidooi voor een stevige visie op en borging van casemanagement dementie.

Bijlage 1 **Kerntaken en kwalificaties, specifieke kennisbasis en bouwstenen sociaal werk zorg**

Deze bijlage geeft een uitwerking van de kerntaken, kennisbasis en bouwstenen behorend bij hoofdstuk 3.

Bijlage 2 **Werkwijze**

In deze bijlage wordt de werkwijze kort geschetst en staan al diegenen genoemd die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van dit expertiseprofiel.

1. Dementie vraagt professioneel casemanagement

In Nederland zijn nu ruim 270.000 mensen met dementie. Dit aantal zal als gevolg van de vergrijzing stijgen naar meer dan een half miljoen in 2040. Dementie is dan naar de verwachting van het RIVM de belangrijkste doodsoorzaak in Nederland. Het aantal sterfgevallen door dementie zal toenemen van 14.000 in 2015 tot bijna 40.000 in 2040. Ruim 70 procent van de mensen met dementie woont thuis en wordt verzorgd door hun naaste familie en/of omgeving, de zogenoemde mantelzorgers. Op dit moment is dementie niet te voorkomen of te genezen en zal men ermee moeten 'leren leven'. Dat geldt voor zowel de personen die dementie krijgen als voor hun naaste familie, vrienden en bekenden⁵. Rond elk mens met dementie bieden gemiddeld drie personen mantelzorg. Meer dan de helft van deze mantelzorgers is overbelast⁶. Zowel fysiek als psychisch is de zorg voor iemand met dementie zwaar. Steeds meer mantelzorgers hebben zelf hulp nodig. Mantelzorgers zijn zeer tevreden met het casemanagement. Zij hebben hiermee veelal positieve ervaringen en geven de zorg in het geheel een 8,2 op een schaal van 0 tot 10⁷.

Bij het leren leven met dementie is het sociaal domein belangrijk. De aanpak van dementie moet meer sociaal dan medisch zijn. De focus moet niet liggen op de aandoening maar op (het verbeteren van) de leefwereld van de persoon met dementie en diens omgeving. Juist de sociale context is van groot belang, want mensen met dementie kunnen zich steeds moeilijker aanpassen naarmate de ziekte vordert. Daarom is het belangrijk te achterhalen welke aanpassingen van die context de kwaliteit van leven kunnen verhogen⁸. Het is belangrijk dat cliënten en hun leefomgeving een vast en vertrouwd aanspreekpunt hebben. Iemand die langdurig beschikbaar is en specifieke kennis heeft van dementie en de mogelijkheden voor welzijn, welbevinden, behandeling, zorg en begeleiding daarbij.

Dementie

De casemanager dementie swz richt zich op mensen met een diagnose dementie of het vermoeden van dementie (pluis/niet pluis-fase). Dementie betekent letterlijk: zijn geest verliezen. Het onvermogen de eigen gedachten te sturen en niet meer te kunnen putten uit herinneringen aan het voorbije leven, is een van de ingrijpendste gebeurtenissen die een mens kan overkomen. Men spreekt van dementie als wordt voldaan aan de criteria van de DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders). Kort samengevat houdt dit in dat naast een geheugenstoornis ook een andere stoornis in de cognitieve functies moet bestaan. Beide zijn dan zo ernstig dat het functioneren bemoeilijkt wordt. Dementie is een verzamelnaam voor ruim vijftig ziektes die niet te genezen zijn. Het is daarmee een palliatieve ziekte. De meest voorkomende vorm is de ziekte van Alzheimer. Daarnaast komen vasculaire dementie, frontotemporale dementie (FTD) en Lewy body dementie veel voor⁹.

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

⁵ Dit wordt benadrukt door Wim van Meeren (Raad van Bestuur CZ) die stelt dat het belangrijk is meer te investeren in het sociale domein dan in het zorgdomein

⁶ Bron: Overbelasting mantelzorgers bij dementie neemt toe, Stichting Alzheimer Nederland

⁷ CQ-index Casemanagement Dementie De kwaliteit van casemanagement dementie vanuit het perspectief van de mantelzorger

⁸ Bron: Sociale Benadering Dementie, Anne-Mei The

⁹ Bron: Lambrechts J., Grotendorst A. Leren van de toekomst. Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2012

Cliënten en cliëntensysteem

Met een cliëntensysteem wordt het netwerk om de cliënt bedoeld. Dit is een groep van mensen (zoals de mantelzorgers) die in het leven van de cliënt(en) een rol speelt, maar waarvan de leden niet tegelijkertijd ook cliënt hoeven te zijn. Zij moeten leren omgaan met de persoon met dementie en ook zelf komen tot inzicht in en acceptatie van de ziekte van hun dierbare (coping). Belangenbehartigers, zaakwaarnemers en/of vertrouwenspersonen die deel uitmaken van het cliëntensysteem van een cliënt zijn zelf in de regel geen cliënt.¹⁰

De benodigde ondersteuning loopt bij dementie qua aard en intensiteit niet per se parallel aan de verschillende stadia of fasen van het dementieproces. Zo kan de complexiteit van de psychosociale hulpvraag en zorg in de startfase – bij het idee dat er iets niet klopt (pluis/niet-pluis) – en het daaropvolgende diagnostisch traject groot zijn. Zowel voor de cliënt zelf, als voor het cliëntensysteem.

Gedurende het soms grillige ziektebeloop kunnen zich op onverwachte momenten crisissen voordoen. Bijvoorbeeld als een partner van iemand met dementie ziek wordt of overlijdt of als een andere centrale mantelzorgers uitvalt. Ook een andere ziekte of een incident of valpartij met daaropvolgend ziekenhuisverblijf is hiervan een voorbeeld. Het is ook mogelijk dat de zorgintensiteit thuis aanzienlijk oploopt, waardoor opname in een woonzorgcentrum of verpleeghuis noodzakelijk wordt. Zulke situaties vragen om goede afstemming met betrokken disciplines. Daarnaast kunnen er verschillende behoeften, belangen en opvattingen zijn bij de dementerende en het cliëntensysteem.

Partners van mensen met dementie zijn over het algemeen op leeftijd en hebben relatief meer gezondheidsproblemen. Uit onderzoek van het VUMc blijkt dat 40% van de mantelzorgers symptomen vertoont van ernstige depressie. Bij vijf procent zijn de klachten zo erg, dat de mantelzorgers zelfmoordgedachten heeft.¹¹ Zorgen voor iemand met dementie betekent vaak een verandering van rol en is zwaar. Mantelzorgers die samenwonen met en zorgen voor een persoon met dementie voelen zich vaak tamelijk belast tot overbelast (59 procent). Niet zelden is structurele overbelasting van de mantelzorg aanleiding om de mens met dementie te laten opnemen in een verpleeghuis. In de afgelopen 15 jaar zijn er in heel Nederland initiatieven ontstaan om thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers beter te begeleiden en daarvoor specifieke zorg en ondersteuning te ontwikkelen. Nationale verspreiding en borging in elke regio is echter een langdurig proces.

Casemanagement dementie volgens de Zorgstandaard (2013)

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

¹⁰ Bron: Beroepscode voor maatschappelijk werkers

¹¹ Bron: Groot deel mantelzorgers depressieve klachten, Dementie.nl, 11 mei 2017

Verklaring en doel Casemanagement Dementie

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

“Het systematisch aanbieden van gecoördineerde behandeling, zorg en ondersteuning door een vaste professional, die deel uitmaakt van een lokaal samenwerkingsverband gericht op thuiswonende mensen met dementie en hun naasten, gedurende het hele traject van niet pluis of de diagnose tot aan opname (in een woonvorm voor mensen met dementie) of overlijden.”

Vanuit het Actieplan casemanagement dementie is eind 2016 de start van casemanagement aangescherpt: vanaf de start van het (medisch en/of zorg-)diagnostisch traject, zo snel mogelijk als de cliënt wil, zonder onnodige wachttijden of wachtlijsten.

Casemanagement dementie bevat de volgende psychosociale componenten:

- Het optimaliseren van het welbevinden en de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun naasten.
- Het signaleren en adequaat handelen bij co-morbiditeit en stemmings- en gedragsproblemen.
- Het minimaliseren van emotionele problemen en overbelasting van het cliëntsysteem (spanning, angst, depressie).

Deze componenten kunnen zorgen dat ook uitstel van opnames of verplaatsingen naar andere woonvormen mogelijk wordt. Daarnaast kan hiermee goed afgestemde ondersteuning voor een cliënt met dementie gerealiseerd worden, zodat zij/hij zo goed mogelijk tot zijn recht komt. Casemanagement is een belangrijke methodische uitwerking, waarbij geïntegreerd en over de domeinen heen wordt gewerkt.

De casemanager dementie

Op verschillende plaatsen in de tekst geeft de Zorgstandaard Dementie (2013) nadere invulling aan het casemanagement dementie. Zo wordt duidelijk gemaakt dat tijdens het dementieproces de zorgbehoeften veranderen en complexer worden. Een vertrouwd en vast aanspreekpunt voor mensen met dementie en hun cliëntsysteem is daarom nodig. Een eventueel onderscheid tussen generalistisch en specialistisch casemanagement heeft geen basis in de Zorgstandaard. Integendeel, centraal staat continuïteit in zorg én in welbevinden van de mens.

Vanuit casemanagement dementie wordt ook outreachend gewerkt. Dit om verwaarlozing en overbelasting van mantelzorgers te voorkomen. Uit het oogpunt van doelmatigheid en toekomstbestendigheid is alertheid geboden in een complex afstemmingstraject. Daarmee kan stapeling van interventies ondervangen worden. Casemanagement dementie wordt geïntegreerd aangeboden met een onafhankelijke casemanager als vast aanspreekpunt. Zij/hij legt ook de verbinding met de medische aspecten van de ziekte. Het integrale medische beleid hiervoor wordt neergelegd bij één medische discipline.

Bij dementie is sprake van verminderde sturing op drie niveaus: van de persoon met dementie zelf, van het cliëntsysteem en van het professionele en informele zorgsysteem rondom het cliëntsysteem. De Zorgstandaard Dementie (2013) stelt dat zorgvuldige vaststelling van de zorgbehoefte van de persoon met dementie en van de draaglast en draagkracht van het mantelzorgsysteem van evident belang is.

Bij zorgdiagnostiek worden twaalf zorgdimensies in ogenschouw genomen; zeven zijn cliënt gerelateerd, twee zorgverlener gerelateerd en drie gaan over de situatie of het cliëntsysteem (zie tabel in de Zorgstandaard)¹².

¹² Bron: Zorgstandaard Dementie, pag. 22 – 2.3.2

Cliënt gerelateerd	Zorgverlener gerelateerd	Situatie of cliëntsysteem gerelateerd
Aard en ernst dementie	Mantelzorg	Familie en sociaal netwerk
Gedrag en beleving	Professionele zorgverlening	Woonomstandigheden
Persoon en copingstijl		Veiligheid, administratie en juridische zaken
Wensen, preferenties en aversies		
Lichamelijke gezondheid		
Zelfredzaamheid		
Dagstructuur en bezigheden		

Figuur 1 - De 12 zorgdimensies

In principe wordt vanaf de start van het diagnostisch traject aan elk cliëntsysteem casemanagement dementie aangeboden. De casemanager dementie swz is de vaste persoon en heeft als taak:

- de regie op de genoemde drie niveaus c.q. twaalf zorgdimensies te bewaken;
- de inzet van de verschillende (in)formele zorg- en hulpverleners te coördineren;
- af te stemmen met de medisch eindverantwoordelijke;
- eventueel zelf hulp te bieden.

Zo lang mogelijk wordt het regelvermogen – indien nodig met ondersteuning – bij de persoon zelf en diens cliëntsysteem gelaten. Hierbij monitort de sociaal werker zorg, anticiperend op de ontwikkelingen, steeds het evenwicht tussen draagkracht en draaglast van het cliëntsysteem. Daarmee is ook het uitvallen van mantelzorgers sneller te signaleren en vaak te voorkomen.

Dementieketen

Ten slotte benadrukt de Zorgstandaard Dementie (2013) dat casemanagement geen losstaande functie is, maar een vast en leidend onderdeel van de regionale dementieketen. Er moeten afspraken tussen ketenpartners zijn over de inbedding van het casemanagement in de keten. Casemanagement is bestuurlijk geregeld met een bestuurlijke overeenkomst. Het voldoet aan de eisen die, conform de actuele zorgstandaard, aan casemanagement gesteld worden. Daarbij moeten ook waarborgen zijn ingebouwd om casemanagement te kunnen uitvoeren onafhankelijk van het bestaande zorgaanbod en de eventuele organisatiebelangen van de werkgever waar de sociaal werker zorg in dienst is. In vrijwel alle regio's is het casemanagement dementie ingebed in een regionale samenwerkingsvorm; dementieketen of dementienetwerk genoemd. Een enkele regio heeft besloten deze casemanagers onder te brengen in een afzonderlijke organisatie voor casemanagement.

2. Visie

Visie op casemanagement dementie door sociaal werk zorg

Vanwege de grote impact van dementie op psychosociaal gebied bij zowel de cliënt als het cliëntsysteem is de rol van casemanager dementie bij uitstek geschikt voor de sociaal werker zorg. Zoals ook blijkt uit het boek 'Dagelijks Leven met Dementie' van prof. A.M. The is het voor mensen met dementie van belang dat de nadruk niet (primair) ligt op de aandoening zelf, maar op zijn/haar leefwereld en die van zijn /haar naasten. De sociale benadering van dementie geeft hier invulling aan.¹³ Professionals sociaal werk bevorderen sociaal functioneren en sociale kwaliteit en zij kijken daarbij naar de wisselwerking van mensen en hun sociale omgeving.¹⁴ Zij werken vanuit een brede visie op factoren die van invloed kunnen zijn op het sociaal functioneren: individuele factoren, omgevingsfactoren en gemeenschapsfactoren. Sociaal werkers zorg zijn deskundig op het gebied van psychosociale diagnostiek, begeleiding, ondersteuning en casemanagement.

Casemanagement dementie

Casemanagement is een methodiek waarmee de sociaal werker zorg in de basis wordt opgeleid als een mogelijkheid voor mensen die sterk afhankelijk (lijken te) zijn van hulp- en dienstverlening. Het kan hen helpen om de greep op hun leven (terug) te krijgen. Door de vervulling van hun, door hen zelf als zodanig benoemde, behoeften of op door hen zelfgekozen wijzen, en met door hen zelf (mede) te gebruiken middelen. De sociaal werker zorg die casemanagement dementie uitvoert heeft specifieke kennis van dementie en handelt vanuit dit begrip methodisch, systematisch en evidence based, volgens een cyclisch proces in een multidisciplinaire setting. De sociaal werker zorg maakt hierbij gebruik van de kennis die zij/hij heeft verkregen door een aanvullende post-hbo-opleiding casemanagement dementie, gebaseerd op de in dit expertiseprofiel beschreven CanMEDS-rollen. Zij/hij kent en herkent hierdoor de verschillende fasen, die zeer divers, complex en soms grillig kunnen verlopen, en de voortgang en prognose daarvan.

De casemanager dementie swz is coördinator van welzijn, behandeling, zorg en ondersteuning. Zij/hij is langdurig beschikbaar en deskundig op het gebied van: dementie, de gevolgen ervan en de mogelijkheden voor welzijn, behandeling, ondersteuning en medische zorg. Bij de psychosociale diagnostiek worden gewenste doelen, benodigde vaardigheden en de mogelijke hulpbronnen in de omgeving vastgesteld. Hierbij worden mensen met dementie en hun leefsysteem actief betrokken. Het is daarbij belangrijk voldoende aandacht te hebben voor de omgeving en het functioneren op meerdere leefgebieden en domeinen.

Eén cliënt, één contactpersoon

Het casemanagement dementie wordt vervuld door één professional. Het aangaan van een zorgrelatie met mensen met dementie vraagt specifieke deskundigheid vanwege het karakter van de ziekte. De casemanager dementie swz zorgt voor verbinding met en tussen alle bij de cliënt betrokken professionals. En zij/hij bewaakt de continuïteit in de zorgrelatie met de cliënt en het cliëntsysteem en houdt zicht op hun draagkracht en draaglast.

Onafhankelijk

De casemanager dementie swz is bij het geven van adviezen en het inzetten of verwijzen van zorg- en dienstverlening volledig onafhankelijk en niet gebonden aan de belangen of het aanbod van de eigen organisatie.

Van a tot z

De casemanager dementie swz is vroegtijdig, voor of in de pluis/niet pluis fase, en tijdens en na het diagnos-

¹³ Bron: Kamerbrief voortgang casemanagement dementie d.d. 6 juli 2018, Hugo de Jonge

¹⁴ Bron: Landelijk opleidingsdocument sociaal werk

tisch traject betrokken bij de cliënt. Deze betrokkenheid eindigt pas bij overlijden van de cliënt of na opname in een verpleeghuis. Bovendien wenst de Zorgstandaard Dementie na opname een 'warme overdracht'. De casemanager zorgt voor een goede zorgoverdracht tot en met het eerste multidisciplinaire overleg in de aangepaste woonvorm. Daarnaast is hij actief betrokken bij het opstellen van het zorgleefplan en omgangsadviesring naar verzorgenden. Daarbij hoort ook enige tijd nazorg voor het cliëntsysteem. Zij/hij stemt dit alles af met betrokkenen.

Focus op cliënt én cliëntsysteem in de thuissituatie

De sociaal werker zorg biedt cliënten en hun cliëntsysteem behandeling, zorg en ondersteuning. Hierbij staat de cliënt en het cliëntsysteem centraal. Er wordt gestreefd naar (behoud van) zo veel mogelijk: eigen regie en zelfstandigheid, autonomie met behulp van gezamenlijke besluitvorming, matched care en advance care planning. De casemanager dementie swz werkt volgens de Zorgstandaard Dementie, over de domeinen van verschillende disciplines heen. Zij/hij kan een zorg- en hulpvraaganalyse over de verschillende leefdomeinen maken, werkt multidisciplinair en biedt hulp aan de cliënt thuis en het cliëntsysteem.

Gezamenlijke besluitvorming

De casemanager dementie begeleidt personen met dementie (cliënten) en hun cliëntsysteem bij de problemen die zij tegenkomen in het dagelijks bestaan. Samen beslissingen nemen over zorg en welzijn is hiervan een belangrijk aspect. Van mensen met dementie wordt vaak gedacht dat zij niet of nauwelijks in staat zijn deel te nemen aan besluitvormingsprocessen. In de praktijk en uit onderzoek¹⁵ blijkt dat mensen met dementie wel degelijk een stem kunnen hebben in het nemen van beslissingen. Ook voor de mensen rond een persoon met dementie is het wenselijk dat zij betrokken worden bij besluitvorming rondom gebieden als wonen, zorg, welzijn en mobiliteit. Groen et al. van de Hogeschool Windesheim hebben onderzocht welke competenties nodig zijn om gezamenlijke besluitvorming over zorg en welzijn te kunnen ondersteunen bij mensen met dementie. Dat zijn er vijf:

Ondersteunen van eigen regie

Beslisproces managen en plannen

Stimuleren van informatie-uitwisseling tussen betrokkenen

Toewerken naar overeenstemming over de beslissing tussen betrokkenen

Verantwoorden van het beslisproces.

Matched care-principe

De sociaal werker zorg werkt volgens het principe van 'matched care' passende zorg. Dit staat voor het afstemmen van de ondersteuning en zorg op kenmerken van de cliënt. Het gaat om kenmerken als: de ernst van de problematiek, mentale en sociale vaardigheden, omgevingsfactoren en wensen en behoeften van de cliënt en het cliëntsysteem. De sociaal werker zorg neemt alleen over wat écht noodzakelijk is en zet aan tot zelfmanagement. De hulpvraag kan tijdens de ziekte regelmatig veranderen. Soms is er behoefte aan inzet van intensieve ondersteuning, soms ontstaat een relatief rustige fase waarin de casemanager dementie vooral volgt met een beperkte inzet.

Advance care planning-principe

Advance care planning ('anticiperend beleid') is een proces waarbij degene met dementie samen met zijn systeem, de sociaal werker zorg en de behandelend arts al in een vroeg stadium haar/zijn wensen, doelen en voorkeuren met betrekking tot de palliatieve zorg bespreekt en eventueel vastlegt. Dit gebeurt vooruitlopend op, en als preventie voor problemen op het moment dat de cliënt zelf niet meer in staat is om beslissingen te nemen. Het is een proces met meerdere besprekingen en evaluaties van zorg en behandelingen. Het doel hier-

¹⁵ Bron: Onderzoek Windesheim: Shared decision making in zorgnetwerken van ouderen met dementie.

van is om samen met de cliënt, het cliëntsysteem en de zorgverleners te komen tot de gewenste (zorg in de) laatste levensfase van de patiënt met dementie.

Multidisciplinair werken in de dementieketen

De casemanager dementie is in de eerste lijn geïmplementeerd en werkt nauw samen met de huisarts. Indien nodig kan een beroep worden gedaan op bijvoorbeeld een specialist, zoals een specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, of een POH-GGZ. Het is ook belangrijk dat een zorgplan (ook behandel- of begeleidingsplan genoemd) van de casemanager dementie swz multidisciplinair kan worden besproken en getoetst. Dit betekent dat bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde participeert in het plan. De keten werkt overstijgend en verbindend voor alle domeinen van zorg en welzijn. Daarom biedt de sociaal werker zorg de cliënt en diens cliëntsysteem bijvoorbeeld ook ondersteuning en bemiddeling bij het kiezen van gewenste diensten en activiteiten van zorg- en welzijnsorganisaties in de dementieketen.

De casemanager dementie swz coördineert de totale zorg en ondersteuning. Zij/hij is in staat een wijkteam te ondersteunen en te coachen bij problemen die kunnen ontstaan bij mensen met dementie in hun thuissituatie. Voorbeelden daarvan zijn ongewenst gedrag en zorgmijdend gedrag door beperkt of afwezig ziekte-inzicht of -besef. Er wordt samengewerkt met andere professionals, zoals: (wijk)verpleegkundigen, andere thuiszorgmedewerkers, praktijkverpleegkundigen, medewerkers van dagbehandelingen en woonzorgcentra, welzijnswerkers, het sociaal wijkteam, Wmo-consulenten, wijkagent en vrijwilligers. De casemanager dementie swz heeft een rol in het zorgen voor de samenhang van de zorg.

Visie op organisatie van het dementienetwerk

Casemanagement dementie is ingebed in een keten, waarin vaste afspraken zijn gemaakt over afstemming, informatieoverdracht, verantwoordelijkheden en het opvangen van crisissituaties (7x24 uur) in de zorg. De casemanager dementie werkt in een dienstverband van minimaal 24 uur, ongeacht de omvang van de totale aanstelling. Dit biedt garantie voor continuïteit en bereikbaarheid, en is essentieel voor voortdurende professionalisering en verdieping van de competenties. Een professionele uitvoering van alle rollen (ook buiten het directe cliëntcontact) vergt tevens een maximum aan de caseload per 1 fte. De Zorgstandaard Dementie (2013) stelt daarbij 50 à 55 cliëntsysteem voor.

De werkwijze van de casemanager dementie is gedefinieerd in de keten en bij voorkeur geborgd in een relevant kwaliteitssysteem.

Focus op sociale kwaliteit

Sociaal werkers bevorderen sociaal functioneren en sociale kwaliteit.¹⁶ Zij kijken daarbij naar de wisselwerking van mensen en hun sociale omgeving. De relatie tussen mensen en de sociale omgeving werkt twee kanten op. Sociaal functioneren gaat over het deelnemen van mensen aan het maatschappelijk leven én over de ruimte en mogelijkheden die het maatschappelijk leven biedt aan mensen om deel te nemen. Sociaal werk draait om complexe problemen in een complexe werkelijkheid. Het raakt daarom altijd aan andere domeinen, bijvoorbeeld het gezondheidsdomein. Het sociaal domein en het domein van de gezondheidszorg vertonen een grote overlap. Professionals in de gezondheidszorg en professionals sociaal werk werken weliswaar vanuit verschillende invalshoeken, maar ze bevinden zich beide in het centrum van het zorgdomein. Sociale professionals en zorgprofessionals in het gezondheidsdomein delen een belangrijk uitgangspunt, namelijk Hubers¹⁷ definitie van positieve gezondheid: "Gezondheid wordt beschouwd als het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven."

¹⁶ Bron: 'Being there. Samen werken aan het versterken van Sociale Kwaliteit'. Lector dr. L. Verharen, Kenniscentrum HAN SOCIAAL

¹⁷ Machteld Huber, oprichter Institute of Positive Health, introduceerde in 2011 een nieuwe definitie van gezondheid

Sociaal werk zorg

De sociaal werker zorg is een hbo-opgeleide sociaal werker met het verdiepingsprofiel zorg. Zij/hij heeft een aantal generieke kwalificaties en vaardigheden, en beschikt over specifieke kennis en ervaring. De generieke kwalificaties krijgen in het profiel zorg een specifieke invulling en inkleuring. Bij dit profiel hoort ook specifieke kennis die de professional sociaal werk nodig heeft als extra kennisbasis voor haar/zijn werk.

Sociaal werkers zorg richten zich veelal op mensen met langdurige en/of complexe problematiek en hun naaste omgeving. Hun ondersteuningsbehoefte en hulpbehoefte komen primair voort uit een lichamelijke aandoening of handicap, een verstandelijke beperking of psychische kwetsbaarheid en de gevolgen daarvan voor hun sociaal functioneren. Sociaal werkers zorg houden zich bezig met de vraag hoe mensen met hun aandoeningen en beperkingen een zo normaal mogelijk leven kunnen leiden. Dat wil zeggen: zo autonoom mogelijk, zo veel mogelijk volgens hun eigen wensen, zo veel mogelijk in eigen kracht en met steun van en binnen hun eigen primaire leefomgeving en sociale netwerken. De focus bij ondersteuning door sociaal werk zorg ligt op gezondheid en gedrag en niet op ziekte en medische zorg. Sociaal werkers zorg gaan uit van de visie dat mensen de deskundige zijn van hun eigen leven en daar de regie over willen hebben. En dat ze behoefte hebben aan betekenisvolle relaties en activiteiten en daartoe altijd in een bepaalde mate in staat zijn.

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

De casemanager dementie swz heeft zowel generalistische als specialistische competenties op het terrein van dementie. Een dergelijke professional wordt ook wel T-shaped professional genoemd. De T is de metafoor voor de breedte van de vaardigheden (generalistisch) én de diepte van de vaardigheden op een bepaald terrein (specialistisch). Hierdoor kan de professional integraal kijken naar de cliëntsituatie en naar alle mogelijke oplossingen. Zij/hij kijkt daarbij over de grenzen van verschillende domeinen en stelsels heen om te komen tot een integrale diagnose en een integraal zorg(leef)- en behandelplan. De complexe dementiezorg vraagt om zo'n eigentijdse professional.

Dementie en de (on)mogelijkheden van behandeling

De casemanager dementie swz heeft in het bijzonder kennis over de werking van het geheugen en de hersenen, de verschillende vormen van dementie en kennis van de mogelijkheden en onmogelijkheden van behandeling.

De sociaal werker zorg als casemanager dementie is door specifieke kennis en vaardigheden in staat om de mens met dementie en diens systeem te ondersteunen en te adviseren. Zij/hij sluit daarbij aan bij de vorm van dementie van de cliënt en bijbehorende problematiek gedurende het hele proces.

Het gaat hierbij om:

- Onbegrepen gedrag
- Psychiatrische ziektekenmerken
- Persoonlijkheidsproblematiek
- Ontbreken van kennis van de ziekte en ziekte-inzicht

Hierbij kan voor zowel de cliënt als het cliëntsysteem gebruik gemaakt worden van onder andere:

- a. Systeeminterventies
- b. Motiverende gespreksvoering
- c. Psycho-educatie, dat wil zeggen het informeren over de ziekte (oorzaken, verschijnselen, ziektebeloop), psychosociale consequenties van de ziekte en het daardoor optredende functieverlies
- d. Psychosociale hulpverlening bij verlies van gezondheid en vaardigheden
- e. Ondersteuning en versterken van coping mechanismen bij deze progressieve, palliatieve ziekte
- f. Begeleiding bij relatieproblemen
- g. Begeleiding bij sociale eenzaamheid van de mantelzorger
- h. Psychosociale hulpverlening bij een proces van rouw en verlies
- i. Begeleiding bij seksuele problemen
- j. Begeleiding bij onbegrip voor ziekte van de omgeving
- k. Het toeleiden naar financiële en administratieve ondersteuning
- l. Het signaleren en voorkomen van en begeleiding bij financieel misbruik
- m. Procesbegeleiding bij rolwisseling van partner/kind naar verzorger van de cliënt
- n. Het bespreekbaar maken en het regelen van de vertegenwoordiging en rechtsbeschermende maatregelen

Mantelzorgbelasting

De sociaal werker zorg traceert de mate van mantelzorgbelasting en intervenueert indien nodig hierop. De hierboven genoemde psychosociale interventies kan men gebruiken voor zowel de cliënt als het cliëntsysteem, waaronder de mantelzorgers.

Wetten, regels, financiële vraagstukken

De sociaal werker zorg als casemanager dementie heeft tijdens de begeleiding en ondersteuning van de cliënt en zijn systeem te maken met allerlei wetten en regels en beschermingsmaatregelen, zoals: BOPZ, WGBO, Wlz, Wmo, ZVW, curatele en bewindvoering. Zij/hij kan binnen deze kaders handelen en adviseren vanuit haar/zijn specifieke kennis over dementie. Daarbij adviseert en begeleidt zij/hij bij financiële vraagstukken die specifiek te maken hebben met dementie en/of met mensen met dementie en hun systeem (mantelzorgers, directe omgeving et cetera).

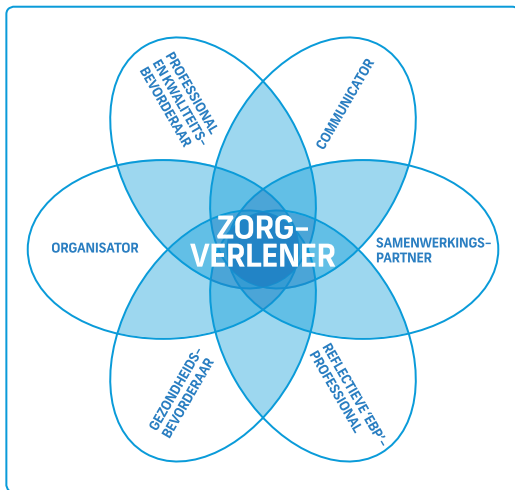
Opleiding en nascholing Casemanager dementie

De casemanager dementie swz heeft een aantal jaren ervaring en een toekomstig erkende specifieke opleiding casemanagement dementie gevolgd. De functie van casemanager dementie swz vraagt om doorlopende deskundigheidsbevordering door scholing, reflectie en het bijhouden van de nieuwste kennis en vaardigheden op het gebied van (casemanagement) dementie. Voor casemanagers dementie swz wordt op dit moment een register ingericht dat hen helpt en motiveert om te blijven investeren in hun vakmanschap. Daarnaast laat registratie zien aan cliënten, organisaties en de samenleving dat zij staan voor de kwaliteit van casemanagement dementie.

3. De rollen van de sociaal werker zorg als casemanager dementie

Welke competenties heeft een sociaal werker zorg nodig om de rol als casemanager dementie goed uit te kunnen oefenen? De hbo-opgeleide sociaal werker zorg heeft een aantal generieke kwalificaties en vaardigheden, en beschikt over specifieke kennis en ervaring binnen het profiel zorg.

Veel (para)medische beroepen hanteren het CanMeds-model¹⁸, waarbij uitgegaan wordt van zeven competentiegebieden met eigen rollen. Ook voor het beschrijven van de specifieke competenties van de sociaal werker zorg als casemanager dementie wordt gebruik gemaakt van dit CanMEDS-model.



Deze rollen zijn:

- a. Zorgverlener
- b. Communicator
- c. Samenwerkingspartner
- d. Reflectieve 'EBP'-professional
- e. Gezondheidsbevorderaar
- f. Organisator
- g. Professional en kwaliteitsbevorderaar

Figuur 2 - De 7 competentiegebieden

Het CanMeds-model en de casemanager dementie sociaal werk zorg

De rol 'zorgverlener' vormt het hart van het werk casemanager dementie swz. De zes andere rollen accentueren een dimensie van het casemanagement dementie door sociaal werk zorg. Deze dimensies vullen elkaar aan en overlappen deels. Samen versterken ze de centrale rol als zorgverlener. Daarom zijn de zeven rollen als bloem verbeeld, met de zorgverlener als bloemhart en de andere rollen als bloemblaadjes.

Van de casemanager dementie swz mag worden verwacht, dat zij/hij in ieder geval beschikt over de kwalificaties en kennisbasis van een hbo-opgeleide sociaal werker zorg. Deze kwalificaties en kennisbasis van de sociaal werker zorg worden in dit hoofdstuk kort beschreven (en zijn nader uitgewerkt in bijlage 1). Verder beschikt de casemanager dementie swz over specifieke competenties voor de dementiezorg. Daarna volgt de specifieke kennis over dementie aan de hand van het genoemde CanMEDS-model. Bij elke rol horen specifieke kennis, vaardigheden en attitude, die een sociaal werker zorg ontwikkelt door het volgen van een aanvullende post hbo-opleiding casemanagement dementie. De specifieke competenties zijn opgenomen in hoofdstuk 4.

De casemanager dementie swz laat zien dat:

1. Zij/hij de cliënt en diens cliëntsysteem vraag- en belevingsgericht deskundig ondersteunt en begeleidt in alle fasen van zijn/haar ziekteproces. Daarnaast versterkt zij/hij (zo veel als mogelijk) het zelfmanagement met als doel dat de cliënt zo lang mogelijk thuis kan wonen, met een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven.
2. Zij/hij schat de complexiteit ('patiënt- and case-complexity') van de gezondheid- en leefsituatie van de cliënt op lichamelijk, geestelijk, sociaal en spiritueel welbevinden, en de benodigde zorg- en hulpverlening in. Zij/hij indiceert en organiseert dit conform landelijk afgesproken kaders en legt het vast in een (elektronisch) zorgplan.

¹⁸ Canadian Medical Education Directions for Specialists

3. Zij/hij handelt adequaat in crisissituaties bij de cliënt en diens naasten en stelt de belangen van de cliënt en diens naasten hierbij centraal.
4. Zij/hij heeft een sensitieve en reflectieve houding ten aanzien van moreel-ethische en juridische dilemma's. Hierbij worden keuzes - met bewaking van eigen en professionele grenzen - onderbouwd op basis van evidence based practice.
5. Zij/hij levert een bijdrage aan de positionering en profilering van de sociaal werker zorg als casemanager dementie.
6. Zij/hij houdt de kwaliteit van de zorg- en hulpverlening aan cliënten en cliëntensysteem in stand en verbetert deze zo mogelijk.

De (kern)rol van zorgverlener

De casemanager dementie swz bevordert het behoud van eigen capaciteiten en vaardigheden van mensen met dementie en het (blijvend) functioneren in verschillende sociale verbanden (primaire leefomgeving, sociale netwerken en gemeenschappen). Sociaal werkers zorg kijken naar mensen met dementie in hun sociale context en met inachtneming van hun geschiedenis, wensen en verlangens, talenten en mogelijkheden. Een van de krachten van casemanagement dementie zit aan de 'voorkant' van de ziekte, vanaf de eerste fase van pluis/niet pluis, en de daarvoor benodigde vroegsignalering om onomkeerbare zaken te voorkomen. Daarom begint casemanagement dementie bij de start van het diagnostisch traject. In samenwerking met de gemeenten (Wmo) is een nog vroegere start denkbaar. Deze vroege inzet legt de kiem voor een goede vertrouwensband die bijdraagt aan overzicht en rust bij cliënt en cliëntensysteem. Door een proactieve houding van de casemanager dementie swz kan door het cliëntensysteem later in het proces beter omgegaan worden met escalatie en crisissituaties, waardoor deze zich minder verdiepen.

Sociaal werker zorg: kerntaken en kwalificaties, kennisbasis en bouwstenen

Kerntaken en kwalificaties sociaal werk zorg

Het Landelijk opleidingsdocument sociaal werk¹⁹ hanteert een indeling in drie kerntaken en tien kwalificaties. De kerntaken zijn:

- Bevorderen van sociaal functioneren van mensen en hun sociale context
- Versterken van de organisatorische verbanden waarbinnen sociaal werk plaatsvindt
- Bevorderen van de eigen professionaliteit en de ontwikkeling van het beroep

De uitwerking van deze kerntaken in kwalificaties is opgenomen in [bijlage 1](#) bij dit profiel.

Kennisbasis sociaal werk zorg

Het profiel sociaal werk zorg heeft een aanvullende specifieke kennisbasis. Een bijzonder aspect daarvan is de kennis van het biopsychosociaal domein. Sociaal werk zorg moet gegeven hun doelgroep bij hun werk vrijwel altijd reflecteren op medische afwegingen. Om vruchtbaar te kunnen samenwerken met professionals in de gezondheidszorg moeten zij zich in ieder geval moeiteloos professioneel kunnen bewegen binnen verschillende modellen. Zie hiervoor bijlage 1 van dit expertiseprofiel.

Bouwstenen sociaal werk zorg

De verdere aanvullende kennis over specifieke thema's die voor het profiel van belang zijn, zijn geordend in vijf bouwstenen:

1. Gebruikers sociaal werk
2. Werkwijzen sociaal werk
3. Organisatie van sociaal werk
4. Maatschappelijke context sociaal werk
5. Professionalisering sociaal werk

Deze bouwstenen zijn verder uitgewerkt in [bijlage 1](#) bij dit expertiseprofiel.

¹⁹ Bron: Landelijk opleidingsdocument sociaal werk, Vereniging Hogescholen, februari 2017

4. Competenties casemanager dementie sociaal werk zorg

CASEMANAGER DEMENTIE IN DE ROL VAN ZORGVERLENER

KENNIS

De sociaal werker zorg als casemanager dementie in de rol van zorgverlener:

- kent de professionele standaard en beroepsethische normen (vakinhoudelijke richtlijnen en beroepscode);
- kent de ziekte dementie qua verloop, gevolgen, gedrag en beleving van de cliënt en cliëntstelsel;
- kent het onderscheid tussen dementie en overige cognitieve stoornissen, angst-, stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen;
- kent de principes en methoden voor vroegsignalering en ondersteuning in de diagnostische fase, en daarbij passende principes;
- kent de methodieken rondom begeleiding van mensen met dementie gedurende het ziektebeloop.
- kent de (dynamiek in) somatische, psychi(atri)sche en systeemproblematiek bij dementie;
- kent de werking en mogelijke bijwerkingen van medicamenteuze behandeling bij dementie;
- kent de processen van verlies- en rouwverwerking bij cliënt en cliëntstelsel;
- kent de sociale kaart die relevant is voor mensen met dementie en de methoden om dit professionele netwerk te onderhouden;
- kent de principes van omgaan met zorgmijding;
- kent de mogelijkheden voor oplossingen voor financiële en wettelijke problemen van mensen met dementie en hun mantelzorgers. Voorbeelden zijn beschermingsmaatregelen zoals bewindvoering en mentorschap.

VAARDIGHEDEN EN ATTITUDE

De sociaal werker zorg als casemanager dementie in de rol van zorgverlener:

- beschikt over vaardigheden voor psychosociale hulpverlening;
- voert een intakegesprek over welzijn en zorgdiagnostiek en kijkt daarbij naar de mogelijkheden en onmogelijkheden van cliënt en cliëntstelsel;
- verstrekt algemene informatie over dementie en specifieke informatie en advies over de situatie van de cliënt. Denk daarbij aan de individuele diagnose en prognose (effectief qua moment, vorm en gezamenlijke besluitvorming);
- weet om te gaan met façade-gedrag. Zij/hij observeert, is alert op signalen, heeft empathisch vermogen en weet de onderliggende hulpvraag boven tafel te krijgen;
- doet zorgonderzoek/analyse en triage over de verschillende zorg- en leefdomeneinen. Zij/hij kan daarbij gebruik maken van dementie-specifieke meetinstrumenten (ook voor monitoring) en rapporteren aan het multidisciplinaire team;
- schat de welzijn- en zorgbehoefte in (zowel psychosociaal als somatisch), vraagt zorg en ondersteuning aan en coördineert, monitort en evalueert deze;

- zet indien nodig omgangsadviezen in bij onder- of overprikkeling;
- past advance care, matched care en gezamenlijke besluitvorming toe in gesprekken met de cliënt en het cliëntsysteem over hun toekomst;
- coacht het cliëntsysteem in het omgaan met onbegrepen gedrag(sverandering) van de cliënt met dementie;
- motiveert de cliënt en/of het cliëntsysteem om passende zorg, ondersteuning of behandeling te accepteren;
- heeft oog voor een mogelijk onveilige woonomgeving;
- herkent belastende en ontlastende factoren voor het cliëntsysteem en begeleidt hierin;
- biedt vraaggerichte, belevingsgerichte en psychosociale begeleiding aan de cliënt(systeem);
- ondersteunt bij het invullen van formulieren en geeft verwijsadvies over financiën, administratie en wet- en regelgeving;
- treedt adequaat op in acute crisissituaties (bijvoorbeeld na het wegvallen van mantelzorg of bij plotselinge gedragsveranderingen, zoals agressie, suïcidaliteit en delier);
- evalueert de verleende zorg met de cliënt, diens mantelzorgers en andere disciplines binnen het eigen team;
- draagt bij aan het verzamelen van gegevens over onvrijwillige zorg, bijvoorbeeld bij de aanvraag van een wettelijke maatregel;
- verzamelt welzijn en zorgdiagnostische informatie vanuit het levensverhaal en de ervaringswereld van de cliënt en het cliëntsysteem;
- kan een voorlopige zorgdiagnose voorstellen;
- participeert in ondersteuningsmethodes, zoals: ondersteuningsgroepen van mantelzorgers, psychosociale interventies, cognitieve gedragstherapie en probleemoplossende therapie;
- draagt bij aan de medicamenteuze therapie, zoals monitoring van bijwerkingen en periodieke evaluatie met de arts;
- motiveert de cliënt en/of de mantelzorgers om passende zorg of behandeling te accepteren door motiverende gespreksvoering, slecht-nieuwsgesprekken en systeeminterventies;
- ondersteunt, in afstemming met betrokkenen, warme overdracht naar het verpleeghuis of een andere setting, en biedt nazorg aan de achterblijvende partner of centrale mantelzorgers.

DE ROL VAN COMMUNICATOR

De casemanager dementie swz begeleidt cliënten, heeft oog voor de belangen van cliënten en hun cliëntstelsel én komt op voor deze belangen. Het realiseren van gezamenlijke besluitvorming en gedragen beslissingen bij 'advance care planning' en 'matched care' is cruciaal.

Het aangaan van een adequate, langdurige zorgrelatie is essentieel voor goede hulpverlening. Hierbij staan twee aspecten centraal: het aanbieden van keuzemogelijkheden én het wederzijds uitwisselen van informatie, voorkeuren en waarden bij deze opties. De casemanager dementie swz begeleidt dit proces. Terwijl de besluitvaardigheid en regie van de cliënt afnemen, moeten in een langer durende zorgrelatie in de loop van de tijd vaak meerdere besluiten worden genomen. Dit alles vergt goede communicatieve vaardigheden op individueel en groepsniveau. Het gaat om de verschillende niveaus van: cliënt, cliëntstelsel, professionals, organisaties en overheidsorganen. De casemanager dementie swz vervult dus ook een rol als communicator, wat specifieke competenties vraagt.

KENNIS

De sociaal werker zorg als casemanager dementie in de rol van communicator:

- kent specifieke benaderings- en gedragsbeïnvloedingsstrategieën bij dementie (inclusief 'meebewegen' in situaties van façade, zorgmijding, weerstand, onbegrip en taboe);
- kent (actuele) communicatie- en gesprekstechnieken voor cliënten en cliëntsystemen, passend bij de achtergrond van de gesprekspartner (taalniveau, sociaal niveau, cultureel, et cetera);
- kent systeemproblematiek en systeembenadering voor familie- en systeemgesprekken (onder andere psycho-educatie en andere psychosociale interventies);
- kent de verschillende uitingen en ondersteuningsstrategieën bij verlies- en rouwverwerking;
- kent de principes van gezamenlijke besluitvorming.

VAARDIGHEDEN EN ATTITUDE

De sociaal werker zorg als casemanager dementie in de rol van communicator:

- werkt vanuit het levensverhaal en de ervaringswereld van de cliënt en het cliëntstelsel;
- werkt aan langdurige relaties op basis van vertrouwen door aandacht, empathie, toewijding en aanwezigheid. Zij/hij houdt daarbij voortdurend de verschillende belangen van cliënt en cliëntstelsel in het oog;
- kan alle relevante wet- en regelgeving vertalen en overbrengen naar individuele cliënt(stelsel);
- bereidt de cliënt en mantelzorger voor op toekomstige gevolgen van de ziekte;
- kan zichzelf als instrument inzetten, met onder andere intuïtie, inlevings- en invoelingsvermogen;
- ondersteunt de cliënt en mantelzorger en stuurt aan op eigen kracht bij het gezamenlijk nemen van besluiten, bijvoorbeeld door het verhelderen van perspectieven en het exploreren van opties;
- voert, indien gewenst, afzonderlijke gesprekken met het cliëntstelsel;
- doseert de aard en het tempo van de zorgverlening en houdt rekening met de eigen regie van de cliënt en cliëntstelsel;
- treedt op als belangenbehartiger van de cliënt en cliëntstelsel;
- kan het zorgteam adviseren over de begeleiding van de cliënt en diens cliëntstelsel, en maakt daarbij gebruik van de mogelijkheden van sociale media;
- versterkt het sociale systeem en ondersteunt maatschappelijke participatie van de cliënt; evalueert periodiek het eigen functioneren met de cliënt en mantelzorger.

DE ROL VAN SAMENWERKINGSPARTNER

De casemanager dementie swz is een professional die verbindingen legt in het informele en formele netwerk (wijk, politiek, buurt, supermarkt). Naast het contact met cliënt en cliëntstelsel, zoekt zij/hij contact met het informele stelsel van de cliënt (indien gewenst en aanwezig).

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

KENNIS

De sociaal werker zorg als casemanager dementie in de rol van samenwerkingspartner:

- kent strategieën om netwerkcontacten aan te gaan en te onderhouden;
- kent de methoden van proactief initiëren, coördineren en regisseren in de samenwerking, en kan hierin onderhandelen en bemiddelen. Daarnaast kan zij/hij een netwerk opbouwen met alle betrokken partijen;
- kent de eigen mogelijkheden en beperkingen wat betreft de te verlenen zorg;
- is een zichtbare en vindbare ketenspeler en schakelt waar nodig anderen in;
- weet hoe de onafhankelijkheid binnen het dementienetwerk te positioneren en te handhaven bij zorgbemiddeling en –toewijzing ten behoeve van (de belangen van) de cliënt en cliëntstelsel.

VAARDIGHEDEN EN ATTITUDE

De sociaal werker zorg als casemanager dementie in de rol samenwerkingspartner:

- kan op verschillende niveaus samenwerken (cliënt, organisatie, keten), virtueel en fysiek;
- kan de teamvorming rondom de huisartsen en (wijk)verpleegkundigen stimuleren, onderhouden en verdiepen;
- kan actief verbinding houden met alle ketenpartners en hulpverleners, en met hen knelpunten in samenwerking en hulpverlening bespreekbaar maken en verbeteren;
- kan onafhankelijk werken en tegelijkertijd samenwerken;
- kan zich staande houden en profileren voor en naast de cliënt(stelsel), en vertegenwoordigt waar nodig hun belangen (met toestemming);
- bespreekt en evalueert de verleende zorg multidisciplinair met de cliënt en het cliëntstelsel;
- geeft advies en consultatie aan formele en informele hulpverleners en overige ketenpartners.

DE ROL VAN REFLECTIEVE EVIDENCE BASED PRACTICE–PROFESSIONAL

De casemanager dementie swz werkt in een veld dat volop in ontwikkeling is. In dit werk komen methodieken en interventies vanuit de verschillende onderdelen van de gezondheidszorg voor. (Inter)nationaal is er ook steeds nieuwe kennis en zijn er nieuwe interventies en voorzieningen. Deze betreffen de verschillende domeinen van behandeling en medicatie, zorg- en hulpverlening en welzijn en wonen. Expertisevorming heeft een lineair en cumulatief karakter; hoe meer kennis en ervaring, des te beter de kwaliteit van het oordeel, aldus Hutschemaekers²⁰. Zo kenmerken experts zich door hun bekwaamheid tot patroonherkenning in complexe praktijksituaties. Hierdoor kunnen ze beter tussen situaties differentiëren. Door zijn/haar expertise heeft de specialist niet alleen de beste kijk op wat er aan de hand is (diagnostiek) en welke oplossingen het meest passend zijn, zij/hij beschikt ook over de beste oplossingen (interventies) voor het probleem en kan deze het beste toepassen. De casemanager dementie swz wordt in het werk ook regelmatig geconfronteerd met moreel-ethische vragen. Dit alles vraagt om een reflectieve houding en focus op evidence based practice (EBP).

KENNIS

De sociaal werker zorg als casemanager dementie in de rol van reflectieve EBP-professional:

- is op de hoogte van beschikbaar bewijs (evidence) vanuit wetenschappelijk onderzoek voor casemanagement bij dementie, of voor afzonderlijke interventies relevant voor dementie. Zij/hij past die toe in het werk;
- kent de basisprincipes van evidence based practice (EBP) werken en kan de resultaten van wetenschappelijk onderzoek vertalen naar de eigen beroepspraktijk;
- kent de ethische context van de zorgverlening aan cliënten met dementie en hun cliëntensysteem;
- kan de samenhang tussen verschillende disciplines aanbrengen en toepassen bij de cliënt en hun cliëntensysteem.

VAARDIGHEDEN EN ATTITUDE

De sociaal werker zorg als casemanager dementie in de rol van reflectieve EBP-professional:

- past actuele zorgstandaarden en richtlijnen voor dementie toe in het werk;
- kan beredeneerd van richtlijnen afwijken, vanuit het belang en de wensen van de cliënt;
- stimuleert en participeert in onderzoek naar (casemanagement bij) dementie;
- kan omgaan met ethische vraagstukken, onder andere door deelname aan of het leiden van moreel beraad;
- heeft een sensitieve en reflectieve houding bij moreel-ethische en juridische dilemma's, waarbij keuzes onderbouwd worden op basis van evidence based practice en practice based evidence. Zij/hij bewaakt hierbij de eigen en professionele grenzen met het oog op de mogelijke consequenties op korte én lange termijn;
- formuleert eigen leerdoelen en onderhoudt eigen professionaliteit en competenties;
- neemt tenminste zes keer per jaar deel aan intervisie met andere casemanagers dementie swz, en stelt zich daarbij toetsbaar en leerbaar op;
- houdt relevante vakliteratuur bij.

²⁰ Prof. dr. Giel Hutschemaekers hoogleraar GGZ aan de sectie klinisch psychologie (Faculteit der Sociale Wetenschappen). Hij doet onderzoek naar professionalisering en verwetenschappelijking en de effecten daarvan op de kwaliteit en de effecten van geestelijke gezondheidszorg.

DE ROL VAN GEZONDHEIDSBEVORDERAAR

Dementie is een progressieve en palliatieve ziekte. De ziekte is niet te voorkomen en (nog) nauwelijks te behandelen. Wel is het door te werken vanuit positieve gezondheid mogelijk om de gevolgen van dementie positief te beïnvloeden, zowel voor de cliënt zelf, als voor diens cliëntstelsel. Er wordt bovendien steeds meer bekend over het effect van leefstijl, voeding en beweging op dementie. Het algemene publiek heeft (nog) beperkte kennis van de ziekte dementie, maar de introductie van het gedachtegoed van een dementievriendelijke samenleving/gemeente is een stimulerende ontwikkeling. Als 'gezondheidsbevorderaar' speelt de casemanager dementie swz een belangrijke rol bij het verstrekken van informatie over dementie.

KENNIS

De sociaal werker zorg als casemanager dementie in de rol van gezondheidsbevorderaar:

- kent de prevalentie, uitingsvormen en risicogroepen van de verschillende vormen van dementie;
- kent de principes en methoden om de kwaliteit van leven en de eigen capaciteiten en leervermogens te stimuleren bij mensen met dementie (positieve gezondheid);
- kent de theorieën en principes van preventieprogramma's en -activiteiten voor cliënt en cliëntstelsel op de verschillende niveaus van individu tot samenleving. Zij/hij kan daarin kosten- en batenafwegingen maken
- kent de theorieën en methoden van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) in bredere zin, bijvoorbeeld de dementievriendelijke samenleving en het belang van een sterk cliëntstelsel.

VAARDIGHEDEN EN ATTITUDE

De sociaal werker zorg als casemanager dementie in de rol van gezondheidsbevorderaar:

- kan individuele en publieksvoorlichting geven met (landelijk) ontwikkeld voorlichtingsmateriaal. Zij/hij doet dit samen met en afgestemd op de doelgroep cliënten met een vorm van dementie;
- participeert in projecten voor een dementievriendelijke samenleving;
- participeert in een Alzheimercafé;
- is steeds gericht op kwaliteit van het leven in de verschillende domeinen;
- bevordert en begeleidt lotgenotencontact;
- kan ouderenmishandeling herkennen, past de stappen van de Meldcode huiselijke geweld en kindermishandeling toe en draagt bij aan de naleving en borging bij ketenpartners;
- geeft scholing aan het cliëntstelsel en professionals.

DE ROL VAN ORGANISATOR

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

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

KENNIS

De sociaal werker zorg als casemanager in de rol van organisator:

- kent de organisatievormen en –principes op verschillende niveaus in het dementienetwerk en de participerende instellingen en beleids- en overheidsorganisaties;
- is bekend met de ontwikkelingen in de dementiezorg en het casemanagement dementie, zoals die zich de afgelopen jaren hebben voltrokken;
- kent de strategische principes en tactische methoden van beïnvloeden, profileren en positioneren als spil in de dementiezorg;
- kent de methoden van initiëren, coördineren en regisseren van samenwerking voor samenhangende zorg- en dienstverlening aan cliënt en cliëntensysteem;
- kent de kaders, procedures, regelingen en financieringswijzen vanuit de Wmo, de Zvw en de Wlz, én de mogelijkheden om daarmee goede zorg- en hulpverlening te organiseren.

VAARDIGHEDEN EN ATTITUDE

De sociaal werker zorg als casemanager in de rol als organisator:

- kan de behandel-, zorg- en welzijnsactiviteiten rondom een cliëntensysteem (cliënt én mantelzorger) goed en integraal inrichten, periodiek monitoren en zo nodig bijsturen in goed overleg met alle betrokkenen;
- speelt een proactieve organisatorrol in de eigen organisatie en in het dementienetwerk;
- kan bijdragen aan de ontwikkeling van casemanagement dementie;
- signaleert hiaten in de zorg en bespreekt die met beleidsverantwoordelijken (bijvoorbeeld: CIZ, gemeente, verzekeraar, zorgkantoor);
- initieert en participeert in verbeterprojecten met andere partners in het dementienetwerk;
- kan de eigen onafhankelijkheid ten opzichte van het aanbod vormgeven en bewaken, en stelt daarbij het belang van de cliënt boven dat van organisaties, systemen en kaders.

DE ROL VAN PROFESSIONAL EN KWALITEITSBEVORDERAAR

De sociaal werker zorg als casemanager dementie is medeverantwoordelijk voor het opstellen en onderhouden van een professionele standaard voor het beroep sociaal werk zorg en specifiek voor de rol als casemanager dementie. Dit bevordert de kwaliteit van de zorg aan mensen met dementie.

KENNIS

De sociaal werker zorg als casemanager dementie in de rol van professional en kwaliteitsbevorderaar:

- kent de methodieken om de kwaliteit van casemanagement dementie te bewaken en te borgen;
- kent het kwaliteitsmodel van de eigen organisatie en van het dementienetwerk;
- kent de wettelijke kaders zoals WGBO, Wet bopz, Wet zorg en dwang, Wet BIG en Rechtsbescherming (bewindvoering, mentorschap en dergelijke);
- kent de eigen professionele en persoonlijke grenzen.

VAARDIGHEDEN EN ATTITUDE

De sociaal werker zorg als casemanager dementie in de rol van professional en kwaliteitsbevorderaar:

- werkt transparant met cliënt en cliëntsysteem;
- weegt en bespreekt vrijheidsbeperkende en andere moreel-ethische maatregelen open en eerlijk. Zij/hij kan daarover andere zorgverleners en het zorgteam adviseren en neemt daarbij ook de mogelijke consequenties op langere termijn in ogenschouw;
- gaat bewust om met het solistische karakter van het werk en kan goed meebewegen in het hele cliëntsysteem;
- is creatief, kan out of the box denken en de beschikbare discretionaire ruimte benutten, met name in complexe situaties;
- draagt bij aan de ontwikkeling van het vak en daarvoor relevante zorgstandaarden of richtlijnen, en kan de meerwaarde van casemanagement dementie verantwoorden;
- draagt bij aan de ontwikkeling van het werk als sociaal werker zorg als casemanager dementie (onder andere door trainingen, cursussen, congressen, gastcolleges bij ROC's en hbo-v's);
- werkt zelfstandig en beheert een eigen caseload;
- past effectief tijdmanagement toe;
- leert, onder meer door reflectie op eigen handelen, van gemaakte fouten;
- gaat met collega's in gesprek over (bijna) incidenten om deze in de toekomst te voorkomen;
- zet zorg efficiënt in en let daarbij op kosten.

5. Nawoord

Allereerst willen wij al diegenen bedanken die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van dit expertiseprofiel casemanager dementie sociaal werk zorg (zie bijlage 2). Met hun inbreng verwachten wij dat het expertisegebied casemanagement dementie door sociaal werk zorg nog meer zal bijdragen aan de verdere professionalisering en positionering van casemanagement dementie.

Gezamenlijk optrekken

Gezamenlijk optrekken door ketenregisseurs en hun partners in de dementienetwerken, zorgverzekeraars, bestuurders, opleiders en beleidmakers ondersteunt die professionalisering en positionering. Daarbij is het belangrijk ook oog te houden voor de groeiende – regionaal variërende – arbeidsmarkttekorten, die noodzaken tot meer samenwerking van en tussen zorgwerkgevers en onderwijsorganisaties. We hopen te stimuleren dat zorgaanbieders, gemeenten en verzekeraars, vanuit een gezamenlijke visie en werkplan, samen optrekken in het borgen van de inbedding van casemanagement dementie door sociaal werk zorg in de regionale dementienetwerken.

Implementatie casemanagement dementie

Het expertisegebied casemanagement dementie door sociaal werk zorg richt zich op het doel, de inhoud van het werk en de competenties. Het expertisegebied, zoals beschreven, vraagt nog om de implementatie van casemanagement dementie, en specifiek die van casemanagement dementie door sociaal werk zorg. Deze krijgt vorm in de praktijk en in de Zorgstandaard Dementie (die de komende jaren wordt geactualiseerd). Ter afronding noemen we welke stappen in de implementatie overwogen en gezet moeten worden.

Borging in wet- en regelgeving en organisatie

Het expertisegebied vraagt om een goede borging in wet- en regelgeving en in de organisatie van zorg. Het vraagt ook om een verbetering van de inkoop en contractering. Dit betekent: passende tarieven voor de inkoop van specialistische zorg en ondersteuning van de infrastructuur van de dementienetwerken over de domeinen Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz).

Sterke verbinding met gemeenten

De zorgverzekeraars zullen de infrastructuur van de dementienetwerken ondersteunen en gedeeltelijk bekostigen op basis van nog te ontwikkelen meerjarenplannen voor de regionale dementienetwerken. Daarin moeten de domeinen van Wmo, Zvw en Wlz bijeengebracht worden. Hiervoor zijn sterkere verbindingen met de gemeenten nodig. Plannen daarvoor zijn in mei 2017 gelanceerd in het kader van het Actieplan casemanagement dementie.²¹ Deze zullen in de periode 2018-2019 gefaseerd worden ingevoerd.

Verbeterde opleidingen casemanagement dementie

Het geactualiseerde expertisegebied zal de positie en verdere professionalisering van het casemanagement dementie door sociaal werk zorg bevorderen. Zeker als ook de opleidingsinstituten hun krachten bundelen voor verbeterde opleidingen casemanagement dementie. Daarvoor moeten nadere toelatings- en erkenningseisen ontwikkeld worden. Dit alles vergt een brede landelijke communicatiecampagne, samen met Alzheimer Nederland en andere partijen.

²¹ Bron: Deltaplan dementie: Actieplan casemanagement dementie

Verminderen regeldruk

Casemanagement dementie wordt sinds 2015 betaald vanuit de aanspraak Verpleging en Verzorging in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het gevolg hiervan is dat bij het aanvragen van de indicatie voor casemanagement dementie, casemanagers met een psychosociale achtergrond in alle gevallen met een casemanager met een verpleegkundige achtergrond moeten samenwerken. Ook als er alleen sprake is van psychosociale problematiek zonder dat er fysieke zorg nodig is. Dit verhoogt de regeldruk.

Het gezamenlijk doel vanuit de ketenzorg is en blijft: goede kwaliteit van zorg en leven voor mensen met dementie en hun cliëntsysteem. Goede samenwerking en afstemming tussen alle betrokken partijen is hiervoor voorwaarde. Dat dit document daartoe een krachtig handvat mag zijn!

Bijlage 1 Kerntaken en kwalificaties, specifieke kennisbasis en bouwstenen sociaal werk zorg

Kerntaken en kwalificaties sociaal werk zorg

Het Landelijk opleidingsdocument sociaal werk²² hanteert een indeling in drie kerntaken en tien kwalificaties. De kerntaken en kwalificaties zijn:

Kerntaken	Kwalificaties
Bevorderen van sociaal functioneren van mensen en hun sociale context	1. Professionals sociaal werk benaderen mensen en hun sociale contexten en laten zich benaderen. Professionals sociaal werk zijn 'present', ze maken contact mogelijk via verschillende kanalen en vangen signalen op.
	2. Professionals sociaal werk bevorderen sociaal functioneren van mensen en hun primaire leefomgeving op methodische wijze, evidence based of practice based. Ze doen dit wederkerig en in samenspraak, gericht op zelfregie en participatie. Ze letten op de veiligheid van kinderen en jongeren.
	3. Professionals sociaal werk bevorderen sociaal functioneren van mensen en hun netwerken op methodische wijze, evidence based of practice based. Zij doen dit wederkerig en in samenspraak. Zij nemen daarbij het eigen karakter en handelingsvermogen van mensen en netwerken in acht.
	4. Professionals sociaal werk bevorderen sociaal functioneren van mensen en hun gemeenschappen op methodische wijze, evidence based of practice based. Zij richten zich op versterken van sociale cohesie en inbedding, de ontwikkeling van collectieve arrangementen, rechtvaardigheid, rechtsgelijkheid, kansgelijkheid, sociale veiligheid, sociale duurzaamheid, sociale innovatie en bevorderen van sociaal beleid.
Versterken van de organisatorische verbanden waarbinnen sociaal werk plaatsvindt	5. Professionals sociaal werk voeren effectieve regie ten aanzien van bijvoorbeeld indicatie, verwerving en inzet van middelen en inzet van andere betrokken professionals in specifieke gevallen. Ze werken transparant, resultaatgericht en efficiënt en onderscheiden output en outcome.
	6. Professionals sociaal werk dragen bij aan interdisciplinaire en interprofessionele samenwerking binnen of tussen (professionele) netwerken. Dat doen ze op zodanige wijze dat mensen, netwerken en gemeenschappen hun eigen doelstellingen kunnen halen.
	7. Professionals sociaal werk opereren actief en ondernemend. Ze dragen bij aan de voortgang van teamwerk, communiceren wat er moet gebeuren aan teamleden, dragen bij aan opdrachtverwerving bij aanbestedingen en zetten onderwerpen op de agenda bij opdrachtgevers. Ze opereren soms ook zelf als sociaal ondernemer.
Bevorderen van de eigen professionaliteit en de ontwikkeling van het beroep	8. Professionals sociaal werk leren van hun ervaringen door steeds te reflecteren op hun eigen professioneel handelen. Zo ontwikkelen zij zichzelf als professional en vernieuwen zij de beroepspraktijk.
	9. Professionals sociaal werk hebben een onderzoekende houding. Ze hebben het vermogen om kennis uit onderzoek van anderen toe te passen en om zelf praktijkgericht onderzoek te doen. Zij zijn in staat om de resultaten van onderzoek te vertalen naar innovatie van de beroepspraktijk.
	10. Professionals sociaal werk maken ethische afwegingen met gebruikmaking van (inter-) nationale beroepscode's, ze maken gebruik van hun discretionaire ruimte en brengen hun ethische afwegingen over het voetlicht bij de verschillende betrokkenen. Professionals sociaal werk handelen kritisch reflecterend en zijn gericht op duurzame werking van hun professionele handelen.

Figuur 3 - Tabel Kerntaken en kwalificaties

²² Bron: Landelijk opleidingsdocument sociaal werk, Vereniging Hogescholen, februari 2017

Specifieke kennisbasis sociaal werk zorg

Het profiel sociaal werk zorg heeft een aanvullende specifieke kennisbasis. Een bijzonder aspect daarvan is de kennis van het biopsychosociaal domein. Sociaal werk zorg moet gegeven hun doelgroep bij hun werk vrijwel altijd reflecteren op medische afwegingen. Om vruchtbaar te kunnen samenwerken met professionals in de gezondheidszorg moeten zij zich in ieder geval moeiteloos professioneel kunnen bewegen binnen de volgende modellen:

- De [International Classification of Functioning, Disability and Health \(ICF\)](#). Deze classificatie is het standaardmodel in de gezondheidszorg voor het in kaart brengen van menselijk functioneren en stoornissen en beperkingen daarin. Stoornissen in organische functies en in anatomische eigenschappen kunnen leiden tot beperkingen in het menselijk handelen en het deelnemen aan het maatschappelijk leven.
- De [definitie van positieve gezondheid van Huber \(2016\)](#). Huber definieert gezondheid als het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Positieve gezondheid omvat volgens deze definitie zes hoofddimensies, namelijk: mentaal welbevinden, spiritualiteit, kwaliteit van leven, sociaal maatschappelijke participatie, dagelijks functioneren en lichaamsfuncties.
- Het model van [The American Association on Intellectual and Developmental Disabilities \(AAIDD\)](#) dat in de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen wordt gehanteerd naast de ICF. Hier zijn de volgende dimensies van belang: verstandelijke mogelijkheden, adaptief gedrag, participatie, interactie en sociale rollen, gezondheid en context.

Bouwstenen sociaal werk zorg

De verdere aanvullende kennis over specifieke thema's die voor het profiel van belang zijn, is hieronder geordend en naar Bouwstenen weergegeven.

Bouwsteen Gebruikers sociaal werk

- medische basiskennis: erfelijkheid, brein, stress, gezonde leefstijl, voeding, genotmiddelen, seksualiteit en dergelijke
- handicaps en chronische ziekten: verstandelijke beperkingen, niet aangeboren hersenletsel, zintuiglijke beperkingen, meervoudige beperkingen, epilepsie
- psychopathologie
- verslaving
- ontwikkelingsstoornissen
- algemene geneesmiddelenleer
- psychofarmaca
- lichamelijke, psychische, sociale en maatschappelijk aspecten van veroudering
- de-stigmatisering
- verklaringmodellen: medisch model, biopsychosociaal model, algemene systeemtheorie, kwetsbaarheid-stressmodel
- drang en dwang (BOPZ)
- strafrecht en tbs.

Bouwsteen Werkwijzen sociaal werk

- herstel en herstelondersteunende zorg
- illness management and recovery
- rehabilitatiemethodieken
- creatief agogisch werken in de zorg

- communicatietechnieken
- empowerment, zelfregie, eigen kracht
- ondersteuning mantelzorg
- conflict- en agressiehantering
- werken met groepen (leefklimaat, therapeutisch milieu, lotgenotengroepen)
- psycho-educatie
- ervaringsdeskundigheid
- motiverende gespreksvoering
- werken in gedwongen kader
- outreachend werken
- ICF
- DSM 5, biopsychosociaal model enzovoort.

Bouwsteen Organisatie sociaal werk

- organisatie van de ggz
- organisatie van de gehandicaptenzorg
- organisatie van de ouderenzorg.
- Bouwsteen Maatschappelijke context sociaal werk
- sociale ongelijkheid gezond/ziek
- inclusie/exclusie, stigmatiseringstheorieën
- definitie van gezondheid (Huber).

Bouwsteen Professionalisering sociaal werk

- positionering van de ggz-agoog
- positionering van de Beroepskracht gehandicaptenzorg op D-niveau.

Bijlage 2 werkwijze en consultatie

Werkwijze beschrijven expertiseprofiel

De werkgroep expertiseprofiel casemanagement dementie binnen de BPSW (Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk) is onderdeel van de functiegroep casemanagement dementie. De werkgroep heeft het voorliggende expertiseprofiel casemanagement dementie door sociaal werk zorg beschreven met specifieke taken en competenties voor sociaal werk zorg. Het in 2017 geactualiseerde expertiseprofiel met als titel 'Dementieverpleegkundige' is hiervoor het uitgangspunt geweest.

De werkgroep expertiseprofiel casemanagement dementie door sociaal werk bestaat uit:

Daphne Govers, Gemaine van Trijffel, Yvonne Paulissen, Christie Luisman, Rensche Wijnstra, Henriëtte van de Ven van Heeswijk, Frank Hillenaar, Mariëlle de Jonge, André Kuijvenhoven, Chayenna van de Pol, Wendy van de Putte, Tea van der Veen, Mariëtte van Exsel, Ruud Boothuis.

De verschillende tussenversies van het expertiseprofiel casemanagement dementie door sociaal werk zorg zijn besproken met de stuurgroep expertiseprofiel casemanagement dementie binnen de BPSW met als leden:

Hansje Pontier	ketenregisseur Waardenland en voorzitter DNN
Riet Middelbroek	ketenregisseur Zoetermeer
Wendy van de Putte	casemanager dementie Veenendaal
Mariëlle de Jonge	casemanager dementie Drenthe
Jacintha Engelhart	manager extramurale zorg Lyvore, Soest
Annemarie Zunderdorp	programmamanager Parkhuis, lid werkgroep Ketenzorg dementie Waardenland
Hetty Top	ketenregisseur Gelderse Vallei en Oost-Achterhoek en West Achterhoek
Petra Dekker	directeur Prinsenhof
Inge Schonagen	directeur Conforte

De consultatieversie is voorgelegd aan:

Alzheimer Nederland
Robert Huijsman, programmaleider Dementie voor Elkaar
V&VN vakgroep Dementieverpleegkundigen
Jacoba Huizenga, Social Work Hogeschool Utrecht

Vanuit de BPSW heeft Jolanda Winters, senior stafmedewerker BPSW, het proces van totstandkoming van dit expertiseprofiel begeleid.

Colofon

Auteurs

Jolanda Winters in samenwerking met werkgroep expertiseprofiel casemanagement dementie door sociaal werk (bijlage 2)

Redactie

DESARTES

Vormgeving

Turquoise Ontwerp

November 2018

© BPSW

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

Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)

Leidseweg 80
3531 BE Utrecht
T 030 294 86 03
E info@bpsw.nl