



De kracht van samenwerken

Zorgprogramma

Ketenzorg Dementie regio Helmond

Quartz

Transmuraal centrum voor de regio Helmond



Auteur:

M. Trompper
Programmaleider Ketenzorg Dementie en Oncologie
Transmuraal Centrum Quartz
Wesselmanlaan 25
5707 HA Helmond

September 2015

Inhoudsopgave

Inleiding	4
1. Historie en prognoses	5
1.1. Geschiedenis Ketenzorg Dementie regio Helmond	5
1.2. Omvang doelgroep Ketenzorg Dementie	6
2. Visie en doelstelling Ketenzorg Dementie regio Helmond	7
3. Organisatie Ketenzorg Dementie regio Helmond	8
3.1. Organogram	8
3.2. Bestuurlijke borging Ketenzorg Dementie	9
3.3. Stuurgroep Ketenzorg Dementie	10
3.4. Steunpunt Dementie	10
3.5. Programmaleider Ketenzorg Dementie	11
3.6. Netwerk Dementie en andere netwerkpartners	11
4. Zorgproces	11
4.1. Tijdige onderkenning en preventie	12
4.2. Diagnostiek	14
4.3. Casemanagement	15
4.4. behandeling, begeleiding en steun	16
4.5. Levering zorg en diensten	19
5. Ambities voor de toekomst: Tweejaarsplan 2016-2017	22
6. Bijlagen	
Bijlage 1: Overzicht casemanagers Ketenzorg Dementie regio Helmond	23
Bijlage 2: Werkwijzer casemanagement	27

Inleiding

In Nederland hebben ruim 260.000 mensen dementie. Door de vergrijzing en het ouder worden van de bevolking zal het aantal mensen met dementie in de toekomst explosief stijgen: in 2040 zal ruim een half miljoen mensen lijden aan dementie. Niet alleen ouderen maar ook op jongere leeftijd kunnen mensen dementie krijgen. In Nederland zijn er 12.000 mensen met dementie die jonger zijn dan 65 jaar ¹. Daarnaast zijn er nog 100.000 mensen met cognitieve klachten die nog geen diagnose hebben ².

De ziekte heeft een grote impact op het leven van diegene die het overkomt, maar ook op de naasten. Dementiezorg is complex en er zijn veel disciplines betrokken bij de zorg voor mensen met dementie en hun naasten.

Alzheimer Nederland en Vilans hebben op 18 juli 2013 de definitieve Zorgstandaard Dementie gepubliceerd. In deze zorgstandaard zijn de normen opgenomen waaraan dementiezorg moet voldoen. De wensen en behoeften van mensen met dementie en hun naasten zijn hierbij het uitgangspunt. Er wordt beschreven op welke wijze de zorg aan mensen met dementie en hun naasten wordt georganiseerd vanaf het moment van vroegsignalering en preventie tot diagnostiek, casemanagement, behandeling, begeleiding en steun en levering van zorg en diensten. De zorgstandaard is bedoeld voor aanbieders, beroepskrachten en vrijwilligers, die te maken krijgen met de preventie, diagnostiek, zorg en behandeling en ondersteuning bij dementie, maar ook voor de mensen met (een vermoeden op) dementie zelf en hun naasten en voor zorgverzekeraars ³.

Zorgverzekeraar CZ heeft als doelstelling gesteld, dat in haar werkgebied de regionale dementieketens actief gaan toewerken naar het voldoen aan de Zorgstandaard Dementie. Dit betekent, dat wat in de zorgstandaard staat vertaald moet worden naar een regionaal zorgprogramma waarin de zorg daadwerkelijk in samenhang wordt aangeboden ⁴. In 2014 is er met behulp van een inventarisatielijst van Vilans inzichtelijk gemaakt in hoeverre de ketenzorg in de regio Helmond al dan niet voldoet aan de normen die de zorgstandaard stelt. Op basis hiervan zijn verbeterpunten en ambities geformuleerd die vervolgens zijn opgenomen in het jaarplan voor 2015. Voor het ontwikkelen van het zorgprogramma is de inventarisatie geactualiseerd in het voorjaar van 2015. In de toekomst zal de inhoud van het zorgprogramma jaarlijks worden geëvalueerd en waar nodig worden geactualiseerd door het Steunpunt Dementie en de leden van de Stuurgroep. In een nieuw tweejarenplan voor 2016 en 2017 worden de meest recente ambities opgenomen. Dit is belangrijk gezien de vele ontwikkelingen die zich momenteel voordoen in de zorg voor mensen met dementie en hun naasten als gevolg van de kanteling van AWBZ-functies naar de Wmo en de Zorgverzekeringswet.

In hoofdstuk 1 van dit zorgprogramma worden de geschiedenis van Ketenzorg Dementie regio Helmond, de omvang van de doelgroep en de prognoses beschreven. Hoofdstuk 2 is gewijd aan de visie en doelstelling van het Ketenzorgprogramma Dementie in de regio Helmond. De beschrijving van de wijze waarop de dementieketen is georganiseerd

¹ www.alzheimer.nl

² Presentatie Zorgverzekeraar CZ Pilot Mantelzorgondersteuning, Helmond, april 2015

³ www.vilans.nl

⁴ Projectplan CZ Zorgkantoor pilot integrale ketenzorg in de regio Helmond, 2014

(structuur en financiering) is terug te vinden in hoofdstuk 3. De reis die de patiënt met dementie en zijn/haar naaste maakt tijdens de ziekte wordt beschreven in hoofdstuk 4. Ten slotte worden de ambities van het Ketenzorgprogramma Dementie voor 2016 en 2017 beschreven in hoofdstuk 5.

1. Historie en prognoses

1.1. Geschiedenis Ketenzorg Dementie regio Helmond

Het Geriatisch Circuit is de grondlegger van Ketenzorg Dementie regio Helmond. Het Geriatisch Circuit, dat sinds 1998 is opgericht, heeft als doel de signalen op het gebied van ouderenzorg te bespreken in een team van professionals uit verschillende organisaties. In 2000 kwamen de problemen op het gebied van dementie hierin ter sprake, zoals de lange wachtlijsten met als gevolg een groot aantal crisissituaties. Hierdoor ontstond de vraag naar verbeteringen in de specifieke zorg voor mensen met dementie en hun mantelzorgers. Onder leiding van Transmuraal Centrum Quartz werden concrete acties ondernomen, waaronder een regionale werkconferentie eind 2002. Dit was de eerste aanzet om daadwerkelijk met een aantal organisaties te gaan samenwerken op het gebied van dementie.

In 2003 is het eerste project 'Psychogeriatric regio Helmond' van start gegaan. Het primaire doel was het ontwikkelen van kwaliteitsverbeteringen in de zorg, behandeling en begeleiding voor mensen met dementie en hun naasten. De samenwerking en de afstemming tussen hulpverleners en professionals was een belangrijk secundair doel. In de drie jaren daarna is een helpdesk en een scholing 'Vroegsignalering' ontwikkeld. De geheugenpoli is destijds eveneens opgezet om de stroomlijning van het diagnostiekproces te verbeteren. In het Landelijk Dementie Programma heeft de regio in 2006-2007 gefungeerd als één van de koploperregio's in Nederland. In die periode is een aantal onderwerpen nog verder uitgewerkt, waaronder deskundigheidsbevordering vroegsignalering, casemanagement en mantelzorgondersteuning. Daarnaast is meer aansluiting gezocht bij de wensen en behoeften van mensen met dementie en hun mantelzorgers middels de inbreng van de regionale afdeling van Alzheimer Nederland.

In 2008 is de regio geselecteerd als 'koploperregio' in het 'Programma Ketenzorg Dementie'. Doel van dit programma is te komen tot een inkoopmodel voor vraaggerichte ketenzorg en een eerste implementatie van dit model bij de zorginkoop 2009, door middel van afspraken tussen Zorgkantoor en zorgaanbieders in 15 koploperregio's. Dit Koplopertraject is in april 2009 afgerond.

Via innovatiemiddelen is in 2009 financiering verkregen voor de inzet van casemanagers voor ongeveer 260 cliënten. Voor het casemanagement is toen ook een werkwijzer ontwikkeld, die is afgestemd met de andere behandelaars en zorgverleners die betrokken zijn bij de doelgroep.

In de regio Deurne, Asten en Someren heeft in de periode 2010-2012 het project 'Samen voor Dementie' plaatsgevonden, waarbij gemeenten en welzijnsorganisaties actief betrokken zijn geweest in het Regionaal Ondersteuningsnetwerk Samen voor dementie.

Uit dit project is een aantal aanbevelingen gedaan die zijn opgenomen in het Ketenzorgprogramma Dementie.

Het netwerk om de keten heen is in 2011 uitgebreid met paramedici en POH-ers (verenigd in het Netwerk Dementie). Zij werken actief samen met andere hulpverleners uit de keten.

In het najaar van 2011 is een Convenant Ketenzorg Dementie ondertekend door de participanten van de keten. Deze is in 2014 geactualiseerd (zie hoofdstuk 3.2). Het Ketenzorgprogramma Dementie kan worden omschreven als een regionale en transmurale samenwerking tussen instellingen en beroepsbeoefenaren, die als doel hebben te komen tot een structureel aanbod van samenhangende dementiezorg dat aansluit bij de behoeften en wensen van mensen met dementie en hun naasten.

1.2 . Omvang doelgroep Ketenzorg Dementie

De regio Helmond ligt in de sterk vergrijzende provincie Noord Brabant ⁵. Het aantal mensen met dementie zal in deze regio fors toenemen. Momenteel wonen ongeveer **2940 mensen met dementie** in de regio Helmond, dat wil zeggen de gemeenten Helmond, Laarbeek, Gemert-Bakel, Deurne, Asten en Someren ⁶.

	2014	2020	2030	2040
Asten	262	358 (+45)	542 (+120)	695 (+182)
Deurne	504	674 (+43)	944 (+100)	1232 (+161)
Gemert / Bakel	411	529 (+36)	725 (+87)	971 (+150)
Helmond	1107	1324 (+23)	1855 (+73)	2362 (+120)
Laarbeek	347	459 (+39)	634 (+92)	793 (+141)
Someren	301	388 (+37)	522 (+84)	693 (+144)

Tabel gemeenten en aantallen mensen met dementie en aantal mantelzorgers.

Van deze 2940 mensen zijn 792 mensen met dementie opgenomen in een verpleeghuis. Van de overige 2148 mensen die thuis wonen heeft ongeveer 40-50% een casemanager. Mensen met dementie leven gemiddeld acht jaar met deze ziekte. Tijdens gemiddeld zes jaar wonen deze mensen thuis en de overige twee jaar vooral in verpleeg- en verzorgingshuizen.

Het aantal mensen met dementie in de fase van matig ernstige of gevorderde dementie wonend in een intramuraal setting (verzorgingshuis, verpleeghuis, kleinschalig wonen of gebruik makend van Volledig Pakket Thuis) zal op korte termijn afnemen als gevolg van de **strengere toegang tot het zorgaanbod**, vallend onder de Wet langdurige zorg.

Het aantal jongere mensen met dementie (jonger dan 65 jaar) zal de komende jaren nauwelijks toenemen (tussen de 10.000 en 12.000 in Nederland).

Van alle hulp die mensen met dementie ontvangen wordt 60% verleend door familieleden, vooral gezinsleden, **mantelzorgers**. Mantelzorgers zijn van groot belang voor de mensen met dementie die thuis wonen. Het merendeel van de dementerenden heeft iedere dag zorg en toezicht nodig, 15% van de thuiswonenden heeft zelfs 24 uur per etmaal zorg en toezicht nodig.

Iedere persoon uit deze laatste groep wordt vaak maar door één mantelzorger verzorgd en/of begeleid.

Er is echter een groep mensen met dementie die onvoldoende kan rekenen op voldoende ondersteuning en begeleiding van mantelzorgers en dat zijn alleenstaanden, waaronder veel vrouwen. Zij vormen 44% van de thuiswonende mensen met dementie!

Van de mantelzorgers is 40% tussen de 45-65 jaar, 40% is ouder dan 65 jaar.

⁵ www.pgraad.com

⁶ www.alzheimer-nederland.nl

Rondom een persoon met dementie zijn ongeveer drie mantelzorgers betrokken. In de regio Helmond betekent dit, dat er ruim 8800 mantelzorgers betrokken zijn bij de zorg en begeleiding voor hun dementerende naaste.

Mantelzorgers worden zwaar belast, 50% voelt zich zeer zwaar belast. Mantelzorgers hebben moeite met de veranderingen in het gedrag van de naaste, met het voortdurend aandacht vragen van de naaste en het nooit los kunnen laten van de situatie van de naaste. Hierdoor hebben mantelzorgers, in vergelijking met mensen met een partner zonder dementie, meer kans op een depressie, burn-out en stress, gebruiken zij meer medicijnen, gaan ze vaker naar een arts en verkeren ze vaker in een sociaal isolement. Overbelasting van de mantelzorgers is vaak de reden voor een definitieve opname van de persoon met dementie.⁷

De belangrijkste vormen van ondersteuning vinden mantelzorgers: 1. Voorlichting
2. Casemanager en 3. Dagbesteding⁸.

Voorlichting, informatie en dagbesteding vallen in eerste instantie onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten in het kader van de Wmo. Casemanagement is ondergebracht bij de Zorgverzekeringswet.

Uit het 'Spiegelrapport Dementiemonitor Mantelzorg 2013-2014'⁹ komt naar voren, dat de mantelzorgers uit de regio Helmond het totale aanbod van ondersteuning en zorg dat zij hebben ontvangen waarderen met het cijfer 7,5.

In de factsheet van de PG-raad worden als effectieve interventies om de draagkracht van mantelzorgers te vergroten genoemd:

- Verbeteren van acceptatie- en hanteringsvermogen (door bewustwording, erkenning, lotgenotencontact en psycho-educatie en –begeleiding);
- Verminderen van of tijdelijk overnemen van zorgtaken: respijtzorg, woningaanpassingen en hulpmiddelen.

2. Visie en doelstelling Ketenzorg Dementie regio Helmond

De Ketenzorg Dementie regio Helmond verbindt en ondersteunt partijen bij het creëren van een beter samenhangend, integraal en transparant aanbod van diagnostiek, behandeling, begeleiding, ondersteuning en informatieverstrekking voor mensen met dementie en hun naasten. Vanuit het perspectief van cliënt en mantelzorger vindt de ontwikkeling van ketenzorgprogramma plaats; de vraag en behoeften van mensen met dementie en hun naasten zijn het vertrekpunt.

Als doelstelling van het Ketenzorgprogramma Dementie is geformuleerd:

Ketenzorg Dementie zet zich actief in om de zorg voor mensen met dementie en hun naasten in alle stadia van de ziekte te laten aansluiten bij de (individuele) behoeften, zodat de kwaliteit van leven verbetert.

Bij het uitwerken van deze doelstelling wordt uitgegaan van de onderstaande aspecten:

⁷ Provincie Noord Brabant Facts & Figures Dementie 2015, Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric, 2015

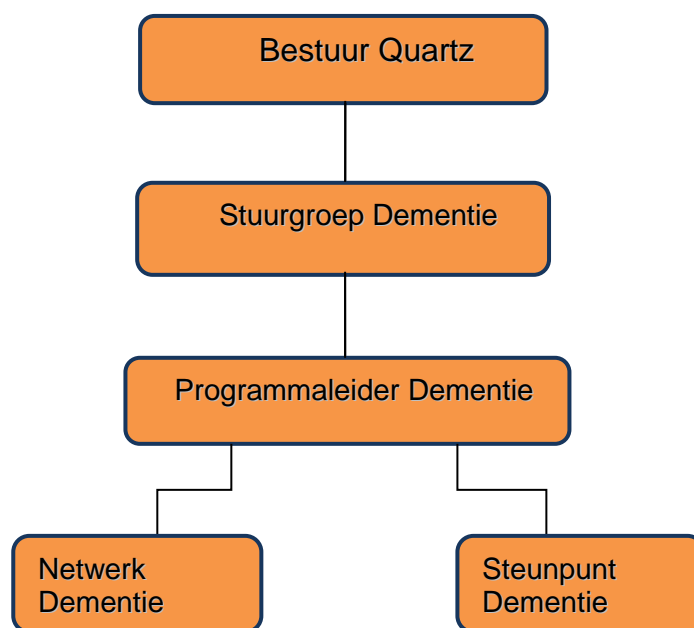
⁸ Presentatie Zorgverzekeraar CZ Pilot Mantelzorgondersteuning, Helmond, april 2015

⁹ Spiegelrapport Dementiemonitor Mantelzorg 2013-2014', 2014

- *Cliëntgerichtheid*: De ketenzorg ontwikkelt zich vanuit het cliëntenperspectief. Wensen en behoeften staan centraal, waarbij onderscheid wordt gemaakt in de behoeften van cliënten en van mantelzorgers. De dialoog met cliënten en mantelzorgers moet worden ingebed in de huidige structuren van de ketenzorg.
- *Samenwerken*: Samenwerken met partijen binnen en buiten de keten is een belangrijk onderdeel van het Ketenzorgprogramma. Door gebruik te maken van elkaars expertise, kennis en kwaliteiten kan een bredere keten ontstaan, waarin men respectvol met elkaar omgaat. Integriteit is de basis voor de uitwerking van de bovengenoemde doelstelling binnen de keten. Daarnaast biedt het samenwerken de ruimte om over grenzen heen te kunnen gaan en zodoende te streven naar een integraal beleid.
- *Innovatie*: Voor het doorontwikkelen van de keten is innovatie essentieel. Door het ontwikkelen van nieuwe praktische en doelmatige producten en diensten verbetert de kwaliteit van leven en zorg voor mensen met dementie en hun naasten. Binnen het Ketenzorgprogramma is er sprake van een continu proces van verbeteren en het borgen van nieuwe innovaties. Op deze manier kan de Ketenzorg Dementie daadwerkelijk op een hoger plan worden gebracht.
- *Transparantie*: ontwikkelingen binnen de keten zijn transparant, dat wil zeggen duidelijk en helder gecommuniceerd naar derden.

3. Organisatie Ketenzorg Dementie regio Helmond

3.1. Organogram



3.2. Bestuurlijke borging Ketenzorg Dementie

In 2010 hebben de bestuurders van Transmuraal Centrum Quartz vastgelegd, dat het al lang bestaande regionaal Quartz bestuurlijk overleg overgaat van een formeel bestuurlijk overleg in een stichtingsstructuur naar een geformaliseerd samenwerkingsverband Quartz tussen de diverse ketenzorgpartijen. Onder een samenwerkingsverband wordt een netwerk van bestuurders van de regionale zorginstellingen verstaan, die enerzijds samen een aantal

overeengekomen doelen nastreven en daarmee van elkaar afhankelijk zijn en anderzijds in formele zin onafhankelijk blijven. Hierdoor kan in de regio Helmond kwalitatief hoogwaardige ketenzorg gezamenlijk ontwikkeld en geïmplementeerd worden.¹⁰

Voor de uitvoering van het Ketenzorgprogramma Dementie heeft een aantal van de bovengenoemde partijen een apart convenant getekend met een looptijd van drie jaar. Het huidige convenant loopt tot 1 januari 2018. De partijen die dit convenant getekend hebben zijn:

- Elkerliek Ziekenhuis Helmond
- GGZ Oost Brabant (locatie Helmond)
- De Zorgboog
- Savant Zorg
- Regionale Huisartsen Vereniging
- Vereniging Medische Staf Elkerliek Ziekenhuis

De partijen werken samen op het gebied van ketenzorg voor mensen met dementie en hun naaste volgens het hiervoor opgestelde jaarplan van Quartz. Dit jaarplan moet innovatie van producten, betere samenhangende zorg, sterkere positie naar derden en doelmatiger werken voor alle partijen opleveren.

De personele en materiële kosten worden evenredig verdeeld over de eerste vier partijen. De laatste twee partijen leveren een bijdrage in natura. Alle partijen leveren kwalitatief hoogwaardige personele inzet om de Stuurgroep Ketenzorg Dementie, Steunpunt Dementie en werkgroepen te 'bemensen'.

Het samenwerkingsverband Quartz bepaalt tijdens haar overlegmomenten in gezamenlijkheid de strategische kaders en is verantwoordelijk voor het goedkeuren van de jaarlijkse begroting en jaarplan.

De dagelijkse sturing, leiding en budgetbewaking van het Ketenzorgprogramma Dementie is ondergebracht bij de Medisch Coördinator van Transmuraal Centrum Quartz.¹¹

¹⁰ Samenwerkingsovereenkomst op het gebied van ketenzorg in de regio Helmond, Helmond, december 2010

¹¹ Convenant Samenwerking op het gebied van: Ketenzorg Dementie, Helmond, 2011

3.3. Stuurgroep Ketenzorg Dementie

De Stuurgroep Dementie bestaat uit de volgende deelnemers:

- Elkerliek Ziekenhuis / vakgroep Geriatrie
- GGZ Oost Brabant regio Helmond
- De Zorgboog
- Savant Zorg
- Regionale Huisartsen Vereniging
- Alzheimer Nederland afdeling Zuidoost Brabant
- Peelgemeenten 6.1
- Quartz

De Stuurgroep is verantwoordelijk voor het ontwikkelen van een meerjarenbeleidsplan voor het ketenzorgprogramma dat elke twee jaar uitgewerkt wordt in een tweejarenplan.

Twee keer per jaar komt de Stuurgroep gezamenlijk bijeen en bespreekt dan de voortgang van de realisatie van het tweejarenplan en stelt het concept-jaarplan voor de twee daaropvolgende jaren vast. In het bestuurlijk overleg van het samenwerkingsverband Quartz worden de beleidsplannen definitief vastgesteld.

Producten, resultaten en werkwijzen die door het Steunpunt Dementie zijn ontwikkeld, worden door de Stuurgroep Dementie bekrachtigd.

Daarnaast is de Stuurgroep Dementie het aanspreekpunt voor de Programmaleider. De Programmaleider en Medisch Coördinator van Quartz stellen de agenda op.

3.4. Steunpunt Dementie

Het Steunpunt Dementie bestaat uit de afgevaardigden van de volgende partijen:

- Elkerliek Ziekenhuis (afdeling Geriatrie)
- De Zorgboog (verpleegkundig expert Geriatrie)
- Savant Zorg (casemanager Dementie)
- GGZ Oost Brabant (Thuiszorg Ondersteuning Psychogeriatric-verpleegkundige)
- Quartz (Programmaleider Dementie)

Elf keer per jaar komen de leden van het Steunpunt bijeen onder leiding van de Programmaleider Dementie. Het Steunpunt werkt op operationeel niveau aan de inhoudelijke en procesmatige voortgang van de keten en voert het jaarplan uit. Nieuwe ideeën en ontwikkelingen worden vertaald naar praktische producten, richtlijnen en werkwijzen. Daarnaast heeft het Steunpunt een belangrijke signalerende functie naar de Stuurgroep en andere belangrijke partijen voor de zorg aan mensen met dementie voor wat betreft de kwaliteit en continuïteit binnen de keten. Tevens wordt door de steunpuntleden actief gezocht naar samenwerking met andere partijen die van belang zijn voor de ketensamenwerking.

De leden van het Steunpunt functioneren als informatiepunt en vraagbaak en bieden ondersteuning aan professionals en andere belangrijke partijen voor de keten. Op het gebied van informatie aan patiënten en mantelzorgers participeren zij enkel op groepsniveau.

3.5. Programmaleider Ketenzorg Dementie

De Programmaleider Ketenzorg Dementie is verantwoordelijk voor de continuïteit en afstemming binnen het Steunpuntoverleg en voor het opstellen, evalueren en bijstellen van het tweejarenplan. Door middel van het presenteren van de kwartaalrapportages legt de Programmaleider verantwoording af aan de Stuurgroep.

De Programmaleider onderhoudt regionaal en bovenregionaal noodzakelijke contacten, houdt regionale, bovenregionale en landelijke ontwikkelingen bij en heeft overleg met andere Programmaleiders van Quartz over gezamenlijke onderwerpen en projecten.

Ten behoeve van het uitvoeren van de het tweejarenplan start en leidt de Programmaleider projecten of werkt hieraan mee.

Twee keer per jaar organiseert de Programmaleider een bijeenkomst voor alle casemanagers op het gebied van deskundigheidsbevordering en kennisuitwisseling. Een of twee keer per jaar wordt ook een bijeenkomst met eenzelfde doelstelling georganiseerd voor de leden van het Netwerk Dementie.

3.6. Netwerk Dementie en andere netwerkpartners

Paramedici die veel te maken hebben met mensen met dementie en hun mantelzorgers (fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten), praktijkondersteuners(-ouderenzorg) van de huisartsen en casemanagers kunnen zich aansluiten bij het Netwerk Dementie. Dit Netwerk is in 2011 opgericht en heeft tot doel om de samenwerking tussen de genoemde groepen onderling en met de andere hulpverleners in de keten te bevorderen en te optimaliseren. Door een juiste inzet van en samenwerking met gespecialiseerde therapeuten wordt de kwaliteit van zorg aan mensen met dementie en hun naaste verbeterd. Om dit te bereiken worden elk jaar een of twee scholingsbijeenkomsten georganiseerd waar ook ruimte is voor kennisuitwisseling en het versterken van ieders netwerken.

Andere samenwerkingspartners in het Netwerk van de keten zijn de zes Peelgemeenten en de drie Welzijnsorganisaties in de regio, Onis, de LEVgroep en Vierbinden.

Deze netwerkpartners werken samen met de keten, maar stellen geen financiële middelen ter beschikking.

4. Zorgproces

In de Zorgstandaard Dementie wordt een aantal onderdelen in de zorg aan mensen met dementie onderscheiden en functioneel beschreven, namelijk:

- Tijdige onderkenning en preventie;
- Diagnostiek;
- Casemanagement;
- Behandeling, begeleiding en steun;
- Levering zorg en diensten.

In dit Zorgprogramma wordt beschreven in hoeverre het Ketenzorgprogramma voldoet aan de eisen en normen uit de Zorgstandaard.

4.1. Tijdige onderkenning en preventie

Informatievoorziening gericht op mensen met dementie en hun naasten, vrijwilligers en professionals:

- Vanuit de keten wordt via de casemanager een **Eerste Hulp Bij Dementie koffer** te leen aangeboden. Er bestaat ook een folder waarin wordt uitgelegd dat er een EHBD-koffer kan worden geleend. In deze koffer zijn allerlei boeken en folders verzameld over dementie. Bij de steunpunten mantelzorg en of ouderenwerkers van de verschillende Welzijnsorganisaties is ook een EHBD-koffer aanwezig die kan worden ingezien. Er zijn plannen om de koffer ook bij de sociale wijkteams te plaatsen zodat de koffer ook daar kan worden ingezien. Bovendien wordt de koffer in 2015 geactualiseerd en wordt er speciaal materiaal verzameld voor verstandelijk beperkten met dementie en allochtone mensen met dementie en hun naasten.
Het is wel belangrijk dat, nadat de cliënt en/of mantelzorger de koffer heeft ingezien/geleend, er een evaluatie plaatsvindt door – bij voorkeur – de casemanager. Op die manier kan worden nagegaan of de informatie goed is begrepen en of andere vormen van zorg, begeleiding of ondersteuning gewenst/noodzakelijk zijn. De casemanagers verwijzen cliënten en mantelzorgers ook naar de hieronder genoemde websites.
- In de regio zijn displays geplaatst met de **folder 'Niet plus'** met daarop de 10 signalen van dementie. Via Quartz zijn de folders bij te bestellen. Deze folder zal ook bij sociale wijkteams en S2 wijkverpleegkundigen geplaatst worden.
- Quartz heeft een **folder** verspreid over **Casemanagement** en het Elkerliek ziekenhuis heeft op de polikliniek en afdeling Geriatrie een folder liggen **voor mantelzorgers met daarin 25 tips over de omgang met de ziekte** dementie wat kan leiden tot meer begrip en tevredenheid.
- Individuele Zorgorganisaties, Welzijnsorganisaties en Gemeenten geven ook informatie op hun eigen websites, zoals www.guido.nl (voor alle Peelgemeenten), www.socialewijzerastenensomeren.nl, www.zorgboog.nl, www.savant-zorg.nl en www.ggzoostrabant.nl/clienten/ik-heb-een-zorgvraag/dementie, www.alzheimer nederland.nl, www.levgroep.nl, www.onis.nl, www.vierbinden.nl. De onderlinge verwijzing van de websites kan nog verbeterd worden.
Deze organisaties ontplooiën ook andere activiteiten voor de doelgroep al dan niet in het kader van **Dementievriendelijke Gemeente Brabant**, een initiatief van o.a. de provincie Noord-Brabant om een maatschappelijk draagvlak te creëren voor een betere omgang met personen met dementie en om hun isolement te doorbreken. Dit gaat samen met een meer genuanceerde beeldvorming over mensen met dementie. De Gemeente neemt hierbij de regie en vormt een lokaal netwerk (de Gemeenten Helmond, Deurne, Laarbeek). Een adequate informatievoorziening maakt een belangrijk onderdeel uit van de activiteiten in het kader van de dementievriendelijke Gemeenten.
- De keten heeft in het verleden, in samenwerking met netwerkpartners, eenmaal per jaar een informatieve bijeenkomst verzorgd voor mensen met dementie en/of hun mantelzorgers, bijvoorbeeld in de vorm van een theatervoorstelling. Voor 2015 zijn er (nog) geen bijeenkomsten gepland. Door de transitie van de AWBZ en de grotere rol en verantwoordelijkheid van Gemeenten ten aanzien van het informeren van o.a. mensen met dementie en hun naasten vindt de **informatievoorziening meer plaats op lokaal niveau**.
- Leden van het Steunpunt Dementie leveren een bijdrage aan **voorlichtings-bijeenkomsten door derden** georganiseerd, zoals de voorlichtingsbijeenkomsten van

de KBO en Alzheimer Nederland 'Als dementie in je leven komt moet je de juiste weg weten'. Hierbij nemen de steunpuntleden deel aan het deskundigenpanel.

- **Professionals**, te weten casemanagers, paramedici en POH-ers, worden vanuit de keten twee keer per jaar **bijgeschoold**. In het verleden zijn er bijeenkomsten in de regio georganiseerd voor zorg hulpverleners, vrijwilligers, welzijnsmedewerkers en facilitair medewerkers van zorginstellingen op het gebied van het signaleren van 'Niet-pluis signalen'.
- In Helmond wordt elke maand een **Alzheimer Café** georganiseerd. Dit is een ontmoetingsplaats voor mensen met dementie of een vermoeden van dementie, hun partners, familieleden en vrienden. Ook hulpverleners en andere belangstellenden zijn welkom. De bijeenkomst wordt gestart met een verhaal van een (ervarings-)deskundige waarna vragen gesteld kunnen worden en een discussie kan plaatsvinden.

Samenwerkingsverband van aanbieders en organisaties voor informatie, voorlichting en steun / preventief huisbezoek:

- Het Zorgkantoor en de ketenpartners hebben in het verleden al afspraken gemaakt over de manier van **verwijzen bij een vermoeden van 'Niet pluis'**. Door de transitie zijn de procedures veranderd: casemanagement moet nu worden geïndiceerd door een S2 wijkverpleegkundige. Hierdoor is de wijkverpleegkundige eerder en vaker in beeld in een niet-pluis situatie. Het komt nu vaker voor dat de casemanager later in beeld komt, namelijk als de situatie complexer wordt.
In het kader van de module Kwetsbare ouderen doen huisartsenpraktijken aan casefinding. Dit wil zeggen, dat een wijkverpleegkundige (voor huisartsen van de Vereniging Elan) of een POH-er (voor de huisartsen van Zorggroep PoZoB) een preventief huisbezoek afleggen bij kwetsbare mensen met cognitieve problemen c.q. een vermoeden van dementie. Zij kunnen – indien er sprake is van dementie – een casemanager inschakelen.
Zowel de casemanager als de wijkverpleegkundige en POH-er gebruiken het instrument TRAZAG, waar ook de EDIZ (meten overbelasting mantelzorger) een onderdeel van uitmaakt.
Ook Welzijnsorganisaties doen huisbezoeken bij ouderen, 75-jarigen. Tijdens deze bezoeken wordt actief gezocht naar niet-pluis signalen op het gebied van cognitie/dementie. De leden van het Steunpunt Dementie hebben vanaf begin 2015 enkele malen per jaar overleg met de ouderenadviseurs van de LEV-groep voor onderlinge afstemming.
- Er is behoefte om nader te onderzoeken, hoe mensen met een vermoeden van dementie en hun naaste vanaf de allereerste vermoedens op een zo laagdrempelig mogelijke manier kunnen worden voorgelicht en ondersteund. Hiervoor is samenwerking tussen de Gemeenten en de keten van groot belang. Het moet voor de cliënt en diens naasten duidelijk zijn op welke vormen van niet professionele (informele) zorg een beroep kan worden gedaan en op welke momenten aangeklopt kan worden bij de professionele zorg en ondersteuning. De Gemeente Gemert-Bakel en de Gemeente Laarbeek hebben al contact gezocht met de keten. Er vindt informatie-uitwisseling en afstemming plaats.

Toegang tot zelftesten/telefonische hulplijnen:

- Voor mensen met (een vermoeden van) dementie zijn de diensten (zoals de Dementie-coach) op dit gebied van de Stichting Alzheimer Nederland voorhanden. Mantelzorgsteunpunten bieden ook telefonische hulp aan.

Bemoeizorg:

- Bemoeizorg wordt uitgevoerd door de GGZ. Als er sprake is van een vermoeden van dementie wordt er direct vanaf het eerste contact een SPV-er Ouderenzorg betrokken bij de casus.

Conclusie:

Om zowel het publiek als de zorgverleners alert te houden met betrekking tot de belangrijkste signalen van dementie, zal de eerder in de keten ontwikkelde 10-signalenkaart opgenomen worden in de EHBD-koffer en onder de aandacht worden gebracht van de sociale wijkteams en de wijkverpleegkundige verbonden aan een huisartsenpraktijk. De Gemeenten hebben hier in het kader van dementievriendelijke Gemeente ook een taak in. De keten zal regelmatig contact blijven houden met de Gemeenten om expertise uit te wisselen en beleid af te stemmen. Ditzelfde geldt voor de Welzijnsorganisaties. Daarnaast organiseert de keten een bijscholing voor huisartsen en specialisten Ouderengeneeskunde op het gebied van vroegsignalering. Ook in het tweejarenplan voor 2016 en 2017 zal op het gebied van tijdige onderkenning en preventie specifiek aandacht worden besteed aan mensen met een vermoeden van dementie van allochtone afkomst en aan mensen met een verstandelijke beperking met dementie.

4.2. Diagnostiek

In de Regionale Transmurale Afspraak Dementie (2013) zijn afspraken opgenomen over de afstemming van het beleid rond ziekte- en zorgdiagnostiek bij dementie in de eerste, tweede en derde lijn.

Ziektediagnostiek:

- De **huisarts** kan de diagnose zelf stellen of daarvoor gericht verwijzen naar een specialist Ouderengeneeskunde in geval van specifieke zorgvragen naast basisdiagnostiek, naar een Klinisch Geriater in geval van multimorbiditeit, naar de Neuroloog bij patiënten jonger dan 65 jaar of naar de GGZ daar waar sprake is van gedragsproblematiek of een combinatie van gedrags- en psychiatrische problemen, zorgmijding en of een crisissituatie.
- Thuisdiagnostiek door een Psycholoog wordt niet meer gefinancierd, waardoor duurdere diagnostiek in de tweede lijn moet worden ingezet. Diagnostiek door een **specialist Ouderengeneeskunde** in de thuissituatie is wel mogelijk, maar in 2014 is aangegeven dat daar nog onvoldoende gebruik van wordt gemaakt.
- Vroegsignalering en vroegdiagnostiek in de thuissituatie zijn minder geworden als gevolg van het wegvallen van deskundige huishoudelijke hulp door Thuiszorgorganisaties. Door de transitie zal naast de huisarts ook het sociale wijkteam met deze taak worden belast. Het zal moeten blijken of dit adequaat gebeurt. In 2015 worden huisartsen bijgeschoold op het onderwerp **vroegsignalering en vroegdiagnostiek**.

- Verwijzing naar de GGZ kan door de huisarts plaatsvinden maar niet meer rechtstreeks door de geriaters van de GAAZ.
- De diagnostiek binnen de **GGZ Oost Brabant** vindt plaats door een specialist Ouderengeneeskunde en een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige. Op indicatie wordt de Ouderenpsychiater en/of Psycholoog ingezet. Een PIT-verpleegkundige (Psychiatrische Intensieve Thuiszorg) wordt ingezet voor het verzamelen van observatiegegevens ten behoeve van een betere beeldvorming. Bij stabilisering vindt terugverwijzing plaats vanuit de GGZ (multidisciplinair) naar de huisarts/casemanager. De verwijzing vindt plaats via ZorgDomein.
- Diagnostiek in het **Elkerliek Ziekenhuis** vindt plaats na verwijzing via ZorgDomein. Er bestaat op de afdeling Klinische Geriatrie een protocol Behandeling Dementie Alzheimerstype, vasculair of gemengd (2012). Diagnostiek vindt plaats op de polikliniek en dagkliniek van de afdeling Geriatrie en op de geheugenpolikliniek van de afdeling Neurologie.
Na het eerste bezoek van de patiënt ontvangt de huisarts binnen twee weken een brief van de Geriater met daarin zijn of haar overwegingen (inclusief eventuele start van medicatie). Huisartsen hebben signalen afgegeven dat deze informatie niet altijd voldoende is.

Zorgdiagnostiek:

- De zorgdiagnostiek wordt in de niet-pluis fase gedaan door de **casemanager** en de **wijkverpleegkundige**. Als de patiënt de diagnose dementie heeft, wordt de zorgdiagnostiek gedaan door de casemanager. Dit is vastgelegd in de Werkwijzer Casemanagement. Er zal in 2015 bekeken moeten worden in hoeverre deze werkwijzer moet worden aangepast naar aanleiding van de gevolgen van de transitie, i.c. de rol van de wijkverpleegkundige in de zorgdiagnostiek.
- Daar waar de patiënt is verwezen naar de GGZ Oost Brabant voor verdere diagnostiek, zal de **PIT-verpleegkundige en SPV-er** zich bezig houden met de zorgdiagnostiek voor deze patiënten.
- In 2014 is geconstateerd dat de terugkoppeling van de casemanagers naar de huisartsen en specialist Ouderengeneeskunde verbeterd kan worden.
- In 2015 is het overzicht van casemanagers met bereikbaarheidsgegevens geactualiseerd en opnieuw verspreid onder huisartsen, Gemeenten en Welzijnsorganisaties.

Conclusie:

In de RTA Dementie zijn afspraken opgenomen met betrekking tot het diagnostiektraject in eerste, tweede en derde lijn. In 2015 zal worden onderzocht of de RTA moet worden aangepast en bijgesteld. Huisartsen worden bijgeschoold op het gebied van (vroeg)diagnostiek.

4.3. Casemanagement

- Thuiswonende cliënten met de diagnose dementie of een vermoeden ervan en hun cliëntensysteem worden door een casemanager begeleid en ondersteund tijdens het gehele proces waarin de ziekte zich openbaart. Het professionele en informele zorgsysteem rond het cliëntensysteem wordt ook in de begeleiding betrokken.

- Binnen de keten is een **werkwijzer** ontwikkeld waarin taken en verantwoordelijkheden zijn beschreven en vastgelegd. Hierin wordt onderscheid gemaakt in de fase vóór diagnostiek, de intakefase, de monitoringsfase en de afsluitingsfase.
- De casemanagers werken **onafhankelijk** van hun eigen zorginstelling of andere zorgaanbieders. In de keten werken casemanagers afkomstig van de Zorgboog en van Savant Zorg. Zij voeren ieder de regie over de aan hun doorverwezen cliënten.
- **Niet alle mensen met dementie die thuis wonen krijgen begeleiding van een casemanager** (nog geen 50%). Niet alle taken die genoemd worden in de Zorgstandaard komen bij alle cliënten aan de orde, doordat de vraag bij de cliënt niet bestaat of de financiële mogelijkheden voor de inzet van de casemanager beperkingen met zich meebrengt.
Alleenstaande cliënten vragen een meer intensievere vorm van casemanagement. En ook mensen met dementie met een verstandelijke beperking vragen extra aandacht evenals allochtone cliënten met dementie.
Casemanagement voor mensen met dementie in het verzorgingshuis vindt niet of nauwelijks plaats. Soms wordt door een cliënt een zzp-er aangesteld.
- De casemanagers gebruiken het **zorgleefplan van de eigen organisatie** waar zij in dienst zijn. De visie achter de zorgplannen van beide organisaties is dezelfde. De uitvoering verschilt qua gebruik van formulieren etc. Binnen de eigen organisatie zijn afspraken gemaakt over het maken, onderhouden en bijstellen van het zorgleefplan en de frequentie hiervan.
De casemanager is verantwoordelijk voor de eigen onderdelen in het zorgleefplan, dat wordt gedeeld met de thuiszorgmedewerkers van de eigen organisatie. Wanneer de thuiszorg door een andere organisatie wordt geleverd, ligt de verantwoordelijkheid voor het zorgleefplan bij die organisatie en gebruikt de casemanager een eigen dossier.
Het is belangrijk dat voor alle betrokkenen duidelijk is waar het zorgplan bij de cliënt thuis te vinden is. Het plan moet ook weer thuis bij de cliënt worden neergelegd nadat het plan bijvoorbeeld is meegenomen naar de dagbehandeling.
Professionals hebben de wens geuit om alle informatie van alle betrokken hulpverleners (al dan niet van dezelfde organisatie) in **één geïntegreerd zorgplan** te plaatsen.
Er dient bij het opstellen van het zorgplan afstemming plaats te vinden met de huisarts.
- In 2015 heeft overleg plaatsgevonden tussen de casemanagers en de ouderenadviseurs van Welzijnsorganisatie LEV (netwerkpartner). Dit overleg zal in 2016 worden gecontinueerd.

Conclusie:

In de regio Helmond is het casemanagement voor mensen met dementie geïmplementeerd. Vanaf 2015 wordt de Werkwijzer Casemanagement elk jaar geëvalueerd. Alle netwerkpartners zijn recent weer op de hoogte gebracht van de namen en bereikbaarheidsgegevens van de casemanagers.

4.4. Behandeling, begeleiding en steun

In de Regionale Transmurale Afspraak Dementie (2013) zijn afspraken opgenomen over de afstemming van het beleid rond de behandeling en begeleiding van dementie in de eerste, tweede en derde lijn.

- De **huisarts** is in de meeste gevallen **medisch eindverantwoordelijk**. De **zorgcoördinatie** ligt ook primair bij de huisarts, maar de huisarts kan daarbij worden **bijgestaan door een deskundige (bij voorkeur een zorgondersteuner)** die als aanspreekpunt fungeert en die de patiënt en diens mantelzorger begeleidt (RTA Dementie Zuidoost Brabant). Deze deskundige kan een casemanager, een praktijkondersteuner Ouderenzorg, een wijkverpleegkundige, een PIT-verpleegkundige en/of een SPV-er van de GGZ zijn. De laatstgenoemden dienen de huisarts frequent op de hoogte te brengen van de bevindingen en het zorgleefplan.
- Huisartsen kunnen patiënten met gedragsproblemen en of neuropsychiatrische symptomen aanmelden bij **GGZ Oost Brabant**, waarna zij ingeschreven worden als ambulante patiënt. Dit laatste is een voorwaarde voor een eventuele opname in de **Ouderenkliniek** van de GGZ. Deze patiënten worden in de tweede lijn vervolgd in verband met de specifieke monitoring.
Indien bij deze patiënten een opname noodzakelijk is, wordt gespecialiseerde zorg geboden door de Ouderenpsychiater, de Klinisch Geriater, de GZ-psycholoog en het verpleegkundig team.
In crisissituaties kan hiervan worden afgeweken. Dan kunnen niet aangemelde patiënten met dementie en gedragsproblemen en of neuropsychiatrische symptomen door de crisisdienst van de GGZ Oost Brabant worden beoordeeld voor eventuele opname in de Ouderenkliniek.
- Specifieke dementiemedicatie (acetylcholinesteraseremmers) wordt bij voorkeur voorgeschreven en ook gemonitord in de tweede lijn. Hierover wordt per brief met de huisarts gecommuniceerd.
Huisartsen blijken niet goed op de hoogte te zijn van de mogelijke (bij)werkingen en effecten van deze medicatie. Ook reageren zij niet altijd adequaat op problemen van patiënten die deze medicatie gebruiken. Hieraan wordt in een scholing voor huisartsen in 2015 aandacht besteed.
- In een pilot van de Regionale Huisartsen Vereniging en de Zorgboog en Savant Zorg is ervaring opgedaan met het **multidisciplinair overleg (MDO) in de huisartsenpraktijk**, waarbij een wijkverpleegkundige of de casemanager aanwezig is. Huisartsen die aangesloten zijn bij zorggroep PoZoB hebben deelgenomen aan het project 'Kompleet' (Keten zorg Ouderen Met Partners in Laagdrempelig Eerstelijns Thuiszorg). Hierin is ervaring opgedaan met afstemming binnen een wijknetwerk met een digitaal dossier.
- In ongeveer de helft van de (grotere) huisartsenpraktijken vindt momenteel een MDO plaats. In de andere praktijken vindt contact plaats tussen de huisarts en de casemanager op cliëntniveau. Ook de **specialist Ouderenzorg** is vaker betrokken bij een MDO.
- Vanuit de Keten Dementie regio Helmond is een **Netwerk Dementie** opgestart waarin paramedici, praktijkondersteuners Ouderenzorg en casemanagers deelnemen. Allen zijn geschoold en gespecialiseerd in de behandeling en of begeleiding van mensen met dementie op het gebied van bewegen, communicatie en voeding.
Er vindt nog te weinig vroegtijdige preventie plaats op het gebied van bewegen en voeding.
- Casemanagers geven **informatie, advies, begeleiding en psycho-educatie aan mensen met dementie en hun mantelzorgers**, o.a. met behulp van de EHBD (Eerste Hulp Bij Dementie) koffer en de informatieklaapper casemanagement.
- De Zorgboog biedt de cliënten en hun mantelzorgers informatie, ondersteuning en begeleiding aan via **Zorgboog in Balans**. Savant Zorg biedt **gespecialiseerde**

thuisbegeleiding aan. Beide zorgorganisaties maken de cliënt ook attent op het bestaan van de websites Zorg voor Elkaar, Zorgsite en Guido (zie hieronder).

- De GGZ verzorgt een **ondersteuningsgroep voor mantelzorgers** van mensen met dementie die zijn ingeschreven bij de GGZ. Het programma is gericht op ondersteuning, informatieverstrekking en lotgenotencontact.
- De Welzijnsorganisaties in de regio bieden ondersteuning aan cliënten en hun mantelzorgers in de vorm van **scholing, lotgenotencontact** (o.a. Alzheimer Café, Mantelzorgcafé, inloopmogelijkheden), informatie, advies en praktische en emotionele ondersteuning (**mantelzorgsteunpunt**), **maatjesprojecten en zorg- en gemaksdiensten** waarbij individuele ondersteuning op maat wordt geboden en huiskamerprojecten waarbij groepsbegeleiding wordt geboden.
- De Peelgemeenten bieden burgers de **website Zorg voor Elkaar** aan. Met behulp van deze website kunnen burgers aangeven welke hulp ze wensen en kunnen vrijwilligers en professionals hulp aanbieden aan bijvoorbeeld mensen met dementie en hun naasten. Daarnaast kunnen cliënten gebruik maken van de **Zorgsite**, een besloten website waar ieder aangesloten familielid, vriend of kennis zich kan inplannen voor te leveren zorg en ondersteuning. Hierdoor zijn alle betrokken mantelzorgers altijd op de hoogte wie, wanneer aanwezig is. Bovendien kan via deze site informatie en nieuws met elkaar worden uitgewisseld. De website **Guido** bevat algemene informatie voor cliënten en mantelzorgers en op termijn ook specifieke informatie op het gebied van dementie.
- **Zorgverzekeraar CZ** is een pilot in de regio Helmond gestart om producten op het gebied van mantelzorgondersteuning van de organisatie zelf te implementeren en aan te laten sluiten bij het huidige aanbod in de regio.
- Tijdens de inventarisatie in 2014 is gesteld, dat in het kader van **mantelzorg-ondersteuning** extra aandacht nodig is voor **familieparticipatie en familiezorg**. Dit concept wordt in een ander Ketenprogramma uitgetest, waarna het ook in de Dementieketen kan worden geïntroduceerd.
- Extra aandacht is vereist voor **allochtone mensen met dementie** en hun naasten en **verstandelijk beperkten met dementie**. Hieraan wordt in 2015 aandacht besteed, o.a. door een EHBD-koffer voor allochtonen en aparte informatie voor verstandelijk beperkten en dementie te verzamelen en te ontwikkelen. Ook in het nieuwe tweejarenplan zal aandacht worden besteed aan de voorlichting, begeleiding en ondersteuning van deze specifieke doelgroepen.
- Het Steunpunt Dementie biedt informatiebijeenkomsten aan voor mensen met dementie en hun mantelzorgers.
- In de regio de Peel is er een Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld regio Peelland.

Conclusie:

In de regio Helmond wordt aan mensen met dementie en hun naasten een breed scala aan mogelijkheden geboden op het gebied van behandeling, begeleiding en steun. Ook hier geldt, dat er extra aandacht moet worden besteed aan allochtonen en verstandelijk beperkten met dementie. Ook de ondersteuning aan mantelzorgers en familie kan verder verbeterd worden.

4.5. Levering zorg en diensten

- **Huishoudelijke hulp** wordt geboden door verschillende organisaties – waaronder Savant Zorg – waarmee de Peelgemeenten gezamenlijk afspraken hebben gemaakt. Cliënten moeten hiervoor formulieren invullen van Peelgemeenten 6.1. Casemanagers kunnen de cliënten helpen om deze formulieren in te vullen. De Gemeenten willen bij hun beoordeling van de situatie van de cliënt geen extra informatie over de cliënt van de casemanager betrekken. Er is sprake van een gebrekkige gegevensuitwisseling tussen de casemanager en de organisatie die huishoudelijke hulp levert als deze organisatie geen zorgorganisatie is. Een verbetering hiervan is wenselijk, aangezien de huishoudelijke hulp waardevolle signalen kan doorgeven aan de casemanager. Een gezamenlijk zorgleefplan is gewenst. In alle Peelgemeenten worden dezelfde procedures gehanteerd ten aanzien van huishoudelijke hulp. De eigen bijdrage verschilt wel per gemeente. Welzijnsorganisaties bieden allerlei diensten aan die een huishoudelijke hulp niet meer mag doen, zoals wassen, strijken etc.
- **ADL** wordt vanuit de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg geboden door verschillende organisaties, waaronder de Zorgboog en Savant Zorg. Indicaties onder de Zvw worden door de wijkverpleegkundige gesteld. Onder de Wlz kan een volledig pakket thuis worden aangeboden door de genoemde organisaties of door een zzp-er. Wijkverpleegkundigen onderhouden een direct contact met de casemanagers ten behoeve van terugkoppeling en afstemming. Daarnaast vindt ook direct contact plaats met de huisarts.
- De Zorgboog en Savant Zorg bieden **dagbehandeling** aan op diverse locaties. Dagbehandeling wordt vergoed vanuit de Wet langdurige zorg en hiervoor is een indicatie door het CIZ nodig. De casemanager voert de regie en monitort de gang van zaken ten aanzien van de dagbehandeling in het verpleeghuis. Tevens neemt de casemanager deel aan het multidisciplinair overleg van de dagbehandeling. In 2015 is het aantal mensen met dementie, die gebruik maken van dagbehandeling, afgenomen. De Stuurgroep monitort in 2015 of dagbehandeling voor mensen met dementie in een beschermde omgeving gewaarborgd blijft.
- **Dagverzorging en dagbesteding** (‘begeleiding individueel en begeleiding groep’) is sinds 2015 een maatwerkvoorziening die valt onder de verantwoordelijkheid van de Gemeenten c.q. de Wet maatschappelijke ondersteuning (nieuwe Wmo). Alle zes Peelgemeenten hebben bij de inkoop hiervan samengewerkt. Het is gebleken, dat de toegang tot deze vorm van begeleiding moeilijker is geworden vanaf 2015. Er worden over het algemeen maximaal 2,5 tot 3 dagen begeleiding vergoed vanuit de Wmo. Als er negen dagdelen of meer nodig zijn, is een overheveling naar zorg vanuit de Wlz nodig. De Gemeenten liggen in de eerste helft van 2015 achter met het afgeven van indicaties voor individuele- en groepsbegeleiding. In 2014 is aangegeven, dat de individuele begeleiding onderbelicht is. Er bestaat overleg tussen de Peelgemeenten en de aanbieders van zorg over de problemen die als gevolg van de transitie zijn ontstaan en over de mogelijke oplossingen. De Zorgboog en Savant Zorg bieden dagverzorging en dagbesteding aan op diverse locaties.

Daarnaast zijn meerdere zorgboerderijen en een zorgtuinderij aanwezig in het werkgebied. In de kleine kernen zijn diverse ontwikkelingen op het gebied van het aanbieden van dagbesteding en –verzorging.

De Welzijnsorganisaties bieden eveneens vormen van begeleiding aan, zoals 'huiskamervoorzieningen'.

- Wanneer er sprake is van een herindicatie ontstaat er vaak snel een discussie waar de cliënt in de toekomst terecht kan voor de begeleiding. Vergoeding van het vervoer van en naar een vorm van begeleiding wordt gefinancierd vanuit de Wmo. De cliënt moet daarbij kiezen voor de dichtstbijzijnde voorziening. Dit is lang niet altijd de voorziening waar de cliënt al bekend is en die de voorkeur heeft van de cliënt. Hoewel dit tot problemen kan leiden, gebeurt dit in de praktijk niet erg vaak.

De Zorgboog is actief om voor jong dementerenden vormen van begeleiding te ontwikkelen en te implementeren.

- De **cursus 'Omgaan met dementie'** wordt twee keer per jaar door de GGZ aangeboden aan familieleden van mensen met dementie die in behandeling zijn bij de GGZ Oost Brabant (ambulant of klinisch). Dit geldt niet voor degenen die alleen een screening ondergaan bij de GGZ. Deze cursussen lopen goed.

Quartz biedt op verzoek ook een cursus aan. Ook de Welzijnsorganisaties LEV en Onis bieden in 2015 cursussen aan. In het kader van Dementievriendelijke Gemeente Laarbeek is er in 2015 aandacht voor de genoemde cursus.

In 2014 is getracht om de scholingsagenda's op elkaar af te stemmen, maar dat is door een gebrek aan aanbod van dergelijke cursussen niet mogelijk gebleken. Het is nog onduidelijk of er in 2015 voldoende cursussen worden gegeven.

- In het jaarplan voor 2015 van het Ketenzorgprogramma Dementie is opgenomen, dat er in het najaar van 2015 onderzocht wordt hoe in de regio een vorm van **lotgenoten-contact** en dagbesteding voor **jong dementerenden** georganiseerd kan worden.

Momenteel is er alleen een voorziening in Eindhoven en het Alzheimer Café is ook niet de meest geschikte plaats voor deze doelgroep.

Zorgverzekeraar CZ gaat in het najaar 2015 de 'patiëntenreis' van de jong dementerenden onderzoeken, zoals ook met de reis van de mantelzorger is gebeurd.

- **Mantelzorgondersteuning** zie hiervoor ook hoofdstuk 4.4. In een aantal Gemeenten zijn dorpsondersteuners actief (Wmo). Zij kunnen ook behoefte aan mantelzorgondersteuning signaleren en ook doorverwijzen en/of mantelzorgondersteuning daadwerkelijk bieden of organiseren. Er is behoefte aan mantelzorgondersteuning op maat.

Respijtzorg is een belangrijk onderdeel van mantelzorgondersteuning bij dementie.

Binnen de keten is actief gestimuleerd, dat aanbieders hun respijtzorgaanbod bekend maken op de website www.respijtzorgwijzer.nl. Toch blijkt uit onderzoek, dat het voor veel mantelzorgers nog onvoldoende bekend is wat respijtzorg eigenlijk inhoudt en op welke manier de mantelzorger er gebruik van kan maken. In de Stuurgroep Dementie is besloten dat zorgverzekeraar CZ, de zorgaanbieders en de Peelgemeenten concrete afspraken gaan maken omtrent de bekendheid en toegang tot de logeervoorziening in het kader van respijtzorg.

Een belangrijke vorm van respijtzorg is **kort verblijf ofwel logeervoorziening**, gefinancierd vanuit de Wmo. Momenteel is deze voorziening nog niet goed geregeld en is dat gemeld aan de Peelgemeenten. De termijn waarop een logeervoorziening kan worden geregeld is vaak te lang (6 tot 8 weken). Bovendien is voor de respijtzorg voor een cliënt met dementie vaak opname op een gesloten afdeling noodzakelijk. Hiervoor is normaal een BOPZ en een zzp nodig.

Het komt voor, dat de cliënt als gevolg van het bovenstaande terechtkomt op een crisised. Daarnaast komt het voor dat de cliënt wordt opgenomen in het kader van de Wlz en na enige tijd toch weer naar huis gaat. Op deze manier moet de zorgaanbieder de

patiënt de zorg thuis blijven aanbieden vanuit de Wlz en moet de patiënt hiervoor een eigen bijdrage gaan betalen. Hierdoor ontstaat ongelijkheid onder cliënten.

De Peelgemeenten hebben aangegeven dat een geplande kortdurende opname (bijvoorbeeld wanneer de partner van de cliënt moet worden opgenomen in het ziekenhuis) geen vorm van respijtzorg is en een kortdurende opname daarom niet geïndiceerd is.

De Zorgboog heeft sinds de zomer van 2015 de beschikking over een groepswoning, waar mensen met een vermoeden van dementie en cliënten met de diagnose dementie tijdelijk kunnen worden opgenomen. Deze zorgvragers worden opgenomen als er sprake is van een crisis, respijtzorg of een screeningsvraag. In het laatste geval wordt in kaart gebracht wat de beperkingen zijn van een reeds gediagnosticeerde cliënt of bij een zeer sterk vermoeden van een dementie met als doel terugkeer naar huis. Deze vorm van opname is mogelijk met en zonder een BOPZ.

- In de regio Helmond bestaat een **crisisprotocol**, waarin de opname voor mensen met dementie op een crisisbed in een zorginstelling en crisisinterventie is opgenomen. Dit protocol wordt uitgevoerd door de Zorgboog, Savant Zorg, GGZ en Land van Horne. In 2014 is gebleken dat dit protocol nog niet goed is geïmplementeerd. Zorgverzekeraar CZ en de zorgaanbieders hebben afgesproken om in 2015 de bekendheid van het crisisprotocol bij met name huisartsen te verbeteren.
- Voor de **revalidatie van mensen met dementie na een ziekenhuisopname** heeft de Zorgboog een speciale psychogeriatrische afdeling ter beschikking. Hiervoor is geen BOPZ noodzakelijk. De casemanager dementie kan in overleg met deze afdeling de revalidatie voor de cliënt regelen.
- In Helmond, Asten en Someren zijn (plannen voor) een telefooncirkel voor mensen met dementie. Hierbij is ook het Nederlandse Rode Kruis betrokken. De telefooncirkel heeft zowel een alarmeringsfunctie als een contactfunctie, waardoor de cliënt langer zelfstandig thuis kan blijven wonen.
- Gemeenten en Woningcorporaties houden zich bezig met voorzieningen op het gebied van **woonaanpassingen en domotica**. Ook de zorgaanbieders de Zorgboog en Savant Zorg ontplooiën initiatieven op dit terrein, zoals een medicijnverstrekker (indicering door wijkverpleegkundige, Zvw) en personenalarmering. Er bestaat op dit moment geen goed overzicht van alle mogelijkheden en initiatieven op dit gebied. De Zorgboog en Savant Zorg bieden ook wonen met zorg aan. Daarbij kan bij zelfstandig wonende mensen met dementie zorg thuis worden aangeboden vanuit de Wlz. Hiervoor hebben cliënten een CIZ-indicatie (zpz4 en zpz5) nodig.
- De Zorgboog en Savant Zorg bieden **kleinschalige woonvormen** voor mensen met dementie aan (Wlz). In deze voorziening wordt gewerkt met de Brein Omgevingsmethode van Anneke van der Plaats. Voor jong dementerenden biedt de Zorgboog regionaal zorg aan. Bovenregionaal is het Landrijt in Eindhoven die zorg aan jong dementerenden aanbiedt. Zorgboerderij Grootenhout is een particulier initiatief en biedt eveneens een woonvoorziening aan.
- Het **vervoer** naar dagbesteding/verzorging wordt gefinancierd vanuit de Wmo. Daarbij geldt, dat alleen de dichtstbijzijnde voorziening wordt vergoed. Zoals in hoofdstuk 4.4 reeds is vermeld, bieden zowel de Zorgboog, Savant zorg, Gemeenten en Welzijnsorganisaties **diensten in en rond het huis** aan. De bekendheid van de initiatieven door Gemeenten en Welzijnsorganisaties bij wijkverpleegkundigen en casemanagers kan nog worden verbeterd.

- Vakanties voor cliënten en hun mantelzorgers zijn onder andere te vinden op de websites www.hetvakantiebureau.nl en www.rodekruis.nl (onder 'bijzondere vakanties').

Conclusie:

De Stuurgroep van het Ketenzorgprogramma Dementie en het Steunpunt Dementie signaleren en monitoren de problemen op het gebied van de levering van zorg en diensten aan mensen met dementie. Deze problemen worden zoveel mogelijk in bilateraal overleg tussen de netwerkpartners (inclusief de Gemeenten) opgelost. Als reactie op de nieuwe regelgeving ontplooiën ketenpartners ook nieuwe initiatieven om ervoor te zorgen dat de patiënten met dementie niet tussen wal en schip raken.

5. Ambities voor de toekomst: tweejarplan 2016-2017

Tijdens de afgelopen jaren is er in het Ketenzorgprogramma Dementie veel tot stand gebracht. De dementiezorg in de regio Helmond voldoet voor een groot deel aan de normen die gesteld zijn in de Zorgstandaard Dementie. Er blijven echter verbeterpunten bestaan.

In het tweejarplan 2016-2017 zijn de belangrijkste uitdagingen voor de nabije toekomst opgenomen, te weten:

- Het verder ondersteunen van de cliënt, mantelzorger en familie onder andere door het inzetten van reeds elders ontwikkelde en beproefde innovatieve instrumenten in onze regio. Door de inzet van deze instrumenten wordt de zelfredzaamheid van mensen met (een vermoeden van) dementie en hun naasten vergroot en kunnen zij langer thuis blijven wonen.
- Het verbeteren van de palliatieve zorg voor mensen met dementie die thuis wonen of in een instelling verblijven.
- Het tot stand brengen van zo veel mogelijk verbindingen tussen de partners in het dementienetwerk (Zorginstellingen, Welzijnsorganisaties, Gemeenten, Zorgverzekeraars, Patiëntenverenigingen, Vrijwilligersorganisaties).
- Het aanbieden van expertise op het gebied van dementie en het faciliteren en afstemmen met organisaties en initiatieven die zich richten op lotgenotencontact, groepsvoorlichting, begeleiding en ondersteuning aan allochtonen en of verstandelijk beperkten (zoals LEV, burgerinitiatieven voor allochtonen, ORO en MEE).
- Het organiseren van een Netwerkbijeenkomst waar de resultaten van de projecten worden gepresenteerd en gedeeld (implementatie).
- Het organiseren van deskundigheidsbevordering voor casemanagers, paramedici, huisartsen, specialist Ouderengeneeskundigen en POH Ouderenzorg.
- Het evalueren van de bestaande werkwijzen, producten en overlegorganen binnen de keten en het aanpassen ervan aan de nieuwe ontwikkelingen.

6. Bijlagen

Bijlage 1: Overzicht Casemanagers Ketenzorg Dementie regio Helmond














Overzicht casemanagers






Ketenzorg Dementie regio Helmond

Quartz

Transmuraal centrum voor de regio Helmond

Casemanager	Persoonsgegevens	Werkgebied	Werk-dagen
	<p>Beumers, Saskia</p> <p>☎ 06-23 63 51 82 ✉ s.beumers@savant-zorg.nl</p>	<p>Helmond, binnenstad</p>	<p>ma di vrij</p>
	<p>Blom, Berry</p> <p>☎ 06-12 60 38 70 ✉ berry.blom@zorgboog.nl</p>	<p>Helmond, binnenstad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grens Uiverlaan • Weth. Ebbenlaan • Weth. v. Wellaan 	<p>ma di do vrij vm</p>
	<p>Blij, Saskia van der</p> <p>☎ 06-51 64 85 91 ✉ saskia.van.der.blij@zorgboog.nl</p>	<p>Deurne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vlierden • Liessel • Neerkant • Helenaveen 	<p>di woe do (14.00 u) vrij vm</p>
	<p>Bree, Hubertine van</p> <p>☎ 06-22 78 16 38 ✉ hubertine.van.bree@zorgboog.nl</p>	<p>Helmond / Mierlo Team Brandevoort</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helmond West • Mierlo-Hout • Stiphout • Mierlo 	<p>ma di do</p>
	<p>Classens, Linda</p> <p>☎ 06-31 63 12 73 ✉ l.classens@savant-zorg.nl</p>	<p>Deurne Gemert/Bakel</p>	<p>di do vrij</p>
	<p>Cuijpers, Anja</p> <p>☎ 06-83 17 58 53 ✉ anja.cuijpers@zorgboog.nl</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deurne • Vlierden • Liessel • Neerkant • Helenaveen 	<p>ma di woe do</p>

Casemanager	Persoonsgegevens	Werkgebied	Werk-dagen
	<p>Dekkers, Ellen</p> <p>☎ 0900-899 86 36 ✉ ellen.dekkers@zorgboog.nl</p>	<p>Mierlo Mierlo-Hout</p>	<p>ma di vm do vrij vm</p>
	<p>Driessen, Annerieke</p> <p>☎ 06-53 29 60 35 ✉ annerieke.driessen@zorgboog.nl</p>	<p>Gemert</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bakel • Rips • Milheeze • Elsendorp • Handel • Mortel 	<p>ma do vrij</p>
	<p>Kort, Dre de</p> <p>☎ 06-51 43 94 22 ✉ d.dekort@savant-zorg.nl</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brandevoort • Mierlo • Mierlo-Hout • Geldrop • Helmond West 	<p>ma t/m vrij</p> <p>(niet 1e en 3e vrij v.d.maand)</p>
	<p>Machielsen, Liesbeth</p> <p>☎ 06-50 84 97 48 ✉ l.machielsen@savant-zorg.nl</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Helmond Noord/Oost • Rijpelberg • Brouwhuis • Dierdonk • Someren 	<p>di t/m do</p>
	<p>Matheij, Sylvia</p> <p>☎ 06-50 49 88 50 ✉ s.matheij@savant-zorg.nl</p>	<p>Helmond</p> <ul style="list-style-type: none"> • Binnenstad / centrum 	<p>ma di do</p>

Casemanager	Persoonsgegevens	Werkgebied	Werk-dagen
	<p>Pieters, Bonno</p> <p>☎ 06-12 60 41 76 ✉ bonno.pieters@zorgboog.nl</p>	<p>Helmond Team Nieuwveld</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helmond Noord/ Oost • Rijpelberg • Brouwhuis Dierdonk 	<p>di woe do vrij</p>
	<p>Slaghuis, Ivette</p> <p>☎ 06-22 78 81 19 ✉ ivette.slaghuis@zorgboog.nl</p>	<p>Gemert</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bakel • Rips • Milheeze • Elsendorp • Handel • Mortel 	<p>ma di do</p>
	<p>Tongeren, Tessa van</p> <p>☎ 06-27 01 24 67 ✉ t.vantongeren@savant-zorg.nl</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asten • Deurne 	<p>di woe do</p>
	<p>Verhees, Jeanne</p> <p>☎ 06-20 29 91 62 ✉ jeanne.verhees@zorgboog.nl</p>	<p>Beek en Donk</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aarle-Rixtel • Lieshout • Mariahout 	<p>ma di do</p>
	<p>Vree, Vivian de</p> <p>☎ 06-12 61 15 77 ✉ vivian.de.vree@zorgboog.nl</p>	<p>Asten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Heusden • Ommel <p>Someren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Someren Eind • Someren Heide • Lierop 	<p>di woe do</p>

Bij geen gehoor De Zorgboog 0900-899 86 36

Bij geen gehoor Savant Zorg 0492-572 000

CASEMANAGEMENT



**DE ZORGBOOG
SAVANT ZORG**

CASEMANAGEMENT DEMENTIE: VROEGSIGNALERING

Doelstelling

- Verheldering van het 'niet-pluis' signaal van de cliënt
- Medische diagnostiek op gang brengen
- Stimuleren zelfredzaamheid/zelfmanagement

Door

- Kennismaken, informeren
- Inventariseren, observeren
- Inzet screeningsinstrument

Planning	Wat	Hoe, vorm	Documenten in Zorgleefplan
W 1	<p>Aanmelding door: huisarts Kan ook via de diverse wijkteams, wijkverpleegkundige, dorpsondersteuners Steunpunten mantelzorg (LEV, ONIS, Vierbinden), huishoudelijke medewerker, Gemeente.</p> <p>Indicatiestelling</p> <p>Plannen van afspraken</p>	<p>Zorgcentrale ontvangt fax of aanmelding via ZorgDomein</p> <p>Binnen 2 weken, telefonisch contact Spoed: binnen 2 werkdagen</p>	<p>Aanmeldformulier in schaduwdoosier</p>
W 2-5	<p>Kennismaken met cliënt en mantelzorger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kennismaking, zorggerichte diagnostiek • Trazag • Informatie en advies <p>en</p> <p>Gegevens verzamelen / inventariseren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ziekte-/zorggeschiedenis • Inventarisatie zelfredzaamheidsmatrix • Ook inventarisatie cliëntsysteem • Omstandigheden, behoeften • Mantelzorgsituatie 	<p>Intake huisbezoek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welke informatie is al bekend, checken of informatie juist is • Verloop 'niet-pluis' signalen • Informeren over behandel-/zorgmogelijkheden <p>Overleg met andere betrokkenen: hulpverleners: zoals huisarts, POH, GGZ, Geriater</p>	<p>Visitekaartje casemanager</p> <p>Indicatieformulier en</p> <p>Zorgleveringsovereenkomst</p> <p>Foldermateriaal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niet-pluis (Alzheimer Nederland) • Folders (10-signalenkaart, Casemanagement Dementie, EHBD-koffer, Dementie Netwerk). Uitdelen op papier en wijzen op mogelijkheid printen vanaf website Quartz.
W 6-16	<p>Ondersteunen richting diagnostiefase in de 1^e of 2^e lijn in overleg met huisarts</p> <p>(Eventueel) opstarten/bijstellen zorgverlening en stimuleren zelfredzaamheid/zelfmanagement</p>	<p>Diagnostiek door huisarts, geriater, neuroloog, GGZ</p>	

W 6-16	Na diagnostiek → diagnose dementie (of MCI): inzet van casemanager → geen diagnose dementie (of MCI): terugverwijzen naar huisarts / wijkverpleegkundige Denk aan: inzet vrijwilliger / Ouderenadviseur	Terugkoppeling naar huisarts Overdracht naar huisarts / wijkverpleegkundige	Zorgleefplan volgens afspraken zorgorganisatie Terugkoppelformulier naar huisarts altijd en waar nodig andere verwijzer
--------	--	--	--

Algemene informatie	
Financieringsstroom	ZVW en WLZ
Aanbieder	De Zorgboog en Savant Zorg
Uitvoering	Casemanager
Cliëntengroep	Cliënten met 'niet-pluis' symptomen
Plaats van handeling	Thuisituatie cliënt
In samenwerking met	Huisarts, (eventueel) andere betrokken zorgverleners

CASEMANAGEMENT DEMENTIE: INTAKE EN ZORGERICHTE DIAGNOSTIEK

Doelstelling

- Vertrouwensband opbouwen
- Verheldering van zorgbehoefte en begeleiding en ondersteuning van cliënt(systemeem)
- Op gang brengen van op zorgbehoefte afgestemde begeleiding en ondersteuning van cliënt(systemeem)

Door

- Kennismaken, informeren
- inventariseren, observeren
- opstellen/afstemmen Zorgleefplan

Planning	Wat	Hoe, vorm	Documenten in Zorgleefplan
W 1-2	<p>Aanmelding (indien cliënt niet via 'niet-pluis' fase is aangemeld)</p> <p>Indicatiestelling of -bijstelling</p> <p>Gegevens verzamelen / inventariseren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ziekte-/zorggeschiedenis • Omstandigheden, behoeften • Mantelzorgsituatie/prognose/belasting • Zelfredzaamheid: expliciet verwijzen naar resultaten TraZaG, inventariseren inzet mantelzorgers/cliëntensysteem 	<p>Zorgcentrale ontvangt fax of ZorgDomein aanmelding</p> <p>Overleg met andere betrokkenen: hulpverleners, huisarts, POH, GGZ, Geriater</p>	<p>Aanmeldformulier in schaduw dossier</p> <p>NAW gegevens worden genoteerd in het eigen Zorgleefplan</p>
W 2-4	<p>Met cliënt en mantelzorger vertrouwensrelatie opbouwen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kennismaking, zorggerichte diagnostiek • Eigen kracht benadering • Opstellen of bijstellen Zorgleefplan • Cliënt en mantelzorger informeren/adviseren n.a.v. verzamelde gegevens • Mantelzorgondersteuning 	<p>Intake huisbezoek en doornemen/toelichten Zorgleefplan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welke informatie is al bekend, checken of informatie juist is • Verloop ziekteproces • Behandel-/zorgmogelijkheden • Zorgleefplan opstellen en onderdelen toewijzen aan hulpverleners 	<p>Visitekaartje casemanager</p> <p>Zorgleveringsovereenkomst</p> <p>Indicatieformulier</p> <p>Folders (in ieder geval):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casemanager Dementie, EHBD-koffer, Dementie Netwerk. Uitdelen op papier en wijzen op mogelijkheid printen vanaf website Quartz • Agenda Alzheimer Café (per mail verstuurd naar casemanager door Quartz) • Rechtsbescherming bij dementie (zie website Alzheimer Nederland) <p>Verwijzen naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Steunpunt Mantelzorg in gemeente cliënt • Website Zorg voor Elkaar

Planning	Wat	Hoe, vorm	Documenten in Zorgleefplan
W 2-4	Zorgcoördinatie: <ul style="list-style-type: none"> • Informatie uitwisseling • Afstemming zorg, behandeling en begeleiding 	Telefonisch / schriftelijk overleg met betrokken hulpverleners: <ul style="list-style-type: none"> • Informatie delen en zorgafspraken maken met hulpverleners • Altijd terugkoppeling aan huisarts 	<ul style="list-style-type: none"> • Digitale literatuurlijst / nuttige websites uit EHBD-koffer (in bezit van elke casemanager) Terugkoppelingformulier
W 5-8	Cliënt(systeem): <ul style="list-style-type: none"> • Toelichten en vaststellen Zorgleefplan • Informeren en adviseren • Afspraken over zorg • Afspraken over vorm en frequentie van contact voor vervolg • Casemanager is aanspreekpunt Behandelaar/aanvrager: <ul style="list-style-type: none"> • Terugkoppeling • Casemanager coördineert zorg, waar nodig in samenspraak met betrokken wijkverpleegkundige 	Huisbezoek en familiegesprek: <ul style="list-style-type: none"> • Aanspreekpunt voor cliënt(systeem) en betrokken hulpverleners • Regelmatig contact met cliënt, onder andere telefonisch/e-mail • Casemanager onderhoudt contact met huisarts 	Schaduw dossier Rapportage

Algemene informatie	
Financieringsstroom	ZVW en WLZ
Aanbieder	De Zorgboog en Savant Zorg
Uitvoering	Casemanager
Cliëntengroep	Cliënten met 'niet-pluis' symptomen
Plaats van handeling	Thuisituatie cliënt
In samenwerking met	Huisarts, (eventueel) andere betrokken zorgverleners

CASEMANAGEMENT DEMENTIE: MONITORING TOT AFSLUITING/OPNAMECOÖRDINATIE

Doelstelling

- Op behoefte afgestemde zorg, begeleiding en ondersteuning van cliënt(systeem)
- Voorkomen van overbelasting cliënt(systeem)
- Voorkomen van overbelasting mantelzorgers
- Uitstel opname van cliënt met dementie in zorginstelling

Door

- Monitoren, observeren, signaleren, coördineren, begeleiden en ondersteunen

Planning	Wat	Hoe, vorm	Documenten in Zorgleefplan
W 1-26	Monitoring cliënt <ul style="list-style-type: none"> • Signaleren en bespreken van problemen en inzetten benodigde zorg, informeren betrokken hulpverleners bij wijzigingen • Signaleren en bespreken van gedragsproblematiek; geven van omgangsadviezen en achterlaten schriftelijk informatiemateriaal • Behoeften inventariseren • Evalueren en zo nodig bijstellen Zorgleefplan • Indicatie bijstellen (casemanagement, Wlz) 	<p>Huisbezoek (min 1x per 26 weken) Telefonisch</p> <p>Consulteren andere deskundigheid (bijvoorbeeld GGZ, SOG)</p> <p>Inzet vrijwilligers, maaltijdvoorziening, alarmering, deelname Alzheimer Café, respijtzorg en dergelijke</p>	Zorgleefplan bijstellen
W 1-26	Monitoring cliëntensysteem <ul style="list-style-type: none"> • Signaleren en bespreken van (dreigende) overbelasting • Inzetten van interventies ter ontlasting mantelzorgers • Evalueren en zo nodig bijstellen Zorgleefplan <p>Uitwisseling gegevens en informatie aan betrokken hulpverleners</p>	<p>Huisbezoek (min 1x per 26 weken), telefonisch/e-mail Ediz afnemen</p> <p>Bijvoorbeeld extra zorg inzetten, vrijwilligers inschakelen, deelname Alzheimer Café stimuleren</p> <p>Multidisciplinair overleg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Als cliënt besproken wordt op initiatief casemanager of een andere deelnemer aan het MDO • De eigen organisatie bepaalt of de casemanager alleen zo nodig of standaard aanwezig is bij het MDO 	<p>Zorgleefplan bijstellen</p> <p>Ediz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Probleemlijst • Overzicht interventies <p>Informatiemateriaal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zie boven: folders en verwijzen naar • Voorzieningenlijst • Guido <p>Schaduw dossier</p> <p>Zorgleefplan bijstellen</p> <p>Mutatieafspraken</p>

Planning	Wat	Hoe, vorm	Documenten in Zorgleefplan
W 1-26	Organisatie/deelname familiegesprek Ondersteunen en versterken cliëntsysteem: <ul style="list-style-type: none"> • Informeren • Op één lijn krijgen • Nieuwe ontwikkelingen bespreken • Overgang naar nieuwe fase Bij eventuele (crisis)opname: voorbereiding op opname / overplaatsing: <ul style="list-style-type: none"> • Overleg familie en opname-instelling • Volgen crisisprotocol 	Huisbezoek Casemanager legt contact met opname-instelling en betrokken zorgverleners	Verslag familiegesprek in Zorgleefplan Zorgleefplan bijstellen

Algemene informatie	
Financieringsstroom	ZVW en WLZ
Aanbieder	De Zorgboog en Savant Zorg
Uitvoering	Casemanager
Cliëntengroep	Cliënten met diagnose dementie
Plaats van handeling	Thuisituatie cliënt
In samenwerking met	Huisarts, (eventueel) andere betrokken zorgverleners

CASEMANAGEMENT DEMENTIE: AFSLUITING/OPNAMECOÖRDINATIE

Doelstelling

Bij opname zorginstelling:

- Waarborgen continuïteit van zorg
- Verminderen negatieve consequenties van veranderingen t.g.v. opname in zorginstelling

Bij overlijden:

- Ondersteuning mantelzorgers
- Nazorg mantelzorgers

Door

- Informeren, adviseren en begeleiden
- Dossier-/ informatieoverdracht
- Evalueren

Planning	Wat	Hoe, vorm	Documenten in Zorgleefplan
W 1-3	<p>Bij opname zorginstelling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voorbereiding op overplaatsing • Overdacht naar andere instelling • Informeren betrokken hulpverleners <p>Nazorg mantelzorger door middel van:</p> <ul style="list-style-type: none"> • afsluitend gesprek met mantelzorger of evaluatiegesprek met mantelzorger, EVV'er en casemanager 	<p>1 of 2 huisbezoeken</p> <p>Advies over rondleiding, informatieavond en over diverse woonvormen</p> <p>Schriftelijke overdracht met behulp van het overdrachts-formulier van de eigen instelling / Zorgleefplan</p> <p>Acuut: telefonisch, schriftelijk nasturen</p> <p>Huisbezoek Telefonisch</p>	<p>Folder Bopz</p> <p>Informatiemateriaal, hulplijneninformatie</p>
W 1-3	<p>Bij overlijden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nazorggesprek mantelzorger evt. op naam mantelzorger • Betrokkenen informeren • Administratie afsluiten 	<p>Huisbezoek Telefonisch/e-mail</p>	<p>Sluiten dossier</p>

Algemene informatie	
Financieringsstroom	ZVW en WLZ
Aanbieder	De Zorgboog en Savant Zorg
Uitvoering	Casemanager
Cliëntengroep	Cliënten met diagnose dementie
Plaats van handeling	Thuisituatie cliënt
In samenwerking met	Huisarts, (eventueel) andere betrokken zorgverleners