

## **Ketenzorg dementie en casemanagement**

### **Inleiding**

Door het Geriatriesch Netwerk d.d 18.2.2009 is het regionaal actieplan ketenzorg dementie vastgesteld. Hierin staat beschreven hoe te komen tot meer samenhang in de zorg met afspraken over coördinatie en casemanagement van het eerste niet-pluisgevoel tot aan het overlijden. Behalve casemanagement is respijtzorg het tweede speerpunt dat regionale uitwerking behoeft. In deze notitie staat het onderwerp casemanagement centraal.

Als regio gaan we door met het oplossen van gesignaleerde knelpunten in de dementieketen zoals aangegeven door mantelzorgers en zorgaanbieders.

Bij de NZA is een aanvraag ingediend “Prestatie ketenzorg dementie” om tijdens een experimenteerfase van maximaal 3 jaar te komen tot een keten-dbc dementie, waarvan casemanagement onderdeel uitmaakt. Partijen stellen zich met het experiment ten doel goed functionerende en samenhangende ketenzorg voor mensen met dementie aan te bieden.

Er is een werkgroep aan de slag gegaan met de opdracht om uitvoering van casemanagement te beschrijven en de wijze van introductie in de regio. De werkgroep heeft ervoor gekozen om geen protocol op te stellen maar een werkwijze te beschrijven die uitgaat van de behoefte van de cliënt (systeem) en de samenwerkingsmogelijkheden van zorgprofessionals. Dit doet het meeste recht aan de diverse samenwerkingsvormen in de regio. In deze notitie zijn 3 items uitgewerkt :

- De uitgangspunten bij casemanagement.
- Ketenzorg dementie als proces; werkwijze samenwerkingsverband.
- Samenvatting en implementatievoorstel

### **De uitgangspunten bij casemanagement**

Gedurende het dementieproces is het van belang dat cliënten en hun naasten de professionele en emotionele steun krijgen die nodig is en dat hulpverleners op de hoogte zijn van elkaars kennis en elkaar weten te vinden.

In de regio zien we dat huisarts, neuroloog of ouderenarts de cliënt (het cliëntsysteem) zo goed mogelijk probeert te helpen en dat de dementieconsulent, de wijkverpleegkundige of de praktijkondersteuner een belangrijke rol speelt in de thuissituatie .Er is over het algemeen geen structureel contact tussen deze disciplines.

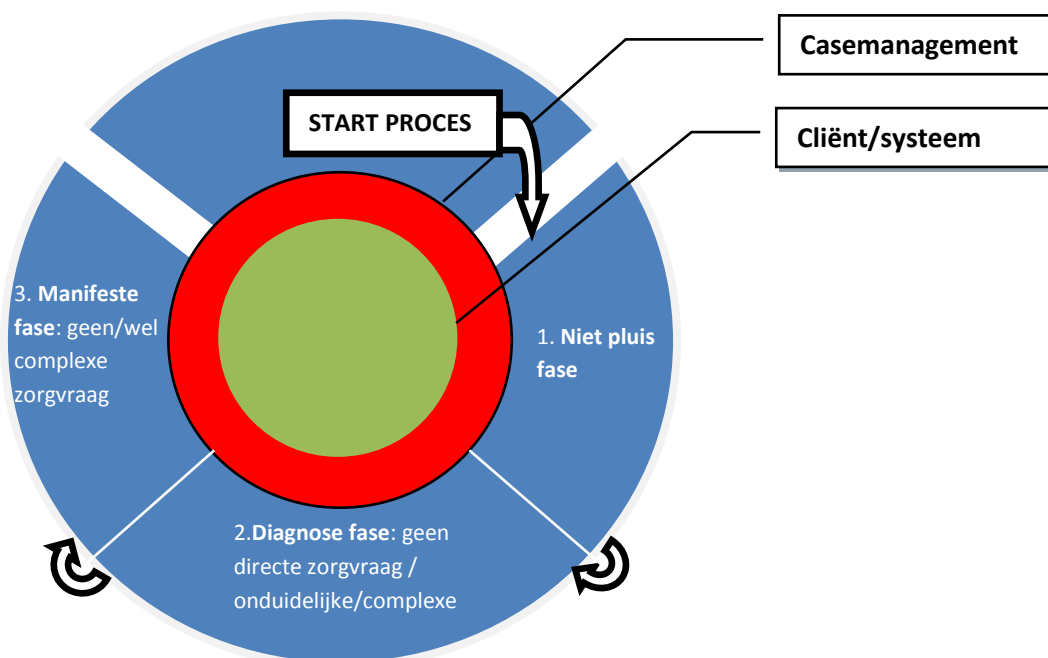
Ervaringen elders laten zien dat het van belang is dat casemanagers onderdeel uitmaken van een samenwerkingsverband. Betere samenwerking tussen de disciplines en het in overleg met de cliënt(systeem) benoemen van een casemanager zal bijdragen aan de

kwaliteit van zorg en tegemoet komen aan de behoefte van de cliënt /professional aan duidelijke communicatie en een centraal aanspreekpunt.

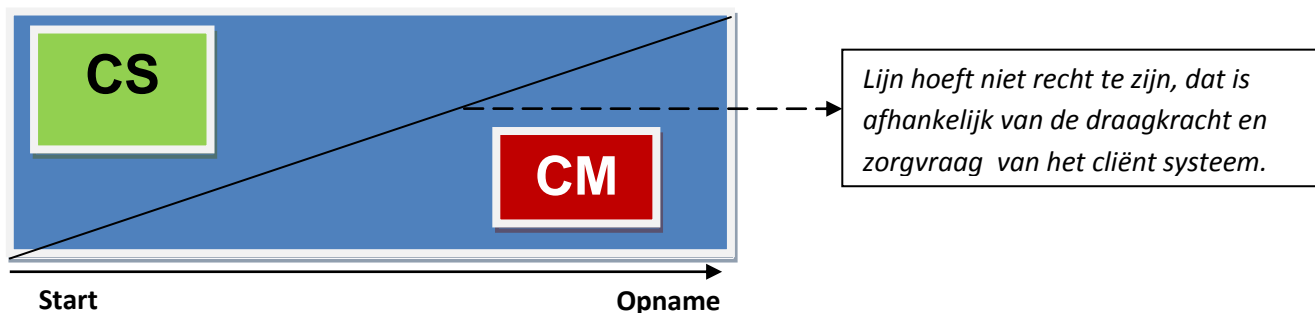
Het is niet de bedoeling het dementieproces vroegtijdig te medicaliseren. De rol van familie en partner is wezenlijk en blijft van groot belang. Het gaat erom de zorg zo goed mogelijk met elkaar te organiseren en continuïteit te bieden.

De behandelaar is inhoudsdeskundige, de casemanager procesverantwoordelijke die “mee loopt” gedurende het hele ziekteproces met cliënt en familie.

## DEMENTIEPROCES



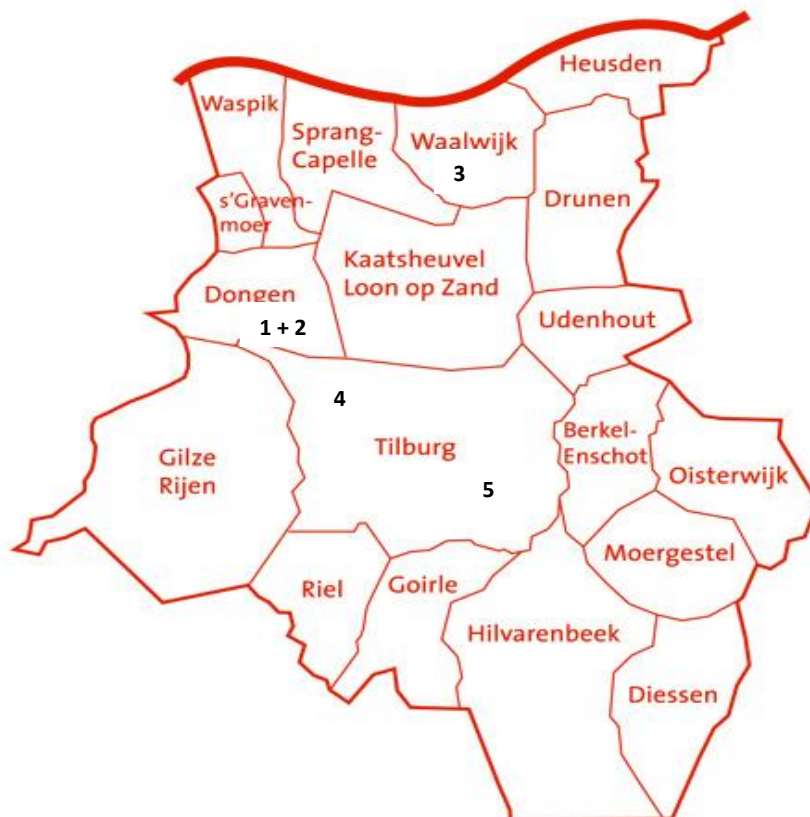
## ZIEKTEVERLOOP



## Ketenzorg dementie als proces; werkwijze samenwerkingsverband

In de regio zien we diverse samenwerkingsverbanden of modellen voor ketenzorg dementie. Deze zijn georganiseerd vanuit een huisartsenpraktijk, verpleeghuis of ziekenhuis.

Voorbeelden van ketenzorg dementie in de regio:



### Legenda

- 1 = Huisarts + Geriatisch Verpleegkundige (Thebe Thuiszorg) + Ouderenarts (De Volckaert)
- 2 = Huisarts + Praktijkverpleegkundige + Ouderenarts (De Volckaert)
- 3 = Huisarts + Praktijkverpleegkundige + Dementieconsulent + andere disciplines
- 4 = Geheugenpoli TweeSteden ziekenhuis + Geriater + Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige + GGZ + Huisarts + Praktijkverpleegkundige + Dementieconsulent
- 5 = Geheugenpoli St. Elisabeth Ziekenhuis (Cogito) + Neuroloog + Ouderenarts + Verpleegkundige + Dementieconsulent

In de keten werken diverse disciplines samen, maar familie en betrokken hulpverleners weten niet altijd wie de casemanager is en de continuïteit in het ziekteproces is niet gewaarborgd. Daarom is het gebruik van een zorgplan en een duidelijke positionering van de casemanager nodig.

### *Uitgangspunt*

Ieder samenwerkingsverband benoemt een casemanager. Deze voldoet aan de kwaliteitscriteria die zijn gesteld, zie hiervoor het regionale actieplan ketenzorg dementie, 18.2.2009. Voor alle partijen is duidelijk wie de casemanager is. Men onderschrijft de LESA (landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken) om de ketenzorg dementie vorm te geven. De checklist LESA, zie bijlage 2, is een instrument om te komen tot informatie-uitwisseling en afspraken over het registreren van gegevens in het zorgplan. Er is structureel werkoverleg.

Aanbieders, gemeenten en professionals worden aangemoedigd om nieuwe samenwerkingsvormen te organiseren zodat cliënten en hun naasten de steun en begeleiding krijgen die nodig is.

### *Aanpak*

In september 2009 maken we een start met implementatie van casemanagement in de regio bij bestaande samenwerkingsverbanden zoals hierboven genoemd en nieuwe (kleinschalige) samenwerkingsinitiatieven. Bij de opzet van nieuwe initiatieven kunnen casemanagers een actieve rol spelen. Zorgorganisaties bepalen hoeveel FTE casemanagement men wil inzetten en welke professionals een scholing gaan volgen.

Het Geriatriesch Netwerk geeft aan hoeveel cliënten in 2009/2010 minimaal kunnen worden opgenomen in de keten gedurende de experimenteerfase.

De uitkomst maat is dat we na 3 jaar weten wat ketenzorg dementie betekent qua volume (aantal cliënten en FTE casemanagers) en hoe de aantallen prestaties met bijbehorend tarief (keten dbc) zijn overeengekomen. Er is dan ook een lijst met casemanagers en contactadressen voor verwijzers beschikbaar.

Onderzoek naar organisatie, doelgerichtheid en cliëntervaringen zal laten zien of de ketenzorg in de regio Midden-Brabant succesvol is.

Om dit proces sturing te geven stelt de werkgroep een implementatietraject casemanagement voor van een jaar met beschikbaarheid van projectmanagement om bestaande samenwerkingsverbanden en nieuwe initiatieven te ondersteunen en faciliteren door:

- Het organiseren van een regionale informatiebijeenkomst voor alle bij dementiezorg betrokken disciplines;
- Het aanbieden van post HBO Scholing Casemanagement i.s.m. BMS of Hogeschool Arnhem/Nijmegen voor praktijkondersteuners (verpleegkundigen), wijkverpleegkundigen, zorgadviseurs, SPVers. De dementieconsulenten In Waalwijk en Tilburg en 2 Thebe verpleegkundigen hebben inmiddels de opleiding casemanagement aan de Hogeschool Arnhem en Nijmegen gevolgd;

- Een werkwijze te introduceren met LESA en zorgplan;
- De opzet van een evaluatie waarbij de gegevens vanuit LESA en de zorgplannen worden verzameld voor tussen- en eindevaluatie;
- Het laten uitvoeren van een onderzoek gericht op (1) Organisatie , logistiek en doelgerichtheid en (2) de effectiviteit van casemanagement en de cliëntervaringen in de keten;
- Het per kwartaal organiseren van regionale bijeenkomsten voor casemanagers en andere disciplines i.v.m. intervisie, bespreken werkwijze, ontwikkeling zorgplan en casuïstiekbespreking.
- Contacten met gemeenten, welzijnssector en zorgaanbieders en andere koploperregio's. Gemeenten zullen nadrukkelijk worden betrokken bij de dementieketen.

## Financiering

Voor de uitvoering van de experimenteerfase en het implementatietraject casemanagement is via het Zorgkantoor en de zorgaanbieders een aanvraag ingediend in het kader van de beleidsregel ketenzorg dementie . De aanvraag is erop gericht een bedrag ad € 277.200,- toe te kennen aan:

- Ontwikkeling keten-dbc
- Implementatie casemanagement
- Startsubsidies nieuwe samenwerkingsvormen
- Organiseren van scholing en regionale bijeenkomsten
- Projectmanagement

De begroting zal in juni 2009 worden opgesteld door het Zorgkantoor en de stuurgroep Geriatriesch Netwerk.

## Samenvatting en Implementatievoorstel

Met ketenzorg dementie en het implementeren van casemanagement willen we bereiken dat:

- cliënten met (een vermoeden op) dementie en hun familie informatie, advies, behandeling en begeleiding krijgen van de niet pluisfase tot aan overlijden.
- het casemanagement is geregeld vanaf de diagnosefase.
- in overleg met de familie wordt afgesproken wie de rol van casemanager op zich neemt. Dit is afhankelijk van zorgvraag en verloop ziekteproces.

De casemanager signaleert, coördineert en is het aanspraakpunt voor het cliënt(systeem) en de hulpverleners.

Tijdens de experimenteerfase van maximaal 3 jaar starten we in september 2009 met het implementeren van casemanagement.

Bestaande en nieuwe samenwerkingsvormen worden gefaciliteerd met behulp van scholing, regionale informatie- en intervisiebijeenkomsten. Ieder samenwerkingsverband heeft een kartrekker; dit zal veelal de casemanager zijn.

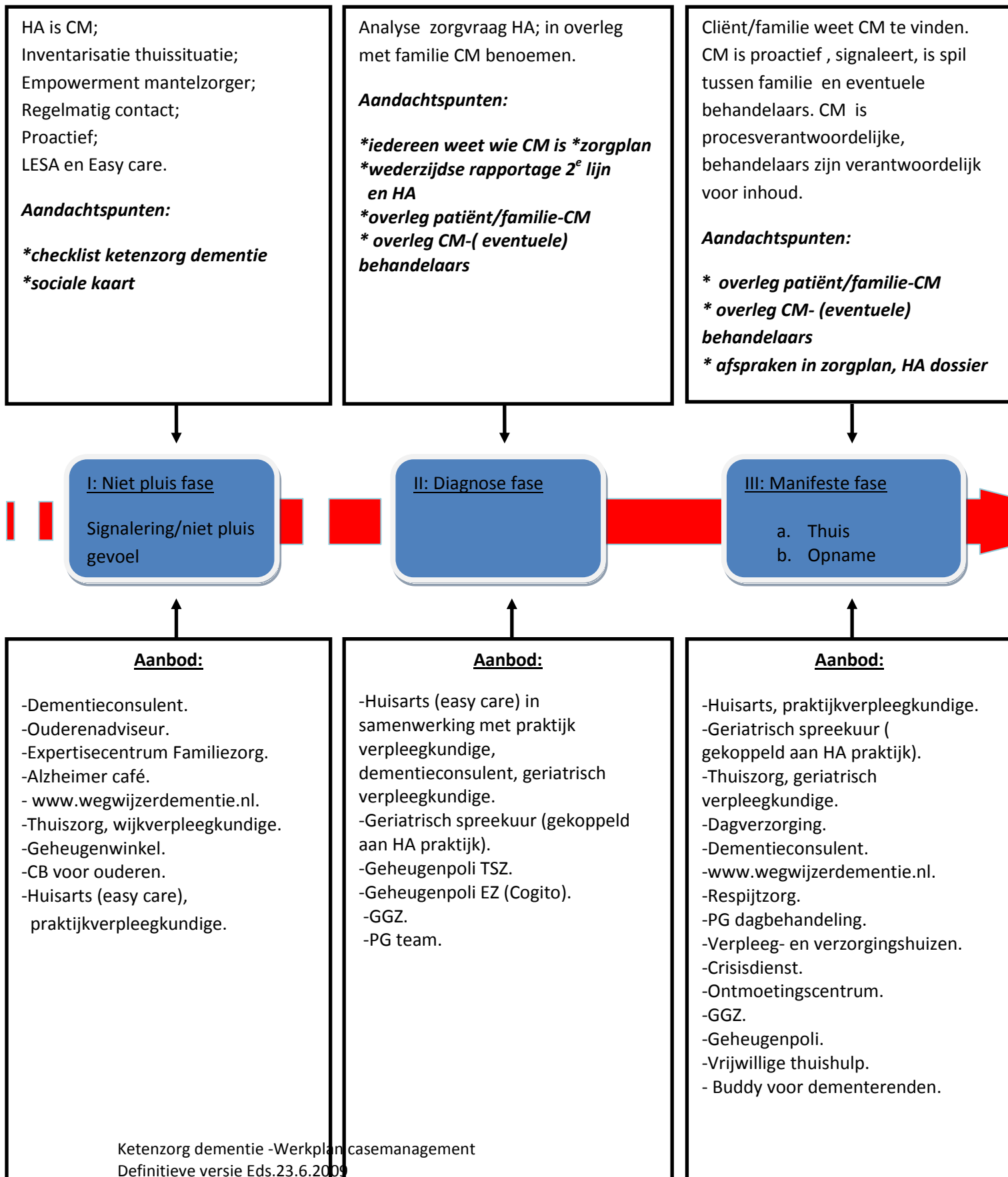
Er komt een overzicht van beschikbare casemanagers in de regio. Alle casemanagers voldoen aan gestelde kwaliteitseisen en hanteren een uniforme werkwijze, zie bijlage 1 -2, waarvan de checklist LESA en het zorgplan onderdeel uitmaken. Een format voor het zorgplan zal tijdens de experimenteerfase worden ontwikkeld. Voor de sturing van dit proces wordt projectmanagement ingezet.

Namens de werkgroep casemanagement:

Frank Brouwers (Amarant), Ben Janssen (De Wever), Danielle Daems (TSz), Stan van de Ven (GGZ), Anita Bax (Poer Waalwijk), Marjo Lahaije (gemeente Tilburg), Jos Sebrechts (Huisartsenkring Midden-Brabant), Ilonka van Sprang (Thebe), Lenneke Seijsener (Alzheimer afdeling Midden-brabant), Ellen de Schipper (Zorgnetwerk Midden-Brabant).

**juni 2009**

## BIJLAGE 1 werkwijze ketenzorg dementie



## BIJLAGE 2: Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak

<b>CHECKLIST KETENZORG DEMENTIE</b>	
➤	Wat zijn lokale en regionale mogelijkheden? Inventariseer de sociale kaart in de regio.
➤	Hoe gebeurt de informatie-uitwisseling? Een adequate en volledige informatie-uitwisseling, noodzakelijk voor het vervullen van de taak als behandelaar of consultant, staat hierbij centraal.
➤	Welke informatie wil de huisarts ontvangen en wanneer?
➤	Welke informatie wil de ouderenspecialist/ouderengeneeskunde ontvangen en wanneer?
➤	Wanneer en hoe nemen partijen in elk geval contact met elkaar op?
➤	Hoe is consultatie geregeld bij angst, somberheid en gedragstoornissen bij de patiënt, te grote belasting van de mantelzorg, mogelijke gevaren, lichamelijke verwaarlozing, comorbiditeit en polyfarmacie, wils(on)bekwaamheid en bewindvoering, crises, vrijheidsbeperkende maatregelen (BOPZ) en palliatieve zorgvragen?
➤	Welke afspraken worden gemaakt ten aanzien van bereikbaarheid in acute situaties?
➤	Hoe wordt het opstellen en zo nodig aanpassen van een behandelplan (doelen, interventies e.d.) en de (multidisciplinaire) afstemming hierover gezamenlijk ingevuld?
➤	Wie is in welke situatie hoofdbehandelaar, voert gesprekken met de patiënt en is aanspreekpunt voor de patiënt?
➤	Wie schrijft in welke situatie de medicatie voor, heeft daarover de coördinatie en maakt afspraken over de bewaking van polyfarmacie?
➤	Wat zijn in de regio beschikbare specifieke zorgvormen in de psychogeriatric (PG) en welke mogelijkheden bieden deze vormen voor patiënten met dementie? Huisartsen kunnen ouderenspecialisten hierover consulteren. Denk daarbij aan zorgvormen als meerzorg, (aanvullende) verpleeghuiszorg, dagbehandeling, transitiezorg, enzovoort.
➤	Hoe is de uitvoering van monitoring afgestemd? Hierbij is bijzondere aandacht voor de draagkracht van de mantelzorg en daarop afgestemde ondersteuning van belang.
➤	Wie verzorgt de voorlichting aan de patiënt en zijn naasten en welk voorlichtingsmateriaal (bijvoorbeeld NHG-Patiëntenbrieven) wordt gebruikt?
➤	Maak duidelijk wie de casemanager is.

**Bron: Huisarts & Wetenschap maart 2009**