

Zorgprogramma



Februari 2014

Lisette Dickhoff-Evers

Ketenregisseur Hulp bij Dementie regio Noord-Limburg

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING

1. HISTORIE EN PROGNOSES	04
1.1 Historie: Het landelijk Dementie Programma	04
1.2 Participanten	05
1.3 Prognoses	06
2. DEMENTIEZORG HULP BIJ DEMENTIE REGIO NOORD-LIMBURG	08
2.1. Uitgangspunten	08
2.1.2 Individuele benadering – zorgstandaard	08
2.1.3 Meer dan zorg alleen	08
2.1.4 Meer dan alleen een mens met dementie	08
2.1.5 De Huisarts	09
2.1.6 Netwerkindicatoren ketenzorg dementie	09
2.2 Rollen, taken en competenties	09
2.2.1 Huisarts	10
2.2.2 Klinisch geriater	10
2.2.3 Specialist Ouderengeneeskunde	10
2.2.4 Verwijsstromen	11
2.2.5 Rol specialist ouderengeneeskunde	12
2.2.6 Trajectbegeleider	13
2.2.7 Zorgdimensies – Huisartsen Informatie Systeem	16
2.2.8 Dementievrijwilliger	17
2.2.9 Ketenregisseur	17
2.3 Stand van zaken	18
3. ZORGPROGRAMMA DEMENTIE	20
3.1 Beschrijving behoefte en aanbod per fase - onderdeel Zorgstandaard	20
3.1.1 Fase signalering - niet pluisgevoel/ tijdige onderkenning / preventie	20
3.1.2 Fase rondom de diagnosestelling – diagnostiek	22
3.1.3 Fase rondom levering van zorg en diensten	23
3.2 Zorgproces	25
4. ORGANISATIE KETENZORG BIJ DEMENTIE	26
4.1 Centraal registratiepunt	26
4.2 Bestuurlijke borging van de keten	26
4.3 Financiering	27
4.4 Zorgstandaard – onafhankelijke aspecten	28
5. TOT SLOT	29

BIJLAGE

- Bijlage 1. Format verwijzing huisarts
- Bijlage 2. Afsprakenbrief ambulant diagnostiektraject
- Bijlage 3. Stappenplan ambulant diagnostiektraject Hulp bij Dementie
- Bijlage 4. Functieprofiel trajectbegeleider Hulp bij dementie Regio Noord-Limburg

INLEIDING

‘Goede dementiezorg begint met vroege herkenning van de aandoening. Ondersteuning, begeleiding en behandeling van mensen met dementie en hun mantelzorgers in de thuissituatie, waardoor de kwaliteit van leven stijgt en overbelasting van de mantelzorgers wordt voorkomen c.q. uitgesteld en tevens doelmatigheidseffecten bereikt worden. Dementie is volgens artsen en onderzoekers de volksziekte met de hoogste ziektelast voor de patiënt.

- *De volksziekte met de hoogste zorgkosten. In 2012 bedragen de kosten al ruim 4 miljard, zo’n 5% van de totale gezondheidskosten. Door de sterke toename van het aantal mensen met dementie zullen de kosten gemiddeld 2.7% per jaar stijgen.*
- *70% Van de mensen met dementie woont thuis en wordt verzorgd door hun naaste familie en/of omgeving, de zogenaamde mantelzorgers.*
- *Er zijn 300.000 mantelzorgers van mensen met dementie’.*¹

De Inspectie voor de Gezondheidszorg schrijft in het rapport naar aanleiding van de onderzoeken die hebben plaatsgevonden bij alle bekende netwerken:

*‘Dementie is van invloed op alle levensgebieden en vraagt voor thuiswonende mensen met dementie en hun naasten om geïntegreerde zorg op het gebied van gezondheid, welzijn en wonen’.*²

En daar zijn wij ons als ketenzorg dementie meer dan van bewust. De afgelopen 4.5 jaar stonden in het teken van het ‘handen en voeten geven’ aan het dementieprogramma zoals dat in juli 2008 door de toenmalige projectgroep op papier is beschreven. We hebben vorm gegeven aan samenhangende zorg, aan verwijsstromen, cursussen/presentaties/gastcolleges ontwikkeld en gegeven en projecten uitgevoerd.

Onderstaand zorgprogramma geeft een beeld weer van het ketenprogramma dementie bij de start, de uitvoering op dit moment en vooruitkijkend naar de veranderde samenleving.

De leden van de Stuurgroep ketenzorg Noord-Limburg ondersteunen dit programma en misschien nog wel belangrijker is het feit dat uit onderzoek van Alzheimer Nederland in samenwerking met het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) blijkt dat mensen met dementie en diens mantelzorgers het dementieprogramma in Noord-Limburg waarderen met een dikke 8!³ Het bezoek van de Inspectie Volksgezondheid in oktober 2012 bevestigt ook dat we ons op de juiste weg bevinden. Ook nu markeert het Dementieprogramma een overgang. De overgang van de uitvoering ketenzorg dementie naar ketenzorg dementie binnen een netwerk in de participerende samenleving waarin de burger, daar waar mogelijk, de regie voert en zijn of haar hulpvraag het uitgangspunt is.

Hoofdstuk 1 van dit zorgprogramma neemt u mee naar de historie van Hulp bij Dementie en de prognoses. Hoofdstuk 2 staat in het teken van de dementiezorg in Noord-Limburg, de rol van de trajectbegeleider en overige betrokken disciplines in deze. In hoofdstuk 3 wordt het zorgprogramma uitgewerkt om vervolgens in hoofdstuk 4 de regionale structuur en de financiering te beschrijven. Hoofdstuk 5Tenslotte sluiten we af met de knelpunten en de kansen.

¹ www.vgz.nl/inkoopbeleid2014

² www.igz.nl

³ Alzheimer Nederland – Dementiemonitor Mantelzorg

1. HISTORIE EN PROGNOSES

1.1 Historie: Het Landelijk Dementie Programma (LDP)

Het Landelijk Dementieprogramma maakte deel uit van 'Zorg voor beter', een initiatief van het Ministerie van VWS (Volksgezondheid Welzijn en Sport). Het LDP was een samenwerkingsproject van Vilans, CBO (kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg) en Alzheimer Nederland. Ondersteuning vond plaats vanuit Vilans. Iedere regio had een regioadviseur. Daarnaast kon een beroep gedaan worden op een expertteam. Dit team adviseerde de regio's en toetste de kwaliteit van de plannen. Het LDP kende een landelijke regie. De Regio Noord-Limburg heeft met 13 andere regio's meegedaan in tranche 5. Het was nadrukkelijk de bedoeling dat deze regio's in een ongeveer gelijk tempo en tijdspad hun activiteiten ontplooiden. Alleen op die manier kon er optimaal gebruik gemaakt worden van de geboden ondersteuning én de ervaringen in de andere regio's. Het LDP heeft een website online gezet die bestond uit een openbaar deel en een besloten deel. Dat laatste deel was bedoeld voor de projectgroepen in de regio's. Op dit deel van de website stonden o.a. de werkdocumenten van regio's die in eerdere tranches hebben mee gedaan.

In de Regio Noord-Limburg werd een projectstructuur opgezet bestaande uit drie werkgroepen. Iedere werkgroep concentreerde zich op een van de speerpunten van het verbeterplan. De samenhang van de activiteiten werd bewaakt door een projectgroep. Bestuurlijk werd het LDP gestuurd / afgedekt door een Stuurgroep die bestond uit (vertegenwoordigers namens) bestuurders van de participerende organisaties.

Belangenbehartigers

Belangenbehartigers kregen binnen het LDP een bijzondere positie. Zij participeerden in werkgroepen en de projectgroep om daar invloed uit te oefenen op de werkwijze en de resultaten. Zij hadden de rol om telkens weer het belang van de mensen met dementie en mantelzorgers centraal te stellen in het optreden van de projectgroep. Zij werden gezien als 'het geweten' van de projectgroep. In dat kader was het ook van belang dat zij een vrije rol binnen de projectgroep hadden en hielden. Mantelzorgers werden ondersteund door medewerkers van Alzheimer Nederland.

Verbeterplan

Aan mantelzorgers, professionals en huisartsen in Noord-Limburg is gevraagd welke knelpunten zij ervoeren ten aanzien van de zorg en diensten aan mensen met dementie en hun mantelzorgers. Op basis van de uitkomsten van deze inventarisatie werden er drie speerpunten voor verbeteringen geformuleerd:

1. **Ondersteuning mantelzorgers:** Met name de behoefte aan een vast aanspreekpunt kwam naar voren. Daarnaast was er behoefte aan betere informatievoorziening en scholing van vrijwilligers.
2. **Samenhang in de keten:** Mantelzorgers en professionals gaven nadrukkelijk aan dat een betere samenwerking tussen aanbiedende organisaties noodzakelijk was.
3. **Deskundigheid:** Mantelzorgers signaleerden tekorten in de deskundigheid van werkers. Huisartsen gaven aan behoefte te hebben aan scholing op vroegdiagnostiek.

Voor ieder speerpunt werd een werkgroep geformeerd. De resultaten van deze werkgroepen vormden de basis voor het Dementieprogramma dat in juli 2008 werd gepresenteerd.⁴

⁴ Ketenprogramma Dementiezorg – juli 2008 – Mark Schapendonk

1.2 Participanten

In 2013 participeren onderstaande organisaties in de dementieketen Hulp bij Dementie regio Noord-Limburg en zijn 'de dragers' van deze keten. Waarin in dit programma gesproken wordt over 'participanten' worden onderstaande organisaties bedoeld.

 <p>afd. Noord-Limburg</p>	
	
	
	
	
	
	

Participanten hebben uitgesproken dat andere partners welkom zijn om deel te nemen aan de keten. Geen directe participant maar zeker een belangrijke partner zijn de gemeenten in Noord-Limburg die in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) veel raakvlakken hebben met dit Dementieprogramma. Tot slot het Zorgkantoor Noord- en Midden-Limburg dat als zorginkoper een belangrijke rol kan spelen in de realisatie van de plannen.⁵

⁵ Schapendonk, M. (2008). *Dementieprogramma Noord-Limburg*

1.3 Prognoses

Hulp bij Dementie Regio Noord-Limburg

Als de prognoses niet veranderen en curatieve behandelingen uitblijven, neemt het aantal mensen met dementie de komende jaren met 65% toe tot een geschat aantal van meer dan 300.000 in 2030. Hierin zijn de leeftijdsgroepen onder de 65 jaar niet meegenomen. Het aantal mensen dat op jongere leeftijd aan dementie lijdt, blijft de komende jaren nagenoeg constant (tussen de 10.000 en 12.000).

Tabel 1:	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Totaal	193.912	211.768	228.640	249.033	279.259	319.312
Vrouwen	135.421	145.454	153.632	163.110	179.091	203.470
Mannen	58.491	66.314	75.008	85.923	100.168	115.842
Alleenstaand	86.463	99.399	110.554	121.908	137.985	161.777
Samenwonend	107.449	112.369	118.085	127.125	141.275	157.535

Figuur 1: prevalentie cijfers, prognose RIVM van het aantal mensen met dementie

In de regio Noord-Limburg wonen (volgens schatting Alzheimer Nederland) ongeveer 4000 mensen met dementie. Hiervan zijn 125 mensen met dementie jonger dan 65 jaar. 1100 mensen met dementie zijn opgenomen in een intramurale setting en 2900 mensen met dementie wonen thuis/verzorgingshuis. Men gaat ervan uit dat er 3 mantelzorgers betrokken zijn rondom 1 burger met dementie.⁶ Dit zou betekenen dat in Noord-Limburg ruim 12000 mantelzorgers betrokken zijn rondom de zorg voor hun dementerende naaste. Alzheimer Nederland heeft onderstaande cijfers (per gemeente) op haar site staan:

Gemeente	2013	2014	2020	2030	2040
Beesel (regio Venlo)	220	228+4%	296+27%	420+109%	523+138%
Bergen (regio Venray)	209	216+3%	266+27%	266+75%	463+121%
Gennep	298	324+9%	463+55%	682+129%	911+205%
Horst aan de Maas (regio Venray)	599	617+3%	779+30%	1095+83%	1382+131%
Mook en Middelaar (regio Venray)	134	143+7%	203+52%	308+120%	381+185%
Peel en Maas (regio Helden)	603	632+5%	803+33%	1172+94%	1495+148%
Venlo (stadsdeel Venlo west regio Helden))	1704	1770+4%	2077+22%	2676+57%	3296+93%
Venray (regio Venray)	593	625+5%	827+39%	1238+109%	1629+175%
Totaal burgers met dementie	4360	4555	5714	7857	10080

Figuur 2: bron www.Alzheimer-Nederland.nl 23-01-2013

Hulp bij dementie regio Noord-Limburg biedt op dit moment begeleiding aan 1000 mensen met dementie. Vanaf de start van Hulp bij Dementie hebben 1773 mensen met dementie, diens naasten, betrokken vrijwilligers en beroepskrachten begeleiding ontvangen door trajectbegeleiders (FTE). De gemeenten Mook – Middelaar en Gennep zijn buiten beschouwing gelaten omdat deze gemeenten met name voor verpleging en verzorging (V&V) en de GGZ (geestelijke gezondheidszorg) tot het verzorgingsgebied Noord-Oost Noord-Brabant behoren. Volgens het Nivel wonen 2 op de 3 mensen met dementie thuis.⁷

Regio	Clënten in zorg	Clënten afgesloten	Betrokken huisartsenpraktijken
Peel&Maas	270	208	12
Venlo	418	185	15
Venray	340	352	18
Totaal	1028	745	45 (123 huisartsen)

Figuur 3: Hulp bij Dementie regio Noord-Limburg / 1 november 2013

⁶ www.scp.nl

⁷ www.nivel.nl/pdf/6-factsheets-over-thuiswonende-dementie.pdf

Meer 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.

2. DEMENTIEZORG HULP BIJ DEMENTIE NOORD-LIMBURG

2.1. Uitgangspunten

Medewerkers van Hulp bij Dementie vormen het kapitaal van deze organisatie! Het team van Hulp bij dementie heeft onderstaande missie ontwikkeld:

Hulp bij Dementie wil burgers en diens naasten een samenhangend en afgestemd geheel van zorg en diensten aanbieden, waardoor mensen met dementie in staat worden gesteld om zolang mogelijk in de thuissituatie te blijven functioneren. Er zijn eenduidige afspraken over standaarden, werkwijze, taken en verantwoordelijkheden. Alle participanten werken conform deze afspraken en bieden kwaliteit! Vraagsturing en presentie zijn hét sturingsmechanismen voor Hulp bij Dementie Regio Noord-Limburg.

2.1.2 Individuele benadering - Zorgstandaard

Telkens moet antwoord gevonden worden op de vragen / behoeften van die specifieke mens met dementie / mantelzorgers. Dat betekent dat er geen 'standaard programma' geschreven kan worden. De route, volgorde, de betrokkenen en de rollen van eenieder in het proces kunnen / zullen telkens weer anders zijn. Daar voorziet dit programma ten principale in! Tegelijkertijd is het niet mogelijk om alle mogelijk denkbare varianten te beschrijven. Hulp bij Dementie kenmerkt zich door het centraal stellen van de vraag / behoefte van de mens met dementie en diens naasten.

Het doel van dit programma is om een samenhangend en afgestemd geheel van zorg en diensten aan mens met dementie en mantelzorgers te bieden waardoor zij in staat worden gesteld om zo lang mogelijk in de thuissituatie te blijven functioneren. Om kwaliteit te bieden, zijn er afspraken gemaakt over standaarden, werkwijzen, taken en verantwoordelijkheden en is het uitgangspunt dat participanten conform deze afspraken werken.

Op 18 juli 2013 hebben Alzheimer Nederland en Vilans de definitieve zorgstandaard dementie gepubliceerd.⁸ De zorgstandaard beschrijft onder andere de normen en waarden waaraan dementiezorg moet voldoen en heeft als doel om te komen tot vaste normen ten behoeve van de dementiezorg. Deze zorgstandaard is de onderlegger van dit zorgprogramma.

2.1.3 Meer dan zorg alleen

In het kader van de gezondheidszorg is het begrip 'zorg' vaak verengd tot verplegen, verzorgen en behandelen. In dit zorgprogramma wordt het begrip 'zorg' veel breder bedoeld. Het moet telkens gelezen worden als '*zorg hebben voor iemand*'. Dat omvat dus naast verzorgen en behandelen ook materiële kwesties, zingeving, wonen en veiligheid. Het welbevinden van iemand wordt door een samenhang van al deze elementen bepaald.

Het zorgprogramma van Hulp bij Dementie voorziet er in dat alle relevante gebieden aandacht krijgen. De trajectbegeleider heeft hierin een belangrijke bewakende / signalerende rol. Wanneer in dit programma het begrip 'zorg' gebruikt wordt, moet dit dus breed worden opgepakt.

2.1.4 Meer dan alleen een mens met dementie

Een van de slogans van Alzheimer Nederland is: 'Dementie; hij heeft het, zij lijdt er onder!' Dementie treft niet alleen de mens met dementie als individu maar heeft altijd een grote impact voor de mensen in de directe omgeving van deze mens. Zorg, in de brede zin zoals hierboven beschreven, moet dus niet alleen op de individuele mens met dementie zijn gericht maar minstens in gelijke mate

⁸ www.alzheimer-nederland.nl/zorgstandaard-dementie

ook gericht zijn op mensen (familie, mantelzorgers) in de directe omgeving. Het belang hiervan is overigens tweeledig. Voldoende ondersteuning voor familie / mantelzorgers stelt hen in staat om langer hun bijdrage te kunnen leveren. Dat is in het belang van de mens met dementie als persoon. Tegelijkertijd roept Martin van Rijn (VWS) gemeenten en zorgverleners op beter te luisteren naar de behoeften en vragen van mantelzorgers en vrijwilligers. *‘Wanneer mensen langer thuis blijven wonen, wordt er meer van hun omgeving gevraagd. Betere ondersteuning voor die groep is dan cruciaal’.*⁹

2.1.5 De huisarts

Zolang een mens met dementie, geheel of gedeeltelijk thuis woont, is de huisarts de regisserende professional. Alle lijnen van behandeling, zorg en welzijn komen bij hem samen. Voor de mens met dementie is de huisarts aanspreekbaar als eindverantwoordelijk professional.

Het terrein waarover de huisarts regie moet voeren is dermate breed en complex dat een huisarts onmogelijk alle elementen zelf goed in beeld kan hebben. Dat betekent dat een belangrijk deel van de regiefunctie overgedragen wordt aan een trajectbegeleider. De rol van de trajectbegeleider wordt later in dit programma nader uitgewerkt. De huisarts concentreert zich op het medisch deel, de trajectbegeleider richt zich op zorg en welzijn. Zodoende ontstaat er een ‘regie-as’ van huisarts en trajectbegeleider.

De rol van de huisarts kan in specifieke woonsituaties geheel of gedeeltelijk overgenomen worden door een specialist ouderengeneeskunde. In de meeste gevallen zal er sprake zijn van de rol van ‘medebehandelaar’. De hoofdbehandelaar is eindverantwoordelijk en verantwoordelijk voor het bieden van 24-uurs zorg. De rollen van de verschillende artsen worden verderop in dit programma nader uitgewerkt.

2.1.6 Netwerkindicatoren ketenzorg dementie

De ontwikkelde indicatoren vormen een instrument voor sturing van de keten en grip op de kwaliteit binnen de keten en deze zijn in te zetten in het traject voor de zorginkoop, informatie aan mensen met dementie en diens naasten, inspectie en toezichthouder.¹⁰

2.2 Rollen, taken en competenties

Dementie sluip je leven binnen. Toch merkt de persoon zelf of mensen uit de directe omgeving op enig moment dat er ‘iets niet pluis is’. Het heeft nog geen naam, het is een onbestemd onrustig gevoel. Dit Dementieprogramma is er met name op gericht om in deze situaties zo snel mogelijk duidelijkheid te bieden. Mensen met dementie en mantelzorgers hebben recht op snelle diagnostiek en doorlopende begeleiding.

Welke route ook begaan wordt, uiteindelijk is het de huisarts waar men met een signaal terecht moet. Dat geldt ook voor ‘derden’ (bij voorbeeld een buurvrouw / kennis) die een niet pluis gevoel hebben over iemand uit hun omgeving. Wanneer zij een signaal willen afgeven, dan kan dat bij hun eigen huisarts.

Huisartsen kunnen vanaf medio 2008 opzoeken wie de huisarts is van degene waarover het niet pluis gevoel bestaat. De huisartsen kunnen onderling de afgegeven signalen doorgeven. Het is dan de verantwoordelijkheid van de huisarts om gepaste actie te ondernemen.

Hieronder worden de verschillende rollen en de daarbij behorende taken en noodzakelijke competenties nader uitgewerkt.

⁹ www.rijksoverheid.nl/Kamerbrief-over-mantelzorg-en-langdurige-zorg

¹⁰ www.vilans.nl-netwerkindicatoren-dementie

2.2.1 Huisarts

De huisarts kan verschillende stappen / combinatie van stappen zetten:

- Aan de hand van NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) Standaard M21 / Observatielijst Dementie (OLD) kan de huisarts een diagnose stellen.
- Ter ondersteuning van de eigen diagnose kan een specialist ouderengeneeskunde geconsulteerd worden. Een consultatie is een eenmalig advies om te komen tot een diagnose en/of behandelplan.
- De huisarts kan voor diagnose verwijzen naar:
 - a) Geheugenpoli / Klinisch geriater in het ziekenhuis
 - b) Diagnose Expertise Centrum (DEC)/ Specialist Ouderengeneeskunde / PsychiaterDe huisarts kan ter ondersteuning voor het systeem een beroep doen op een geschoolde vrijwilliger, de zogenaamde 'dementievrijwilliger'.¹¹ Een dementievrijwilliger functioneert onder de verantwoordelijkheid van de trajectbegeleider. De dementievrijwilliger is er ter ondersteuning, is een "praatpaal" voor de mantelzorgers, kan tijdelijk zorgtaken overnemen (respitzorg) en kan adviseren over de dingen van alle dag.

Het resultaat van de stappen die de huisarts zet, is een zorgplan / behandelplan waarin ook afspraken zijn vastgelegd over de begeleiding / trajectbegeleider.

2.2.2 Klinisch geriater

- De klinisch geriater maakt met de mens met (vermoeden van) dementie een afspraak voor een dagscreening. Deze vindt plaats binnen 4 weken na aanmelding. De screening verloopt volgens het protocol geheugenkliniek (CBO richtlijn) en bestaat uit een CGA (comprehensive geriatric assesment), een onderzoek door de neuroloog, aangevuld met laboratoriumonderzoek en op indicatie beeldvormend onderzoek. Tevens is er een beoordeling door een ergotherapeut, een neuropsychologisch onderzoek en een onderzoek naar het zorgsysteem (draagkracht en draaglast) door het maatschappelijk werk. De uitkomsten van het onderzoek worden na twee weken met de betrokkene en diens naasten besproken en een behandeladvies wordt geformuleerd. Aansluitend wordt de huisarts geïnformeerd. Indien tot behandeling met een cholinesteraseremmer wordt overgegaan, schrijft de klinisch geriater deze medicatie voor en wordt mede-behandelaar, waarna de behandeling wordt voortgezet op de geheugenpoli.
- In spoedeisende situaties wordt binnen enkele werkdagen met de mens met (een vermoeden van) dementie een afspraak gemaakt voor een bezoek aan de poli.
- Onderzoek vindt plaats in het ziekenhuis, is primair gericht op de behandeling van de individuele hulpvrager. Begeleiding in de thuissituatie wordt niet geboden.
- Verwijst naar trajectbegeleiding.

2.2.3 Specialist Ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde werkzaam binnen de V&V sector is in toenemende mate buiten de muren van de intramurale setting werkzaam. De functie van verpleeghuisarts en sociaal geriater zijn verenigd in de functie van specialist ouderengeneeskunde.

In het kader van het LDP Noord-Limburg werd gesteld dat het noodzakelijk was dat er, naast de klinisch geriater, voor de huisartsen een tweede verwijzingsmogelijkheid moest komen naar de specialist ouderengeneeskunde. Deze verwijzingsmogelijkheid moest beschikbaar komen door het inrichten van

¹¹ www.dezorgondersteuner.nl/tag/dementievrijwilliger

een aantal DEC's. Hiervan zijn er in Noord-Limburg momenteel 3 (regio Peel&Maas, regio Venlo, regio Venray) operationeel.

Voor de opzet is maximaal aangesloten bij bestaande structuren. In het DEC komt de expertise van de participanten van ketenzorg Hulp bij Dementie samen ter beschikking van de mens met dementie en diens naasten. Wekelijks vindt er een DEC overleg plaats waarin bestaande en nieuwe aanmeldingen worden besproken. Ieder DEC team wordt bemand door de specialist ouderengeneeskunde, psychiater, psycholoog en de trajectbegeleiders.

Daar waar nodig nemen ook Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (SPV-ers), welzijnsmedewerkers of huisartsen deel aan het DEC. De huisartsen die in het werkgebied van een DEC hun praktijk voeren, kunnen mensen met een (vermoeden van) dementie naar de specialist ouderengeneeskunde verwijzen.

Verwijzing van de huisarts naar de medewerker GGZ binnen het DEC ligt voor de hand in die situaties waarbij sprake is van gedragsproblemen bij de mens met dementie maar deze nog niet in staat / gemotiveerd is voor nader onderzoek in het ziekenhuis. Vaak is er ook een hulpvraag van familie en/of mantelzorgers.

2.2.4. Verwijsstromen

Uitgangspunt is een eenduidige verwijsmogelijkheid. Het is voor Hulp bij Dementie niet relevant met welke organisatie de specialist ouderengeneeskunde een dienstverband heeft. Van het grootste belang is de rol die de specialist ouderengeneeskunde in het Dementieprogramma vervult én daaraan gekoppeld de beschikbaarheid van de verwijzfunctie voor de huisartsen. Hieronder een korte typering van deze verwijsmogelijkheid.

- De huisarts verwijst via een digitaal format (Regulier – Urgent – Spoed) de mens met (vermoeden van) dementie naar het DEC. De verwijzing wordt binnen het DEC besproken. Afhankelijk van de aard van verwijzing vinden de interventies plaats. Bij een reguliere verwijzing worden afspraken gemaakt voor een huisbezoek en de werkwijze om tot een diagnose en zorgplan te komen. Naast de specialist ouderengeneeskunde kunnen andere disciplines zoals psycholoog, TOP-verpleegkundige,¹² SPV-er, maatschappelijk werk of ergotherapeut worden ingezet. In maximaal 7 weken wordt een diagnose en zorgplan, gezamenlijk met de mens met (vermoeden) dementie en diens mantelzorger, opgesteld. Het zorgplan beschrijft ook de behoefte aan- en het aanbod voor begeleiding van de familie / mantelzorgers.
- Bij een spoedaanvraag neemt de specialist ouderengeneeskunde contact op met de huisarts voor vraagverheldering en wordt binnen 24 uur gestart met de interventie.
- Bij urgentie vinden de interventies binnen 3 weken plaats.
- Het onderzoek wordt gedaan volgens CBO-richtlijnen, vindt meestal plaats in de thuissituatie en zal uit meerdere huisbezoeken bestaan. Afspraken kunnen ook plaatsvinden op de huisartsenpraktijk. Het is mogelijk dat de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde gezamenlijk onderzoek doen.
- De specialist ouderengeneeskunde adviseert de huisarts inzake de medicatie. De huisarts is hoofdbehandelaar. Op basis van expliciete afspraken is het mogelijk dat de specialist ouderengeneeskunde medebehandelaar of hoofdbehandelaar wordt.

Omdat het van belang is dat de psychiatrische kennis gewaarborgd blijft is het noodzakelijk dat de specialist ouderengeneeskunde met de expertise van de GGZ kan opereren. Ook de mogelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde tot het voorschrijven van medicatie moet in stand blijven.

¹² TOP-verpleegkundige = Thuiszorg Ondersteunende Psychogeriatrisch Verpleegkundige

Voor de uitwerking van de rollen van de specialist ouderengeneeskunde is gebruik gemaakt van de nota 'Takenpakket verpleeghuisarts/sociaal geriater' (Nederlandse vereniging van Verpleeghuisartsen en Nederlandse Vereniging voor Sociale Geriatrie, 2003); de nota 'De competenties van de verpleeghuisarts/sociaal geriater' (Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, 2004) en het werkdocument 'Dienstomschrijving Extramurale Verpleeghuisgeneeskunde' (Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, 2006). In dit Dementieprogramma is de beschrijving van de bijdrage van de specialist ouderengeneeskunde beperkt tot zorg gericht op de psychogeriatrisch zorgverlening.

2.2.5 Rol Specialist ouderengeneeskunde

Er zijn drie te onderscheiden rollen van de specialist ouderengeneeskunde, te weten:

- **Consulent:** De specialist ouderengeneeskunde adviseert de huisarts over behandeling, mogelijkheden voor het inzetten van zorg thuis, mogelijkheden voor deeltijdzorg en/of de mogelijkheden voor opname.
- **Medebehandelaar:** De huisarts en specialist ouderengeneeskunde maken concrete afspraken over de uit te voeren taken door de specialist ouderengeneeskunde en de wijze waarop afstemming plaats vindt.
- **Hoofdbehandelaar:** De specialist ouderengeneeskunde heeft de volledige verantwoordelijkheid voor het behandelplan.

Taken van de specialist ouderengeneeskunde

- Adviseert over medisch beleid / intentie van behandeling en medicatie beleid; gewenste zorgvormen en/of verblijfsindicatie.
- Opstellen behandelplan.
- Behandelplan / zorgplan bespreken met de mens met (vermoeden) dementie en mantelzorgers
- Behandel- en zorgproces inhoudelijk aansturen.
- Ondersteuning bieden aan trajectbegeleider
- Cyclische evaluatie en bijstelling.
- Communicatie met overige betrokken hulpverleners.
- Rapporteren.

Om de rollen en daaruit voortvloeiende taken goed te kunnen uitvoeren, beschikt een specialist ouderengeneeskunde over o.a. onderstaande competenties.

Competenties specialist ouderengeneeskunde

- Het kunnen verrichten van onderzoek naar geriatrische ziektebeelden en chronische ziektebeelden en deze zo mogelijk behandelen.
- Het kunnen verrichten van diagnostiek van psychiatrische stoornissen in samenhang met lichamelijke klachten en systeeminvloeden.
- Het kunnen vertalen van diagnostische bevindingen in zorgproblemen en toetsbare behandel- en zorgdoelen.
- Kennis van (multidisciplinaire) behandeling, zorgbehoefte en beloop van (geriatrische) syndromen en chronische en psychiatrische ziektebeelden in relatie tot het zorgsysteem.
- Kennis van psychosociale gevolgen van ziekten voor de mens met (vermoeden) dementie en mantelzorgers.
- Kunnen samenwerken met en inhoudelijk aansturen van andere disciplines van het multidisciplinaire team.

- Invoelingsvermogen in de situatie van de mens met (vermoeden) dementie, met behoud van professionele afstand en respect voor de persoonlijkheid en de integriteit van de mens met (vermoeden) dementie en zijn naasten.

2.2.6 Trajectbegeleider

Vooraf: Er worden landelijk diverse benamingen gebruikt voor een zelfde functie. In stukken van het Ministerie van VWS wordt doorgaans gesproken over 'casemanager'. Ook woorden als consulent en coach worden gebruikt om een rol aan te duiden. In Noord-Limburg wordt gekozen voor de benaming 'trajectbegeleider' omdat dit het meest begrijpelijk is én aangeeft dat het over een heel traject gaat waarin begeleiding nodig is. Waar in deze notitie het begrip 'trajectbegeleider' gebruikt wordt kan ook 'casemanager' gelezen worden.

De Trajectbegeleider, hét aanspreekpunt voor de mens met dementie, diens mantelzorg en betrokken hulpverleners

Overbelasting van de mantelzorg is vaak een belangrijke reden om tot opname in een verpleeghuis over te gaan. Mantelzorgers hebben aangegeven behoefte te hebben aan één aanspreekpunt in de onoverzichtelijke wereld van dementie. De trajectbegeleider geeft begeleiding aan zowel de mens met dementie als diens naaste omgeving. Deze begeleider richt zich niet alleen op de verschijnselen van de ziekte, maar ook op de gevolgen ervan op het dagelijkse leven van de mens met dementie en zijn naasten. Naast het bieden van actieve steun, organiseert de trajectbegeleider de benodigde zorg met de verschillende betrokken zorgverleners. Deze professional begeleidt, ondersteunt en coördineert, maar zorgt dat de mens met dementie en mantelzorg zelf de regie blijft houden. De trajectbegeleider Hulp bij dementie werkt volgens de presentietheorie.¹³ Mantelzorgers worden ontlast en voelen zich geholpen door de inzet van de trajectbegeleider. Deze zorgt ervoor dat de mantelzorg de zorgtaken langer volhoudt. De kwaliteit van leven voor de mens met dementie neemt toe als de keten goed is geregeld.

Thuis blijven wonen met hulp van een deskundige hulpverlener en de vertrouwde zorg vanuit de eigen omgeving is wat mensen willen. Daarom pleit Alzheimer Nederland al jaren voor grootschalige invoering van trajectbegeleiding bij dementie. Daarnaast hebben mensen met dementie behoefte aan voorzieningen als dagopvang en een ontmoetingscentrum.

Alle zorgkantoren (concessiehouders/zorgverzekeraars) hebben ketenzorg dementie en daarmee de trajectbegeleider in hun inkoopbeleid opgenomen.¹⁴

In alle zorgkantorregio's wordt dementiezorg ingekocht. VWS heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzocht een prestatiebeschrijving voor trajectbegeleider bij dementie vast te stellen en te tarifieren. De NZa heeft daarvoor het College voor zorgverzekeringen (CVZ) gevraagd te onderzoeken naar de mogelijkheid of trajectbegeleiding een te verzekeren prestatie is in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten (AWBZ).

Voor het LDP was een van de belangrijke verbeterpunten het realiseren van een vast aanspreekpunt voor mensen met dementie en mantelzorgers. Gelet op het belang van een onafhankelijke begeleider is bepaald dat dit als een aparte functie is ingericht. Hierdoor:

- Wordt continuïteit gewaarborgd. Bij wisseling van hulpverlener organisatie kan dezelfde trajectbegeleider dementie actief blijven;
- Vormt de trajectbegeleider dementie een netwerk. Ook al betreft het telkens de individuele mens met dementie, vaak zijn dezelfde organisaties betrokken. De trajectbegeleider bouwt

¹³ www.presentie.nl

¹⁴ www.vgz-zorgkantoren.nl/ILinkClick.aspx
www.czzorgkantoren.nl/zorginkoop/zorgaanbieder/inkoop2013

vanwege frequente contacten een relatie met deze organisaties. Deze relaties / netwerk worden ten gunste van iedereen benut.

- Worden vaardigheden ontwikkeld; minder verschillende mensen voeren deze rol uit waardoor er een zekere specialisatie ontstaat.
- Is de onafhankelijkheid gewaarborgd; trajectbegeleiders zijn door de organisatie bij het netwerk gedetacheerd en functioneren los van organisaties.
- Is de positie voor alle betrokkenen helder en ook makkelijk beschikbaar; er hoeft bij meerdere hulpverleners niet gesproken te worden wie of welke organisatie de trajectbegeleiding op zich neemt en de huisarts regelt op één punt de trajectbegeleiding dementie. Wanneer er nog geen professionele hulpverlening aanwezig is, wordt er trajectbegeleiding dementie geboden.
- Wordt de trajectbegeleider dementie door de huisarts bij de eerste signalen van 'niet pluis gevoel' en verdenking van dementie, direct ingezet. Er is geen nader overleg nodig met een of meerdere zorgorganisaties. Zodoende kan de trajectbegeleider de mens met (vermoeden van) dementie en mantelzorgers vanaf een pril stadium ondersteunen.
- Wordt trajectbegeleiding georganiseerd vanuit een gezamenlijk netwerk (net als bij CVA)¹⁵ en is als zodanig makkelijk beschikbaar en herkenbaar. Primair voor de huisartsen, maar ook voor andere betrokkenen / instanties.

De samenwerkende organisaties vormen ten behoeve van het Dementieprogramma Noord-Limburg een netwerkorganisatie van waaruit de ketenzorg dementie georganiseerd wordt. Dat betekent dat de trajectbegeleider en ketenregisseur namens het netwerk functioneren. De functionele aansturing van deze functionarissen wordt door / namens de Stuurgroep ketenzorg Noord-Limburg gedaan. Participanten vinden het van belang dat trajectbegeleiders, mits voldaan wordt aan de gestelde kwaliteitseisen, door de verschillende organisaties 'geleverd' worden aan het netwerk. Inhoudelijk is dit van belang omdat vanwege de verschillende achtergronden van deze werkers de multidisciplinaire inbreng / synergie wordt bevorderd. Verder bevordert de actieve betrokkenheid van zo veel mogelijk partners het besef van het belang van samenwerking binnen de keten. Financiering / declaratie worden zo veel mogelijk op deze gedachte aangepast.

Ontwikkelingen omtrent coördinatie van chronische zorg staan niet stil. Frequent zal getoetst worden of de gekozen werkwijzen optimaal aansluiten bij de maatschappelijke ontwikkelingen. Waar nodig / mogelijk zullen verbeteringen middels pilots worden getest , geëvalueerd en geborgd. Vanwege de noodzakelijke afstemming tussen huisartsen en trajectbegeleiders zijn er vaste trajectbegeleiders met (groepen) huisartsen gaan samenwerken.

Rol, positie en taken trajectbegeleider

De rol / positie van de trajectbegeleider is als volgt te typeren:

De trajectbegeleider is eerder een organisator dan uitvoerder en zal het steunsysteem actief organiseren en begeleiden. De trajectbegeleider beweegt zich in het spanningsveld tussen autonomie van de mens met dementie en goede zorg; tussen bescherming van privacy en bemoeizorg. De trajectbegeleider zal de mens met dementie en zijn systeem actief in de tijd volgen en gericht zijn op alle aspecten van zorg zoals in dit programma omschreven. De trajectbegeleider is geen zorgverlener. De inhoud van de zorg laat hij over aan de professionaliteit van de zorgverleners. De rol van trajectbegeleider in het Dementieprogramma richt zich tot hulpvragen / zorgproblemen van de mens met dementie en- of mantelzorgers die het gevolg zijn van dementie en- of gevolgen

¹⁵ CVA = Cerebrovasculair Accident; beroerte. In Noord-Limburg bestaat een CVA keten waarin zorgaanbieders afspraken hebben gemaakt over de zorg aan mensen die getroffen zijn door een CVA. De trajectbegeleider is een belangrijk onderdeel van deze keten.

hebben voor de zorg en dienstverlening aan mensen met dementie. De trajectbegeleiding stopt 6 weken nadat een de mens met dementie in een verpleeghuis is opgenomen.

Uit deze rol volgen onderstaande taken:

- **Begeleiden:** Hulpvraag vertalen in een specifieke zorgvraag, de mens met dementie en zijn relaties voorbereiden op overgangen, duidelijke afspraken maken bij wie, wanneer men terecht kan, inzicht geven in ziektebeeld, leren hier mee om te gaan, eventueel bijwonen (op verzoek van de mens met dementie- en of diens vertegenwoordiger) van overleggen. De trajectbegeleider ondersteunt waar nodig de dementievrijwilliger en beroepskrachten.
- **Afstemmen en bemiddelen:** Inventariseren en verzamelen van gegevens die al zijn verzameld. Registreren zorgproces, doelstellingen en afspraken.
- **Coördineren en bewaken:** Diverse activiteiten op elkaar afstemmen, zicht houden op behalen doelstellingen, activiteiten van anderen bijsturen.
- **Evalueren:** Stand van zaken in kaart brengen, bij veranderingen zorgen voor aanpassingen, medewerkers aanspreken op hun bijdrage.
- **Adviseren:** Ontwikkelingen in de gaten houden, signaleren en advies geven.

Bevoegdheid

Om deze taken waar te maken, moet de trajectbegeleider ook 'doorzettingsmacht' hebben. Daarom is de trajectbegeleider bevoegd om aanwijzingen te geven aan zorgverlenende instanties en/of zelfstandige professionals die bij de zorg en dienstverlening van de individuele mens met dementie en zijn mantelzorgers betrokken zijn. Deze aanwijzingen hebben betrekking op het bieden van noodzakelijke (geïndiceerde) en samenhangende zorg. Participanten in dit Dementieprogramma zullen een aanwijzing van de trajectbegeleider als een 'aanwijzing met een verplichtend karakter' oppakken.

Competenties trajectbegeleider

- Stelt het belang van de mens met dementie en diens naasten centraal en is in staat onafhankelijk van aanbieders te functioneren.
- Kennis van dementie en daarbij behorende complicaties.
- Kennis van sociale kaart in brede zin, in bijzonder psychogeriatrische verpleging en behandeling.
- Affiniteit met de doelgroep en het coördineren van werkzaamheden.
- Stelt een (zorg)plan op in samenspraak met de mens met dementie/mantelzorgers
- Systematisch werken, methodisch, goed rapporteren.
- Is bereikbaar in acute situaties en pleegt zonnodig crisisinterventies.
- Geeft mantelzorgondersteuning.
- Volharding, geduld, doorzettingsvermogen, vindingrijk en creatief
- In staat zijn op eigen initiatief het vak op peil te houden, zich op de hoogte te stellen van nieuwe ontwikkelingen, visie, protocollen etc.
- Zelf het werk kunnen plannen. Zelfstandig zijn ten aanzien van initiatieven. Werk zonder directe controle kunnen uitvoeren.
- Kunnen observeren en signaleren van veranderingen in welbevinden van de mens met dementie en omgeving.
- Handelt en denkt instellingsoverstijgend, waarbij de voorkeur van de mens met dementie en diens naasten centraal staat.
- Denkt en beweegt mee in de landelijke en regionale ontwikkelingen
- Invoelend, tactvol, luistervaardigheden en overredingskracht hebben.

- Tegenstellingen kunnen overbruggen.
- Goede uitdrukkingsvaardigheden hebben zowel schriftelijk als mondeling.
- Representatief zijn.
- Legt verantwoording af over aantallen en de aard van de geleverde zorg aan de ketenregisseur van Hulp bij Dementie.

Hulp bij Dementie regio Noord-Limburg heeft de volgende voorwaarden gesteld aan trajectbegeleiding:

- De trajectbegeleider maakt deel uit van het DEC team;
- De caseload van een trajectbegeleider is 60 mensen met dementie per FTE;
- Mensen met dementie krijgen een vaste trajectbegeleider;
- De trajectbegeleider is gekoppeld aan een huisartsenpraktijk;
- De trajectbegeleider kan ingezet worden vanaf het 'niet plus' gevoel.

Om deze functie in te kunnen vullen heeft de trajectbegeleider minimaal een opleiding op HBO-niveau (Hoger Beroeps Onderwijs) afgerond en is hij/zij in het bezit van een rijbewijs en kan hij/zij over een auto beschikken.

2.2.7 Zorgdimensies – Huisartsen Informatie Systeem

De trajectbegeleider en de (huis)arts vormen gezamenlijk de regie-as voor de mens met dementie en mantelzorgers. De huisarts / hoofdbehandelaar richt zich daarbij primair op curediagnostiek en daaruit voortkomende behandeling. De trajectbegeleider richt zich primair op zorgdiagnostiek en de coördinatie van de uitvoering van het daaruit voortkomend zorgplan.

De Stichting Geriant heeft een methodiek ontwikkeld voor zorgdiagnostiek. Daarbij wordt gebruik gemaakt van 11 zorgdimensies.¹⁶ Bij iedere zorgdimensie zijn aandachtspunten beschreven die nagevraagd kunnen worden indien er een probleem wordt vermoed. Daarnaast bevat (bijna) elke zorgdimensie een kopje met 'gestructureerde vragenlijsten en meetinstrumenten'. Hulp bij Dementie heeft bovenstaande methodiek gebruikt om de hulpvraag van de mens met dementie en diens naasten in kaart te brengen. Het team heeft gedurende de afgelopen jaren een werkprocedure ontwikkeld t.a.v. het zorgdossier die inmiddels ook is toegepast in het huisartseninformatiesysteem (HIS).¹⁷

De stuurgroep Hulp bij Dementie heeft in 2010 aan Cohesie de opdracht verstrekt voor het ontwikkelen van de module 'Ketenzorg Dementie' voor het HIS. Deze module voldoet aan de volgende voorwaarden:

- De module voldoet aan het programma van eisen van Hulp bij Dementie danwel wordt in gezamenlijk overleg ontwikkeld;
- De module komt beschikbaar voor alle huisartsenpraktijken in Noord-Limburg;
- De module komt beschikbaar voor alle (geautoriseerde) hulpverleners;
- Gebruikers worden geïnstrueerd in het gebruik van het HIS in het algemeen en de module in het bijzonder;
- De module wordt onderhouden en op basis van frequente evaluaties bijgesteld;
- Periodiek managementinformatie wordt gegenereerd en beschikbaar gesteld aan de ketenregisseur;
- Cohesie werkt mee aan het verwerven van externe financiering.

¹⁶ Werkboek Zorgdimensies Dementie, versie 2.1, april 2004.

¹⁷ www.cohesie.org

Op dit moment doorlopen we een periode van 6 maanden waarin gewerkt wordt in het ingerichte HIS. In het voorjaar van 2014 vindt er een evaluatie en eventuele aanpassing plaats.

2.2.8. Dementievrijwilliger

De rol / positie van de dementievrijwilliger is als volgt te typeren:

De dementievrijwilliger heeft een vrijwilligersovereenkomst met De Zorgondersteuner en wordt inhoudelijk ondersteund door de trajectbegeleider.

De dementievrijwilliger heeft als vrijwilliger een ondersteunende rol naar de mens met dementie en mantelzorgers. Hij signaleert en adviseert de mens met dementie en/of mantelzorgers ten aanzien van dagstructuur, bezigheden, huishoudelijke verzorging en de algehele situatie van de cliënt en mantelzorgers.

Hij wijst op mogelijke professionele hulpverlening. Om deze rol goed in te kunnen vullen is de dementievrijwilliger verplicht een op deze rol gerichte cursus te volgen. In Noord-Limburg zijn tot op dit moment 140 dementievrijwilligers opgeleid.

De dementievrijwilliger kan altijd terug vallen op Coördinator van De Zorgondersteuner. Uit deze rol komen de volgende taken voort:

Taken

- Heeft frequent contact met de mens met dementie / mantelzorgers;
- Adviseert over mogelijkheden van o.a. dagbesteding, professionele hulpverlening en vormen van ondersteuning zoals gespreksgroepen en Alzheimercafé en/of vormen van respijtzorg;
- Signaleert ontwikkelingen en bespreekt deze met de mens met dementie/ mantelzorgers en de trajectbegeleider.

Competenties

De dementievrijwilliger beschikt over de volgende kwaliteiten:

- Kan goed luisteren en heeft een goed inlevingsvermogen;
- Is integer, betrouwbaar, houdt zich aan afspraken;
- Is in staat om ontwikkelingen te signaleren en deze bespreekbaar te maken; Bewaakt mede de grens tussen privacy en het recht op goede (professionele) zorg;
- Heeft in algemene zin kennis van –het verloop- van dementie;
- Heeft kennis van sociale kaart;
- Heeft inzicht in de grenzen –en bewaakt deze- tussen vrijwillige ondersteuning en professionele hulpverlening;
- Is in staat om mondeling te rapporteren.

2.2.9 Ketenregisseur

De eerste jaren hebben in het teken gestaan van het implementeren van het dementieprogramma. Het ontwikkelen en implementeren van het Dementieprogramma was nieuw voor Noord-Limburg. Ondanks alle inzet, betrokkenheid en goede bedoelingen van organisaties en professionals, was en blijft aansturing en het bewaken en borgen van de kwaliteit noodzakelijk.

De ketenregisseur werkt onder verantwoordelijkheid van de stuurgroep ketenzorg Noord-Limburg. Een van de leden van de stuurgroep is het aanspreekpunt voor de ketenregisseur van de dementieketen en 1x per 6 weken vindt er een werkoverleg plaats.

Taken

- Toetst of alle betrokkenen werken conform het Dementieprogramma Hulp bij Dementie;
- Ondersteunt / instrueert organisaties en professionals in de invullingen van de verschillende rollen en het hanteren van de verschillende instrumenten;
- Registreert, meet uitkomsten en rapporteert resultaten aan de stuurgroep, gemeenten en VGZ;
- Zet zonodig verbeteracties in en bewaakt het effect van deze acties;
- Onderhoudt regionaal en bovenregionaal noodzakelijke contacten; houdt landelijke ontwikkelingen bij en is op de hoogte van de 'state of the art'. Heeft iedere twee maanden een overleg met de overige ketenpartners in Noord-Limburg (CVA ketenzorg, Kwetsbare Ouderen, Palliatieve zorg) en met de ketenregisseurs van de overige 4 ketens dementiezorg in de provincie Limburg;
- Volgt en beweegt mee met de ontwikkelingen die landelijk, provinciaal en regionaal gaande zijn;
- Start en leidt projecten of werkt hier aan mee met het doel de hulp rondom de kwetsbare ouderen (met dementie) te optimaliseren;
- Geeft op vraag presentaties in de regio en landelijk en gastcolleges in het onderwijs regionaal en landelijk;
- Is (bestuurs)lid van het Landelijk Netwerk dementie.

Zoals ook bij de trajectbegeleider is aangegeven, moet ook de ketenregisseur bevoegdheden hebben om te kunnen regisseren. Waar de trajectbegeleider de bevoegdheid heeft om op het niveau van de individuele cliëntsituatie aanwijzingen te geven, zo is de ketenregisseur bevoegd tot het geven van aanwijzingen op het niveau van organisaties. Ook deze aanwijzingen zullen door de participanten in dit Dementieprogramma beschouwd worden als aanwijzingen met een verplichtend karakter.

Competenties

- Functioneert op HBO-plus niveau, heeft kennis van en ervaring met projectmatig werken en ketenzorg;
- Is een bruggenbouwer, weet met het oog op de doelstellingen van het Dementieprogramma, tegenstellingen tussen organisaties / professionals te overbruggen. Hij is een stimulator en motiveert betrokkenen;
- Is helder en transparant in zijn formulering, kan zich in woord en geschrift helder uiten. Is in staat om partijen/personen aan te spreken op om hun verantwoordelijkheden;
- Heeft een goed doorzettingsvermogen en verstaat de kunst van vasthoudendheid te combineren met beweeglijkheid en flexibiliteit.

2.3 Stand van zaken

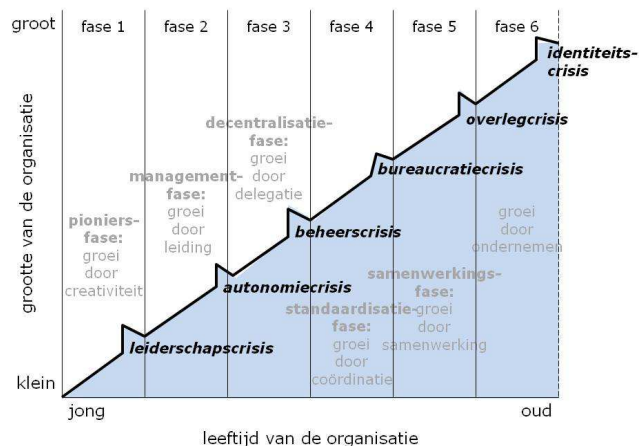
In april 2009 is HBD gestart met de uitvoering in de praktijk. Volgens het model 'van Greiner' groeifase van een organisatie, heeft HBD de eerste twee fasen **groei door creativiteit** en **groei door leiderschap** doorlopen.

- In het eerste begin groeit men door: pionieren, vakmanschap, flexibiliteit, gedrevenheid, informaliteit, sturing op basis van incidenten, de leider is kortbij, iedereen kent iedereen, we gaan er met z'n allen voor...

- Individualistische manier van leiding geven: de leidinggevende inspireert de groep, hij of zij heeft meestal een typische stijl en neemt door de snelheid van het groeien vooral ad hoc beslissingen, binnen non-profit meestal sterk samen met de pionierende bestuursleden.
- Formeel leiderschap (duidelijkheid van leiderschap, duidelijkheid rond beslissingsprocessen) organisatiestructuur (wie is voor wat bevoegd, verantwoordelijk, werkafspraken, procedures...) en financiële verantwoordingssystemen (budgetten en prestatienormen).
- Hierdoor wordt het leiderschap formeler, de communicatie formeler, krijgt men een meer onpersoonlijk karakter, de eerste rechterhanden verschijnen (met wat onduidelijkheid of wrevel hieromtrent) en hoort men wel eens: vroeger was het beter (lees gezelliger)...

Hulp bij Dementie bevindt zich nu in fase drie/vier: **Groei door delegatie, coördinatie en controle**. Er is sprake van een gedecentraliseerde organisatiestructuur. Verantwoordelijkheid op operationeel niveau, besluitvorming gebaseerd op periodieke vergaderingen.

De Inspectie van Volksgezondheid heeft op 16 oktober 2012 een bezoek gebracht bij Hulp bij Dementie Regio Noord-Limburg en aangegeven dat volgens het door hen uitgevoerde onderzoek Hulp bij Dementie zich in de 'uitbouwfase' bevindt.



Figuur 4: Model 'van Greiner' groeifase organisatie

3. ZORGPROGRAMMA DEMENTIE

3.1 Beschrijving behoefte en aanbod per fase – onderdeel zorgstandaard

Dementie is onomkeerbaar, maar nevensymptomen kunnen worden bestreden met medicamenteuze en therapeutische behandeling. Begeleiding en behandeling zijn nadrukkelijk gericht op zowel mensen met dementie als hun naasten en kunnen de kwaliteit van leven van beiden vergroten. De belangrijkste problemen waar de mensen met dementie en hun naasten tegenaan lopen zijn:

1. Niet pluisgevoel
2. Wat is er aan de hand en wat kan helpen?
3. Bang, boos en in de war
4. Er alleen voor staan
5. Contacten mijden
6. Lichamelijke zorg
7. Gevaar
8. Ook nog gezondheidsproblemen
9. Verlies
10. Het wordt me teveel
11. Zeggenschap inleveren en kwijtraken
12. In goede en slechte tijden
13. Miscommunicatie met hulpverleners
14. Weerstand tegen opname

Deze problemen moeten worden vertaald naar goede dementiezorg voor mensen met dementie en hun naasten. De problemen kunnen in iedere fase van het ziekteproces voorkomen, wel is het zo dat het niet-pluisgevoel en de vraag aan de hand vóór de diagnostiek hun plaats hebben.¹⁸

Het Zorgprogramma dementie is onderverdeeld in drie fasen;

1. Fase Signalering/niet pluis gevoel
2. Fase rondom de diagnosestelling
3. Fase rondom levering van zorg en diensten
 - a. thuiswonend met dementie
 - b. fase rondom opname in beschermende woonvorm
 - c. permanent verblijf in een beschermende woonvorm¹⁹

3.1.1 FASE SIGNALERING - NIET PLUIS-GEVOEL / Tijdige onderkenning en preventie

Dementie komt veelal sluipend het leven binnen en veroorzaakt vaak een gevoel van onbehagen en onduidelijkheid. *'Als er geen tijdige signalering van problemen met daarop aansluitend niet tijdig diagnostiek plaatsvindt, lijden thuiswonende mensen met dementie en hun naasten onnodig. Tijdige signalering en daarop aansluitend diagnostiek zijn van belang om passende dementiezorg te kunnen aanbieden. In het geval van overbelasting van de mantelzorger loopt het cliëntensysteem vast'*²⁰.

Afspraken met betrekking tot **Informatievoorziening gericht op mensen met dementie en hun naasten** zijn vastgelegd in het ketenprogramma Hulp bij Dementie. Participerende organisaties hebben een convenant ondertekend.

¹⁸ Zorgstandaard dementie Alzheimer Nederland & Vilans 31 mei 2012

¹⁹ Zorgprogramma dementie regio Haaglanden

²⁰ www.igz.nl/rapport-geintregeerde-zorg-voor-mensen-met-dementie

Er rust nog steeds een taboe op het onderwerp dementie. Huisartsen in Noord-Limburg zijn bijgeschoold m.b.t. hulpvraag rondom dementie. Dit jaar (2013) heeft er een inventarisatie van gemeentelijke voorzieningen voor mensen met dementie en hun mantelzorgers onderzoek plaatsgevonden bij de gemeenten in Limburg, uitgevoerd door de zorgkantoren CZ en VGZ..²¹ Hieruit blijkt dat gemeenten niet up to date zijn met betrekking tot ontwikkelingen van de dementiezorg. Dit rapport is het uitgangspunt voor de gesprekken die (belangenbehartigers, VGZ, ketenregisseur) gevoerd gaan worden met de gemeenten.

Door middel van presentaties en scholingen wordt informatie gegeven aan burgers in de regio Noord-Limburg. De website van Hulp bij Dementie en de ontwikkelde folders ondersteunen de informatievoorziening.

- Presentaties, flyers in de regio verspreid van Hulp bij Dementie en De Zorgondersteuner bieden **informatievoorziening gericht op vrijwilligers**.
- Voor een optimale **informatievoorziening gericht op (aankomend) professionals** is het van belang dat trajectbegeleiders op de hoogte blijven van de ontwikkelingen die gaande zijn met als onderwerp dementie. Hiervoor bezoeken zij symposia, congressen en nemen deel aan/of hebben een rol in projecten. Tegelijkertijd is het ook belangrijk dat zij meebewegen in de landelijke en regionale ontwikkelingen ten aanzien van de dementiezorg. Op dit moment volgen de trajectbegeleiders een training die gegeven wordt door Zuyd Hogeschool.
- Middels de keten vindt er overleg en actie plaats met betrekking tot het **samenwerkingsverband tussen aanbieders/organisaties voor informatie, voorlichting en steun**. Het uitgangspunt blijft steeds; 'wat levert het de mens met dementie en zijn naasten op?'
- Trajectbegeleiders wijzen mensen met dementie en diens mantelzorgers op de mogelijkheden die er zijn tot de **toegang tot zelftesten en telefonische hulplijnen**. Er moet nog meer gebruik gemaakt worden van verwijzingen naar website Hulp bij Dementie en de participerende organisaties.
- Indien er een signaal komt van de huisarts neemt de trajectbegeleider contact op met de mens met dementie/mantelzorger voor een **preventief huisbezoek**.
- Indien een mens met dementie alle hulp afwijst bestaat de mogelijkheid om via de GGZ TOP verpleegkundige in te schakelen. Deze kan gedurende een periode van 6 weken intensief het systeem gaan ondersteunen en op die manier de mens met dementie bewegen om hulp toe te staan, **bemoeizorg**.
- Trajectbegeleiders worden getraind om testen af te nemen bij de mens met dementie en diens mantelzorger. De NPIQ is het **instrument voor het meten overbelasting mantelzorger** dat hiervoor gebruikt kan worden.
- Met de 4 overige dementieketens in Limburg en de ketens in de regio Noord-Limburg is onder begeleiding van Robuust een inventarisatie aanbod deskundigheidsbevordering in kaart gebracht²². Dit om **deskundigheidsbevordering en kennisuitwisseling signaleren en verwijzen op maat voor zorg- en hulpverleners/vrijwilligers** te optimaliseren en beschikbaar te stellen voor alle partijen. Kennisuitwisseling voor instanties waar mensen werken die geen ervaring hebben met dementie, bijvoorbeeld bedrijven, horeca, bankwezen enz. behoeft nog meer aandacht.

²¹ Inventarisatie van gemeentelijke voorzieningen voor mensen met dementie en hun mantelzorgers 2012

²² www.rosrobuust.nl

3.1.2 FASE RONDOM DE DIAGNOSESTELLING - Diagnostiek

Het dementieprogramma is erop gericht om zo snel mogelijk duidelijkheid te bieden in de fase van 'het niet pluis' gevoel. Mensen met dementie en hun mantelzorgers hebben recht op snelle diagnostiek en doorlopende begeleiding.

De start van het zorgproces ligt bij de huisarts. Die zorgt er voor dat snel de juiste diagnose wordt gesteld.

De huisarts en de trajectbegeleider voeren gezamenlijk regie in de Hulpvraag (in de breedste zin van het woord) rondom een de individuele hulpvrager.

Uitgangspunt is:

'Iedere mens met het vermoeden van dementie heeft recht op een tijdige en volledige diagnose op basis van de 'state of the art' en de daarop gebaseerde behandeling.'

De **huisarts** kan op basis van de NHG-richtlijn zelf een diagnose stellen of kan daarvoor verwijzen (format verwijzing) naar de Geheugenpoli in het ziekenhuis of het DEC. Naar wie de huisarts verwijst hangt af van de individuele mens en de situatie waarin hij/zij zich bevindt.

Naar de **Geheugenpoli** wordt verwezen in geval dat:

- Er behoefte is aan specialistisch onderzoek met beeldvorming, eventueel liquoronderzoek of EEG (Electro-EncefaloGram);
- Naast cognitieve stoornissen complexe somatische problematiek aanwezig is die interfereert met de cognitieve stoornis;
- De mens met het vermoeden van dementie jonger is dan 65 jaar.

Het multidisciplinair onderzoek binnen de geheugenpoli vindt plaats in het ziekenhuis, hier worden omgangsadviezen gegeven en verwijst de klinisch geriater naar de trajectbegeleider voor de begeleiding van de mens met dementie en diens mantelzorgers.

Naar een **DEC** wordt verwezen in het geval dat:

- Er behoefte is aan specialistisch onderzoek;
- Naast de cognitieve stoornissen er ook begeleidingsvragen (van mantelzorgers) zijn;
- Begeleiding noodzakelijk is (weerstand) ten aanzien van het stellen van een diagnose.

Typerend aan het multidisciplinair onderzoek vanuit het DEC is dat het onderzoek in de thuissituatie plaatsvindt door de specialist ouderengeneeskunde, de psychiater en- of de psycholoog. Dit is afhankelijk van de eerste informatie verzameld door de huisarts en trajectbegeleider en dat naast onderzoek ook begeleiding geboden wordt. Het gaat hier om begeleiding als vorm van behandeling. Daarmee onderscheidt deze begeleiding zich van de begeleiding geboden door de trajectbegeleider die gericht is op organiseren / coördineren.

Zowel in de Geheugenpoli als door het DEC wordt conform de CBO richtlijnen gewerkt. In alle situaties krijgt de huisarts in de 7^e week na verwijzing, nadat de diagnose en behandelplan besproken zijn met de mens met dementie en diens naasten, een diagnose met een behandelplan / zorgplan. In het behandelplan / zorgplan is genoteerd wie de trajectbegeleider is / wordt. De zorgdiagnostiek wordt uitgevoerd door de trajectbegeleider in samenwerking met de overige leden van het DEC-team en de huisarts waar zij de casus mee bespreekt. Indien vanuit het DEC geconstateerd wordt dat aanvullend onderzoek door een geheugenpoli nodig is, dan wordt daar naar doorverwezen. De kracht van de dementieketen is dat alle schakels gezamenlijk in staat zijn om een tijdige en volledige diagnose te stellen en een daarop gebaseerde behandeling aan te bieden.

Organisaties buiten de keten kunnen worden ingeschakeld. De samenwerkingsafspraken zijn beschreven en vastgelegd in het ketenprogramma van Hulp bij dementie.

Naast medische verwijsstromen bestaan er ook verwijsmogelijkheden naar diverse zorgvoorzieningen, activiteiten en voorzieningen voor bijvoorbeeld dagopvang en eetpunten. Deze verwijsmogelijkheden worden opgenomen in een regionale sociale kaart.

3.1.3 FASE RONDOM LEVERING VAN ZORG EN DIENSTEN

Trajectbegeleiding

Er is een functiebeschrijving van de trajectbegeleider aanwezig, (zie bijlage) de afspraken tussen de ketenpartners zijn beschreven in het programma. Evenals het zorgplan waarin gewerkt wordt middels de 11 zorgdimensies van dementie en die geïntegreerd zijn in het HIS.

Behandeling, begeleiding en steun

Afgestemde multidisciplinaire behandeling, begeleiding en steun. Wekelijks vindt er een bijeenkomst plaats van het DEC waarin het zorgplan van mensen met dementie (nieuwe aanmeldingen en bestaande) besproken wordt en acties uitgezet worden voor de komende tijd. Minimaal 2 x per jaar vindt er een Multi disciplinair overleg (MDO) plaats waar de mens met dementie en zijn mantelzorger en alle betrokken hulpverleners voor uitgenodigd worden. De specialist ouderengeneeskunde wordt gekoppeld aan de cliënt/zorgplan waardoor er een gedeelde verantwoordelijkheid voor het zorgplan ontstaat.

Informatie, advies en psycho-educatie vindt plaats via:

- Trajectbegeleiders
- Gespreksgroepen voor mensen met dementie
- Gespreksgroepen voor mantelzorgers van jonge mensen met dementie
- De mantelzorgcursus 'Omgaan met dementie' (5 dagdelen)
- Bezoek aan de Alzheimercafé's
- De leden van de groep dementie en bewegen
- De leden van de wandelgroepen voor mensen met dementie en hun naasten
- Edomha (ergotherapie)
- Dialogen Dementie VieCuri 2x per jaar
- Presentaties / gastcolleges op vraag
- Mantelzorg muzieksalon
- Symposia en congressen
- Folders / website
- Kopgroepcursus (i.o)
- Leden van het Alzheimerkoor (i.o))
- Logeershuis / ontmoetingscentrum voor mensen met dementie (i.o.)

Afspraken over doorverwijzing, rolverdeling en informatieoverdracht in de keten zijn eerder beschreven in het ketenprogramma.

Levering zorg en diensten (+ is gerealiseerd, - onvoldoende of niet gerealiseerd)

+ Huishoudelijke hulp en ADL worden geleverd door de verschillende aanbieders in de regio.

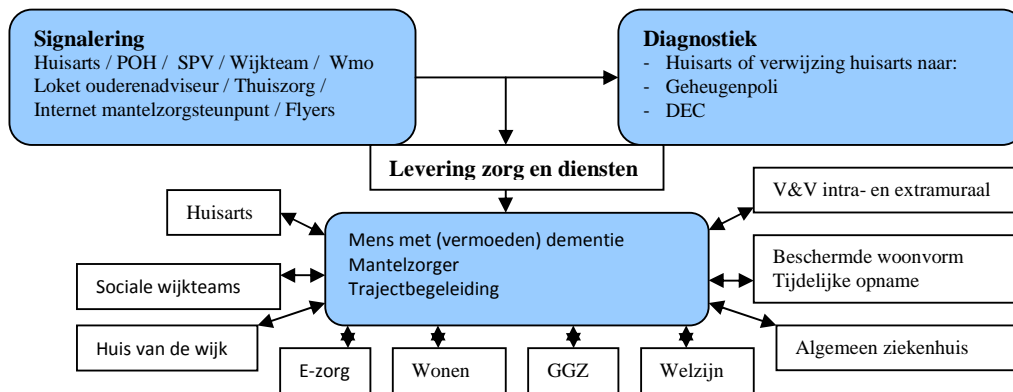
Uitgangspunt is de keuze van de mens met dementie/mantelzorger en zoveel mogelijk dezelfde gezichten en kennis en kunde van dementie bij de uitvoerenden.

- + Verschillende (zorg)aanbieders hebben een aanbod van dagverzorging, dagbehandeling, nachtbehandeling, mogelijkheid tot logeren en ontmoetingscentra. Uitgangspunt dagbesteding dichtbij waar mogelijk, ver weg indien noodzakelijk. De huizen in de wijk gaan een belangrijke rol spelen in de wijkgerichte aanbod van zorg.
- + Er is in de regio een dagbehandeling voor jonge mensen met dementie en sinds april 2013 is er een verblijfsafdeling voor jonge mensen met dementie.
- + Cursus 'Omgaan met dementie' die bestaat uit 5 dagdelen op variabele tijden.
- + Er zijn gespreksgroepen binnen de regio voor mantelzorgers en een speciale groep voor mantelzorgers van jonge mensen met dementie. www.hulpbijdementie.nl
- + Er start een Kopgroepcursus voor mensen die de diagnose dementie hebben gekregen.
- + Mantelzorgondersteuning wordt geboden door de trajectbegeleiders. Er is tevens een 24- uurs telefonische bereikbaarheid. Ook de Zorgondersteuner biedt ondersteuning voor de mantelzorgers.
- + Een vrijwillige opname in noodsituaties voor mensen met een indicatie is geregeld in de vorm van een logeerbed binnen bestaande organisaties. Dit voor de duur van maximaal 3 weken. De huisarts blijft medisch eindverantwoordelijk. Een logeershuis, een burgerinitiatief ontstaan in de gemeente Venray, is in ontwikkeling en biedt mensen met dementie zonder indicatie tegen een vergoeding de mogelijkheid om te logeren voor een periode van maximaal 3 weken.
- +/- Crisisbedden zijn aanwezig binnen de GGZ en de ouderenzorg, maar de dagelijkse praktijk laat zien het aanbod niet altijd voldoende is.
- + Afspraken met betrekking tot crisisinterventie staan in het ketenprogramma. Binnen de telefonische bereikbaarheidsdienst zijn afspraken gemaakt m.b.t. crisisinterventie buiten kantoortijden.
- Revalidatie bij dementie na ziekenhuisopname is niet specifiek aanwezig. Er ontstaan problemen bij de geriatische revalidatie (180 dagen) levering.
- + Respijtzorg wordt aangeboden middels dagbehandeling, dagverzorging, dagbesteding, logeerbed en er worden gezamenlijke eetactiviteiten aangeboden.
- Een mantelzorgpas ontbreekt binnen de keten Hulp bij Dementie.
- + Met betrekking tot aangepast wonen en woonservicezone kunnen mensen met dementie/mantelzorgers gebruik maken van Caring Home, Domotica, ergotherapie adviezen en inrichting.
- + Binnen de regio zijn aangepaste, levensbestendige woningen voorzien van Domitica beschikbaar. Ook worden adviezen gegeven aan mensen met dementie/mantelzorgers om hun woning levensloopbestendig aan te passen/verbouwen.

- + Verschillende zorgaanbieders binnen de regio bieden kleinschalig woonvormen aan voor (jonge)mensen met dementie. Tevens is er een verblijfsafdeling voor mensen met dementie en gedragsproblematiek.
- +/-Binnen verschillende projecten is er aandacht voor vervoer. Mensen met dementie/mantelzorgers ondervinden door bezuinigingen veel hinder van het niet meer kunnen beschikken over een opstapservice.
- + Voor diensten in en rondom het huis bestaat de mogelijkheid om vrijwilligers in te schakelen.

3.2 Zorgproces

Het zorgproces binnen de keten ziet er als volgt uit:



4. ORGANISATIE KETENZORG BIJ DEMENTIE

4.1 Centraal registratiepunt

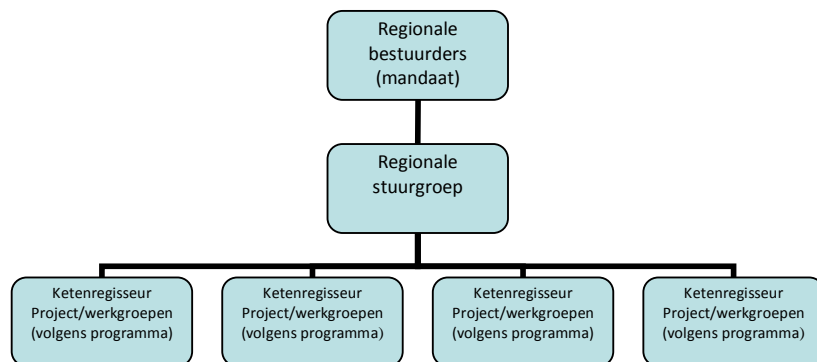
Mensen met dementie die door de huisarts, klinisch geriater of psychiater worden verwezen, zijn vanaf 01-01-2013 verwerkt in het HIS. De reeds in zorg genomen mensen met dementie staan geregistreerd in een digitaal registratiesysteem.

4.2 Bestuurlijke borging van de keten

Om invulling te geven aan de organisatie en uitvoering van ketenzorg in de regio is de betrokkenheid van bestuurders essentieel, temeer omdat ketenzorg systeemoverstijgende beslissingen vergt. Overstijgende ketenzorg vergt veel kennis over inkoop, bekostiging en contractering, alsmede visie en creatief ondernemerschap. Bestuurders van zorgorganisaties zijn centrale actoren bij het ontwerpen en realiseren van goede ketenzorg.

Ten behoeve van een doelmatige en efficiënte organisatie van alle ketenzorg in de regio Noord-Limburg zijn (worden), met ingang van 01.06.2010, alle bestaande en nog te initiëren zorgketens in de regio Noord-Limburg ondergebracht in één structuur.

Deze structuur wordt schematisch als volgt weergegeven:



Het regionaal bestuurdersoverleg is een besluitvormend orgaan, bestaande uit leden van de Raden van Bestuur van de participanten in de ketenzorg. De leden van de Raden van Bestuur beschikken over mandaat van de eigen organisatie.

De regionale stuurgroep legt verantwoording af aan het regionaal bestuurdersoverleg. De regionale stuurgroep vervult de regierol ten aanzien van alle bestaande en nog te initiëren ketens in de regio Noord-Limburg wat betreft inhoud, facilitering en risico's. Deze stuurgroep fungeert als eigenaar van de keten en vervult de kassiersfunctie. De stuurgroep stelt voor elke nieuw te vormen keten een projectopdracht op.

De voorzitter van de regionale stuurgroep draagt binnen de stuurgroep de eindverantwoordelijkheid over het ontwerpen en realiseren van goede ketenzorg. Belangrijke taken voor de voorzitter zijn het maken van afspraken met financiers betreffende inkoop, bekostiging en contractering van de bestaande en nieuw te initiëren ketens.

Daarnaast wordt er binnen de regionale stuurgroep gewerkt met aanspreekpunten. Per keten wordt een lid van de stuurgroep als aanspreekpunt voor de ketenregisseur aangesteld. Dit aanspreekpunt

vormt de linking pin tussen de stuurgroep en de ketenregisseur. Het aanspreekpunt heeft minimaal vier keer per jaar een individueel overleg met de ketenregisseur.

N.B.: in verband met de overstijgende taken voor alle ketens zal de voorzitter van de regionale stuurgroep niet als aanspreekpunt worden aangesteld.

4.3 Financiering

Het realiseren van HBD heeft een heel scala aan financieringsstromen gevraagd. Daarbij moest een onderscheid gemaakt worden tussen incidentele ontwikkeling, aanloopkosten, kosten van de pilots en de structurele financiering. Structurele financiering is nog steeds niet gerealiseerd. Voor de financiering van 2013 is de lijn gevolgd van 2012. Er is aandacht - inzichtelijk maken van de kosten en de baten - voor de structurele 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/subsidies. Zoals in onderstaand figuur wordt weergegeven, wordt ketenzorg 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 trajectbegeleiding in het bijzonder. Hierbij kan ondermeer verwezen worden naar de brief van Staatssecretaris Bussemaker (DLZ/KZ-U-2824599, d.d. 14 januari 2008) waarin zij schrijft: *“Inmiddels heb ik besloten tot een contourenplan dementie. Dit plan omvat meerdere sporen. In de eerste plaats richt het plan zich op de financiering c.q. inkoop door zorgkantoren van samenhangende zorg. Casemanagement zal een essentieel deel van dit zorgaanbod gaan uitmaken.”* (einde citaat)



Figuur 5: Financiering ketenzorg

Ketenzorg Hulp bij Dementie is een (belangrijke aanzet tot) samenhangende zorg voor mensen met dementie in Noord-Limburg en trajectbegeleiding is hiervan een cruciaal onderdeel. De verwachting is dan ook gerechtvaardigd dat het zorgkantoor mogelijkheden krijgt tot structurele financiering.

4.4 Zorgstandaard - onafhankelijke aspecten

ICT: Om tot een efficiënte bedrijfsvoering te komen moet Hulp bij Dementie als organisatie goed georganiseerd zijn en ondersteund worden door ICT. Binnen de keten leveren verschillende hulpverleners zorg en diensten aan de mens met dementie. De huisarts en trajectbegeleider voeren samen met de hulpvrager de regie. De 'moederorganisatie' van de trajectbegeleider zorgt o.a. voor de ICT randvoorwaarden voor de uitvoering van het werk. Dit betekent dat de trajectbegeleider werkt via het netwerk (14 verschillende) van deze organisatie. Zij kunnen hier gebruik maken van vaste computers, printers, scanners enz. Daarnaast beschikken zij over een iPad en de mogelijkheid tot telewerken vanaf een flexplek binnen een van de organisaties of vanuit thuis. De iPad vriendelijk in gebruik is bij de hulpvrager in de thuissituatie en er is hierdoor direct, samen met de hulpvrager, inzage en bewerking mogelijk in het zorgdossier HIS. Tevens vergemakkelijkt de iPad het snel opzoeken van protocollen/procedures, het versturen en reageren op mails. Ook is de iPad als navigatiesysteem in te zetten.

HIS: De huisarts is de medisch regisseur en het ligt dan ook voor de hand om de huisarts dossierhouder te laten zijn. De stuurgroep heeft Cohesie de opdracht gegeven om een module 'dementiezorg' te ontwikkelen die aansluit aan het HIS. In de Coöperatie Cohesie U.A. werken nagenoeg alle 123 huisartsen in Noord-Limburg samen. Cohesie organiseert huisartsgeneeskundige zorg, die de individuele praktijken overstijgt en faciliteert de zorgverlening in de aangesloten huisartspraktijken. Labelsoft heeft het WebHIS Zorgdossier HIS-KIS geïntroduceerd. Het allereerste HIS-KIS systeem in Nederland dat in de praktijk heeft aangetoond dat het principe hiervan ook daadwerkelijk werkt! Met de juiste beveiliging krijgt men alleen dát te zien waar men krachtens de functie recht op heeft. Automatisch worden de juiste declaraties gegenereerd en wordt er voorkomen dat er fouten worden gemaakt. Iedereen werkt in hetzelfde (NHG Prodigmo) protocol. De mens met dementie/mantelzorger kan die onderdelen bekijken en bewerken die relevantie hebben. WebHIS-KIS Ketenzorg is ontwikkeld en is als enige applicatie voor de registratie van chronische ziekten inzetbaar voor de huisarts en alle andere betrokken zorgverleners. Huisartsen in Noord-Limburg werken via het Huisartsen Informatiesysteem (HIS). Een HIS is een computerprogramma voor de huisartspraktijk voor het beheren van onder andere achtergrondgegevens over de patiënten, medische gegevens en financiële gegevens over de praktijk. Vanaf medio 2013 kunnen medewerkers van het DEC team, waaronder de trajectbegeleiders, via in beveiligde inlogcode, inloggen in het HIS. Het is mogelijk om middels de iPad op het netwerk van Cohesie te komen. Hierdoor is inzage zorgdossier ten alle tijden mogelijk.

5. TOT SLOT

Hulp bij Dementie wil van (smal) gespecialiseerde medewerkers met specialistische taken binnen de keten, naar breder inzetbare medewerkers met samenhangende taken in een ketennetwerk, met de focus op de mens met dementie.

Sinds de start van ketenzorg in juli 2008 is de komst van de trajectbegeleiders (22 voortkomend uit 8 participerende organisaties) de meest in het oog springende verandering. Het ene aanspreekpunt, dat ondersteunt, coördineert, begeleidt en adviseert met de vraag van de mens met dementie en diens naasten als uitgangspunt.

Trajectbegeleiders zijn inmiddels het vaste aanspreekpunt voor mensen met dementie (1000), diens mantelzorgers (3000) en de betrokken (professionele)hulpverleners.

Trajectbegeleiders ontwikkelen zich door deelname aan symposia/congressen en het volgen van klinische lessen. Tevens hebben zij een training gevolgd bij Zuyd Hogeschool die voor een groot gedeelte in het teken stond van intervisie.

Er zijn opgeleide dementievrijwilligers (160) actief bij mensen met dementie/mantelzorgers.

Er zijn afspraken gemaakt hoe en binnen welk tijdsbestek een diagnose tot stand komt.

Wekelijks vindt er een cliëntenbespreking plaats binnen het Diagnose Expertise Centrum waarin de verschillende disciplines uit verschillende organisaties samenwerken.

Er wordt gewerkt om te komen tot één cliëntenregistratiesysteem in het Huisartseninformatiesysteem.

De iPad is ingezet om de communicatie, met en tussen de mens met dementie, zijn naasten en overige betrokken hulpverleners, te optimaliseren.

Er zijn afspraken gemaakt met betrekking tot het lesprogramma van de opleiding voor verzorgenden en verpleegkundigen en op grote schaal vindt er deskundigheidsbevordering plaats bij hulpverleners door middel van een door Hulp bij Dementie ontwikkeld Train de Trainer traject. Dit traject is provinciaal en landelijk uitgezet.

Met ondersteuning van Robuust heeft er een inventarisatie plaatsgevonden van de aanwezige deskundigheid in de regio en de provincie Limburg en is deze (landelijk) in kaart gebracht.

Middels een subsidie van ZonMw is er gewerkt aan een project dat in het teken stond en staat van samenwerking en het vormen van een netwerk in de regio met de (kwetsbare) burger als uitgangspunt.

Kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie zijn en worden gerealiseerd, evenals een verpleeghuissetting voor mensen met dementie met ernstige gedragsproblemen. In Venlo is de dagbehandeling en de eerste twee kleinschalige woningen voor jonge mensen met dementie gerealiseerd.

In de gemeente Peel&Maas is een gespreksgroep gestart en staan de deuren van het Alzheimercafé een keer per maand open net zoals in Reuver. De cursus voor mantelzorgers 'Omgaan met dementie' is ontwikkeld en wordt door mantelzorgers als zeer ondersteunend ervaren. De Kopgroepcursus voor mensen die de diagnose dementie hebben gekregen is van start gegaan. Op vraag worden trainingen en cursussen ontwikkeld.

In de gemeenten Beesel, Venlo en Venray zijn wandelgroepen gestart voor mensen met dementie en diens mantelzorgers. Onlangs zijn twee groepen, mensen met dementie en diens mantelzorger, een keer per week actief in een fitnesscentrum onder begeleiding van een geriatrisch fysiotherapeut. Een activiteit die afgesloten wordt met het nuttigen van een gezamenlijk kopje koffie en waar lotgenotencontact plaatsvindt, een Alzheimerkoor is in oprichting.

Met het UMC Radboud werken we samen aan een grootschalig onderzoek 'Dementie en pijn' zo ook aan de projecten 'Dementie en ouderen mishandeling', (gemeenten Noord- en Midden Limburg). We zijn initiatiefnemer voor de projecten Dementie en mondzorg en Dementie en palliatieve zorg en zijn gevraagd om mee te werken aan de landelijk projecten 'Proeftuinen dementie' en het onderzoeksprogramma Memorabel (Deltaplan Dementie). In de gemeente Venray is een burgerinitiatief ontstaan voor de oprichting van een logeershuis voor mensen met dementie ter ontlasting van de mantelzorger. Een initiatief dat in het voorjaar van 2014 gerealiseerd gaat worden.

De Stuurgroep ketenzorg dementie is in 2010 geformeerd tot 'Stuurgroep ketenzorg Noord-Limburg'. Waaronder naast ketenzorg Hulp bij Dementie, de CVA ketenzorg, Palliatieve zorg en het project Kwetsbare Ouderen vallen. Ketenregisseurs/projectleiders hebben regelmatig overleg, werken samen en ontwikkelen daar wat dat mogelijk is.

Provinciaal zijn er vijf ketens dementie waarvan vier ketens zich hebben geconformeerd aan de doelstellingen van Hulp bij Dementie Regio Noord-Limburg, de vijfde keten heeft op dit moment de aanvraag gedaan bij de stuurgroep om aan te sluiten. Ketenregisseurs werken nauw samen en maken gebruik van elkaars kwaliteiten en ontwikkelingen in de breedte zin van het woord. De zorgkantoren VGZ en CZ zijn hierbij betrokken.

Landelijk fungeert Hulp bij Dementie als voorbeeldregio en zit in het bestuur van het Landelijk Netwerk dementie, wordt gevraagd als gastspreker bij verenigingen, evenementen, symposia en congressen. Heeft een bijdrage geleverd aan de totstandkoming van de 'Landelijke Zorgstandaard Dementie'. Ontwikkelde (en ontwikkelt) trainingen en cursussen die staan voor landelijk gebruik in de databank van Nivel.

De afgelopen jaren is er door alle betrokkenen met veel inzet en betrokkenheid aan de ontwikkeling/uitvoering van het dementieprogramma gewerkt. En de komende jaren gaan we verder met het doorontwikkelen. Aansluitend bij de maatschappelijke beweging zoals o.a. burgers in eigen kracht zetten en sociale wijkteams, die er op dit moment gaande zijn.

Of mensen met dementie, mantelzorgers en (professionele) hulpverleners die verbeteringen in de praktijk ook ervaren? Om dit inzichtelijk te krijgen wordt middels de Cliëntenmonitor ketenzorg dementie en de kwaliteitsindicatoren Alzheimer Nederland en het VGZ jaarlijks getoetst bij alle betrokkenen. Op die manier wordt aantoonbaar wat de (beleefde) resultaten van het Dementieprogramma Hulp bij dementie regio Noord-Limburg zijn. Kortom, er is veel in beweging gezet.

Venlo, februari 2014
Lisette Dickhoff-Evers
Ketenregisseur Hulp bij Dementie regio Noord-Limburg

Bijlage 1.
Verwijsformulier



Verwijsformulier

Naam cliënt	
Adres cliënt	
Postcode en woonplaats cliënt	
Geboortedatum cliënt	
BSN cliënt	
Naam contactpersoon	
Tel. nr. contactpersoon	
Relatie tot cliënt	
Naam huisarts	
Aanvraagdatum	

Geachte collega,

Bovenstaande cliënt verwijs ik naar **Hulp bij Dementie**.

Is er een diagnose dementie?

Ja. Diagnose dementie gesteld door: d.d.

Graag diagnosebrief toevoegen en tevens de desbetreffende labels en protocollen toevoegen aan het HIS. Beide zijn noodzakelijk om het begeleidingstraject op te kunnen starten.

Nee. Diagnostiektraject graag opstarten via Hulp bij Dementie

Graag toevoegen: medische voorgeschiedenis, medicatie overzicht, relevante specialistenbrieven, evt eerder verricht MMSE, uitslag pg screeningslab en verricht lichamelijk onderzoek. Dit is noodzakelijk om het diagnostiektraject op te kunnen starten.

Anders. Graag toelichting invullen

Urgentiebepaling:

Regulier: op de (wacht)lijst

Urgent: binnen 2 à 3 weken

Spoed: vandaag of morgen > Contact opnemen met Specialist Ouderengeneeskunde binnen de regio

Cliënt/mantelzorger akkoord: ja/nee

Toelichting:

Bijlage 2.
Afsprakenbrief aanmelding diagnosetraject



- datum:
- uw kenmerk:
- inlichtingen bij: trajectbegeleider
- organisatie: Hulp bij dementie regio Noord-Limburg

Beste mevr. /dhr.,

Uw heeft u verwezen naar "Hulp bij Dementie".

Met deze brief bevestig ik de afspraken die wij telefonisch hebben gemaakt dd

Ik stel het op prijs als bij deze gesprekken een van uw kinderen, partner of uw mantelzorger(ster) aanwezig is.

De 1^e afspraak is gepland op om uur. Dit bezoek zal ongeveer 1 uur duren. Trajectbegeleider..... zal u bezoeken.

De 2^e afspraak is gepland op om.....uur. Dit bezoek duurt ongeveer 1 uur. Dokter....., specialist ouderengeneeskunde, zal u, samen met de trajectbegeleidster bezoeken.

Verder verzoek ik u om bij het eerste huisbezoek een kopie van uw ID-bewijs te overhandigen.

Ik kom u dan bezoeken op het volgende adres:

Straat:

Plaats:

Met vriendelijke groeten,
....., trajectbegeleider

Mobiel: 06-.....

Email:.....

Bijlage 3.

Stappenplan Ambulant Diagnostiektraject Hulp bij Dementie Regio Noord-Limburg

Een verwijzing van de huisarts komt binnen

- De trajectbegeleider (die de aanmelding verwerkt) kijkt of er sprake is van een diagnostievraag en geeft dit als zodanig aan op de wachtlijst.
- In het eerstvolgende DEC (Diagnose Expertise Centra) wordt de diagnostievraag besproken en wordt er een trajectbegeleider en een specialist ouderengeneeskunde aan gekoppeld.

De trajectbegeleider kijkt of de benodigde gegevens zoals vermeld op de verwijzing binnen zijn. Dit is de startdatum van het diagnostiektraject. De trajectbegeleider maakt melding van deze startdatum in het dossier.

- De trajectbegeleider en de specialist ouderengeneeskunde maken, wanneer alle benodigde gegevens van de huisarts binnen zijn, afspraken voor huisbezoeken binnen 3 weken.

De trajectbegeleider zorgt dat deze afspraken bij cliënt en familie terecht komen middels de afsprakenbrief, zie hiervoor de voorbeeld brief.

- De trajectbegeleider gaat op 1^e huisbezoek , inventariseert de zorgdimensies en verwerkt deze voor de specialist ouderengeneeskunde.
- Dan gaan de specialist ouderengeneeskunde en de trajectbegeleider op 2^e huisbezoek. De specialist ouderengeneeskunde verricht o.a. de MMSE (Mini-Mental State Examination).
- Is de diagnose dementie gesteld en besproken tijdens het 2de huisbezoek dan verzorgt de specialist ouderengeneeskunde een uitslagbrief naar de huisarts met een kopie naar de trajectbegeleider.
- Is een NPO (Neuropsychologisch onderzoek) noodzakelijk dan verwijst de specialist ouderengeneeskunde hiervoor naar de psycholoog.

Als er bepaald wordt dat een NPO noodzakelijk is dan wordt in dit 2^e huisbezoek direct een uitslaggesprek hiervoor gepland na 4 weken. Dit uitslaggesprek vindt plaats op vastgestelde 'blok' tijden rondom het DEC van de betreffende regio en deze tijden worden hiervoor vrij gehouden.

De specialist ouderengeneeskunde zorgt dat de psycholoog dezelfde dag nog het verwijsformulier van de huisarts ontvangt met de mededeling dat er een NPO verricht moet worden en wanneer de datum van het uitslaggesprek is zodat de psycholoog direct het NPO kan plannen. De psycholoog houdt tijd vrij in de agenda voor het inplannen van NPO's.

ALGEMEEN

- ❖ Het stappenplan geldt bij alle aanmeldingen voor diagnostiek, zowel regulier als urgent.
- ❖ Is er sprake van een diagnose dementie dan wordt op dat moment bepaald en besproken met cliënt en familie in hoeverre de trajectbegeleider direct een begeleidingstraject opstart of dat de cliënt regulier op de wachtlijst komt hiervoor (uitgaande van het bestaan van wachtlijsten)
- ❖ Aanvullende gegevens voor de psycholoog ten behoeve van het NPO, zoals de zorgdimensies en de medische gegevens van de huisarts, worden door de trajectbegeleider verzameld en aan de psycholoog gegeven. In het eerstvolgende DEC kan nog uitwisseling van gegevens onderling plaats vinden.
- ❖ Voor het uitslaggesprek zorgt de psycholoog dat de uitslag van het NPO bij de betreffende specialist ouderengeneeskunde terecht komt. Ook wordt dan in het DEC afgesproken wie deelneemt aan het uitslaggesprek.
- ❖ Na het uitslaggesprek zorgt de specialist ouderengeneeskunde dat de huisarts geïnformeerd wordt over de bevindingen. In deze beknopte uitslagbrief staat in ieder geval de reden van consult, dan de beschrijvende diagnose en zo nodig nog adviezen of vervolgacties. Een kopie gaat naar de trajectbegeleider. Op indicatie kunnen er andere aanvullende gegevens, zoals bv een uitslag van een NPO, toegevoegd worden aan de brief.

De datum van de huisartsenbrief is de einddatum van het diagnostiektraject.

Bijlage 4.
FUNCTIEPROFIEL TRAJECTBEGELEIDER
HULP BIJ DEMENTIE REGIO NOORD-LIMBURG



Plaats in de organisatie

De trajectbegeleider werkt vanuit één van de participerende organisaties voor het dementieprogramma Hulp bij Dementie regio Noord-Limburg en ontvangt hiërarchisch en functioneel leiding van de ketenregisseur.

De functie heeft een omvang van bij voorkeur 28 uur per week (0,77 fte).
De functie is gewaardeerd in FWG 50 van de CAO VVT.

De trajectbegeleider stelt het ketenproces centraal en neemt, voor wat betreft de inhoudelijke taken, een onafhankelijke positie in ten opzichte van de participerende organisaties ten einde belangenverstrengeling te voorkomen.

De trajectbegeleider heeft werkt op flexibele werkplakken binnen de regio waar hij werkzaam is en bezoekt daarnaast cliënten in de thuissituatie. Hij heeft direct contact met zorgverleners en behandelaars en neemt deel aan het multidisciplinaire overleg in de betrokken organisaties.

Doel van de functie

Het monitoren van de zorgketen rondom een cliënt binnen de kaders van het Dementieprogramma en het bewegen van participanten aan deze zorgketen tot een optimale afstemming ten behoeve van het individuele transmurale zorgproces.

Rol/verantwoordelijkheid

Het actief volgen en begeleiden van de cliënt, het organiseren en coördineren van de noodzakelijke ondersteuning voor cliënt en mantelzorg(er)s en het aanspreken van zorgverleners op hun rol en verantwoordelijkheden binnen het traject.

TAKEN

De trajectbegeleider richt zich op de 11 zorgdimensies van dementie. Deze dimensies beslaan een breed terrein van wonen, welzijn en zorg. De samenhang van deze elementen is bepalend voor het welbevinden van cliënt en mantelzorgers. Waar in onderstaande beschrijving gesproken wordt over 'zorg' en 'zorgproces' moet nadrukkelijk deze brede benadering worden gelezen.

1. Zorgdiagnostiek en coördinatie zorgplan, door:

- Het systematisch in kaart brengen van zorgproblemen op basis van de 11 zorgdimensies van dementie en de daarop gebaseerde gestandaardiseerde meetinstrumenten en het coördineren van het daaruit voortvloeiende zorgplan;

- Het deelnemen aan de besluitvorming betreffende het zorgplan en het zorgtraject;
 - Het inventariseren van de verwachtingen en wensen van de cliënt en zijn naasten ten aanzien van de mogelijkheden van zorg en welzijn;
 - Het informeren van de cliënt en zijn naasten over de mogelijkheden van zorg en welzijn waar men de komende periode mee te maken krijgt;
 - Het formuleren van het pre-advies voor de CIZ/WMO-indicatie, het versturen van dit advies naar de betrokken organisatie en het zorgdragen voor de verdere afhandeling met de cliënt, zijn naasten en betrokken zorgverleners.
- 2. *Begeleiding en ondersteuning van cliënt, mantelzorger en dementievrijwilliger, door:***
- Het optreden als eerste aanspreekpunt voor cliënt en mantelzorger bij vragen die voortkomen uit het zorgproces;
 - Het vertalen van de hulpvraag in specifieke vragen op het gebied van zorg en welzijn;
 - Het begeleiden van de cliënt en zijn naasten bij de omgang met het ziektebeeld en het maken van keuzes ten aanzien van de zorg- en dienstverlening;
 - Het waar nodig ondersteunen van de mantelzorgers en dementievrijwilligers;
 - Het onderhouden van een netwerk gericht op het actueel houden van de mogelijkheden voor zorg en dienstverlening in de regio.
- 3. *Registratie trajectlogistiek, door:***
- Het registreren van de persoonlijke en sociale gegevens van de cliënt;
 - Het registreren van de logistieke gegevens van de cliënt;
 - Het verstrekken van relevante cliëntinformatie aan zorgverleners;
 - Het verstrekken van relevante kengetallen aan de ketenregisseur.
- 4. *Monitoren en evalueren van het zorgplan en ketenafspraken, door:***
- Het bewaken van de doelstellingen, de gemaakte afspraken en overeengekomen termijnen met betrekking tot het individuele zorgplan en de keten;
 - Het signaleren van afwijkingen in het overeengekomen zorgproces en het nemen van passende maatregelen;
 - Het zorgdragen van aanpassingen in het zorgproces bij veranderende omstandigheden;
 - Het aanspreken van en geven van aanwijzingen aan zorgverlenende instanties en/of zorgverlenende professionals die bij de zorg en dienstverlening aan een individuele cliënt en zijn mantelzorgers betrokken zijn;
 - Het signaleren van ketenproblemen en het voorleggen van structurele ketenproblemen aan de ketenregisseur;
 - Het zoeken naar alternatieven bij stagnatie in het zorgproces en het optreden als intermediair bij second-best oplossingen in de overbruggingszorg.
- 5. *Overleg voeren en adviseren, door:***
- Het deelnemen aan periodiek teamoverleg;
 - Het deelnemen aan multidisciplinair overleg bij zorginstellingen die deel uitmaken van de keten;
 - Het voeren van gesprekken met de naasten van de cliënt betreffende de gevolgen van het zorgtraject.

CONTACTEN

De trajectbegeleider onderhoudt contacten met:

- De cliënt en zijn naaste omgeving, mantelzorgers en dementievrijwilligers inzake vragen voortvloeiend uit het zorgproces;
- De ketenregisseur en collega-trajectbegeleiders inzake het uitvoeren van de eigen taken;
- Vertegenwoordigers van zorgverlenende instellingen en zorgverlenende professionals inzake de uitvoering van het zorgplan;

FUNCTIE-EISEN

Kennis

HBO werk- en denkniveau met (bij voorkeur) een verpleegkundige achtergrond. Ervaring in het omgaan met mensen met dementie. Kennis van en inzicht in behandeltheorieën en ziektebeelden m.b.t. dementie. Kennis van transmurale processen en de sociale kaart in brede zin, in het bijzonder van psychogeriatrische verpleging- en behandeling.

Zelfstandigheid

Het uitoefenen van de functie vindt plaats op basis van globale richtlijnen, procedures en planning. Het stellen van prioriteiten in de werkzaamheden vindt plaats op basis van intercollegiaal overleg.

Binnen de lokale en ketenrichtlijnen en -procedures dienen afgewogen keuzes te worden gemaakt, waarbij flexibiliteit, creativiteit en vindingrijkheid nodig zijn.

Initiatieven ten aanzien van de uitvoering en planning van de eigen werkzaamheden en het op de hoogte blijven van nieuwe ontwikkelingen, visies en protocollen dienen zelfstandig genomen te worden

Zelfstandigheid is voorts vereist bij het vertegenwoordigen van de belangen van cliënten.

Sociale vaardigheden

Het informeren van bij de zorgverlening betrokken partijen en het begeleiden van de cliënt, zijn omgeving, mantelzorgers en dementievrijwilligers vereist overtuigingskracht en stelt eisen aan tact, het kunnen luisteren en het inlevingsvermogen. In contacten met zorgverleners en cliënten en bij het afstemmen van zorgplannen moeten tegengestelde belangen worden overbrugd en moeten partijen worden bewogen tot het bereiken van overeenstemming en het maken van door alle partijen gedragen afspraken.

Risico's, verantwoordelijkheden en invloed

Onzorgvuldigheid in het maken van keuzes kan consequenties hebben voor de uitvoering van het zorgplan. Verantwoordelijkheid wordt gedragen voor (het adviseren over) de afstemming van activiteiten binnen het zorgplan.

Invloed wordt uitgeoefend op de invulling en uitvoering van het zorgtraject door het uitbrengen van advies en het aanspreken van betrokken partijen op hun verantwoordelijkheden.

Uitdrukkingsvaardigheid

Mondelinge uitdrukkingsvaardigheid is vereist bij het voeren van gesprekken met cliënten, hun omgeving, mantelzorgers, dementievrijwilligers en zorgverleners en bij het geven van adviezen en het deelnemen aan (interdisciplinaire) overlegvormen.

Specifieke gesprekstechnieken kunnen nodig zijn bij cliënten als gevolg van het ziektebeeld. Schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid is nodig bij het registreren van gegevens en het opstellen van verslagen en rapportages.

Bewegingsvaardigheid

Er is sprake van regelmatig PC gebruik.

Oplettendheid

Aandacht en opmerkzaamheid zijn vereist bij de uitvoering van het ketenbrede zorgplan en bij het naleven van ketenprotocollen. Er is sprake van frequente verstoringen bij veel aandacht vragend werk. Onvoldoende oplettendheid heeft consequenties voor de betrouwbaarheid van informatie voor cliënten en zorgverleners.

Overige functie-eisen

Volharding, geduld en doorzettingsvermogen zijn nodig bij het verkrijgen van medewerking van de cliënt en zijn naasten en bij het stimuleren van ketenpartners tot samenwerking en afstemming.

Aan systematiek en ordelijkheid worden eisen gesteld in verband met het bijhouden van de ketenregistratie en het werken met gestructureerde vragenlijsten.

Eisen worden gesteld aan de integriteit en betrouwbaarheid bij het vertegenwoordigen van de belangen van cliënten in de diverse overlegvormen en bij het omgaan met vertrouwelijke en/of persoonlijke informatie van cliënten.

Eisen worden gesteld aan voorkomen en gedrag bij het vertegenwoordigen van cliënten en organisaties en bij het voeren van gesprekken met diverse betrokken partijen.

Observatievermogen is nodig voor veranderingen in het functioneren van de cliënt.

Inconveniënten

Psychische belasting kan optreden bij de begeleiding van cliënten waarbij sprake is van langdurige en/of diepgaande confrontatie met geestelijk en/of lichamelijk leed.

Hulp bij Dementie Regio Noord-Limburg

Ketenregisseur Lisette Dickhoff-Evers

Postbus 5033, 5800 GA Venray

Lisette.dickhoff@hulpbijdementie.nl

06-12302969

