

Toekomstvisie Netwerk Dementie Drenthe

Els van der Veen
26 oktober 2015

Inhoud:

- Toekomstvisie Netwerk Dementie Drenthe (NDD)
- Activiteiten van het NDD om de ambitie te realiseren
- Voorstel 1, wb samenstelling stichtingsbestuur
- Voorstel 2, wb Voorlichting en scholing
- Voorstel 3, wb Gino
- Bijlage

I. Toekomstvisie Netwerk Dementie Drenthe (NDD)

Voorgeschiedenis

In 2002 werd het Rapport van de Gezondheidsraad gepubliceerd, waarna in 2004 het Landelijk Dementie Programma (LDP) van start ging. Doelstelling was: de dementiezorg op lokaal en regionaal niveau beter af te stemmen en effectiever te maken.

Volgens René Denis¹ kunnen we de ontwikkeling van de netwerken indelen in 3 periodes:

1. van versplintering naar samenhang (2005-2010)
2. doorontwikkeling van dementienetwerken (2010-2015)
3. dementiezorg anders en slimmer organiseren (2015-2020)

Na 10 jaar is de conclusie in 2015 dat dementiezorg zeker gebaat is bij het goed functioneren van regionale dementienetwerken. We staan nu voor de klus de dementiezorg slimmer te organiseren zodat het voorbereid is op de toekomst.

In 2013 is de Zorgstandaard Dementie definitief geworden. Daarin wordt casemanagement dementie uitgebreid beschreven. Zie bijlage.

In 2014 is het Dementie Deltaplan van start gegaan, waarin een Praktijkverbeterprogramma als één van drie pijlers is opgenomen. Daarin zijn drie voorwaarden gesteld: 1. de organisatie van dementiezorg op regionaal niveau in dementienetwerken, 2. eenduidige financiering en 3. landelijk registratie.

Voorgeschiedenis en stand van zaken in Drenthe

In Drenthe is in oktober 2006 het LDP Drenthe van start gegaan. Ook in Drenthe was de doelstelling: de dementiezorg op lokaal en regionaal niveau beter af te stemmen en effectiever te maken.

In 2009 werd, als vervolg op het LDP, het Netwerk Dementie Drenthe en de stichting Dementie Drenthe opgericht. De Zorg Standaard Dementie is door het netwerk als streefdocument geaccepteerd.

De vraag naar één aanspreekpunt in de zorg werd tijdens het LDP in heel Nederland door cliënten als het belangrijkste speerpunt benoemd. Ook in Drenthe is daaraan hard gewerkt.

Na 9 jaar is de opbrengst van het Netwerk Dementie Drenthe², zowel voor de cliënt als voor de participerende organisaties, nog eens bevestigd in de vergadering van de Participanten Raad dd 22 april 2015.

Terwijl andere dementienetwerken in het land een vol pakket nastreven³, speelt het NDD bewust een bescheidener rol (volgens het "netwerkmodel"): het NDD wil niet zelf zorgaanbieder worden, maar verbindingen leggen in aansluiting en als aanvulling op de zorg. Het NDD wil bovendien nadrukkelijk meebewegen in de stroom van ontwikkelingen die plaatsvinden.

Vraagstelling

Er zijn grote hervormingen in de zorg gaande. De AWBZ is vervangen door WLZ, ZVW en Wmo; de zorgverlening verschuift van 3^e en 2^e naar 1^e en 0^e lijn. De bedoeling is dat zorg en ondersteuning zoveel mogelijk lokaal wordt georganiseerd en dat burgers meer zelf moeten doen, en meer terug moeten vallen op hun eigen informele netwerk. Omdat door deze hervormingen steeds meer de nadruk komt te liggen op zelfmanagement en informele netwerken, zal vroegtijdige signalering van dementie(problematiek) nog meer aandacht moeten krijgen.

Bij het vroegtijdig signaleren speelt de huisarts(praktijk) een belangrijke rol.

Ook de gemeente moet voor haar burgers een steeds grotere rol spelen in signalering van dementie(problematiek) en begeleiding en opvang van mensen met dementie.

¹ De toekomst van dementieketens, René Denis, Tijdschrift over ouder worden & samenleving, Geron, 1/2015

² Zie de Opbrengst van het Netwerk Dementie Drenthe, van der Veen, maart 2015

³ Het geïntegreerde model waarbij casemanagers in dienst zijn bij één ketenorganisatie, casemanagement een functie is, en diagnostiek en behandeling intern door een expertteam worden aangeboden

De wijkverpleegkundige is de schakel tussen het medische en het welzijnsdomein. Het casemanagement dementie is sinds 1 januari 2015 belegd bij de wijkverpleegkundige (S2). Kortom: huisartspraktijken, gemeenten en wijkverpleegkundigen worden steeds belangrijker spelers in de dementiezorg.

De **vraagstelling** voor het Netwerk Dementie Drenthe is nu:

Als de driehoek huisarts, wijkverpleegkundige en gemeente op lokaal niveau goed gaat functioneren, is een apart netwerk dementie op regionaal niveau dan nog wel nodig? En zo ja, wat is dan de positie en de rol die het Netwerk moet spelen?

Toekomstvisie

De leden van het netwerk hebben besloten om (de resultaten van) het netwerk niet als 'een kind met het badwater weg te gooien', maar om een visie te ontwikkelen op wat de meerwaarde van het Netwerk Dementie Drenthe in de toekomst kan zijn. Het gaat er om: Wat zijn de onderdelen van goede dementiezorg die niet op lokaal niveau, in de driehoek, kunnen worden geregeld en regionaal moeten worden opgepakt. We redeneren dan vanuit het lokale naar het regionale in plaats van andersom.

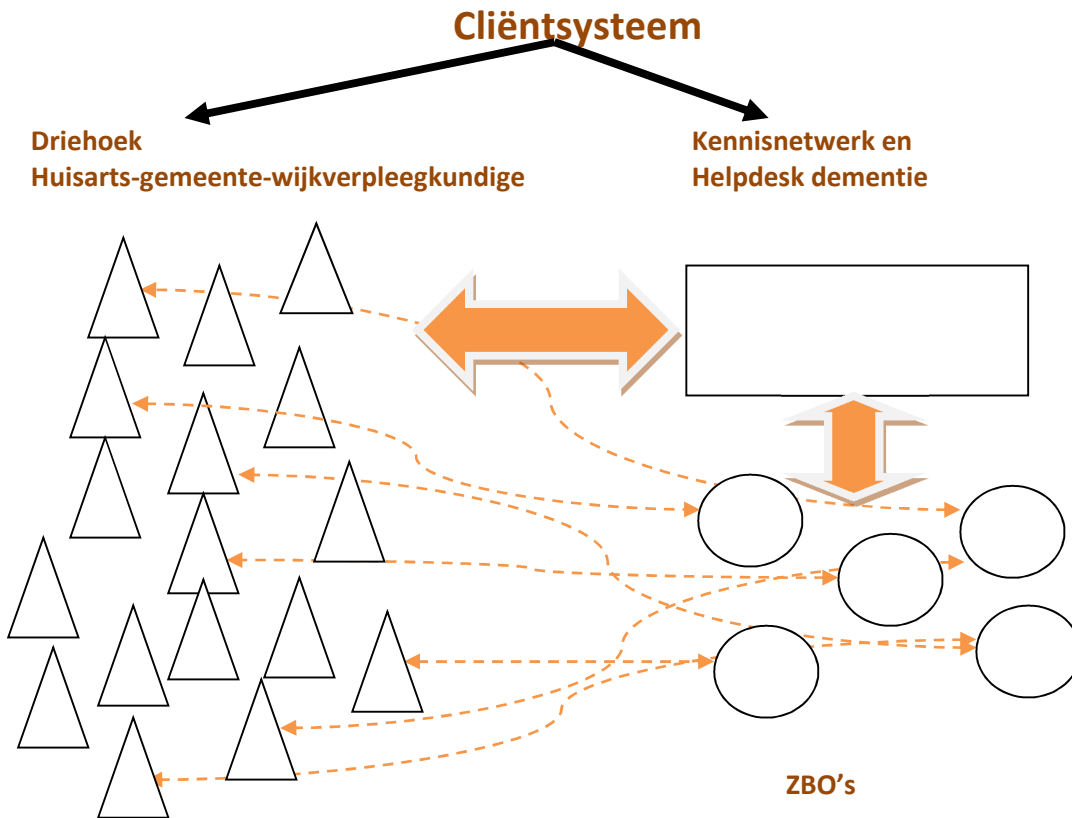
De **grote lijnen** voor de nabije toekomst :

- De Participanten Raad heeft zich uitgesproken voor het in stand houden van een Netwerk **Dementie**. Het NDD blijft onderzoeken of er op de lange termijn een verandering zou moeten plaatsvinden in een verbreding van de doelgroep naar kwetsbare ouderen.
- Voor de nabijere toekomst stellen we ons ten doel dat het NDD samenhang in de dementiezorg nastreeft voor zover het de kwaliteit en de vindbaarheid van de dementiezorg bevordert en waarborgt.
- De rol van het NDD verschuift naar die van een ondersteunend kwaliteitsnetwerk en houdt zich in de toekomst niet bezig met de samenhang en samenwerking van de lokale zorg, maar ondersteunt de zorg, die dan op wijkniveau georganiseerd zal worden, op het gebied van dementiezorg.
- We positioneren nu en in de toekomst het casemanagement dementie bij een gespecialiseerd wijkverpleegkundige, die als specialist aanspreekpunt is voor collega's (binnen en buiten haar eigen organisatie) en anderen in de lokale zorg.

De rol van het Netwerk Dementie Drenthe gevisualiseerd (zie hieronder):

- In de driehoeken huisarts – wijkverpleegkundige – gemeente vindt in de toekomst de organisatie van de zorg plaats op wijkniveau, door de genoemde partijen. Het netwerk heeft daar in de toekomst geen bemoeienis mee, maar zal dan deze partijen ondersteunen w.b. kennis van dementiezorg. De driehoeken zijn nu in beweging en zoekende naar hun vorm en rol; het netwerk zal, rekening houdend met die beweging, langzaam groeien naar haar kwaliteitsondersteunende rol. Hoe beter de dementiezorg in de driehoeken is geregeld, hoe kleiner de rol van het NDD zal hoeven zijn.
- De rechthoek stelt voor het kennisnetwerk dementie, waar vanuit de kwaliteit van de dementiezorg in Drenthe gewaarborgd wordt.
- De cirkels stellen voor de vijf ZBO's; een regionale organisatie van casemanagers dementie blijft van belang om de kwaliteit en vindbaarheid van de dementiezorg te waarborgen. De gespecialiseerde wijkverpleegkundigen, die casemanagement dementie bieden, vinden in het regionale ZBO en MDDT een plaats waar ze te rade kunnen gaan bij hun collega's en complexe situaties met elkaar kunnen bespreken; waar informatie wordt opgedaan betreffende ontwikkelingen in de dementiezorg en regelgeving en zorgaanbod in de regio e.d.; en waar zorg kan worden afgestemd met andere dementiezorgprofessionals (bijv. thuiszorg met V&V of GGZ).

aanbieder), zodat dubbelingen in coördinatie en begeleiding voorkómen kunnen worden. In sommige gevallen zijn wijkverpleegkundigen die deelnemen in de driehoek (verbonden aan een huisartspraktijk en/of een sociaal wijkteam van de gemeente) ook gespecialiseerd wijkverpleegkundige en dus ook casemanager dementie.



Termijn

Deze bovenstaande ambitie wil het netwerk gerealiseerd zien in september 2019. In september 2017 wil het netwerk een tussenevaluatie uitvoeren. Zowel de tussenevaluatie en de evaluatie zullen tzt goed worden voorbereid.

Doelen: in 2019 moeten de driehoeken goed werken. De klanttevredenheid is gestegen en de mantelzorgers zijn minder overbelast; toetsbaar via de Mantelzorgmonitor van Alzheimer Nederland.

Hieronder wordt een meerjarenplan uitgelegd om dit doel te bereiken. Per kalenderjaar worden de activiteiten geconcretiseerd in Jaarplannen.

II. Activiteiten van het NDD om de ambitie te realiseren

De **speerpunten** van het Netwerk Dementie Drenthe zijn als volgt geformuleerd:

1. Samenhang in de dementiezorg
2. Goede kwaliteit van dementiezorg
3. Duidelijk vindbare dementiezorg

Uitgaande van de drie speerpunten, geef ik hieronder een **uitwerking** met een aantal aspecten, die m.i. van belang zijn voor de toekomst:

1. Samenhang in de dementiezorg

De **organisatie** van de (dementie)zorg wordt in de eerste plaats gerealiseerd in de driehoek huisarts – wijkverpleegkundige – gemeente; dit noemen we (vanaf nu) de dementieketen. De samenhang, dus de verbindingen die in het netwerk zijn gelegd bieden een kwaliteitsnetwerk, waarbinnen dementieketens functioneren. Het netwerk is zelf niet een zorgaanbieder, en heeft dus nadrukkelijk niet de organisatie van de directe zorg als doel, maar is ondersteunend en stimulerend voor de aanbieders van zorg, die in zorgketens met elkaar afspraken maken over de organisatie van dementiezorg.

De dementieketens strekken zich uit over de verschillende financieringsschotten: van Wmo tot ZVW tot WLZ. Dat brengt een aantal zaken met zich mee, die goede dementiezorg kunnen belemmeren: Ten eerste spreken de uitvoerende hulp- en zorgverleners vaak een andere taal, en kennen ze een verschillende (werk)cultuur (vergelijk bijvoorbeeld Welzijn en GGZ). Het woordgebruik is anders, de attitude verschilt, het is daardoor soms moeilijk om elkaar te 'bereiken'. Het dementienetwerk 'vertaalt', ondersteunt en faciliteert de verbinding tussen de verschillende partijen.

Het tweede punt is dat de uitvoerende organisaties vaak niet alleen dementie als aandachtspunt hebben, maar zich bijvoorbeeld richten op de doelgroep 'kwetsbare ouderen'. Het dementienetwerk heeft wél alleen dementie als aandachtspunt en spreekt de netwerkdeelnemers steeds aan op hun verantwoordelijkheid w.b. dementiezorg, en ondersteunt de deelnemers daarin.

Het netwerk faciliteert contacten, wijst steeds opnieuw op het belang van aandacht voor de specifieke problemen die dementie met zich meebrengt, het netwerk trekt en duwt aan de kwaliteit, en port de leden op om de dementiezorg te onderhouden en te verbeteren.

De samenhang, die door het netwerk wordt gerealiseerd is van belang (als middel, als kader) om gezamenlijk de kwaliteit en de vindbaarheid van dementiezorg in Drenthe te kunnen waarborgen. De Zorg Standaard Dementie wordt door het netwerk gehanteerd als 'meetlat'; de cliënt en zijn/haar verzorgers zijn het uitgangspunt.

Dat betekent dat het netwerk 'ontmoetingsplaatsen' organiseert voor de medewerkers van de participerende organisaties. Daar vindt de 'agendasetting' plaats en worden activiteiten, met kwaliteit en vindbaarheid als doel, in gang gezet en uitgevoerd.

Uitwerking:

- De Participanten Raad blijft bestaan in de huidige vorm en vergadert 2 x per jaar. Hier vindt agendasetting en besluitvorming op grote lijnen plaats.
- Stichtingsbestuur: de samenstelling van het stichtingsbestuur wordt aangepast om de afspiegeling van de Participanten Raad in het bestuur en het draagvlak te vergroten, door een aantal niet-Espria participanten bij het bestuur te laten aansluiten. Een eerdere versie van deze notitie Toekomstvisie is nu meteen al becommentarieerd door de niet-Espria stuurgroepvoorzitters, zodat een breder draagvlak ook al in de voorbereiding op de Participanten Raad van oktober 2015 een vorm heeft gekregen. De stuurgroepvoorzitters hebben vervolgens een voordracht geformuleerd. Het voorstel van het stichtingsbestuur om drie regionale bestuurders (eerst als proef) als adviseur bij het stichtingsbestuur te laten aansluiten, waardoor regionale aanbieders meer invloed hebben op het beleid, is in de Participanten Raad van 21 oktober 2015 aangenomen. **(zie Voorstel 1)**
- De rol van de Stuurgroepen staat ter discussie. De stuurgroepleden zullen eind 2015 zelf hun rol evalueren. Daarna en op basis daarvan zal besloten worden of en hoe de stuurgroepen verder gaan. In samenhang daarmee wordt daarna definitief besloten hoe het bestuur verder zal gaan: met adviseurs of met (statutair) extra bestuursleden.
- De werkwijze met de provinciale werkgroepen rond de werkpakketten is tot nu toe productief gebleken en blijft vooralsnog bestaan. Over de indeling van deze werkgroepen wordt nog gesproken.
- De casemanager staat naast de cliënt en is voor hem/haar de 'ketenregisseur': aanspreekpunt, coördinator van zorg en begeleider door het dementieproces. De ZBO's zijn de ontmoetingsplaats waar de gespecialiseerde wijkverpleegkundigen voor kennis en kwaliteitsondersteuning bijeen komen. Dubbelingen in zorg en witte vlekken worden door dit overleg eruit gehaald, en expertise wordt gedeeld. De Drentse dementiezorg is daardoor niet versnipperd maar samenhangend, kwalitatief goed, en vindbaar.

2. Goede kwaliteit van dementiezorg

Het netwerk ontwikkelt zich tot een **kwaliteitsnetwerk**, waarin kennis aanwezig is A. voor burgers en cliënten, B. voor leden van de driehoek, en C. voor casemanagers dementie.

Welke rol het netwerk zou kunnen en moeten spelen in de voorlichting aan een vierde groep, nl andere professionals (denk aan fysiotherapeuten, pedicures, notarissen, politieagenten, supermarktpersoneel etc) wordt in een concreet voorstel uitgewerkt.

Het netwerk acht de samenwerking met Alzheimer Drenthe van groot belang. Alzheimer Drenthe en het Netwerk dienen immers dezelfde doelgroep, namelijk de mensen met dementie en hun mantelzorgers. Nu het netwerk verder opschuift naar een kennisnetwerk komen de werkzaamheden, zeker op het gebied van voorlichting, dichter bij elkaar te liggen.

Het netwerk heeft samen met Alzheimer Drenthe een voorstel geschreven (**zie Voorstel 2**) en aan de Participanten Raad voorgelegd. Dit voorstel is door de Participanten Raad op 21 oktober 2015 aangenomen.

Uitwerking:

A. voorlichting , informatie en vraagbaak over dementie en dementiezorg in Drenthe (dementievriendelijk Drenthe)

- **voor** burgers, cliënten, en mantelzorgers
- **door**
 - bijv website, Flyers, Helpdeskkaarten, persberichten, info in gemeentegidsen e.d. ;
 - en door de Helpdesk Dementie Drenthe (telefoon en e-mail) voor individuele adviezen.

Hiervoor is inmiddels een informatie- en communicatieplan geschreven.

- en door voorlichtings- en scholingsbijeenkomsten bijv voor mantelzorgers en vrijwilligers;
- B. vraagbaak en ondersteuning op het gebied van dementie
- **voor** leden van de driehoek: huisartspraktijken, wijkverpleegkundigen, gemeenten
 - **door**
 - website, Flyers, e.d.
 - door voorlichtingsbijeenkomsten, bijv voor sociale wijkteams, huisartspraktijken
 - door deskundige ondersteuning bij bijv het realiseren van een gemeentelijk ondersteuningsaanbod voor dementie
 - door de Helpdesk Dementie Drenthe (telefoon en e-mail, individuele vragen),
 - door de gespecialiseerde wijkverpleegkundigen (casemanagers dementie)
 - door de regionale MDDT's (Multi Disciplinaire Dementie Teams)
- C. kwaliteitsondersteuning van casemanagement dementie in Drenthe
- **voor** casemanagers/zorgbegeleiders dementie.
 Zoals er ook wijkverpleegkundigen zijn die gespecialiseerd zijn in wondzorg, zo zijn er ook wijkverpleegkundigen die als specialisatie dementie hebben. Zij zijn de casemanagers dementie, met affiniteit met de doelgroep en deskundigheid over de ziekte en de dementiezorg. Immers: niet alle wijkverpleegkundigen zijn deskundig wb dementie. De kwaliteit van deze specialisten wordt door het NDD bewaakt en onderhouden, zodat het minimum kwaliteitsniveau van de casemanagers dementie gehandhaafd blijft, zoals dat binnen het netwerk is afgesproken in de Minimumkwaliteit ⁴.
 - **door**
 - door nascholingen te geven in de ZBO's, over onderwerpen die de casemanagers zelf aandragen
 - door de organisatie van regionale Multi Disciplinair Dementie Team (MDDT) in de ZBO's, een regionaal expertiseteam, bestaande uit een Specialist Ouderengeneeskunde en een psycholoog, die anoniem adviezen geven aan zorgbegeleiders; dit expertiseteam is bedoeld als vangnet voor die casemanagers en cliënten die niet elders met specialisten kunnen worden besproken.
 - door het ZBO zelf; sommige wijkverpleegkundigen uit de driehoek zullen zelf gespecialiseerd dementiewijkverpleegkundige zijn en dus casemanager, en dus deelnemen in een regionaal ZBO; andere wijkverpleegkundigen zijn dat niet, maar kunnen bij een casemanager dementie kwaliteitsondersteuning vinden. In het ZBO vindt plaats:
 1. casuïstiekbepreking; een dementie-wijkverpleegkundige kan hier haar collega's ontmoeten en laagdrempelig raad en advies uitwisselen over casuïstiek. In het ZBO versterken casemanagers elkaar, over de grenzen van de eigen organisatie heen
 2. uitwisseling van informatie over ervaringen in de lokale situatie; hier wordt lokale kennis met elkaar gedeeld, en wordt ook kennis rond bijv indicatiestellingen, zorgtoewijzing e.d. met elkaar gedeeld. In het ZBO worden tips uitgewisseld, regels aan elkaar uitgelegd, informatie over lokale nieuwe voorzieningen gedeeld e.d.
 3. afstemming van zorg; bijv wanneer er dubbelingen in zorg (coördinatie en begeleiding) voorkomen, of bijv in geval van noodzakelijke (crisis) opnames; hier worden ook best practices met elkaar gedeeld. Hiervoor wordt tot nu toe gebruik gemaakt van Gino Caseboek; een voorstel wb vervanging hiervan door Egpo is in de Participanten Raad van 21 oktober 2015 aangenomen. **(zie Voorstel 3)**

⁴ Kwaliteit Ketenzorg Dementie, van der Veen, okt 2010

3. Duidelijk vindbare dementiezorg

De vindbaarheid van dementiezorg, voor zowel cliënten als professionals, is mogelijk doordat er samenhang binnen de Drentse dementiezorg is en blijft gerealiseerd door het NDD. Drentse dementiezorg is direct te vinden via de website en de Helpdesk, als aanmeldpunt van casemanagement dementie. Zonder een ZBO mist een casemanager bovenstaande kwaliteitsondersteuning, en versnipperd de zorg dermate dat het niet of nauwelijks meer te vinden en te onderscheiden is van andere zorg. Door het samenbrengen van en het verbinden van de gespecialiseerde casemanagers kunnen we kwaliteitsondersteuning bieden en ook naar buiten toe de dementiezorg toegankelijk aanbieden.

Tenslotte

Met deze definitieve versie van onze Toekomstvisie heeft het Netwerk Dementie Drenthe de koers uitgezet, die het de komende jaren wil varen.



Voorstel 1, wb samenstelling stichtingsbestuur

In de Toekomstvisie staat beschreven dat de samenstelling van het stichtingsbestuur wordt aangepast om de afspiegeling van de Participanten Raad in het bestuur en het draagvlak te vergroten, door een aantal niet-Espria participanten bij het bestuur te laten aansluiten. Een eerdere versie van deze notitie Toekomstvisie is nu meteen al becommentarieerd door de niet-Espria stuurgroepvoorzitters, zodat een breder draagvlak ook al in de voorbereiding op de Participanten Raad van oktober 2015 een vorm heeft gekregen.

De stuurgroepvoorzitters hebben inmiddels een voordracht geformuleerd:

- Zuid Oost – Frank van der Linden, directeur-bestuurder van Tangenborgh
- Noord – Henk de Vries, directeur-bestuurder van Interzorg
- Zuid Midden West – Gerard Schoep, directeur-bestuurder van ZZWD of Peter Visch, directeur - bestuurder van de Stouwe.

Voorstel van het stichtingsbestuur is om deze bestuurders eerst als adviseur bij het stichtingsbestuur te laten aansluiten, waardoor regionale aanbieders meer invloed hebben op het beleid. De statuten hoeven dan nog niet te worden gewijzigd.

In samenhang met de evaluatie van de rol van de stuurgroepen wordt daarna definitief besloten hoe het stichtingsbestuur verder zal gaan: met adviseurs of met (statutair) meer bestuursleden.



Voorstel 2, wb Voorlichting en scholing

Landelijk beleid

In de kamerbrief Samenleven met dementie verwoordt staatssecretaris van Rijn vier pijlers voor maatregelen ten behoeve van het zo lang mogelijk behouden van kwaliteit van leven. De eerste van deze pijlers is te werken aan een *Dementievriendelijke samenleving*. De staatssecretaris schrijft⁵:

Dementie speelt in toenemende mate een rol in het dagelijks leven van veel Nederlanders. In ons land leven naar schatting 260.000 mensen met dementie. Het aantal mensen met dementie zal, vooral als gevolg van de vergrijzing, stijgen tot naar schatting 400.000 in 2050. Van de mensen met dementie is 60% vrouw en woont 70% thuis. Meer dan 40% van de mensen met dementie is alleenstaand. Voor mensen met dementie staan naast de beroepskrachten en vrijwilligers naar schatting 300.000 mantelzorgers klaar, zo blijkt uit onderzoek van het SCP. Gemiddeld leven mensen met dementie ruim zes jaar thuis en ruim anderhalf jaar in een instelling. Het zo lang mogelijk in de vertrouwde omgeving kunnen blijven wonen, is afhankelijk van zorg en ondersteuning, de draagkracht van de mantelzorger en van vooral ook het in staat gesteld worden om zelf de regie te voeren over het eigen leven, en het kunnen rekenen op ondersteuning om op voet van gelijkheid mee te doen aan de samenleving.

Het ontbreekt hiervoor in de samenleving helaas vaak nog aan de nodige kennis, acceptatie en daadkracht. De pijn en eenzaamheid van mensen met dementie en de mantelzorger, die vaak 7x24 uur de verantwoordelijkheid voor hun naaste dragen, worden daardoor nog groter. Ik zie tot mijn vreugde dat op verschillende plaatsen in het land gemeenten, bedrijven en netwerken keuzes maken met verbeteringen aan de slag zijn. Zij trainen bijvoorbeeld medewerkers hoe om te gaan met mensen met dementie en werken zo aan een dementievriendelijke samenleving. Heel eenvoudige initiatieven kunnen veel betekenen.

Netwerk Dementie Drenthe

Het Netwerk Dementie Drenthe ontwikkelt zich tot een **kwaliteitsnetwerk**⁶, een vraagbaak over dementie in Drenthe, waarin informatie, kennis, voorlichting en scholing beschikbaar is voor diverse doelgroepen:

- A. voor burgers en cliënten,
- B. voor leden van de driehoek (huisarts – gemeente – wijkverpleegkundige),
- C. voor casemanagers (= zorgbegeleiders) dementie en een vierde groep
- D. , nl andere professionals (denk aan fysiotherapeuten, pedicures, notarissen, politieagenten, supermarktpersoneel etc).

In de Toekomstvisie staat:

Het netwerk acht de samenwerking met Alzheimer Drenthe van groot belang. Alzheimer Drenthe en het Netwerk dienen immers dezelfde doelgroep, namelijk de mensen met dementie en hun mantelzorgers. Nu het netwerk verder opschuift naar een kennisnetwerk komen de werkzaamheden, zeker op het gebied van voorlichting, dichter bij elkaar te liggen. Het netwerk wil samen met Alzheimer Drenthe onderzoeken hoe de samenwerking verder gestalte kan worden gegeven.

In deze notitie wil het NDD samen met Alzheimer Drenthe beschrijven hoe de bijdrage aan een dementievriendelijk Drenthe gestalte kan worden gegeven.

⁵ Kamerbrief "Samenleven met dementie", 7 juli 2015

⁶ Toekomstvisie Netwerk Dementie Drenthe, september 2015

Alzheimer Drenthe

Alzheimer Nederland heeft 51 regionale afdelingen om partners en familieleden van mensen met dementie in de regio te kunnen ondersteunen. De afdelingen organiseren binnen de regio activiteiten op het gebied van voorlichting, ondersteuning en belangenbehartiging. Afdeling Drenthe wil haar activiteiten o.a gaan richten op twee thema's⁷:

Dementievriendelijke samenleving

Zeker door de vergrijzing neemt het aantal dementerenden toe. Door de hogere gemiddelde leeftijd in Drenthe stijgt het aantal dementerenden sneller dan in de rest van Nederland. In de afgelopen 5 jaar was al één op de 14 sterfgevallen in Drenthe het gevolg van Dementie. Door de ontwikkeling dat steeds meer ouderen zelfstandig blijven wonen krijgen we allemaal in het dagelijks leven meer te maken met mensen die lijden aan Dementie. Hier ligt voor Alzheimer Drenthe een belangrijke taak om informatie te geven aan allerlei doelgroepen hoe je kan signaleren dat je te maken hebt met iemand die lijdt aan dementie en hoe hiermee om te gaan. De Alzheimercafés hebben hier ook een belangrijke rol in. Zij zijn een punt van ontmoeting voor mantelzorgers en patiënten. Hier wordt informatie gegeven en is het café een belangrijk ontmoetingspunt met lotgenoten.

Geven van voorlichting

Het geven van goede voorlichting is van groot belang. Enerzijds in het kader van punt 1 de Dementievriendelijke samenleving. Ook is het van groot belang dat vroegtijdig gesignaleerd wordt dat iemand aan dementie lijdt. Vroegsignalering is van groot belang om tijdig in te kunnen spelen op de gevolgen van dementie. De vraag naar goede informatie zal alleen maar toenemen. Alzheimer Drenthe wil voorlichting niet alleen op verzoek aanbieden maar ook actief informatie aanbieden aan serviceclubs, hulpverleners, huisartsen, winkelpersoneel etc. Eerst zullen we moeten zorgen dat onze capaciteit (en kwaliteit!) om dit aan te bieden aanwezig is.

Alzheimer Drenthe en het Netwerk Dementie Drenthe hebben besloten samen op te trekken en samen activiteiten te ontwikkelen die een bijdrage leveren aan een dementievriendelijk Drenthe.

Arrangementen

Aangezien doelgroepen verschillen in hun behoefte aan voorlichting en scholing beschrijven we hieronder een aantal arrangementen, die tot de mogelijkheden kunnen behoren.

1. Belangstellenden: mantelzorgers, burens, kennissen, vrienden e.d.
 - Pro-actief organiseren van regionale thema-avonden
 - Per regio 1 x per jaar, in Emmen, Assen, Hoogeveen en Meppel
 - Door ambassadeurs van Alzheimer Drenthe
 - Locaties te regelen via het NDD
2. Leden van serviceclubs en sportverenigingen
 - Proactief aanbieden
 - Op aanvraag geven van voorlichtingen
 - Door ambassadeurs van Alzheimer Drenthe
 - Locaties, zo nodig, te regelen via het NDD
3. Personeel van supermarkten en andere (dienstverlenende) ondernemingen
 - Pro-actief organiseren van regionale thema-avonden
 - Per regio 1 x per jaar, in Emmen, Assen, Hoogeveen en Meppel
 - Door ambassadeurs van Alzheimer Drenthe
 - Locaties te regelen via het NDD

⁷ Jaarplan 2016, Alzheimer Drenthe

4. Hulpverleningsinstanties (politie, brandweer en ambulancepersoneel)
 - Contact zoeken met de politie Drenthe e.d.
 - Scholingsaanbod formuleren, samen met politiemedewerkers
 - Naar behoefte: regionaal of provinciaal
 - Scholing door NDD
 - Locatie door politie
5. Taxichauffeurs
 - Contact zoeken met Taxibedrijven in Drenthe (NB niet de taxibusjes van de zorginstellingen)
 - Scholingsaanbod formuleren, samen met taxibestuurders
 - Naar behoefte: regionaal of provinciaal
 - Scholing door NDD
 - Locatie door NDD
6. Notarissen
 - Vervolg geven aan scholing aan notarissen dd mei 2014
 - Scholingsaanbod formuleren, samen met notarissen van *notaris en dementie*
 - Naar behoefte: regionaal of provinciaal
 - Scholing door NDD
 - Locatie door NDD
7. Paramedici, zoals fysiotherapeuten, diëtisten, e.d.
 - Contact zoeken met de beroepsgroepen of de medische centra
 - Scholingsaanbod formuleren, samen met professionals
 - Scholing door NDD
 - Locatie door NDD
8. Vrijwilligers van Welzijnsinstellingen
 - Proactief aanbod doen aan welzijnsinstellingen
 - Scholingsprogramma ligt klaar
 - Plan van aanpak per instelling
 - Scholing door NDD
 - Locatie door Welzijnsinstelling
9. Vrijwilligers van particuliere dagopvangvoorzieningen
 - Er wordt in het najaar van 2015 ervaring opgedaan in een pilot
 - Scholingsprogramma wordt dan geëvalueerd en ligt dan klaar
 - Proactief aanbod doen
 - Plan van aanpak per dagopvang
 - Scholing door NDD
 - Locatie door dagopvang
10. Medewerkers van de gemeente – Wmo loket, leden van een sociaal team e.d.
 - Pro-actief aanbod doen om een vervolg geven aan scholing aan Wmo loketten
 - Scholingsaanbod ligt klaar
 - Scholing door NDD
 - Locatie door gemeente

Voorstel 3, wb Gino

In het ZBO vindt plaats: Casuïstiebespreking, waarbij gebruik gemaakt wordt van elkaars deskundigheid; informatie-uitwisseling over veranderingen in het regionale zorgaanbod, in regelgeving, e.d.; en afstemming over de zorg, waarbij gebruik gemaakt wordt van het gezamenlijk digitaal systeem, nl Gino Caseboek, zodat overlegd kan worden wie de regie heeft in de zorg.

Huidige situatie:

- Het rapporteren in Gino gaat op dit moment niet goed. Er is afgesproken dat alleen de NAW gegevens erin genoteerd hoeven worden, maar dat gebeurt lang niet altijd. De cijfers zijn daardoor onbetrouwbaar. Er is onduidelijkheid over de noodzaak van rapportages naar Achmea, waardoor ook daar geen betrouwbare cijfers meer beschikbaar zijn.
- Er zijn zorgbegeleiders, en dus zorgorganisaties, die Gino wel degelijk gebruiken; niet alleen voor NAW gegevens, maar ook voor rapportages, zorgdossier etc.
- Huisartspraktijken (HZD programma) zijn een ander registratie- en communicatiesysteem gaan gebruiken: EGPO. Eén casemanager beheert het dossier; 'iedereen' kan casemanager zijn, en dus het dossier beheren, bijv zorgbegeleider, POH-er enz. Er is een directe koppeling met het HIS.
- Het contract met GINO loopt af op 1 februari met opzeggingstermijn van 3 maanden (dus voor 1 november). De kosten van GINO bedragen > € 30.000 euro/jaarbasis.

Waarom hebben we registratie nodig:

- Het ZBO heeft een (eenvoudige) gezamenlijke registratie nodig van NAW gegevens om dubbelingen in zorg te voorkómen.
- Het Netwerk wil inzicht houden wb het (geaggregeerde) aantal mensen met dementie die beschikking hebben over zorgbegeleiding.

Wat voor registratie hebben we nodig:

- We hebben een beveiligd systeem nodig, waarin alleen NAW gegevens staan
- Om het goed te laten werken moeten deelnemers verplicht worden om wel te registreren

De vraag is of we daarvoor Gino moeten blijven gebruiken of we over moeten gaan op een andere registratie. NB Dubbeling van registratie blijft hetzelfde, welk systeem we ook kiezen.

Over EGPO

- In EGPO zal zsm een knop dementie worden ingebouwd.
- Zorgbegeleiders dementie kunnen EGPO gaan gebruiken, ook als de huisartspraktijk nog niet meedoet. Een huisartsenpraktijk hoeft niet per definitie aangesloten te zijn. De casemanager moet een eigen mailadres hebben en kan dan inloggen.
- GINO wordt in de ZBO's gebruikt, zodat dubbelingen eruit kunnen worden gehaald. Als de knop dementie in EGPO is ingebouwd kan ook uit EGPO een overzicht gekregen worden voor de ZBO's.

Voorstel van het stichtingsbestuur is om

- Het contract met Gino per 1 feb 2016 niet te verlengen, dus voor 1 november op te zeggen.
- Zo spoedig mogelijk een knop dementie in EGPO in te bouwen
- De zorgbegeleiders dementie zsm de mogelijkheid te geven te werken in EGPO op basis van hun emailadres
- Een voorlichtingsbijeenkomst te organiseren voor de zorgbegeleiders over het gebruik van EGPO.
- Voor het overzetten van gegevens een student te zoeken.

Bijlage

Casemanagement dementie

De casemanager dementie (in Drenthe Zorgbegeleider genoemd) is een belangrijke schakel in de dementieketen; als vaste contactpersoon is zij voor mensen met dementie en hun familie de tomtom om de juiste weg te vinden. Het doel van casemanagement is volgens de Zorgstandaard Dementie (blz 22): *het optimaliseren van het welbevinden en de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun naasten, het signaleren en adequaat handelen bij stemmings- en gedragsproblemen, minimaliseren van emotionele problemen en overbelasting van naasten (spanning, angst, depressie) en uitstel van opnames of verplaatsingen naar andere woonvormen.*

Volgens de Zorgstandaard Dementie (blz 22): *Bij dementie is sprake van verminderde sturing op drie niveaus: 1. van de persoon met dementie zelf, 2. van het cliëntsysteem en 3. van het professionele en informele zorgsysteem rondom het cliëntsysteem. Daarom wordt aan elk cliëntsysteem de ondersteuning van een hulpverlener aangeboden die casemanagement vervult. Deze vaste persoon heeft als taak de regie op deze drie niveaus te bewaken, de inzet van de verschillende (in)formele zorg- en hulpverleners te coördineren, af te stemmen met de medisch eindverantwoordelijke en – waar nodig en mogelijk– zelf hulp te bieden. Zo lang mogelijk wordt het regelvermogen –zo nodig met ondersteuning– bij de persoon zelf en de naasten gelegd, waarbij deze casemanager – anticiperend op de ontwikkelingen– steeds het evenwicht tussen draagkracht en draaglast van het cliëntsysteem bewaakt.*

Op basis van onderzoek⁸ blijkt dat casemanagement lonend is. Casemanagement ontzorgt, leidt tot latere intramurale opname en leidt tot stressreductie bij de mantelzorger. Casemanagement leidt bovendien tot minder meerkosten bij tijdige inzet van een casemanager.

⁸ *Zorgstandaard Dementie*, Onderzoek van Prof. Dr. Robbert Huijsman; *Landelijke evaluatie van casemanagement dementie* door Nivel/Trimbos 2012; *Maatschappelijke business case rond zorgtrajectbegeleiding Eindhoven*, Marian Salari, 2009; HHM: *Eindrapportage Financiering ketenzorg dementie*, 2014; Nivel onderzoek naar *Ketenzorg Dementie*, februari 2015; Compas *Casemanagement dementie, Effecten, faciliterende en belemmerende factoren*, 2015