



**Netwerk Dementie Drenthe**

## **Regionaal Actieplan 2009-2012**

Netwerk Dementie Drenthe  
Els van der Veen  
april 2009

# *Inhoudsopgave*

1. Inleiding
  - 1.1 Verzorgingsgebied
  - 1.2 Demografische ontwikkeling
  - 1.3 Regionale aandachtspunten
  - 1.4 Ketenpartners
2. Huidige situatie aanbod
  - 2.1 Aandachtspunten voor de keten dementie
3. Ambitie 2012
  - 3.1 Doelstelling Netwerk Dementie Drenthe
    - 3.1.1 Ketenzorg Dementie in Drenthe
    - 3.1.2 Innovatie Dementiezorg Drenthe
  - 3.2 Streefbeeld 2012
4. Actieplan 2009-2012
  - 4.1 Verbeteracties in 2009 en verder
    - 4.1.1 Zorgbegeleiding
    - 4.1.2 Plan Iris
    - 4.1.3 Vroegsignalering en ondersteuning mantelzorgers
    - 4.1.4 De Helpdesk Dementie Drenthe
  - 4.2 Verbetertrajecten per Regio, beschreven per gemeente
  - 4.3. Meetbare resultaten vanuit cliëntperspectief
  - 4.4 Meetbare resultaten vanuit kostenperspectief
5. Organisatiestructuur
  - 5.1 Ketenorganisatie
  - 5.2 Bevoegdheden en verantwoordelijkheden
  - 5.3 Taken
  - 5.4 Werkwijze
6. Toetsen ketencriteria
7. Financiën

## **Bijlage**

- ketenzorg dementie in Drenthe in beeld

## 1. Inleiding

### 1.1 Verzorgingsgebied

Drenthe is ingedeeld in drie Regio's: de regio Noord, Zuid-Mid-West en Zuid-Oost.



De provincie is verdeeld in 12 gemeenten. Per regio is de gemeente-indeling als volgt:

#### **Noord:**

- Aa en Hunze
- Assen
- Noordenveld
- Tynaarlo

#### **Zuid-Mid-West:**

- Westerveld
- Meppel
- Hoogeveen
- De Wolden
- Midden-Drenthe

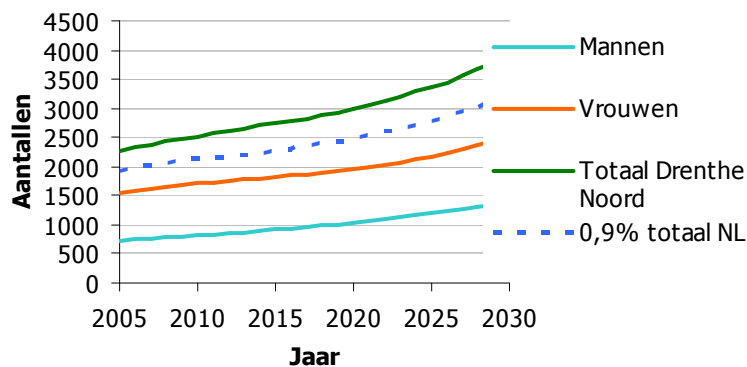
### Zuid-Oost:

- Emmen
- Coevorden
- Borger-Odoorn

## 1.2 Demografische ontwikkeling

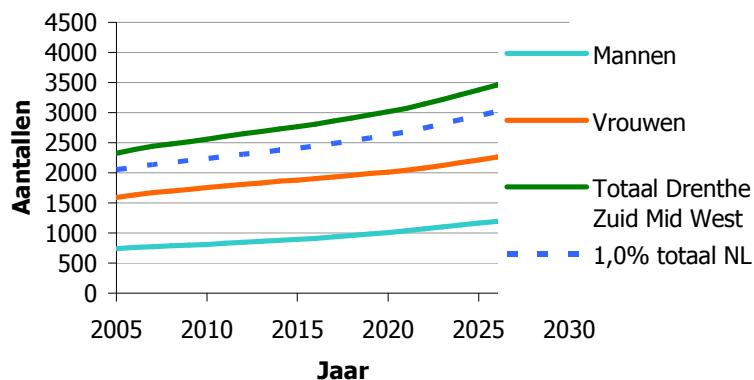
Het aantal dementerenden ligt in de Regio Drenthe Noord circa 18% hoger dan wat verwacht mag worden op basis van het landelijke gemiddelde. Oorzaak daarvan is de oudere bevolking in deze regio. De toename van het aantal mensen met dementie zal ook sneller gaan, zodat in 2030 het aantal dementerenden circa 20% boven het aantal ligt dat op basis van het landelijk gemiddelde verwacht kan worden.

**Prognose aantal dementiepatiënten in de regio  
Drenthe Noord  
totaal vergeleken met Nederland**



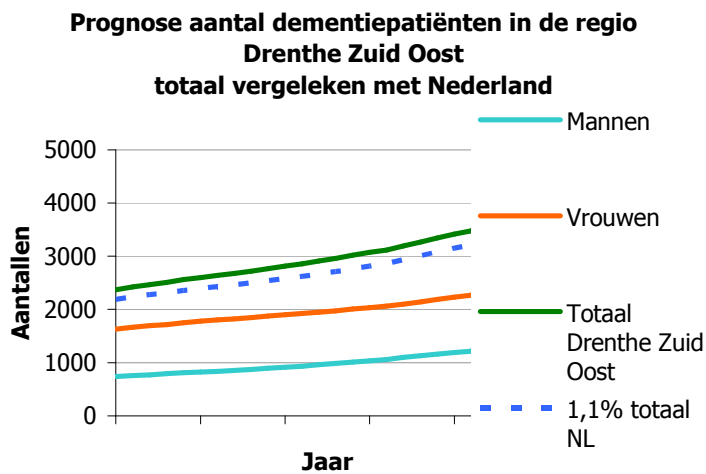
Het aantal dementerenden ligt in de Regio Drenthe Zuid-Mid-West ruim 13% boven het aantal dat op grond van het landelijk gemiddelde verwacht mag worden. Door de – ten opzichte van de landelijke trend – wat snellere stijging ligt het aantal in 2030 zelfs 15% hoger. Deze cijfers weerspiegelen een oudere bevolking.

**Prognose aantal dementiepatiënten in de regio  
Drenthe Zuid Mid West  
totaal vergeleken met Nederland**



In de Regio Zuid-Oost is het aantal mensen met dementie circa 8% hoger dan op grond van het landelijk gemiddelde mag worden verwacht. De ontwikkeling loopt parallel met

de landelijke trend, ook in 2030 ligt het aantal mensen met dementie circa 8% boven wat op basis van het landelijk gemiddelde te verwachten valt. Dit komt doordat Drenthe Zuid-Oost een wat oudere bevolking heeft in vergelijking met Nederland als geheel.



De hier gepresenteerde cijfers zijn afkomstig van TNO.

### 1.3 Regionale aandachtspunten

De lokale aandachtspunten zijn direct terug te voeren op de knelpunteninventarisatie die door Alzheimer Drenthe is uitgevoerd, en die in iedere gemeente met alle aanbieders is doorgesproken tijdens Werkconferenties. Hieronder een samenvatting van de resultaten daarvan.

#### Samengevat Knelpunten Prioriteiten Noord

1. Probleemveld 2: wat is er aan de hand en wat kan helpen?
2. Probleemveld 10: het wordt me teveel
3. Probleemveld 14: weerstand tegen opname

Aanbieders noemen daarnaast:

4. Probleemveld 4: er alleen voor staan

#### Samengevat Knelpunten Prioriteiten Zuid-Mid-West

1. Probleemveld 2: wat is er aan de hand en wat kan helpen?
2. Probleemveld 4: er alleen voor staan
3. Probleemveld 5: contacten mijden
4. probleemveld 12: in goede en slechte tijden

Aanbieders noemen daarnaast:

5. Probleemveld 1: niet pluis gevoel
6. Probleemveld 10: het wordt me teveel
7. Probleemveld 13: miscommunicatie met hulpverleners
8. Probleemveld 14: weerstand tegen opname

#### Samengevat Knelpunten Prioriteiten Zuid-Oost

1. Probleemveld 2: wat is er aan de hand en wat kan helpen?
2. Probleemveld 10: het wordt me teveel
3. Probleemveld 13: miscommunicatie met hulpverleners

Op 18 februari 2009 is opnieuw een monitor van de regio Drenthe gepubliceerd door Alzheimer Nederland. Daarin is de volgende rangorde van probleemvelden opgenomen:

Probleemveld	% mantelzorgers dat dit probleemveld belangrijk vindt en minstens één probleem ervaart binnen dit probleemveld
Het wordt me te veel (10)	70%
Bang, boos en in de war (3)	68%
Niet pluis en wat is er aan de hand en wat kan helpen? (1 en 2)	64%
Weerstand tegen opname (14)	59%
Er alleen voor staan (4)	57%
Lichamelijke zorg (5)	53%
Verlies (9)	47%
Zeggenschap inleveren en kwijtraken (11)	41%
Ook nog gezondheidsproblemen (8)	39%
Gevaar (7)	38%
In goede en slechte tijden (12)	26%
Miscommunicatie met hulpverleners (13)	23%
Contacten mijden (6)	13%

In alle drie regio's worden van 2009-2012 verbetertrajecten doorontwikkeld en nieuw gestart. De opgedane ervaringen in de LDP-fase, die zijn vastgelegd in Draaiboeken en geborgd in Borgingsafspraken, worden geïmplementeerd in andere gemeenten. Er wordt nadrukkelijk gekozen voor aansluiting op bestaande werkwijzen en overlegvormen, waardoor er zo veel mogelijk budget-neutraal kan worden gewerkt en er zo weinig mogelijk extra kosten hoeven te worden gemaakt.

In paragraaf 4 staat vermeld welke Verbetertrajecten het Netwerk Dementie Drenthe de nu komende periode wil doorontwikkelen en/of op de rails zetten.

## 1.4 Ketenpartners

In het Netwerk Dementie Drenthe nemen deel:

- Alzheimer Drenthe
- Huisartsen
- Ziekenhuizen
- GGZ
- Thuiszorg
- V&V-organisaties
- Provincie
- Gemeenten
- Achmea Zorgkantoren

Het Netwerk Dementie Drenthe is een open netwerk: dat betekent dat organisaties te allen tijde kunnen toetreden als participant van het Netwerk.

Bij nieuw te starten verbetertrajecten worden alle lokale organisaties uitgenodigd om deel te nemen.

Per Regio kunnen de participanten, die op dit moment betrokken zijn, bij naam worden genoemd:

### **Noord:**

GGZ Drenthe-noord:

- De Mierik
- de Vierackers
- Dekelhem

Icare

Stichting Interzorg Noord-Nederland

Stichting Zorggroep Drenthe (SZD)

Wilhelmina Ziekenhuis Assen  
Dignis/Lentis  
Huisartsen  
Gemeenten Aa en Hunze, Assen, Tynaarlo en Noordenveld  
Alzheimer Drenthe

**Zuid-Mid-West:**

GGZ Drenthe Zuid-Mid-West:  
- CGGZ Hoogeveen  
- GGZ Meppel  
- Altingerhof

Icare  
Zorgpalet  
Noorderboog  
J vd Sleedenhuis  
Huisartsen  
Gemeenten Midden Drenthe, Westerveld, Meppel, de Wolden, Hoogeveen  
Alzheimer Drenthe

**Zuid-Oost:**

GGZ Drenthe Zuid-Oost:  
- sector ouderen  
- dementieteam  
Icare  
Tangenborggroep  
Leveste  
Saxenburghgroep  
Gemeenten Emmen, Coevorden en Borger-Odoorn  
Huisartsen  
Alzheimer Drenthe

## *2. Huidige situatie aanbod*

In Drenthe zijn verschillende partijen actief op het terrein van de psycho-geriatrie. Met elkaar geven zij vorm en inhoud aan de signalering van dementie, ziekte- en zorgdiagnostiek, behandeling, begeleiding, ondersteuning en zorgcoördinatie, dagbesteding en woonvoorziening aan mensen met psychogeriatrische problematiek en hun partner en /of familie. Goede afstemming, samenwerking en kennis van elkaars mogelijkheden is dan ook van belang.

Zorg voor dementie vraagt om een op de vraag afgestemd helder aanbod, waarbinnen de kwaliteit van de zorg, de samenhang en afstemming zijn geregeld.

In Drenthe is daarom een Netwerk Dementie Drenthe opgericht, waarin de gemeenten en zorgaanbieders gezamenlijk de verantwoordelijkheid nemen om lokaal een samenhangend en sluitend aanbod aan dementiezorg te realiseren.

De volgende resultaten zijn bereikt:

- er is bestuurlijk draagvlak van de deelnemende organisaties/ instellingen
- er is een intentieverklaring getekend door alle partijen
- er is een regionale visie op ketenzorg dementie
- er is een aantal keren per jaar een bestuurdersoverleg met alle deelnemende partijen
- er wordt lokaal gewerkt aan een diagnostiekroute dementie met verwijfskaart voor huisartsen
- er zijn geheugenpoli's (GAAZ) en afdelingen ouderen psychogeriatric GGZ
- er is een regionale afdeling van Alzheimer Nederland

- de regionale afdeling van Alzheimer Nederland heeft invloed gekregen op besluitvorming
- er zijn vijf Alzheimer Cafés (Assen, Tynaarlo, Emmen, Hoogeveen en Meppel)

Al met al is er in de afgelopen jaren een behoorlijke (bestuurlijke) basis gelegd voor goede ketenzorg in de regio. Het verder ontwikkelen van de keten vraagt nu de aandacht.

Belangrijke uitdagingen waar de regio nu voor staat zijn:

1. het formaliseren van het Netwerk tot stichting of vereniging, waardoor de slagvaardigheid naar verwacht zal toenemen.
2. benoemen en vastleggen van taken en verantwoordelijkheden van de ketenpartners.
3. de keten in zijn totaal te bezien en te verbeteren.

Alleen dan kunnen de nu bereikte en toekomstige resultaten geborgd worden en kan de keten zich als één geheel en transparant profileren naar cliënten, hulpverleners en financiers.

## 2.1 Aandachtspunten voor de keten dementie

In paragraaf 1.3 staan signalen/ aandachtspunten voor de drie regio's weergegeven, zoals ze door Alzheimer Drenthe zijn geïnventariseerd. Zij hebben betrekking op onderdelen van de zorg die gemist worden of waar mensen behoefte aan hebben. Een verkorte samenvatting:

- De vraag naar een TomTom+ staat voor de cliënten in Drenthe met stip bovenaan het wensenlijstje. Voor iedere inwoner met dementie in Drenthe zal een vaste en vertrouwde Zorgbegeleider, die emotionele steun biedt en de zorg coördineert, beschikbaar moeten zijn.
- Er is veel informatie en voorlichtingsmateriaal over dementie in de regio, maar het is niet overal beschikbaar. De Wmo-loketten zouden bijvoorbeeld deze informatie ter beschikking moeten hebben.
- Er wordt overbelasting van de mantelzorger geconstateerd. Door verschillende instellingen wordt mantelzorgondersteuning en een vorm van respijtzorg geboden, maar het is onvoldoende duidelijk welke instelling wat biedt. Een overzicht wordt gemist. Er bestaan hier en daar 'dubbelingen' maar ook 'witte vlekken'.
- Er is niet voldoende samenhang tussen de verschillende voorzieningen. De informatievoorziening over en weer en de doorverwijzing verloopt niet naar wens.
- Er is behoefte aan een centraal punt in de provincie, bemenst door regionale hulpverleners, die van de actuele situatie goed op de hoogte zijn. Deze vraagbaak zou met informatie voor zowel cliënten en hulpverleners beschikbaar moeten zijn.
- Er zijn grote verschillen tussen huisartsen ten aanzien van het serieus nemen van klachten bij het "niet pluis gevoel", de diagnostiek en doorverwijzing.
- Er wordt door huisartsen onvoldoende doorverwezen waardoor de cliënt in de kou blijft staan. Vaak is voor huisartsen niet voldoende duidelijk naar wie hij/zij kan doorverwijzen.
- Het overleg tussen instellingen is niet adequaat. Het komt voor dat er vier verschillende aanbieders hun zelfde diensten komen aanbieden aan een cliëntensysteem.
- Aanbod van zorg sluit onvoldoende aan op de vraag naar zorg. Het komt bijvoorbeeld voor dat cliënten niet de vrije keus hebben voor een locatie van dagbesteding omdat de thuiszorg al wordt afgenomen bij een bepaalde aanbieder. Of dat cliënten met spijt hun vaste vertrouwde hulp kwijtraken wanneer ze verhuizen naar een aanleunwoning en ze de thuiszorg geacht worden af te nemen van het huis.
- Er is sprake van miscommunicatie, niet alleen tussen cliënten en aanbieders, maar ook tussen aanbieders onderling.

Op basis van de laatste monitorgegevens is in afstemming binnen het netwerk een koppeling gemaakt tussen resultaten van de monitor, aandachtspunten, en doelstellingen



en zijn de acties, die in het regionaal actieplan worden omschreven, gekoppeld aan de te bereiken meetbare resultaten, gemeten vanuit cliëntperspectief en gemeten vanuit de beschikbare netwerkindicatoren.

### 3. Ambitie 2012

#### 3.1 Doelstelling Netwerk Dementie Drenthe:

De doelstelling van het Netwerk Dementie Drenthe is tweeledig:

##### 3.1.1 Ketenzorg Dementie in Drenthe

In het Streefbeeld van het Netwerk Dementie Drenthe voor 2012 willen we gezamenlijk in heel Drenthe de **ketenzorg dementie** vorm geven (zie bijlage 1).

**De Zorgbegeleiding** (casemanagement) staat hierin centraal. De Zorgbegeleider fungeert als de TomTom+ in zorgland voor het cliëntstelsel. **Doelstelling** is om in alle gemeenten van Drenthe de zorg zo in te richten dat aan ieder cliëntstelsel (die daarvoor in aanmerking komt en die dat wil) een vaste Zorgbegeleider kan worden toegewezen, die de zorg coördineert (over de grenzen van de eigen organisatie heen) en die sociaal-emotionele begeleiding biedt.

In het Streefbeeld kan de **toeleiding naar de Zorgbegeleidingsteams** via drie verschillende wegen plaats vinden:

1. via de weg van de gemeenten, welzijn, maatschappelijk werk, consultatiebureaus voor ouderen. **Doelstelling:**
  - a. de WMO-loketmedewerkers en indicatiestellers, medewerkers van Welzijn en Maatschappelijk Werk in alle gemeenten scholen in vroegsignalering dementie. Daarbij wordt ook een route vastgelegd voor het doorgeven van deze signalen. Er wordt daarbij samenwerking gezocht met de consultatiebureaus voor ouderen.
  - b. Daarnaast wordt gewerkt aan een overzicht en verbetering van mogelijkheden tot Respijtzorg en Mantelzorgondersteuning, door middel van de ervaringen die daarmee zijn opgedaan in gemeente Tynaarlo.
2. via de **Helpdesk Dementie Drenthe**. Deze Helpdesk wordt een centrale vraagbaak voor alle vragen over dementie in Drenthe. Het gaat fungeren als back-office voor de WMO-loketten en als front-office voor vragen over dementie in Drenthe van zowel patiënten en mantelzorgers als hulpverleners. Via één centraal provinciaal telefoonnummer en emailadres wordt het mogelijk contact te maken met Drentse dementie-hulpverleners; via een simpele website wordt een selectie van websites weergegeven waarop goede, actuele informatie is te vinden over dementie (ziektebeeld) en over het hulpaanbod in Drenthe. Het achterliggende vangnet zal gerealiseerd worden door de regionale ketens, die in Zorgbegeleidingsteams zijn/worden georganiseerd.
3. via de huisarts en geheugenpoli. **Doelstelling** is om in samenwerking met Progez het ontwikkelde protocol dementie voor de praktijkondersteuner van de huisartsen (**plan Iris**) te implementeren in zoveel mogelijk huisartsenpraktijken en aan te sluiten aan de lokale Zorgbegeleidingsteams.

Hierdoor geven we over de hele breedte vorm aan de ketenzorg dementie in Drenthe.

##### 3.1.2 Innovatie Dementiezorg Drenthe

Daarnaast willen we met behulp van dit Netwerk Dementie Drenthe eventuele andere knelpunten – bijvoorbeeld via signalen van Alzheimer Drenthe - gezamenlijk in

**innovatieprojecten** het hoofd proberen te bieden. Er is een goede samenwerking met het Zorg Innovatie Forum (ZIF) vanuit de Taskforce Dementie en Veiligheid ontstaan. Het ZIF ondersteunt zijn stakeholders bij pilots rond technologie. Afsproken is om deze innovatieve pilots van begin af aan in te bedden in het Netwerk. Voorbeeld is een innovatieproject dat ontstaan is als showcase van de Taskforce Dementie en Veiligheid van het Zorg Innovatie Forum (ZIF). Deze innovatie (in Aa en Hunze) wordt als innovatieproject van het Netwerk Dementie Drenthe ingebed in de samenhangende dementiezorg in Drenthe.

## 3.2 Streefbeeld 2012

Samengevat wil het Netwerk in het streefbeeld voor 2012 gezamenlijk in heel Drenthe

- een vorm van Zorgbegeleiding (casemanagement) kunnen bieden, gebaseerd op de lokaal bestaande situatie; in de Zorgbegeleidingsteams wordt ook zorg gedragen voor een actuele Zorgwijzer voor huisartsen.
- in samenwerking met Progez een protocol dementie voor de praktijkondersteuner van de huisartsen (plan Iris) implementeren in zoveel mogelijk huisartsenpraktijken,
- de WMO-loketmedewerkers en de indicatiestellers huishoudelijke hulp en de medewerkers van de Welzijnsorganisatie van alle gemeenten scholen in vroegsignalering dementie,
- Voor alle gemeenten een actueel overzicht maken van geboden Respijtzorg en Mantelzorgondersteuning, de 'dubbelingen' eruit halen en de 'witte vlekken' hierin opvullen.
- een Helpdesk Dementie Drenthe realiseren. Deze Helpdesk gaat fungeren als back-office voor de WMO-loketten en als front-office voor vragen over dementie in Drenthe van zowel patiënten en mantelzorgers als hulpverleners. Het achterliggende vangnet zal gerealiseerd worden door de regionale ketens, die in Zorgbegeleidingsteams zijn/worden georganiseerd.

Daarnaast willen we met behulp van het Netwerk innovatieve pilotprojecten en eventuele andere knelpunten, die Alzheimer Drenthe signaleert, gezamenlijk het hoofd proberen te bieden.

## 4. Actieplan 2009-2012

Om het streefbeeld te bereiken is een aantal verbeteracties noodzakelijk dat in dit regionale actieplan is omschreven. Het gaat hierbij om acties gericht op het ontzorgen van cliënten, het verbeteren van de cliënttevredenheid en het verhogen van de waarde van de zorg voor deze cliënten. Daarbij horen het borgen en verbeteren van onderdelen van het zorgproces en acties gericht op procesmatige verbeterpunten. De betrokken partijen zijn vertegenwoordigers van organisaties die zich bezighouden met de AWBZ, de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).

In dit actieplan zijn de verbeteracties uitgewerkt in korte en langere termijn projecten. De procesmatige verbeteracties zijn apart weergegeven in een onderdeel ketenorganisatie.

Per gemeente is het tijdstip van start van de verbeteracties afgestemd op de lokale (on)mogelijkheden. In het plan zijn de plannen voor de korte en langere termijn per gemeente aangegeven. De concrete acties worden steeds vooraf in Plannen van Aanpak afgesproken, verwoord en ter goedkeuring aan de betrokken bestuurders voorgelegd.

De verbeteracties worden uitgewerkt in lokale werkgroepen. Elke werkgroep kan meerdere opdrachten hebben, verdeeld in korte- en lange termijn projecten. De terugkoppeling naar en de betrokkenheid van het Netwerk is geborgd in een adviesgroep en coördinator.

Voor alle nieuw op te starten projecten geldt dat de werkgroepen die de opdracht krijgen als eerste stap een plan van aanpak schrijven in een vast stramien. De werkgroepen dienen de aangegeven kaders en aandachtspunten te verwerken in het plan. Daarnaast zullen zij expliciet aandacht moeten besteden aan:

- Een onderbouwing van inhoudelijke keuzes, de achterliggende knelpunten van cliënten.
- Het meetbaar maken van de resultaten met behulp van de (netwerk)indicatoren en het borgen in de structurele organisaties en de positie in de keten
- Een uitwerking van geschatte kosten van project
- De positie van de cliënt en de waarde van de inhoudelijke keuzes voor het leven en welzijn van deze cliënt

Voor de te borgen producten geldt dat afspraken vastgelegd dienen te worden en er hierbij duidelijk omschreven moet worden hoe het meten van de indicatoren en de verantwoording hiervan uitgevoerd gaat worden.

## 4.1 Verbeteracties in 2009 en verder

De regionale aandachtspunten zijn voor de drie regio's gelijkloidend en onder te verdelen in 4 thema's:

**4.1.1 Zorgbegeleiding:** in alle gemeenten van Drenthe wordt de zorg zo ingericht dat aan ieder cliëntstelsel (die daarvoor in aanmerking komt en die dat wil) een vaste Zorgbegeleider kan worden toegewezen, die de zorg coördineert (over de grenzen van de eigen organisatie heen) en die sociaal-emotionele begeleiding biedt.

### *Bouwstenen:*

- het starten en doorontwikkelen van de Zorg Begeleidings Overleggen (ZBO)
- het bestuurlijk borgen van de werkwijze mbv het Netwerk
- het goed implementeren van het ZBO team in de regio
- samenstellen van een zorgwijzer voor huisartsen
- bekendheid geven bij mantelzorgers en hulpverleners, vaststellen van een promotieplan
- financieringsafspraken maken voor het ZBO team, op basis het regelmatig monitoren van de voortgang ervan
- onderzoek naar wenselijkheid en noodzaak van een gemeenschappelijk dossier
- onderzoek naar wenselijkheid en noodzaak van een centraal aanmeldnummer

### *Instrumenten:*

- instellen, dan wel doorontwikkelen van een werkgroep, die het ZBO kan opzetten
- opstellen van een plan van aanpak
- opstellen van een protocol, waarlangs het ZBO werkt
- instellen en begeleiden van de start van een ZBO, ingebed in de bestaande hulpverlening, waarin alle instanties deelnemen die in de ambulante begeleiding actief zijn

### *Resultaten 2012:*

- 70% van het aantal thuiswonende of in het verzorgingshuis verblijvende mensen met dementie in de regio zijn bekend bij een ZBO
- voor deze groep mensen is een helder behandel/begeleiding en zorgplan opgesteld

- voor huisartsen en andere verwijzers is per gemeente een zorgwijzer vastgesteld; deze wordt halfjaarlijks bijgesteld en verstuurd door de werkgroep.
- de werkgroep monitort de voortgang van het ZBO en de eventuele consequenties voor de werkers
- jaarlijkse evaluatie met werkers over de gang van zaken en eventuele knelpunten
- in samenwerking met AN zal een tevredenheidonderzoek worden gedaan bij de mantelzorgers
- participeren in het evaluatieonderzoek van Nivel en Trimbos

**4.1.2 Plan Iris:** in samenwerking met Progez wordt het ontwikkelde protocol dementie voor de praktijkondersteuner van de huisartsen (**plan Iris**) geïmplementeerd in zoveel mogelijk huisartsenpraktijken en in de lokale Zorgbegeleidingsteams.

*Bouwstenen:*

- het starten en doorontwikkelen van plan Iris ism Progez, in de regio's Noord (Assen), Zuid-Mid-West (Zuidwolde) en Zuid-Oost (gemeente Coevorden) mbv een werkgroep, die ook een ZBO ontwikkelt
- het bestuurlijk borgen van de werkwijze mbv het Netwerk
- het goed implementeren van plan Iris in het ZBO team in de regio
- bekendheid geven bij mantelzorgers en hulpverleners, vaststellen van een promotieplan
- financieringsafspraken maken voor de inzet van de poh in plan Iris, ism Progez

*Instrumenten:*

- instellen, dan wel doorontwikkelen van een werkgroep, die plan Iris kan toevoegen aan het ZBO in de regio
- opstellen van een plan van aanpak
- doorontwikkelen van het protocol, waarlangs plan Iris werkt
- instellen en begeleiden van de start van plan Iris, ingebed in het bestaande ZBO

*Resultaten 2012:*

- 50% van het aantal thuiswonende of in het verzorgingshuis verblijvende mensen met dementie in de regio zijn bekend met de poh, die mbv plan Iris werkt
- de werkgroep monitort de voortgang van plan Iris en het ZBO en de eventuele consequenties voor de werkers
- jaarlijkse evaluatie met werkers over de gang van zaken en eventuele knelpunten
- in samenwerking met AN zal een tevredenheidonderzoek worden gedaan bij de mantelzorgers
- participeren in het evaluatieonderzoek van Nivel en Trimbos

**4.1.3 Vroegsignalering en ondersteuning mantelzorg:** De WMO-loketmedewerkers, indicatiestellers, medewerkers van Welzijn en Maatschappelijk Werk in alle gemeenten worden geschoold in vroegsignalering dementie. Daarbij wordt ook een route vastgelegd voor het doorgeven van deze signalen. Er wordt daarbij samenwerking gezocht met de consultatiebureaus voor ouderen. Daarnaast wordt gewerkt aan een overzicht en verbetering van mogelijkheden tot Respijtzorg en Mantelzorgondersteuning, door middel van de ervaringen die daarmee zijn opgedaan in gemeente Tynaarlo.

*Bouwstenen:*

- Vaststellen van een gemeentelijk scholingsprogramma *pluis, niet pluis bij dementie* op basis van beschikbare informatie
- vaststellen van een gemeentelijk overzicht mantelzorgondersteuning en respijtzorg (logeermogelijkheden, Mogelijkheden tijdelijk verblijf, Mogelijkheid vakantieopnames, mogelijkheid 'oppas'vrijwilligers)
- vaststellen van dubbelingen en witte vlekken
- nagaan van registratieprotocol gemeentelijk loket
- vaststellen van de deelnemers aan de scholing: WMO-loketmedewerkers, indicatiestellers huishoudelijke hulp gemeente, welzijnsmedewerkers
- vaststellen protocol bij signalen en vragen over dementie
- beschikbaarheid van infomateriaal dementie bij alle Wmo-loketten

*Instrumenten:*

- instellen werkgroep vroegsignalering, bestaande uit medewerkers van de ketenpartners zorg en gemeente en welzijn
- opstellen plan van aanpak
- financieringsafspraken ontwikkel- en structurele kosten

*Resultaat 2012:*

- Wmo-loketmedewerkers, indicatiestellers en welzijnsmedewerkers die getraind zijn in het tijdig herkennen van signalen die wijzen in de richting van dementie.
- wijzer mantelzorgondersteuning dementie voor iedere gemeente
- geen dubbelingen en witte vlekken, goede inzet van middelen
- verstevigde contacten tussen gemeentelijk loket en welzijnsorganisatie, waar bij een protocol is afgesproken bij signalen dementie
- Uiteindelijk moet dit leiden tot het eerder in gang zetten van diagnostiek en zorg en een betere indicatie huishoudelijke hulp bij dementie

**4.1.4 De Helpdesk Dementie Drenthe** wordt een centrale vraagbaak voor alle vragen over dementie in Drenthe. Het gaat fungeren als back-office voor de WMO-loketten en als front-office voor vragen over dementie in Drenthe van zowel patiënten en mantelzorgers als hulpverleners. Via één centraal provinciaal telefoonnummer en emailadres wordt het mogelijk contact te maken met Drentse dementie-hulpverleners; via een simpele website wordt een selectie van websites weergegeven waarop goede, actuele informatie is te vinden over dementie (ziektebeeld) en over het hulpaanbod in Drenthe. Het achterliggende vangnet zal gerealiseerd worden door de regionale ketens, die in Zorgbegeleidingsteams zijn/worden georganiseerd.

*Bouwstenen:*

- een provinciale telefoonlijn en website Helpdesk Dementie Drenthe
- de telefoon wordt in de regio's bemenst door medewerkers GGZ en eventueel ingebracht in het ZBO
- de website geeft links naar een selectie van websites met goede en actuele informatie over dementie
- de website nodigt bezoekers uit te bellen of een email te sturen
- email wordt beantwoord door regionale hulpverleners van de GGZ
- er wordt gebruik gemaakt van de digitale sociale kaart van de gemeenten

*Instrumenten:*

- instellen werkgroep HDD, bestaande uit medewerkers GGZ, inhoudelijk deskundigen en ICT-deskundigen
- opzetten van een website en een telefoonlijn

#### Resultaat 2012:

- dé vraagbaak in Drenthe als het gaat om dementievraagstukken; zowel voor cliënten als voor hulpverleners onderling
- provinciaal overzicht van het dementiehulpaanbod in Drenthe, actueel en regionaal bemenst
- het beschikbaar zijn van toegankelijke informatie over vergeetachtigheid en dementie voor cliënt en mantelzorger via links met geselecteerde websites
- de mogelijkheid om telefonisch vragen te stellen aan regionale hulpverleners
- de mogelijkheid om via email regionale hulpverleners vragen te stellen

## 4.2 Verbetertrajecten per Regio, beschreven per gemeente

### Regio Noord

<b>gemeente</b>	<b>Stand van zaken na LDP- project</b>	<b>Eerste actie 2009</b>	<b>Later te realiseren</b>
Assen	- ZB start 1 jan 2009	- Helpdesk bemensing - plan Iris	- Scholen WMO + respijtwijzer
Aa en Hunze	- scholing WMO-terugkomdag	- respijtwijzer - innovatie-project participatie (ZIF)	- plan Iris - ZB organiseren ism Assen
Noordenveld		- Scholen WMO + respijtwijzer	- plan Iris - ZB organiseren ism Assen
Tynaarlo	- Respijtwijzer	- Scholen WMO	- plan Iris - ZB organiseren ism Assen

### Regio Zuid-Mid-West

<b>gemeente</b>	<b>Stand van zaken na LDP- project</b>	<b>Eerste actie</b>	<b>Later te realiseren</b>
De Wolden	- ZB gestart	- Helpdesk bemensing - plan Iris	- Scholen WMO + respijtwijzer
Westerveld	- ZB gestart	- scholing WMO - respijtwijzer	- plan Iris
Meppel	- ZB gestart	- Scholen WMO + respijtwijzer	- plan Iris
Hoogeveen		- Scholen WMO + respijtwijzer	- plan Iris - ZB organiseren
Midden Drenthe	- alfahulpen geschoold	- scholing WMO - respijtwijzer	- plan Iris - ZB organiseren

## Regio Zuid-Oost

<b>gemeente</b>	<b>Stand van zaken na LDP- project</b>	<b>Eerste actie</b>	<b>Later te realiseren</b>
Borger Odoorn	- WMO geschoold -	+ respijtwijzer	- plan Iris - ZB starten
Emmen	- ZB gestart - scholing WMO	- respijtwijzer - bemensing Helpdesk	- plan Iris
Coevorden	- plan Iris gestart - ZB gestart	- Scholen WMO + respijtwijzer - bemensing Helpdesk - plan Iris uitrol gemeente Coevorden	

ZB = Zorgbegeleiding

### 4.3 Meetbare resultaten vanuit cliëntperspectief

Hieronder worden de meetbare resultaten vanuit cliëntperspectief gekoppeld aan de resultaten van de cliëntmonitoring van Alzheimer Nederland. Alzheimer Nederland, afdeling Drenthe geeft in de Rapportage van de LDP-monitor in februari 2009 een opsomming van probleemvelden die mantelzorgers ervaren.

Volgens Alzheimer NL kunnen de in paragraaf 1.3 genoemde probleemvelden in bouwstenen geconcretiseerd worden.

- a. Het cluster rond *het wordt me teveel* (10) wordt geconcretiseerd in
  - het verminderen van lichamelijke zorg: hulp bij ADL en HH
  - het verminderen van emotionele zorg: dmv zorgbegeleiding, behandeling van het systeem, informatie en steun
  - de zorg overlaten aan anderen: respijt
  - meer contact met de familie: respijt
  - meer contact in clubverband: respijt
- b. Het cluster rond *Bang, boos en in de war* (5) wordt geconcretiseerd in
  - leren omgaan met boosheid, gedragsveranderingen en tegenwerking: mbv screening en diagnostiek (huisarts, geheugenpoli) en zorgbegeleiding, behandeling systeem, informatie en steun
- c. Het cluster rond *Niet plus en wat is er aan de hand en kan helpen* (1 en 2) wordt geconcretiseerd in informatie, voorlichting en steun specifiek gericht op
  - mogelijkheden ondersteuning: mbv zorgbegeleiding, informatie en steun
  - uitleg verschijnselen en verloop van de ziekte: mbv screening en diagnostiek (huisarts, geheugenpoli) en zorgbegeleiding

Om te komen tot een thematische benadering van de problematiek worden de probleemvelden hieronder geclusterd tot 3 modulaire eenheden, op basis waarvan de verbetertrajecten worden gestart c.q. doorontwikkeld en geëvalueerd.

- a. *Het wordt me teveel* (10) kan geclusterd worden met *er alleen voor staan* (4), *lichamelijke zorg* (5), *verlies* (9), *zeggenschap inleveren en kwijtraken* (11), *ook nog gezondheidsproblemen* (8), *gevaar* (7) en *contacten mijden* (6)

- b. *Bang boos en in de war (5)* kan geclusterd worden met *weerstand tegen opname (14)*, *in goede en slechte tijden (12)*
- c. *niet pluis (1 en wat is er aan de hand en kan helpen (2))* kan geclusterd worden met *miscommunicatie met hulpverleners (13)*

De bouwstenen om deze drie clusters van problematiek in Drenthe het hoofd te bieden bestaan uit:

- I. Het starten of doorontwikkeling van Zorgbegeleiding (casemanagement) in alle gemeenten van Drenthe. Hierdoor wordt gehoor gegeven aan een aantal vragen in de drie clusters:
  - lichamelijke zorg verminderen
  - emotionele zorg verminderen
  - leren omgaan met boosheid en gedragsverandering
  - informatie over mogelijkheden van ondersteuning
  - informatie over het verloop van de ziekte
- II. Het uitrollen van het protocol Plan Iris, de werkwijze dementie voor de praktijkondersteuner van de huisarts. Hierdoor wordt gehoor gegeven aan een aantal vragen in de drie clusters:
  - lichamelijke zorg verminderen
  - emotionele zorg verminderen
  - leren omgaan met boosheid en gedragsverandering
  - informatie over mogelijkheden van ondersteuning
  - informatie over het verloop van de ziekte
- III. Vroegdiagnostiek en ondersteuning mantelzorg. Hiermee wordt gehoor gegeven aan:
  - lichamelijke zorg verminderen, dmv een betere indicatiestelling HH
  - de zorg overlaten aan anderen: respijt
  - meer contact met de familie: respijt
  - meer contact in clubverband: respijt
  - informatie, voorlichting en steun specifiek gericht op mogelijkheden van ondersteuning
- IV. De Helpdesk Dementie Drenthe geeft gehoor aan vragen rond:
  - het verminderen van emotionele zorg
  - leren omgaan met boosheid, gedragsveranderingen en tegenwerking
  - informatie, voorlichting en steun specifiek gericht op mogelijkheden ondersteuning
  - informatie, voorlichting en steun specifiek gericht op uitleg verschijnselen en verloop van de ziekte

Met behulp van bovenstaande acties zal het aantal mantelzorgers dat problemen ervaart binnen het cluster afnemen:

Probleemveld	% mantelzorgers dat dit probleemveld belangrijk vindt en minstens één probleem ervaart binnen dit probleemveld
<b>Cluster a:</b> Het wordt me te veel (10) Er alleen voor staan (4) Lichamelijke zorg (5) Verlies (9) Zeggenschap inleveren en kwijtraken (11) Ook nog gezondheidsproblemen (8) Gevaar (7) Contacten mijden (6)	70% wordt 35% per 1 januari 2012
<b>Cluster b:</b> Bang, boos en in de war (3) In goede en slechte tijden (12) Weerstand tegen opname (14)	68% wordt 25% per 1 januari 2012



<b>Cluster c:</b> Niet pluis en wat is er aan de hand en wat kan helpen? (1 en 2) Miscommunicatie met hulpverleners (13)	64% wordt 25% per 1 januari 2012
--	----------------------------------

Daarnaast wordt met behulp van Alzheimer Drenthe een cliënttevredenheidsonderzoek gedaan dat op 1 juli 2012 moet leiden tot een gemiddeld cijfer dat gelijk is aan of hoger ligt dan een 7 op een schaal van 10.

Met behulp van de evaluatie van Nivel en Trimbos wordt een aandeel geleverd in de landelijke evaluatie van casemanagement in Nederland.

## 4.4 Meetbare resultaten vanuit kostenperspectief

### I. Zorgbegeleiding

In het ZBO zoeken alle instellingen die in de betreffende plaats een vorm van casemanagement en ambulante begeleiding bieden samenwerking met elkaar ten behoeve van de cliënt. Tijdens deze overleggen worden nieuwe cliëntsystemen ingebracht, worden cliëntsystemen besproken, en wordt steeds (in samenspraak met het cliëntstelsel) een vaste en vertrouwde Zorgbegeleider toegewezen.

De Zorgbegeleider biedt sociaal emotionele begeleiding en coördineert de zorg (via het ZBO) over de grenzen van de eigen organisatie heen. Daardoor heeft het cliëntstelsel één aanspreekpunt, tijdens het gehele proces van diagnose tot opname.

Zoals het nu wel voorkomt dat één cliëntstelsel drie verschillende aanspreekpunten heeft, die zich allemaal casemanager noemen, zal het in het vervolg zo zijn dat een cliëntstelsel slechts één aanspreekpunt heeft. Dat brengt een kostenbesparing met zich mee, doordat er minder uren ingezet hoeven te worden per cliëntstelsel.

Aan de andere kant moet rekening gehouden worden met een behoorlijke volumegroei. Het aantal cliëntsystemen dat thuis woont en een zorgbegeleider/casemanager nodig heeft neemt de komende jaren naar verwachting toe (zie paragraaf 1.2)

Uit onderzoek in Maastricht (F. Verhey, presentatie november 2008) is gebleken dat ketenzorg en het instellen van een vaste Zorgbegeleider bijdraagt aan uitstel van opname en bovendien tot een verhoging van kwaliteit van leven. De ketenaanpak kan gezien worden als een vorm van preventie van overbelasting van mantelzorgers en vroegtijdige opname.

### II. Plan Iris

Door het formaliseren en ondersteunen van de functie van de huisartsenondersteuner met aandachtsgebied ouderen snijdt het mes aan twee, zelfs aan drie kanten:

1. de klant krijgt de tijd en de vrijheid een weloverwogen keuze te maken voor een zorgaanbieder op basis van neutrale informatie, die hij/zij van de poh krijgt;
2. de huisartsenpraktijk heeft de mogelijkheid om de centrale rol als poortwachter in de zorgverlening bij dementie op bevredigende wijze in te vullen en kan het stokje ook met een gerust hart overdragen;
3. en de zorgaanbieders verliezen geen tijd aan de acquisitie van klanten (er zijn verhalen over vier verschillende aanbieders die op eenzelfde dag bij één cliëntstelsel op de stoep staan om hun diensten aan te bieden), maar spenderen alleen tijd aan klanten aan wie ook daadwerkelijk zorg geboden wordt.

De huisartsenpraktijk die in Coevorden al volgens plan Iris werkt geeft bovendien mondeling aan (februari 2009) dat er sindsdien geen enkel geval van crisis is voorgevallen. Dit kan volgens de huisarts geheel toegerekend worden aan de verbeterde samenwerking van de huisarts en de poh met de andere zorginstellingen.

### **III. Vroegsignalering dementie en mantelzorgondersteuning.**

In de verbetertrajecten vroegsignalering worden medewerkers van de Wmo-loketten, de indicatiestellers huishoudelijke hulp en de Welzijninstelling geschoold. Vanuit het kostenperspectief is te verwachten dat problemen sneller gesignaleerd worden en in eerste instantie opgevangen door de welzijnsinstelling. In plaats van dat gemeenten zelf het wiel moeten uitvinden zijn zorginstellingen bereid om gezamenlijk een doorverwijsroute te ontwerpen, die past binnen de gemeentelijke kaders. De keten van samenwerking wordt zo concreet vormgegeven en het vangnet bij signalen wordt op een praktische wijze ingericht.

Daarnaast wordt er een overzicht gemaakt van de lokaal aanwezige vormen van mantelzorgondersteuning en respijtzorg.

De dubbelingen worden er uit oogpunt van efficiency uitgehaald, en witte vlekken ingevuld in ketenverbanden. Waar nu bijvoorbeeld gespreksgroepen plaatsvinden met een zeer gering aantal deelnemers (doordat er meerdere gespreksgroepen bij verschillende aanbieders bijna tegelijkertijd starten), zal er in de toekomst een continu aanbod aan gespreksgroepen kunnen plaatsvinden, die door de aanwezige aanbieders gezamenlijk georganiseerd en bekostigd kunnen worden.

Gemeenten kunnen het beschikbare budget voor mantelzorgondersteuning op een manier inzetten waardoor geen enkele aanbieder bevoordeeld wordt, en de klanten een samenhangend en afgestemd aanbod kan worden geboden.

### **IV. Helpdesk Dementie Drenthe**

#### **Geschatte aantal hulpvragers van de HDD**

Volgens Alzheimer Nederland zijn bij iedere dementiepatiënt gemiddeld drie personen betrokken. De ziekte brengt een grote zorgvraag met zich mee, met een grote belasting voor de direct betrokkenen. De slogan van Alzheimer Nederland is dan ook *hij lijdt aan dementie, zij heeft het*.

Op basis van de TNO-gegevens en de uitspraak van Alzheimer Nederland bestaat de groep potentiële klanten van de HDD in 2007 uit  $4 \times 7.293 = 29.172$  hulpvragers en in 2030 uit  $4 \times 11.624 = 46.496$  hulpvragers.

Het gaat hier dan alleen over het aantal patiënten en mantelzorgers. Daarnaast heeft de HDD ook nog een klantenpotentieel onder de hulpverleners van Drenthe en mogelijk ook uit andere delen van het land. Voor de (geschoolde) WMO-loketten gaat de Helpdesk als back-office fungeren. Dat betekent dat medewerkers niet meer hoeven rond te bellen om in contact te komen met de juiste hulpverleners, waarmee ze vaak veel tijd kwijt zijn, maar dat er met één telefoontje verwezen kan worden.

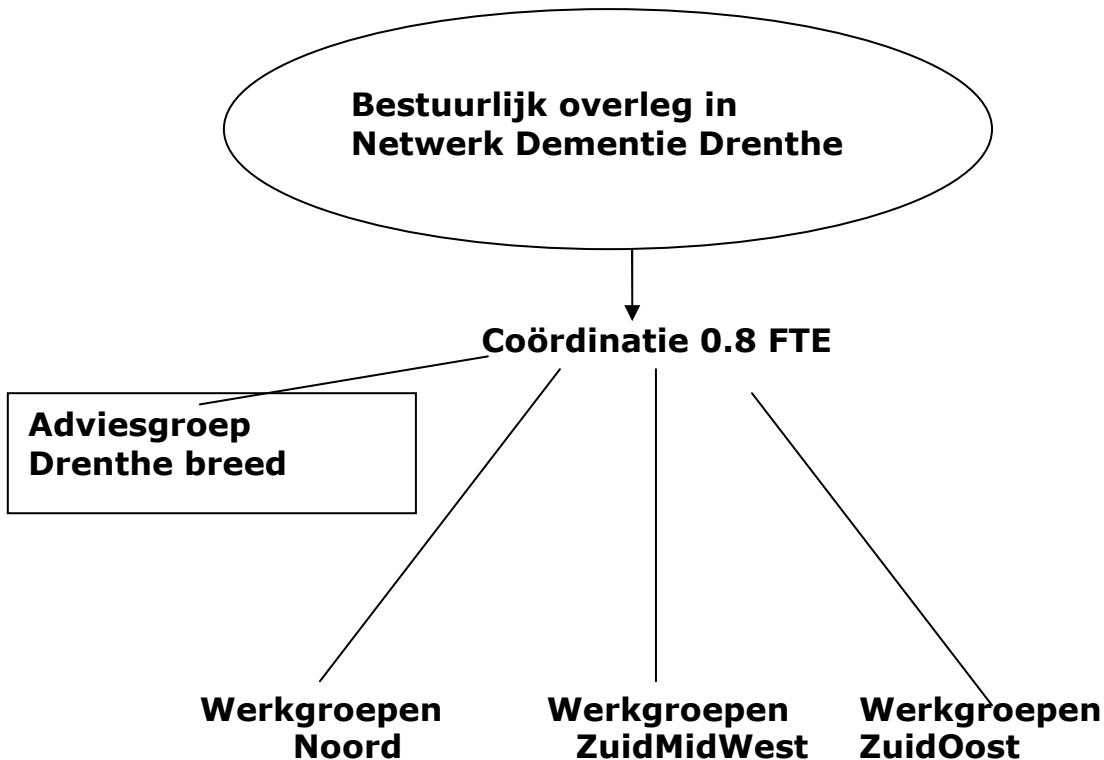
#### **Wat levert het op**

Het instellen van een HDD, die wisselend door de verschillende regio's wordt bemenst is te vinden in:

- Kwaliteitsverbetering: door het instellen van een centraal coördinatiepunt waar alle informatie over ziekte en hulpaanbod per regio verzameld en up-to-date gehouden wordt zal de kwaliteit van de zorg verbeteren.
- Minder shop-gedrag van klanten: wanneer de Helpdesk met behulp van een goede marketing bekendheid krijgt, zullen klanten en mantelzorgers en ook hulpverleners minder tijd kwijt zijn aan het zoeken naar informatie. Het zogenaamde shop-gedrag van informatiezoekers kost aan zorginstellingen veel tijd en inzet van medewerkers.
- Meer productie in de fase voor de diagnose: door meer mensen op een vroeger tijdstip te kunnen ondersteunen zal door een betere vroegsignalering het aantal hulpvragers toenemen. Dat betekent ook dat er sneller kan en zal worden ingegrepen in geval van (dreigende) overbelasting.
- Hogere efficiency: doordat het voor hulpverleners mogelijk wordt van de kennis van de HDD gebruik te maken en zelfs via de HDD door te verwijzen, zal sneller en met

minder omwegen hulp geboden kunnen worden en wordt de interne doorstroming bevorderd.

## 5. Organisatiestructuur



### 5.1 Ketenorganisatie

#### **Netwerk Dementie Drenthe**

Het Netwerk Dementie Drenthe is een provinciaal netwerk op bestuurlijk niveau. In paragraaf 1.4 staan alle participanten van het Netwerk opgenoemd. Aangetekend moet worden dat het Netwerk een open netwerk vormt, waardoor andere organisaties tot het netwerk kunnen toetreden als ze dat willen. Er is derhalve geen sprake van concurrentievervalsing of kartelvorming.

Doelstelling is om een samenhangend en sluitend aanbod dementiezorg in heel Drenthe te realiseren, ook wanneer er sprake is van verschuivende financiële kaders.

Eronder fungeert een provinciale Adviesgroep waarin managers vanuit een brede vertegenwoordiging van zorgaanbieders deelnemen en een netwerk vormen.

Per (gemeentelijk) verbetertraject is een samenwerkingswerkgroep van diverse partijen van zorgaanbieders en gemeenten actief

Eronder fungeert een provinciale Adviesgroep waarin managers vanuit een brede vertegenwoordiging van zorgaanbieders deelnemen en een netwerk vormen

Per (gemeentelijk) verbetertraject is een samenwerkingswerkgroep van diverse partijen van zorgaanbieders en gemeenten actief

De activiteiten van het Netwerk worden aangejaagd door de coördinator. Bovendien wordt door de coördinator procesbegeleiding en inhoudelijke ondersteuning geboden en wordt er zorg gedragen voor publiciteit en worden externe contacten onderhouden.

## 5.2 Bevoegdheden en verantwoordelijkheden

**Het bestuurlijke Netwerk** stelt de kaders vast waarbinnen activiteiten worden uitgevoerd. Van ieder nieuw te starten verbetertraject wordt door de verantwoordelijke bestuurders een taakopdracht geaccordeerd, alvorens de werkgroep start met de uitvoering ervan. Het Netwerk komt minimaal 2 x per jaar bijeen.

**De adviesgroep** adviseert de coördinator en het bestuurlijk netwerk en bewaakt samen met de coördinator de inhoudelijke en procesmatige voortgang. De adviesgroep bereidt samen met de coördinator de bestuurdersvergaderingen (2 x per jaar) voor en werkt voorstellen uit. Samen met de coördinator worden de kaders geoperationaliseerd in concrete activiteiten.

**De werkgroepen** zijn bevoegd tot en verantwoordelijk voor de uitvoering van een taakopdracht. Binnen de kaders van de taakopdracht, die geformuleerd wordt door de adviesgroep en de coördinator en geaccordeerd door de bestuurders, is de werkgroep bevoegd tot het nemen van beslissingen.

**De coördinator** draagt zorg voor de coördinatie van de verschillende activiteiten en jaagt deze aan. De coördinator roept nieuwe werkgroepen samen en stelt een voorzitter daarvan aan. Vervolgens begeleidt ze het proces, zodat werkgroepen binnen kaders en op het juiste spoor blijven; en ondersteunt ze de werkgroepen inhoudelijk. Daarnaast draagt ze zorg voor publiciteit; en onderhoudt ze externe contacten van het Netwerk Dementie Drenthe. Ze legt inhoudelijk en procesmatige verantwoording af aan de bestuurders.

## 5.3 Taken

### **Het bestuurlijk Netwerk**

Van het bestuurlijk overleg wordt verwacht dat zij het Regionaal Actieplan Dementie faciliteren door een vlotte besluitvorming. Het bestuurlijk Netwerk draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid.

### **Taken adviesgroep**

De adviesgroep heeft verantwoordelijkheden ten aanzien van de voortgang van de projecten (korte- en lange termijn) en het bewaken van de samenhang en heeft de verantwoordelijkheid voor de procesmatige verbeteracties en het betrekken van extra partijen.

### **Taken werkgroep**

Kernwoorden voor de werkgroepen zijn betrokkenheid, slagvaardigheid en actie. De werkgroepleden werken de taakopdracht uit. **Van de voorzitter** van de werkgroep wordt verwacht dat hij/zij zich als trekker van de werkgroep opstelt. De werkgroep is samengesteld uit personen die over voldoende kennis, deskundigheid en tijd beschikken om tot voorstellen te komen en het werk kunnen uitvoeren. De leden van Alzheimer Nederland hebben als vrijwilligers binnen de werkgroep een adviserende taak, geen uitvoerende taak.

### **Taken van de coördinator**

Kernwoorden voor de coördinator zijn faciliteren, ondersteunen, mede bewaken voortgang en samenhang en intermediair tussen instellingen en partijen in de regio, met bestuurders en het landelijk programmateam (VWS, ZN en AN).

De coördinator verzorgt de verantwoording naar het bestuurlijk overleg.

De coördinator bewaakt mede de voortgang van de projecten en coördineert de acties.

De activiteiten van het Netwerk worden gecoördineerd aangejaagd door een coördinator. Bovendien wordt door de coördinator procesbegeleiding en inhoudelijke ondersteuning geboden aan alle verbetertrajecten en wordt er zorg gedragen voor externe contacten en publiciteit.

De coördinator is de spin in het web van het Netwerk. De uren die de coördinator ter beschikking heeft worden globaal als volgt besteed:

procesbegeleiding en inhoudelijke ondersteuning verbetertrajecten Zorgbegeleiding	8 uur per week
procesbegeleiding en inhoudelijke ondersteuning implementatie plan Iris	4 uur per week
procesbegeleiding en inhoudelijke ondersteuning verbetertrajecten WMO + respijtzorg	4 uur per week
projectleiding Helpdesk	4 uur per week
externe contacten en publiciteit	4 uur per week
coördinatietaken	8 uur per week
totaal	32 uur per week

## 5.4 Werkwijze

De bestuurders van het Netwerk komen minimaal 2 x per jaar bijeen.

De Adviesgroep vergadert eens per maand.

De werkgroepen vergaderen (afhankelijk van hun opdracht) eens in de maand.

De coördinator neemt aan alle vergaderingen deel.

De coördinator roept de voorzitters van de werkgroepen 3 x per jaar bijeen om gezamenlijk te overleggen over de voortgang. Hier presenteren de voorzitters van de werkgroepen de stand van zaken, wordt feedback gegeven en worden actuele ontwikkelingen besproken.

## 6. Toetsen ketencriteria

- Structureel evalueren van cliëntervaringen en aanzetten tot het verbeteren van de cliënttevredenheid. Met behulp van de cliënt-ervaringen-monitor 'Wensen en problemen van mantelzorgers van mensen met dementie' (Nivel) wordt tweejaarlijks geëvalueerd.
- Daarnaast is samenwerking gezocht met het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) van het UMCG. De systematiek die het UMCG ontwikkelt zal ook toegepast worden in de evaluatie van het Netwerk Dementie Drenthe.

## 7. Financiën

De financiering van de Ketenzorg dementie valt in drie delen uiteen:

- AWBZ – financiering V&V sector;
- ZVW – financiering ziekenhuizen en GGZ;
- WMO – financiering van een groeiend aandeel van de preventieve zorg.

Het Netwerk Dementie Drenthe probeert vanuit de verschillende financieringsstromen het bovenstaande streefbeeld tot uitvoer te brengen. Er zal per verbetertraject een overzicht gemaakt worden van kosten, inclusief de inzet van medewerkers.

**I** Voor de kosten die binnen het themagebied **Trajectbegeleiding** worden uitgevoerd (het invoeren van **Zorgbegeleiding** in alle gemeenten) wordt vooral een beroep gedaan op het Zorgkantoor; daarnaast zullen ook gemeenten hun aandeel leveren in de inzet van medewerkers van de gemeente en vanuit de Welzijns- en Maatschappelijk Werk sector.

**II** De verbetertrajecten die zich richten op de fase van **diagnostiek** (plan Iris) zullen vooral een beroep doen op de Zorgverzekeraar.

**III** De verbetertrajecten die zich richten op de fase **vóór de diagnose** (WMO, Respijt en Helpdesk) zullen zowel gefinancierd worden vanuit de WMO-gelden van gemeenten,

als ook een beroep doen op de inzet van deskundigheid van medewerkers van zorgaanbieders, en dus een beroep doen op het Zorgkantoor en Zorgverzekeraar. De bemensing van de Helpdesk wordt door medewerkers van de GGZ Drenthe uitgevoerd. Voor 2009 is deze financiering mogelijk vanuit bestaande regelingen. Vanaf januari 2010 zullen daarvoor nieuwe afspraken gemaakt moeten worden tussen GGZ Drenthe en Achmea.

**IV** Voor de evaluatie-activiteiten wordt een beroep gedaan op de inzet van Alzheimer Nederland en het UMCG. Daarnaast zal er vanuit het Netwerk Dementie Drenthe inzet van uren geleverd worden door de coördinator van het Netwerk.

**V** Voor de activiteiten die onder de noemer **organisatie netwerk** worden genoemd wordt voor de periode 2009 tot 2012 een beroep gedaan op het Zorgkantoor. Reden daarvoor is dat tot nu toe de netwerkpartners zelf (zowel de provinciale overheid als ook de zorgaanbieders) de kosten van de ondersteuningsstructuur hebben gedragen. Het gaat daarbij om zowel de kosten van medewerkers in de diverse werkgroepen en stuurgroep als om de kosten van de coördinatiefunctie. De coördinator draagt zorg voor procesbegeleiding en inhoudelijke ondersteuning van de werkgroepen, klankbordgroep en bestuurlijk netwerk. Daarnaast is het de spin in het web, die externe contacten onderhoudt en publiciteit verzorgt. De GGZ-Drenthe is voorlopig bereid de **kassiersfunctie** op zich te nemen, zodat het Zorgkantoor niet met alle losse organisaties hoeft te onderhandelen. Er zijn gesprekken gaande om het Netwerk Dementie Drenthe te formaliseren tot een juridische rechtspersoon. In dat geval kan de kassiersfunctie wellicht worden verlegd.

**Ketenzorg Netwerk Dementie Drenthe**  
EV 181108

