

## **Drie stappen in de Ketenzorg Dementie in Drenthe.**

Els van der Veen, coördinator Netwerk Dementie Drenthe  
Johan Beijering, voorzitter afdeling Drenthe, Alzheimer Nederland  
Oktober 2011

### **Oproep aan Drentse gemeenten**

Het Netwerk Dementie Drenthe en Alzheimer Drenthe roepen met behulp van deze notitie iedere Drentse gemeente op om samen met het Netwerk drie concrete stappen te zetten op weg naar de stip op de horizon, waar de ketenzorg dementie in de volle breedte is gestroomlijnd in een vloeiend geheel van care, cure, welzijn en wonen.

### **Waarom gemeenten nodig zijn in de ketenzorg dementie**

Het aantal mensen met dementie in Drenthe neemt de komende jaren enorm toe. In de bijlage zijn de aantallen per gemeente opgenomen. De gevolgen van dementie raken alle facetten van het (gewone) leven. Het beïnvloedt het wonen, de mobiliteit, de participatie aan (georganiseerde en ongeorganiseerde) activiteiten, en allerlei dagelijkse levensactiviteiten zoals bijvoorbeeld boodschappen doen, voor de maaltijden zorgen, de woonomgeving binnen en buiten op orde houden, de financiële administratie, en uiteindelijk de persoonlijke verzorging.

Voor de groeiende groep dementiepatiënten en hun verzorgers, die met bovengenoemde problematiek te maken krijgt, speelt de gemeente een belangrijke rol:

Gemeenten dragen bij en zijn ook medeverantwoordelijk voor de fysieke infrastructuur aan woon-, welzijns- en zorgvoorzieningen. Het gaat dan bijvoorbeeld om de inrichting van wijken en dorpen, de aanwezigheid van voorzieningen zoals winkels, vervoersmogelijkheden en van zorginstellingen. Het gaat om activiteiten van het welzijnswerk, zoals informatievoorziening over dementie en het hulp- en zorgaanbod, de ondersteuning van vrijwilligerswerk en mantelzorg, en opvangmogelijkheden voor de groep licht dementerenden. Ook het aanbod van huishoudelijke hulp en maatschappelijk werk valt onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid; ook deze partijen kunnen een belangrijke signalerende en steunende rol spelen bij dementie.

Door de afbouw van AWBZ-voorzieningen en de invoering van de Wmo blijven burgers met dementie steeds langer thuis wonen (nu ca 70% – 75%) en worden ze meer en meer afhankelijk van boven genoemde gemeentelijke voorzieningen.

Het Netwerk Dementie Drenthe en Alzheimer Drenthe willen de Drentse gemeenten daarom oproepen om - vanuit hun verantwoordelijkheid en regiefunctie over het wonen en leven van hun burgers - gezamenlijk een antwoord te formuleren op deze groeiende vraag. Deze notitie is hiertoe een aanzet.

### **De vraag van cliënten en de functie van gemeenten in de ketenzorg dementie**

#### ***Algemeen geformuleerd***

In bovenstaand ideaalbeeld komen al meerdere termen voor, die verwijzen naar de vraag van cliënten en de functie die gemeenten zouden kunnen vervullen: Vrijwilligers,

Herkennen van dementie, Welzijn, Wonen, Overdracht tussen partijen, Informatievoorziening, Gemeente, voorkómen van zwakke schakels en witte vlekken, e.d.

In de notitie *Dementie en uw Gemeente* (van der Veen, mei 2011)<sup>1</sup> worden 3 fasen van dementie beschreven. In elke fase van dementie is een vraagstelling van cliënten voor gemeentelijke voorzieningen te lezen.

Een verkorte samenvatting:

De eerste fase: signalering en onderkenning

In deze periode speelt vooral het zogenaamde 'niet-pluis'-gevoel. In deze fase moeten alle medewerkers die beroepshalve in aanraking komen met mensen met zo'n 'niet-pluis'-gevoel' (enige) kennis hebben van het ziektebeeld dementie. Zij moeten weten welk advies zij de mensen geven (toeleiding naar de keten dementie).

De tweede fase: diagnose en toegang tot ondersteuning en zorg

De periode van het stellen van de diagnose en direct na de diagnose is voor patiënten en familie intensief en kan maanden duren. In deze fase zijn begeleiding, steun en informatie van belang.

De derde fase: levering van zorg en diensten

De meeste mensen willen zo lang mogelijk thuis blijven, mits de partner of familie de mantelzorg aan kan. Ook tijdens deze fase is de inzet van Zorgbegeleiding en de aanwezigheid van basisvoorzieningen voor wat betreft praktische hulp en steun noodzakelijk en cruciaal om onder andere continu de belasting van de mantelzorg in te schatten en te anticiperen op de zorg die in de ( nabije) toekomst nodig zal zijn.

**Concreet geformuleerd**

In de bijlage is een schema toegevoegd uit een 'Mini-Toolkit'<sup>2</sup> van Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN), waarin de bouwstenen ketenzorg dementie genoemd staan, onderverdeeld in de drie fasen van het ziekteproces.

In de notitie *Dementie en uw Gemeente* wordt per fase een aantal activiteiten geconcretiseerd, die de Drentse gemeenten zouden kunnen ontplooiën om optimaal deel te nemen aan de ketenzorg dementie in Drenthe:

1. Gemeenten nemen samen met Zorgaanbieders actief deel in overleggen van het Netwerk Dementie Drenthe om hiaten en dubbelingen in de ketenzorg dementie in Drenthe op te sporen en bindende afspraken te maken wie actie onderneemt om verbeteringen te implementeren.
2. Op de gemeentelijke website, op de pagina's van de gemeente in regionale bladen en in gemeentegidsen wordt aandacht besteed aan dementie en mogelijkheden voor ondersteuning.
3. Folders over dementie en mogelijkheden voor ondersteuning zijn beschikbaar op centrale plaatsen.
4. Geschoolde medewerkers in de thuiszorg (ook in de huishoudelijke hulp), op Wmo en zorgloketten en bij medewerkers die preventieve huisbezoeken doen bij ouderen.
5. Medewerkers die beroepshalve met burgers te maken hebben met dementie weten naar wie ze door kunnen verwijzen voor meer hulp en diagnostiek en zijn daarin ondersteunend tot aan het daadwerkelijk contact zowel in de 1<sup>e</sup>, als in de 2<sup>e</sup> fase van dementie.
6. Burgers die te maken hebben met dementie en een vraag hebben worden gevolgd, bijvoorbeeld in een cliëntvolgsysteem.
7. Mantelzorgondersteuning organiseren, faciliteren of uitbesteden:
  - lotgenotencontacten;

<sup>1</sup> Deze notitie is te vinden op [www.dementiedrenthe.nl](http://www.dementiedrenthe.nl) onder het kopje organisatie.

<sup>2</sup> Deze notitie is te vinden op [www.dementiedrenthe.nl](http://www.dementiedrenthe.nl) onder het kopje organisatie.

- Alzheimer Cafés;
  - (vrijwilligers)hulp thuis: klussendienst, gezelschap, vervangende mantelzorg, boodschappendienst, tuinonderhoud;
  - praktische hulp bij indicatiestellingen, individuele WMO-voorzieningen, vervoersvoorzieningen e.d.;
  - praktische hulp bij bijzondere (financiële) voorzieningen;
  - sociale kaart paraat;
  - (tijdelijke) woning-aanpassingen t.b.v. mantelzorg versneld toelaten;
  - maaltijd/sociaal eten.
8. Participatie voor mensen met (beginnende) dementie; activiteiten en dagopvang bevorderen en barrières om mee te doen wegnemen.

### De weg ernaar toe: drie stappen

In de 'Mini-Toolkit' van Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) wordt uiteengezet **hoe** gemeenten en zorgkantoren de bouwstenen (basisfuncties) ketenzorg dementie kunnen gebruiken om gezamenlijk de volgende stap te zetten naar samenhangende, meerdere domeinen omvattende, ketenzorg dementie.

Vertaald naar de Drentse situatie gaat het om het zetten van drie stappen:

#### Stap 1: Waarom een actieve rol spelen in ketenzorg dementie?

Iedere gemeente zal eerst de vraag moeten beantwoorden of, en in welke mate de gemeente gehoor wil geven aan de oproep van het Netwerk Dementie Drenthe om optimaal deel te gaan nemen in de ketenzorg Dementie Drenthe.

*Een goed lopende zorgketen draagt substantieel bij aan de kwaliteit van leven van dementerenden (...). Ketenzorg dementie kan daarnaast leiden tot kostenbesparing. Doordat mantelzorgers worden ontlast en er ondersteuning in de directe (thuis) omgeving van dementerenden beschikbaar is, kan een beroep op intramurale zorg uitgesteld of soms voorkomen worden. De Erasmus Universiteit becijferde, in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland, dat een goed lopende zorgketen met casemanagement zo een besparing van 3300 euro per cliënt kan betekenen (op collectief niveau gaat het dan om 200 miljoen euro per jaar). Uit: Mini-Toolkit dementie voor gemeenten, blz 12.*

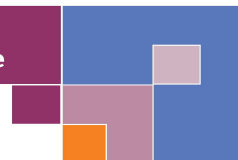
#### Stap 2: Analyseren en een samenwerkingsagenda opstellen.

De gemeente zal samen met het Netwerk Dementie Drenthe (middels de Participanten Raad en de Stuurgroepen) en aan de hand van de notitie Dementie en uw Gemeente behoeften van dementerenden en hun directe omgeving in beeld brengen en bestaande voorzieningen inventariseren. Vragen die daarbij kunnen helpen:

- Hoeveel dementerenden zijn er nu en straks in uw verzorgingsgebied?
- Hoe verhoudt het aanbod zich tot hun vragen en behoeften?
- Zijn voorzieningen beschikbaar op de plaats en de schaal die nodig is?
- Wat weet u over de kwaliteit en de effectiviteit van de diverse voorzieningen?

#### Stap 3 Plan maken op basis van bouwstenen.

De gemeente zal samen met het Netwerk Dementie Drenthe (middels de Participanten Raad en de Stuurgroepen) samenwerkingspartner(s) vinden, gezamenlijk doelen stellen en een plan maken, een concrete taakverdeling maken, afspraken maken over de financiering, en indicatoren vaststellen waarop na verloop van tijd geëvalueerd kan worden.



*Als het gesprek juist wordt aangevlogen vanuit het inhoudelijk, gemeenschappelijk belang komt men doorgaans verder: wat is er nodig voor dementerenden en hoe krijgen we dat gezamenlijk van de grond? Daarbij hoort ook bij beide partijen de bereidheid om soms iets meer te doen dan de ander, erop vertrouwend dat dat op andere wijze weer 'gecompenseerd' wordt. Vanzelfsprekend moet dat vertrouwen zich op den duur wel waarmaken. Uit: Mini-Toolkit dementie voor gemeenten, blz 16, 17.*

In de bijlage zijn in het eerder genoemde schema (uit de 'Mini-Toolkit') ook de mogelijke financieringsbronnen per bouwsteen gegeven, onderverdeeld in de eerder genoemde drie fasen van het ziekteproces.

Onderstaand **Ideaalbeeld** is voor het Netwerk Dementie de stip op de horizon waarnaar we gezamenlijk op weg zijn:

### *Als alles perfect was*

Stelt u zich het ideaalplaatje eens voor.

U bevindt zich in een willekeurige Nederlandse regio. De dementiezorg is er volledig gestroomlijnd. Goed opgeleide vrijwilligers en professionals herkennen dementie al bij de eerste tekenen. Elke diagnose wordt vroegtijdig en vakkundig gesteld en de zorgketen die daarop volgt is een vloeiend geheel van care, cure, welzijn en wonen.

Losse projecten zijn verleden tijd, want alles hangt met elkaar samen. Er is sprake van continuïteit, de overdracht tussen partijen is soepel en de informatievoorziening helder. Het verpleeg- en verzorgingshuis, de thuiszorg, de GGZ-instelling, de huisarts, de welzijnsinstellingen, het ziekenhuis, de gemeente, alle betrokken partijen zijn van elkaars activiteiten op de hoogte. Ze nemen ook gezamenlijk de verantwoordelijkheid om zwakke schakels en witte vlekken in de dementiezorg te voorkomen.

Cliënten voelen zich geborgen en serieus genomen door overheid, zorgsector en verzekeraars. Iedereen met beginnende dementie weet precies waar hij of zij terecht kan. In de diagnosefase wordt niet alleen de ziekte vastgesteld, maar ook het juiste zorgpad.

Zowel mensen met dementie als hun mantelzorgers kunnen op elk moment in het ziekteproces rekenen op steun van hun eigen casemanager/zorgbegeleider. Of het nu gaat om de allereerste ongerustheid bij vergeetachtigheid, de emoties rond de diagnose of ondersteuning met respijtzorg, het aanbod sluit altijd aan op hun ziekte-traject en op hun wensen en knelpunten.

Alle zorg is gericht op het 'systeem' waarin degene met dementie zich bevindt.

*Uit Vier jaar LDP; dementie op de kaart, 2008*

## **Oproep aan Drentse gemeenten - herhaling**

Het Netwerk Dementie Drenthe en Alzheimer Drenthe roepen met behulp van deze notitie iedere Drentse gemeente op om samen met het Netwerk de drie stappen te zetten op weg naar de stip op de horizon, het ideaalbeeld van *Als alles perfect was*.

## **Informatie en contact**

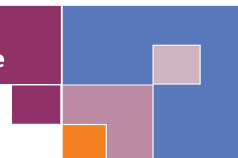
Els van der Veen

Coördinator Netwerk Dementie Drenthe

06-21100235

[netwerk@dementiedrenthe.nl](mailto:netwerk@dementiedrenthe.nl)

[www.dementiedrenthe.nl](http://www.dementiedrenthe.nl)



## Actuele Drentse cijfers per gemeente

Aantallen mensen met dementie in de jaren 2010, 2020 en 2030

(bron: TNO)

Gemeenten	2010	2020	2030
Assen	956	1072	1378
Aa en Hunze	408	456	605
Noordenveld	545	723	903
Tynaarlo	615	740	968
Hoogeveen	877	1020	1257
Meppel	500	569	741
Midden Drenthe	467	597	848
Westerveld	339	383	443
De Wolden	377	447	602
Borger Odoorn	367	442	576
Coevorden	582	727	951
Emmen	1650	1900	2353
<b>Totaal</b>	<b>7683</b>	<b>9076</b>	<b>11625</b>

## Bouwstenen ketenzorg dementie en mogelijke financieringsbronnen

**Schema 1.**
**Behoeften van mensen met dementie en hun mantelzorgers en wie verantwoordelijk kan zijn voor beantwoording van deze behoeften**

Behoeften van mensen met dementie en hun mantelzorgers		1. Voor de diagnose	2. Diagnosefase <sup>2</sup>	3. Manifeste fase	
				thuis	opname
1. Informatie en voorlichting	Informatie en voorlichting				
	Meldpunt				
2. Participatie	Educatie en scholing (niet regulier)				
	Ontmoeting				
	Lotgenotencontact				
	Ontspanning				
	Sociale dagopvang				
	Sociale dagopvang en toezicht				
	Belangenbehartiging				
	Burgerparticipatie en beleidsontwikkeling				
3. Specifieke preventie	Bemoezorg				
	Aangepaste woonomgeving				
4. Wonen	Fysieke woningaanpassing				
	Veiligheidstechniek in de woning (Verpleeg-) hulpmiddelen				
	Aangepaste woonvorm				
	Adviserende en administratieve hulpverlening				
5. Financiële/administratieve	Financiële tegemoetkoming				
	Inkomensondersteuning				
	Consultatie en advies				
6. Het verkrijgen voorzieningen op maat	Bemiddeling				
	Indicatie, toewijzing indiv. Wmo-voorzieningen				
	Indicatie van toewijzing van AWBZ-functies				
	Indicatie verkrijgen materiële/ financiële hulp				
	Regie en coördinatie				
	Cliënt(-systeem) ondersteuning				
7. Mobiliteit	Individuele vervoers-/verplaatsingshulpmiddelen				
	Aangepast vervoer buitenshuis				
8. Service	Haal- en brengservice-diensten				
	Service-diensten thuis				
	Overige servicediensten				
9. Voeding	Ondersteuning bij bereiding van de maaltijd				
	Maaltijdlevering thuis				
	Eetpunt				
10. Screening, diagnostiek en behandeling	Screening en diagnostiek				
	Behandeling				
	Crisisinterventie				
11. Steun en hulp van mantelzorg	Steun en hulp van mantelzorg				
	Begeleiding en ondersteuning van mantelzorg				
	Verlichting van zorgtaken				
	Financiële ontlasting				
	Ontheffing van inkomensverwerving				
12. Zorg en thuis wonen	Ondersteunende begeleiding en behandeling <sup>†</sup>				
	Huishoudelijke hulp				
	Persoonlijke verzorging				
	Verpleging				
13. Onzelfstandig wonen	Activerende begeleiding en behandeling (dagstructurering en activering) <sup>†</sup>				
	Tijdelijk verblijf				
	Langdurig verblijf				

**Mogelijke financieringskaders voor beantwoording van de behoeften**
