



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20584 1001 NN Amsterdam

Netwerk Dementie Drenthe
T.a.v. Mw. E. van der Veen
Boermarkeweg 70
7824 AA EMMEN

Werkgebied Noordwest

Kabelweg 79 - 81
Amsterdam
Postbus 20584
1001 NN Amsterdam
T 020 580 01 00
F 020 580 01 50
www.igz.nl

Inlichtingen bij

Drs. H.L.G. Scheijven

T (020) 5800 100

Datum 4 juli 2013

Onderwerp Rapport netwerkzorg thuiswonende mensen met dementie

Ons kenmerk

2013-524053/Pr.1/RS/jk

Bijlagen

- Geaggregeerd rapport
- Definitief rapport bezoek

Geachte heer, mevrouw,

Uw kenmerk

Uw brief

Hierbij bied ik u het rapport aan "Organisatie netwerkzorg thuiswonende mensen met dementie veelbelovend, onderdelen zorg nog risicovol". Dit rapport beschrijft de resultaten van het onderzoek dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: inspectie) in 2012 uitvoerde naar de kwaliteit van zorg in netwerken voor thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers. Hiertoe heeft de inspectie een vragenlijst onder alle 85 netwerken in Nederland uitgezet en 12 netwerken in Nederland bezocht.

Tevens bied ik u hierbij het definitieve rapport aan van het bezoek dat de inspectie aan uw netwerk bracht. De inspectie heeft in dit rapport uw reacties op de concept versie van dit rapport verwerkt.

De inspectie concludeert op basis van haar onderzoek dat netwerkzorg voor thuiswonende mensen met dementie zich goed ontwikkelt en er is sprake van voortdurende aandacht voor draaglast en -kracht van mantelzorgers. Niettemin concludeert de inspectie dat de netwerken op dit moment nog onvoldoende robuust zijn. De vroegsignalering is binnen de netwerken voor dementiezorg een onderdeel van de zorg, maar de netwerken hebben nog onvoldoende aandacht voor zorgmijders. Daarnaast verdient casemanagement binnen de netwerken nog verdere aandacht.

De inspectie vindt het noodzakelijk dat alle 85 netwerken voldoen aan de normen in het toetsingskader. Om de gewenste kwaliteitsverbetering tot stand te brengen, verwacht de inspectie dat de netwerken ten minste tweejaarlijks een onafhankelijke audit (of een vergelijkbare activiteit) laten uitvoeren. De resultaten van deze audit moeten zij aantoonbaar gebruiken om de zorg te verbeteren. De inspectie vraagt daarbij in het bijzonder aandacht voor de in de conclusies gesignaleerde tekortkomingen en vraagt van alle betrokkenen voortdurende inzet ter verbetering van de kwaliteit van zorg aan thuiswonende mensen met dementie.



Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Ons kenmerk
2013-524053/Pr.1/RS/jk

Datum
4 juli 2013

Met vriendelijke groet,

mevrouw drs. J.F. de Vries
Hoofdinspecteur Verpleging en Langdurige Zorg

**Geïntegreerde zorg voor
thuiswonende mensen met dementie
en hun mantelzorgers**

Dementie netwerk Drenthe
Drenthe

bezoekdatum 24 oktober 2012

Amsterdam, definitief rapport

2 juli 2013

Inhoud

Inleiding	3
1 Organisatorische onderwerpen	4
1.1 Ontwikkelingsfase netwerk.....	4
1.2 Partners.....	5
1.3 Aanbod.....	7
1.4 Scholing	8
1.5 Evaluatie netwerk	10
2 Vroegsignalering	11
2.1 Werkwijze vroegsignalering.....	11
2.2 Meting draaglast mantelzorger	11
2.3 Meting draagkracht mantelzorger.....	12
2.4 Procedure bemoeizorg	12
3 Casemanagement.....	14
3.1 Taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden casemanager	14
3.2 Aanspreekpunt	14
3.3 24-uurs bereikbaarheidsregeling casemanagement	15
3.4 24-uurs beschikbaarheidsregeling casemanagement	15
3.5 Startmoment casemanagement	16
3.6 Onafhankelijkheid casemanagement.....	16
3.7 Opschalen/doorzettingsmacht casemanager	16
4 Geïntegreerd zorgplan.....	18
4.1 Procedure geïntegreerd zorgplan.....	18
4.2 Geautomatiseerd geïntegreerde dossier en/of zorgplan.....	18
4.3 Opgesteld in overleg met het cliëntsysteem	18
4.4 Probleemanalyse.....	19
4.5 Evaluatie per doel/activiteit	19
4.6 Actualisatie per doel.....	20
4.7 Afstemming over het zorgplan	20
4.8 Informatie uitwisseling	20
Bijlage: documenten.....	22
Bijlage: toetsingskader	24

Inleiding

Dementie is van invloed op alle levensgebieden en vraagt voor thuiswonende mensen met dementie en hun naasten om geïntegreerde zorg op het gebied van gezondheid, welzijn en wonen.

Het veld werkt al jaren aan het anders inrichten van de zorg door netwerken, ketens of speciaal daarvoor opgerichte organisaties¹ te vormen. Ook de overheid besteedt veel aandacht aan de positie van ouderen en stelt dat lokale koppeling van sectoren als wonen, welzijn, vervoer en (preventieve) zorg nodig is om tot maatwerk te komen. Voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) is het verbeteren van zorg voor ouderen een van haar speerpunten en is het opkomen voor kwetsbare groepen een van de permanente aandachtsgebieden.

Op dit moment is niet bekend in welke mate deze netwerken voldoen aan minimumnormen voor verantwoorde zorg. Daarom doet de inspectie onderzoek bij alle bekende netwerken voor dementiezorg. De hoofdvraag van dit onderzoek is: *leveren de netwerken verantwoorde zorg aan thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers?* De focus in dit onderzoek ligt bij de (bestuurlijke) verantwoordelijkheid, partners in het netwerk, het aanbod van het netwerk, scholing op het gebied van dementie in het netwerk, evaluatie, vroegsignalering, casemanagement en geïntegreerd zorgplan. Het toetsingskader is opgenomen in de bijlage.

De inspectie kan hiermee de lopende ontwikkelingen 'aanjagen' en door het bevorderen van naleving van wet- en regelgeving, standaarden en richtlijnen een bijdrage leveren aan veilige, kwalitatief goede, geïntegreerde dementiezorg.

De inspectie benadert alle bekende netwerken via een *webbased survey* (wbs) en bezoekt 12 netwerken. Op basis van de resultaten van de wbs en de bezoeken bepaalt de inspectie haar handhavingsstrategie (tijdens de analysebijeenkomst). De resultaten van het onderzoek publiceert de inspectie in een geaggregeerde rapportage.

In het kader van dit onderzoek heeft de inspectie op 24 oktober 2012 het dementie netwerk Drenthe (verder: netwerk) bezocht. Tijdens dit bezoek heeft de inspectie gesproken met:

- De netwerkcoördinator
- Voorzitter van het bestuur
- Vertegenwoordiger van de AWBZ-aanbieders in het bestuur en tevens directeur thuiszorgorganisatie
- Vertegenwoordiger van de ZVW-aanbieders en tevens manager GGZ
- Een huisarts en POH
- 3 zorgbegeleiders
- 3 mantelzorgers
- Voorzitter van Alzheimer Drenthe

Ook heeft de inspectie diverse beleidsstukken, protocollen, een zorgplan en een zorgdossier ingezien (zie bijlage).

¹ Verder te noemen netwerken

1 Organisatorische onderwerpen

1.1 Ontwikkelingsfase netwerk

Het netwerk startte in mei 2006 met het Landelijk Dementie Programma (LDP), waarvoor het anderhalf jaar financiering kreeg. De gemeenten werden vanaf het begin betrokken. In mei 2008 werd het Netwerk Dementie Drenthe opgericht als een vervolg op het LDP. Het netwerk organiseerde werkbijeenkomsten in alle gemeentehuizen in Drenthe. Op 21 september 2009 werd de stichting Dementie Drenthe opgericht zodat de financiën uit de Beleidsregel Ketenzorg Dementie op een nette en onafhankelijke manier beheerd konden worden. De stichting functioneert als dagelijks bestuur van het netwerk.

Het netwerk is géén zorgaanbieder, maar alleen een samenwerkingsverband. De opdracht van het samenwerkingsverband is één vast aanspreekpunt leveren voor mensen met dementie en hun mantelzorg. Deze opdracht was de uitkomst van de werkbijeenkomsten in de gemeentehuizen. Dit vaste aanspreekpunt wordt gerealiseerd in een model waarin de mensen die al over de vloer komen bij de cliënt gekoppeld worden aan zorgbegeleiding. Toen het netwerk startte waren er hier en daar in Drenthe wel al overlegstructuren, maar alleen tussen de grote aanbieders en niet geformaliseerd. Zorgbegeleiding werd wel uitgevoerd, maar dat was 'ieder voor zich'. Het netwerk wilde niet opnieuw beginnen met een nieuw team, maar de samenwerking verbeteren. De kern is zorgbegeleiding voor het cliëntsysteem.

Het netwerk probeert in drie lijnen dat beter neer te zetten. De eerste lijn loopt via de zorg. De huisartsen via hun POH (ouderenzorg inclusief kwetsbare ouderen) werken met plan Iris, een werkwijze ontwikkelt door een huisarts in Coevorden. Het Iris plan omvat onder andere verdeling van taken onderling, vroegsignalering en verwijzing naar zorgbegeleiding. De POH is de zorgbegeleider in het eerste proces, als een soort triage en er nog geen behoefte is aan zorgbegeleider vanuit de thuiszorg. Als er al thuiszorg aanwezig is, streeft het netwerk ernaar om die persoon ook de zorgbegeleiding te laten doen. Op deze manier blijft het aantal betrokken personen bij de zorg beperkt tot het minimum. Wanneer dit niet meer mogelijk blijkt door een verschuiving van de zorg, wordt dit met de cliënt besproken en wordt er naar een adequate oplossing gezocht. Zorgbegeleiding kan dus plaats vinden door huisarts en POH, thuiszorgmedewerkers, GGZ medewerkers en V&V medewerkers, wie het doet hangt af van de zwaarte van zorg. Er zijn drie toeleidingslijnen naar zorgbegeleiding, namelijk: 1: de gemeenten, 2: huisarts en POH, 3: Helpdesk Dementie Drenthe. Het netwerk probeert ook zo goed mogelijk de gemeente (WMO) te betrekken. In het LDP was het netwerk begonnen met het scholen van huishoudelijke hulpen, maar dit was uiteindelijk niet haalbaar om zelf uit te voeren. Een scholingsprogramma is wel aanwezig. Het scholingsaanbod is nu verschoven naar de indicatiestellers huishoudelijke hulp en WMO loketmedewerkers van de gemeente en ouderenadviseurs welzijn. De welzijn ouderenadviseurs hebben vroegsignalering actief opgepakt. Het netwerk probeert ook publiciteit te geven met onder andere stukjes in huis aan huis bladen, teksten op de gemeentelijke website en mantelzorggidsen. De gemeente verzorgt voor de huisarts en het WMO loket de sociale kaart. Het netwerk bood alle gemeentes (gratis) scholing aan. Tot nu toe hebben 7 van de 12 gemeentes deze gevolgd. Het blijft lastig om alle gemeentes te scholen. Zij stellen andere prioriteiten.

Er is een helpdesk dementie Drenthe met een website en een telefoonnummer. Deze helpdesk kan mogelijk doorgroeien naar een meldpunt. Momenteel is het tijdens kantooruren beschikbaar als informatievoorziening. Via het telefoonnummer, dat tijdens kantooruren bereikbaar is, is een frontoffice beschikbaar dat kan doorzetten naar een casemanager.

Het netwerk is georganiseerd in 5 regionale zorgbegeleiders overleggen, met onafhankelijke voorzitters en een secretariaat. Dit betaalt het netwerk. De voorzitters zijn zelf zorgbegeleiders in een andere regio. Het netwerk heeft vier stuurgroepen met regionale managers uit de organisaties

die partner in het netwerk zijn Zij gaan werken met taakopdrachten. Het motto van het netwerk is 'We zijn concurrenten, maar we willen het beste voor de cliënt'. Om het draagvlak te behouden heeft het netwerk een participantenraad die twee keer per jaar bijeenkomt om richting te geven aan de activiteiten van het netwerk. Deze participantenraad bestaat uit bestuurders. Alle organisaties in het netwerk kunnen meedoen in de participantenraad. De participantenraad en het stichtingsbestuur hebben dezelfde onafhankelijke voorzitter. Het stichtingsbestuur bestaat uit vertegenwoordigers van de huisartsenkring Drenthe, AWBZ-aanbieders, ZVW aanbieders, gemeente (wethouder) en Alzheimer Drenthe en vormt het dagelijks bestuur van het netwerk en stuurt de coördinator aan. De voorzitter van het bestuur is de leidinggevende van de netwerkcoördinator. GGZ Drenthe is "hosting-partner" van het netwerk. De coördinator staat op de loonlijst van de GGZ, maar heeft er geen werkplek.

Het netwerk heeft een constructie voor de financiering omdat zij van het zorgkantoor Achmea minder budget kregen. De leden leveren samen een bepaalde bijdrage om samen de financiering te dragen. Het netwerk vindt dat Achmea wel wat strenger mag zijn naar de leden toe zodat het duidelijker is dat het netwerk niet vrijblijvend is. De huisartsen zijn lid, zij zien zelf in, dat zij te kort schieten en dat niet alle huisartsen participeren. De ziekenhuizen zien de noodzaak van het netwerk niet. Voor de gemeenten is het lastiger om specifiek bij dit netwerk aangesloten te zijn vanwege de financiering (AWBZ transitie). Het netwerk denkt nog zes jaar nodig te hebben totdat netwerkzorg in de reguliere zorg ingebed is.

De zorgkantoren financieren alleen het casemanagement (in Drenthe zorgbegeleiders). Alles wat er verder geregeld moet worden voor het netwerk kan niet van dat budget worden bekostigd. Financiering voor de zorg gaat rechtstreeks via de zorgaanbieders. De beleidsregel ketenzorgdementie is uitgebreid en Achmea heeft extra geld beschikbaar gesteld voor zorgbegeleiding.

Het Netwerk krijgt vanaf 2013 helemaal geen financiering meer van Achmea. Achmea Zorgkantoor is streng en verplicht de aanbieders mee te doen. ZVW-partners (zorgverzekeringswet: huisartsen en ziekenhuizen) en Wmo-partners (gemeenten en welzijn) voelen die verplichting niet, dat is het probleem waar het netwerk nu tegenaan loopt.

Organisatie	Fase netwerk			
	Initiatief	Experimenteel	Uitbouw	Verduurzamings
Fase		X		

1.2 Partners

De belangrijkste boodschap voor het participantenoverleg is: het is jullie club, voor de cliënt. Afgelopen jaar is in dit overleg de discussie over de eigen bijdrage gevoerd. Het is belangrijk dat alle participanten nadrukkelijk aanwezig zijn en meedoen. In het laatste overleg hebben de participanten vastgesteld dat de focus moet liggen op de kwantiteit. Dit is in Drenthe hard nodig om de sterke vergrijzing en daarmee de forse toename van de dementie prevalentie op te vangen. Het netwerk wil regionaal jaar- en werkplannen gaan maken met SMART-geformuleerde doelen.

De huisarts geeft aan dat het netwerk veel partners heeft. Vanuit het bestuur wordt dit als moeilijk te sturen ervaren. De gemeentes werken nog te weinig samen, zij moeten nog een visie ontwikkelen. Er zijn grote verschillen per gemeente. Maar de contacten zijn er en het netwerk is bezig om de samenwerking te verbeteren.

In bepaalde regio's is het contact met de huisartsen (niet aangesloten bij Iris) slecht. De zorgbegeleiders hebben daar geen persoonlijk contact met de huisarts. Mogelijk zijn de huisartsen daar niet bekend met de route voor zorgbegeleiding. Dit punt is aangekaart in het zorgbegeleidingsoverleg. De netwerkcoördinator heeft dit opgepakt. Iris-huisartspraktijken doen operationeel mee. Ouderenzorg instellingen doet een aantal (de helft) operationeel mee. De ziekenhuizen en geheugenpoli's zijn aanwezig.

Algemeen	Partners			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Huisarts		X		
Thuiszorg			X	
Ouderenzorg		X		
GGZ			X	
Ziekenhuis		X		
Geheugenpoli		X		
Welzijn			X	
Vrijwilligers			X	
Anders: Gemeente			X	
Anders: Alzheimer Drenthe			X	

1.3 Aanbod

Volgens de voorzitter zitten alle diensten die te maken hebben met dementie in het netwerk: huisarts, vroegsignalering, diagnostiek in het ziekenhuis en via het plan Iris. Daar zit volgens de voorzitter nog een pijnpunt: de huisartsen menen zelf de diagnostiek te kunnen doen en de ziekenhuizen willen het zelf doen.

De vier regionale stuurgroepen hebben nu de opdracht om regionaal een diagnostiek route uit te zetten. Het doel is eenduidigheid voor de klant en de dubbelingen in de zorg eruit halen.

Het netwerk is bezig een overzicht te maken van de respijtzorg. Het netwerk heeft geen vaste mogelijkheden voor respijtzorg, maar vindt altijd een oplossing. Dit is één van de sterke punten van het zorgbegeleidingsoverleg. De zorgbegeleiders weten waar zij het kunnen vinden en hebben veel contacten met welzijn. Zij hebben bij de stuurgroep aangegeven dat zij ook graag iemand van welzijn en het wmo-loket in het zorgbegeleidingsoverleg willen hebben. De zorgbegeleidingsoverleggen houden crisishulp, via de GGZ, in de gaten. Bemoezorg doet het netwerk vanaf de signalering. Screening is bij de Irispraktijken huisartsen operationeel.

Irispraktijken doen eerst zelf diagnostiek (met bijvoorbeeld MMSE), stellen wel diagnose dementie, maar geen differentiaal diagnose. Daarvoor wordt (zo nodig) doorgestuurd. In Stuurgroepen wordt

aan een regionale eenduidige diagnostiekroute gewerkt daarover heerst nog onenigheid tussen huisartsen ziekenhuizen – GGZ geheugenpoli's.

Algemeen	Aanbod				
	Aanbieder	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Casemanagement	Thuiszorg, GGZ, POH			X	
Algemene publieksinformatie	Website netwerk en helpdesk			X	
Vroegsignalering	Thuiszorg, welzijn, POH/huisarts			X	
Meldpunt		X			
Actief verwijzen	Welzijn, huisarts			X	
Screening	Huisarts, ziekenhuis		X		
Diagnostisch onderzoek	Huisarts, ziekenhuis			X	
Respijtzorg	Welzijn		X		
Crisishulp	GGZ			X	
Bemoelzorg	Zorgbegeleiders, GGZ			X	

1.4 Scholing

Het netwerk heeft een scholingsplan per sector. De gemeente, de huisartspraktijken die meedoen aan het Iris plan, de aanwezigen van het zorgbegeleidingsoverleg. Het netwerk heeft het scholingsplan opgesteld op basis van de minimum kwaliteit. Minimumkwaliteit wil zeggen op basis van de notitie 'De minimumkwaliteit van Zorgbegeleiding' (oktober 2010). De scholing voor de zorgbegeleiders bestaat uit een basistraining van vier dagdelen in alle vijf zorgbegeleidingsoverleggen, hebben zij 4 x per jaar nascholing in ieder zorgbegeleidingsoverleg op basis van vragen van Zorgbegeleiders zelf

De scholing is op maat gemaakt door de hogeschool Windesheim. Binnen het zorgbegeleidersoverleg wordt ook geleerd door intervisie. Vrijwilligers worden niet structureel geschoold. Dit is de taak van de welzijnsaanbieder. Het netwerk zet wel actief de stap naar gemeente en welzijnsaanbieders. Het netwerk is bezig welzijn meer bij het netwerk te betrekken. Om vrijwilligers te scholen is er veel capaciteit/geld nodig, dat is in het netwerk niet beschikbaar. Progez (ROS organisatie) verzorgt de scholing voor Iris. Het hele team in de huisartsenpraktijk volgt deze scholing. Op dit moment is 20% van de Drentse huisartsen op deze wijze geschoold. De assistentes in die praktijken zijn geschoold in vroegsignalering.

Thema Toezicht
Geïntegreerde zorg voor thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers

Scholing voor huishoudelijke hulp bevat ook omgang met mantelzorgers en wat te doen met opgevangen signalen. Het netwerk biedt zelf niet meer scholing aan huishoudelijke hulp, stimuleert wel partners om dat zelf te doen. Onderling worden ook ervaringen en scholingsprogramma's tussen partners uitgewisseld.

De scholing voor huishoudelijke hulp is een aandachtspunt. Een mantelzorger gaf aan dat de huishoudelijke hulp signalen niet oppakte, zodat het kon gebeuren dat de demente vader ziek werd van bedorven voedsel. Zijn echtgenote was mantelzorger (met beginnende dementie), maar dekte alles toe. Na opname van de moeder en vader in het ziekenhuis vond de dochter een koelkast met levensmiddelen die ver over de einddatum waren.

Algemeen	Scholing				
	Type scholing	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Casemanager	Dementie			X	
	Mantelzorgproblematiek			X	
	Sociale kaart			X	
Huisarts	Dementie		X		
	Mantelzorgproblematiek		X		
	Werkwijze netwerk		X		
Huishoudelijke hulp	Omgang met dementerenden		X		
	Omgang met mantelzorgers	X			
	Wat te doen met signalen	X			
Ouderenadviseur	Omgang met dementerenden		X		
	Omgang met mantelzorgers		X		
	Wat te doen met signalen		X		
Vrijwilligers	Omgang met dementerenden	X			
	Omgang met mantelzorgers	X			
	Wat te doen met signalen	X			
Anders: Gemeente			X		

1.5 Evaluatie netwerk

De regionale stuurgroepen evalueren en informeren hier het bestuur over. De netwerkcoördinator pakt dit op en werkt dit uit.

Organisatie	Evaluatie			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Jaarplan 2012		X		
Evaluatie doelen jaarplan 2011		X		
Evaluatie aanbod 2011		X		
Evaluatie wijze samenwerking 2011		X		
Bijstelling jaarplan op basis evaluatie		X		

2 Vroegsignalering

2.1 Werkwijze vroegsignalering

De huisarts en POH, gemeente (WMO loket medewerkers, ouderenadviseurs) en de thuiszorg signaleren. Verzorgenden vanuit de thuiszorgorganisatie signaleren ook, in het team zit altijd een wijkverpleegkundige die eindverantwoordelijk is voor de thuiszorg. Een verzorgende heeft, volgens de organisatie, niet altijd de expertise om te signaleren.

Bij een niet-pluis gevoel doet de huisarts in principe de diagnostiek. Dit volgt een getrapt systeem, als de huisarts er niet uit komt, stuurt hij de patiënt door naar een ziekenhuis.

In het zorgbegeleidingsoverleg bespreken de zorgbegeleiders welke zorgbegeleider het beste bij de cliënt past om de zorgbegeleiding op te pakken. Cliënten kunnen rechtstreeks binnen komen in het zorgbegeleidingsoverleg vanuit het ziekenhuis (niet in alle regio's) en de huisarts. De meeste cliënten komen binnen na signalen van een huishoudelijke hulp.

Vroegsignalering	Proces				
	Wie	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Triage	Zorgbegeleider, huisarts			X	
Dosselvorming	zorgbegeleider			X	
Doorgeleiding	Huishoudelijke hulp, WMO loket, ouderenadviseur, zorgbegeleider			X	
Terugkoppeling naar degene die het signaal heeft afgegeven	Zorgbegeleider, huisarts			X	

2.2 Meting draaglast mantelzorger

De zorgbegeleiders kennen het 'Ervaren Druk door Informele Zorg' (EDIZ) instrument voor het meten van draagkracht/last. De uitkomst hiervan komt in het dossier en neemt de zorgbegeleider mee in de evaluatie. Zij geven wel aan dat zij merken dat het goed werkt om, op basis van ervaring en gevoel, de punten te benoemen in plaats van met het instrument er daadwerkelijk bij.

Vroegsignalering	Meting draaglast						
	Wie	Frequentie	Methode	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Signalering	zorgbegeleider	Tijdens contacten, geen frequentie vastgelegd				X	

Diagnosestelling	zorgbegeleider	Tijdens contacten, geen frequentie vastgelegd	EDIZ instrument			X	
Behandeling	zorgbegeleider	Tijdens contacten, geen frequentie vastgelegd				X	

2.3 Meting draagkracht mantelzorger

Vroegsignalering	Meting draagkracht						
	Wie	Frequentie	Methode	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Signalering	zorgbegeleider	Tijdens contacten, geen frequentie vastgelegd				X	
Diagnosestelling	zorgbegeleider	Tijdens contacten, geen frequentie vastgelegd	EDIZ instrument			X	
Behandeling	zorgbegeleider	Tijdens contacten, geen frequentie vastgelegd				X	

2.4 Procedure bemoeizorg

De thuiszorgorganisatie gaat uit van de cliënt. Die is thuis zelf de baas. Bij een niet pluis gevoel doen zij hun best om te helpen, maar nooit tegen de wens van de cliënt in. Bij grotere risico's schakelt de thuiszorg de GGZ in. Ook komen de zorgbegeleiders zorgmijders 'tegen' tijdens kennismakingsgesprekken als er een niet pluis signaal binnen is gekomen.

Uit het gesprek met de mantelzorgers blijkt ook dat er niet altijd zorgbegeleiding gegeven wordt. Twee verhalen kwamen naar voren. Eén mantelzorger was heel tevreden over de zorgbegeleiding. Wij spraken een echtpaar dat de mantelzorg had voor een alleenstaande broer. In hun geval was er op geen enkele manier zorgbegeleiding geweest. Zij werden als mantelzorger ook niet betrokken. Zij hadden zelf erg veel moeite moeten doen om de broer uiteindelijk opgenomen te krijgen, omdat de situatie thuis onveilig was geworden.

Thema Toezicht
Geïntegreerde zorg voor thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers

Vroegsignalering	Bemoeizorg				
	Wie	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Bemoeizorgcliënten in beeld		X			
Leggen van contact met bemoeizorgcliënten	Thuiszorgorganisatie en huisarts		X		
Motiveren bemoeizorgcliënten	Zorgbegeleiders			X	
Opschalen naar gespecialiseerde GGZ-zorg	Thuiszorgorganisatie en huisarts			X	
Opschalen naar gespecialiseerde medische zorg				X	

3 Casemanagement

3.1 Taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden casemanager

Voor Icare, de grootste thuiszorgorganisatie in Drenthe geldt dat de wijkverpleegkundigen werken in kleine teams en de organisatie probeert altijd een (werk)plek dichtbij de huisarts te organiseren. De wijkverpleegkundigen zijn in ieder geval altijd bereikbaar voor en bekend bij de huisarts. Dit geldt ook voor de huisartsen niet aangesloten bij het Iris plan. De thuiszorgorganisatie heeft ook speciale PG-teams ingericht die daarvoor speciaal zijn geschoold binnen de organisatie. De wijkverpleegkundige is op dat moment verantwoordelijk voor de regie van de zorg. De wijkverpleegkundige koppelt terug naar de huisarts. Maar er zijn veel thuiszorgorganisaties betrokken bij het netwerk. Niet alle thuiszorgorganisaties hebben pg-teams. In het zorgbegeleidingsoverleg komen alle casemanagers van alle thuiszorgorganisaties (en POH, huisarts, GGZ-medewerkers en V&V medewerkers) samen.

De zorgbegeleiders hebben per regio een zorgbegeleidingsoverleg (zbo) waarin alle disciplines met elkaar afstemmen. Het is een cliëntoverleg en uitwisseling van kennis. De uitkomsten worden altijd teruggekoppeld naar de huisarts.

De POH'ers van de aangesloten huisartsen voeren de taken van zorgbegeleider naast hun reguliere taken uit. De huisarts geeft aan dat deze opzet een crisis kan voorkomen, de patiënten zijn al in beeld. De korte lijnen in de huisartsenpraktijk werken heel efficiënt.

Binnen het netwerk is het bekend dat als de zorg rondom een patiënt complexer wordt, de GGZ ingeschakeld kan worden (sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV). Dit wordt besproken in het zbo. De GGZ vindt dat de rol van de SPV'er belangrijk is in het kader van intervisie en dat deze rol in de toekomst explicieter neergezet mag worden.

Casemanagement	Beschrijving taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Casemanager			X	

3.2 Aanspreekpunt

Casemanagement	Aanspreekpunt			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Clïënt			X	
Mantelzorg			X	
Zorgverleners binnen netwerk			X	

Zorgverleners buiten netwerk			x	

3.3 24-uurs bereikbaarheidsregeling casemanagement

Het casemanagement heeft nog geen 24 uur bereikbaarheid, alleen tijdens kantooruren. Daarnaast kan er contact gezocht worden met de huisarts of huisartsenpost. Het netwerk heeft nog geen afspraken voor terugkoppeling naar het zorgbegeleidingsoverleg. De GGZ crisisdienst is bereikbaar na kantooruren.

Casemanagement	Bereikbaarheid 24u			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Clïënt		x		
Mantelzorg		x		
Zorgverleners binnen netwerk		x		
Zorgverleners buiten netwerk		x		

3.4 24-uurs beschikbaarheidsregeling casemanagement

De zorgbegeleiders binnen een organisatie vervangen elkaar omdat elke organisatie zijn eigen cliënten heeft. Ook de zorgbegeleiders die dat uitvoeren naast hun taak van POH vallen voor elkaar in.

Casemanagement	Beschikbaarheid 24u			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Clïënt		x		
Mantelzorg		x		
Zorgverleners binnen netwerk		x		
Zorgverleners buiten het netwerk		x		

3.5 Startmoment casemanagement

Vroegsignalering	Startmoment casemanagement			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Signalering			X	
Diagnosestelling			X	
Behandeling			X	

3.6 Onafhankelijkheid casemanagement

Als het nodig is kan een andere organisatie de regie krijgen, wanneer het buiten de grenzen van de organisatie komt, van waaruit de zorgbegeleider werkt. Het belang van de cliënt staat daarbij altijd voorop. Keuzevrijheid voor de zorgbegeleiders wordt meegenomen in de scholing: wat zijn je professionele grenzen en waar ligt je kracht. In de keten zitten meer functies dan een zorgaanbieder alleen kan leveren. De zorgbegeleiders handelen in het belang van de cliënt. Het management van een organisatie wil nog wel eens wat anders. De gesprekspartner van de thuiszorg geeft aan dat dit wordt overschat. Zorgbegeleiders willen doorgaans het beste voor hun cliënt, volgens hem. In de stuurgroepen komt dit punt ook naar voren, alle problemen kunnen geuit worden. Het gaan erom elkaar te vinden en balans te zoeken in het belang van de cliënt.

Casemanagement	Casemanager mag:			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Binnen netwerk zorg en ondersteuning inzetten			X	
Buiten netwerk zorg en ondersteuning inzetten			X	

3.7 Opschalen/doorzettingsmacht casemanager

De zorgbegeleiders hebben geen bevoegdheid/doorzettingsmacht. Binnen de zorgbegeleidingsoverleggen wordt alles besproken. Het is nog niet voorgekomen dat zij daar geen oplossing vinden. De zorgbegeleiders geven aan dat het grootste struikelblok de administratie rondom een indicatie is. Zij zouden sneller zorg kunnen inzetten en de situatie kunnen stabiliseren, vaak doen zij dit nu met de verkeerde of zonder indicatie.

Thema Toezicht
Geïntegreerde zorg voor thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers

Casemanagement	Casemanager mag:			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Opschalen	X			

4 Geïntegreerd zorgplan

4.1 Procedure geïntegreerd zorgplan

Elke organisatie heeft zijn eigen zorgplan.

Zorgplan	Geïntegreerd			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Geïntegreerd zorgplan	X			

4.2 Geautomatiseerd geïntegreerde dossier en/of zorgplan

Het netwerk heeft nog geen geautomatiseerd systeem, maar gaat straks werken met het Gino systeem. Het netwerk moet nog goed kijken wat zij daarin wil opnemen. Dit wordt ook besproken in het zorgbegeleidersoverleg. Het biedt goede mogelijkheden om dubbelingen te voorkomen. Het moet wel praktisch ingevuld worden. Voor de GGZ gaat het naast hun EPD draaien. Het moet niet teveel administratie geven.

Zorgplan	Geautomatiseerd systeem voor geïntegreerd dossier en/of zorgplan			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Geautomatiseerd systeem voor geïntegreerd dossier en/of zorgplan	X			

4.3 Opgesteld in overleg met het cliëntstelsysteem

Zorgplan	In overleg met cliëntstelsysteem			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Opgesteld in overleg met cliëntstelsysteem			X	

4.4 Probleemanalyse

Zorgplan	Probleemanalyse			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Woon-en leefomstandigheden			X	
Participatie			X	
Lichamelijk welbevinden			X	
Mentaal welbevinden			X	
Draaglast mantelzorger			X	
Draagkracht mantelzorger			X	
Welke medicatie persoon gebruikt			X	
Wijze van Inname			X	
Wie beoordeelt		X		
Wie overzicht actueel houdt		X		

4.5 Evaluatie per doel/activiteit

De thuiszorgorganisatie heeft niets vastgelegd om de afspraken in het zorgplan te evalueren. De organisatie legt de verantwoordelijkheden zo laag mogelijk in de organisatie, bij de wijkverpleegkundige. Zij bespreekt dat met haar team, minimaal 1 keer per jaar, maar hangt af van de situatie.

Zorgplan	Evaluatie per doel/activiteit			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Wie		X		
Wanneer		X		
Met cliëntsysteem		X		
Met andere zorgverlener		X		

4.6 Actualisatie per doel

Zorgplan	Actualisatie per doel/activiteit			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Wie		X		
Wanneer		X		
Met cliëntsysteem		X		
Met andere zorgverlener		X		

4.7 Afstemming over het zorgplan

De zorgbegeleider doet eerst kennismakingsgesprekken met een (potentiele) cliënt en brengt deze daarna in, in het zorgbegeleidingsoverleg. De zorgbegeleider maakt korte verslagen voor de huisarts. Sommige zorgbegeleiders laten een boekje met de afspraken en wie deze uitvoert achter bij de cliënt. Hier kan het cliëntsysteem ook aantekeningen in maken.

Zorgplan	Afstemming			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Tussen de betrokken zorgverleners			X	
Met cliëntsysteem			X	

4.8 Informatie uitwisseling

Als de POH de zorgbegeleiding doet zijn de lijnen naar de huisarts heel kort en wordt alles bijgehouden in het HIS. Wanneer de zorg overgaat naar een zorgbegeleider vanuit de thuiszorg, wordt de patiënt/cliënt besproken in het 'hometeam' dat maandelijks de patiënten bespreekt. Informeel zijn de lijnen tussen wijkverpleegkundige (zorgbegeleider vanuit de thuiszorg) en de huisarts/POH ook kort, vaak delen zij ruimtes in het zelfde gebouw. Het cliëntsysteem wordt betrokken bij informatie uitwisseling.

Thema Toezicht
Geïntegreerde zorg voor thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers

Zorgplan	Afstemming			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Tussen de betrokken zorgverleners			X	
Met cliëntsysteem			X	

Bijlage: documenten

De inspectie heeft de volgende documenten ingezien:

1 Ontwikkeling van het netwerk	Beschikbaar	Niet beschikbaar
Convenant/samenwerkingsafspraken	X	
<i>Toelichting:</i>		
Jaarverslag 2011	X	
<i>Toelichting:</i>		
Jaarplan 2012	X	
<i>Toelichting:</i>		
Taak- en functieomschrijvingen (bestuurlijk) verantwoordelijke	X	
<i>Toelichting:</i>		
Taak- en functieomschrijving netwerkcoördinator	X	
<i>Toelichting:</i>		
Beschrijving netwerkpartijen en hun taken		X
<i>Toelichting:</i> hier is aan gewerkt in de stuurgroepen. Het is al aanwezig maar nog niet openbaar gemaakt.		
Beschrijving aanbod en welke partij(en) dat uitvoeren		X
<i>Toelichting:</i> beschrijving van aanbod en welke partijen dat uitvoeren: is aanwezig per gemeente: zie Zorgwijzers (op de website).		
Schollingsplan	X	
<i>Toelichting:</i>		
Schollingsregistratie		X
<i>Toelichting:</i>		

Thema Toezicht
Geïntegreerde zorg voor thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers

2 Vroegsignalering	Beschikbaar	Niet beschikbaar
Procedure vroegsignalering		X
<i>Toelichting:</i>		
Procedure bemoeizorg		X
<i>Toelichting:</i>		

3 Casemanagement	Beschikbaar	Niet beschikbaar
Taak- en functiebeschrijving casemanager	X	
<i>Toelichting:</i>		
Bereikbaarheidsregeling casemanagement		X
<i>Toelichting:</i>		
Beschikbaarheidsregeling casemanagement		X
<i>Toelichting:</i>		

4 Geïntegreerd zorgplan	Beschikbaar	Niet beschikbaar
Procedure geïntegreerd zorgplan		X
<i>Toelichting:</i>		

Bijlage: toetsingskader

Beoordeling en toelichting norm

Beoordeling norm	Toelichting beoordeling
Afwezig	Norm is onbekend, of wordt niet nageleefd.
Aanwezig	Norm is aantoonbaar aanwezig, maar wordt niet consequent nageleefd of schriftelijke procedures zijn niet bekend bij de zorgverleners.
Operationeel	Norm is operationeel, wordt consequent nageleefd; schriftelijke procedures zijn bekend bij de zorgverleners.
Geborgd	Norm is geborgd, wordt consequent nageleefd en schriftelijke procedures zijn bekend bij de zorgverleners. Bovendien worden beleid of procedures geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

1 Algemeen

1.1 Ontwikkelingsfaseⁱ

De ontwikkelingsfase waarin het netwerk² zich in bevindt :

- **Fase 1: Initiatief- en ontwerpfasen:**
De ketensamenwerking is gestart of wordt geïntensiveerd. Er wordt gesproken over een gezamenlijk erkend probleem of een kans en de noodzaak en (on)mogelijkheden om hier gezamenlijk mee aan de slag te gaan. De doelgroep en het ketenproces zijn in kaart gebracht, evenals behoeften van klanten en diverse stakeholders. Het ambitieniveau, de motivatie van betrokkenen en de inzet van leiders bepalen de voortgang. Op basis van de ontstane ideeën en het aanwezige vertrouwen maakt een multidisciplinair team een ontwerp voor een experiment of een project en legt men de samenwerking eventueel vast in een samenwerkings- of intentieverklaring.
- **Fase 2: Experiment- en uitvoeringsfasen:**
Er worden projecten of experimenten uitgevoerd. De doelen en inhoud van de ketensamenwerking worden aangescherpt en vastgelegd in afspraken en zorgpaden. Er is afstemming tussen ketenpartners door middel van een ketenoverleg en het benoemen van een persoon met een coördinerende rol. Gegevens over werkwijzen, doelgroepen en kennis en kunde worden uitgewisseld. Resultaten worden geëvalueerd waarna bijstelling plaatsvindt. Randvoorwaarden voor projecten zijn afgewogen en middels gezamenlijke afspraken of middelen gedekt.
- **Fase 3: Uitbouw- en monitoringsfasen:**
De projecten zijn ingebed in of volgroeid tot een ketenprogramma. Afspraken over inhoud, taken en rollen en de organisatie van zorg zijn helder en liggen vast. Samenwerking is niet vrijblijvend. De resultaten worden systematisch gemonitord en verbeterpunten opgepakt. De bereikte populatie is in kaart gebracht. Er ontstaan meer initiatieven tot gezamenlijkheid zoals scholingsprogramma's. Financiering van de zorg op basis van structurele en reguliere middelen is het uitgangspunt. Er is een blijvend commitment aan de benodigde inzet en ambitie.
- **Fase 4: Verduurzamings- en transformatiefasen**
De ketenzorg vormt de reguliere werkwijze en zorg. Een coördinatiepunt op ketenniveau is operationeel, informatie wordt gedeeld, overgedragen en teruggekoppeld. Organisatorische structuren transformeren of zijn nieuw ontworpen rondom de ketenzorg. Financiering is geregeld in integrale ketencontracten tussen aanbieder(s) en financiers. Er is sprake van continue verbetering en analyse van klant- en stakeholderbehoeften. Op succesvolle resultaten wordt verder gebouwd. Nieuwe samenwerkingsmogelijkheden worden verkend en gewogen.

1.2 Partnersⁱⁱ

1. Het netwerk bestaat tenminste uit:
 - huisartsen of eerstelijns gezondheidscentra
 - aanbieder(s) van thuiszorg
 - aanbieder(s) van intramurale ouderenzorg
 - aanbieder(s) van geestelijke gezondheidszorg
 - ziekenhuis/ziekenhuizen
 - geheugenpoli
 - welzijnsorganisatie(s) voor maatschappelijke ondersteuning van ouderen
 - vrijwilligersorganisaties

Risico:

- Gefragmenteerde, ongecoördineerde, ineffectieve en inefficiënte zorg

² Met netwerk wordt in het gehele kader altijd samenwerkingsverband/de organisatie voor dementiezorg speciaal voor dat doel opgericht, bedoeld

1.3 Aanbod^{iii, iv}

2. Het netwerk biedt tenminste aan:
- casemanagement
 - algemene publieksinformatie
 - signalering
 - meldpunt
 - actief verwijzen
 - screening
 - diagnostisch onderzoek
 - respijtzorg voor mantelzorgers
 - crisishulp
 - bemoeizorg³

Risico:

- De hulpvragen van de thuiswonende mensen met dementie en hun naasten worden in onvoldoende mate beantwoord

1.4 Scholing^{v, vi, vii}

3. Het netwerk heeft specifieke en structurele scholing op het gebied van zorg aan thuiswonende mensen met dementie en hun naasten geregeld voor de volgende zorgverleners:
- huisartsen
 - huishoudelijke hulpen
 - ouderenadviseurs
 - vrijwilligers
 - casemanager

Risico's:

- Fouten in de zorgverlening
- Inadequate bejegening van thuiswonende dementerende mensen en hun naasten

1.5 Evaluatie van de samenwerking^{viii, ix, x}

Het netwerk:

4. evalueert jaarlijks de samenwerkingsafspraken, waaronder tenminste:
- de doelen uit het jaarplan van het netwerk op het gebied van zorg aan thuiswonende mensen met dementie en hun naasten
 - het aanbod dat het netwerk in het kader van de samenwerkingsafspraken heeft gerealiseerd in relatie tot de vraag in de regio
 - de wijze waarop de samenwerking tussen de partners het afgelopen jaar is verlopen
5. gebruikt de resultaten van de evaluatie voor verbetering

Risico:

- Stagnatie of achteruitgang van de kwaliteit van de samenwerking en van de zorg en ondersteuning

³ Mensen die hulp nodig hebben maar dat zelf niet willen, kunnen of durven vragen; de mensen worden actief opgespoord door de hulpverleners en worden aangespoord om hulp te accepteren

2 Inhoud en organisatie van vroegsignalering, casemanagement en geïntegreerd zorgplan

2.1 Vroegsignalering^{xi,xii,xiii,xiv,xv,xvi,xvii,xviii,xix,xx}

6. Het netwerk heeft geregeld:
 - de triage van signalen⁴
 - dossiervorming inzake signalen
 - het doorgeleiden van signalen
 - het terugkoppelen van de ondernomen acties naar de persoon die heeft gesignaleerd
7. dat het de mantelzorgers ondersteuning aanbiedt vanaf het moment dat de signalen zijn afgegeven.
8. dat het periodiek (minimaal eenmaal per twee jaar) onderzoekt wat de draaglast en de draagkracht van de mantelzorgers is
9. de omgang met zorgmijders⁵ door:
 - in beeld te brengen wie de zorgmijders zijn
 - het leggen van contacten met de zorgmijders
 - het motiveren van de zorgmijders tot het accepteren van hulp
 - het opschalen naar gespecialiseerde GGZ-zorg bij een stoornis in de geestesvermogens en gevaar voor zichzelf en/of de omgeving
 - het opschalen naar gespecialiseerde medische voorzieningen bij levensbedreigende somatische problematiek

Risico's:

- Als er geen tijdige signalering van problemen is en daarop aansluitend niet tijdig diagnostiek plaatsvindt, lijden de thuiswonende mensen met dementie en hun naasten onnodig. Tijdige signalering en daarop aansluitend diagnostiek zijn van belang om passende dementiezorg te kunnen aanbieden. In het geval van overbelasting van de mantelzorger loopt het cliëntsysteem⁶ vast.

⁴ Het sorteren van de signalen en een adequaat vervolg eraan geven.

⁵ Bemoeizorg: mensen die hulp nodig hebben maar dat zelf niet willen, kunnen of durven vragen; de mensen worden actief opgespoord door de hulpverleners en worden aangespoord om hulp te accepteren.

⁶ Het cliëntsysteem bestaat uit de thuiswonende mensen met dementie en mantelzorgers

2.2 Casemanagement^{xxi,xxii,xxiii,xxiv,xxv,xxvi,xxvii,xxviii}

Het netwerk heeft geregeld:

10. dat een casemanager het eerste contact- en aanspreekpunt is voor:
 - het cliëntstelsel⁷
 - de andere zorgverleners binnen de regionale zorg- en ondersteuningsstructuur (die naast care ook welzijn en cure omvat)
11. de bereikbaarheid **en** beschikbaarheid van het casemanagement (of vervangende dienst) gedurende 24 uur
Voor zowel:
 - het cliëntstelsel² als
 - de andere zorgverleners
12. dat de casemanager:
 - over actuele kennis van dementie- en mantelzorgproblematiek beschikt
 - goed op de hoogte is van de sociale kaart
13. dat het casemanagement zorg rondom het cliëntstelsel coördineert en organiseert vanaf het moment van het niet- plus gevoel tot de opname in een instelling of overlijden
14. dat het casemanagement onafhankelijk is in die zin dat waar daar behoefte aan of noodzaak voor is, de casemanager voor de thuiswonende mensen met dementie en hun naasten binnen de vastgestelde kaders zorg en ondersteuning kan regelen buiten het samenwerkingsverband of de organisatie voor dementiezorg.
15. dat het casemanagement wanneer de zorg stagneert terecht kan bij een functionaris met de bevoegdheid om de samenwerking van professionele voorzieningen te coördineren en desgewenst af te dwingen (doorzettingsmacht)^{xxix}

Risico's:

- Ontevredenheid over de dementiezorg bij de thuiswonende mensen met dementie en hun naasten
- (Over)belaste of depressieve mantelzorgers
- Mantelzorgers lijden onder probleemgedrag van de mensen met dementie
- Onevenredige belasting van huisartsen bij ontbreken van ondersteuning door de casemanager
- Meer crisisopnamen
- Te vroege opname in instelling
- Inefficiënte inzet van middelen

⁷ Het cliëntstelsel bestaat uit de thuiswonende mensen met dementie en mantelzorgers

2.3 Geïntegreerd zorgplan^{xxx, xxxi, xxxii, xxxiii, xxxiv, xxxv, xxxvi, xxxvii}

Het netwerk heeft geregeld:

16. dat de doelen in het geïntegreerd zorgplan worden geformuleerd in nauw overleg en gebaseerd op de wensen, hulpvragen en mogelijkheden van de thuiswonende mensen met dementie en hun wettelijk vertegenwoordigers
17. dat in het geïntegreerd zorgplan een probleemanalyse is opgenomen op de leefgebieden⁸
 - woon- en leefomstandigheden
 - participatie
 - lichamenlijk welbevinden
 - mentaal welbevinden
 - en dat daarbij de draaglast en draagkracht van de mantelzorger in kaart wordt gebracht
18. dat in het geïntegreerd zorgplan is vastgelegd:
 - welke medicatie de persoon met dementie gebruikt
 - op welke wijze de inname van de medicatie plaatsvindt
 - welke zorgverlener de medicatiebeoordeling doet
 - wie het medicatieoverzicht actueel houdt
19. dat in het geïntegreerd zorgplan is vastgelegd dat per doel wordt aangegeven:
 - hoe het in de afgesproken periode is gegaan en of dat doel is bereikt (rapportage)
 - met welke frequentie en onder welke omstandigheden het casemanagement de zorg en ondersteuning in samenspraak met de thuiswonende mensen met dementie en hun wettelijk vertegenwoordiger evalueert en actualiseert
20. dat in het geïntegreerd zorgplan vastgelegd is op welke wijze afstemming plaatsvindt tussen meerdere zorgverleners.
21. dat in het geïntegreerd zorgplan is vastgelegd is op welke wijze informatie uitwisseling plaatsvindt tussen meerdere zorgverleners betrokken bij deze persoon.
22. dat per zorgverlener is afgesproken of hij/zij het zorgplan mag inzien, dan wel bijwerken

Risico's:

- Inefficiënte, ineffectieve zorg en ondersteuning
- Onduidelijkheid over de rol van de thuiswonende mensen met dementie en hun naasten (hier: de vertegenwoordiger) en over de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van meerdere zorgverleners
- Onwenselijke gevolgen van onduidelijkheid over medicatiegebruik
- Niet respecteren van de privacy van de thuiswonende mensen met dementie en hun naasten (hier: de vertegenwoordiger)
- Onduidelijkheid bij de thuiswonende mensen met dementie en hun naasten (hier: de vertegenwoordiger) over afstemming en informatie uitwisseling tussen meerdere zorgverleners

⁸ Door ActiZ omschreven in 'Werken met het model Zorgleefplan Verantwoorde zorg' (zie bronnenlijst):

* Woon/leefomstandigheden - Voor zorg thuis: woon-/leefomgeving: de cliënt mag rekenen op ondersteuning bij het zelfstandig wonen in de eigen woonomgeving met een goede bereikbaarheid van zorg en voldoende aandacht voor levenssfeer, privacy en veiligheid.

* Participatie - Voor zorg thuis: sociale redzaamheid: de cliënt mag rekenen op bevordering van zijn sociale redzaamheid door ondersteuning bij de invulling van zijn sociale activiteiten door bijv. vrijwilligers activiteiten en dagbesteding.

* Mentaal welbevinden/Autonomie - Voor zorg thuis: geestelijk welzijn: de cliënt mag rekenen op ondersteuning bij het geestelijk welzijn door respect voor en ondersteuning van de eigen identiteit en levensinvulling en het zoveel mogelijk behouden van de eigen regie.

* Lichamenlijk welbevinden/Gezondheid - Voor zorg thuis: lichamenlijke gezondheid: de cliënt mag rekenen op adequate gezondheidsbescherming en -bevordering en een schoon en naar wens verzorgd lichaam, waarbij steeds goed wordt ingespeeld op veranderingen in de lichamenlijke gezondheid.

Bronnen

- ⁱ Minkman, MMN. Developing integrated care. Towards a development model for integrated care [dissertation]. Deventer: Kluwer; 2011.
- ⁱⁱ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, ActiZ. Leidraad Ketenzorg Dementie. Een hulpmiddel voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie. Den Haag: Ministerie VWS; 2009: p. 67-82
- ⁱⁱⁱ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, ActiZ. Leidraad Ketenzorg Dementie. Een hulpmiddel voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie. Den Haag: Ministerie VWS; 2009: p. 24, p. 67-82.
- ^{iv} Achmea Kaderbrief dementie (http://www.achmeazorgkantoor.nl/zorgaanbieders/Downloadlijst/Zorginkoopbeleid%202013/Kaderbrief_Dementie.pdf) geraadpleegd dd 9-9-2012 p. 2; Achmea AWBZ zorginkoopbeleid 2012 p. 47-48.
- ^v Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, ActiZ. Leidraad Ketenzorg Dementie. Een hulpmiddel voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie. Den Haag: Ministerie VWS; 2009: p. 30, 70, 71, 74, 75, 76, 83, 84, 86.
- ^{vi} Drs. Nienke de Vries, Drs. Anouk Spijker, Ir. Emmelyne Vasse, Drs. Iepke Jansen, Prof. dr. Raymond Koopmans, Prof. dr. Myrra Vernooij-Dassen, Dr. Lisette Schoonhoven, Ketenindicatoren voor dementie. Nijmegen, mei 2009, IQ healthcare, P.79,80.
- ^{vii} Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zorgverzekeraars Nederland, LOC zeggenschap in zorg. Kwaliteitsdocument 2012 Verpleging, Verzorging en zorg thuis. Utrecht: IGZ; 2012: p. 24.
- ^{viii} Achmea Kaderbrief dementie (http://www.achmeazorgkantoor.nl/zorgaanbieders/Downloadlijst/Zorginkoopbeleid%202013/Kaderbrief_Dementie.pdf) geraadpleegd dd 9-9-2012 p. 3-4; Achmea AWBZ zorginkoopbeleid 2012, p. 46-50
- ^{ix} CZ Zorginkoopdocument 2012 Sector Verpleging & Verzorging. Publicatiedatum 1 juli 2011. P 38-40 en 88-95 (http://www.czzorgkantoren.nl/zorginkoop/zorgaanbieder/inkoop-2012/publicatie-inkoopdocumenten/inkoopdocument-vv.pdf?s=czzorgkantoor_zorgaanbieder , geraadpleegd 9-9-2012). P. 38-39 (Toetsingscriteria ketenzorg 2012), p. 88-96.
- ^x Drs. Nienke de Vries, Drs. Anouk Spijker, Ir. Emmelyne Vasse, Drs. Iepke Jansen, Prof. dr. Raymond Koopmans, Prof. dr. Myrra Vernooij-Dassen, Dr. Lisette Schoonhoven, Ketenindicatoren voor dementie. Nijmegen, mei 2009, IQ healthcare, p. 80.
- ^{xi} Boomsma LJ, Boswijk DFR, Bras A, Kleemans AHM, Schols JMGA, Wind AW, Knuijman RBJ, Vriezen JA, Le Rütte PE, Labots-Vogeloesang SM. Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken Dementie. Huisarts Wet 2009;52(3):S1-S5.
- ^{xii} Lange de E. Zorg voor veilig module Vroegsignalering van dementie. Verantwoord medicijngebruik en Zorg voor Veilig: 2011.
- ^{xiii} Bussemaker J, Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorg voor mensen met dementie. Brief aan de voorzitter van de Tweede kamer der Staten-Generaal. DLZ/KZ-U-2583804. Den Haag: 2008.
- ^{xiv} Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, ActiZ. Leidraad Ketenzorg Dementie. Een hulpmiddel voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie. Den Haag: Ministerie VWS; 2009.
- ^{xv} Martinus Stollenga, Voorzitter stuurgroep Resultaten Scoren. Handreiking bemoeizorg. Literatuurstudie, praktijkbeschrijving en aanbevelingen. Utrecht, september 2004.
- ^{xvi} GGD Nederland, GGZ Nederland en KNMG. Handreiking gegevensuitwisseling in de bemoeizorg. GGD Nederland, GGZ Nederland en KNMG. November 2007, herziene versie. 1e druk maart 2007.
- ^{xvii} José Peeters (NIVEL), Wendy Werkman (Alzheimer Nederland), Anneke L. Francke (NIVEL, EMGO+/VUmc). Dementiemonitor Mantelzorg. Problemen, zorgbehoeften, zorggebruik en oordelen van mantelzorgers. Utrecht, NIVEL, 2012.
- ^{xviii} Wind AW, Gussekloo J, Vernooij-Dassen MJFJ, Bouma M, Boomsma LJ, Boukes FS. NHG-Standaard Dementie (Tweede herziening) M21. Huisarts Wet 2003;46(13):754-67.
- ^{xix} Drs. Nienke de Vries, Drs. Anouk Spijker, Ir. Emmelyne Vasse, Drs. Iepke Jansen, Prof. dr. Raymond Koopmans, Prof. dr. Myrra Vernooij-Dassen, Dr. Lisette Schoonhoven, Ketenindicatoren voor dementie, Nijmegen, mei 2009, IQ healthcare p. 76, p. 80.
- ^{xx} Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zorgverzekeraars Nederland, LOC zeggenschap in zorg. Kwaliteitsdocument 2012 Verpleging, Verzorging en zorg thuis. Utrecht: IGZ; 2012: p. 21.
- ^{xxi} Bussemaker J, Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorg voor mensen met dementie. Brief aan de voorzitter van de Tweede kamer der Staten-Generaal. DLZ/KZ-U-2583804. Den Haag: 2008.
- ^{xxii} Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, ActiZ. Leidraad Ketenzorg Dementie. Een hulpmiddel voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie. Den Haag: Ministerie VWS; 2009.
- ^{xxiii} Alzheimer Nederland. Standpunt Alzheimer Nederland Casemanagement. <http://www.alzheimer-nederland.nl/over-alzheimer-nederland-voor-de-pers.aspx> (geraadpleegd op 10 augustus 2012)
- ^{xxiv} Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) Netwerk casemanagers dementie. Uitgangspunten casemanagement bij dementie. 2012
- ^{xxv} J.M. Peeters (NIVEL), J. de Lange (Trimbos-instituut en Hogeschool Rotterdam), I. van Asch (Trimbos-instituut), P. Spreeuwenberg (NIVEL), M. Veerbeek (Trimbos-instituut), A.M. Pot (Trimbos-instituut en Vrije Universiteit Amsterdam), A.L. Francke (NIVEL en EMGO+/VUmc). Landelijke evaluatie van casemanagement dementie. Utrecht. NIVEL 2012.