

Zorgprogramma Dementie Zuid-Kennemerland

Januari 2015

Zorgprogramma Dementie Zuid Kennemerland 20150131

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
1.1	Aanleiding	5
1.1.1	Demografische getallen	5
1.2	Relatie tussen de Landelijke Zorgstandaard Dementie, het Regionale Zorgprogramma en een individueel zorgplan	6
1.3	Ontstaan en ontwikkeling van de dementie keten in de regio Zuid Kennemerland	6
1.3.1	Organisatie en leden Dementie keten	8
1.4	Overzicht van de structuur en deelnemers aan de zorgketen dementie	10
1.5	Verwijzing naar richtlijnen en informatie over de keten	11
1.6	Evaluatie	11
2	Ambitie	12
2.1	Doel van de keten	12
2.2	Doelgroep	12
2.3	Uitgangspunten voor goede dementiezorg	12
2.3.1	Algemene uitgangspunten	13
2.3.2	Uitgangspunten voor de “niet pluis” fase, voor diagnose	13
2.3.3	Uitgangspunten voor de fase rondom de diagnosestelling	14
2.3.4	Uitgangspunten voor de fase van zorg en diensten	14
3	Zorgproces	15
3.1	Fase 1: “Niet pluis” fase, voor diagnose	16
3.1.1	Informereren	16
3.1.2	Opsporen en verwijzen	18
3.1.3	Ondersteunen	19
3.2	Fase 2: Diagnostiek	22
3.2.1	Huisarts	22
3.2.2	Draagnet-DOC	23
3.2.3	Kennemer Gasthuis Geriatrie Geheugenpoli	23
3.2.4	GGZinGeest	23
3.3	Fase 3: Levering van Zorg en Diensten	24
3.3.1	Aangepast Wonen : thuis met dementie	24
3.3.2	Crisishulp	25
3.3.3	Aangepast Wonen: opname en wonen in een beschermde woonvorm	26
3.4	Overzicht van Zorgproces: Diensten en Aanbieders	27
4	Kwaliteitsinformatie en indicatoren	29
4.1	Netwerkindicatoren	29
4.2	Resultaten netwerkindicatoren Zuid Kennemerland over 2014	29
5	Financiering	30
5.1.1	Keten	30
5.1.2	Draagnet	30
5.1.3	Draagnet-DOC	31
6	Bijlagen	32
6.1	<i>Bijlage 1 Samenwerking in Ketenzorg Dementie Zuid-Kennemerland</i>	32
6.2	<i>Bijlage 2: Casemanager dementie, functie en taakomschrijving</i>	33
6.3	<i>Bijlage 3: De zorgstandaard Dementie en ketensamenwerking</i>	37

1 Inleiding

Ketensamenwerking geeft betrokken partijen zoals cliëntenvereniging, gemeenten en zorgorganisaties een basis voor samenwerking in de regio via het maken van afspraken en dit vast te leggen in samenwerkingsovereenkomsten, protocollen en taak- en capaciteitsverdeling. Samenwerking krijgt zo een zakelijke en gedocumenteerde basis, waarmee “zorgen” op regionaal niveau een meetbare en stuurbare activiteit voor allen wordt. Dit zorgprogramma geeft hier inzicht en duidelijkheid over.

Bij ketensamenwerking kun je ook denken aan mensen met aanvankelijk geheugenverlies, die vervolgens dementie ontwikkelen. Het overkomt hen en zij proberen ermee te leren leven. Toch kunnen zij steeds minder.

Je denkt aan de partner of het familielid die een naaste ziet veranderen en langzaam afscheid moet nemen van wat was.

Je denkt aan de zorgprofessional die het leven van de persoon met dementie en zijn familie binnenstapt en die familie helpt, terwijl die familie gewend was zonder die inmenging van buitenaf zelfstandig te functioneren.

En, “last but not least”, denk je aan de vrijwilliger die vanuit een persoonlijke motivatie hulp en ondersteuning biedt.

Uiteindelijk draait het in het zorgprogramma hierover: de persoon met dementie en diens familie weten zich in deze levensfase door zorgprofessional en vrijwilliger op een aandachtsvolle en deskundige wijze ondersteund.

December 2014

Ton van Emmerik, voorzitter Stuurgroep Ketenzorg voor mensen met dementie

1.1 Aanleiding

Aanleiding voor dit document is om overzicht en helderheid te verschaffen over wie wat doet als het gaat om de zorg en de begeleiding voor de cliënt met dementie (hierna benoemd als de cliënt) en diens mantelzorgers. Overzicht en helderheid geven houvast maken het makkelijke om samen te werken en om kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren.

1.1.1 Demografische getallen

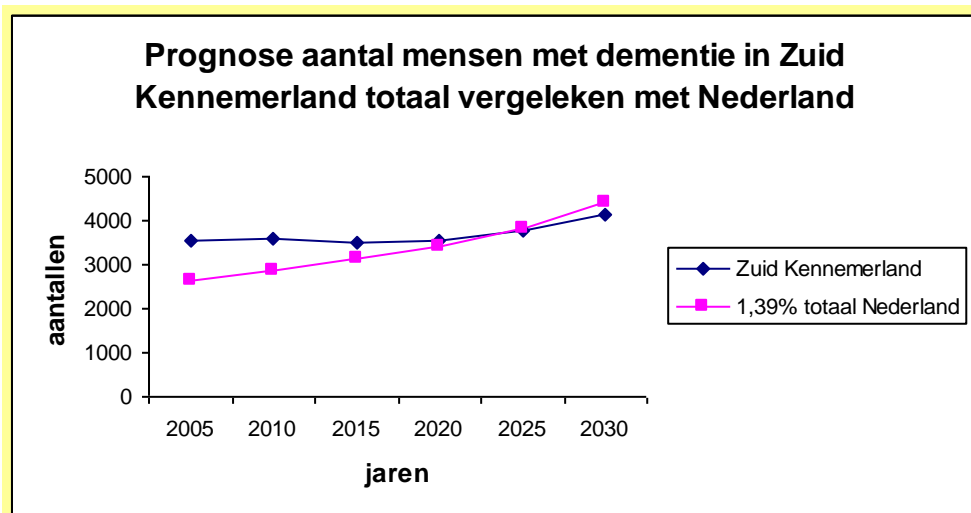
Dementie is een ziekte met grote gevolgen: de problemen zijn vaak ernstig en bestrijken vele levensgebieden, het verloop is progressief. Niet alleen de cliënt maar ook zijn omgeving wordt met de gevolgen geconfronteerd.

Het aantal ouderen groeit gestaag en daarmee ook het aantal mensen met psychogeriatrische problematiek. In 2010 zijn er in de regio Zuid Kennemerland 3575 cliënten op de totale bevolking van 228.477. Dit is 1,6%.

Dit aantal blijft tot 2020 redelijk constant, waarna het naar verwachting tot 2030 toeneemt tot 4156. Dit is een groei van bijna 17%. Deze doelgroep behoort tot de snelst groeiende in onze regio.

Ten aanzien van de incidentie, het aantal nieuwe gevallen per jaar, is een toename te zien van 596 nieuwe gevallen in 2010, naar 692 in 2030.

De regio Zuid Kennemerland is erg vergrijsd ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Dit betekent dan ook dat er in de regio meer cliënten wonen dan landelijk gemiddeld. Pas na 2022 zit de regio op een landelijk gemiddelde, waarna het in de jaren daarna zelfs lager zit.



Tabel 1 Overzicht van het aantal cliënten in Zuid Kennemerland en de verwachte toename tot 2025.

Dementie 1,12%	2010		2025		2010 - 2025	
	Bevolking	Patiënten	Bevolking	Patiënten	toename	%
Landelijk	16.574.898	194.522	17.470.153	293.076	98.554	50,66%
Bloemendaal	15.320	403	14.300	454	51	12,6%
Haarlem	149.579	1.846	169.000	2.582	735	39,8%
Haarlemmerliede c.a.	5.389	60	5.100	123	63	104,2%
Heemstede	26.058	497	26.400	590	93	18,6%
Zandvoort	16.632	284	15.700	373	89	31,46%
Sub Totaal ZK	212.978	3.090	230.500	4.033	943	30,5%

Bron: Trendrapport VBZ 2013

1.2 Relatie tussen de Landelijke Zorgstandaard Dementie, het Regionale Zorgprogramma en een individueel zorgplan

De Landelijke Zorgstandaard Dementie¹ geeft een beschrijving van het complete zorgveld: van vroeg signalering en preventie tot diagnostiek, casemanagement, behandeling, begeleiding en steun en levering van zorg en diensten. Het is een functionele beschrijving, dat wil zeggen dat het gaat om welke zorg geboden moet worden, wanneer en op welke wijze.

In het Regionale Zorgprogramma is beschreven hoe de Landelijke Zorgstandaard Dementie praktisch tot uitvoering komt in de regio.

In het zorgplan is vastgelegd hoe de zorg voor de cliënt vorm krijgt en wat voor doelen zijn gesteld. Deze doelen zijn in samenwerking met de cliënt en mantelzorgers en hulpverleners opgesteld. Het is een vertaling naar cliëntniveau van het Zorgprogramma. Welke onderdelen van het Zorgprogramma zijn opgenomen hangt af van de zorgvraag van de cliënt. Zo krijgt ieder cliëntstelsel zorg die aansluit op de persoonlijke situatie

1.3 Ontstaan en ontwikkeling van de dementie keten in de regio Zuid Kennemerland

Tot 2006 is er in de regio Zuid-Kennemerland geen sprake van een keten. Wel wordt er op initiatief van Zorgbalans, GGZinGeest en het Zorgkantoor (project wordt gefinancierd met wachtlijstgelden) in juni 2001 een pilot gestart met 1 casemanager en een activiteitenbegeleider om cliënten in de thuissituatie te begeleiden. Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen van GGZinGeest dragen stabiele laagcomplexen cliënten met dementie over aan de casemanager.

In januari 2002 wordt het project positief geëvalueerd. Het Draagnet project wordt uitgebreid naar Schalkwijk en de SHDH sluit aan in het project waarbij de projectleider van Draagnet voor twee dagen wordt gedetacheerd bij de SHDH. Ook Sint Jacob sluit zich aan en het zorgkantoor stelt AIV gelden en gelden uit de snijvlakmiddelen beschikbaar.

De casemanagers zijn in dienst bij Zorgbalans maar hebben namens de drie V&V zorgaanbieders en GGZinGeest de opdracht om onafhankelijk van de aanbieders casemanagement te bieden aan cliënten en hun familie en mantelzorgers. In 2003 wordt Draagnet uitgebreid naar de hele regio. Vanuit Draagnet wordt er samengewerkt met GGZinGeest, zo wordt er wekelijks overleg gepleegd over casuïstiek met een psychiater. Ook worden de casemanagers gevraagd om wekelijks deel te nemen aan de cliëntbesprekingen van de GAAZ (KG geriatrie). Gediagnosticeerde cliënten worden daar wekelijks voor begeleiding overgedragen aan Draagnet.

¹ Zorgstandaard Dementie 18 juli 2013, Alzheimer Nederland & Vilans

In 2006 wordt gestart met het koplopers traject . In dit traject, dat een initiatief is van het Zorgkantoor en voorwaarde voor financiering, is Alzheimer Nederland betrokken als belangenbehartiger voor cliënten .

Doel is om een dementie keten in de regio op te zetten om verantwoorde zorg te kunnen bieden aan cliënten vanaf het “niet-pluis gevoel” tot en met opname in een zorginstelling.

Op 1 januari 2009 is de samenwerkingsovereenkomst “Samenwerking in Ketenzorg Dementie Zuid-Kennemerland” van kracht. (zie bijlage 6.1 *Bijlage 1 Samenwerking in Ketenzorg Dementie Zuid-Kennemerland*)

Draagnet wordt in deze keten opgenomen en wordt aangestuurd vanuit de Stuurgroep Kernpartners Draagnet die naast de Stuurgroep ketenzorg dementie bestaat. (zie 1.3.1)

In 2009 start een pilot “Draagnet-DOC team” (Dementie Onderzoek en Casemanagement) waarbij naast casemanagement ook gediagnosticeerd en geadviseerd kan worden. In het “Draagnet-DOC team werken een Casemanager, een psycholoog en een Specialist Ouderen Geneeskunde van de samenwerkende ketenpartners samen. Indien nodig kan ook GGZinGeest worden betrokken.

Hiervoor wordt op 1 januari 2014 de samenwerkingsovereenkomst “ Draagnet DOC team geketend.

1.3.1 Organisatie en leden Dementie keten

Bevoegdheden en verantwoordelijkheden

Stuurgroep Dementie

De bestuurders ketenpartners, verenigd in de stuurgroep dementie, zijn de opdrachtgevers voor het project ketenzorg dementie.

De stuurgroep besluit over strategische en financiële keuzes.

De stuurgroep heeft een klankbordfunctie voor de projectgroep.

De stuurgroep faciliteert de uitvoering van het Regionaal Actieplan door een vlotte besluitvorming, door medewerkers uit eigen organisatie beschikbaar te stellen voor de uitvoering van het actieplan.

De stuurgroep benoemt uit haar midden een “trekker” voor telkens de duur van twee jaar.

De “trekker” is tevens voorzitter van de stuurgroep.

De stuurgroep wordt ondersteund door de projectcoördinator.

De stuurgroep komt 3 à 4 keer per jaar bijeen.

Trekker, verder te noemen voorzitter

De voorzitter zit de stuurgroep vergadering voor.

De voorzitter bereidt in samenwerking met de projectcoördinator de vergaderingen van de stuurgroep voor.

De voorzitter heeft mandaat van de ketenpartners voor de uitvoering van het actieplan.

De voorzitter is eigenaar van het project binnen de kaders van het Regionaal Actieplan.

De voorzitter legt in de stuurgroep vergadering verantwoording af aan de bestuurders over stand van zaken van het project.

De voorzitter is verantwoordelijk voor de voortgang van het project.

De voorzitter onderhoudt samen met de projectcoördinator contact met derden: gemeente, Achmea, provincie.

De voorzitter is tevens voorzitter van de projectgroep.

De voorzitter stelt de benodigde tijd en kennis ter beschikking van het programma.

Projectgroep Dementie

De projectgroep wordt voorgezeten door de voorzitter/ trekker.

De projectgroep bewaakt de inhoudelijke en procesmatige voortgang van het project en bewaakt de samenhang en samenwerking van de ketenpartners.

Leden van de projectgroep hebben mandaat van hun bestuurders ter bewaking van de voortgang van het project.

De projectgroep is verantwoordelijk voor het aansturen van werkgroepen.

Vanuit de projectgroep worden voorzitters voor de werkgroepen benoemd..

De projectgroep komt minimaal 6 keer per jaar bijeen.

Werkgroepen

De werkgroep is verantwoordelijk voor de uitwerking van deelopdrachten van de projectgroep.

Daartoe stelt de werkgroep zelf een actieplan op met tijdsplan.

De werkgroepen worden samengesteld uit 4 tot 6 personen van de deelnemende instellingen die beschikken over voldoende kennis, deskundigheid en tijd om tot voorstellen te kunnen komen en het werk te kunnen uitvoeren.

Voorzitters van de werkgroepen zijn leden van de projectgroep.

Voorzitters van de werkgroepen leggen verantwoording van de werkgroep af in de projectgroep.

Projectcoördinator/ Ketenregisseur.

De projectcoördinator ondersteunt en faciliteert de voorzitter in zijn taak als voorzitter.

De projectcoördinator ondersteunt de projectgroep.

De projectcoördinator ondersteunt de werkgroepen.

De projectcoördinator bewaakt mede de voortgang van het project.

De projectcoördinator onderhoudt contact met het landelijk netwerk in het kader van het landelijk programma ketenzorg dementie en brengt hiervan verslag uit aan betrokkenen.

Aan de projectcoördinator wordt geen verantwoordelijkheid of bevoegdheid ten aanzien van het project/ programma overgedragen.

Stuurgroep kernpartners Draagnet DOC team, verder te noemen Kerngroep

De partners in Draagnet DOC team zijn de leden van de kerngroep

De kerngroep stemt de inhoud van Draagnet DOC af op de afspraken in het kader van de ketenzorg dementie

De kerngroep bewaakt dat de inhoud van Draagnet DOC team past binnen het functioneren van de ketenzorg dementie

De kerngroep stelt jaarlijks het jaarplan Draagnet DOC team vast, inclusief de daarbij benodigde inzet van medewerkers

De kerngroep bewaakt de gemaakte afspraken over de inzet van partijen

De kernpartners faciliteren de professionals in de uitvoering van het zorgproces

De kerngroep bevordert de multidisciplinaire en organisatie overstijgende samenwerking

De kerngroep formuleert en evalueert het beoogde kwaliteitsniveau als mede bewaakt de doelmatige inzet van mensen en middelen

De kerngroep komt 3 à 4 keer per jaar bijeen.

Coördinatorenoverleg

Leden van het coördinatorenoverleg zijn de managers van de professionals in Draagnet DOC team

Het coördinatorenoverleg bewaakt de inhoudelijke en procesmatige voortgang van Draagnet DOC team en bewaakt de samenhang en samenwerking van de professionals in Draagnet DOC teamketenpartners

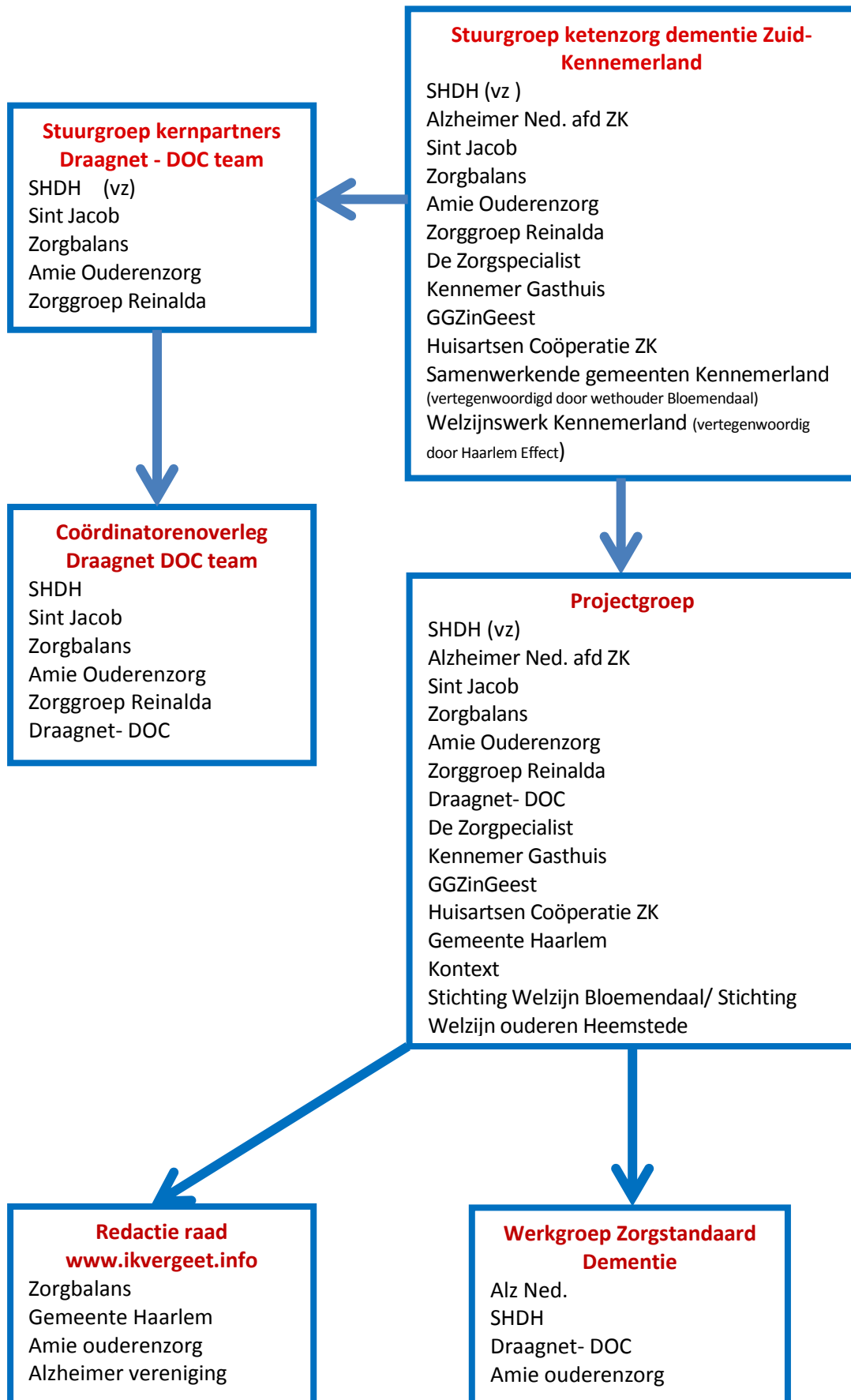
Het coördinatorenoverleg bewaakt de kwaliteit van de professionals in Draagnet DOC

teaminhoudelijke en procesmatige voortgang van Draagnet DOC team en bewaakt de samenhang en samenwerking van de professionals in Draagnet DOC teamketenpartners

Het coördinatorenoverleg is verantwoordelijk voor het aansturen van de "eigen" professionals in Draagnet DOC team

Het coördinatorenoverleg komt vier per jaar bijeen, tenzij vaker is vereist.

1.4 Overzicht van de structuur en deelnemers aan de zorgketen dementie.



1.5 Verwijzing naar richtlijnen en informatie over de keten

Informatie over de keten is te vinden op www.ikvergeet.info en www.vbz-kam.nl

1.6 Evaluatie

Opstellen

De dementieketen Zuid-Kennemerland baseert haar activiteiten op het regionaal actieplan. Dit plan wordt jaarlijks vastgesteld in het begin van het nieuwe jaar. Het actieplan wordt opgesteld door werkgroep 'regionaal actieplan' onder verantwoordelijkheid van de projectgroep. Het plan omvat zowel nieuwe als (door)lopende activiteiten. Het plan wordt getoetst en voor akkoord ondertekend door de regiovertegenwoordiger van Alzheimer Nederland. Het definitieve plan wordt vastgesteld in de stuurgroep en toegestuurd aan Achmea.

Monitoren

De voortgang van het actieplan wordt gemonitord in de projectgroep. De voortgang van het actieplan is een vast agendaonderdeel van de projectgroep vergadering.

Evalueren

In aanloop van het nieuwe jaarplan wordt het plan geëvalueerd door de projectgroep/werkgroep. De bevindingen van de evaluatie worden samen met het voorstel voor het nieuwe werkplan voorgelegd aan de stuurgroep.

2 Ambitie

Ketenzorg wordt gedefinieerd als een samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders onder een herkenbare regiefunctie wordt geleverd waarbij de cliënt centraal staat (Leidraad ketenzorg dementie²). Uitgangspunten zijn:

- De keten volgt de zorgvraag van de cliënt. De zorgvraag van de cliënt is leidend voor de inrichting van de keten;
- De keten communiceert helder en transparant naar derden over de concrete producten en ontwikkelingen in de keten;
- De ketenpartners werken samen op basis van heldere, afdwingbare afspraken, duidelijkheid over de rollen, bevoegdheden en (eind)verantwoordelijkheden van alle deelnemers in de keten vervat in een ketenprotocol;
- De samenwerking is gebaseerd op een evenwichtige verdeling in de zeggenschap van ketenpartners en in de bedrijfsresultaten.

2.1 Doel van de keten

De doelstelling van de regio is dat er een zorgketen dementie is die, overeenkomstig de vraag van de cliënt, een geïntegreerd zorgaanbod voor alle stadia van dementie kan leveren. Dit aanbod voldoet aan de kwaliteitseisen zoals gesteld in het Kader Dementie 2015³ en het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg⁴.

De regio tracht dit te realiseren door het geven van voorlichting en informatie en het brengen van samenhang, afstemming, flexibiliteit en transparantie in de zorg aan cliënten in de regio Zuid Kennemerland.

Ketenzorg voor dementie kan worden omschreven als een regionale en transmurale samenwerking tussen instellingen en beroepsbeoefenaren, die als doel hebben te komen tot een samenhangend en integraal aanbod in alle stadia die cliënten doorlopen.

2.2 Doelgroep

De dementieketen Zuid-Kennemerland wil zorg en ondersteuning bieden aan mensen met (een vermoeden van) dementie en diens mantelzorger(s).

2.3 Uitgangspunten voor goede dementiezorg

Cliënten verliezen in toenemende mate de grip op hun leven en zijn naarmate de ziekte vordert steeds meer afhankelijk van hun naasten en omgeving.

Uitgangspunt voor de geboden ondersteuning is dat de cliënt en zijn naasten zolang mogelijk de regie kan voeren over de eigen leefsituatie en zijn leven kan leiden op de wijze die hij of zij verkiest.

Dementie treft niet alleen de cliënt. De mantelzorger krijgt in toenemende mate te maken met een naaste die meer hulp behoeft en ook als persoon verandert. De zorg hiervoor is intensief en belastend. Omgaan en ondersteuning bieden aan een mantelzorger vereist dan ook een professionele begeleiding. De cliënt kan alleen thuis blijven wonen als de mantelzorger de zorg vol kan houden. Zorg en ondersteuning richt zich daarom op het cliëntensysteem en niet alleen op de cliënt. Het organiseren van de zorg, ondersteuning en welzijn vanuit de vraag van de persoon met (een vermoeden van) dementie en zijn naasten staat centraal bij de dementiezorg in de regio. Hiervoor is nodig dat de zorgverlening van verschillende instellingen op elkaar aansluit en dat afspraken gemaakt zijn over overdracht en samenwerking. Daarom is het van belang dat

² De Leidraad Ketenzorg Dementie (mei 2009) is vastgesteld door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in samenwerking met de Stichting Alzheimer Nederland en Zorgverzekeraars Nederland.

³ Kader dementie voor zorginkoop 2015, Zorgkantoor Achmea

⁴ Publicatie van de Stuurgroep Kwaliteitskader VV&T, Den Haag, april 2010

deelnemende instellingen dezelfde uitgangspunten en voorwaarden voor goede dementiezorg onderschrijven.

De geboden zorg, behandeling en diensten voldoen aan de normen van de Zorgstandaard Dementie (2013) Vertegenwoordigers van cliënten, hun mantelzorgers, begeleiders, zorgverleners en behandelaars hebben deze Zorgstandaard met elkaar op gesteld. Hierin staat beschreven hoe goede zorg voor cliënten en hun naasten eruit moet zien.

In de Zorgstandaard Dementie worden de volgende voorwaarden voor goede dementiezorg beschreven:

Voorwaarde 1 : Zorgvuldige omgang

Voorwaarde 2 : Tijdige en duidelijke informatie

Voorwaarde 3 : Signaleren en actief verwijzen

Voorwaarde 4 : Snelle en juiste diagnostiek

Voorwaarde 5 : Vaste begeleider en persoonlijk zorgplan

Voorwaarde 6 : Behandeling, hulp en begeleiding

Voorwaarde 7 : Activiteiten afgestemd op persoonlijke leefstijl en mogelijkheden

Voorwaarde 8 : Tijdelijke, volledige overname van zorg

Voorwaarde 9 : Veilig en vertrouwd wonen

Voorwaarde 10: Crisishulp

2.3.1 Algemene uitgangspunten

Als algemene uitgangspunten voor goede dementiezorg in elke fase van het proces van dementie zijn vastgesteld:

- Uitgangspunt van zorg en begeleiding zijn de behoeften, wensen, mogelijkheden en opvattingen van de cliënt en diens mantelzorgers.
- Zorg en begeleiding gaan waar mogelijk uit van eigen regie en stimulering van zelfstandigheid.
- De mantelzorgers worden ondersteund en begeleid en waar nodig wordt vervangende zorg aangeboden, waarbij het doel is om de zorgkracht en het welbevinden zo optimaal mogelijk te houden.
- Zorg en ondersteuning moeten minimaal voldoen aan de normen verantwoorde zorg.
- Zorg en begeleiding worden doelmatig en flexibel ingezet, reagerend op veranderingen in de problematiek en situatie van de cliënt en de mantelzorgers.
- Continuïteit van zorg en begeleiding wordt gewaarborgd. Organisaties stemmen zorg en begeleiding goed op elkaar af en wisselen de noodzakelijke informatie uit.
- Iedere cliënt met (beginnende) dementie krijgt (indien de cliënt deze nog niet heeft) een casemanager toegewezen.

2.3.2 Uitgangspunten voor de “niet plus” fase, voor diagnose

- Informatie en advies is beschikbaar via laagdrempelige informatiepunten en websites.
- In de regio is voldoende bekend bij hulpverleners waar informatie over geheugenproblematiek beschikbaar is en naar wie doorverwezen kan worden voor informatie en advies.
- Hulpverleners benaderen cliënten en hun mantelzorgers proactief. Zij houden er rekening mee dat beperkt ziektebesef aanwezig kan zijn en dat de cliënt en/of de mantelzorgers schroom heeft om hulp te accepteren.
- Ook vóór het stellen van de diagnose is voor mensen met een vermoeden van dementie en hun mantelzorgers ondersteuning en begeleiding door een casemanager beschikbaar.

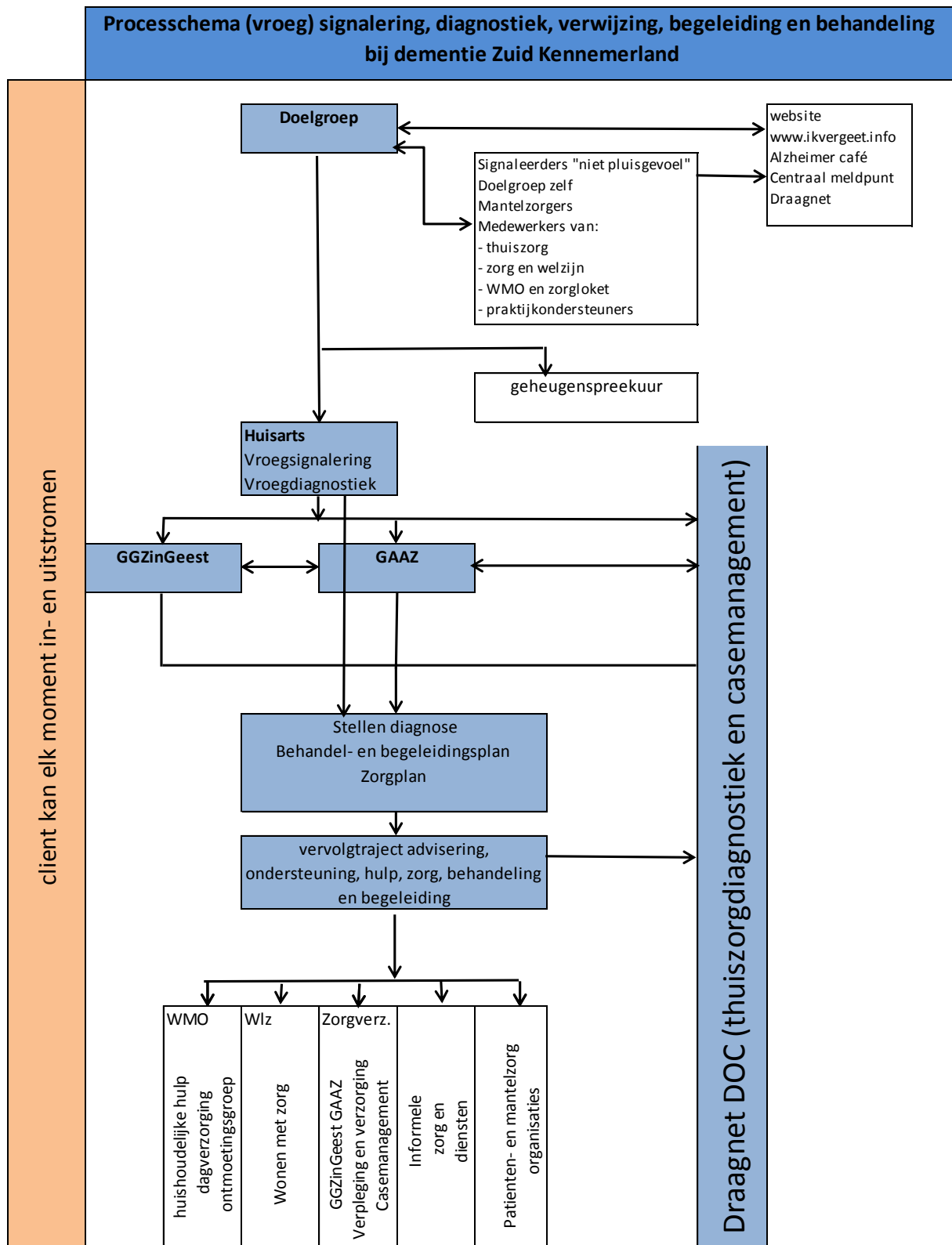
2.3.3 **Uitgangspunten voor de fase rondom de diagnosestelling**

- Het stellen van de diagnose in een vroeg stadium wordt nagestreefd.
- De huisarts start bij de waarschijnlijkheidsdiagnose dementie het onderzoek per direct op, voert zelf het onderzoek uit volgens de richtlijnen van de NHG of verwijst door naar een gespecialiseerde organisatie of specialist.
- Indien bijzonder vervolgonderzoek noodzakelijk is, verwijst de huisarts in ieder geval door naar een gespecialiseerde organisatie of specialist om optimaal gebruik te maken van de beschikbare deskundigheid.
- In het eerste consult waarin de mogelijkheid van dementie wordt onderzocht, wordt nagegaan of er acute behoefte aan zorg en ondersteuning is, ook voor de mantelzorg. Indien noodzakelijk krijgt een casemanager dementie het verzoek de zorgvraag te analyseren en te regelen. Een huisbezoek is onderdeel van deze analyse.
- De resultaten van het onderzoek en de diagnose dementie worden aansluitend of tenminste binnen 1 week met de cliënt en de mantelzorgers besproken waarbij afspraken gemaakt worden over behandeling, zorg en ondersteuning.
- De cliënt en de mantelzorgers geven aan wat zij als doel zien van de zorg. De casemanager formuleert op grond van deze wensen en behoeften de zorgdoelen samen met de cliënt en de mantelzorgers.
- Als de diagnose dementie gesteld is, is het de verantwoordelijkheid van de casemanager dat een integraal zorgplan wordt opgesteld op basis van de behoeften en het advies vanuit het diagnostisch onderzoek. Ook worden afspraken gemaakt over de zorgcoördinatie.

2.3.4 **Uitgangspunten voor de fase van zorg en diensten**

- Betrokkenen worden geïnformeerd en kunnen gebruik maken van een breed aanbod aan zorg- en ondersteuningsmogelijkheden.
- Betrokkenen ervaren geen hinder indien de zorgverlening door verschillende organisaties geleverd wordt. Zorgverleners zijn waar nodig op de hoogte van reeds gegeven informatie en het opgebouwde dossier.
- Het zorgplan is helder en optimaal afgestemd op de behoeften van de cliënt.
- De mantelzorg is op de hoogte van de hulp die de instelling kan bieden bij mantelzorggerichte problematiek.
- De casemanager is bekend met andere vormen van ondersteuning voor de mantelzorg en de inzet van zorgvrijwilligers en verwijst zo nodig en indien gewenst door.
- Er zijn voldoende opgeleide vrijwilligers beschikbaar.
- Er is voldoende professionele ondersteuning/begeleiding voor vrijwilligers beschikbaar die ingezet worden in zorgsituaties met dementie.
- Er zijn voldoende respijtzorg mogelijkheden beschikbaar (in omvang en diversiteit).
- Er is voldoende mantelzorgondersteuning beschikbaar (in omvang en diversiteit).
- Bij opname in een beschermde woonvorm wordt goede overdracht van het integrale zorgplan geregeld.
- Cliënt en mantelzorg krijgen een vaste begeleider in de beschermde woonvorm.

3 Zorgproces



3.1 Fase 1: “Niet plus” fase, voor diagnose

Het is van belang om mensen goed te informeren over de ziekte dementie en hen zo snel mogelijk te leiden naar de juiste zorg. Het is belangrijk dat de diagnose dementie in een vroeg stadium gesteld kan worden. Daardoor kan veel leed worden voorkomen. Door het tijdig stellen van een diagnose kan de progressie van de ziekte worden afgeremd, de patiënt en de familie krijgen meer tijd voor de verwerking en de nodige voorbereidingen op maatschappelijk, medisch juridisch en financieel gebied.

Er zijn drie belangrijke activiteiten voor de keten te benoemd in deze fase:

- Informeren
- Opsporen en verwijzen
- Ondersteunen

3.1.1 Informeren

Door informatie te geven over dementie kan de ziekte niet voorkomen worden maar kan wel worden bewerkstelligd dat de ziekte vroegtijdig wordt onderkent en dat crisissituaties worden voorkomen (preventie). In de regio Zuid Kennemerland word op verschillende manieren informatie beschikbaar gesteld.

3.1.1.1 Huisartsen

Huisartsen en Praktijkondersteuners kunnen zo nodig informatie geven over verschijnselen en aard van (beginnende) dementie.

3.1.1.2 Voorlichtingsactiviteiten en scholing

Les opzet

Vanuit de zorgketen dementie Zuid-Kennemerland is er een les opzet gemaakt voor informatiebijeenkomsten over het thema dementie. Deze les opzet kan gebruikt worden door organisaties die een informatiebijeenkomst over dementie willen organiseren.

De doelgroep zijn zorg- en hulpverleners die in contact komen met cliënten (bv huishoudelijke hulp, ouderenconsulenten, verzorgenden, vrijwilligers, huisartsen en medewerkers van gemeenteloketten).

De les opzet is gericht op het verbeteren van de deskundigheid m.b.t. dementie op het gebied van (vroeg)signalering en verwijzing en de omgang met cliënten.

Het doel van de informatiebijeenkomst is mensen te leren wat dementie is, hoe je cognitieve achteruitgang signaleert, wat je kunt doen als cognitieve achteruitgang signaleert en hoe je hiermee omgaat.

Het Scholingsmateriaal is beschikbaar op de website www.ikvergeet.info en bestaat uit: een les opzet informatiebijeenkomst dementie, een casus bij de les opzet informatiebijeenkomst dementie, een lijst van symptomen van dementie en een signaalkaartje.

Cursussen omgaan met dementie

Deze worden ook aangeboden via de vrijwilligersacademie (www.vrijwilligersacademiehaarlem.nl) deze is opgezet door de vrijwilligerscentrale Haarlem en worden gegeven door Casemanagers van Draagnet.

Informatiebijeenkomsten

Op verzoek gegeven door casemanagers van Draagnet-DOC aan vrijwilligers, loketmedewerkers gemeenten , huisartsen en praktijkondersteuners van huisartsen.

3.1.1.3 Alzheimercafés

In de regio Kennemerland zijn er drie Alzheimercafé's waar cliënten, hun partners, familieleden, vrienden en hulpverleners elkaar treffen. Men wisselt hier ervaring met elkaar uit over wat men meemaakt en geeft en ontvangt informatie over de mogelijkheden van hulpverlening.

3.1.1.4 Websites

De website www.ikvergeet.info

Op deze website heeft de keten informatie beschikbaar gesteld voor cliënten, familie, mantelzorgers en professionals.

Het betreft onder andere informatie over dementie en hoe hiermee om te gaan, werkwijze en informatie over casemanagement, diagnostiek, adressen van zorgverleners en een agenda van activiteiten.

Deze website wordt onderhouden door een redactie raad (zie 1.4 Overzicht van de structuur en deelnemers aan de zorgketen dementie.).

Op deze website is ook het E-mailadres van Draagnet-DOC info@draagnet.nl te vinden

Website www.alzheimer-nederland.nl

Alzheimer Nederland is een stichting die hulp en informatie geeft aan cliënten en hun directe omgeving. Op de website is veel informatie te vinden over dementie en hoe hiermee om te gaan.

3.1.1.5 Telefoonnummers

Bereikbaarheidstelefoon van Draagnet-DOC Telefoon: 023-543 10 21 (op werkdagen van 9.00-17.00 uur)

Alzheimer telefoon (0800-5088)

3.1.1.6 Loketten

Bij de loketten van de gemeenten Haarlem, Heemstede, Bloemendaal Bennebroek en Zandvoort is informatie beschikbaar over het signaleren en omgaan met dementie. Ook kan men hier doorverwijzen voor ondersteuning en diagnostiek.

3.1.1.7 Folders

In de regio zijn bij huisartsen, apotheken en gemeente loketten folders beschikbaar van de Alzheimer vereniging en van Draagnet –DOC.

3.1.1.8 Signaalkaart

De signaalkaart is ontwikkeld in opdracht van de zorgketen dementie Zuid-Kennemerland.

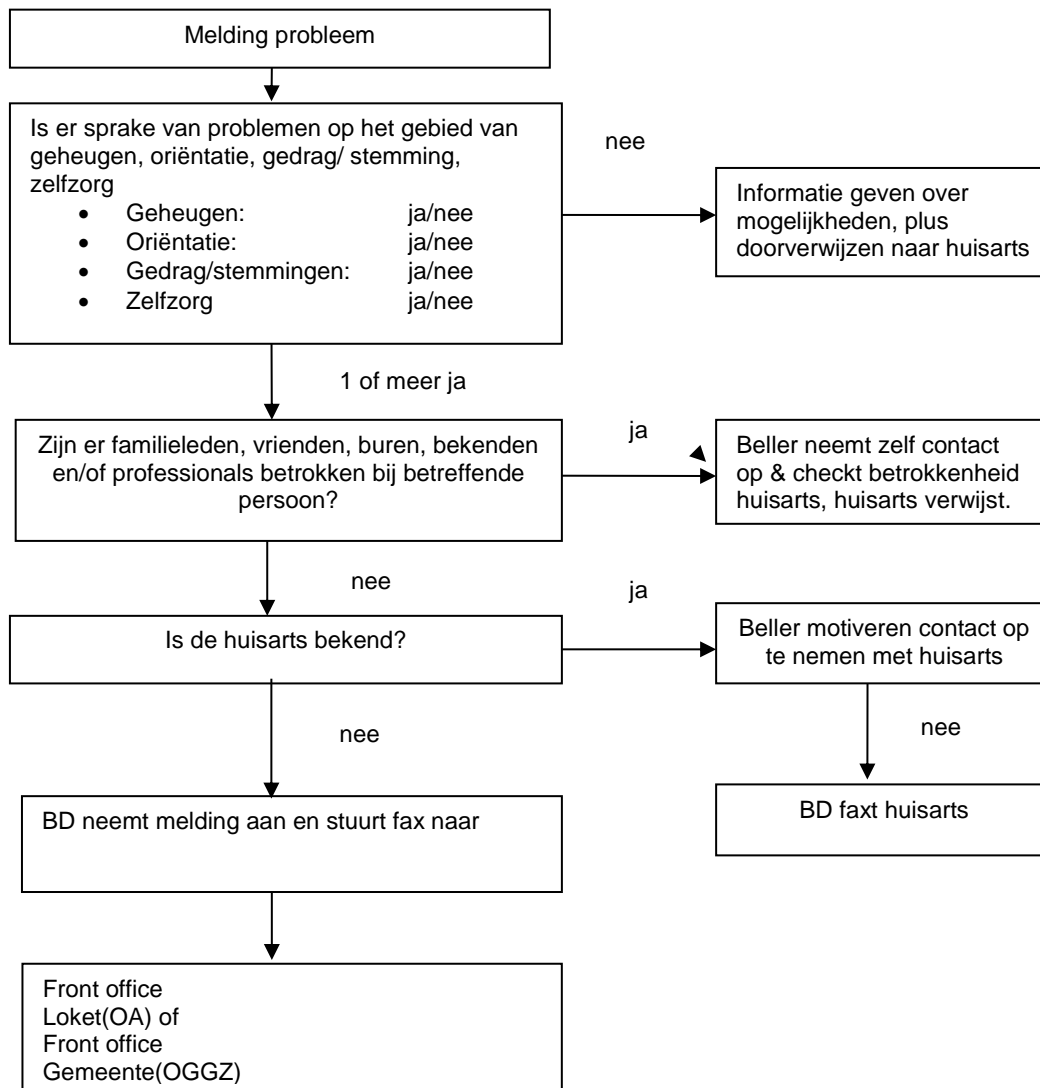
Op een Signaalkaart wordt op eenvoudige wijze aangegeven hoe vroegtijdig signalen van dementie kunnen worden onderkent en waar men dit kan melden. Ook staat hier het bereikbaarheidsnummer van Draagnet op vermeld en wordt verwezen naar de website www.ikvergeet.info

3.1.2 Opsporen en verwijzen

Door informatie beschikbaar te maken en het verspreiden van signaalkaarten wordt het mogelijk om vermoedens van dementie te melden bij huisarts of de bereikbaarheidstelefoon van Draagnet. Familie, buren, kennissen of professionals zoals huismeesters, politie, woningbouwcoöperaties, huishoudelijk verzorgenden, vrijwilligers en medewerkers van WMO loketten weten zo de weg naar professionals die kunnen verwijzen naar diagnostiek.,

3.1.2.1 Melding vroeg signalering

In opdracht van de Projectgroep Ketenzorg Dementie is er een beslisschema opgesteld hoe om te gaan met signalen. Deze wordt gehanteerd door casemanagers van de Bereikbaarheidstelefoon van Draagnet-DOC.



3.1.2.2 Huisartsen

Huisartsen hebben een signalerende rol en kunnen afhankelijk van de situatie ervoor kiezen om te diagnosticeren of hiervoor te verwijzen. Ook verwijzen zij naar casemanagement voor begeleiding.

3.1.2.3 Preventief huisbezoek

In de gemeente Haarlem krijgen inwoners bij het bereiken van de 75 jarige leeftijd automatisch een brief van de gemeente met de vraag of men mee wil werken aan een huisbezoek. Als men dat wil dan komt er een vrijwilliger van een van de welzijnsorganisaties op huisbezoek. De vrijwilliger neemt een vragenlijst over de woon- en leefomstandigheden met de bewoner door. Door deze bezoeken kunnen problemen vroegtijdig worden gesignaleerd en kan ondersteuning worden ingezet.

3.1.2.4 Sociale wijkteams/ bemoeizorg

De gemeente Haarlem heeft Sociale wijkteams. Deze teams bestaan uit verschillende disciplines waaronder een Wmo-consulent, een medewerker van de gemeentelijke afdeling Sociale Zaken en Werkgelegenheid, maatschappelijk dienstverleners, een wijkverpleegkundige, een opbouwwerker en een MEE-consulent . Het Team kan actief op signalen die het krijgt afstappen en ondersteuning bieden. Het Sociaal Wijkteam neemt de hulpvraag niet over, maar kijkt samen met bewoners hoe het probleem opgelost kan worden en of familie, vrienden en/of burens hierbij kunnen helpen. Als bewoners geen netwerk hebben, kan het Sociaal Wijkteam helpen met het opbouwen van een netwerk.

3.1.3 Ondersteunen

3.1.3.1 Casemanager

In de Dementie Keten Zuid Kennemerland wordt de definitie van casemanagement gehanteerd zoals deze in de Landelijke Zorgstandaard Dementie is gedefinieerd:

“Het systematisch aanbieden van gecoördineerde behandeling, zorg en ondersteuning door een vaste professional, die deel uitmaakt van een lokaal samenwerkingsverband gericht op thuiswonende mensen met dementie en hun naasten, gedurende het hele traject van ‘niet plus’ of de diagnose tot aan opname (in een woonvorm voor mensen met dementie) of overlijden.”

De taken van de casemanager zijn globaal te verdelen in:

1. Het coördineren van hulpverlening
2. Het bieden van begeleiding en ondersteuning aan cliënten en mantelzorgers
3. Het optimaliseren van de kwaliteit van zorg rondom cliënten met dementie

De casemanager kan aangevraagd worden door een professional, door de persoon zelf of een naaste. Het aanvragen van begeleiding door een casemanager kan via telefoonnummer: 023-543 10 21 (op werkdagen van 9.00-17.00 uur) of via info@draagnet.nl

De casemanager start bij aanvang van de begeleiding met een intake.

Deze intake vindt plaats aan de hand van 10 zorgdimensies zoals ontwikkeld door stichting Geriant.

1. Aard en ernst van de dementie:
2. Gedrag en beleving:
3. Persoon en coping-stijl (inclusief levensloop):
4. Lichamelijke gezondheid:
5. Zelfredzaamheid:
6. Dagstructuur en bezigheden:
7. Centrale verzorger:
8. Professionele zorgverlening:
9. Familie en sociaal netwerk:
10. Woonomstandigheden:
11. Veiligheid, administratie en geldzaken:

De Casemanager ondersteunt de cliënt en mantelzorger en stelt samen met hen een zorgplan op. Zo nodig wordt worden ander zorgverleners ingeschakeld en wordt doorverwezen voor diagnostiek. (zie 3.2 Fase 2: Diagnostiek).

(Zie voor uitgebreide informatie over de casemanager zie *Bijlage 2: Casemanager dementie, functie en taakomschrijving*)

3.1.3.2 Alzheimercafe's

Zie : 3.1.1.3 Alzheimercafés

3.1.3.3 Ontmoetingscentrum, ontmoetingsgroep

In een Ontmoetingsgroep wordt ondersteuning geboden aan mensen met ernstige geheugenproblemen die nog thuis wonen en aan hun mantelzorgers. Vaak zijn dat familieleden, maar het kunnen ook vrienden en kennissen zijn die een groot deel van de zorg op zich hebben genomen. In de Ontmoetingscentra is er de gelegenheid om buurtgenoten te ontmoeten en sociale contacten op te doen.

Oppeppers

Oppeppers richt zich onder ander op mensen die door hun cognitieve achteruitgang in het sociale leven niet meer zo goed mee kunnen komen. Men gaat met oppeppers letterlijk op stap door te wandelen in de natuur om musea te bezoeken. Naast de activiteiten is er ruimte om met elkaar te bespreken wat er speelt en zo erkenning en herkenning te vinden bij elkaar.

Kopgroepen

Een kopgroep is bedoeld voor mensen in het beginstadium van dementie met lichte tot matige cognitieve stoornissen. Van belang is dat men zich bewust is van hun dementie. Daarnaast moet er ook een diagnose door een arts gesteld zijn. De deelnemers nemen nog deel aan de maatschappij en ervaren veranderingen bij zichzelf waardoor het moeilijker wordt om het dagelijkse leven vorm te geven. Daarnaast moeten ze voldoende energie hebben om een bijeenkomst van ongeveer drie uur bij te wonen.

3.1.3.4 Lotgenotengroepen

Voor familieleden en mantelzorgers van cliënten is er de mogelijkheid om ervaringen te delen en elkaar te steunen.

3.1.3.5 Huishoudelijke verzorging

Ondersteuning in het huishouden kan bijdragen dat een cliënt langer thuis kan wonen. Daarnaast heeft de huishoudelijk verzorgende een belangrijke signalerende functie, zeker als het een alleenwonende cliënt betreft. De huishoudelijke verzorgende merkt snel aan allerlei praktische zaken of het functioneren van een cliënt achteruit gaat en kan contact opnemen met de casemanager om deze signalen door te geven.

3.1.3.6 Verpleging en verzorging

Wanneer een cliënt niet meer in staat is om zichzelf te verzorgen kan deze zelfzorg worden overgenomen. Als er sprake is van lichamelijke of geestelijke ziekte kan verpleegkundige zorg worden ingezet.

3.1.3.7 Vrijwilligers

Met inzet van vrijwilligers kan de cliënt en diens mantelzorgers extra worden ondersteund.

3.1.3.8 Persoonsalarmering

Een cliënt met beginnende dementie kan veiligheid ervaren als hij/zij hulp in kan roepen.

3.1.3.9 Mantelzorgondersteuning

Om als mantelzorger voor een partner of familielid te kunnen blijven zorgen is het belangrijk om niet zelf in een isolement te komen en ondersteuning te krijgen. Dit kan door deel te nemen aan een lotgenotengroep, een cursus te doen of gebruik te maken van een telefooncirkel. Ook is er een informatiegids voor mantelzorgers beschikbaar.

3.1.3.10 Maaltijdservice

Een cliënt met dementie is op een gegeven moment niet meer in staat om zelf een maaltijd klaar te maken. Maaltijd service kan dan hier dan een goede aanvulling zijn.

3.1.3.11 Sociale Wijkteams

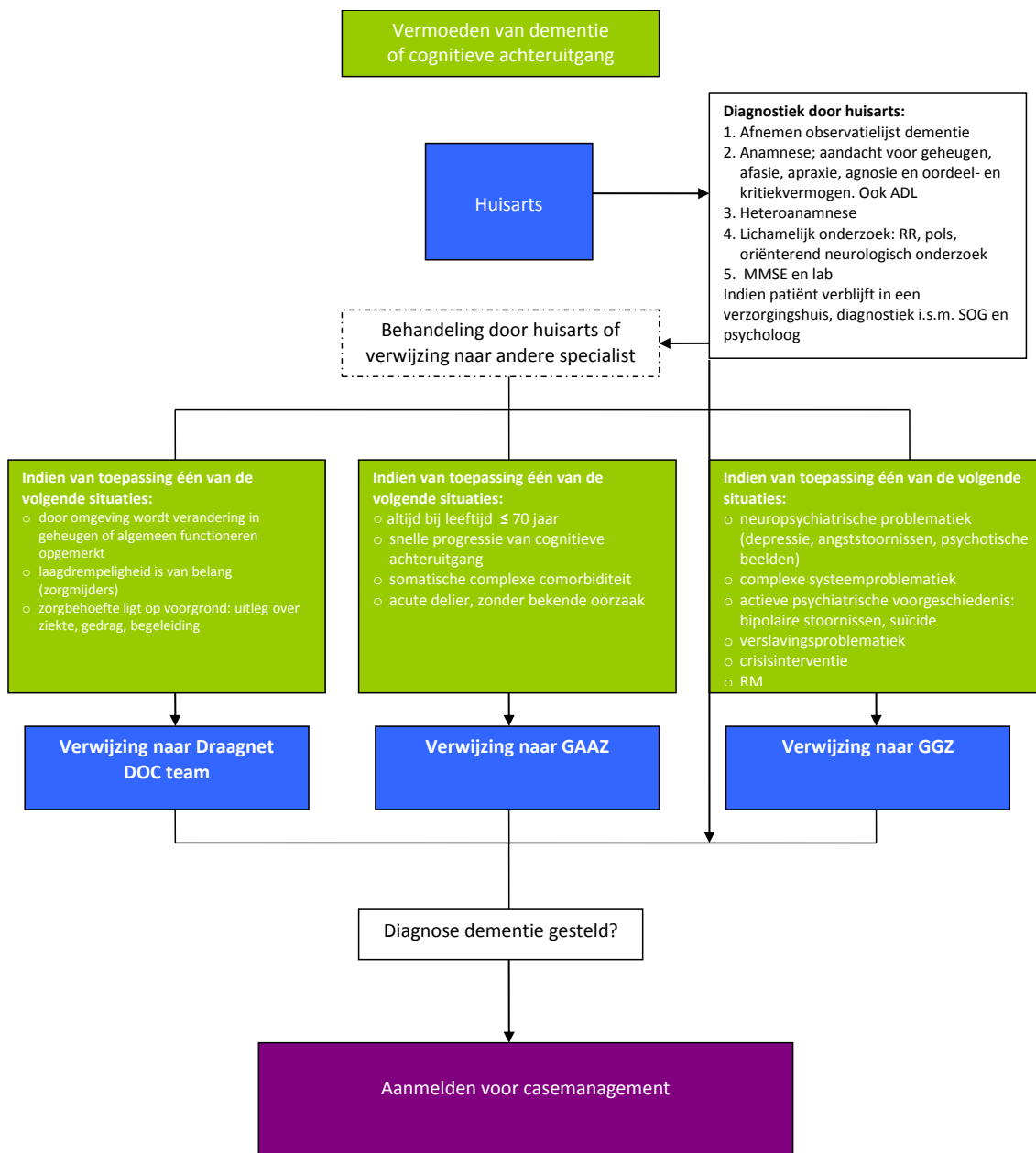
Zie : 3.1.2.4 Sociale wijkteams/ bemoeizorg

3.2 Fase 2: Diagnostiek

Als er een vermoeden is van dementie is het van belang dat de cliënt zo snel mogelijk wordt gediagnosticeerd. Door het tijdig stellen van de juiste ziekte- en zorgdiagnose kan aan de cliënt de juiste behandeling en begeleiding worden geven.

3.2.1 Huisarts

De huisarts heeft de keuze om zelf diagnostiek te plegen of om door te verwijzen naar Draagnet-Doc, Kennemer Gasthuis afdeling Geriatrie(GAAZ) of GGZinGeest.



3.2.2 Draagnet-DOC

Het Draagnet DOC (Dementie, Onderzoek en Casemanagement) –team biedt diagnostiek en behandeling voor mensen met (een vermoeden van) dementie.

Aanmelding kan via Huisarts, GGZinGeest en Kennemer Gasthuis maar men kan zelf ook contact opnemen met Draagnet-DOC. De huisarts wordt dan wel op de hoogte gesteld van de aanmelding en de betrokkenheid van Draagnet-DOC.

Het DOC-team bestaat uit een specialist ouderengeneeskunde, een psycholoog en een casemanager. Er wordt bij de diagnostiek gekeken naar ziekteverschijnselen en naar de zorgsituatie. De diagnostiek vindt plaats bij de cliënt thuis. Na aanmelding worden de cliënten binnen één week benaderd voor een afspraak. Vervolgens worden zij thuis bezocht door de specialist ouderengeneeskunde en de casemanager van het DOC-team. Ook wordt er een NPO afgenomen door de Psycholoog. Zij bespreken de uitslag van het onderzoek en/of het zorg/behandeladvies met de cliënt en de naastbetrokkene.

3.2.3 Kennemer Gasthuis Geriatrie Geheugenpoli

Na verwijzing door de huisarts kan men op de geheugenpoli op één dag worden onderzocht door een geriater en een neuroloog gespecialiseerd in cognitieve stoornissen

Aanvullende onderzoek bestaat uit bloedonderzoek, een MRI van de hersenen (in sommige gevallen een CT scan) en neuropsychologisch onderzoek. In overleg met de verschillende betrokken specialismen (geriater, neuroloog, neuropsycholoog) wordt een diagnose gesteld en een vervolgplan gemaakt. Een vervolgplan kan bestaan uit het starten van medicatie en het inschakelen van Draagnet.

Een casemanager van Draagnet is elke maandag aanwezig bij het Multi Disciplinair Overleg . Cliënten die zijn gediagnosticeerd op dementie worden overgedragen aan Draagnet als cliënt en familie akkoord zijn.

3.2.4 GGZinGeest

Het circuit ouderenpsychiatrie biedt zorg en diagnostiek aan mensen van zestig jaar en ouder met ernstige psychische of psychosociale klachten.

Voor vermoeden van dementie heeft GGZinGeest een speciale Geheugenpolikliniek.

Op de geheugenpolikliniek kunnen cliënten snel uitsluitel krijgen over de oorzaak van hun klachten door middel van een dag screening. Dat gebeurt poliklinisch binnen een dag, zodat het voor de cliënt minimaal belastend is. Als het nodig is, wordt extra beeldvormend lichamelijk onderzoek gedaan, zoals een MRI-scan of bloedonderzoek.

Vanuit GGZinGeest zal in geval de patiënt in behandeling is in sommige gevallen een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige betrokken blijven bij de cliënt.

3.3 Fase 3: Levering van Zorg en Diensten

Na het stellen van de diagnose kunnen zorg en diensten ingezet worden met als doel de cliënt en mantelzorger te behandelen en begeleiden zodat beiden zo lang en gezond mogelijk kunnen functioneren in de thuissituatie. Bij de zorg voor de mantelzorger is het voorkomen van overbelasting en sociale isolatie een expliciet doel.

3.3.1 Aangepast Wonen : thuis met dementie

3.3.1.1 Casemanager

De functie van de casemanager is om er voor zorg te dragen dat de zorg voor cliënt en mantelzorger voldoet aan de zorgvraag en wordt aangepast als de zorgvraag veranderd/ toeneemt. De casemanager is op de hoogte van de sociale kaart en kan er zorgen dat zorgverlening wordt ingezet als dat nodig is. Op deze wijze kan de cliënt zo lang mogelijk thuis met aanpassingen en ondersteuning blijven wonen. Op het moment dat thuis wonen niet meer haalbaar is omdat de zorgvraag de geboden hulp thuis overstijgt dan de de casemanager samen met mantelzorgers tijdig een opname regelen in een beschermde woonvorm voordat er een crisissituatie ontstaat.

3.3.1.2 Psychiater/Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV'er)

In sommige situaties is de inzet van een psychiater noodzakelijk. In deze gevallen staat psychiatrische problematiek of systeemproblematiek op de voorgrond. Er kan ook voor gekozen worden dat de psychiater de behandeling overneemt. De psychiater kan besluiten een SPV'er in te schakelen die de begeleiding op zich neemt.

3.3.1.3 Huishoudelijke zorg

Zie 3.1.3.5 Huishoudelijke verzorging

3.3.1.4 Verpleging en verzorging

Zie 3.1.3.6 Verpleging en verzorging

3.3.1.5 Dagopvang, dagverzorging dagbehandeling

Er kan zich een situatie gaan voordoen waarbij de cliënt niet meer in staat is om de gehele dag alleen thuis te zijn. Bij een alleenstaande cliënt kan het zijn dat er een gemis aan structuur is of eenzaamheid een factor is.

Dagopvang, dagverzorging of dagbehandeling kan structuur en geven en een omgeving bieden waarbij de cliënt gestimuleerd wordt zonder dat dit overbelasting geeft. Ook is er vaak de mogelijkheid om in de middag een warme maaltijd te gebruiken. Op de dagbehandeling wordt er ook verpleging en verzorging aangeboden.

Wanneer er een partner kan het zijn de partner niet meer in staat is om continu te zorgen voor de partner met dementie biedt dagopvang, dagverzorging of dagbehandeling de mogelijkheid voor de partner om ontlast te worden. Dit wordt ook wel respijtzorg genoemd.

Dagopvang voor allochtone ouderen

Allochtone ouderen hebben vaak een andere cultuur die een andere benadering vraagt. Hiervoor is er een aparte dagopvang

Dagbesteding voor jong dementerenden

Omdat jongere cliënten met dementie vaak fysiek gezond zijn zin er andere activiteiten nodig dan voor ouderen.

3.3.1.6 Ontmoetingscentrum, ontmoetingsgroep

zie 3.1.3.3

3.3.1.7 Tijdelijke opname in een beschermde woonvorm

Ondanks alle ondersteuning en inzet van dagopvang, dagverzorging en dagbehandeling kan een tijdelijke opname soms gewenst zijn. Het kan zijn dat de cliënt tijdelijk extra zorg nodig heeft. Ook kan het zijn dat de partner een time-out nodig heeft of op vakantie wil.

3.3.1.8 Maaltijdservice

Zie 3.1.3.10

3.3.1.9 Opname in een Ziekenhuis

Bij ziekte van de cliënt kan behandeling in een ziekenhuis noodzakelijk zijn. Eventueel kan verder herstel daarna plaatsvinden door een tijdelijke opname in een verzorgings- of verpleeghuis.

3.3.1.10 Service woningen aanleunwoningen

Als zelfstandig wonen niet meer gaat kan een service woning of aanleunwoning uitkomst bieden. Zorgverlening is dichterbij en vaak zijn er allerlei voorzieningen zoals een winkel, kapper en pedicure aanwezig.

3.3.1.11 Palliatieve zorg

Is een cliënt terminaal dan is palliatieve zorg thuis mogelijk. Ook kan deze in een hospice huis of verpleeghuis worden geboden.

3.3.2 Crisishulp

3.3.2.1 Crisisbedden

Ondanks het feit dat de keten zo is ingericht dat crisissituaties meestal voorkomen kunnen worden kan het voorkomen dat er een acute opname nodig is zonder dat de cliënt over een indicatie voor deze opname heeft.

Voor deze situaties is er een zogenaamd crisisbed. Een cliënt kan worden opgenomen zonder dat een indicatie is afgegeven.

3.3.2.2 Noodbeddenregeling

Ook kan het voorkomen dat er een spoedsituatie (wegvallen mantelzorgen of acute crisis door ziekte) is waarbij de cliënt snel moet worden opgenomen en wel beschikt over een indicatie. Hiervoor houden de zorgaanbieders Sint Jacob, SHDH en Zorgbalans per tourbuurt een week een plaats vrij.

3.3.2.3 Spoedopname

Daarnaast is er altijd de mogelijkheid tot een spoedplaatsing als er plek is. De plaatsing vindt in onderling overleg plaats met de betrokken ketenpartners.

3.3.2.4 Crisisopvang GGZ

Het kan ook voorkomen dat het proces van dementie gepaard gaat met ernstige gedragsproblematiek of dat er daarnaast al psychiatrische problemen speelde. In deze situaties is crisisopvang binnen de GGZ mogelijk.

GGZinGeest heeft speciale voorzieningen, waarbij in situaties acuut (binnen 24 uur) hulp kan worden ook voor mensen die niet in behandeling zijn.

Bij crisisopvang is geen tijd voor een uitgebreide diagnose. De hulp is gericht op directe verbetering van de situatie. Dat kan telefonisch, bij de cliënt thuis of op een van de locaties. Soms is een kortdurende opname nodig en als de crisis is geweken kan de zorg worden omgezet in een gewone behandeling.

3.3.2.5 Rechterlijke Machtiging en Inbewaringstelling

Als een opname van belang is omdat de cliënt een gevaar voor zichzelf is of voor zijn omgeving kan het voorkomen dat een cliënt dit weigert. Om de cliënt toch op te nemen is dan een Rechterlijke Machtiging (RM) of een Inbewaringstelling. Bij het starten van een gerechtelijke procedure zoals een RM IBS moet een Psychiater van de GGZ ingeschakeld worden.

3.3.3 Aangepast Wonen: opname en wonen in een beschermde woonvorm

Als het proces van dementie vordert komt er een moment dat een cliënt, ondanks ondersteuning, niet meer voldoende eigen regie heeft om zelfstandig te blijven wonen. Als een cliënt een partner heeft kan deze een groot deel van deze regie overnemen en kan een cliënt vaak langer thuis blijven. Maar ook dan kan er een moment komen dat de zorgvraag van de cliënt de draagkracht van de partner overstijgt. In deze situaties is aangepast wonen in een beschermde woonvorm een oplossing.

3.3.3.1 Kleinschalige woonvormen

Informatie over de mogelijkheden over wonen in den beschermde woonvorm in de regio Zuid Kennemerland is te vinden op www.ikvergeet.info

3.3.3.2 Aangepast wonen voor Jonge mensen met dementie

Jongere cliënten met dementie vragen om andere zorg omdat zij vaak nog lichamelijk actiever zijn.

3.4 Overzicht van Zorgproces: Diensten en Aanbieders

3	Zorgproces	
3.1	Fase 1: "Niet pluis" fase , voor diagnose: informeren	
3.1.1	Informeren	
	Geboden dienst	Aanbieder
	Huisarts	-
	Les opzet	www.ikvergeet.info
	Cursus omgaan met dementie	Vrijwilligerscentrale/ Draagnet
	Informatiebijeenkomsten	Vrijwilligerscentrale, Tandem,
	Alzheimercafe	Alzheimer Nederland
	Websites	Zorgketen Dementie, Alzheimer Nederland
	Telefoonnummers	Draagnet , Alzheimer Nederland
	Loketten	Gemeente Haarlem, Heemstede, Bloemendaal
	Folders	Draagnet, Alzheimer Nederland
	Signaalkaart	Draagnet
	Vrijwilligers	Tandem,
3.1.2	Opsporen en verwijzen	
	Melding vroeg signalering	Draagnet bereikbaarheidsdienst
	Huisarts	-
	Preventief huisbezoek	Haarlem Effect, Haarlem Dock
	Sociale wijkteams/ Bemoeizorg	Gemeente Haarlem
3.1.3	Ondersteunen	
	Casemanager	Draagnet
	Alzheimercafe's	Alzheimer Nederland
	Ontmoetingsgroep (Kopgroep, Oppeppers)	<u>SHDH</u> : De Schakel, De Hamelink, De Ringvaart, De Oppeppers, Ontmoetingsgroep Heemstede Geelhors. <u>Amie ouderenzorg</u> : Juttershuis, Strandhuis, Ontmoetingscentrum Vogelensanck <u>Zorgbalans</u> : Zeestroom, Polderstroom, Zandstroom, Bollenstroom, Houtstroom.
	Huishoudelijke verzorging	Viva Zorggroep, Tzorg, Flexicura, Amstelring, Zorggroep Reinalda
	Verpleging en verzorging	Zorgbalans, Buurtzorg, SHDH, Amie ouderenzorg, Zorgspecialist, Flexicura, Zorggroep Reinalda
	Vrijwilligers	<u>Tandem</u>
	Persoonsalarmering	<u>Servicepaspoort Zorgbalans</u>
	Mantelzorgondersteuning	Tandem
	Maaltijd service	<u>Stichting Welzijn ouderen</u> , <u>Apetito</u> , <u>Kievit</u> , <u>Sjef's Maaltijdenservice</u> , <u>Wesselius</u>
	Sociale wijkteams	<u>Gemeente Haarlem</u>
3.2	Fase 2: Diagnostiek	
	basisdiagnostiek	Huisarts
	Thuisdiagnostiek	Draagnet-Doc
	Specialistische Diagnostiek	Kennemer Gasthuis Geriatrie
	Specialistische Diagnostiek	GGZinGeest
3.3	Fase 3: Levering van zorg en diensten	
3.3.1	Aangepast wonen : thuis met dementie	

	Casemanager	Draagnet
	Psychiater/ SPV'er	GGZinGeest
	Huishoudelijke verzorging	Zie 3.1.3.
	Verpleging en verzorging	Amie ,Zorgbalans, SHDH, Sint Jacob Zorggroep Reinalda, De zorgspecialist.
	Dagopvang, dagverzorging, Dagbehandeling	<u>SHDH</u> : Dagbehandeling De Blinkert, Dagbehandeling Overspaarne, Dagopvang Nieuw Meerwijk, Dagverzorging Schoterhof. <u>Sint Jacob</u> : Ontmoetingscentrum Buitenhof, Dagcentrum Schalkweide, Dagcentrum Nieuw Delftweide. <u>Zorgbalans</u> : De Notenbalk/ Symfonie dagverzorging, De Hofstede <u>Zorggroep Reinalda</u> : Dagverzorging Reinalda/ Polderhuis / De Roos <u>Amie ouderenzorg</u> : Juttershuis, Strandhuis, Ontmoetingscentrum Vogelensanck
	Dagopvang voor allochtone ouderen	<u>Zorggroep Reinalda</u> :
	Dagbesteding jong dementerenden	<u>Zorgbalans</u> : De Weeligenberg De zeestroom
	Ontmoetingsgroep	Zie 3.1.3
	Tijdelijke opname in een beschermde woonvorm	Zie 3.3.2. in de veel woonvoorzieningen is tijdelijke opname mogelijk. Zie ook www.ikvergeet.info
	Opname in een ziekenhuis	Kennemer Gasthuis, Spaarne Ziekenhuis
	Sericewoningen aanleunwoningen	
	Palliatieve Zorg	Hospicehuis Gierstraat Haarlem
	Crisis hulp	GGZinGeest
3.3.2	Aangepast wonen: opname en wonen in een beschermde woonvorm	
	Beschermde wonen	<u>Amie ouderenzorg</u> : Huis in de Duinen, Meerleven, Bodaan <u>Zorgbalans</u> : Houttuinen, Weeligenberg <u>SHDH</u> : Janskliniek, Schoterhof, Overspaarne, Molenhofje, Anton Pieckhofje <u>Sint Jacob</u> : Boerhaave, Klein Belgie, Oldenhove, Nieuw Overbos, Nieuw Delftweide, Jacob in de Hout. Bosbeek <u>Zorggroep Reinalda</u> : Reinaldahuis <u>De zorgspecialist</u> : Villa Tromp , Villa Velsen
	Aangepaste woonvorm voor jonge mensen met dementie	De Weeligenberg

4 Kwaliteitsinformatie en indicatoren

In de regio Zuid Kennemerland wordt de keten aan de hand van zogenaamde netwerkindicatoren tweejaarlijks getoetst door Vilans.

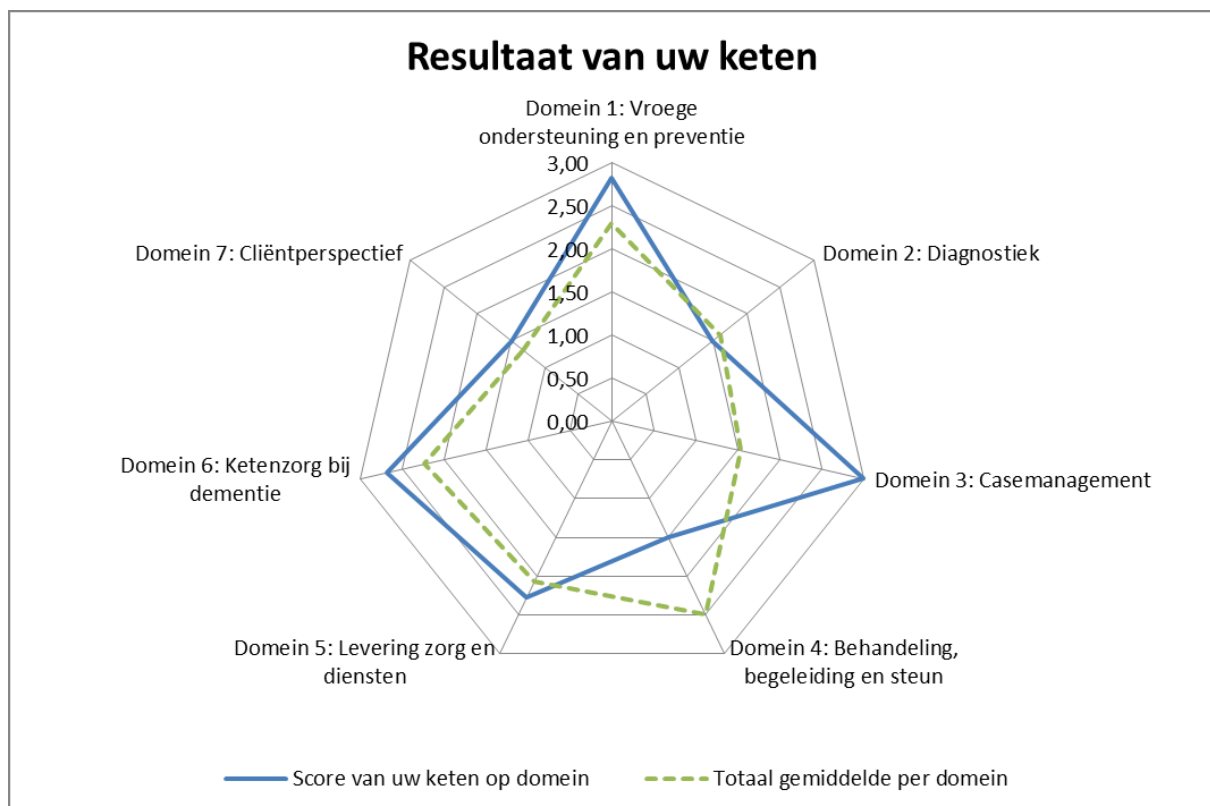
4.1 Netwerkindicatoren

Netwerkindicatoren geven een beeld van de mate van samenhang en samenwerking tussen de netwerkpartners en maken zichtbaar op welke onderdelen ontwikkeling of borging nodig is. Vanuit het landelijk netwerk dementie zijn netwerkindicatoren ontwikkeld. De indicatoren gaan niet alleen over de kwaliteit van zorg, maar ook over de kwaliteit van de communicatie:

1. Vroege ondersteuning en preventie
2. Diagnostiek
3. Casemanagement
4. Behandeling, begeleiding en steun
5. Levering van zorg en diensten
6. Ketenzorg bij dementie
7. Cliëntperspectief

Tweejaarlijks wordt vanuit het landelijk netwerk een meting gedaan op basis van de netwerkindicatoren waar de regio Zuid-Kennemerland aan meewerkt. De terugkoppeling van de stand van zaken wordt besproken in de stuurgroep van het ketennetwerk.

4.2 Resultaten netwerkindicatoren Zuid Kennemerland over 2014



5 Financiering

5.1.1 Keten

De zorginstellingen in de zorgketen dementie financieren gezamenlijk de keten coördinator voor 12 uur per week, de hosting en het onderhouden van de website www.ikVergeet.info en de materiaalkosten voor signaalkaarten en verwijskaarten. Het totaalbedrag wordt verdeeld over de genoemde deelnemers waarbij de grote organisaties een dubbele wegingsfactor in hun bijdrage aan de kosten hebben.

5.1.2 Draagnet

Draagnet wordt tot nu toe gefinancierd vanuit de AWBZ (ca. 80%) en de WMO (ca. 20%).

Vanuit de AWBZ worden AIV uren toegekend

Voor het jaar 2015 zal 85% uit de ZvW worden gefinancierd en 15% uit de WMO.

Door de kantelingen in de WMO en doordat er gestuurd is op minder dubbelingen is er minder subsidie beschikbaar voor 2015.

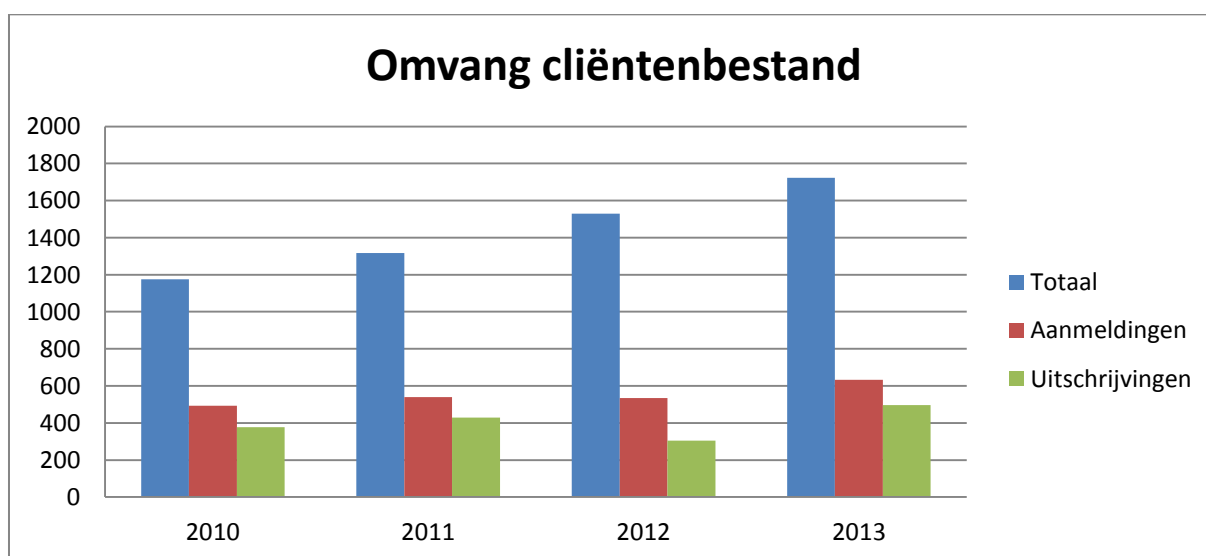
In het kader van de nieuwe uitdagingen binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning heeft Draagnet zich tot doel gesteld om meer cliënten tegen lagere kosten te voorzien van passende hulp en onze dienstverlening daarop in te richten c.q. aan te passen.

Daar waar de zorg van Draagnet zich richt op preventie (informatie en advies, vroegsignalering), ondersteuning van cliënten, kennisoverdracht naar mantelzorgers en vrijwilligers, en begeleiding van de cliënt en zijn systeem naar participatie in de maatschappij wordt een beroep gedaan op de WMO-subsidie.

In 2013 zijn er totaal 1773 cliënten thuis bezocht door gemiddeld 24,2 FTE casemanager. Dit zijn 244 cliënten meer dan in 2012 (+16 %).

Overzicht cliëntenbestand vanaf 2010

	2010	2011	2012	2013
Totaal	1175	1317	1529	1773
Aanmeldingen	493	540	535	632
Uitschrijvingen	378	429	304	497



5.1.3 Draagnet-DOC

De casemanagers van Draagnet werken multidisciplinair samen met specialisten ouderengeneeskunde en psychologen in een samenwerkingsverband: Draagnet DOC-team rond diagnose en behandeling. Om een sluitende inzet van de disciplines te krijgen in het DOC-team wordt samengewerkt met de V&VT-aanbieders: Zorgbalans, SHDH, St. Jacob, Zorggroep Reinalda en Amie Ouderenzorg.

Iedere V&VT aanbieder bepaald zelf op basis van het aantal toegewezen inzetbare uren, vanuit de AWBZ voor de organisatie, welk deel besteed kan worden voor Draagnet DOC. De inzet wordt in de keten op elkaar afgestemd.

6 Bijlagen

6.1 Bijlage 1 Samenwerking in Ketenzorg Dementie Zuid-Kennemerland

Samenwerking in Ketenzorg Dementie Zuid-Kennemerland

Ondergetekenden:

1. GGZinGeest, gevestigd te Amsterdam, vertegenwoordigd door de heer J.W.Pijpers, directeur Algemene Zaken, circuit Ouderen en
2. Kennemer Gasthuis, gevestigd te Haarlem, vertegenwoordigd door Mw. T. Stellema, Raad van Bestuur en
3. Stichting Zorgbalans, gevestigd te Haarlem, vertegenwoordigd door de heer R. Jonkers, voorzitter Raad van Bestuur en
4. SHDH, gevestigd te Haarlem, vertegenwoordigd door de heer T. van Emmerik, voorzitter Raad van Bestuur en
5. Stichting Sint Jacob, gevestigd te Haarlem, vertegenwoordigd door de heer H. Groenendijk, Raad van Bestuur en
6. Amie Ouderenzorg, gevestigd te Zandvoort, vertegenwoordigd door de mw. K. Schilte, interim voorzitter Raad van Bestuur en
7. Huisartsen Vereniging Zuid-Kennemerland, hierna te noemen HVZK, gevestigd te Haarlem, vertegenwoordigd door mevrouw M. van der Veen, huisarts en
8. Zorggroep Reinalda, gevestigd te Haarlem, Mw. O. Landstra, Raad van Bestuur en
9. Alzheimer Nederland, afdeling Zuid-Kennemerland, mw. L. Haaring, bestuurslid

overwegende dat:

- Partijen op 1 januari 2009 een samenwerking zijn aangegaan ten behoeve van het realiseren van samenhangende zorg aan mensen met dementie en hun systeem in de regio Zuid-Kennemerland, hierna te noemen "dementiezorg"
- deze cliënten een hulpvraag hebben op het gebied van informatie, voorlichting, diagnostiek, behandeling, begeleiding en zorg
- partijen de taken en verantwoordelijkheden jegens elkaar, maar ook hun onderscheiden verantwoordelijkheden jegens de cliënten naar elkaar willen vastleggen

komen overeen:

1. Partijen werken vanaf 1 januari 2009 samen bij het realiseren van eenvoudige en snelle toegang tot diagnostiek en begeleiding van Draagnet DOC team aan mensen met dementie en hun systeem.
2. Partijen werken samen in het realiseren van integrale ketenzorg dementie, welke activiteiten zijn vastgelegd in het Regionaal Actieplan Zorgketen Dementie Zuid-Kennemerland, nr. 0199.09/z-dem/jtb
3. Dat zij akkoord zijn met de "overeenkomst experimenten met nieuwe zorgprestatie" in het kader van de NZa aanvraag Beleidsregel dementie 2011.

Namens de organisaties:

Getekend d.d. 7 september 2010

De eerste samenwerkingsovereenkomst uit september 2010

Getekend door: GGZinGeest, Kennemer Gasthuis, Stichting Zorgbalans, SHDH, Stichting St. Jacob, Zorgcontact (nu Amie Ouderenzorg), Alzheimer Nederland afdeling Zuid-Kennemerland, Huisartsen Vereniging Zuid-Kennemerland (nu Huisartsen Coöperatie Zuid-Kennemerland) en Zorggroep Reinalda. De Zorgspecialist heeft zich later bij deze overeenkomst aangesloten.

6.2 Bijlage 2: Casemanager dementie, functie en taakomschrijving

Algemene informatie

Functienaam : Casemanager DOC-team (Dementie Onderzoeken Casemanagement)

Doel van de functie

Levert een bijdrage aan screening en behandeling van thuiswonende cliënten met dementie. Levert begeleiding in de vorm van casemanagement voor deze cliënten en diens directe omgeving.

Hoofdtaken en verantwoordelijkheden

Resultaatgebied 1: Participatie in ziektediagnostiek

- Verzamelen van gegevens op somatisch, psychogeriatrisch, psychisch en sociaal terrein en voert het intakegesprek
- Neemt deel aan het Multi Disciplinair Overleg (MDO) waarbij onder eindverantwoordelijkheid van de Specialist Ouderen Geneeskunde (SOG) het concept diagnosebehandelplan wordt vastgesteld

Resultaat:

Zorgvraag is behandeld en omgezet in een diagnosebehandelplan zodat zorggevers en behandelaars de juiste zorg en behandeling kunnen verlenen. Evaluaties zijn uitgevoerd waarna het diagnosebehandelplan kan worden bijgesteld.

Resultaatgebied 2: Zorgdiagnostiek en Behandeling

- Formuleert op basis van gegevens en intakegesprek een voorlopige zorgdiagnostiek en behandelplan t.b.v. het MDO
- Maakt het diagnosebehandelplan compleet door verzamelen van aanvullende gegevens zoals een heteroanamnese
- Neemt deel aan bespreking van het concept behandelplan onder verantwoordelijkheid van de SOG in aanwezigheid van cliënt en eventuele vertegenwoordigers
- Signaleert de werking van de medicamenteuze behandeling en geeft dit door aan de SOG
- Informeert verwijzers
- Informeert, adviseert en indien nodig instrueert de medewerker van de zorgleverancier

Resultaat:

Middels zorg en behandeling zijn de gevolgen van dementie op positieve wijze beïnvloed. Gezondheidsproblemen zijn tijdig gesignaleerd en indien nodig bijvoorbeeld medicamenteus behandeld. De cliënt kan zo lang mogelijk thuis wonen met zo hoog mogelijke levenskwaliteit

Resultaatgebied 3: Casemanagement begeleidingsplan

- Stelt samen met de cliënte en eventuele vertegenwoordigers een begeleidingsplan op en toetst het be- staande zorgplan
- Coördineert de afgesproken zorg en behandelingsactiviteiten en houdt periodieke evaluaties
- Neemt ten aanzien van de zorgcoördinatie een regievoerende rol bij zorgteams van de eigen en andere organisaties.
- Beoordeelt noodzaak voor opname en regelt indien nodig een opname.
- Signaleert veranderingen in de zorgvraag en beoordeelt of er sprake is van een crisissituatie. Bemiddelt bij een crisissituatie naar acute zorginzet: thuis en/of opname
- Biedt begeleiding aan (bijvoorbeeld psycho- educatie) de individuele cliënt en diens eventuele systeem

- Biedt op uitnodiging van zorgleveranciers voorlichting, consultatie en eventueel scholing

Resultaat:

De casemanager heeft een zorgrelatie met cliënt en diens omgeving, functioneert als regisseur en maakt de hulpvraag operationeel, zodanig dat de behandelaar/verzorger adequate zorg kan verlenen.

Contacten

Interne contacten:

- Periodiek met manager Gespecialiseerde Verpleging; uitwisselen van informatie, afstemming van de werkinhoud en sturing beleidszaken.
- 1 x per 14 dagen multidisciplinair overleg met DOC team(SOG, psycholoog en bij voorkeur een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige) voor bespreken van ziekte,- en zorgdiagnostiek en voortgang.
- Periodiek met afdeling front-office/zorgbemiddeling/planning voor het stroomlijnen van cliënten zorginzet.
- Periodiek met PG-teams voor afstemmen en cliëntenoverleg.
- Periodiek expertteams met voor informeren, afstemmen en profilering.
- 1 x per 6 weken met casemanagers voor kwaliteit/deskundigheidsbevordering,intervisie.
- 1 x per 6 weken met casemanagers voor inhoudelijk zorgoverleg, informatie-uitwisseling.
- Dagelijks met casemanagers voor informatie uitwisseling en afstemming van de werkzaamheden.

Externe contacten:

- Dagelijks met cliënten en diens systeem voor uitvoeren van de werkzaamheden.
- Periodiek met zorgbemiddeling van verschillende zorgaanbieders voor stroomlijnen van cliënten zorginzet structureel en bij acute situaties.
- Periodiek met PG-teams van andere zorgaanbieders.
- Dagelijks met indicatieorgaan voor aanvragen van gewenste/benodigde zorg.
- Periodiek met Bureau Zorgkantoor komen tot een meer geüniformeerde uitwisseling van benodigde zorg.
- Periodiek met ziekenhuizen in de regio; Nazorgloket, maatschappelijk werk, verpleegafdelingen, triage, voor overdracht , afstemming, informatie uitwisseling en stroomlijnen van cliëntenzorg.
- Periodiek met andere thuiszorgaanbieders voor stroomlijnen cliënten zorginzet, overdracht, afstemming, informatie uitwisseling.
- Periodiek met huisartsen en praktijkondersteuners voor vragen omtrent diagnostiek, overdracht, afstemming, informatie uitwisseling, deskundigheid/kwaliteitsbevordering.
- Periodiek met welzijnsorganisaties; zorgloket en ouderenadviseurs voor afstemming, informatie uitwisseling, overdracht van cliënten en kwaliteitsbevordering.
- Periodiek met lokale, regionale en landelijke overlegorganen over ketenzorg.

Functie eisen

1. Kennis:

HBO werk- en denkniveau, afgeronde opleiding op het vakgebied Zorg en aanvullende opleiding casemanagement. Naast de eigen vakkennis ook kennis ook specifieke kennis van de diagnose dementie en heeft praktijkervaring met cliënten met dementieel syndroom en van zorgtrajecten van de client. Heeft kennis van de sociale kaart van het werkgebied en van mogelijkheden van

psychogeriatrische verplegings- en behandelingsaanbod en weet deze toe te passen. Heeft voldoende didactische en communicatieve vaardigheden om kennis, kunde en vaardigheden over te dragen. Houd kennis op peil door bijscholing en volgen van maatschappelijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Is op de hoogte van de visie, reglementen en protocollen van de van de eigen organisatie en de werkafspraken binnen het DOC team.

2. Zelfstandigheid

Vakinhoudelijke werkzaamheden worden zelfstandig uitgevoerd, waarbij voorkomende problemen naar eigen inzicht worden en prioritering worden opgelost. Planning en uitvoering van de werkzaamheden vinden zelfstandig plaats de mate. Keuzes worden indien nodig met de manager gemaakt. Is vindingrijk en creatief bij het geven van oplossingsrichtingen aan behandelaars en instanties bij de afstemming van de zorg en behandeling. Bepaald zelfstandig wanneer terugvallen op behandelaar of collega nodig is.

3. Sociale vaardigheden:

Tact, luistervaardigheid, hulpvaardigheid en adviesvaardigheid zijn vereist. Overtuigingskracht en overwicht zijn nodig voor het overbruggen van tegenstellingen gericht op een doelmatige aanpak van de problematiek van de cliënt. Moet bij crisissituaties emoties van het cliëntensysteem kunnen stroomlijnen en partijen kunnen bewegen om acuut een oplossing te forceren tav zorginzet.

4. Risico's, verantwoordelijkheden en invloed:

Draagt verantwoordelijkheid voor de coördinatie en de uitvoering van het diagnose-behandelplan. Er bestaat een kans op (im)materiële schade door onjuiste beslissingen waardoor ook kans is op schade aan het imago van de organisatie bij cliënten, vertegenwoordigers en externe contacten. Heeft invloed op het afstemmen van de zorg en behandeling ten aanzien van de samenwerkende partijen in de keten. Moet bij crisissituaties snel handelen, schakelen en volhardend optreden ten einde de zorg voor dat moment geregeld te krijgen om de veiligheid van de cliënt en zijn omgeving te bewaken.

5. Uitdrukkingsvaardigheid:

Beschikt over goede mondelinge uitdrukkingsvaardigheden om te kunnen adviseren en communiceren op diverse niveaus (cliënten, vertegenwoordigers, zorgverleners en behandelaars). Beschikt over goede schriftelijke uitdrukkingsvaardigheden ten behoeve van rapportages, publicaties en beleidsvoorstellen.

6. Bewegingsvaardigheid:

Bewegingsvaardigheid is nodig voor het gebruiken van de personal computer.

7. Oplettendheid:

Oplettendheid is nodig bij het signaleren van veranderingen in het psychosociale welzijn van de cliënten en diens omgeving. Oplettendheid is nodig bij het observeren tijdens het afleggen van huisbezoeken om tijdig en accuraat het diagnosebehandelplan te kunnen aanpassen of te kunnen handelen in een crisissituatie. Oplettendheid is ook nodig bij het verzamelen en interpreteren van gegevens ten behoeve van een juiste advisering van zorgverleners en behandelaars om te komen tot een goed diagnosebehandelplan. Oplettendheid kan worden bemoeilijkt door bijv. tijdsdruk en/of gedragsproblemen bij een client en/of diens omgeving.

8. Overige functie-eisen:

Volharding en doorzettingsvermogen: is vereist bij het verkrijgen van de medewerking en het overtuigen van de cliënt en bij het tot stand brengen van een juist diagnosebehandelplan en een goede zorgverlening.

Ordelijkheid, systematiek en hygiëne: is nodig bij het verzamelen en verwerken van gegevens.
Integriteit en betrouwbaarheid: zijn vereist door inzage te hebben in vertrouwelijke cliëntgegevens.
Voorkomen en gedrag: Representativiteit is nodig in verband met interne externe contacten.
Gevoel voor het menselijk lichaam, materiaal en/of apparatuur: Geen bijzonderheden.

9. Inconveniënten:

Fysieke belasting: Geen bijzonderheden

Psychische belasting: Kan optreden door confrontatie met ongewenst gedrag (psychisch of lichamelijke geweld) en leed en lijden van de cliënt, de zorg voor een effectieve, efficiënte en gecoördineerde zorgverlening. Hanteren van een werkmethode waarbij actief ingezet wordt op het leggen van contact met de doelgroep, het onderzoeken van de vragen en het motiveren en verwijzen van de doelgroep naar vormen van hulpverlening en/ of anderszins.

Bezwarende werkomstandigheden: Geen bijzonderheden.

Risico's persoonlijk letsel: Kan optreden bij agressief gedrag van de cliënt en/of diens omgeving.

6.3 Bijlage 3: De zorgstandaard Dementie en ketensamenwerking.

Bij het opstellen van het zorgprogramma Dementie Zuid-Kennemerland is gebruik gemaakt van de Zorgstandaard Dementie⁵. In dit document wordt de nadruk gelegd op die elementen in de keten organisatie waaruit blijkt dat er samenwerkingsafspraken zijn.

Tijdens het samenstellen van het zorgprogramma bleek dat het niet moeilijk was om de diensten en producten in de regio op te sommen. Wat wel moeilijk bleek was het helder en inzichtelijk maken van de samenwerkingsafspraken.

Daarom zijn de samenwerkingsafspraken, waarop in de Zorgstandaard Dementie de nadruk wordt gelegd, omgezet in vragen die zijn voorgelegd aan alle leden van de Projectgroep Dementie. Uit de antwoorden van de leden kan het volgende worden geconcludeerd:

Informatie voorlichting en steun. (pagina 14 Zorgstandaard Dementie)
Wat is er niet Op het gebied van informatie voorlichting en steun is er een gezamenlijke website aanwezig waarop informatie wordt gegeven. Er zijn echter geen concrete afspraken over voorlichtingscampagnes en hoe het informatie aanbod op elkaar word afgestemd
Wat is er wel Er is een website met veel informatie die namens de keten wordt beheerd. Er is een vroeg signaleringskaart gemaakt in opdracht van de Keten en in de regio verspreidt. Er is een signaleringsprotocol voor de bureaudienst van Draagnet
Suggestie Vroeg signalering structureren door bijvoorbeeld een tweejaarlijkse vroeg signaleringscampagne met draaiboek.
Signaleren en actief verwijzen (pagina 17 Zorgstandaard Dementie)
Wat is er niet Er zijn geen afspraken over voorlichtingscampagnes. Er zijn geen afspraken hoe deskundigheidsbevordering wordt georganiseerd voor alle zorg- en hulpverleners en vrijwilligers in de regio. Er zijn geen afspraken hoe men naar keten partners naar elkaar verwijzen.
Wat is er wel Er is een bereikbaarheidstelefoon in kantoor uren van Draagnet. Er is een lesopzet beschikbaar op www.ikvergeet.info
Suggestie Actief beheer verwijskaart huisartsen,
Diagnostiek (pagina 22 Zorgstandaard Dementie)
Wat is er niet Er zijn geen formele samenwerkingsafspraken tussen GGZinGeest, KG Geriatrie, Draagnet-DOC en de Huisartsen Coöperatie Zuid-Kennemerland over verdeling van diagnostiek, doorverwijzing, consulteren.
Wat is er wel Er is een verwijs kaart voor huisartsen hoe te verwijzen voor diagnostiek.. Deze is gedateerd. Er zijn mondelinge afspraken.
Suggestie Maak samenwerkingsafspraken

⁵ Zorgstandaard Dementie 18 juli 2013 Alzheimer Nederland & Vllans

Casemanagement (pagina 28 Zorgstandaard Dementie)
Wat is er niet Er is geen casemanagement in de avond uren beschikbaar.
Wat is er wel Het systematisch aanbieden van gecoördineerde behandeling, zorg en ondersteuning door een vaste professional, die deel 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 aan opname (in een woonvorm voor mensen met dementie) of overlijden. (citaat zorgstandaard)
Suggestie Onderzoek mogelijkheid tot casemanagement in de avond uren.
Behandeling, Begeleiding en steun (pagina 33 Zorgstandaard Dementie)
Wat is er niet Het aanbod van behandeling begeleiding en steun is niet multidisciplinair afgestemd op organisatie en cliëntniveau. Er zijn geen afspraken over rolverdeling en informatieoverdracht.
Wat is er wel Er zijn veel mondelinge afspraken die persoonsgebonden zijn tussen instellingen en afdelingen.
Suggestie Formaliseer mondelinge afspraken
Levering van Zorg en Diensten (pagina 43 Zorgstandaard Dementie)
Wat is er niet Er zijn geen samenwerkingsafspraken waaruit blijkt dat aangepast wonen zoveel mogelijk wordt gestimuleerd en dat dit wonen zo adequaat en passend mogelijk wordt ondersteunt.
Wat is er wel Er zijn veel mondelinge afspraken die persoonsgebonden zijn tussen instellingen en afdelingen.
Suggestie Formaliseer mondelinge afspraken
Organisatie Ketenzorg bij Dementie (pagina 45-55 Zorgstandaard Dementie)
Wat is er niet Er zijn op regionaal niveau geen afspraken over een gezamenlijk visie op de aanpak van dementie zorg. Er zijn op regionaal niveau geen afspraken over functie en capaciteitsverdeling, coördinatie, overdracht en samenwerking.
Wat is er wel In de samenwerkingsovereenkomst Draagnet onderschrijven de 5 zorgaanbieders een gezamenlijke visie over de aanpak van dementie zorg.
Suggestie Door het vaststellen van het Zorgprogramma wordt een gemeenschappelijke visie onderschreven.