



ADVIESRAPPORT

Hoe kan het Netwerk Dementie Drenthe anticiperen op de toekomst en optimaal zijn ingericht vanaf 2015?

Minor Consulteren en Adviseren

Christelijke Hogeschool Windesheim

Opleiding Toegepaste Gerontologie

Naam: Jannes Hofsteenge

Versie: Adviesrapport voor Netwerk Dementie Drenthe

INHOUDSOPGAVE

Voorblad	1
Inhoudsopgave	2
Samenvatting	3
Hoofdstuk 1- Aanleiding	4
Hoofdstuk 2- Vraag-en doelstelling	5
Hoofdstuk 3- Werkwijze	6
Hoofdstuk 4- Resultaten Onderzoek	7
4.1 Resultaten Literatuuronderzoek	7-9
4.2 Resultaten Online Enquete	10-20
4.3 Resultaten Open Vragen Enquete	21-32
4.4 Resultaten Interviews	32-35
Hoofdstuk 5- Conclusie	36
Hoofdstuk 6- Aanbevelingen	37
Hoofdstuk 7- Bronnen	38

SAMENVATTING

Het Netwerk Dementie Drenthe heeft zich vanaf 2009 ontwikkeld tot een samenwerkingsverband van zorgaanbieders en lokale overheden dat een samenhangend aanbod in de ketenzorg voor dementie in de provincie Drenthe wil realiseren. Het Netwerk Dementie Drenthe wil de gerealiseerde structuren graag behouden, maar door politieke, maatschappelijke en financiële ontwikkelingen staat de dementiezorg onder druk.

Deze gegevens resulteerden in de hoofdvraag: ‘‘Hoe kan het Netwerk Dementie Drenthe anticiperen op de toekomstige ontwikkelingen en optimaal zijn ingericht vanaf 2015?’’

De methode die gehanteerd is om antwoord te geven op de hoofdvraag is gedaan door literatuuronderzoek, een online-enquête en interviews met deelnemers uit alle geledingen van het Netwerk Dementie Drenthe. Er werd door middel van vijf deelvragen informatie verzameld over de toekomstige ontwikkelingen van het Netwerk betreffende netwerkstructuren, vormen van zorgbegeleiding, diagnostiektrajecten, organisatiestructuur en de toekomst van de dementiezorg.

De participanten van Het Netwerk Dementie Drenthe zijn vooral op zoek naar een definitieve vorm van het Netwerk, vorm van zorgbegeleiding en organisatiestructuur in 2015. Bij de keuze voor een definitieve netwerkvorm is er een voorkeur voor een verbreding van het Netwerk Dementie. Hierbij wordt vooral gedacht aan een Netwerk Kwetsbare Ouderen. De vorm van zorgbegeleiding is afhankelijk van deze keuze en over de organisatiestructuur van het Netwerk wordt heel divers gedacht, maar er is een voorkeur voor het verkleinen van de Zorg Begeleidings Overleg (ZBO) groepen.

Bij het diagnostiektraject voor dementie is er een duidelijke voorkeur voor een eerste diagnose door een huisarts en voor de toekomst van de dementiezorg wordt er gekozen voor de inzet van zorgaanbieders met behulp van zorgbegeleiders

Indien het Netwerk Dementie Drenthe in het jaar 2015 een duidelijk toekomstperspectief wil hebben, zal er in het jaar 2014 gewerkt moeten worden aan de ontwikkeling van het Netwerk en hiervoor zijn of worden er diverse werkvormen gepland bij de diverse groepen van het Netwerk Dementie Drenthe. Dit zijn presentaties over het adviesproduct, netwerkcontacten, mini-symposia en scenariodenken.

HOOFDSTUK1 AANLEIDING

Het Netwerk Dementie Drenthe is in 2009 ontstaan uit het Landelijk Dementie Programma Drenthe om de samenwerking en de samenhang in de dementiezorg in de provincie Drenthe te bevorderen en daardoor een goede ketenzorg voor cliënten te realiseren. Het Netwerk Dementie Drenthe is een open Netwerk. Dat wil zeggen dat alle organisaties die een plaats innemen in de ketenzorg dementie in Drenthe kunnen deelnemen aan het Netwerk

Het Netwerk Dementie Drenthe bestaat uit een Participanten Raad, vier regionale Stuurgroepen en vijf regionale Zorgbegeleidingsoverleggen (ZBO's). Voor de coördinatie is een onafhankelijke stichting opgericht, die voor belangrijke besluiten eerst de participanten in de Participanten Raad raadpleegt. De coördinatrice is de spin in het web en ze werkt in opdracht van het bestuur van de stichting Dementie Drenthe. Het Netwerk Dementie Drenthe heeft de afgelopen jaren een goede start gemaakt met het tot stand brengen van ketenzorg dementie in Drenthe. Ze willen graag de gerealiseerde structuren (o.a.samenhang en samenwerking) en zorgonderdelen (o.a.zorgbegeleiding, diagnostiektraject) behouden.

Het aantal mensen met dementie zal in Drenthe de komende jaren toenemen. Het aantal zal groeien van 7.683 in 2010, naar 9.076 in 2020 en 11.625 in 2030 (www.dementiedrenthe.nl.) De dementiezorg staat momenteel onder druk door ontwikkelingen in financieringsstromen. De belangrijkste factor is de transitie van AWBZ naar WMO. (www.vilans.nl). Met de transitie van AWBZ naar WMO verschuift de dementiezorg voor een groot deel van de 3^e en 2^e lijn naar 1^e en 0^e lijn. In de 1^e en 0^e lijn wordt geen doelgroepenbeleid gevoerd, dat wil zeggen huisartsen en gemeenten richten zich dan op de groep kwetsbare ouderen en niet specifiek op de groep met dementie. Gemeenten zullen nieuwe doelgroepen moeten gaan bedienen, die veelal niet gewend zijn zich tot de gemeente te wenden voor ondersteuning. De gemeenten die deze wet moeten gaan uitvoeren in 2015 krijgen bovendien een enorme bezuinigingsopdracht mee.

Door deze ontwikkelingen heeft Het Netwerk Dementie Drenthe gevraagd een adviesrapport op te stellen, waardoor het bestuur van de Stichting Dementie Drenthe kan anticiperen op de toekomstige ontwikkelingen in de ouderen-en dementiezorg. Het streven is om de dementiezorg in Drenthe op verantwoorde wijze en in verbinding met elkaar te kunnen blijven organiseren en de kwaliteit en de omvang ervan te bewaken.

HOOFDSTUK 2 VRAAG-EN DOELSTELLING

Om Het Netwerk Dementie Drenthe van een advies te voorzien is er een praktijkgericht onderzoek nodig om antwoord te kunnen geven op de vraag- en doelstelling. De doelstelling en vraagstelling zijn na overleg met Het Netwerk Dementie Drenthe als volgt te omschrijven:

Doelstelling

Het uitbrengen van een consultatieadvies door middel van een kwalitatief en kwantitatief onderzoek om te anticiperen op de toekomstige ontwikkelingen van het Netwerk Dementie Drenthe .

Om dit advies te realiseren zal er antwoord gegeven moeten worden op allerlei vragen die met deze doelstelling te maken hebben. De vragen zijn te verdelen in een hoofdvraag en meerdere deelvragen. De hoofdvraag wordt eerst omschreven en daarna zullen de deelvragen worden gedefinieerd.

Hoofdvraag

Hoe kan het Netwerk Dementie Drenthe anticiperen op de toekomstige ontwikkelingen en optimaal zijn ingericht vanaf 2015?

Door antwoord te geven op de hoofdvraag is het van belang om via deelvragen inzicht te krijgen in de materie en daarmee op verantwoorde wijze het advies te kunnen onderbouwen.

Deelvragen

Gericht op de doelgroep:

1. Hoe moeten we verder gaan met het Netwerk Dementie Drenthe?

Gericht op de zorgkwaliteit :

2. Hoe gaan we verder met het casemanagement?
3. Hoe denkt U over de diagnostiek bij dementie?

Gericht op de organisatie:

4. Hoe denkt u over een verandering van de organisatiestructuur van het Netwerk Dementie Drenthe?
 5. Hoe moeten we de dementiezorg in de toekomst gaan organiseren?
-

HOOFDSTUK 3 WERKWIJZE

Een praktijkgericht onderzoek door middel van een kwalitatief onderzoek (literatuuronderzoek en interviews) en kwantitatief onderzoek (online-enquête) moest informatie verstrekken om een advies te kunnen verlenen aan Het Netwerk Dementie Drenthe.

Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek verstrekt informatie over trends en ontwikkelingen in de ouderen-en dementiezorg. Verdieping in het onderwerp vond plaats door het bestuderen van wetenschappelijke artikelen, publicaties, literatuur, onderzoeksrapporten en informatie op websites.

Kwantitatief onderzoek

Het kwantitatieve onderzoek bestond uit een online enquête. Dit is een gestructureerde dataverzamelmethode. De vraagstelling staat van te voren vast en de ondervraagde kan bij een aantal vragen kiezen uit een (klein) aantal antwoordmogelijkheden.

De enquête bestond uit totaal elf vragen met aan het begin twee schaalvragen- samenstelling Netwerk-, daarna twee multiple choice vragen- doelgroep en zorgkwaliteit- gevolgd door drie open vragen ter verduidelijking van de multiple choice vragen. Hierna drie multiple choice vragen-zorgkwaliteit en organisatiestructuur- en tenslotte nog een open vraag met opmerkingen en ideeën over de toekomst van de dementiezorg en de organisatie van het Netwerk Dementie Drenthe.

De ontwikkelde vragenlijst is uitgetoetst met “oefenpersonen”, zodat er een betrouwbare en gestructureerde vragenlijst ontstond. De respondenten werden via het internet uitgenodigd om deel te nemen door een voorwoord met doel van het onderzoek, wat en hoe de vraagstelling is. Na de verstreken datum is de vragenlijst nogmaals verstuurd.

De vijf deelvragen kwamen terug in de online enquête. Door middel van dit enquête onderzoek zijn de wensen en behoeften van deelnemers van het Netwerk Dementie Drenthe in kaart gebracht. De gegevens zijn verwerkt door middel van het statistische softwareprogramma SPSS 22.

Kwalitatief onderzoek

Het kwalitatieve onderzoek bestond uit interviews. Er zijn zeven interviews afgenomen met respondenten uit alle geledingen van het Netwerk. Voorafgaand aan het interview werd vermeld dat het interview anoniem was. De topiclijst was afhankelijk van de betrokkenheid van de respondent bij een bepaalde groep van het Netwerk. De interviews waren bedoeld als een verdieping op de resultaten van het literatuuronderzoek en de online enquête.

Samenvatting

Het onderzoeksdesign was hiermee inventariserend van aard. De resultaten van het literatuuronderzoek, enquête en interviews zijn geïnventariseerd en geëvalueerd om een inhoudelijk advies aan het Netwerk Dementie Drenthe te kunnen geven.

De resultaten van het literatuuronderzoek- naar aanleiding van de vijf deelvragen- worden beschreven onder 4.1, de resultaten van de online enquête onder 4.2 en de resultaten van de interviews onder 4.3, zodat aan het eind de resultaten met elkaar in verbinding worden gebracht om daarmee antwoord te geven op de hoofdvraag.

4.1. Resultaten Literatuuronderzoek

4.1.1 Hoe moeten we verder gaan met het Netwerk Dementie Drenthe?

Het Netwerk Dementie Drenthe wil vooruit kijken om te anticiperen op de verwachte veranderingen, waarvan niemand weet hoe die precies gaan uitpakken. Gaat het Netwerk Dementie Drenthe verder zoals het nu georganiseerd is of gaan ze omvormen tot een geriatriesch netwerk of een netwerk voor kwetsbare ouderen? Om een antwoord te krijgen op de deelvraag is er eerst gezocht naar definities van de verschillende netwerken.

Netwerk Dementie

Een Netwerk Dementie is een structureel aanbod van samenhangende dementiezorg die aansluit bij de behoeften en wensen van mensen met dementie en hun naasten. (www.vilans.nl)

Een Netwerk Dementie wil een op elkaar aansluitend zorgaanbod bieden en een vangnet zijn voor dementerenden en mantelzorgers door middel van een samenwerkingsverband met zorgverleners. (www.netwerkdementieachterhoek.nl)

Een Netwerk Dementie is een samenwerkingsverband van aanbieders en lokale overheden, dat een samenhangend aanbod in de dementiezorg wil realiseren. (www.dementiedrenthe.nl)

Netwerk Geriatrie

Een Netwerk Geriatrie moet een verbindende factor zijn om partijen samen te brengen en met elkaar samen te laten werken. Samenwerking tussen de verschillende disciplines die betrokken zijn bij de kwetsbare ouderen is een vereiste voor veranderende zorgvraag en een toename in de komende jaren van het aantal ouderen. (www.netwerkgeriatrieapeldoorn.nl)

Het Netwerk Geriatrie Friesland is een provinciaal samenwerkingsverband van fysiotherapeuten uit de 1e lijn, 2e lijn en caresector die de geriatrische patiënt, op verwijzing van aanvragers, optimale fysiotherapeutische zorg biedt. (www.netwerkgeriatriefriesland.nl)

Netwerk Kwetsbare Ouderen

Bij een Netwerk Kwetsbare Ouderen werken betrokken welzijn- en zorgaanbieders optimaal samen om welzijn en zorg te verbeteren. Uitgangspunten zijn: preventie van onnodige achteruitgang en klachten, regiefunctie bij ouderen en mantelzorgers zelf, behoud van kwaliteit van leven en zolang mogelijk zelfstandig wonen in de eigen woon- en sociale omgeving. (www.zowelnwa.nl)

Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden). Als leeftijdsgrens voor kwetsbare ouderen wordt een leeftijd van 75 jaar of ouder gehanteerd. (www.defriesland.nl)

Het Netwerk Dementie Drenthe wil een samenhangend aanbod in de dementiezorg realiseren in samenwerking met betrokken welzijn- en zorgaanbieders. Alle genoemde netwerken leggen de nadruk op samenwerking tussen welzijn- en zorgaanbieders. Bij een netwerk Geriatrie en Kwetsbare Ouderen wordt er breder ingezet en komen er meerdere aspecten bij ouderen betreffende welzijn en zorg naar voren dan alleen zorg bij dementie.

4.1.2 Hoe gaan we verder met de zorgbegeleiding (=casemanagement) bij het Netwerk Dementie Drenthe?

“Het Netwerk Dementie Drenthe streeft naar een vorm van zorgbegeleiding dementie, die dicht bij de cliënt staat, die geen aparte functie inhoudt, maar een rol is die de zorgverlener uitvoert bovenop zijn/haar reguliere zorgtaken, waardoor de bereikbaarheid en de aanspreekbaarheid voor het cliëntsysteem wordt vergroot” (www.dementiedrenthe.nl)

Casemanagement/Zorgbegeleiding dementie heeft al op veel plekken in Nederland z'n intrede gedaan.

Een casemanager/zorgbegeleider dementie is iemand die er is voor de cliënt en de mantelzorger, informatie heeft en ondersteuning biedt, onafhankelijk diens positie vertegenwoordigt en zorgt voor continuïteit in het zorgproces. De casemanager/zorgbegeleider maakt deel uit van een zorgketen waarin signalering van tekenen van dementie, ziekte- en zorgdiagnostiek, behandeling, evaluatie, bijstellen / afstemmen van zorg en nazorg onderdeel uitmaken.

Rondom de inhoud en de taken zijn er geen grote verschillen. Wel verschillen per regio bijvoorbeeld de benaming (casemanager, persoonlijk begeleider, care manager, dementieconsulent, omtinker, cliëntadviseur, zorgbegeleider of trajectbegeleider), de opleiding, de taken, het aantal cliënten en de wijze van financiering van een casemanager. Casemanagement wordt een containerbegrip genoemd waar geen eenduidige definitie voor is. (www.toolkitdementie.nl)

Bij het Netwerk Dementie Drenthe wordt de benaming zorgbegeleider en casemanager gebruikt met een HBO-werk en denkniveau, ervaring in de zorgsector met als aandachtsgebied psycho-geriatrie en aangevuld met specifieke scholing Zorgbegeleiding. Een zorgbegeleider dementie kan ook transities begeleiden, comorbiditeit signaleren, een cliëntsysteem ondersteunen en dient kennis te hebben van de sociale kaart. Een zorgbegeleider dementie moet kunnen omgaan met belangentegenstellingen en in staat zijn om samen te werken met andere hulpverleners

4.1.3 Hoe denkt u over diagnostiek bij dementie?

Dementie is een verzamelnaam voor ziektebeelden. Er is diagnostiek nodig om informatie te kunnen geven over welk ziektebeeld men precies heeft. Buiten het stellen van de diagnose heeft diagnostiek als doel om de persoon met dementie en de omgeving te kunnen adviseren en begeleiden. Er is onderzoek nodig om de diagnose te stellen. Daarom wordt aangeraden dit te doen in een multidisciplinair team. Wanneer er iets mis blijkt te zijn met cognitieve functies moet allereerst een arts of psycholoog uitsluiten dat er iets anders dan onomkeerbare dementie in het spel is. Bijvoorbeeld delier, depressie, vitaminetekort, uitdroging, slecht functioneren van de schildklier of van hart en bloedvaten of bijwerkingen van geneesmiddelen.

(www.trimbos.nl)

Bij het Netwerk Dementie Drenthe kan momenteel de volgende route worden gevolgd: in de ‘niet pluis’ fase kan er informatie en advies gezocht worden op de website van Dementie Drenthe en de Helpdesk Dementie Drenthe kan worden benaderd. Ook het bezoeken van een Alzheimer Café behoort tot de mogelijkheden. Hierna kan er een diagnose worden gezocht bij een huisarts, GGZ Drenthe of bij een geheugenpoli van het regionale ziekenhuis. Dit kan leiden tot een diagnose en een zorgplan dat mede kan worden uitgevoerd met behulp van een zorgbegeleider.

4.1.4 Hoe denkt U over een verandering van de organisatiestructuur van het Netwerk Dementie Drenthe?'

Deze vraag gaat over de aspecten in de organisatie van het Netwerk Dementie Drenthe betreffende ZBO's en Stuurgroepen.

In het regionale Zorgbegeleidingsoverleg (ZBO) vindt cliëntbespreking en vaststelling van de zorgbegeleider plaats en ook een verslaglegging middels het registratieformulier. De regionale Stuurgroep maakt zich verantwoordelijk voor de dementiezorg in de regio en bestaat uit managers en beleidsambtenaren.

Het Netwerk Dementie Drenthe bestaat uit vijf regionale ZBO groepen van gemiddeld twintig zorgbegeleiders en uit vier regionale Stuurgroepen van gemiddeld twaalf personen.

4.1.5 Hoe moeten we de dementiezorg in de toekomst gaan organiseren?

Momenteel wordt zorg, behandeling en ondersteuning bij dementie geleverd in de vorm van een samenhangend trajectaanbod. Hiervoor is het noodzakelijk dat het geheel van onderdelen van dementiezorg wordt geleverd door een netwerk van samenwerkende zorg- en welzijnsaanbieders. Daaronder verstaan we in de zorgsector de kernpartners: huisarts, instellingen voor Verpleging en Verzorging, Thuiszorg, GGZ en ziekenhuis (met name geriatrie, neurologie). In de welzijnssector betreft het de welzijnsinstellingen zoals dagopvang, ouderenadviseur, lotgenotencontact, vrijwilligersorganisaties en mantelzorgondersteuning. Essentieel daarbij is het aanbieden van casemanagement, dat geïntegreerd is met diagnostiek, behandeling, zorg en begeleiding (www.vgz.nl)

Zorgverzekeraar Achmea is van mening dat de zorg en ondersteuning aan mensen met dementie en hun mantelzorgers ook de komende jaren op regionaal niveau moet worden georganiseerd in netwerkverband. Elk netwerk is verantwoordelijk om het welzijn- en zorgaanbod effectief en efficiënt te organiseren vanuit de vraag en de behoefte van de cliënt, met als uitgangspunt zo veel en zo lang mogelijk behoud van eigen regie en zelfmanagement. In verband met de samenhang met de doelgroep kwetsbare ouderen, stimuleert Achmea de doorontwikkeling van dementienetwerken tot geriatrische netwerken. De achterliggende reden hiervan is dat Achmea vanuit klantperspectief wil voorkómen dat er vanuit diverse soorten netwerken vergelijkbare zorg wordt georganiseerd en aangeboden aan de doelgroep.

(www.achmeazorg.nl)

Het Stichtingsbestuur van het Netwerk Dementie Drenthe wil de zorg voor dementie en de bestaande verbindingen blijven garanderen ook als het Netwerk Dementie zou worden omgevormd tot een breder netwerk voor ouderenzorg, want dementie is erg ingrijpend en vraagt specifieke kennis en vaardigheden. Het Netwerk Dementie Drenthe wil "het kind niet met het badwater weggooien".

4.2 Resultaten Online Enquête

Door middel van het online enquête onderzoek zijn de wensen en behoeften van deelnemers aan het Netwerk Dementie Drenthe in kaart gebracht. De gegevens zijn verwerkt door middel van het statische softwareprogramma SPSS 22. De online enquête is ingevuld door 125 respondenten. Het aantal aangeschreven leden was 200 personen. Dit is een respons van 63%.

4.2.1 Tot welke groep behoort U binnen het Netwerk Dementie Drenthe?

Uit tabel 1 (frequentietabel) en figuur 1 (cirkeldiagram) blijkt dat de respondenten van de groep ZBO (zorgbegeleiders) het meest vertegenwoordigd is, gevolgd door respondenten van de Stuurgroep en Participantenraad

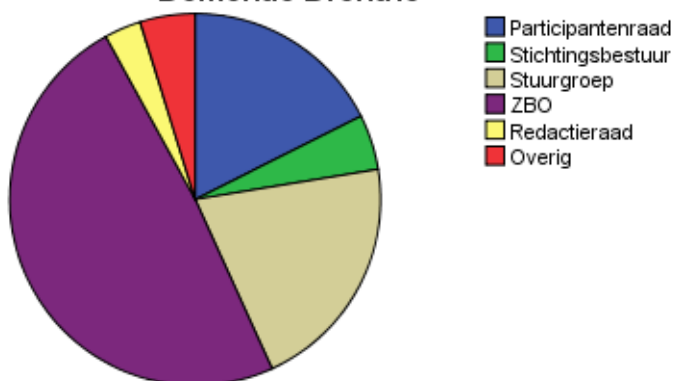
N	Valid	125
	Missing	0

Tot welke groep behoort U binnen het Netwerk Dementie Drenthe

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Participantenraad	22	17,6	17,6	17,6
Stichtingsbestuur	6	4,8	4,8	22,4
Stuurgroep	26	20,8	20,8	43,2
ZBO	61	48,8	48,8	92,0
Redactieraad	4	3,2	3,2	95,2
Overig	6	4,8	4,8	100,0
Total	125	100,0	100,0	

Tabel 1 -Frequentie -tabel : Tot welke groep behoort u binnen Netwerk Dementie Drenthe?

Tot welke groep behoort U binnen het Netwerk Dementie Drenthe



Figuur 1- Cirkeldiagram: Tot welke groep behoort u binnen het Netwerk Dementie Drenthe?

4.2.2. Vanuit welke beroepsgroep gaat U deze vragen beantwoorden?

Uit tabel 2 (frequentietabel) en figuur 2 (cirkeldiagram) blijkt dat vanuit de meeste respondenten hebben geantwoord vanuit de beroepsgroep die betrokken zijn bij de zorgorganisaties

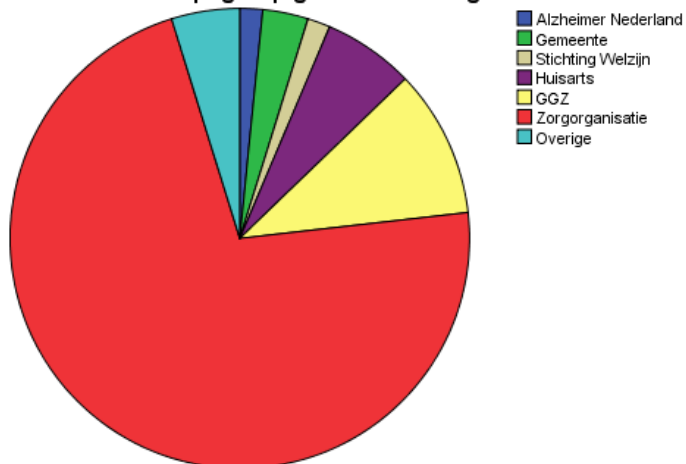
N	Valid	125
	Missing	0

Vanuit welke beroepsgroep gaat U deze vragen beantwoorden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Alzheimer Nederland	2	1,6	1,6	1,6
	Gemeente	4	3,2	3,2	4,8
	Stichting Welzijn	2	1,6	1,6	6,4
	Huisarts	8	6,4	6,4	12,8
	GGZ	13	10,4	10,4	23,2
	Zorgorganisatie	90	72,0	72,0	95,2
	Overige	6	4,8	4,8	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Tabel 2 -Frequentie-tabel: Vanuit welke beroepsgroep gaat u deze vragen beantwoorden?

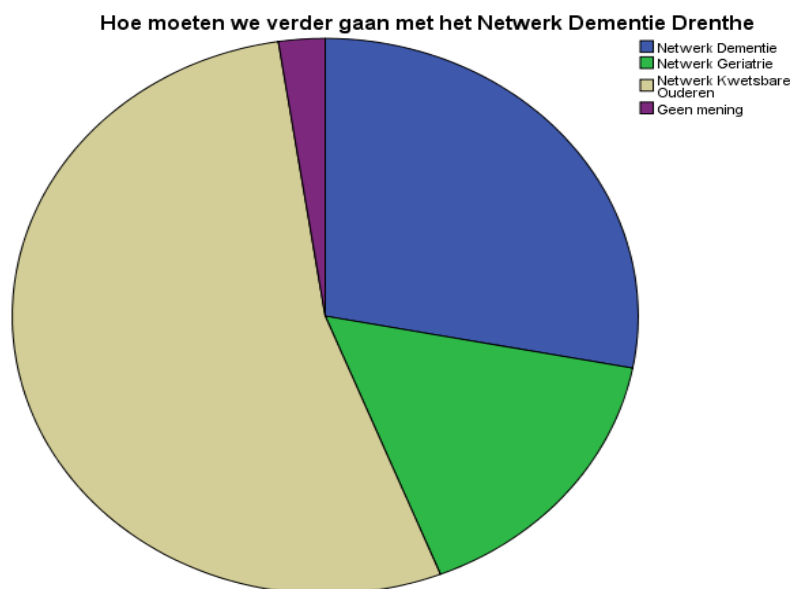
Vanuit welke beroepsgroep gaat U deze vragen beantwoorden



Figuur 2 – Cirkeldiagram : Vanuit welke beroepsgroep gaat u deze vragen beantwoorden?

4.2.3 Hoe moeten we verder gaan met het Netwerk Dementie Drenthe?

Uit figuur 3 (cirkeldiagram) blijkt dat er bij de respondenten een voorkeur is voor het Netwerk Kwetsbare Ouderen. Daarna volgen achtereenvolgens het Netwerk Dementie en het Netwerk Geriatrie. Indien we de netwerken Geriatrie en Kwetsbare Ouderen samenvoegen is er een voorkeur voor een bredere netwerkform voor ouderenzorg.



Figuur 3- Cirkeldiagram: Hoe moeten we verder gaan met het Netwerk Dementie Drenthe?

Uit tabel 3 (kruistabel) hebben de respondenten van Stuurgroepen, ZBO en Redactieraad een voorkeur voor het Netwerk Kwetsbare Ouderen, de andere respondenten zijn verdeeld.

Tot welke groep behoort U binnen het Netwerk Dementie Drenthe * Hoe moeten we verder gaan met het Netwerk Dementie Drenthe

Crosstabulation

Count

		Hoe moeten we verder gaan met het Netwerk Dementie Drenthe				Total
		Netwerk Dementie	Netwerk Geriatrie	Netwerk Kwetsbare Ouderen	Geen mening	
Tot welke groep behoort U binnen het Netwerk Dementie Drenthe	Participantenraad	7	4	11	0	22
	Stichtingsbestuur	2	2	2	0	6
	Stuurgroep	7	2	17	0	26
	ZBO	18	9	32	2	61
	Redactieraad	1	1	2	0	4
	Overig	0	2	3	1	6
Total		35	20	67	3	125

Tabel 3- Kruistabel: Tot welke groep behoort u binnen het Netwerk Dementie Drenthe*Hoe moeten we verder gaan met het Netwerk Dementie Drenthe

Uit tabel 4 (kruistabel) blijkt dat respondenten vanuit gemeenten, Stichting Welzijn, huisartsen en zorgorganisaties een voorkeur hebben voor het Netwerk Kwetsbare Ouderen

Respondenten van Alzheimer Nederland en overige beroepsgroepen hebben een voorkeur voor het Netwerk Geriatrie. Respondenten van de GGZ twijfelen tussen een Netwerk Dementie en een Netwerk Kwetsbare Ouderen.

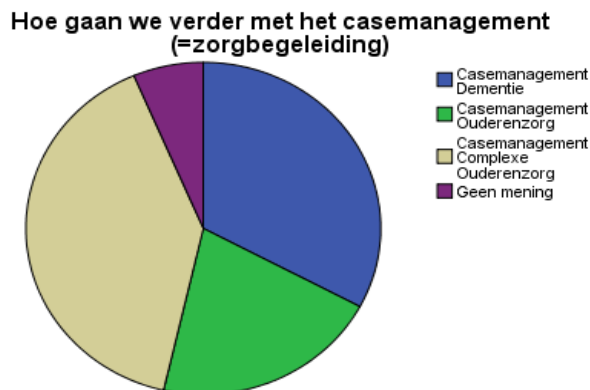
Vanuit welke beroepsgroep gaat U deze vragen beantwoorden * Hoe moeten we verder gaan met het Netwerk Dementie Drenthe
Crosstabulation

		Hoe moeten we verder gaan met het Netwerk Dementie Drenthe				Total
		Netwerk Dementie	Netwerk Geriatrie	Netwerk Kwetsbare Ouderen	Geen mening	
Vanuit welke beroepsgroep gaat U deze vragen beantwoorden	Alzheimer Nederland	0	2	0	0	2
	Gemeente	1	0	3	0	4
	Stichting Welzijn	0	0	2	0	2
	Huisarts	0	1	7	0	8
	GGZ	7	1	5	0	13
	Zorgorganisatie	27	11	50	2	90
	Overige	0	5	0	1	6
Total		35	20	67	3	125

Tabel 4- Kruistabel : Vanuit welke beroepsgroep gaat U deze vragen beantwoorden* Hoe moeten we verder gaan met het Netwerk Dementie Drenthe

4.2.4 Hoe gaan we verder met het casemanagement(=zorgbegeleiding)?

Uit figuur 4 (cirkeldiagram) blijkt dat een kleine meerderheid van de respondenten kiest voor casemanagement complexe ouderenzorg gevolgd door casemanagement dementie.



Figuur 4- Cirkeldiagram : Hoe gaan we verder met het casemanagement(=zorgbegeleiding) ?

Uit tabel 5 (kruistabel) blijkt dat er binnen de groepen veel diversiteit in keuzes is. De respondenten van de Participantenraad, Stuurgroepen, ZBO, Redactieraad en Overige zijn zeer verdeeld. De respondenten van het Stichtingsbestuur hebben een voorkeur voor casemanagement dementie.

Tot welke groep behoort U binnen het Netwerk Dementie Drenthe * Hoe gaan we verder met het casemanagement(=zorgbegeleiding) Crosstabulation

Count

		Hoe gaan we verder met het casemanagement(=zorgbegeleiding)				Total
		Casemanagement Dementie	Casemanagement Ouderenzorg	Casemanagement Complexe Ouderenzorg	Geen mening	
Tot welke groep behoort U binnen het Netwerk Dementie Drenthe	Participantenraad	9	5	7	1	22
	Stichtingsbestuur	4	0	2	0	6
	Stuurgroep	8	8	9	1	26
	ZBO	17	12	28	4	61
	Redactieraad	2	0	2	0	4
	Overig	1	1	2	2	6
Total		41	26	50	8	125

Tabel 5- Kruistabel : Tot welke groep behoort U binnen het Netwerk Dementie Drenthe* Hoe gaan we verder met het casemanagement (=zorgbegeleiding)

Uit tabel 6 (kruistabel) blijkt dat de respondenten van de huisartsen een duidelijke voorkeur hebben voor casemanagement complexe ouderenzorg. Respondenten van Alzheimer Nederland, GGZ en Overige hebben een lichte voorkeur voor casemanagement dementie, terwijl de respondenten van gemeenten, Stichting Welzijn en ZBO verdeeld zijn.

Vanuit welke beroepsgroep gaat U deze vragen beantwoorden * Hoe gaan we verder met het casemanagement(=zorgbegeleiding) Crosstabulation

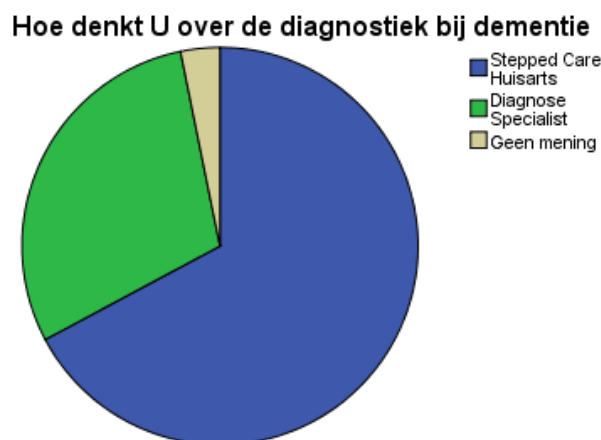
Count

		Hoe gaan we verder met het casemanagement(=zorgbegeleiding)				Total
		Casemanagement Dementie	Casemanagement Ouderenzorg	Casemanagement Complexe Ouderenzorg	Geen mening	
Vanuit welke beroepsgroep gaat U deze vragen beantwoorden	Alzheimer Nederland	2	0	0	0	2
	Gemeente	1	1	2	0	4
	Stichting Welzijn	0	1	1	0	2
	Huisarts	1	0	7	0	8
	GGZ	7	2	4	0	13
	Zorgorganisatie	26	22	36	6	90
	Overige	4	0	0	2	6
Total		41	26	50	8	125

Tabel 6 – Kruistabel : Vanuit welke beroepsgroep gaat U deze vragen beantwoorden* Hoe gaan we verder met het casemanagement (=zorgbegeleiding)

4.2.5. Hoe denkt U over diagnostiek bij dementie?

Uit figuur 5 (cirkeldiagram) blijkt dat de respondenten een duidelijke voorkeur hebben voor stepped care door de huisarts, dat wil zeggen dat de huisarts de diagnose stelt en de client alleen doorstuurt als hij/zij dat nodig vindt



Figuur 5- Cirkeldiagram : Hoe denkt U over diagnostiek bij dementie?

In tabel 7 (kruistabel) hebben de respondenten van alle groepen een voorkeur voor Stepped Care door de huisarts.

Tot welke groep behoort U binnen het Netwerk Dementie Drenthe * Hoe denkt U over de diagnostiek bij dementie Crosstabulation

Count

		Hoe denkt U over de diagnostiek bij dementie			Total
		Stepped Care Huisarts	Diagnose Specialist	Geen mening	
Tot welke groep behoort U binnen het Netwerk Dementie Drenthe	Participantenraad	14	8	0	22
	Stichtingsbestuur	5	1	0	6
	Stuurgroep	20	5	1	26
	ZBO	37	22	2	61
	Redactieraad	4	0	0	4
	Overig	4	1	1	6
Total		84	37	4	125

Tabel 7- Kruistabel : Tot welke groep behoort U binnen het Netwerk Dementie Drenthe* Hoe denkt U over diagnostiek bij dementie

Uit tabel 8 (kruistabel) blijkt dat alleen de respondenten van de GGZ een voorkeur hebben voor een diagnose door een specialist

Vanuit welke beroepsgroep gaat U deze vragen beantwoorden * Hoe denkt U over de diagnostiek bij dementie Crosstabulation

Count

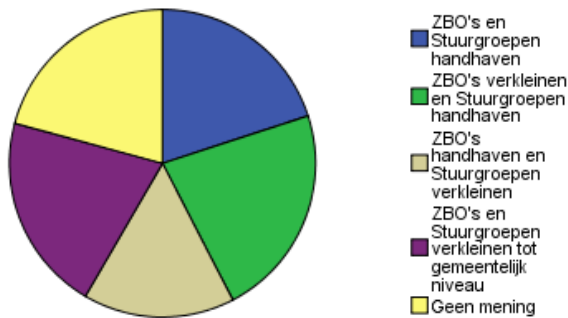
		Hoe denkt U over de diagnostiek bij dementie			Total
		Stepped Care Huisarts	Diagnose Specialist	Geen mening	
Vanuit welke beroepsgroep gaat U deze vragen beantwoorden	Alzheimer Nederland	2	0	0	2
	Gemeente	3	0	1	4
	Stichting Welzijn	1	1	0	2
	Huisarts	8	0	0	8
	GGZ	3	10	0	13
	Zorgorganisatie	62	25	3	90
	Overige	5	1	0	6
Total		84	37	4	125

Tabel 8- Kruistabel : Vanuit welke beroepsgroep gaat U deze vragen beantwoorden* Hoe denkt U over de diagnostiek bij dementie

4.2.6. Hoe denkt U over een verandering van de organisatiestructuur van het Netwerk Dementie Drenthe?

Uit figuur 6 blijkt dat de respondenten geen duidelijke voorkeur voor een van de opties hebben.

Hoe denkt U over een verandering van de organisatiestructuur van het Netwerk Dementie Drenthe



Figuur 6- Cirkeldiagram : Hoe denkt U over een verandering van de organisatiestructuur van het Netwerk Dementie Drenthe?

In tabel 9 (kruistabel) hebben de respondenten van de groepen geen duidelijke voorkeur voor een van de opties, de meningen zijn erg verdeeld. Het verkleinen van de ZBO's is een aandachtspunt.

Tot welke groep behoort u binnen het Netwerk Dementie Drenthe * Hoe denkt U over een verandering van de organisatiestructuur van het Netwerk Dementie Drenthe Crosstabulation

		Hoe denkt U over een verandering van de organisatiestructuur van het Netwerk Dementie Drenthe					Total
		ZBO's en Stuurgroep en handhaven	ZBO's verkleinen en Stuurgroep handhaven	ZBO's handhaven en Stuurgroepen verkleinen	ZBO's en Stuurgroepen verkleinen tot gemeentelijk niveau	Geen mening	
Tot welke groep behoort U binnen het Netwerk Dementie Drenthe	Participantenraad	5	4	5	3	5	22
	Stichtingsbestuur	2	2	0	1	1	6
	Stuurgroep	5	7	6	6	2	26
	ZBO	11	13	9	14	14	61
	Redactieraad	2	1	0	1	0	4
	Overig	0	1	0	1	4	6
Total		25	28	20	26	26	125

Tabel 9- Kruistabel : Tot welke groep behoort U binnen het Netwerk Dementie Drenthe* Hoe denkt U over een verandering van de organisatiestructuur van het Netwerk Dementie Drenthe

In tabel 10 (kruistabel) hebben de respondenten van de beroepsgroepen uitgezonderd de huisartsen geen duidelijke voorkeur. De respondenten van de zorgorganisaties en huisartsen kiezen voor het verkleinen van de ZBO groepen

Crosstabulation Vanuit welke beroepsgroep gaat U deze vragen beantwoorden * Hoe denkt U over een verandering van de organisatiestructuur van het Netwerk Dementie Drenthe

Count

		Hoe denkt U over een verandering van de organisatiestructuur van het Netwerk Dementie Drenthe					Total
		ZBO's en Stuurgroepen handhaven	ZBO's verkleinen en Stuurgroepen handhaven	ZBO's handhaven en Stuurgroepen verkleinen	ZBO's en Stuurgroepen verkleinen tot gemeentelijk niveau	Geen mening	
Vanuit welke beroepsgroep gaat U deze vragen beantwoorden	Alzheimer Nederland	0	0	0	0	2	2
	Gemeente	1	0	1	0	2	4
	Stichting Welzijn	0	0	0	1	1	2
	Huisarts	0	5	0	0	3	8
	GGZ	4	1	1	4	3	13
	Zorgorganisatie	20	18	18	20	14	90
	Overige	0	4	0	1	1	6
Total		25	28	20	26	26	125

Tabel 10- Kruistabel : Vanuit welke beroepsgroep gaat U deze vragen beantwoorden* Hoe denkt U over een verandering van de organisatiestructuur van het Netwerk Dementie Drenthe

4.2.7 Hoe moeten we dementiezorg in de toekomst gaan organiseren?

Uit figuur 7 (cirkeldiagram) blijkt dat de respondenten een duidelijke voorkeur hebben voor de organisatie van de dementiezorg door zorgaanbieders met behulp van casemanagers



Figuur 7- Cirkeldiagram : Hoe moeten we de dementiezorg in de toekomst gaan organiseren?

In tabel 11 (kruistabel) hebben de respondenten van alle groepen –uitgezonderd Overige- een duidelijke voorkeur voor de organisatie van de dementiezorg door zorgaanbieders met behulp van casemanagers

Tot welke groep behoort U binnen het Netwerk Dementie Drenthe * Hoe moeten we de dementiezorg in de toekomst gaan organiseren Crosstabulation

Count

		Hoe moeten we de dementiezorg in de toekomst gaan organiseren				Total
		Door Huisartspraktijk	Door Gemeentelokketen	Door Zorgaanbieders mbv Casemanagers	Geen mening	
Tot welke groep behoort U binnen het Netwerk Dementie Drenthe	Participantenraad	4	1	16	1	22
	Stichtingsbestuur	1	1	4	0	6
	Stuurgroep	2	0	24	0	26
	ZBO	9	0	48	4	61
	Redactieraad	0	0	3	1	4
	Overig	2	1	3	0	6
Total		18	3	98	6	125

Tabel 11- Kruistabel : Tot welke groep behoort U binnen het Netwerk Dementie Drenthe* Hoe moeten we de dementiezorg in de toekomst gaan organiseren

In tabel 12 (kruistabel) hebben de respondenten van Alzheimer Nederland, Stichting Welzijn, GGZ, Zorgorganisaties en Overig een voorkeur voor de organisatie van de dementiezorg door zorgaanbieder met behulp van casemanagers, de respondenten van de gemeenten kiezen voor gemeenteloketten en de respondenten van de huisartsen kiezen in meerderheid voor hun eigen huisartspraktijk.

Vanuit welke beroepsgroep gaat U deze vragen beantwoorden* Hoe moeten we de dementiezorg in de toekomst gaan organiseren

		Hoe moeten we de dementiezorg in de toekomst gaan organiseren				Total
		Door Huisartspraktijk	Door Gemeenteloketten	Door Zorgaanbieders mbv Casemanagers	Geen mening	
Vanuit welke beroepsgroep gaat U deze vragen beantwoorden	Alzheimer Nederland	0	0	2	0	2
	Gemeente	1	2	0	1	4
	Stichting Welzijn	0	0	2	0	2
	Huisarts	5	0	3	0	8
	GGZ	1	0	10	2	13
	Zorgorganisatie	11	1	75	3	90
	Overige	0	0	6	0	6
Total		18	3	98	6	125

Tabel 12- Kruistabel : Vanuit welke beroepsgroep gaat U deze vragen beantwoorden* Hoe moeten we de dementiezorg in de toekomst gaan organiseren

4.3 Resultaten uit de open vragen in de enquête. Er waren drie open vragen:

1. Waarom moeten we vasthouden aan casemanagement dementie?
2. Waarom moeten we verbreden naar casemanagement complexe ouderenzorg?
3. Heeft U verder nog opmerkingen, ideeën over de toekomst van de dementiezorg en de organisatie van het Netwerk Dementie Drenthe?

4.3.1 Waarom moeten we vasthouden aan casemanagement dementie ?

- Omgaan met dementie is een vak apart.
- Kennis van en affiniteit met dementie is een specifieke deskundigheid en vaardigheid. Ik kan me voorstellen dat we 'iedereen' tot op zekere hoogte scholen wb dementie (bijv wb signaleren), maar casemanagement dementie moeten we aan een (flink) aantal professionals overlaten die daar voor voelen (~attitude), die er verstand van hebben (~kennis), en die het goed kunnen (~vaardigheden).
- Dementie groeit de komende jaren explosief. Hier is een eigen specifiek netwerk voor nodig, waarin kennis vergaart wordt en antwoorden gevonden kunnen worden voor de doelgroep.
- Gezien de specialisatie die dit met zich meebrengt. Ouderenzorg en complexe ouderenzorg is hier te breed voor.
- Wees duidelijk naar welke doelgroep de aandacht uitgaat.
- Dit is een zo specifieke doelgroep waarbij we praten over hoogcomplexe zorg die een specifieke benadering nodig heeft. Ook hebben dementerenden en mantelzorgers veel begeleiding nodig. De dementerende kan zelf niet meer opkomen voor zijn/haar belangen.
Dus ben ik blij dat deze mensen een zorgbegeleider hebben
- Wel zie ik dat ouderen met multiproblematiek ook baat zouden kunnen hebben bij een zorgbegeleider vooral wanneer er een ijl netwerk is en zichzelf moeite hebben met alles wat op hen af komt.
- Casemanagement is nog steeds in ontwikkeling, m.i. is deze ontwikkeling nog niet afgerond. Eerst goed neerzetten, ook binnen de diverse organisaties duidelijkheid krijgen. Wat wil men met GINO. rol en aansluiten praktijkondersteuners loopt niet in ZBO.
- Cliënten hebben anders geen zorgbegeleider.
- Beheersbaar houden van de problematiek

- Ik vind dat ouderenzorg in zijn geheel te breed is om goed gespecialiseerd te kunnen raken in de materie
- Casemanagement dementie niet verbreden, maar beperken tot complexe vormen van dementie, en inzet alleen na verwijzing door een arts (anders dan nu
- Ik vind dat we moeten vasthouden aan casemanagement dementie omdat deze groep ouderen kwetsbaar is en omdat je bij deze groep het meest uit het fenomeen casemanagement haalt.
- Generaliseren en verbreden naar ouderenzorg in het algemeen maakt het werk minder transparant en gaat ten koste van het in kaart brengen van en de specifieke dementiezorg wat in de toekomst steeds belangrijker gaat worden. Ik ben bang dat door generalisatie de groep toch meer uit het oog wordt verloren.
- Op dit moment worden cliënten bezocht door zorgbegeleiders die de cliënten doorverwijzen naar de huisarts. Deze kan verder kijken en actie ondernemen (

- doorsturen naar geriater)
- Bij eenzaamheid kan een cliënt worden aangemeld bij een dagverzorging.
 - Wil je een geriatrisch netwerk worden dan zullen er mijns inziens artsen ingezet moeten worden ipv zorgbegeleiders.
 - Casemanagement Dementie is op dit moment een helder profiel met bijbehorende werkzaamheden. Het is juist om specialistische kennis, die onder druk komt als dit wordt verbreed naar ouderenzorg. Casemanagement ouderenzorg wordt nu al vorm gegeven door de EVV-ers (de eerstverantwoordelijk verzorgende) binnen de organisatie. Een casemanager dementie voegt specialistische kennis toe, net als bijvoorbeeld een wondverpleegkundige.
 - Dementie vereist kennis en kunde en is een specialisme en dient dan ook vanuit de cliënt met de vraag ten behoeve van specialisme dementie te worden geregisseerd.
-
- Omdat er kennisoverdracht kan plaatsvinden binnen het netwerk.
 - Omdat er een blijvende groei is van mensen met dementie
 - Omdat uit ervaring blijkt dat cliënten en mantelzorgers dit prettig vinden
 - Omdat deze doelgroep in de toekomst alleen maar groter wordt.
 - Omdat dit een specifieke doelgroep is, welke alleen nog maar zal toenemen.
 - Hierin zou dan ook ruimte moeten zijn voor de mantelzorgers, zodat deze nog beter kunnen worden ondersteund/begeleid, om zo de zorg vol te kunnen houden.
 - Door dicht bij onze doelgroep dementie te blijven kunnen we de mensen met deze zware problematiek het beste begeleiden.
 - Dementie treft niet alleen de ouderen maar ook jongeren, omdat er in deze specifieke doelgroep veel behoefte aan adviezen en begeleiding is, is juist hier casemanagement belangrijk.
 - Door het te delen met elkaar, waar je tegen aan loopt leer je veel en er is een mogelijkheid om aan te geven hier scholing in te willen zodat er meer deskundigheid/ professionaliteit in huis is om deze doelgroep te bieden waar behoefte aan is.
 - Blijven doen waar we goed in zijn !
 - Het betreft een specifieke doelgroep.
 - Ook is bewezen dat het casemanagement een meerwaarde kan hebben voor de mensen met dementie en hun mantelzorgers.
 - Ik denk als je het breed trekt je niet meer de specifieke begeleiding kan geven.
-
- Dementie heeft vaak op velerlei gebied gevolgen zowel het sociaal als lichamelijk, voor zowel de patiënt als de directe mantelzorgers/ families. De organisatie hieromheen is voor de meeste mensen erg gecompliceerd. Het is daarom van belang dat een vertrouwde, onafhankelijke persoon (zorgbegeleider) steun, advies biedt om het mogelijk te maken een patiënt zo lang mogelijk, met de meest passende zorg thuis te kunnen laten wonen.
 - Eigenlijk vind ik dat deze zorg al moet starten in de periode dat een patiënt of het systeem rond de patiënt weet dat er problemen zijn, maar er (nog) geen diagnose dementie is. Op deze wijze kunnen mensen zo goed mogelijk het hele traject door ondersteund worden en niet alleen op het moment dat de problemen er groot zijn.
 - Omdat dit een complexe ziekte is, die gerichte aandacht en deskundigheid vereist.
 - Zo moet er halfjaarlijks gescreend worden naar gedragsproblemen/ invullen van de NPI.
 - Overbelasting van mantelzorgers moet m.i. ook halfjaarlijks gescreend worden.

kennis omtrent de nieuwste behandelmethoden; b.v. foutloos leren moet aanwezig zijn.

- Het is niet goed dat dit netwerk vervaagd in een netwerk voor kwetsbare ouderen.
- Juist kwaliteit en up to date houden van kennis is belangrijk, en dat kan alleen als je je als specialistisch team profileert en opstelt.
- Omdat we vanuit onze professie ons moeten beperken tot de ziekte en de gevolgen van de ziekte. Andere taken (WMO) behoren niet tot het werk van de zorgbegeleider
- Een verbreding is levenswaardig maar het lijkt ons beter om in eerste instantie het netwerk dementie te borgen.
- Specifieke doelgroep die groeiende is.
- Ik vind het belangrijk ons nu te concentreren op de heldere kerntaak. In de toekomst zal de verhouding met de gemeente ook verdere invulling krijgen, maar nu is nog niet duidelijk hoe.
- Verbreding nu maakt onze werkzaamheden, maar ook de rolverdeling met anderen diffuus. Voor de toekomst sluit ik die verandering zeker niet uit.
- Doelgroep is dusdanig specifiek en snelgroeiend dat verbreding niet effectief zal zijn.

- Ben er een beetje twijfelachtig hierover.
- Ben wijkverpleegkundige van PG/Parkinsonsteam. Ook mensen met parkinson zijn erg gebaat bij een zorgbegeleider.
- Als je de zorgbegeleiding verbreed moet je je deskundigheid en expertise ook goed kunnen verbreden en verdiepen en is dat mogelijk als je het heel breed maakt?

4.3.2 Waaron moeten we verbreden naar casemanagement complexe ouderenzorg?

- Voor deze groep is er geen casemanagement en ze hebben dit, evenals de groep dementie, hard nodig.
- Vooral tav ondersteuning naar alle partijen, zorg, mantelzorg etc.
- Aangezien doelgroep en aandoeninggericht werken niet meer past in de transitie die in de zorg gaan plaatsvinden.
- Omdat a. er vraag naar is/komt b. het geregeld een verhaal is bij de oudere c. de ervaren zorgbegeleiders/casemanagers goed complexe zorg kunnen coördineren
- Bij vrijwel alle ouderen, ook demente ouderen, speelt comorbiditeit een rol, en zeker in de toekomst een gebrek aan mantelzorgers
- Omdat de toekomst dat van ons gaat vragen.
- Er is nu een groep ouderen die 'buiten boord' valt. Omdat de diagnostiek niet goed afgerond kan worden door bijv. (nog) onduidelijke diagnose of omdat cliënten zorgmijndend zijn en geen diagnosestelling willen.
- Deze ouderen hebben geen casemanager, waardoor zij 'uit beeld' kunnen raken. Ze komen (op dit moment) soms niet in aanmerking voor AWBZ-indicatie, dus als er geen andere zorg nodig is, is er ook geen wijkverpleegkundige die toezicht houdt.
- De huisarts/ POH houdt nu toezicht, maar is ook beperkt in mogelijkheden en is (nog) niet specialistisch.
- Kanttekening is wel: hoe breder wij ons profileren, des te meer mensen er gebruik van kunnen maken, des te meer het drukt op de financiering... En de vraag is of een brede profilering het voortbestaan van de casemanager en de financiering ten goede komt...
- In het kader van de kosten en kwaliteit van zorg ben ik van mening dat er kritisch gekeken moet worden naar het aantal betrokken professionals bij een cliënt. En dat de rol van de Casemanager tov de GGZ/Huisarts/Wijkverpleegkundige/ Maatschappelijk

Werkster duidelijk moet zijn, om overlapping, dubbel werk (kennismaken met client, diagnosestelling, situatie in kaart brengen, sociale omgeving in kaart brengen, etc.) en dus dubbele kosten te voorkomen.

- In de toekomst zouden we kunnen verbreden naar ZBO's complexe ouderenzorg, op gemeenteniveau, en de huisartspraktijken (poh's) hierin ook uitnodigen. Maar wel de attitude, kennis en vaardigheden voor casemanagement dementie vasthouden!
- Ik merk dat er niet specifiek sprake van dementie hoeft te zijn. ik zie heel veel ouderen die zich verwaarlozen, zorg mijden etc. wat hiervan de oorzaak is, is een interessant vraagstuk. heeft het te maken met sociaal maatschappelijk niveau, toch ergens tekortkomingen in het cognitieve? Er dient meer aandacht te komen voor deze groep. Vaak hebben kinderen er ook geen vat op. Oorzaak niet bekend. ik denk dat de huisarts ism de wijkverpleegkundige hier een schone taak heeft
- Wij werken nauw samen met huisartsenpraktijken en bij de bespreking van casuïstiek van met name ouderen gaat dit verder dan alleen de dementerende patiënten/cliënten. Onze teams zijn ook als zodanig ingericht met diverse specialisaties in een team t.b.v. met name de ouderenzorg
- In verband met toename van ouderen met multimorbiditeit. Aandoeningen die samenhangen met het ouder worden, beperkingen als gevolg van deze ziekten, aandoeningen, kwetsbaarheid en sociale beperkingen die hier uit voortvloeien. De behoefte aan hulp hangt sterk af van de beperkingen. Wat ik mijn werk met grote regelmaat tegen kom is dat je laat, soms te laat in beeld komt. Debet hieraan zijn bijvoorbeeld het ontbreken van ziekte inzicht, niet weten hoe hulp te vragen en hoe dit eventueel in te schakelen.
- Kwetsbaarheid begint in de eerste lijn van belang dit tijdig te herkennen>huisarts>geriatriesch vpk/casemanager dementie.
- Dementie zorg is volop in ontwikkeling er een kader neergezet, het lijkt mij zinvol dit breder te trekken en te verbreden naar casemanagement complexe ouderenzorg.
- Uitgaande van de vraagstelling van de cliënt komt het nu ook al voor dat de oudere klant meerdere lichamelijke problemen heeft en/of specifieke klachten van ouderen. De praktijk is nu dus ook al veel breder dan alleen dementie maar dan "doen" we niet gericht wat mee. Voor bv de huisarts wordt de aanvulling die de casemanager heeft ook waardevoller aangezien de zorg generieker wordt opgepakt en aansluit bij de module ouderenzorg. Daarnaast is regievoering niet alleen voor ouderen met dementie een opgave maar voor vrijwel alle ouderen (boven de 80 jaar). De jong dementerenden moeten in dit geval niet vergeten worden dus daarvoor graag de + (plus) zorg voor de jong dementerenden.
- Ouderen hebben vaak meer leeftijdsgebonden gezondheidsproblemen waardoor zij vaker in een isolement terecht komen. De veranderingen op lichamelijk, geestelijk en sociale gebied vragen een flexibiliteit die menig oudere niet meer aan kan. Veranderingen op het gebied van zorg, zorgmogelijkheden en welzijn gaan snel. De politiek stuurt op eigen verantwoordelijkheid van de burger, casemanagement kan die ondersteuning bieden op de levensgebieden om de kwaliteit van leven te verhogen. Casemanagement stuurt niet op de aandoening maar op de gevolgen van de aandoening op levensgebieden waardoor er een breder perspectief ontstaat voor de complexe ouderenzorg
- Omdat niet alleen ouderen met dementie een complexe situatie hebben; soms is dat door aanwezigheid van stabiele mantelzorg zelfs juist niet zo - en zijn er situaties met eenzaamheid of psychiatrische (passieve) problematiek, schuldhulpverlening, zorgweigeraars waardoor een veel sterkere behoefte bestaat aan 'de spin in het web' die de casemanager moet zijn.

- Ouderen hebben regelmatig te maken met meervoudige (complexe) problematiek. Belangrijk dat dit door een casemanager begeleid wordt.
- De huidige tendens is dat er meer complexere problematiek om de hoek komt kijken, v.w.b. de hulpvraag op zowel psychisch, sociaal, somatisch en financieel gebied. Juist als casemanager coördineer je de zorg, maar in de huidige vorm je moet toch stukjes van de zorg afstaan die wel van grote invloed zijn, met de medewerking vanuit de zorgkantoren!
- Bij enkelvoudige vragen of problemen hoort dit informatie, steun en begeleiding gericht op continueren c.q. herstel van eigen kracht van cliënt en sociaal netwerk. Lokaal moet in een 'volgsysteem' (buurtteam) personen in beeld blijven.
- Voor zwaardere problematiek, zoals dementie of somatische beperkingen - in combinatie met een gebrekkig functionerend sociaal netwerk, is casemanagement nodig. Daar komt alles samen en worden opdrachten en interventies uitgezet en gecoördineerd. Als dementie het belangrijkste vraagstuk is, dan ligt het voor de hand om het casemanagement in handen te leggen van een persoon (organisatie) in/ uit die sector.
- De gemeente voert beleidsregie en ziet toe op het adequaat functioneren van het zorg- en welzijnsnetwerk van samenwerkende partijen.
- Omdat de zorgvraag steeds complexer is dan alleen dementie, het is vaak een combinatie waar soms dementie de boventoon kan voeren maar dat kan ook andersom zijn en dan valt zo'n cliënt buiten de huidige werkwijze
- Veel problematiek hangt met elkaar samen. Onder complexe ouderenzorg versta ik alle beperkingen en ziektes die ouderen kunnen beïnvloeden in hun functioneren.
- Of we ook eenzaamheid daarbij moeten rekenen vind ik nogal discutabel. Veel organisaties houden zich daar mee bezig de laatste jaren
- De zorgvraag in de toekomst zal zwaarder en complexer worden. We hebben niet alleen met de dementerende oudere te maken maar met alles erom heen. De vraag naar professionele ouderenzorg zal toenemen ivm de vergrijzing.
- Omdat de zorg ook steeds complexer wordt. Psychische problematiek krijg je meer mee te maken in de praktijk, Moeilijk gedrag, eenzaamheid. Mensen moeten nu ook langer thuis blijven wonen wat ook meer belasting geeft voor de mantelzorger en zijn omgeving.
- Ouderenzorg breidt zich uit en ook de complexe situaties. We komen dit allen in onze dagelijkse werkzaamheden tegen. Wanneer we ook casemanager voor deze doelgroep kunnen zijn kunnen veel dingen opgevangen worden en eerder gesignaleerd binnen het netwerk.
- Gezien de landelijke ontwikkelingen zullen ouderen langer thuis blijven wonen, ook met complexe problematiek. Om te voorkomen dat er meerdere ketens naast elkaar gaan werken, kun je die beter gaan verbinden waarbij organisaties zelf kunnen aangeven wat hun doelgroep is/differentiëren naar bijvoorbeeld dementie, parkinson, CVA. Maar wel onder dezelfde paraplu hangen.
- Dementie is slechts 1 van de vele aandachtsgebieden die ouderen aangaan. Deze verbreding doet meer recht aan de risico's / Multi problematiek waaraan ouderen worden blootgesteld. Er valt altijd nog een onderverdeling te maken in de verschillende specifieke aandachtsgebieden.

- Omdat je ook heel veel ouderen in zorg hebt met cognitieve problemen en waarbij het geen meerwaarde heeft om een diagnose te willen hebben, maar waarbij de begeleiding wel heel belangrijk is. En voor de familie het hebben van 1 aanspreekpunt.
- Er bestaat een risico dat er verschillende casemanagers rond een cliënt actief gaan worden (denk bv aan alle chronische ziekten). Hierdoor ontstaat onduidelijkheid. Vergelijk de situatie met de jeugdzorg.
- De wijkverpleegkundige met scholing casemanagement kan deze rol voor de verschillende doelgroepen prima uitvoeren.
- Per diagnosegroep zou een expertiseteam ondersteuning kunnen bieden.
- Momenteel heb ik ook meerdere mensen met meerdere psycho sociale problemen in begeleiding en in zorg in mijn team,
- Het blijkt dat ik en mijn team met complexe problemen beter om kunnen gaan dan reguliere teams en hun wijkvpk
- Omdat ik denk dat we steeds meer tegen het feit aanlopen dat er meer aan de hand is dan alleen maar dementie. Het lijkt mij goed dat de 'know how' van de casemanager daar in mee gaat.
- Mijn ervaring is nu dat er een grote groep ouderen tussen wal en schip valt. Alleen voor ouderen waarbij het "niet pluis" (of al gediagnosticeerde cognitieve stoornissen/dementie) gevoel aanwezig is, kan nu een casemanager ingeschakeld worden. Gezien de huidige ontwikkelingen (uitfasering zzp 1 t/m 4, bezuinigen op de zorg etc.) denk ik dat de rol van casemanager in de algemene zin van de functie steeds belangrijker gaat worden om stabiele thuissituaties te creëren en crisissituaties te voorkomen. Niet alleen ouderen met psychogeriatrische problematiek hebben iemand nodig die op een overstijgende manier structuur, begeleiding en ondersteuning biedt.
- Omdat het aantal ouderen met diverse problematieken te maken hebben, dementie is er een van
- Bij kwetsbare ouderen is geheugenproblematiek een van de problemen die tegen gekomen kan worden. Net als andere gebieden is het een onderdeel van de anamnese en ieder probleem verdient aandacht.
- Juist in de complexe ouderzorg komen veel vragen naar voren hoe te handelen. dementie is nu vaak wel bekend en daar heb je al veel hulpmiddelen voor. Wat als de situatie complex is.. wat betreft dagbehandeling, financiën. Welke lijntjes inschakelen? Ik denk dat in deze situatie juist nog een taboe is...
- Omdat een oudere meer "problematiek" kan hebben als alleen zijn of haar cognitieve stoornis.
De cognitieve toestand moet wel het hoofddoel zijn om iemand op te nemen in dit ZBO. Daarbij kun je tegelijkertijd wel tegen andere problemen aanlopen die niet direct iets met dementie te maken hebben, maar die wel van invloed zijn op de dementie van de oudere.
- Speelt in op de politieke ontwikkelingen en rol van huisarts ,sneller de signalen kunnen krijgen en problematiek in kaart kunnen brengen,interventies tav de problematiek snel op kunnen pakken,minder verschillende hulpverleners,kostenbesparend,effectiever
- Dementie is (een klein)onderdeel van ouderenzorg, vaak complex. Maar meer ouderen met multimorbiditeit zonder dementie hebben vaak complexe problematiek waar meerdere disciplines zich mee bezighouden en dus casemanagement behoeft
- Omdat je te vaak randgevallen hebt die niet onder het kopje dementie vallen, en wel de nodige casemanagement behoeven.
- Omdat er ouderen zijn die in beide netwerken kunnen horen,je kan kwetsbaar zijn en dement.

- Vanuit de huisartsenpraktijk merken we dat de zorg voor ouderen steeds complexer wordt. Het is een samenhang van meerdere chronische aandoeningen. Je kunt niet alleen je richten op geriatrie en dementie, maar alle aspecten van welbevinden spelen een rol.
- Door de ontwikkelingen met betrekking tot de AWBZ/WMO blijven mensen langer thuis wonen.
Niet alle kwetsbare ouderen zijn goed op de hoogte van het zorgaanbod of in staat om voor zichzelf de benodigde zorg te herkennen of organiseren. Gerichte ondersteuning van deze ouderen kan hen helpen regie over het eigen leven te behouden of versterken
- Als ik om mij heen kijk is het nog steeds lastig om lijnen te vinden wie nu wat doet bij een dementerende oudere, vaak zijn er veel organisaties betrokken.
- Het gaat met name om deze complexe zorg om die op een juiste wijze te coördineren.
- Indien ouderen op een wachtlijst staan voor opname verzorg of verpleeghuis is vandaaruit ook vaak een zorgbemiddelaar betrokken die niet anticipeert in het netwerk. ik vind het van wezenlijk belang dat deze zorgbemiddelaar indien een klant op de wachtlijst wordt geplaatst om de coördinatie over te nemen. Dit kan in samen hang met de aangewezen casemanager.
- Juist de complexiteit vraagt om een goede coördinatie
- Omdat dat de grootste maatschappelijke meerwaarde heeft denk ik. Vooral de groep die zichzelf niet kan helpen, moeten we bedienen.
- Ben het niet eens met deze verbreding
- Binnen de gemeente Meppel is er een netwerk actief rondom ouderenzorg, vanuit de huisartsenpraktijk. Dementie is hier ook vaak onderdeel van de problematiek, maar er wordt gekeken naar de gehele situatie. Het gaat er om of mensen zelfstandig kunnen blijven wonen of niet. We willen als gemeente inzetten op 1 gezin, 1 plan, 1 casemanager.
- Dit willen we alleen bij complexe zaken.
- Het netwerk dementie zou hier een onderdeel van kunnen gaan vormen, samen met andere partijen.
- Dementie komt niet alleen. Ouderen moeten met alle omgevende problematiek, in een breder perspectief worden gezien en gezien (huisartsen visie). De oplossing van de problematiek, de mogelijkheden, liggen ook op meerdere vlakken. Kokervisie doet tekort aan de problematiek en de mogelijkheden/kansen, zowel op individueel als op groepsniveau.

4.3.3 Heeft U verder nog opmerkingen, ideeën over de toekomst van de dementiezorg en de organisatie van het Netwerk Dementie Drenthe?

Opmerkingen

- Graag zou ik zien dat cliënten/casussen meer over de verschillende zorgaanbieders werden verdeeld.
- Tot nu toe vind ik het onduidelijk georganiseerd. Er ontbreken duidelijke kaders die vanuit de organisatie van het Netwerk gegeven worden voor de invulling van de dementiezorg.
Geen concurrentie, zelfs GGZ stelt zich op als concurrent
- Diagnose door specialist brengt hoge kosten met zich mee, die soms onnodig zijn omdat de dementie officieus allang bekend is.

- Mijn mening is dat er veel gepraat wordt, maar dat er weinig gebeurt. ZBO.....we zitten bij elkaar, maar het voegt niets toe. Jammer van mijn tijd. We moeten de concurrentie van zorgaanbieders buiten beschouwing laten, maar dit werkt niet zo. Concurrentie is er nu eenmaal in de zorg. Dementiezorg is een goed samenspel tussen huisarts en wijkverpleegkundige/ casemanager. Met name de laatste is een belangrijke spil voor de cliënt. Alleen zo kan er sprake zijn van goede gecoördineerde zorg
- Ik ben wijkverpleegkundige bij Buurtzorg. Geen van de geboden opties voldoen aan wat ik zou willen aangeven. Door iets aan te vinken wat enigszins in de buurt zou kunnen komen, geef ik weer een vertekend beeld. Binnen Buurtzorg loopt net een onderzoek met betrekking tot dementie waar wij als Team Hoogeveen aan meedoen. Daarbij ook de vraag voor wat betreft de casemanagers.
- Ik hoop op een betere verdeling van budget. Nu nog het probleem dat niet iedereen budget krijgt terwijl je toch werk doet. En ik denk toch dat je naar totale hulpvraag moet kijken en begeleiden en niet alleen dementie.
- Er is de laatste jaren veel veranderd ten goede van het Netwerk. In het verleden lag "de macht" (bestuur) met name bij Icare en enkele intramurale aanbieders. Inmiddels is de inbreng van kleinere organisaties verbeterd. Ik merk dit met name in de stuurgroepen. In enkele ZBO's leeft bij de medewerkers van oud reguliere partijen nog steeds het idee dat alleen zij de kennis in huis hebben. Dit is een sterk achterhaalde gedachte.
- Elke keer schrik ik, dat bij medewerkers die intramuraal werken, het fenomeen zorgbegeleiding zo onbekend is en ook bij medewerkers van gemeenten.
- Op dit moment is er binnen (sommige) ZBO's nog wel een strijd gaande om het casemanagerschap. In principe is afgesproken dat de cliënt kiest wie hij/zij als casemanager wil, maar in de praktijk werkt dit zo niet. Vaak is de thuiszorg als eerste betrokken bij een cliënt(systeem) en wordt al afgesproken dat de thuiszorg casemanager zal zijn. Wanneer er gaandeweg andere zorgaanbieders in beeld komen, staat het casemanagerschap soms ter discussie. Thuiszorg wil dan niet zomaar het casemanagementschap uit handen geven, enz. er wordt ook regelmatig gevraagd om casemanager te kunnen zijn, omdat anders "de uren" niet weg te schrijven zijn. Kortom; er is naar mijn idee sprake van een concurrentiestrijd. Het zou misschien beter zijn om met z'n allen te werken als casemanager vanuit een organisatie, zodat de druk om te scoren voor eigen organisatie daarmee verdwijnt.
- Vindt de afstemming nu nog niet optimaal. Binnen GGZ is het nu een rol naast de andere GGZ taken, diagnostiek.
- Houd het beheersbaar en tuig geen "kerstboom" op.
- De kwaliteit van zorg is door de intrede van zorgbegeleiders al aanzienlijk verbeterd.
- Ook de mantelzorg heeft steun en leert omgaan met de cliënt en diens ziekte.
- Werk vanuit inhoud naar vorm! Het gaat om integrale hulpverlening en zorg. Dementie staat niet op zichzelf.
-
- Veel organisaties zijn wel aangehaakt bij b.v de ZBO's maar er wordt geen zicht gehouden op de kwaliteit van de inzet van de case managers bv.
- De toekomstige ontwikkelingen zijn nog erg onzeker. Het kind niet met het badwater weggooien. Dus voorlopig doorgaan met de huidige organisatie. Dementie is erg ingrijpend en vraagt specifieke kennis en vaardigheden. Ik denk dat we op termijn regionaliseren of op lokaal niveau organiseren. Verder is transparantie zeer belangrijk!!!
- Zorg dat iets wat met zoveel passie en toewijding is opgebouwd en financieel voor de cliënten geen extra kosten met zich meebrengt, dus laagdrempelig voor iedereen, dat dat bewaard blijft.

- Laat diagnoses niet afhangen van een huisarts, die de meerwaarde van ZB soms niet in wil zien
- Casemanagement dient een onderdeel te blijven van professioneel handelen en geen functie of organisatie op zich te zijn.
- We zouden veel breder moeten kijken naar de ouderen, niet voor ieder ouderen "probleem" een apart overleg. Een gezamenlijk overleg van organisaties (waarvan ieder een deelnemer).
- Concurrentie gevoelens wegnemen door gerichte scholing. Om duidelijk te maken dat casemanagement iets is dat je voor de klant doet en van uit de klant moet bekijken en niet wat heb ik in huis en kan ik bij deze klant kwijt
- Wat ons opvalt is dat als mensen naar de geheugenpoli zijn geweest en in De Wijk en Koekange wonen. Ze een zorgbegeleider vanuit de geheugenpoli Meppel / Hoogeveen krijgen aanbevolen. Dit lijkt ons niet praktisch en ook niet geheel zuiver
- Vanuit de verschillende organisaties wordt meer gekeken naar de hoeveelheid zorg die ze moeten leveren om gelden te kunnen incasseren, dan naar de bereikbaarheid van een zorgbegeleider in de eigen woonplaats. Wat we zien is dat er dan telefonische zorg geboden wordt, ipv persoonlijk contact. Dit lijkt ons niet wenselijk
- Nu gebeurt het veelal dat de casemanager bij een cliënt komt binnen de eigen organisatie. Hierbij loert het gevaar van concurrentie (targets halen).
- In alle gevallen, ook omdat het een wisselend beloop heeft, is het belangrijk te blijven monitoren op gedragsproblemen (ook apathie/ ook herhaaldelijk dezelfde vragen stellen), psychiatrische co-morbiditeit (somberheid/ agressie/ wanen) en overbelasting van de mantelzorgers. We moeten een protocol ontwerpen waarin dit systematisch nagevraagd wordt. Anders vallen sommige mensen tussen wal en schip en doen we niets aan factoren die we wel kunnen behandelen. Ook is het belangrijk bij deze klachten juist vroegtijdig in te grijpen (gedrag dat al een jaar bestaat is moeilijker bij te sturen dan pas ontstaan gedrag). Let wel; volgens Alzheimer Nederland ontwikkelt meer dan 85% van de patiënten met dementie psychiatrische comorbiditeit of gedragsproblemen! Actief navragen/ opsporen dus en het zo de mantelzorgers lichter maken. Verder; ook in de zorg/ voorzieningen zullen de komende jaren verschillen ontstaan; de ene gemeente vergoed wel iets/ de andere weer niet. Zorgverzekeraars voeren nu al divers beleid t.a.v. vergoeden van dagbehandeling. Dit betekent dat begeleiding thuis van steeds groter belang gaat worden om te voorkomen dat mantelzorgers het niet meer volhouden.
- Ik houd mijn hart vast, alle bezuinigingen, die men doorgevoerd wil hebben, het kan niet in het belang zijn van de dementerende oudere. Als de gemeente de belangrijkste rol krijgt ivm indicaties, dan zal er nog veel moeten veranderen. Momenteel is mijn ervaring met aanvraag voor WMO activiteiten, dat toekennen erg afhankelijk is van de medewerker, gemeente, die de aanvraag behandelt. Het beleid is niet duidelijk.
- NDD profileren in de gemeentes.

Ideeën over toekomst dementiezorg

- De Klant/mantelzorgers moet kunnen kiezen van wie men zorg/begeleiding wil krijgen.
- Bij dementie moet niet alleen de cliënt de nodige aandacht maar zeker het cliëntensysteem/mantelzorg
- Er valt niet aan te ontkomen dat er versplintering van diagnostiek gaat plaatsvinden; sommige patiënten krijgen wel diagnostiek volgens landelijke richtlijnen (in ziekenhuis of bij GGZ), sommige niet, en krijgen diagnostiek thuis bij de praktijkondersteuner van de huisarts.

- Stepped care toepassen. Niet te snel diagnosticeren (je wordt meteen patiënt, ook als je het nog niet bent) voor complexe problematiek casemanager aanstellen en bespreken in ZBO,s.
 - Diagnose door de huisarts, zo veel mogelijk aangevuld met informatie van familie en zorg/hulpverleners. (M.i. diagnose evt door POH Dementie/Geriatrie als Casemanager die gekoppeld is aan huisartsenpraktijk, onder supervisie van huisarts)
 - Casemanager als POH Dementie/Geriatrie gekoppeld aan huisartsenpraktijk. Lijnen zo kort mogelijk, drempel naar Casemanagement is dan zo laag mogelijk. Huisarts wordt vaak gezien als spil van het web van zorg, dit is dit op dit moment ook zo. Door inzet van POH Dementie/Geriatrie blijft de huisartsenpraktijk de spil in de zorg, maar wordt de werkdruk van de huisarts verlaagd en wordt er gespecialiseerde begeleiding geboden
 - Willen we in de toekomst zorgbegeleiding meer optimaliseren en gebruik maken van de kennis van de zorgbegeleider dan werkt dit naar mijn mening ook kostenbesparend in de zorg. Denk hierbij aan de mogelijkheid van gemeenten om informatie in te winnen bij de zorgbegeleider waardoor ze niet elke aanvraag op huisbezoek hoeven. Dit is naast het aspect van kostenbesparing voor onze dementerende en partner ook minder belastend.
 - Dementie is een ziekte, met toename geheugenstoornissen/gedragsstoornissen en -signalering en begeleiding past binnen de huisartsenpraktijk.
-casemanagement-> zien als hulp bij complexe dementiezorg thuis
-Echter nog wel een stuk scholing te gaan
 - Dementie Netwerk kan misschien ondersteunen bij het realiseren van kleine woonvormen in elke wijk/ dorp voor het tijdelijk onderbrengen van cliënten met een (ernstige vorm) van dementie. Zo kan een dementerende lang thuis wonen maar mocht er sprake zijn van nachtelijke onrust, wegliep gedrag of woont een dementerende alleen dan kan cliënt (tijdelijk) worden ondergebracht dicht bij huis. Geen verpleeghuis. Familie, vrienden en buren blijven dicht in de buurt.
 - De gemeenten (in samenwerking) zijn leidend qua beleidsontwikkeling en toezicht. Zorgpartijen brengen kennis en lichte zorg/ ondersteuning naar het voorliggend veld en werken daar samen met andere disciplines in buurt- (sociale) teams.
 - Zorgpartijen bieden (na diagnose dementie en indicatie) zorg aan huis of intramuraal.
 - Dementie gaat straks steeds meer ruimte innemen vanuit het sociale domein en dient ook doormiddel van gezin, casemanager, minder hulpverleners maar wel door middel van integrale dienstverlening te worden benaderd.
 - Meer richten op de ouderenzorg met de daarbij behorende complexe zorgvraag
 - Er moeten geen "losse" case managers komen maar dat de zorgbegeleiding prima past binnen mijn functie van wijkverpleegkundige, korte lijnen, goede contacten met de cliënten waar ik toch al regelmatig kom, dit is overzichtelijk voor de client zo min mogelijk gezichten, duidelijkheid waar je terecht kunt
 - Er zal door alle partijen verantwoordelijkheid genomen moeten worden. Regie valt op verschillende manieren in te vullen. Zelf een sterke voorkeur voor de combi huisarts/thuiszorg.
 - Controlerende functie voor gemeente.
 - Trek het breder naar complexe geriatrische zorgvragers.
-
- M.b.t. het organiseren van de dementiezorg in de toekomst denk ik dat het een samenspel moet worden tussen huisartspraktijken, gemeenteloketten (kunnen we niet omheen) en zorgaanbieders met behulp van casemanagers
 - Bekijken of de zorg voor dementie zo klein als mogelijk kan worden gehouden.

Zorgorganisaties en gemeenten zouden hierin kunnen gaan samenwerken om de lijnen kort te houden naar elkaar als naar de mantelzorgers en de klanten om wie het gaat.

- Casemanager bij complexe ouderenzorg zou ook gekoppeld kunnen worden aan GGZ dementie team :voordeel: specialist /geriater/svp./ casemanagers onder 1 dak , korte lijnen, effectief, afhankelijk van de problematiek wordt casemanager door dit team aangewezen
- Belangrijk is de zelfredzaamheid te behouden.
- Mijn persoonlijke voorkeur gaat uit naar casemanagers die aangesloten zijn bij de huisartsen.

Wanneer de huisarts de verwijzing doet naar de casemanager, nadat er een screening of vroegsignalering heeft plaatsgevonden, blijf je onafhankelijk in je werk. De casemanager doet de begeleiding van de dementerende en zijn omringende mantelzorgers. De lijnen met de huisartsen zijn kort waardoor de zorg optimaal kan worden afgestemd

- In Groningen is men ook op deze manier bezig en scoort goed. Huisartsen zijn zeer tevreden dat ze met 1 a 2 casemanagers te dealen hebben en niet met diverse cm-ers van diverse thuiszorgorganisaties of geheugenpoli's
- De huisartsen praktijk is degene waar vragen het eerst binnen komen. wel vind ik het van wezenlijk belang dat huisartsen beter gaan samen werken met zorgaanbieders in de regio. het moeten een open communicatie worden. Huisartsen moeten ook weten dat ook zorgaanbieders de expertise bezitten om een juiste coördinatie te bieden bij complexe zorgvragen. het is nu vaak te versnipperd.
- Het eerste niet pluis gevoel komt toch vaak via de huisartsen bij de zorgaanbieders terecht, de huisarts is hierin cruciaal
- Belang van goede dementiezorg blijven benadrukken

Organisatie

- Ik zou weer terug willen naar kleinschalige netwerken. Waarin meer inbreng is voor eigen initiatieven. Minder sturend vanuit het netwerk dementie. Meer door de mensen uit het veld en de problemen die zij tegenkomen. Nu is het netwerk zo uitgebreid met allerlei niveaus. Casussen inbreng moeizaam gaat en toch is er sprake van concurrentie
- Goede connecties van het LDP met gemeente (dus lokale teams) lijken wenselijk.
- Ik denk dat de gemeenten de loketten, selectie, generalistische sociale teams (of iets dergelijks) gaan organiseren, en dat daar 'bovenop' casemanagementteams (ZBO's) moeten blijven, voor dementie, en mogelijk voor andere ziektebeelden
- Ik kan me voorstellen dat we wel toe gaan werken naar ZBO's met casemanagers complexe ouderenzorg ipv alleen dementie. Maar ik zou de attitude, kennis en vaardigheden van de ZB'ers dementie wel willen behouden!
- De ZBO's (ook als ze voor complexe ouderenzorg zijn) kunnen we dan op gemeenteniveau organiseren en een directe verbinding leggen met de huisartspraktijken, door de poh's bij de ZBO's uit te nodigen (zoals we nu al doen met de Irispraktijken).
- Kleine stuurgroepen.
- Keep it small and simple
- ZBO moeten klein zijn om wijkgericht met huisartsen te kunnen samenwerken
- Stuurgroepen moeten niet kleiner want de taken worden nu al vaak niet gehaald binnen de gestelde tijdspaden die zijn uitgezet

- Casemanagement door ontwikkelen en onafhankelijk maken
- Samenwerken is het doel; verantwoordelijkheden laten bij de organisatie
- Daarbij zou ik toch graag de huisartsen meer willen betrekken hetzij door aanwezigheid van poh in de ZBO (minimaal) hetzij door aanwezigheid van huisarts (afgevaardigde van de groep) in hogere overlegvormen zoals de stuurgroep.
- groep deelnemers ZBO is soms erg groot. Hierdoor is het moeilijk een gesprek/discussie aan te gaan.
- Mijn ervaring tot op heden is te weinig afstemming tussen organisaties op een hoger echelon dan het echelon van de uitvoerders. Indruk is dat er verschillend gedacht wordt, wat de daadwerkelijke uitvoering van werkzaamheden (ZBO) negatief beïnvloed
- Korte lijnen binnen het netwerk. Niet teveel "schijven".
- Mocht het casemanagement onder gebracht worden in de Wmo. Dan zullen ook de ZBO's op gemeenteniveau georganiseerd moeten worden. Blijft de dementiezorg gefinancierd door de zorgverzekeraars dan kunnen ZBO's regionaal worden ingevuld.

4.4. Resultaten Interviews

De interviews zijn afgenomen bij zeven respondenten van groepen uit het Netwerk Dementie Drenthe. De respondenten kwamen uit het Stichtingsbestuur Netwerk Dementie Drenthe (1), Participantenraad (2), Stuurgroep (1), Huisarts (1), ZBO (2). Het doel van de interviews was een verdieping te verkrijgen in de vragen en resultaten van de online enquête. Voorafgaand aan het interview werd vermeld dat het interview anoniem was. In deze paragraaf zijn de uitkomsten van de interviews weergegeven.

Deelvraag 1 : Hoe gaan we verder met het Netwerk Dementie Drenthe?

Vier geïnterviewden kiezen voor een voortgang van het huidige Netwerk Dementie, een geïnterviewde kiest voor een Netwerk Geriatrie en twee geïnterviewden kiezen voor een Netwerk Kwetsbare Ouderen.

Redenen van de keuze die de 4 geïnterviewden geven voor een voortgang van het huidige netwerk dementie zijn :

- ✓ We moeten het nu houden bij het netwerk dementie en het zo goed mogelijk laten functioneren, daarna kunnen we aansluiting vinden bij de gemeenten
- ✓ Indien we kiezen voor de twee andere organisatievormen, wordt de groep ouderen nog groter en kunnen we eerder de "plank misslaan"
- ✓ Het netwerk dementie zorgt voor goede informatievoorziening over dementie
- ✓ We zijn binnen het netwerk wel zoekende door politieke en maatschappelijke verhoudingen en de onzekerheid bij de gemeenten, er wordt daardoor een spanningsveld gecreëerd, maar we moeten de in gang gezette ontwikkelingen binnen het netwerk dementie verder gaan uitvoeren.
- ✓ Dementie groeit de komende jaren explosief en is erg ingrijpend. Het vraagt om specifieke kennis en vaardigheden

Redenen van de keuze die een geïnterviewde geeft voor een netwerk geriatrie zijn :

- ✓ Een diagnose dementie suggereert een bepaald "stempel". Door het breder te trekken naar geriatrie kan er meer diepgang en zorgvuldigheid worden betracht.
- ✓ Het thema welzijn kan op deze manier ook meer aan bod komen

Redenen van de keuze die twee geïnterviewden geven voor een netwerk kwetsbare ouderen zijn :

- ✓ Een netwerk voor alleen dementie is twijfelachtig, want er komen tegenwoordig steeds meer ouderen met comorbiditeit.
- ✓ Vanuit de gemeenten wordt er generalistisch gedacht. Een gemeente denkt niet in segmenten zoals een netwerk dementie. Dit is een verschillende manier van denken.
- ✓ Indien een ziektebeeld zich openbaart kan er een op maat gemaakt programma worden geboden, dat is dan de weg naar een netwerk dementie, zodat er van generiek (netwerk kwetsbare ouderen naar bijvoorbeeld een netwerk dementie) naar specifiek wordt geschakeld.
- ✓ Een netwerk dementie is vaak een ver van je bed show, je raakt er in geïnteresseerd als je er mee te maken krijgt. Beter is een laagdrempelige opzet, door middel van gemeenteloketten en welzijnactiviteiten de mensen vertrouwen geven, zodat een bezoek aan de huisarts om te praten over de klachten gemakkelijker wordt. Vanuit de huisartsenpraktijk kan dan eventuele verdere hulp worden gezocht of geboden.

- ✓ Dementie is een onderdeel van de ouderenzorg. De huisartsen zijn momenteel ook bezig met een module ouderenzorg, waarvan dementie (Plan Iris) een onderdeel is.
- ✓ Huisartsen willen ouderen niet indelen in doelgroepen van ziektebeelden.
- ✓ Huisartsen denken generalistisch en richten zich vooral op kwetsbare ouderen.

Deelvraag 2 : Hoe gaan we verder met het casemanagement (=zorgbegeleiding)?

Vier geïnterviewden kiezen voor casemanagement dementie, drie geïnterviewden kiezen voor casemanagement ouderenzorg.

Redenen van de keuze die vier geïnterviewden geven voor casemanagement dementie zijn:

- ✓ Kennis van en affiniteit met dementie is een specifieke deskundigheid en vaardigheid.
- ✓ Casemanagement dementie moeten we overlaten aan een aantal professionals die daar voor voelen, kennis en vaardigheden hebben
- ✓ Het is een specifieke doelgroep waarbij we praten over hoogcomplexere zorg die een specifieke benadering nodig heeft. Mensen met dementie en mantelzorgers hebben veel begeleiding nodig van een zorgbegeleider
- ✓ Casemanagement dementie is op dit moment een helder profiel met bijbehorende werkzaamheden. De specialistische kennis komt onder druk te staan als we naar een breder netwerk gaan.
- ✓ Een casemanager dementie blijft dicht bij de doelgroep en daardoor kunnen we de mensen met dementie het beste begeleiden
- ✓ Dementie heeft op velerlei gebied (o.a. lichamelijk en sociaal) gevolgen voor zowel de dementerende als directe mantelzorger/familie. Het is daarom van belang dat een vertrouwde persoon (casemanager) steun en advies biedt om het mogelijk te maken dat een persoon met dementie zo lang mogelijk met de meest passende zorg thuis te laten wonen
- ✓ Voorkeur gaat wel er wel naar uit dat er casemanagers dementie, casemanagers Parkinson en eventueel meerdere specifieke casemanagers blijven bestaan, omdat specifieke kennis van een ziektebeeld belangrijk is in de optimale zorg aan cliënten. Het gevaar bestaat anders dat je casemanagers krijgt die overal een 'beetje' van weten, dit komt niet ten goede aan de kwaliteit van de zorg

Redenen van de keuze die drie geïnterviewden voor de casemanagement ouderenzorg zijn:

- ✓ Dit past goed bij de toekomstige ontwikkelingen in de ouderenzorg. Je krijgt op deze manier goede begeleiding en organisatie rondom een cliënt met verschillende problematiek en achtergronden
- ✓ In de toekomst blijven de mensen langer thuis wonen. Casemanagement zal steeds belangrijker worden en verbreden naar casemanagement ouderenzorg lijkt mij belangrijk, zodat de groep kwetsbare ouderen beter in beeld komt
- ✓ Als casemanager ouderenzorg ben je nog eerder in beeld bij de mensen
- ✓ Vaak is er contact met ouderen waarvan de diagnose niet duidelijk is, maar waar wel degelijk problematiek aanwezig is
- ✓ Er komen steeds meer ouderen met ondersteuningsvragen in de thuissituatie, dementie is daarbij een van de aspecten. Maar als de casemanager pas in beeld komt bij dementie kan het wellicht te laat zijn
- ✓ De doelgroep ouderen wordt steeds groter en er is meer dan alleen dementie

- ✓ Dementie is maar een onderdeel, we kunnen andere bestaande netwerken gebruiken voor een grotere doelgroep gekoppeld aan sociale wijkteams. Om in de toekomst een goede partner te zijn voor gemeenten en huisartsen zal er breder ingestoken moeten worden
- ✓ Alleen casemanagement dementie is te beperkend om optimale zorg en welzijn te verlenen, daardoor moet er verbreding plaatsvinden naar ouderenzorg
- ✓ Bij vele ouderen is sprake van comorbiditeit, er is niet altijd onderscheid te maken tussen een 'zuivere' dementie, somatische problemen of sociale en psychiatrische problematiek

Deelvraag 3 : Hoe denkt u over diagnostiek bij dementie?

Alle geïnterviewden kiezen voor het stepped care model. Dit betekent dat de huisarts als eerste een diagnose kan stellen

Deelvraag 4: Hoe denkt u over een verandering in de organisatiestructuur van het Netwerk Dementie Drenthe?

Vijf geïnterviewden kiezen voor de huidige organisatiestructuur, een geïnterviewde kiest voor het verkleinen van de ZBO en een geïnterviewde kiest voor een totaal andere organisatiestructuur.

Redenen van de keuze die vijf geïnterviewden geven voor de huidige organisatiestructuur zijn:

- ✓ De grootte van de stuurgroepen is goed, er is een goede werksituatie
- ✓ De ZBO's zijn wel vrij groot, maar dit is onvermijdelijk doordat alle casemanagers van zorgaanbieders aanwezig kunnen zijn
- ✓ De grootte van de ZBO is aanvaard, we willen geen afvaardigingen van zorgorganisaties, alleen de grotere organisaties zouden hierin wel kritischer kunnen zijn (bijvoorbeeld GGZ ipv 6 mensen- 4 mensen)
- ✓ Participantenraad is een grote groep, maar dit is onvermijdelijk
- ✓ Het stichtingsbestuur bestaande uit zes personen is een goede organisatievorm

Redenen van de keuze die een geïnterviewde geeft voor het verkleinen van de ZBO zijn:

- ✓ ZBO groep is te groot en er vinden vele wisselingen plaats. Hierdoor creëer je geen 'veilige' groep waarin casemanagers iets inbrengen om gebruik te maken van elkaars deskundigheid

Redenen van de keuze die een geïnterviewde geeft voor een andere organisatiestructuur zijn:

- ✓ Hij/zij gaat uit van een organisatiestructuur zoals gevormd is bij Welzijn Midden Drenthe. Dit betekent een directie met staf en ondersteuning en daarnaast gebruik maken van gemeenteloketten

Deelvraag 5 : Hoe moeten we dementiezorg in de toekomst gaan organiseren?

Zes geïnterviewden kiezen voor de organisatie van dementiezorg door zorgaanbieders met casemanagers en een geïnterviewde kiest voor de organisatie van de dementiezorg vanuit de huisartsenpraktijk

HOOFDSTUK 5 CONCLUSIE

Aan de hand van de resultaten uit het onderzoek wordt de hoofdvraag beantwoord. Door de antwoorden op de deelvragen wordt de centrale vraag van dit onderzoek beantwoord. De hoofdvraag luidt als volgt: *Hoe kan het Netwerk Dementie Drenthe anticiperen op de toekomst en optimaal zijn ingericht vanaf 2015?*

De uitwerking van het literatuur-, kwantitatieve- en kwalitatieve onderzoek geeft aan dat er veel betrokkenheid is bij de deelnemers van het Netwerk Dementie Drenthe bij het denken over de toekomstige ontwikkelingen. Het Netwerk Dementie Drenthe wil in ieder geval een gestructureerd aanbod van zorg en welzijn bieden, waarbij de zorg-en welzijnsaanbieders optimaal samenwerken, maar door de politieke, maatschappelijke en financiële ontwikkelingen bij de overheid, gemeenten en zorgverzekeraars is er onzekerheid ontstaan bij alle deelnemers aan het Netwerk Dementie Drenthe. Ze zijn vooral zoekende naar de juiste vorm(en) van een netwerk, vorm van zorgbegeleiding en organisatiestructuur.

Bij de keuze van een definitieve netwerkvorm is er een spanningsveld tussen het behoud van het huidige Netwerk Dementie of een verbreding tot een Netwerk Kwetsbare Ouderen. Ouderen verkeren soms in een zeer complexe situatie, waarbij o.a. dementie een rol speelt, maar ook sociale-, mobiliteits-, psychische- en psychologische problemen een rol spelen. Er is een voorkeur zichtbaar voor het bredere Netwerk Kwetsbare Ouderen, vooral om de reden dat er momenteel vanuit de rol van de huisartsen, gemeenten en zorgbegeleiders meer generalistisch wordt gedacht. Er wordt wel gepleit voor een behoud van het specialisme dementie binnen het casemanagement.

De vorm van zorgbegeleiding zal mede worden bepaald door de keuze voor een bepaalde netwerkvorm, maar een belangrijk gegeven is wel dat men de specifieke kennis van een zorgbegeleider dementie wil behouden.

De meningen over de organisatiestructuur van het Netwerk zijn zeer divers en mede afhankelijk van de netwerkvorm, maar er is een lichte voorkeur voor het verkleinen van de vijf ZBO groepen.

Over het diagnostiektraject voor dementie en de toekomst van de dementiezorg hebben de deelnemers een duidelijke voorkeur. Ze kiezen bij het diagnostiektraject bij dementie voor een eerste diagnose door de huisarts en in de toekomst wordt voor de organisatie van de dementiezorg de voorkeur gegeven aan zorgaanbieders met behulp van zorgbegeleiders.

Het Netwerk Dementie Drenthe zal als vervolg op de toekomstige ontwikkelingen in het jaar 2014 aandacht moeten besteden aan het denken over de juiste vorm van het Netwerk door middel van diverse activiteiten.

HOOFDSTUK 6 AANBEVELINGEN

Door mijn ervaringen opgedaan binnen het Netwerk Dementie Drenthe als casemanager dementie, onderzoeker en consultant kies ik voor een Netwerk Geriatrie. Veranderingen op het gebied van zorg, zorgmogelijkheden en welzijn gaan snel. De veranderingen op lichamelijk, geestelijk en sociaal gebied vragen een flexibiliteit die menig oudere niet of nauwelijks aan kan. Ik vind dat we de huisarts centraal moeten stellen. Huisartsen zijn over het algemeen generalistische netwerkers. De huisartsenpraktijk is vaak de plek waar vragen van ouderen het eerst binnen komen, de huisarts is voor vele mensen een laagdrempelige ingang tot verdere zorg.

Op deze manier kan er een Netwerk Geriatrie met lijnen naar allerlei andere ziektebeelden worden gecreëerd, waaronder dementie. Het Netwerk Dementie Drenthe, met alle gelegde verbindingen, kan worden omgevormd tot een Netwerk genaamd “Hulp bij Dementie”. De voorwaarde is dat de casemanagers dementie los van zorgorganisaties kunnen functioneren, waardoor de posities voor alle betrokkenen helder zijn en gemakkelijk beschikbaar worden. Er hoeft dan niet gesproken te worden over welke zorgorganisatie het casemanagement dementie op zich neemt en de huisarts weet duidelijk met wie hij te maken heeft. De casemanager dementie kan door de huisarts bij de eerste signalen van ‘niet pluis gevoel’ en vermoeden van dementie direct worden ingezet bij de verdere begeleiding van de cliënt. Hierdoor creëer je korte lijnen en kan de zorg optimaal en deskundig worden afgestemd.

Het Netwerk Dementie Drenthe zal als vervolg op de toekomstige ontwikkelingen in het jaar 2014 aandacht moeten besteden aan het denken over de juiste vorm van het Netwerk.

Hiervoor kunnen de volgende activiteiten worden ontwikkeld:

- Presentaties van de adviseur bij groepen van het Netwerk over het adviesproduct met de mogelijkheid tot discussie

De adviseur gaat in overleg met het Stichtingsbestuur om presentaties te organiseren bij betrokken deelnemers over de resultaten van het onderzoek met de mogelijkheid tot discussie. De presentaties plannen vanaf juni 2014.

- Contacten onderhouden met Vilans over generiek en specifiek denken
Vilans is een kenniscentrum voor langdurende zorg en zij zijn momenteel bezig met een onderzoek over generiek en specifiek denken. De coördinatrice van het Netwerk heeft al contact met Vilans over het onderzoek van zowel Vilans als het Netwerk zelf.
- Organiseren van een mini-symposium “Diagnostiek bij dementie”

Op 16 april 2014 wordt er door het Netwerk Dementie Drenthe een mini-symposium over bovenstaand onderwerp georganiseerd. De bedoeling is om zoveel mogelijk deelnemers van het Netwerk en aansprekende sprekers op het symposium te krijgen om meer duidelijkheid over diagnostiek bij dementie te verkrijgen.

- Evaluatie in de Participanten Raad van het Netwerk Dementie Drenthe

In oktober 2014 tijdens de bijeenkomst van de Participanten Raad een evaluatie houden over de ontwikkelingen binnen het Netwerk Dementie Drenthe.

- Stimuleren van deelname aan congressen en symposia

Het Netwerk Dementie Drenthe zal actief moeten blijven kijken naar deelname door netwerkleiden aan congressen en symposia die te maken hebben met ontwikkelingen binnen de diverse netwerken en dementiezorg.

HOOFDSTUK 7 BRONNEN

URL'S

Achmea Zorg, (2013)

URL; <http://www.achmeazorg.nl/ggz-instellingen/Downloadlijst/GGZ%20instellingen/Algemeen/kader-dementie-2014.pdf>
(laatst gezien 24-12-2013)

De Friesland Zorgverzekeraar, (2013)

URL; <http://www.defriesland.nl/Images/Module-Zorg-voor-Kwetsbare-Ouderen-2014-14844.pdf> (laatst gezien 21-12-2013)

Geriatric Netwerk Friesland, (2013)

URL; <http://rgfhn.fysionet.nl/netwerken/geriatric-netwerk-friesland.html>
(laatst gezien 24-12-2013)

Netwerk Dementie Drenthe, (2013)

URL; <http://www.dementiedrenthe.nl/> (laatst gezien 29-12-2013)

Netwerk Dementie Oost Achterhoek, (2013)

URL; <http://www.skbwinterswijk.nl/Over-het-SKB/Achterhoek-Initiatief-Ketenzorg-AIK-/Netwerk-dementie-Oost-Achterhoek/112>
(laatst gezien 24-12-2013)

Netwerk Geriatric Apeldoorn, (2013)

URL; http://www.caransscoop.nl/nieuws/overzicht/netwerk+geriatric+apeldoorn+presenteert+zich!?nieuws_id=744 (laatst gezien 24-12-2013)

Trimbos Instituut, (2013)

URL; <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/dementie/diagnostiek>
(laatst gezien 27-12-2013)

Toolkit Casemanagement Dementie, (2013)

URL; <http://toolkitdementie.nl/Flex/Site/Page.aspx?PageID=&Lang=>
(laatst gezien 21-12-2013)

VGZ-Zorgkantoren, (2013)

URL; <http://www.vgz-zorgkantoren.nl/LinkClick.aspx?fileticket=2DTz0KLaHik%3D>
(laatst gezien 24-12-2013)

Vilans- Kenniscentrum voor langdurende zorg, (2013)

URL; <http://www.vilans.nl/The-big-change-awbz-wmo.html> (laatst gezien 24-12-2013)

Zorg voor Ouderen Welzijn West Achterhoek, (2013)

URL; <http://www.zowelnwa.nl/professional/24/25/Informatie/Visie+Zowel+NWA>
(laatst gezien 20-12-2013)

