



## Plan van Aanpak borging plan Iris bij DHC

Juni 2011

Els van der Veen  
Coördinator Netwerk Dementie Drenthe  
[netwerk@dementiedrenthe.nl](mailto:netwerk@dementiedrenthe.nl)  
06-21100235

### **Inhoudsopgave**

Inleiding	2
Vraagstelling	4
Methode	4
Resultaten	7
Tenslotte	8

### Bijlagen

1. De functie van Iris
2. visualisatie doelstelling Netwerk Dementie Drenthe
3. Irispraktijken 2010 en 2011



## Inleiding

### ▪ **Ontstaan Iris binnen LDP**

Het Landelijk Dementie Programma (LDP) Drenthe is 21 september 2006 formeel van start gegaan. Plan Iris is onder het LDP ontstaan in de gemeente Coevorden, door een werkgroep van Zorgaanbieders, samen met huisartsenpraktijk Meander.

Huisartsen spelen een centrale rol in de dementiezorg. Hulpvragers gaan bij de eerste tekenen van niet-welbevinden eerst naar hun huisarts. Het blijkt dat voor vele huisartsen de zorg voor deze patiënten veel van hun weinige tijd opslokt, en dat de geboden zorg niet voldoende of op niet-bevredigende wijze gegeven kan worden. In Plan Iris nemen praktijkondersteuners van de huisarts (poh's) een groot deel van het tijdrovende werk van huisartsen. (zie voor functie en taken bijlage 1)

Door het formaliseren en ondersteunen van de functie van de poh 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;
2. de huisartsenpraktijk heeft de mogelijkheid om de centrale rol als poortwachter in de zorgverlening bij dementie op bevredigende wijze in te vullen;
3. en de zorgaanbieders verliezen geen tijd aan de acquisitie van klanten, maar spenderen alleen tijd aan klanten aan wie ook daadwerkelijk zorg geboden wordt.

### ▪ **Netwerk Dementie Drenthe**

Het Netwerk Dementie Drenthe (NDD) is ontstaan uit het Landelijk Dementie Programma Drenthe. Het heeft zich ontwikkeld tot een samenwerkingsverband dat een samenhangend aanbod in de dementiezorg in Drenthe wil realiseren. Alzheimer Drenthe, de Drentse gemeenten, huisartsen, en zorgaanbieders (ziekenhuizen, GGZ, thuiszorg, Verpleeg- en Verzorgingshuizen) participeren in het Netwerk. Doelstelling is om ketenzorg mogelijk te maken en innovatieve initiatieven een plaats te geven.

De stichting Dementie Drenthe fungeert als het formele en dagelijks bestuur van het NDD en neemt besluiten in nauw overleg met de Participanten Raad, waarin alle participanten vertegenwoordigd zijn.

### ▪ **Plaats van plan Iris binnen het Netwerk**

Het Netwerk Dementie Drenthe heeft zichzelf in de jaren 2009 t/m 2011 (zie Regionaal Actieplan 2009-2012 op de website [www.dementiedrenthe.nl](http://www.dementiedrenthe.nl)) ten doel gesteld om de ketenzorg dementie in Drenthe te verbeteren door samen te werken aan vier thema's: Zorgbegeleiding, Plan Iris, Vroegsignalering en ondersteuning mantelzorg door gemeenten en Welzijn, en de Helpdesk Dementie Drenthe. (zie bijlage 2 voor een visualisatie van de doelstelling)

De belangrijkste vraag van cliënten is een vast en vertrouwd contactpersoon in de zorg, in Drenthe een Zorgbegeleider genoemd. Iris kan in de eerste fase van het dementieproces deze Zorgbegeleiding op zich nemen. Wanneer er meer zorg bij de cliënt wordt ingezet wordt het stokje overgedragen aan de (AWBZ-) Zorgaanbieder van voorkeur. Het NDD werkt aan een verbetering van de toeleiding naar Zorgbegeleiding: via de huisartspraktijken (Plan Iris), de gemeenten en welzijn (Vroegsignalering) en de Helpdesk Dementie Drenthe (één vast informatiepunt voor de provincie, zie ook [www.dementiedrenthe.nl](http://www.dementiedrenthe.nl) ).

### ▪ **Pilotperiode Progez**

Het NDD heeft Progez gevraagd om in de jaren 2010 en 2011 plan Iris verder uit te werken en uit te zetten onder een zo groot mogelijk aantal huisartsenpraktijken in Drenthe. In maart 2010 is het startschot gegeven voor de 2-jarige pilotperiode. Plan Iris werd in 2010 uitgezet in 14 huisartspraktijken (35 huisartsen) in Zuid West en Zuid Oost Drenthe. (pilotgroep 1, bijlage 3)



In april 2010 werden zowel praktijkondersteuners, doktersassistenten en huisartsen geschoold in de werkwijze Iris. Hiervoor werd een protocol ontwikkeld; zie [www.dementiedrenthe.nl](http://www.dementiedrenthe.nl) Er werd bovendien een registratie ontwikkeld om te monitoren hoe e.e.a. verloopt.

In januari 2011 werd een presentatie van de eerste resultaten georganiseerd (Progez, januari 2011):

- Het werken met plan Iris levert veel nieuwe diagnoses dementie op
- De huisartsenpraktijk krijgt veel waardering van patiënten en mantelzorgers
- Huisartsen en poh's (Irissen) zijn enthousiast over de werkwijze
- In de huisartspraktijken is meer kennis en ervaring over dementie door plan Iris
- Er zijn minder verwijzingen naar de geheugenpoli's
- Er is sprake van een vermindering van medicalisering van dementie en van een vermindering van medicatiegebruik

Andere HA-praktijken werden opgeroepen om in 2011 met plan Iris te gaan werken. Daarop heeft opnieuw een 20-tal huisartspraktijken zich aangemeld uit Zuid West en Zuid Oost Drenthe (pilotgroep 2, bijlage 3).

Alle 35 Irispraktijken zijn te vinden in 3 gemeenten in ZO en ZW Drenthe: de Wolden, Hoogeveen en Coevorden. In Drenthe Noord zijn – om onbekende redenen - nog geen huisartsen bereid gevonden om mee te doen met plan Iris.

#### ▪ **Aantallen *In Drenthe***

Bij een inwonersaantal van ongeveer 500.000 (= Drenthe), zijn er

- Ongeveer 7000 mensen met een vorm van dementie ( $\pm$  7.000 in 2010, groeiend naar  $\pm$  11.500 in 2030, volgens TNO)
- Waarvan ongeveer 1.900 (27% van het totale aantal, volgens Leidraad Ketenzorg Dementie<sup>1</sup>) die verblijfszorg nodig hebben met 24-uurs toezicht en continu nabije zorg.
- Ongeveer 3.500 mensen (50%, volgens Leidraad Ketenzorg Dementie<sup>1</sup>) bij wie dementie gepaard gaat met dagelijkse begeleidings- of verzorgingsbehoefte. Binnen deze laatstgenoemde categorie: gemiddeld omstreeks 1.600 mensen (23% van het totale aantal, volgens Leidraad Ketenzorg Dementie<sup>1</sup>) die intensieve zorg thuis nodig hebben, en bij wie doorgaans naast de AWBZ-zorg ook de hulp van partner en/of familie aanwezig is.
- Blijft over een groep van 1.600 (7000 minus 1.900 minus 3.500, oftewel 23% van 7000) thuiswonende patiënten in 2010, in de eerste fase van dementie, die nog geen behoefte hebben aan dagelijkse begeleiding, en voor wie plan Iris een belangrijke rol kan spelen in de vroegsignalering en de begeleiding.
- In 2030 zal dit aantal zijn gestegen tot 23% van  $\pm$  11.500 = 2.500 patiënten.

---

<sup>1</sup> Uit Leidraad Ketenzorg Dementie, april 2009, VWS, Alzheimer NL, Actiz, ZN



## Vraagstelling

### ▪ **Netwerk Dementie Drenthe vervolg vanaf 2012**

Het NDD heeft de afgelopen jaren een basisstructuur van ketenzorg dementie tot stand gebracht. Het jaar 2011 besteedt het NDD aan het consolideren en doorontwikkelen ervan. In het najaar 2011 wordt een eerste kwalitatieve evaluatie van het Netwerk uitgevoerd door onderzoeksbureau ARGO, met als centrale vraag: draagt het Netwerk Dementie Drenthe bij tot een kwaliteitsverbetering van de dementiezorg? Daarnaast: wat zijn de ervaringen met de gerealiseerde vernieuwingen en hoe kan de kwaliteit van het aanbod verder worden verbeterd?

### ▪ **Borging Plan Iris – Vraagstelling aan DHC/HZD**

Het NDD is op zoek naar een borging van alle in de afgelopen jaren ontwikkelde activiteiten.

Het NDD vraagt DHC de ondersteuning van bestaande pilotgroepen 1 en 2 van Irispraktijken op zich te nemen en daarnaast in de volgende jaren per jaar 15 tot 20 huisartsenpraktijken aan dat aantal toe te voegen.

Het NDD streeft naar een uitrol naar alle huisartspraktijken van de DHC. Uitgaande van een aantal van 120 huisartspraktijken in Drenthe verwacht het NDD dat de uitrol in 2015 voltooid zal kunnen zijn.

Daarna is een blijvende ondersteuning van de huisartspraktijken van belang, gezien de lage prevalentie en incidentie per huisartsenpraktijk. De opgedane kennis en werkwijze zal daardoor sneller verloren gaan. Het is daarom noodzakelijk om blijvend een vinger aan de pols te houden, ondersteuning te bieden daar waar nodig is en een jaarlijkse herhaling van de scholing verplicht te stellen bij deelname aan Iris.

In onderstaande paragraaf Methode wordt de borging van activiteiten van plan Iris concreet uitgewerkt.

### ▪ **Verdeling van verantwoordelijkheden**

Het NDD blijft 'hoofdaannemer' van de gehele ketenzorg dementie, inclusief plan Iris, en daarmee eindverantwoordelijk. Nota Bene: er is geen sprake van een ketenafpraak aangaande productie van zorg tussen het NDD en de verzekeraar. De financiële onderbouwing van de activiteiten van medewerkers wordt door de organisaties zelf in productieafspraken met de verzekeraar vastgelegd.

De DHC/HZD wordt gevraagd om als 'onderaannemer' op te treden voor de verdere uitrol en inhoudelijke en procesmatige ondersteuning van plan Iris.

## Methode

In deze paragraaf wordt concreet uitgewerkt welke werkzaamheden van de DHC gevraagd worden voor de borging van plan Iris, op welke manier het NDD dat voor zich ziet, en welke tijdsplanning en investering dat zal vergen.

### ▪ **WAT**

De groepen Irispraktijken volgen het eerste jaar – vóór de start - een verplichte geaccrediteerde scholing. Daarna is er voor iedere groep jaarlijks een geaccrediteerde bijscholing en zijn er Intervisiebijeenkomsten (gemiddeld 1 x per 3 maanden = 4x p/jr) voor de Irissen. Daarnaast worden de Irispraktijken ondersteund in de implementatie en in de registratie. De DHC wordt gevraagd coördinatietaken op zich te nemen en ook activiteiten rond promotie van plan Iris op zich te nemen, ism met het NDD.

#### Concrete werkzaamheden:

- *Pilot 1 en 2 groepen:* aan de DHC wordt gevraagd een opzet te maken en te starten met intervisie en/of collegiale consultatie van de Irissen. Activiteit en



kosten zijn uiteraard afhankelijk van opzet en omvang. Irissen kunnen zelf een belangrijke rol hierin spelen; de coördinatie van eea wordt door de HZD gefaciliteerd.

- *Pilot 2 groep (gestart april 2011):* aan de DHC wordt gevraagd allereerst te beoordelen of het pilotkarakter voor deze groep nog gehandhaafd moet worden. Zo nodig moet nog een 2e geaccrediteerde scholingsbijeenkomst voor de huisartsen georganiseerd worden (mocht deze in 2011 niet meer olv Progez plaats kunnen vinden).
- *Verdere uitrol in 20 huisartspraktijken per jaar*
  - Organisatie van verplichte, geaccrediteerde scholing voor huisartsen (2 dagdelen à 4 uur)
  - Organisatie van verplichte, geaccrediteerde scholing voor en POH/iris (3x 1 dag à 8 uur)  
Op basis van
    - Minimaal 8 en maximaal 12 cursisten en
    - huidige scholingsopzet: 12 à 15 uren per cursus
    - 1<sup>e</sup> scholingsdag huisarts is op dezelfde dag als 1<sup>e</sup> scholingsdag poh
- *Coördinatie:*
  - Centrale aansturing en coördinatie tbv implementatie, registratie, overleg, afstemming, advies, promotie, en informatievoorziening aan derden
  - Coördinatie en organisatie van de jaarlijkse scholing(scommissie)
  - Overleg/afstemming met Netwerk Dementie Drenthe en/of externen

▪ **HOE**

Het NDD vraagt de HZD bovenstaande activiteiten uit te voeren door een Kwaliteitsteam Iris in het leven te roepen. Dit Kwaliteitsteam Iris werkt in opdracht van de DHC. De DHC is verantwoordelijk voor een halfjaarlijkse inhoudelijke rapportage en legt eens per 3 maanden een financiële verantwoording af aan het bestuur van de stichting Dementie Drenthe van het NDD. Eén en ander zal worden vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst van het NDD met de DHC/HZD.

▪ **TIJDSPLANNING EN INVESTERING**

<b>activiteit</b>	<b>Planning</b>	<b>Investering en kosten</b>
Overdrachtperiode van Progez naar de DHC	Januari tot april 2012	2 overdrachtsgesprekken, 4 uur per persoon, inclusief reistijd
<u>Pilot 1 en 2 groepen:</u> Intervisie en/of collegiale consultatie opzet maken voor de Irissen.	Januari tot juni 2012	10 uur
<u>Pilot 2 groep (gestart april 2011):</u> Zo nodig een 2e geaccrediteerde scholingsbijeenkomst voor de huisartsen houden (behalve als deze in 2011 plaatsvindt)	Januari tot juni 2012	Zo nodig: Organisatie/coördinatie/administratie plm. 10 uur en kosten vergaderarrangement, accreditatie, docenten, diversen
<u>Verdere uitrol in 20 nieuwe Irispraktijken (groep 3):</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organisatie van verplichte, geaccrediteerde scholing voor huisartsen (2 dagdelen à 4 uur)</li> <li>▪ Organisatie van verplichte,</li> </ul>	September 2012 tot september 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Minimaal 8 en maximaal 12 cursisten en</li> <li>▪ huidige scholingsopzet: 12 à 15 uren per cursus (excl. brengen/halen en huren audiovisuele en andere hulpmiddelen),</li> <li>▪ 1<sup>e</sup> scholingsdag h.a. is op zelfde dag</li> </ul>



geaccrediteerde scholing voor en POH/iris (3x 1 dag à 8 uur)		<p>als 1<sup>e</sup> scholingsdag poh</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ kosten vergaderarrangement incl. drankjes</li> <li>▪ scholingsmap/materialen,</li> <li>▪ accreditatieaanvragen h.a. en poh</li> <li>▪ docenten poh en h.a., incl. reiskosten.</li> </ul>
<p><u>Verdere uitrol in 20 nieuwe Irispraktijken (groep 4,5,6):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organisatie van verplichte, geaccrediteerde scholing voor huisartsen (2 dagdelen à 4 uur)</li> <li>▪ Organisatie van verplichte, geaccrediteerde scholing voor en POH/iris (3x 1 dag à 8 uur)</li> </ul>	September 2013-2014-2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Minimaal 8 en maximaal 12 cursisten en</li> <li>▪ huidige scholingsopzet: 12 à 15 uren per cursus (excl. brengen/halen en huren audiovisuele en andere hulpmiddelen),</li> <li>▪ 1<sup>e</sup> scholingsdag h.a. is op zelfde dag als 1<sup>e</sup> scholingsdag poh</li> <li>▪ Kosten vergaderarrangement incl. drankjes</li> <li>▪ scholingsmap/materialen PM,</li> <li>▪ accreditatieaanvragen h.a. en poh</li> <li>▪ docenten poh en h.a., incl. reiskosten</li> </ul>
<p><u>Coördinatie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centrale aansturing en coördinatie tbv implementatie, registratie, overleg, afstemming, advies, promotie, informatie</li> <li>▪ Coördinatie en organisatie van de jaarlijkse scholing(scommissie)</li> <li>▪ Overleg/afstemming met Netwerk Dementie Drenthe en/of externen</li> </ul>	doorlopend	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 50 uur p/jr in 2012, t/m het jaar waarin (nagenoeg) alle h.a.praktijken in Drenthe met Iris werken. Als vanaf dat moment de nascholing en intervisie lopen zoals gedacht, dan opnieuw stilstaan bij die geschatte 50 jaarlijkse uren.</li> <li>▪ 6 tot 10 uur per jaar</li> <li>▪ 3 à 5 uur per jaar</li> </ul>

#### ▪ **FINANCIËLE ONDERBOUWING**

Het NDD blijft 'hoofdaannemer' van de ketenzorg dementie en is derhalve verantwoordelijk voor de financiële onderbouwing van de ondersteuning van plan Iris. Nota Bene: er is geen sprake van een financiële ketenafpraak aangaande productie van zorg tussen het NDD en de verzekeraar. De financiële onderbouwing van de activiteiten van de medewerkers van de huisartspraktijken (dwz de werkzaamheden van de huisarts, de poh en de doktersassistenten) wordt door de huisartspraktijk zelf in productieafspraken met de verzekeraar vastgelegd.

Het NDD is verantwoordelijk voor de financiering van de ondersteuning van plan Iris, en besteedt deze ondersteuning uit aan de DHC/HZD op basis van een samenwerkingsovereenkomst. Daarin wordt afgesproken dat de DHC/HZD vóór 1 december van ieder jaar een begroting zal indienen en eens per 3 maanden een financiële verantwoording af zal leggen aan het bestuur van de stichting Dementie Drenthe.



## Resultaten

### ▪ WAT

Het Netwerk Dementie Drenthe streeft naar een uitrol naar alle huisartspraktijken van de DHC/HZD in het jaar 2015. Alle Irispraktijken worden daarbij ondersteund door een Kwaliteitsteam Iris van de DHC, met

- regelmatige intervisie voor Irissen,
- jaarlijkse verplichte bijscholingen van huisartsen, Irissen en andere praktijkmedewerkers,
- ondersteuning van individuele praktijken waar nodig,
- een degelijke registratie,
- en een soepel aansluiting op de verzamelde dementiezorg Drenthe in de Zorgbegeleidingsoverleggen.

Patiënten vinden vanaf het begin van het proces van dementie (de 'niet-pluis' fase) een luisterend oor bij hun huisarts en poh, waarbij dementie in een vroeg stadium wordt herkend. Ze worden begeleid in de eerste verwarrende fase en langzaam geïnformeerd over en toegeleid naar de zorg. Wanneer er zorg noodzakelijk wordt, realiseert Iris een 'warme overdracht' naar een vast en vertrouwd contactpersoon, de Zorgbegeleider.

### ▪ Aantallen *In plan Iris*

In april 2010 werd gestart met 14 Drentse normpraktijken van 2350 patiënten, met daarvan 10.500 patiënten van 55 jaar en ouder.

In april 2011 zijn daar nog eens een 20-tal normpraktijken bij gekomen, met 15.000 patiënten van 55 jaar en ouder.

De patiënteninstroom in een Irispraktijk werd berekend op basis van prevalentiecijfers, die van dementie bekend zijn.

Op basis van de patiënteninstroom werd in het eerste pilotjaar door Progez een instroom in de Irisregistratie verwacht van 131 patiënten. Na afloop van dat jaar bleek dat er 145 patiënten werden geïncludeerd. Waarschijnlijk is er sprake van een inhaalslag, waarbij patiënten alsnog gediagnosticeerd en begeleid werden.

Wanneer deze cijfers voorzichtig geëxtrapoleerd worden kan een toename van 120 patiënten per jaar verwacht worden. Dat wil zeggen dat in 2015 alle ca. 120 HA-praktijken van Drenthe en ongeveer 750 patiënten geïncludeerd kunnen zijn in plan Iris.

jaar	Aantal HA praktijken	Aantal HA praktijken cumulatief	Aantal patiënten	Aantal patiënten cumulatief
2010	14	14	145	145
2011	21	35	120	265
2012	20	55	120	385
2013	20	75	120	505
2014	20	95	120	625
2015	20	Totaal = 120	±120	750



## Tenslotte

Het Netwerk Dementie Drenthe ziet in de Drentse Huisartsen Coöperatie (DHC) een zeer geschikte en betrouwbare samenwerkingspartner. Gezamenlijk hopen we de vroegsignalering, de diagnostiek, de begeleiding tijdens de eerste verwarrende fase van dementie en de toeleiding naar de verzamelde dementiezorg te kunnen verbeteren. De ketenzorg dementie in Drenthe zal daardoor nog sterker worden verankerd. Zodat patiënten en mantelzorgers met de mantelzorger uit de bijlage zullen kunnen concluderen:

*"Het is een rotziekte, maar wat de zorg betreft denk ik dat het eigenlijk heel goed gaat bij ons. Het is fijn dat er vanaf het begin steeds iemand is op wie ik kan terugvallen als dat nodig is."*





## Bijlage 1

### De functie van Iris

*"Bij ons ging het eigenlijk heel goed. Ik had het geluk dat Iris bij mijn huisarts werkt. Zij is een soort doktersassistent, geloof ik, of verpleegster, ik weet het eigenlijk niet eens precies. Maar ze doet haar werk goed, dat weet ik wel. Toen ik op een gegeven moment met mijn man bij Iris op het spreekuur kwam voor controle van zijn suiker, heb ik aangegeven dat mijn man erg vergeetachtig wordt. Iris heeft voor ons een afspraak gemaakt bij de huisarts, die eerst allerlei onderzoeken heeft laten doen. Daaruit kwam dat mijn man de ziekte van Alzheimer heeft.*

*Na al die onderzoeken is Iris bij ons thuis geweest en hebben wij samen besproken waar het grootste zorgprobleem lag. Het grootste is de belasting voor mij als partner. Dat wordt iedere dag zwaarder. Ik heb met haar daar erg goed over kunnen praten. Iris heeft mij toen ook uitgelegd wat voor zorg er allemaal mogelijk is. Ik hoefde me niet schuldig te voelen, zei ze, want de zorg is alleen niet vol te houden. Ze heeft toen een afspraak gemaakt met de thuiszorg.*

*Nu komt de thuiszorg iedere week om mijn man te wassen. We hebben nu van de thuiszorg ook een Zorgbegeleider. Jenny heet ze. Ik kan haar altijd bellen en zij houdt een oogje in het zeil. Zij helpt mij nu verder en regelt alles voor me. Geweldig vind ik dat. Volgende week hebben we een afspraak met de maatschappelijk werkster van het verpleeghuis. We gaan dan bespreken wat zij ons kunnen bieden. Want het gaat erom dat ik het volhoud, en ook eens vrij heb, en misschien vindt mijn man het toch ook best wel leuk daar.*

*Het is een rotziekte, maar wat de zorg betreft denk ik dat het eigenlijk heel goed gaat bij ons. Het is fijn dat er vanaf het begin steeds iemand is op wie ik kan terugvallen als dat nodig is."*

*(een partner)*

### Taken en verantwoordelijkheden van Iris

De belangrijkste taken van Iris liggen in de vroegsignalering (niet pluis gevoel) en het verstrekken van informatie over het ziektebeeld dementie en de mogelijkheden van hulp. Iris wijst mensen de weg in de wirwar van allerlei zorginstellingen en patiëntenverenigingen zoals bijvoorbeeld Alzheimer Nederland.

Naast de probleemverheldering en het verstrekken van informatie begeleidt en ondersteunt Iris de groep (licht) dementerenden en hun partners en/of mantelzorgers. Zo legt Iris regelmatig een huisbezoek af en ziet zij de patiënt op haar spreekuur bij de huisartsenpraktijk. Contactmomenten zijn er op de spreekuren van de bloeddrukcontrole, bloedsuikerprikken en bijvoorbeeld de jaarlijkse grieprikken. Iris signaleert en biedt daar waar nodig/wenselijk steun.

Iris inventariseert waar problemen liggen en bespreekt welke vorm van ondersteuning ingezet kan worden. Zij begeleidt de mensen in het formuleren van de hulpvraag en het maken van een weloverwogen keuze voor een hulpaanbod.

Op deze wijze kan Iris snel en adequaat op de vraag van de patiënt inspelen, waardoor de huisarts ontlast wordt.

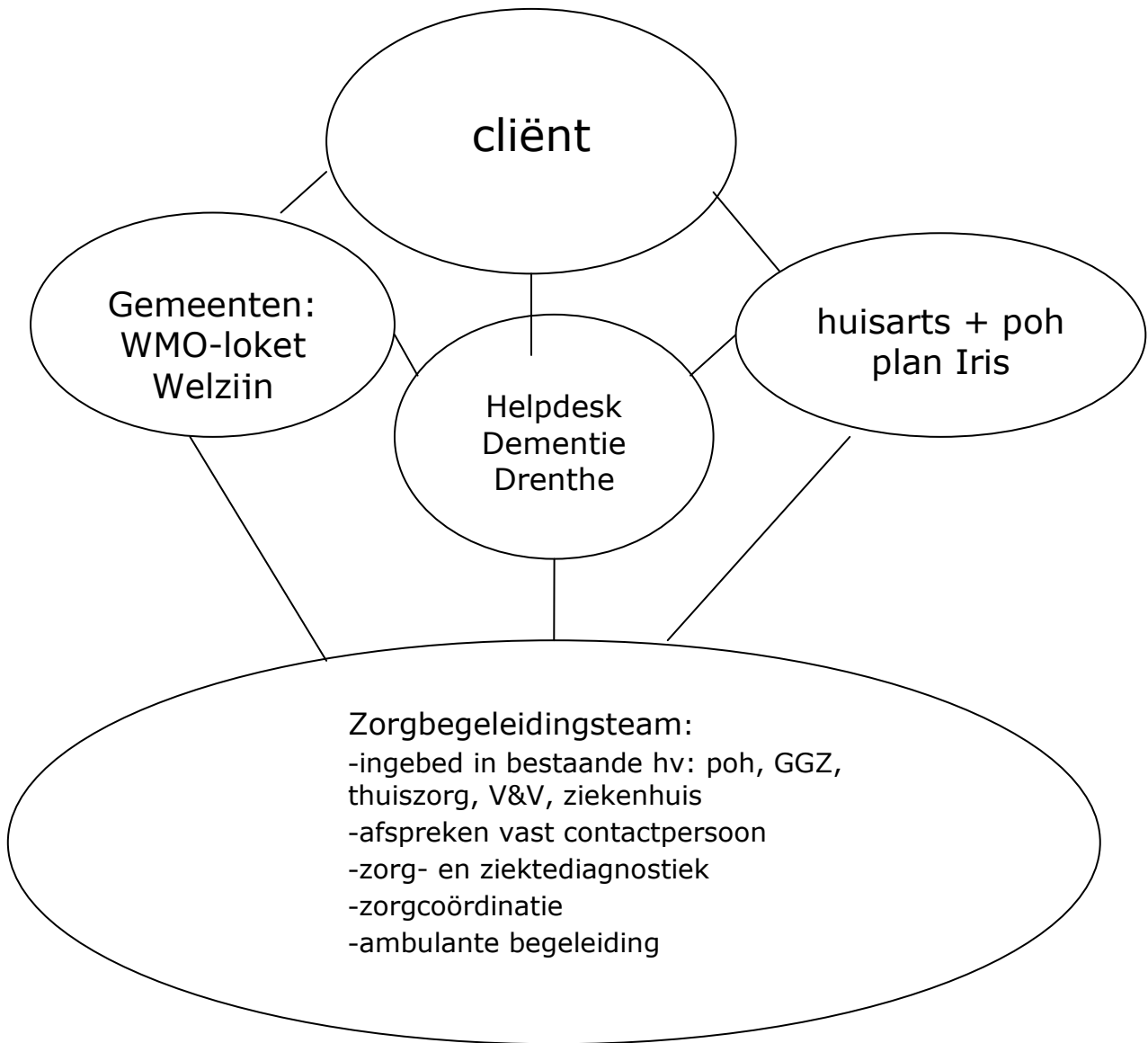
Als er zorg wordt ingezet geeft Iris het stokje van de begeleiding door aan de betreffende zorgaanbieder. Via het Zorgbegeleidingsoverleg en de gebruikelijke contacten (voor het meten van bloedsuiker etc) blijft ze op de hoogte van het wel en wee van de patiënt.

De patiënt en mantelzorger hebben zo vanaf de eerste tekenen van dementie een vast aanspreekpunt in de zorg.



## Bijlage 2

### Visualisatie Doelstelling Netwerk Dementie Drenthe





### **Bijlage 3**

#### **Irispraktijken in 2010 (pilotgroep 1):**

- Meander Coevorden (2),
- Koelemeyer Coevorden,
- Eisenga Erica,
- Thijinge Zuidwolde (4),
- De Weide Hoogeveen (4-5),
- De Wit Ruinen (2),

#### **Irispraktijken in 2011 (pilotgroep 2):**

- De Linde, Hoogeveen (3)
- De Beuken, idem (3)
- De Kastanje, idem (3)
- Hermans/Wortelboer, Coevorden (1)
- Koekange (1,5)
- De Wijk (2)
- Ruinerwold (2)
- Valks/Harwig, Coevorden (2)
- Hagro Sleen, Sleen (2)