

# ZORGPROGRAMMA KETEN DEMENTIE DE LIEMERS

December 2014



## INHOUDSOPGAVE

Hfdst. 1	<b>Inleiding</b>	4
1.1	Achtergrond	5
1.2	Cijfers over dementie in Nederland	5
	Demografische getallen	5
Hfdst. 2	<b>Van Zorgstandaard naar zorgprogramma Keten Dementie de Liemers</b>	7
	Relatie tussen Zorgstandaard en Zorgprogramma	7
2.1	Inbedding in regio de Liemers	7
2.2	Doelgroep	7
2.3	Doelen	8
2.4	Structuur van de samenwerking	8
2.5	Financieringsstromen	8
	Financiering 2015	8
Hfdst. 3	<b>Ambitie</b>	10
3.1	Uitgangspunten voor goede dementiezorg	10
3.2	Fasering	10
3.3	Algemene uitgangspunten	10
	1 Uitgangspunten voor de 'niet pluis' fase	10
	2 Uitgangspunten voor de fase 'rondom de diagnosestelling'	11
	3 Uitgangspunten voor de fase 'levering van zorg en diensten'	11
Hfdst. 4	<b>Aanbod Keten Dementie de Liemers</b>	12
4.1	Fase 1: Niet pluis fase	12
	Informatievoorziening gericht op mensen met dementie en hun naasten	12
	Vroeg signalering/ opsporen	13
	Ondersteunen	14
4.2	Fase 2: Diagnostiek	15
	Huisarts	15
4.3	Fase 3: Levering zorg en diensten	19
	4.3A: Aanbod Thuis met dementie	19
4.3.1	Casemanager dementie	19
	Inhoud casemanagement Keten Dementie de Liemers	19
	Afspraken tussen ketenpartners over de inbedding van het casemanagement in de keten	21
	Een zorgplan	21
4.3.2	Ontmoetingscentrum dementie (in ontwikkeling)	21
4.3.3	Respijtzorg	21
4.3.4	Dagbehandeling/ dagbesteding	22
4.3.5	Tijdelijke opname in een beschermde woonvorm	22
4.3.6	Domotica	22
4.3.7	Crisishulp	23
4.4	Opname in een beschermde woonvorm	23
	Begrippenlijst	24

Auteur:  
P. v.d. Bosch, projectleider Keten Dementie de Liemers

## HOOFDSTUK 1 INLEIDING

Dit zorgprogramma beschrijft de norm waaraan goede zorg en hulp voor mensen met dementie en hun naasten moet voldoen. Het gaat daarbij nadrukkelijk om goede hulp en zorg dichtbij huis of de plaats waar mensen wonen. Dit betekent dat het uitgangspunt is dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven (onafhankelijkheid) en dat zorg en hulp hiertoe worden ingezet. De zorg en hulp sluit aan op wat mensen zelf nog kunnen, wordt gekenmerkt door waardigheid en een respectvolle relatie en is gericht op versterking van het mantelzorgsysteem en zelfmanagement. De communicatie en informatie is optimaal afgestemd op de behoeften van mensen met dementie en hun naasten. Er is sprake van “stepped care”: licht waar mogelijk, zwaar waar nodig. Dit geldt voor zowel diagnostiek, casemanagement, behandeling, begeleiding en steun en levering van zorg en diensten. Het individueel zorgplan is een instrument om de individuele afspraken vast te leggen, stelt de relatie centraal en levert een bijdrage aan het welbevinden van mensen met dementie en hun naasten.

Dementiezorg krijgt de laatste jaren steeds meer aandacht. Niet alleen landelijk, maar ook in regio de Liemers worden sinds vele jaren initiatieven ontplooid om deze zorg te verbeteren. Het gaat bij de zorg voor mensen met (een vermoeden van) dementie en hun mantelzorgers niet zozeer om een logistieke keten van elkaar opvolgende handelingen, maar meer om een dynamisch netwerk. Hulpverleners en organisaties schakelen elkaar in, maar zij opereren ook ieder vanuit een eigen verantwoordelijkheid, vaak gelijktijdig. Niemand is de hoofdbehandelaar, iedereen ziet een stukje van de puzzel. De casemanager heeft een coördinerende taak.

Om regio breed tot afstemming van zorg en ondersteuning voor de cliënt met dementie en diens mantelzorgers te komen is dit zorgprogramma opgesteld. Het doel van dit Zorgprogramma is continue zorg en ondersteuning op maat bieden vanaf de eerste fase van vergeetachtigheid (“niet pluis” fase) tot en met de palliatieve fase. Uitgangspunt zijn de cliënt met dementie en diens mantelzorger.

## 1.1

### Achtergrond

Dementie is een syndroom dat verschillende oorzaken kent. Kenmerkende verschijnselen zijn ernstige vergeetachtigheid, problemen met denken, plannen, organiseren, oriëntatie en gedragsveranderingen als apathie en agressie. Het is per cliënt verschillend wanneer en in welke mate de verschijnselen optreden. De hulpbehoefte verschilt hierdoor sterk per cliënt en kan veranderen in de tijd.

Dementie treft niet alleen de cliënt. De mantelzorger wordt geconfronteerd met een naaste die niet alleen toenemend hulpbehoevend wordt maar die ook verandert als persoon. Hierdoor kunnen tegenstellingen ontstaan bij de begeleiding tussen de belangen van de cliënt met dementie en de belangen van diens mantelzorger. Al met al is de zorg voor een cliënt met dementie door een naaste een zeer intensieve en zware belasting. Het omgaan met en het ondersteuning bieden aan een persoon met dementie als naaste vereist dan ook professionele begeleiding. Dit betekent dat de hulpbehoefte bij dementie niet alleen bepaald wordt door de ziektesymptomen van de cliënt maar ook afhankelijk is van de mate waarin de mantelzorger ondersteuning en hulp kan bieden aan de cliënt en de behoefte die de mantelzorger zelf heeft aan begeleiding.

## 1.2

### Cijfers over dementie in Nederland

- Alzheimer Nederland gaat voor de komende jaren uit van ongeveer 30.000 nieuwe gevallen van dementie per jaar.
- Het aantal mensen dat op jongere leeftijd (jonger dan 65 jaar) aan dementie lijdt, blijft de komende jaren nagenoeg constant (tussen de 10.000 en 12.000).
- Mensen met dementie leven gemiddeld acht jaar met de ziekte. Van die acht jaar wonen ze gemiddeld zes jaar thuis en twee jaar in vooral verpleeg- en verzorgingshuizen.
- Dementie staat in de top drie van ziekten die voor de mens het meeste verlies van kwaliteit van leven veroorzaken. Bovendien is dementie een ziekte die grote impact heeft op de naaste omgeving van de mens met dementie.
- Volgens het Sociaal Cultureel Planbureau zijn er gemiddeld drie mensen betrokken bij zorg van iemand met dementie. Dat betekent dat op dit moment meer dan een miljoen mensen te maken hebben met dementie.
- 78% van de mantelzorgers is overbelast of loopt een groot risico op overbelasting (bron: NIVEL, 2007) en depressie. Deze mantelzorgers hebben vanwege deze (over)belasting adequate en professionele begeleiding nodig. Bij overbelasting wordt een groter beroep gedaan op gezondheidszorgvoorzieningen.

### Demografische getallen

In Nederland hebben 250.000 mensen dementie. Hiervan zijn 12.000 mensen jong dementerend (<65 jaar), wonen er ruim 60.000 in verpleeg- of verzorgingshuizen en hebben er ruim 100.000 nog geen diagnose. De kans dat iemand in zijn leven de diagnose dementie krijgt is 20%.

De prognose van het aantal mensen met dementie in regio de Liemers is als volgt:

### Prognose aantal mensen met dementie per gemeente

	2013	2014	2020	2030	2040
Duiven	296	311 (+ 5%)	388 (+31%)	477 (+61%)	642 (+116%)
Rijnwaarden	161	167 (+ 4%)	223 (+39%)	331 (+106%)	417 (+159%)
Westervoort	163	169 (+ 3%)	217 (+33%)	368 (+125%)	555 (+240%)
Zevenaar	527	552 (+ 5%)	715 (+36%)	1059 (+101%)	1278 (+142%)
Totaal	1147	1199	1493	2235	2892

Door de sterke toename van het aantal mensen waarvan bekend is dat zij dementie hebben is de laatste jaren de aandacht voor dementie verder toegenomen. Richtlijnen voor behandeling en zorg voor mensen met dementie zijn vastgesteld. Ook de aandacht voor en de ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers is toegenomen. De Landelijke Zorgstandaard beschrijft de normen waaraan dementiezorg moet voldoen. Samenwerking in regio de Liemers is gerealiseerd en het is aan de regionale aanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars om optimale uitvoering te geven aan de zorgonderdelen. De uitvoering wordt in dit Regionale Zorgprogramma beschreven.

## HOOFDSTUK 2

# VAN ZORGSTANDAARD NAAR ZORGPROGRAMMA KETEN DEMENTIE DE LIEMERS

### Relatie tussen Zorgstandaard en Zorgprogramma

De Landelijke Zorgstandaard geeft een beschrijving van het complete zorgcontinuüm: 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 wordt beschreven hoe de uitvoering, samenwerking en financiering in de regio plaatsvindt.

#### 2.1

### Inbedding in regio de Liemers

In de Keten Dementie dragen de partijen gezamenlijk zorg voor de continuïteit en kwaliteit van zorg voor cliënten met dementie en hun mantelzorgers in regio de Liemers. Het Regionale Zorgprogramma Dementie vormt een basisdocument voor de keten.

Keten dementie de Liemers is een samenwerking van de volgende partijen: STMG, Diafaan, Monicare, ABC Zorgcomfort, Caleidoz, Liemerije, Alzheimer NL – afd. Arnhem, Mikado, Welzijn Rijnwaarden, Rijnstate Ziekenhuis Zevenaar, GGNet, HVA, Nova Zorgboerderij, Buurtzorg Rijnwaarden, Zorgkantoor, Gemeente Duiven-Rijnwaarden-Westervoort-Zevenaar, Buurtzorg Zevenaar, Menzis Zorgkantoor – regio Arnhem.

Centraal in de dementiezorg staat dat de persoon met dementie en diens naasten zich geholpen voelen door de inzet vanuit de keten zodanig dat zij (met behulp van hun eigen netwerk) zoveel mogelijk zelf kunnen (blijven) doen en thuis kunnen blijven wonen op de wijze waarop zij dat zelf willen. Het doel van de samenwerking tussen alle zorg- en hulpverleners in de keten is dan ook het bieden van samenhangende zorg en ondersteuning aan mensen met (beginnende) dementie en hun mantelzorgers.

De keten richt zich op:

- Het analyseren en oplossen van problemen die zich gaandeweg voordoen
- Het maken van afspraken over beschikbaarheid en inzet van deskundigheid
- Het versterken van de samenwerking tussen de verschillende organisaties in de regio
- Het bewaken en verbeteren van de kwaliteit van dementiezorg
- Het delen van kennis

#### 2.2

### Doelgroep

Keten Dementie de Liemers is een samenwerking van organisaties die zorg en ondersteuning bieden aan mensen met (een vermoeden van) dementie en diens mantelzorger(s).

## 2.3

### Doelen

Doel van de Keten Dementie de Liemers zoals beschreven in het samenwerkingsconvenant:

- (Vroeg)signalering door medewerkers van maatschappelijke organisaties, vrijwilligersorganisaties, thuiszorgorganisaties (onder andere huishoudelijke hulpen), de eerstelijnszorg, zorgorganisaties en door awareness bij (potentiële) klanten en direct betrokkenen;
- Tijdige diagnostiek volgens de landelijke richtlijnen binnen een aanvaardbare en afgesproken periode;
- Als nodig, inzetten van (symptomatische) behandeling;
- Casemanagement voor dementerenden en hun mantelzorger(s) volgens het Standpunt Casemanagement van Alzheimer Nederland;

Invulling van de keten volgens de Zorgstandaard dementie Afstemming van zorg en samenwerking door organisaties voor wonen, welzijn, zorg en behandeling in de keten. Hiermee wordt aan de klant optimale en efficiënte zorg geboden. Voor de ketenpartners betekent dit optimaliseren van inzet van de beschikbare zorg en middelen;

## 2.4

### Structuur van de samenwerking:

- Door de deelnemende partijen is een stuurgroep ingesteld waarin de diverse werkvelden deelnemen. De stuurgroep stelt het jaarplan(ketenplan), het jaarverslag en begroting vast. De stuurgroep komt jaarlijks minimaal twee keer per jaar bijeen;
- De projectleider/ketenregisseur legt verantwoording aan de stuurgroep af;
- De projectgroep bestaat uit vertegenwoordigers die namens hun instelling zitting hebben. De projectgroep is belast met de dagelijkse gang van zaken, doet de voorbereidende werkzaamheden voor de stuurgroep. De leden van de projectgroep hebben mandaat om procesafspraken te maken, beslissingen te nemen over activiteiten in de dementiezorg en producten en processen beter aan te laten sluiten op die van andere organisaties. De projectgroep komt maximaal zes keer per jaar bij elkaar;
- Binnen werkgroepen worden thema's tot resultaatgerichte afspraken uitgewerkt. De werkgroepen worden door de projectleider/ketenregisseur gecoördineerd. De resultaatafspraken worden opgenomen in de Zorgstandaard Keten Dementie de Liemers voor de gemeenten Zevenaar, Duiven, Westervoort en Rijnwaarden.

## 2.5

### Financiering

#### Financieringsstromen

In de periode voor en rond een diagnose heeft de mens met (vermoeden van) dementie veelal geen aanspraak op AWBZ-zorg. Dan is er wel een rol weggelegd voor de gemeenten op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Ook kan het op dat moment (zeker rond de diagnose) meer voor de hand liggen een beroep te doen op de Zvw. Als een beroep op AWBZ- zorg gedaan wordt, is er een rol weggelegd voor het zorgkantoor. Daarnaast is een budget beschikbaar van € 10.5 mln. Dat wordt verdeeld over de zorgkantoorregio's. Om in aanmerking te komen voor deze gelden hebben zorgaanbieders en het zorgkantoor gezamenlijk een aanvraag ingediend bij de NZa. Een zorgketen wordt alleen in uitvoering genomen wanneer structurele financiering van producten en diensten is gegarandeerd dan wel structurele financiering in redelijkheid valt te verwachten. Incidentele kosten en projectkosten worden gedekt door projectfinanciering in 2015 de Beleidsregel Keten Dementie. Ketenzorg wordt veelal gefinancierd vanuit meerdere bronnen. Het ministerie van VWS raakt steeds meer doordrongen van het belang van ketenzorg dementie. De mogelijkheden voor financiering van ketens/zorgarrangementen in het algemeen en casemanagement in het bijzonder.



## Financiering 2015

- Deze regionale keten dementie vormt de basis voor regionale samenhang op het gebied van integrale dementiezorg. Zo kunnen alle vormen van zorg, begeleiding en behandeling rond dementie in de regio onderdeel gaan uitmaken van deze paraplu. Dit geldt voor ondersteuning, zorg en behandeling vanuit zowel de zorgverzekeringswet, de AWBZ of WMO aan mensen met dementie.
- Er wordt gestreefd naar een duurzaam en exploitabel financieringsmodel om de eenduidige aanpak en bewezen interventies van de ketenaanpak te borgen.
- De inzet in de keten op het gebied van zorg, ondersteuning en behandeling zal uit de bestaande middelen en gemaakte productieafspraken van de deelnemende organisaties gedaan worden voor zover die dat toelaten.
- Met ingang van 1 januari 2015 zal de bekostiging van casemanagement wat geleverd wordt door de Keten Dementie bekostigd worden door
  - de ZVW ; er is een overeenkomst toewijsbare zorg.
  - WMO: er is een zorgcontract afgesloten.

De Beleidsregel Ketenzorg dementie voorziet in continuering van netwerkstructuren. Bekostiging van regiefunctie, coördinatie en dergelijke valt hieronder.

## HOOFDSTUK 3 AMBITIE

### 3.1

#### **Uitgangspunten voor goede dementiezorg**

Het organiseren van de zorg en ondersteuning vanuit de vraag van de persoon met (een vermoeden van) dementie en diens mantelzorger 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 deelnemende instellingen dezelfde uitgangspunten voor goede dementiezorg onderschrijven.

### 3.2

#### **Fasering**

We onderscheiden dementiezorg in verschillende fasen. De eerste fase in het dementieproces is de “niet pluis” fase, daarna volgt de fase van diagnostiek en als laatste de fase van levering van zorg en diensten.

### 3.3

#### **Algemene uitgangspunten**

Alle 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.

#### **1: Uitgangspunten voor de ‘niet pluis’ fase**

- 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 mantelzorger schroom heeft om hulp te accepteren.
- Ook voor het stellen van de diagnose is voor mensen met een vermoeden van dementie en hun mantelzorgers ondersteuning en begeleiding door een casemanager beschikbaar.

## 2: 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. Dit zorgplan wordt besproken met de cliënt en mantelzorg. Ook worden afspraken gemaakt over de zorg coördinatie.

## 3: Uitgangspunten voor de fase levering 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 respijtmogelijkheden 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.
- De casemanager dementie begeleidt de mantelzorg nog 6 weken na opname van de cliënt in de beschermde woonvorm.

## HOOFDSTUK 4

# AANBOD KETEN DEMENTIE DE LIEMERS

### 4.1

#### Aanbod Fase 1: 'Niet pluis' fase

In het geval van dementie zorgt een vroege onderkenning er voor dat op tijd belangrijke beslissingen worden genomen over juridische en financiële zaken en over de medische zorg en krijgen betrokkenen de gelegenheid om zich voor te bereiden op de emotionele en praktische veranderingen die gaan komen. De 'niet pluis' fase kent dan ook drie belangrijke onderdelen, gericht op de persoon met een vermoeden van dementie en de mantelzorger:

- Informeren
- Opsporen
- Ondersteunen

Het doel van deze fase is het toewerken naar diagnostiek. De huisarts heeft hierbij een centrale rol.

#### Informatievoorziening gericht op mensen met dementie en hun naasten

Informatievoorziening is een belangrijk onderdeel in de 'niet pluis' fase. Er zijn in de regio verschillende informatievoorzieningen. Deze zijn gericht op mensen met dementie en hun naasten, op vrijwilligers en/of op professionals:

##### 1 Algemene informatie wordt verstrekt via

- De regionale website [www.ketendementiedeliemers.nl](http://www.ketendementiedeliemers.nl)
- De website van Alzheimer Nederland ([www.alzheimer-nederland.nl](http://www.alzheimer-nederland.nl))
- De Alzheimer telefoon (0800-5088)
- Folders - en signalenkaarten van de keten
- Dementelcoach
- Alzheimer App

##### 2 Specifieke voorlichting wordt geleverd door/vanuit:

- Huisarts
- Casemanagers dementie
- Alzheimer Café Zevenaar
- Bijeenkomsten met als specifiek thema dementie voor mantelzorgers/mantelzorgsalon
- Geheugenspreekuur
- Steunpunt Mantelzorg/mantelzorgconsulent
- WMO loket

## Vroeg signalering/opsporen

- **Signalerende huisbezoeken**  
Alle professionals uit de keten hebben een signalerende functie in het 'niet pluis' gevoel en verwijzen zo nodig door naar de casemanager dementie.  
Signaleren / voorkomen overbelasting bij mantelzorgers.
- **Huisartsen**  
Zij zien op het spreekuur de dementerende zelf en/of diens mantelzorger. Zij zijn op de hoogte van de ketenzorg en verwijzen de cliënt en/of mantelzorger door naar de casemanager dementie.
- **Preventief huisbezoek**  
In Zevenaar wordt aan alle 75+ een huisbezoek aangeboden. Een ouderenadviseur coördineert het project dat uitgevoerd wordt door seniorenvoorlichters. Dit gebeurt wijkgericht. Tijdens dit huisbezoek wordt er voorlichting gegeven op de terreinen wonen, zorg, welzijn, financiën en vervoer. Indien nodig vindt er doorverwijzing plaats naar een ouderenadviseur.  
Bij deze bezoeken is er ook aandacht voor mogelijke signalen van dementie en overbelasting mantelzorger. Bij dergelijke signalen koppelt de bezoeker vrijwilliger dit terug naar de ouderenadviseur.
- **In Westervoort wordt door huisartsen en praktijk ondersteuners het Easycare instrument gebruikt. Easycare is een meetinstrument waarmee de gezondheidssituatie van kwetsbare ouderen op een gestandaardiseerde wijze in kaart wordt gebracht.**
- **Casemanager Dementie**  
Bij een 'niet pluis gevoel' wordt de casemanager dementie ingeschakeld. Zij kunnen ook wanneer er nog geen diagnose gesteld is, een bezoek afleggen.  
Uitgebreide toelichting op casemanagement dementie zie hoofdstuk 3.3.1
- **Aan vrijwilligers uit de zorg, thuiszorgmedewerkers, huishoudelijk medewerkers, vrijwilligers wordt met regelmaat vanuit de keten scholing aangeboden over omgaan en signalering van dementie. In deze training zijn ook de stappen in doorverwijzing besproken.**
- **Signaleringskaartje**  
Een handig hulpmiddel bij het signaleren van dementie is het 'signaleringskaartje'. Hier staan signalen op die kunnen wijzen op dementie en hier op is vermeld wat je kunt doen wanneer deze signalen worden herkend. Het signaleringskaartje wordt verspreid onder professionals en vrijwilligers. Er is ook een scholing beschikbaar voor professionals en vrijwilligers waarin het signaleringskaartje verder wordt toegelicht.
- **Bemoeizorg**  
Deze vorm van hulpverlening richt zich voornamelijk op de zogenaamde zorgwekkende zorgmijders, mensen die in behoeftige of anderszins verkommerde omstandigheden leven maar de stap naar de reguliere hulpverlening niet kunnen of willen maken. Deze mensen kunnen in de war zijn, geïsoleerd raken, vereenzamen of zichzelf verwaarlozen. Door hun problemen kunnen ze overlast geven aan hun omgeving of de omgeving maakt zich zorgen om hen. In veel gevallen zijn ze niet in staat gebruik te maken van de reguliere hulpverlening en zijn er te weinig mensen op wie ze kunnen terugvallen voor steun. In 2014 wordt de samenwerking in de regio rondom bemoeizorg versterkt.

- Sociale wijkteams  
In de regio de Liemers zijn er een aantal sociale wijkteams in oprichting. De sociale wijkteams zijn opgestart met als doel wijkbewoners te activeren, te helpen participeren en hen te ondersteunen in hun sociaal en maatschappelijk functioneren. Hierbij worden nauwe verbindingen gelegd tussen het formele en informele netwerk. Er zal hierin ook aandacht zijn voor de (positie van) kwetsbare burgers.

#### Ondersteunen

- Thuiszorg  
Er kan ook thuiszorg aangevraagd worden. De thuiszorg kan begeleiding bieden bij de huishoudelijke ondersteuning en hulp bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), zoals eten en drinken of aan- en uitkleden.
- Casemanagement; Zie 3.3.1.
- Vrijwilligers  
Vrijwilligers BOS project; Bezoek en Opvang Service (vrijwilligers bezoeken dementerenden gericht op het ontlasten van de mantelzorgers en voorkoming van een isolement bij de dementerende). Hier is sprake van duidelijke samenwerking tussen formele en informele zorg. De vrijwilligers zijn geschoold op het thema Dementie.
- Alzheimercafé  
Een Alzheimercafé is een maandelijks informele bijeenkomst waar mensen met dementie, hun partners, familieleden, hulpverleners en andere belangstellenden elkaar in ongedwongen sfeer ontmoeten. Tijdens de bijeenkomst geeft een deskundige informatie en is er tijd om met lotgenoten te praten.
- Cursus 'omgaan met dementie'.  
Deze cursus is/wordt gegeven aan alle medewerkers in de thuiszorg en vrijwilligers die werken met mensen met dementie. De planning is dat ook WMO medewerkers geschoold gaan worden op dit thema.
- Kopgroep  
Een gespreksgroep voor mensen met (beginnende) dementie, men praat hier over wat de ziekte voor de deelnemers betekent en wat de gevolgen hiervan zijn.
- Lotgenotencontact  
Op laagdrempelig niveau wordt vanuit de Keten Lotgenotenactiviteiten aangeboden. Hierbij kunnen mantelzorgers praten met mensen in een vergelijkbare situatie. Zo geven zij elkaar steun en tips.

## 4.2

### Aanbod Fase 2: Diagnostiek

Primair is de huisarts het eerste aanspreekpunt bij vermoeden op dementie.

Bij de diagnostiek naar dementie zijn binnen de Keten de Liemers verschillende disciplines betrokken.

#### Huisarts

Aan de hand van de NHG Standaard kan de huisarts zelf de diagnose dementie stellen.

Echter is in sommige gevallen er een verwijzing naar de tweede lijn nodig voor nadere diagnostiek.

Binnen de keten de Liemers kan worden doorverwezen naar:

- Klinisch geriater, Rijnstate Ziekenhuis
- Psychiater, GGNet
- Neuroloog, Ziekenhuis Rijnstate
- Specialist ouderengeneeskunde

Advies is dit overwogen bij het vermoeden op dementie bij mensen onder de 65 jaar, bij verdenking op een bijzondere vorm van dementie, bij twijfel over de diagnose of bij een atypisch beloop.

Tevens kan ter ondersteuning van de eigen diagnose, of vermoeden hierop, van de huisarts doorverwezen worden naar de tweede lijn.

	<b>SOG Liemerije</b>	<b>SOG Diafaan</b>	<b>Klinisch geriater</b>	<b>Neuroloog</b>	<b>Teamouderen GGNet</b>	<b>Psychiater GGNet</b>
Zorgaanbod	Biedt ondersteuning aan huisarts bij stellen van diagnose dementie en/of het opstellen van een behandelplan	Biedt ondersteuning aan huisarts bij stellen van de diagnose dementie en/of het opstellen van het behandelplan.	<p>Aanvullende ziekte en zorgdiagnostiek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bij onzekerheid over de diagnose of dementie op oudere leeftijd</li> <li>- forse toename van cognitieve stoornissen in korte tijd</li> <li>- bijkomende psychiatrische ziekte of mentale retardatie waarvoor nog geen behandeling door psychiater of arts</li> <li>- bijkomende uitgebreide multi-morbiditeit en/of polyfarmacie met mogelijke interacties</li> <li>- vragen over wilsbekwaamheid, vrijheidsbeperking en palliatieve zorg</li> <li>- behandelwens bij dementie</li> </ul>	<p>Aanvullende ziekte en zorgdiagnostiek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bij onzekerheid over de diagnose of dementie op oudere leeftijd</li> <li>- forse toename van cognitieve stoornissen in korte tijd</li> <li>- recent hoofdletsel: neuroloog</li> <li>- vermoeden op cerebrale metastasering bij bekende of vermoedelijke maligniteit: neuroloog.</li> </ul>	<p>Bij vermoeden van dementie kan de cliënt niet meer worden ingeschreven voor neuropsychologische diagnostiek als er niet tevens sprake is van andere psychiatrische problematiek, omdat de diagnose 'Cognitieve stoornis NAO' niet meer is toegestaan in de specialistische GGZ. In de praktijk houdt dit in dat cliënten alleen kunnen worden verwezen door de huisarts indien er eveneens sprake is van een andere psychiatrische stoornis zoals een depressie, angststoornis, psychootische stoornis etc.</p>	
Aanmelding/ Verwijzing	Via de website van Liemerije kan de huisarts een verwijlsformulier invullen en versturen	Verwijsbrief per post, fax of telefonisch, door huisarts.	Via Zorgdomein. Graag met vermelding contactgegevens mantelzorg bij afwezigheid van partner.	Via Zorgdomein. Graag met vermelding contactgegevens mantelzorg bij afwezigheid van partner.	De huisarts kan cliënten aanmelden bij de toegangsfunctionaris van GGNet Ouderen (Daan Daniëls tel.nr. 088 – 933 41 01)	



	SOG Liemerijje	SOG Diafaan	Klinisch geriater	Neuroloog	Teamouderen GGNet	Psychiater GGNet
Planning van eerste bezoek	Na binnenkomst van het consultverzoek zal, over het algemeen in overleg met de mantelzorg, een afspraak worden gemaakt voor een huisbezoek. In sommige gevallen zal de afspraak plaatsvinden in het verpleeghuis.	Na binnenkomst van het consultverzoek zal, over het algemeen in overleg met de mantelzorg, een afspraak worden gemaakt voor een huisbezoek. Soms tweede busbezoek door arts of geriatrie verpleegkundige.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In overleg met de mantelzorg wordt een afspraak gepland op de polikliniek geriatrie. Planning online zal ook voor de geriatrie op termijn mogelijk worden.</li> <li>- Men krijgt per post de afspraak bevestigd met een informatiefolder over het bezoek.</li> <li>- Deze bezoeken zijn mogelijk op de locaties Arnhem en Zevenaar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De cliënt zal voor een intakegesprek op het RGC worden uitgenodigd. Als het niet mogelijk is voor de cliënt om naar het RGC te komen kan er een afspraak worden gemaakt voor een huisbezoek.</li> <li>- Na de intakefase zal er door het team een behandelplan worden opgesteld. Dit wordt met de cliënt besproken en er worden vervolgsafspraken gemaakt.</li> </ul>		
Programma	Naast ziektediagnostiek is er aandacht voor zorgdiagnostiek.	Naast ziektediagnostiek is er aandacht voor zorgdiagnostiek.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het eerste bezoek zal ongeveer 2 uur duren. Er wordt de eerste dag een volledig geriatrische onderzoek verricht (CGA) waarbij evaluatie plaatsvindt in 4 domeinen.</li> <li>- Afhankelijk van de vraagstelling en de conclusies van de evaluatie zal in overleg met de patiënt, mantelzorg en zo nodig verwijzer verder onderzoek volgen.</li> <li>- De betrokken medewerkers op de 1e dag zijn gespecialiseerd verpleegkundige geriatrie, klinisch geriater, arts-assistent geriatrie of verpleegkundig specialist. Laatstgenoemden worden altijd gesuperviseerd door de klinisch geriater.</li> </ul>			

	SOG Liemerijje	SOG Diafaan	Klinisch geriater	Neuroloog	Teamouderen GGNet	Psychiater GGNet
Vervolgafspraken	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mocht na het 1e huisbezoek blijken dat er behoefte is aan nader psychologisch onderzoek kan de psycholoog van het verpleeghuis worden ingeschakeld.</li> <li>- Binnen 2 weken na het huisbezoek zal verslaglegging naar de huisarts hebben plaats gevonden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mocht na het eerste huisbezoek blijken dat er behoefte is aan nader psychologisch onderzoek, kan externe psycholoog ingeschakeld worden. Diafaan heeft geen eigen psycholoog. In sommige situaties kan de geriatrie VPK gedeeltelijk deze functie overnemen.</li> <li>- Binnen 2 weken na het huisbezoek zal verslaglegging naar de huisarts hebben plaats gevonden.</li> </ul>	<p><b>Klinisch geriater</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psycho-educatie voor patiënt en mantelzorgers wordt altijd aangeboden.</li> <li>- Indien sprake is van een MCI wordt deelname aan de MCI copinggroep aangeboden.</li> <li>- Bij starten van behandeling met cholinesteraseremmers of memantine wordt gedurende 1 jaar door de verpleegkundig specialist begeleiding gegeven. De verpleegkundig specialisten hebben tijdens deze periode contact met de betrokken casemanager.</li> </ul>	<b>Neuroloog</b>	<b>Teamouderen GGNet</b>	<b>Psychiater GGNet</b>
Terug verwijzing	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In principe betreft het een eenmalig consult en wordt er daarna terugverwezen naar de huisarts.</li> <li>- Vaak zal na het stellen van de diagnose, in overleg met betrokkenen en huisarts, worden verwezen naar de casemanager dementie, mocht deze nog niet zijn ingeschakeld.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In principe betreft het een eenmalig consult en wordt er daarna terugverwezen naar de huisarts.</li> <li>- Vaak zal na het stellen van de diagnose, in overleg met betrokkenen en huisarts, worden verwezen naar de casemanager dementie, mocht deze nog niet zijn ingeschakeld.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het streven is om patiënten terug te verwijzen naar de huisarts met relevante adviezen ten aanzien van zorg en dagbesteding. Bij dementie wordt in de regel de casemanager door ons ingeschakeld.</li> <li>- Na 1 jaar begeleiding bij gebruik van cholinesteraseremmers of memantine wordt na overleg met de huisarts de begeleiding weer overgedragen.</li> </ul>			
Overleglijn	Via secretariaat: 088-0441900	Via secretariaat Diafaan doorschakelen naar dagarts.	De dienstdoende klinisch geriater is altijd bereikbaar voor overleg via de huisartsenlijn 088-0057395			

### 4.3

#### Aanbod fase 3: levering zorg en diensten

Dementie is een ernstige progressieve aandoening met een vaak sluipend begin en een langdurig verloop. De behandeldoelen, gericht op het optimaliseren van mogelijkheden, het minimaliseren van gevolgen en het ondersteunen van mantelzorgers, veranderen naarmate de ernst van de dementie toeneemt.

We onderscheiden verschillende fasen:

Fase 'Thuis met dementie'

Fase 'Opname in een beschermde woonvorm'

#### 4.3 A: Aanbod Thuis met dementie

Fase 'Thuis met dementie'

De ondersteuningsmogelijkheden die beschikbaar zijn in de signaleringsfase blijven ook beschikbaar wanneer de diagnose dementie gesteld is. Dit geldt zowel voor mogelijkheden voor de persoon met dementie als voor de mantelzorger.

##### 4.3.1 Casemanager dementie

De problematiek voor demente cliënten en hun mantelzorgers is complex. Gaandeweg het dementeringsproces neemt de complexiteit toe. De noodzaak van een casemanager dementie als vast contactpersoon, gedurende het hele traject vanaf de diagnose tot en met de eerste periode na opname in een beschermde woonvorm, wordt inmiddels algemeen erkend. De casemanager dementie ondersteunt en begeleidt zowel de cliënt als diens mantelzorgers. Daarnaast bewaakt de casemanager de onderlinge samenhang in de zorgverlening, zodat kwalitatief breed verantwoorde zorg geleverd kan worden vanuit de vraag en de behoefte van de cliënt. Daarbij is het nodig om continu een vinger aan de pols te houden om nieuwe problemen tijdig op te sporen, waarbij telkens dient te worden overwogen of aan de vraag nog steeds adequaat tegemoet wordt gekomen. Verder kan de mantelzorger, in aanvulling op nog eigen bestaande mogelijkheden, door de casemanager worden ondersteund en geactiveerd.

#### Inhoud casemanagement Keten Dementie de Liemers

De taken van de persoon die het casemanagement uitvoert, zijn concreet:

- het eerste aanspreekpunt zijn voor cliënt en mantelzorgers;
- de expert rol vervullen;
- begeleiding van cliënten met vragen rond een 'niet-pluisgevoel' en indien gewenst of nodig stimulans tot diagnostiek;
- zorgdiagnostiek, die aansluit op de ziektediagnostiek, waarvan de uitkomst wordt vastgelegd in een zorgplan;
- mensen die zorg mijden naar hulp en ondersteuning toe leiden (bemoeizorg);
- psycho-educatie –individueel en in groepsverband– voor mensen met dementie en hun naasten;
- voorlichting, informatie en advies over de ziekte, de gevolgen en de aanpak in de breedste zin van het woord volgens bewezen effectieve methoden;
- casemanagement bemiddelt voor mensen met een dementie en hun naasten voor het gebruik van de diensten en activiteiten van zorg- en welzijnsorganisaties in de dementieketen;
- therapeutische interventies doorgeleiden naar andere professionals, zoals
- psychosociale systeembegeleiding en emotionele ondersteuning bij het aanpassen aan de gevolgen van de ziekte en rouwverwerking, waar nodig gezamenlijk met andere professionals
- familiegesprekken;

indien gewenst het houden van gesprekken met de bredere kring rond het cliëntensysteem en gezamenlijke besluitvorming: Shared Decision Making (SDM). Enerzijds ter ondersteuning van cliënt en de mantelzorger, anderzijds voor het verstrekken van informatie en advies aan de bredere kring rond het cliëntensysteem;

Coördinatie:

- vanuit actuele kennis van de regionale sociale kaart informeren over (on)mogelijkheden;
- zorgbemiddeling: regelen van praktische zaken en hulp;
- afstemming van mantelzorg, informele zorg, professionele zorg en de eindverantwoordelijke arts;
- waar nodig verwijzing;
- zorgen dat de afzonderlijke interventies samenhang hebben in een hoofdlijn van anamnese, zorgdiagnose, planning, uitvoering, monitoring en evaluatie;
- toeleiding: zorgen dat hulp en ondersteuning ook daadwerkelijk tot stand komen;
- monitoring en evaluatie van resultaten;
- praktische hulp, bijvoorbeeld op het gebied van huisvesting, huishouding, vervoer, financiën, rijvaardigheid en gevaar;
- naast praktische ondersteuning ook aandacht en emotionele ondersteuning van cliënt en mantelzorger, bijvoorbeeld aandacht voor levensvragen;
- hulp bij het behouden van een zinvol leven;
- begeleiding bij het opstellen van wilsverklaringen en het regelen van wettelijke vertegenwoordiging actieve betrokkenheid in complexe situaties bij: zorgweigering, gevaar, overbelasting mantelzorg, inadequaat gedrag, jonge mensen met dementie, afwezigheid mantelzorg, bedreiging kwaliteit van leven van mensen met dementie en/of de mantelzorger en morbiditeit en hiermee voorkomen van crisis;
- zorgen dat er acute sociaal-medische en sociaalpsychiatrische hulp komt in crisissituaties en een aandeel in de uitvoering van de geldende wettelijke kaders: onvrijwillige opnamebemiddeling met inbewaringstelling of rechterlijke machtiging;
- begeleiding bij alle transities; na een verhuizing stopt de begeleiding niet, maar wordt besproken welke activiteiten vanuit het casemanagement nog nodig zijn en vindt een goede zorgoverdracht plaats bij tijdelijke opname de gehele opnameperiode actieve betrokkenheid bij behandelplan en/of zorgplan;
- bij permanente opname zorgen voor een goede zorgoverdracht tot en met het eerste multidisciplinaire overleg in de andere woonomgeving en actieve betrokkenheid bij het opstellen van het zorg leef plan en omgangsadvies naar verzorgenden;
- verlenen van nazorg aan de mantelzorger na opname of overlijden.

Voor een goede beschikbaar- en bereikbaarheid en om competenties en vakkennis op voldoende niveau te houden, wordt een landelijke norm van een minimaal aantal uren per week voor het dienstverband van een medewerker met een casemanagerfunctie vastgesteld.

Vanwege de problematiek worden mensen met dementie en hun naasten veelal thuis bezocht.

Casemanagement biedt ook hulp aan mensen met dementie die daar afwijzend tegenover staan, maar bij wie gevaarlijke of maatschappelijk onwenselijke situaties dreigen te ontstaan en moeten worden voorkomen (bemoeizorg).

Bemoeizorg komt bij dementie vanwege de aard van de ziekte relatief veel voor.

[Afspraken tussen ketenpartners over de inbedding van het casemanagement in de keten.](#)

*Positionering in de dementieketen*

Casemanagement is een vast en leidend onderdeel van de regionale dementieketen.

Casemanagement dementie ondersteunt mensen met dementie en hun naasten bij het regelen en

coördineren van diensten en activiteiten van alle aangesloten zorg- en welzijnsaanbieders; regelt en coördineert waar nodig zelf en combineert dit met persoonlijke hulpverlening.

De persoon met de functie als casemanager werkt nauw en intensief samen met de huisarts en/of een geriatrisch en psychiatrisch deskundig arts, die eindverantwoordelijk is voor (de continuïteit van) de medische zorg, inclusief de overdracht naar andere(intensievere) zorgvormen.

Casemanagement is geen losstaande functie, er dienen afspraken te zijn tussen ketenpartners over de inbedding van het casemanagement in de keten.

#### Een zorgplan.

Het zorgplan wordt beschreven in "GINO". De casemanager dementie kan andere partijen toegang geven tot dit systeem.

#### 4.3.2 Ontmoetingscentrum dementie (in ontwikkeling)

Een ontmoetingscentrum is gericht op mensen met geheugenproblemen en hun mantelzorger in de wijk. Het centrum biedt een totaalpakket aan ondersteuning, waardoor men het vaak langer volhoudt om thuis te blijven wonen. De mantelzorger speelt hierin een belangrijke rol.

Mensen met geheugenproblemen kunnen één of meerdere dagdelen per week terecht bij/in het ontmoetingscentrum voor een actief/ creatief aanbod dagrecreatie. In een ontspannen sfeer wordt ook de mogelijkheid geboden met elkaar over de dementie te praten (lotgenotencontact).

#### 4.3.3 Respijtzorg

Naarmate de ernst van de dementie toeneemt, wordt de zorgbehoefte van de cliënt met dementie groter en de zorg voor de mantelzorger zwaarder. De ondersteuningsbehoefte van de mantelzorger kan daardoor veranderen. Om te zorgen dat de mantelzorger niet overbelast raakt is het belangrijk dat de mantelzorger ook regelmatig "rust" krijgt en wat tijd voor zichzelf.

Respijtzorg is een verzamelnaam voor voorzieningen die mantelzorgers in de gelegenheid stellen hun zorgtaken tijdelijk over te dragen aan een beroepskracht of een vrijwilliger. Zo krijgen zij een adem-pauze, oftewel even respijt van de zorg. De zorg kan tijdelijk worden overgenomen door thuiszorgorganisaties, vrijwilligers die oppassen of mensen die thuis begeleiding bieden, maar het is ook mogelijk dat de zorgbehoevende een periode in een beschermde woonomgeving wordt verzorgd. Alle vormen van respijtzorg zijn te vinden op [www.respijtwijzer.nl](http://www.respijtwijzer.nl) (landelijke website).

#### 4.3.4 Dagbehandeling/ Dagbesteding

De dagbehandeling bij een beschermde woonvorm is de ideale oplossing voor mensen met dementie die thuis willen blijven wonen en toch de juiste hulp willen ontvangen. De dagbehandeling kan gedurende één of meer dagen per week worden gegeven. De hulp kan bestaan uit een combinatie van:

- Verpleegkundige zorg
- Behandeling door een fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, psycholoog of specialist ouderengeneeskunde
- Begeleiding door een maatschappelijk werker
- Ondersteuning bij het leren gebruiken van hulpmiddelen
- Hulp bij het zoeken naar, en het bieden van, een zinvolle dagbesteding

Mensen die naar de dagbehandeling gaan zijn een fase verder in de voortgang van de dementie dan de mensen die gebruik maken van een vorm van dagbesteding. Beide vormen volgen elkaar dus op.

#### 4.3.5 Tijdelijke opname in een beschermde woonvorm

Ouderen die nog thuis wonen kunnen tijdelijk opgenomen worden in een beschermde woonvorm. Er zijn verschillende vormen van kortdurende opvang:

- Logeeropvang: dit is een tijdelijke opname in een zorginstelling, zodat de mantelzorger een weekend of langer op vakantie kan gaan.
- Intervalopname: dit is een periodieke opname in een verpleeg- of verzorgingshuis, waardoor iemand afwisselend thuis en in een verpleeg- of verzorgingshuis wordt verzorgd en behandeld. De mantelzorger kan dan bijvoorbeeld een week per maand uitrusten.
- Tijdelijke opname: dit is een kortdurende opname in een verpleeg- of verzorgingshuis. Het verblijf is voor een afgebakende periode voor iemand die tijdelijk niet zelfstandig kan wonen. Dat kan bijvoorbeeld voor een herstelperiode na ontslag uit het ziekenhuis zijn.
- Nachtopvang: nachtopvang is bedoeld voor ouderen die thuis wonen, maar die 's nachts niet thuis kunnen blijven.

Bij tijdelijke opname in een verpleeghuis blijft de casemanager de cliënt en de mantelzorger begeleiden.

#### 4.3.6 Domotica

Ondersteunende technologie is volop in ontwikkeling, maar nog beperkt toepasbaar bij mensen met dementie in de thuissituatie. Door verschillende toepassingen van domotica kan een persoon met dementie mogelijk langer thuis blijven wonen en kan de mantelzorger worden ondersteund. De mogelijkheid tot beeldbellen of videocontact/bewaking wordt geboden.

#### 4.3.7 Crisishulp

Bij mensen met dementie en/ of de mantelzorger doen zich dikwijls crisissituaties voor, doordat de fysieke of psychische situatie van de persoon met dementie plotseling achteruit gaat (somatische of psychische crisis) of door uitval van de (mantel)zorg. Goede crisishulp en triage is dan onontbeerlijk. In regio de Liemers zijn de volgende mogelijkheden in crisissituaties beschikbaar:

- Opname volgens crisisprotocol
- (Tijdelijke Of Permanente) opname in een beschermde woonvorm
- GGZ ondersteuning

#### 4.4

##### Opname in een beschermde woonvorm

###### *Opname in een beschermde woonvorm*

Wanneer de dementie een dermate ernst heeft dat thuis wonen niet meer mogelijk is, dan kan de persoon met dementie opgenomen worden in een beschermde woonvorm. Er zijn in de regio verschillende woonvoorzieningen die zorg voor mensen met dementie bieden

###### *Opname in een ziekenhuis*

Ouderen met dementie kunnen door ziekte of bijvoorbeeld een val in het ziekenhuis terecht komen. Het is belangrijk dat in het ziekenhuis bekend is wie de casemanager van de cliënt is. Dit kan de mantelzorger bij opname doorgeven aan de contactpersoon in het ziekenhuis.

## BIJLAGE 1 BEGRIPPENLIJST

Cliënt	de persoon met dementie.
Bemoeizorg	zorg voor mensen die hulp nodig hebben maar zelf deze niet willen, kunnen of durven te vragen.
Diagnostisch team	minimaal een arts (geriater, verpleeghuisarts en/of psychiater) en een psycholoog (neuro psycholoog of geronto psycholoog).
Geheugensteunpunt	een laagdrempelige voorziening waar iedereen die vragen heeft over geheugenproblemen terecht kan voor informatie en advies.
Ketenzorg	een samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders onder een herkenbare regiefunctie wordt geleverd, waarbij het cliëntproces centraal staat. In de zorgketen bestaan gradaties van eenvoudig en strikt volgtijdelijk tot complexe zorg.
Kopgroep	mensen met Alzheimer hebben een probleem in hun 'kop'. Daarom zijn er nu kopgroepen met therapie voor mensen die nog goed beseffen wat er met hen gebeurt. Doel is de dementerende weerbaarder te maken door aan te sluiten bij wat hij nog wel kan. Het bestaat uit een combinatie van gesprekstherapie en beweegtherapie. De kopgroep wordt begeleid door psychologen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en psychomotorisch therapeuten.
Lotgenotencontact	contact tussen mensen met een bepaalde handicap, aandoening of problematiek, ter ondersteuning van elkaar.
Mantelzorgers	mensen uit de naaste omgeving die zorg en ondersteuning bieden aan de cliënt
Mantelzorgondersteuning	emotionele, technische en/of praktische ondersteuning en deskundigheidsbevordering voor mantelzorgers, bijvoorbeeld via cursussen bij steunpunten mantelzorg of thuiszorginstellingen, met als doel het vergroten van hun draagkracht en het verminderen van de draaglast.
Ontmoetingscentra	laagdrempelige voorzieningen, veelal ingebed in een buurt-, wijk- of dienstencentrum, voor mensen met dementie en hun mantelzorgers die onder meer informatieve bijeenkomsten, gespreksgroepen, en activiteiten bieden.
PG plaatsen	plaatsen voor ouderen met dementie die niet langer thuis kunnen wonen.
Psychogeriatrisch team	een casemanager, een psycholoog en een verpleeghuisarts of geriater



(Pgteam)	vormen samen een psychogeriatrisch team mogelijk zijn meerdere disciplines betrokken.
Respijtzorg	Respijtzorg is een <i>tijdelijke</i> overname van zorg. Dat kan eenmalig zijn (een vakantie voor de patiënt) of periodiek (een dagdeel per week oppas aan huis voor een dementerende). Daarnaast gaat het om de <i>complete</i> overname van de zorg zodat de mantelzorger ook echt vrijaf heeft. Dat betekent dus dat alle taken van de mantelzorger worden overgenomen, van persoonlijke verzorging tot afwassen, wandelen, spelletjes doen en waken. De <i>expliciete bedoeling</i> van respijtzorg is om de mantelzorger de ruimte te geven voor vrije tijd en maatschappelijke participatie.
Zorgprogramma	Het totaal pakket aan zorg en diensten voor een specifieke doelgroep.