



De Minimum Kwaliteit van Zorgbegeleiding als Individuele Ketenzorg Dementie

oktober 2010

Els van der Veen,
coördinator Netwerk Dementie Drenthe

Ideaalbeeld Netwerk Dementie Drenthe

Als alles perfect was

Stelt u zich het ideaalplaatje eens voor. U bevindt zich in een willekeurige Nederlandse regio. De dementiezorg is er volledig gestroomlijnd. Goed opgeleide vrijwilligers en professionals herkennen dementie al bij de eerste tekenen. Elke diagnose wordt vroegtijdig en vakkundig gesteld en de zorgketen die daarop volgt is een vloeiend geheel van care, cure, welzijn en wonen. Losse projecten zijn verleden tijd, want alles hangt met elkaar samen. Er is sprake van continuïteit, de overdracht tussen partijen is soepel en de informatievoorziening helder. Het verpleeg- en verzorgingshuis, de thuiszorg, de GGZ-instelling, de huisarts, de welzijnsinstellingen, het ziekenhuis, de gemeente, alle betrokken partijen zijn van elkaars activiteiten op de hoogte. Ze nemen ook gezamenlijk de verantwoordelijkheid om zwakke schakels en witte vlekken in de dementiezorg te voorkomen.

Cliënten voelen zich geborgen en serieus genomen door overheid, zorgsector en verzekeraars. Iedereen met beginnende dementie weet precies waar hij of zij terecht kan. In de diagnosefase wordt niet alleen de ziekte vastgesteld, maar ook het juiste zorgpad. Zowel mensen met dementie als hun mantelzorgers kunnen op elk moment in het ziekteproces rekenen op steun van hun eigen casemanager. Of het nu gaat om de allereerste ongerustheid bij vergeetachtigheid, de emoties rond de diagnose of ondersteuning met respijtzorg, het aanbod sluit altijd aan op hun ziekte-traject en op hun wensen en knelpunten. Alle zorg is gericht op het 'systeem' waarin degene met dementie zich bevindt.

Uit Vier jaar LDP; dementie op de kaart, 2008



Inhoud

Inleiding	2
Zorgproducten en wat mensen willen	3
Verwachte opbrengsten van Zorgbegeleiding	4
Verwachte vraag naar Zorgbegeleiding	5
Bouwstenen voor goede dementiezorg	5
Zorgbegeleiding	6
○ Situatieschets	6
○ Definitie	6
○ Doelstelling	6
○ Taken	7
○ Rol ZBO	8
○ Beschikbaarheid	8
○ Contactfrequentie	8
○ Criteria Zorgbegeleiders	9
○ Functie-vereisten	10
○ Toetsing	10
Bijlage 1	11
Berekening aantal verwachte uren Zorgbegeleiding.	

Inleiding

Hierboven staat een ideaalbeeld beschreven van de dementiezorg, zoals het Netwerk Dementie Drenthe die wil nastreven. Een (belangrijk) onderdeel daarvan vormt de Zorgbegeleiding.

In het Netwerk Dementie Drenthe is consensus bereikt over de minimum kwaliteitseisen die aan Zorgbegeleiding gesteld worden. Hieronder vindt u hiervan een beschrijving. Deze notitie borduurt voort op het eerder geschreven Protocol Zorg Begeleidings Overleg (Els van der Veen, februari 2010).

De volgende stap is het organiseren van een gerichte scholing, gebaseerd op deze notitie, in samenwerking met Hogeschool Windesheim, die in 2011 aan de vijf ZorgBegeleidingsteams zal worden aangeboden.

In deze notitie wordt eerst ingegaan op Zorgproducten, wat mensen willen en de verwachte opbrengsten van Zorgbegeleiding in Drenthe. Vervolgens komt de verwachte vraag aan de orde (aantallen) en passeren de bouwstenen van Alzheimer NL de revue. Daarna wordt ingegaan op de inhoud van Zorgbegeleiding: definitie, doelstelling, taken, beschikbaarheid, contactfrequentie, criteria en functie-vereisten.



Zorgproducten en Wat mensen willen.

Volgens Alzheimer Drenthe is de grote wens van mensen met dementie en hun mantelzorgers om een vast en vertrouwd contactpersoon te hebben, die hen begeleidt in het zorgproces en de zorg bovendien voor ze regelt en coördineert. Dit wordt door Alzheimer Drenthe liever Zorgbegeleiding genoemd dan casemanagement, de term die in Nederland daarvoor meestal gebruikt wordt. In deze notitie hebben daarom de termen '*Casemanagement*' en '*Zorgbegeleiding*' dezelfde betekenis.

In Nederland wordt inmiddels wel onderkend dat voor kwetsbare ouderen een Zorgbegeleider van belang kan zijn. Hier willen we nogmaals een lans breken voor de wel zeer kwetsbare groep ouderen met een cognitieve stoornis, voor wie de veranderingen die doorleefd moeten worden bij een progressieve ziekte als dementie wel bijzonder verwarrend zijn, en voor wie – zelf verward in het geheugen - de zorg een waar labirint is geworden.

De marktwerking, die in deze tijd op de zorg wordt toegepast, dwingt ons om zorgactiviteiten op te splitsen in en te omschrijven als producten. Volgens Hans Achterhuis is de zorg meer een proces dan een product, waarin de intrinsieke waarde van de relatie tussen zorgverlener en patiënt centraal moet staan. Daarbij past niet een *staccato*-tijd, waarin tijdmeting, efficiency en de logica van de markt geldig is, maar een *legato*-tijd, een vloeiende tijd, waarin plaats is voor rust, duur en aandacht. (zie Hans Achterhuis, de Utopie van de vrije markt, 2010, blz 261-273). We willen proberen om de relatie tussen zorgverlener en cliëntsysteem uit te nutten en de beleving van *legato*-tijd te vergroten.

Maar ook in Drenthe hebben we te maken met de werkelijkheid zoals die nu is. In de formuleringen in de huidige zorg economie maken we onderscheid tussen verschillende 'zorgproducten'. Begeleiding is gericht op het dagelijks leven; het monitort de dagelijkse gang van zaken van de patiënt en stuurt dit zo nodig bij. Zorgbegeleiding richt zich op het ziekte- en zorgproces zelf: een Zorgbegeleider begeleidt het cliëntsysteem in de transities die in het geval van dementie onontkoombaar doorlopen moeten worden en coördineert en regelt de zorg die daarbij nodig is.

Het inkoopbeleid 2011 van Zorgkantoor Achmea draagt al bij aan de mogelijkheden om zorgbegeleiding voor zoveel mogelijk mensen bereikbaar te maken, maar er is nog steeds geen aanspraak, geen prestatie, geen tarief en geen geld. Daarmee blijven de mogelijkheden voor zorgkantoren beperkt en kunnen niet alle klanten (voldoende) geholpen worden.

We pleiten er hier nog eens voor om een AWBZ-indicatie Zorgbegeleiding mogelijk te maken, met een financiering gebaseerd op de verwachte vraag, die in een volgende paragraaf wordt gepresenteerd.

Tot nu toe werd en wordt de activiteit van Zorgbegeleiding door AWBZ gefinancierde organisaties veelal geregistreerd als Begeleiding of Persoonlijke Verzorging. We proberen in Drenthe dit jaar (2010) in de ZBO's de Zorgbegeleiding apart te registreren, onderscheiden van andere zorgproducten, zodat duidelijk wordt hoeveel uren er daadwerkelijk worden ingezet.

Om de samenhang in de integrale zorg voor cliënten - binnen het paradigma van marktwerking, en de daarbij behorende verschillende producten - te verhogen kiezen we in Drenthe ervoor om **Zorgbegeleiding als rol** toe te voegen aan de reguliere zorginzet en niet als aparte functie (in een casemanagementteam met fulltime casemanagers) neer te zetten.



In Drenthe boden in voorgaande jaren al meerdere organisaties Zorgbegeleiding aan aan hun cliënten, vaak casemanagement of zorgcoördinatie genoemd. We hoeven daarom het werk alleen zo te organiseren dat een cliënt één vast contactpersoon heeft, met voldoende niveau, die begeleidt en coördineert. Regelmatig hadden cliënten meerdere hulpverleners, die zichzelf hun 'casemanager' noemden. Een aantal organisaties had in een aantal regio's ook al een overlegstructuur in het leven geroepen, om de dubbelingen er zoveel mogelijk uit te kunnen halen en er daardoor voor te zorgen dat cliënten werkelijk één contactpersoon en Zorgbegeleider zouden hebben.

Op basis van deze bestaande structuren zijn er in Drenthe nu 5 Zorg-Begeleidings-Overleggen (ZBO's) in het leven geroepen, waaraan alle organisaties, die in de betreffende regio Zorgbegeleiding aanbieden, deelnemen. In deze overleggen worden gezamenlijke cliënten besproken en wordt de toewijzing van één van de medewerkers als Zorgbegeleider voorgesteld. Dit voorstel wordt als keuze aan de cliënt voorgelegd; de cliënt heeft uiteraard daarin het laatste woord en kiest zijn/haar Zorgbegeleider. De organisatie die de cliënt niet in Zorgbegeleiding heeft, biedt wellicht nog wel andere 'zorgproducten' aan de cliënt, maar laat de Zorgbegeleiding over aan de daarvoor afgesproken organisatie en medewerker.

Verwachte opbrengsten van Zorgbegeleiding

We verwachten dat deze manier van werken op verschillende manieren positief zal uitwerken:

- We verwachten het gevoel van *legato*-tijd, rust, duur en aandacht, van een integrale zorgverlening voor de cliënt te vergroten, doordat een bekende zorgverlener (en niet wéér een nieuw gezicht) ook de Zorgbegeleiding doet. We verwachten daardoor een groter gevoel van rust, vertrouwen en tevredenheid bij de zorgvragers.
- Door Zorgbegeleiding als rol toe te voegen aan reguliere zorginzet verwachten we de Zorgbegeleiding toegankelijker te maken.
- De Zorgbegeleider zal door haar reguliere werkzaamheden vaker bij de cliënt thuis zijn en beter de vinger aan de pols kunnen houden; dat verhoogt ook de continuïteit in de zorg. De cliënt ervaart de Zorgbegeleider daardoor als dichtbij en vertrouwd en zal minder drempel voelen om hulp in te roepen wanneer problemen zich voordoen.
- De beschikbaarheid van de Zorgbegeleider is groter doordat zij voor haar andere zorgtaken ook al bij cliënt thuis komt.
- Door een gestructureerd overleg te creëren verwachten we een aantal kleinere bestaande overlevormen overbodig te kunnen maken.
- De eerste tekenen duiden erop dat we dubbelingen in coördinatie en begeleiding kunnen voorkomen cq opheffen. We verwachten daardoor een kostenefficiëntie te kunnen bereiken.
- De eerste tekenen duiden op een voorkómen van crisissen. Door een gestructureerd overleg zijn de lijnen korter, kan in een vroeger stadium worden ingesprongen (voordat een crisis ontstaat) en wordt er adequater gehandeld.
- Bovendien verwachten we een verbeterslag in zorgverlening te kunnen maken door het delen van problematische situaties.
- Uit de eerste landelijke onderzoeken naar effecten van casemanagement (oftewel Zorgbegeleiding) blijkt dat het een uitstel van opname veroorzaakt. Daarnaast wordt aangenomen dat door Zorgbegeleiding de situatie langer stabiel kan blijven, en een hogere kwaliteit van leven wordt bereikt. Mantelzorgers zijn daardoor in staat de zorg voor hun partner/familieid langer vol te houden.



Verwachte vraag naar Zorgbegeleiding in Drenthe:

In Drenthe wonen ongeveer 500.000 mensen. Daarvan lijden op dit moment ongeveer 7.600 mensen aan een vorm van dementie. Dat aantal zal volgens TNO groeien naar een aantal van 11.600 in 2030. Uit de Leidraad Ketenzorg Dementie is bekend dat 23%, dat is ongeveer 1600 mensen intensieve zorg thuis nodig hebben. Uitgaande van een caseload van 50 cliënten bij 1 FTE Zorgbegeleiding betekent dat een verwacht aantal van 60.000 Zorgbegeleidingsuren per jaar in 2010 voor de mensen die intensieve zorg behoeven. Als we Zorgbegeleiding willen bieden aan de totale groep thuiswonende mensen met dementie, dan gaat het om een verwacht aantal van 180.000 uur per jaar in 2010.

In 2030 zal het aantal mensen met dementie in Drenthe gegroeid zijn naar een aantal van 11.600. Verwacht kan worden dat dan een aantal van 100.000 uur Zorgbegeleiding op jaarbasis voor de intensieve zorgbehoeftigen nodig is. Willen we Zorgbegeleiding beschikbaar maken voor de totale groep thuiswonende mensen met dementie, dan gaat het om 300.000 uur Zorgbegeleiding per jaar.

Voor de berekening, zie bijlage 1.

Bouwstenen voor goede dementiezorg per fase van het ziekte proces

Het Netwerk Dementie Drenthe is op basis van een Regionaal Actieplan hard aan het werk om de dementiezorg in Drenthe te verbeteren. Het gaat om het realiseren van een goede ketenzorg (samenhang en samenwerking), om de organisatie van een goede toeleiding naar de individuele zorgketen (de Zorgbegeleiding), en om het initiëren van nieuw, tot nu toe ontbrekend, zorgaanbod. De plannen van het netwerk zijn gebaseerd op de bouwstenen, zoals die door Alzheimer Nederland zijn geformuleerd:

Fase 1 Zorgaanbod voor de diagnose

- Informatie, voorlichting en steun
- Signaleren en actief doorverwijzen

Fase 2 Zorgaanbod tijdens en direct na de diagnose:

- Screening en diagnostisch onderzoek
- Trajectbegeleiding/casemanagement/zorgbegeleiding
- Behandeling van patiëntstelsel
- Laagdrempelige informatie en steun voor patiëntstelsel na diagnose.

Fase 3 Zorgaanbod in de manifeste fase:

- Trajectbegeleiding/casemanagement/zorgbegeleiding
- Behandeling van het cliëntstelsel
- Informatie en steun voor patiëntstelsel
- Hulp bij ADL en huishoudelijke zorg
- Vervoer en participatie
- Service en diensten in en rond huis
- Activiteiten voor patiënten
- Respijtzorg/tijdelijk verblijf van de patiënt om de mantelzorger op adem te laten komen 's nachts, in het weekend, vakantie
- Vakantie voor mensen met dementie, al dan niet samen met een partner
- Anders wonen
- Crisishulp

(Uit Leidraad Ketenzorg Dementie, april 2009, VWS, Alzheimer NL, Actiz, ZN)



Zorgbegeleiding

Situatieschets Cliënten met dementie.

In het leven van mensen verandert veel, wanneer er van dementie sprake is. Het leidt maar al te vaak tot een ontwrichting van bestaande (dag)structuren en patronen. In de beginfase, waarin vaak nog geen zorg in huis is, wordt het gewone leven geleidelijk aan moeilijker in stand te houden. De mantelzorger glijdt langzaam in de begeleidende en verzorgende rol.

In het vervolg van het proces zullen steeds opnieuw stapjes terug gedaan moeten worden in het leven dat men gewend was. Deze veranderingen – ook wel **transities** genoemd – betreffen de ziekte, de zorg en sociale rolpatronen. De betrokkenen moeten leren omgaan met deze veranderingen en steeds hun verwachtingen over het verloop van de dementie en het dagelijks leven bijstellen.

Het streven is om de beginsituatie zo lang en zo stabiel mogelijk in stand te houden, met inzet van alleen de onmisbare hulp en zorg. Uiteindelijk is opname meestal onontkoombaar.

Een cliëntensysteem krijgt in deze situatie, vaak voor het eerst, te maken met allerlei zorgmedewerkers, veelal vanuit verschillende organisaties. In veel gevallen wordt de inzet van zorg, zeker in het begin, afgehouden, waardoor de situatie maar al te vaak onnodig escaleert. Het regelen van de zorg is voor velen een extra zorg erbij.

Cliënten hebben herhaaldelijk de wens uitgesproken één vast en vertrouwd contactpersoon (een TomTom+) te wensen, die met ze meedenkt, die hen ondersteunt in de onafwendbare veranderingen (transities) en die de inzet van zorgmedewerkers regelt en coördineert. De inzet van deze Zorgbegeleider draagt bij aan een langer stabiel blijven van de situatie, een hogere kwaliteit van leven, en een uitstel van opname.

Definitie Casemanagement/Zorgbegeleiding:

Het systematisch aanbieden van gecoördineerde zorg en benodigde ondersteuning op het terrein van behandeling, zorg en welzijn door een vaste professional die onderdeel uitmaakt van een lokaal samenwerkingsverband, gericht op thuiswonende mensen met dementie en hun naasten gedurende het hele traject van 'niet pluis' of de diagnose tot en met opname of tot aan overlijden. (Uit Leidraad Ketenzorg Dementie, april 2009, VWS, Alzheimer NL, Actiz, ZN)

Het Netwerk Dementie Drenthe streeft naar een vorm van Casemanagement, Zorgbegeleiding genoemd (op advies van Alzheimer Drenthe) die dicht bij de cliënt staat, die geen aparte functie inhoudt, maar een rol is die de Zorgverlener uitvoert bovenop zijn/haar reguliere zorgtaken, waardoor de bereikbaarheid en de aanspreekbaarheid voor het cliëntensysteem wordt vergroot.

Algemene doelstelling van Zorgbegeleiding dementie:

De realisatie van samenhangende zorg en ondersteuning voor de thuiswonende cliënt met dementie, opdat mensen met dementie zo lang mogelijk thuis kunnen wonen met kwaliteit van leven en met de juiste zorg.

Concrete Doelstelling Zorgbegeleiding bij dementie:

- **Transitiezorg**

Zorg bieden bij overgangen, die het leven van mensen met dementie en hun mantelzorgers tijdelijk op z'n kop zetten en om actieve aanpassing vragen van beiden om weer in een nieuw evenwicht te komen.



- **Ketenzorg**
Een samenhangend aanbod van zorg en ondersteuning bieden met duidelijke afspraken tussen zorgaanbieders die overeenkomen met de wensen en behoeften van mensen met dementie en hun mantelzorgers in alle fasen van de ziekte.
- **Belevings- en omgevingsgerichte zorg**
Zorg bieden, die rekening houdt met gevoelens, behoeften en mogelijkheden van mensen met dementie, op zo'n manier dat zij zich gesteund en geborgen voelen en hun gevoel van eigenwaarde behouden.

Zorgbegeleiding is dus meer dan een 'regel-of verwijsfunctie'; het gaat om ondersteuning, begeleiding van het cliëntstelsel en coördinatie van de zorg.

Taken van Zorgbegeleiders

Deze drie vormen van zorg vertalen zich in de volgende taken van Zorgbegeleiders:

1. Zorgdiagnostiek en Ziektediagnostiek:

De Zorgbegeleider wordt vanaf de eerste transitiefase betrokken bij de zorg.

De Zorgbegeleider verricht intakegesprekken, neemt de cliënt mee in het proces waarin door de deskundigen de zorgdiagnose en de ziektediagnose wordt gesteld, inventariseert en coördineert het netwerk rondom de cliënt (mantelzorg, professionals, vrijwilligers), waarbij in ieder geval de volgende 4 domeinen aan de orde komen:

- woon- en leefomgeving, waaronder ook de financiële situatie
- sociale redzaamheid en zorgsituatie
- geestelijk welzijn
- lichamelijke gezondheid

De Zorgbegeleider is verantwoordelijk voor het zorg/leefplan. Uiteindelijk streven is te komen tot één model Zorg/leefplan rond de cliënt (model van Actiz) dat door alle professionals wordt gebruikt, waar nu door een aantal instellingen aan wordt gewerkt.

2. Ondersteuning, begeleiding en behandeling:

- Geven van voorlichting over het ziektebeeld, het voorkómen en omgaan met problematisch gedrag
- Geven van voorlichting over en het zelf bieden van of inschakelen van praktische ondersteuning
- Geven van voorlichting over en het (indien gewenst) zelf bieden van of inschakelen van therapeutische behandeling, zowel cognitief als gedragsmatig.
- Geven van voorlichting over en het zelf bieden van of inschakelen van psychosociale systeembegeleiding (informatie, psycho-educatie, familiegesprekken, rouwverwerking).
- Bij vragen wordt door de Zorgbegeleider snel, zorgvuldig en accuraat gereageerd.

3. Coördinatie van zorg:

- Fungeert als centrale contactpersoon voor de cliënt, mantelzorger en hulpverleners.
- Coördineert de zorg over de grenzen van de eigen organisatie heen
- Cyclisch coördineren (signaleren, regelen, evalueren en bijstellen) van zorg en behandeling.
- Is betrokken en/of op de hoogte van het diagnostiekproces op de geheugenpoli en neemt deel aan het diagnose gesprek met de cliënt.
- Draagt zorg voor multidisciplinaire bespreking van het zorgleefplan met betrokken disciplines en het cliëntstelsel.
- Neemt deel aan het ZBO, koppelt terug naar het ZBO en stemt de zorg met de andere ZBO-deelnemers op elkaar af.
- Koppelt terug naar huisarts; heeft een korte lijn naar de huisarts en andere hulpverleners en vice versa.



- Signaleert leemten en/of doublures in het zorgaanbod, inefficiënte en/of onduidelijke procedures of communicatieproblemen en bespreekt deze in het ZBO.
- Levert vanuit de eigen deskundigheid een bijdrage aan innovatie en ontwikkeling van het zorgaanbod en het zorgnetwerk.

4. Bij crisis, opname of overlijden:

- Neemt bij (dreigende) crisis de regie of draagt deze over.
- Biedt – binnen de mogelijkheden - nazorg na opname of overlijden en schakelt zo nodig andere hulp in voor een vervolg daarvan.

Rol van het ZBO, consultatie en verwijzing

De Zorgbegeleider is deel van het ZBO-team in de regio en kan en zal via dit ZBO andere disciplines inschakelen of om consultatie vragen.

In de volgende gevallen draagt de Zorgbegeleider zorg voor het inschakelen van andere disciplines en/of voor een bespreking in een multidisciplinair overleg.

Bij vragen over diagnostiek of therapie:

- wanneer er nog geen ziektediagnostiek is gedaan neemt de Zorgbegeleider de cliënt mee in het proces waarin door de deskundigen de zorgdiagnose en de ziektediagnose wordt gesteld;
- als de huisarts ervoor kiest de diagnostiek van dementie uit te besteden, begeleidt de Zorgbegeleider de cliënt;
- cognitieve stoornissen of gedragsproblemen waarbij getwijfeld wordt aan de diagnose dementie;
- dementie met het vermoeden van een behandelbare afwijking;
- snel progressieve dementie of dementie op een leeftijd jonger dan 65 jaar;
- ernstige gedragsstoornissen of ernstige onrust zonder reactie op behandeling;
- vragen over mogelijke behandeling van patiënten met dementie.

Bij problemen met de verzorging:

- toenemende verzorgingsbehoefte van de patiënt en/of dreigende overbelasting van het cliëntstelsel;
- ernstige dementie met verpleegbehoefte (indicatie voor zorg met verblijf).

Beschikbaarheid

Indien wenselijk wordt op verzoek van of door de huisarts de cliënt via één van de deelnemende organisaties bij het ZBO aangemeld, zodat een Zorgbegeleider al in een vroeg stadium (bij het niet pluisgevoel, vóór de diagnose) kan worden ingeschakeld. Diagnose en begeleiding zijn altijd aan elkaar gekoppeld. Dit betekent dat een vaste hulpverlener (de Zorgbegeleider) vanaf het moment van diagnose beschikbaar is. Binnen één week na de diagnose heeft de Zorgbegeleider een gesprek met de cliënt en zijn cliëntstelsel. De zorgbegeleider geeft informatie over welke ondersteuning hij kan bieden bij de transities die de cliënt en zijn cliëntstelsel tijdens het ziekteproces tegenkomen. De cliënt beslist of hij er (nu of later) gebruik van maakt. De beschikbaarheid van de Zorgbegeleider eindigt bij of kort na de opname in een intramurale setting of bij overlijden in de thuissituatie. We streven daarbij naar een geleidelijke afbouw en 'zachte overdracht'.

Contactfrequentie

De Zorgbegeleidingsrol ligt verankerd in de functie van de medewerker. De medewerker wordt binnen haar reguliere functie en werkzaamheden gezien als een deskundig professional in Zorgbegeleiding bij dementie, en vervult deze rol naast de andere taken



binnen zijn/haar functie. Ze is niet een specialist Zorgbegeleiding, maar vervult deze rol naast de andere taken binnen haar functie. Dat betekent concreet dat een medewerker voor een aantal cliënten naast de reguliere zorg ook de zorgbegeleiding op zich neemt. Er is frequent contact tussen cliënt(system) en professional. Hierdoor verwachten we de bereikbaarheid en de aanspreekbaarheid voor het cliëntensysteem te vergroten. Tijdens de transitiefasen is meer contact gewenst dan in de tussenliggende stabielere perioden. De frequentie is dan ook altijd afhankelijk van de situatie en de behoefte van het cliëntensysteem.

Criteria voor Zorgbegeleiders in het Netwerk Dementie Drenthe:

- Centraal in de inhoudelijke criteria voor kennis en kunde van een Zorgbegeleider staat voor het Netwerk Dementie Drenthe
 - een grote affiniteit met dementie en pg-zorg,
 - kennis hebben van de verschillende soorten dementie en de gevolgen daarvan voor patiënt en mantelzorgers
 - goed kunnen observeren, een groot empathisch vermogen hebben en de situatie goed kunnen analyseren
 - een brede overstijgende blik, een helicopterview hebben
 - kunnen inschatten van draagkracht en draaglast van de mantelzorger
 - uitmuntende sociale vaardigheden, attitude kunnen aanpassen aan de situatie
 - een vertaling kunnen maken van zorgvraag naar zorgaanbod
 - en goed kunnen regelen van zorg en overleggen met andere zorgverleners
- Daarnaast is essentieel dat een Zorgbegeleider
 - goed is ingevoerd in het netwerk van dementiezorg, goede kennis van de sociale kaart heeft
 - binding heeft met het lokale gebied waarin gewerkt wordt, op de hoogte is van de hulpmogelijkheden in de regio
 - over de grenzen van de eigen organisatie en van de 'schotten' kan denken en doen
 - een goede gesprekspartner is voor andere hulpverleners, zoals de huisarts.
- Wat betreft de invulling van de rol is een aantal minimumeisen geformuleerd:
 - een minimaal aantal van 24 uren per week werken in de dementiezorg
 - en daarvan minimaal 4 tot 8 uren (1 of 2 dagdelen) aan Zorgbegeleiding besteden, om kwaliteit te garanderen
 - oftewel voor een aantal van minimaal 5 tot 10 cliënten Zorgbegeleiding bieden
 - en aan de andere kant niet alle werkuren aan Zorgbegeleiding besteden, maar deze rol verankeren binnen de eigen functie.
- Plaats in de organisatie:
 - Zorgbegeleiding wordt uitgevoerd onder leiding van de eigen leidinggevende binnen de in het Netwerk geldende criteria en bepaalde werkwijze.
 - De uren die aan Zorgbegeleiding worden besteed worden vrij geroosterd binnen de werkweek. Dat betekent concreet dat een Zorgbegeleider binnen haar dienstverband minimaal 1 of 2 dagdelen per week vrijgemaakt wordt om aan Zorgbegeleiding te besteden.
 - Binnen een organisatie is meer dan 1 medewerker als Zorgbegeleider actief; een Zorgbegeleider is binnen haar organisatie niet een 'één-pitter'. Dat betekent dat, om kwaliteit te garanderen, een organisatie minimaal 2 Zorgbegeleiders vrij roostert, die samen minimaal 8 tot 16 uren (2 tot 4 dagdelen) Zorgbegeleiding bieden, aan minimaal 10 tot 20 cliënten.
 - In het werk van de Zorgbegeleider staat het cliëntbelang voorop en mag het belang van de eigen organisatie niet prevaleren. Bij loyaliteitsconflicten, die hierdoor mogelijk voor de Zorgbegeleider kunnen ontstaan, kan hij/zij een beroep doen op de coördinator van het Netwerk en de betreffende Stuurgroepen.



Functievereisten:

Algemeen: bij voorkeur HBO-niveau en ruime ervaring in de zorgsector met als aandachtsgebied psycho-geriatrie.

Meer specifiek:

- HBO werk- en denkniveau, bij voorkeur een opleiding op HBO niveau, aangevuld met specifieke scholing Zorgbegeleiding.
- Aantoonbare kennis van en ervaring met dementie- en mantelzorgproblematiek. Daarbij valt te denken aan sociaal psychiatrische deskundigheden en interventiemethodieken, voor:
 - het begeleiden van de transities;
 - het ondersteunen van het cliëntsysteem
 - het werken vanuit 'belevingsgerichte zorg'
 - het signaleren van comorbiditeit
- Bekendheid met onderdelen van dementiezorg
 - kennis van de sociale kaart en het Netwerk Dementie
 - kennis van regelgeving rond financiering van dementiezorg
- Affiniteit met de doelgroep en de juiste mix tussen betrokkenheid en afstand bewaren
- Kunnen omgaan met belangentegenstellingen zowel binnen het cliëntsysteem als tussen cliëntsysteem en derden.
- In staat zijn om binnen het Netwerk Dementie en het Zorgbegeleidingsoverleg samen te werken met andere hulpverleners en disciplines
- Beschikken over organisatorische en sociale vaardigheden.

Toetsing.

Op basis van deze notitie wordt door Hogeschool Windesheim gewerkt aan een gerichte scholing, die per Zorgbegeleidingsteam zal worden aangeboden. Op basis van deze scholing zal een methodiek ontwikkeld worden om de gewenste criteria en functievereisten te toetsen op kwaliteit. Hoe de toetsing eruit zal zien is op dit moment nog niet bekend. Wel is zeker dát er een toetsing zal plaatsvinden.



Bijlage 1

Berekening aantal verwachte uren Zorgbegeleiding.

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

- Ongeveer 7000 mensen met een vorm van dementie (= 7.157 in Drenthe, groeiend naar 11.625 in 2030, volgens TNO)
- Ongeveer 3.500 mensen (50%) bij wie dementie gepaard gaat met dagelijkse begeleidings- of verzorgingsbehoefte.
- Binnen deze laatstgenoemde categorie: gemiddeld omstreeks 1.600 mensen (23% van het totale aantal) die intensieve zorg thuis nodig hebben, en bij wie doorgaans naast de AWBZ-zorg ook de hulp van partner en/of familie aanwezig is. (Uit Leidraad Ketenzorg Dementie, april 2009, VWS, Alzheimer NL, Actiz, ZN)
- Voorts ongeveer 1.900 (27% van het totale aantal) die verblijfszorg nodig hebben met 24-uurs toezicht en continu nabije zorg
- Uitgaande van een caseload van 50 cliëntsystemen voor een fulltime Zorgbegeleider zijn er in Drenthe minimaal 32 FTE (x 50 cliënten = 1.600 cliënten) nodig. Dat betekent (32 ZB'ers x 36 uur x 52 weken =) 59.904 Zorgbegeleidingsuren.
- **Kortom voor 2010:** voor de 1.600 mensen die intensieve zorg thuis nodig hebben is ongeveer 60.000 uur Zorgbegeleiding nodig. Tellen we daarbij de andere helft (3.500) mensen die ook lijden aan dementie, (en die dus geen verblijfszorg nodig hebben), dan wordt het aantal uren verdriedubbeld tot 180.000.
- **Voor 2030:** groeit het aantal mensen met dementie dat intensieve begeleiding nodig heeft van 1.600 naar (ongeveer 23% van 11.625 =) 2.600. Dat betekent (weer bij een caseload van 50 cliënten op 1 fulltime Zorgbegeleider) 52 ZB'ers x 36 x 52 weken = 97.344 oftewel een minimaal aantal van bijna 100.000 Zorgbegeleidingsuren per jaar in 2030. Als we dat verdriedubbelen, namelijk als we willen dat alle mensen met dementie Zorgbegeleiding hebben, komen we op een aantal van 300.000 uren per jaar.