

Meerjarenplan 2019 – 2021

Netwerk dementie Noordoost-Overijssel

Versie: maart 2019

Auteur: Geraldine Gort

Coördinator netwerk dementie Noordoost-Overijssel

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
1.1	<i>Over netwerk dementie Noordoost-Overijssel</i>	3
1.2	<i>Historie netwerk</i>	4
1.3	<i>Structuur netwerk</i>	5
1.4	<i>Zorgstandaard dementie</i>	5
1.5	<i>Over het meerjarenplan</i>	7
2	Maatschappelijke visie van netwerk Noordoost-Overijssel	7
3	Huidige situatie rondom dementie regio Noordoost-Overijssel: Hardenberg en Ommen	8
3.1	<i>Kerngetallen</i>	8
3.2	<i>Landelijke en regionale ontwikkelingen</i>	9
3.3	<i>Dementiemonitor mantelzorg 2018, uitkomst- en netwerkindicatoren</i>	12
3.4	<i>Sleutelfactoren samenwerkingsvormen</i>	13
3.5	<i>Stakeholdersanalyse</i>	14
3.6	<i>Huidige zorg en ondersteuning</i>	15
3.7	<i>Erg trots op en knelpunten</i>	16
4	Aanpak 2019-2021	17
4.1	<i>Projectinhoud</i>	17
4.2	<i>Doelen netwerk Noordoost-Overijssel</i>	18
5	Monitoring en evaluatie.....	19
6	Bronnen	20

1 Inleiding

Voor mensen met dementie is het risico op 'verdwalen' in de wereld van loketten, zorg- en hulpverleningsorganisaties groot. Het is zaak om het aanbod te laten aansluiten op de behoeften van mensen met dementie en hun mantelzorgers. Te zorgen voor overzichtelijkheid en toegankelijkheid. Essentieel is dat mensen met dementie en hun naasten op een eenvoudige manier de juiste keuzes kunnen maken voor hulp, begeleiding en zorg. Mensen met dementie en hun mantelzorgers moeten kunnen rekenen op kwalitatief goede zorg die op een doelmatige manier is georganiseerd.

Een netwerk dementie leent zich er uitstekend voor om te zorgen voor een overzichtelijk en samenhangend aanbod van die diensten die passen bij de vragen en wensen van de persoon met dementie en zijn/haar systeem. Daartoe is structurele samenwerking in de vorm van een dementieketen tussen betrokken partijen noodzakelijk. Goede dementiezorg moet zichtbaar, vindbaar en toegankelijk zijn. Goede dementiezorg staat of valt bij goede samenwerking.

1.1 Over netwerk dementie Noordoost-Overijssel

Netwerk dementie Noordoost-Overijssel is een samenwerkingsverband van partijen die zich bezig houden met zorg en welzijn voor mensen met dementie en hun naasten. Door het bundelen van krachten door maatschappelijke samenwerking wordt de kwaliteit van leven voor mensen met dementie en zijn/haar systeem (mantelzorgondersteuning) zo goed mogelijk. Het netwerk dementie is laagdrempelig en biedt een aanbod op het gebied van vroeg signalering (niet-pluis gevoel), diagnostiek (door huisarts, specialist ouderen, geriater), informatie en advies op het gebied van wonen, zorg en welzijn. Ketenzorg stelt het belang van de cliënt en diens mantelzorger(s) voorop. Het betreft zorg- en dienstverlenende organisaties die werkzaam zijn in de gemeenten Hardenberg en Ommen.

Het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor mensen met dementie en hun mantelzorgers, door het optimaliseren van de samenwerking met betrekking tot dementiezorg, zodat men zo lang mogelijk prettig en veilig in de thuissituatie kan verblijven. Leidraad voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg is de Zorgstandaard Dementie van juli 2013. De cliënt, zijn systeem en de woonomgeving is te allen tijde uitgangspunt voor de zorg- en hulpverlening. De cliënt heeft hierin keuzevrijheid en kan zelf kiezen van welke organisatie hij/zij ondersteuning wil ontvangen.

1.2 Historie netwerk

2016 - 2017:

Een aantal zorgorganisaties werkt samen binnen netwerk dementie Noordoost-Overijssel. Het netwerk heeft een ketenplan 2016-2017 Netwerk dementie regio Noordoost-Overijssel opgesteld. In dit ketenplan is een plan van aanpak en een werkplan opgenomen. De samenwerkingsovereenkomst wordt in 2016 ondertekend door gemandateerde vertegenwoordigers van de organisaties:

- Alzheimer Nederland, afdeling IJssel-Vecht
- Baalderborg Groep
- Beter Thuis Wonen
- Buurtzorg
- Carinova
- Dimence
- Charis - Coöperatie Huisartsenvereniging voor Regio, Initiatief en Samenwerking
- Saxenburgh Groep
- TDC - Thuiszorg Diensten Centrale, Steenwijk
- Zonnehuisgroep IJssel-Vecht

Vanwege het bereiken van de pensioenleeftijd vertrekt op 1 januari 2017 degene die een aantal coördinerende taken deed voor het netwerk. Dit is een natuurlijk moment om te inventariseren wat de stuurgroep in de toekomst wil met netwerk dementie Noordoost-Overijssel.

Januari tot maart 2017:

Binnen de stuurgroep is besloten de casemanagers een opdracht te geven, zodat helder wordt waaraan in 2017 moet worden gewerkt. Voor deze opdracht is een werkgroep samengesteld met drie casemanagers van Beter Thuis Wonen, Buurtzorg en Carinova en een lid van de stuurgroep. De casemanagers zijn actief in de regio en het lid van de stuurgroep vormt de schakel tussen werk- en stuurgroep.

April tot september 2017:

In de vergadering van de stuurgroep dementie Noordoost-Overijssel is op 19 april 2017 door de hierboven genoemde werkgroep een plan gepresenteerd betreffende de gewenste werkwijze voor het netwerk dementie Noordoost-Overijssel. De leden van de stuurgroep zijn akkoord gegaan met de voorstellen, maar hebben ook de vervolgoopdracht gegeven om te komen met een concreet voorstel voorzien van aanbevelingen en kosten voor 2018. De uitwerking van de vervolgoopdracht is in de vergadering van 26 september 2017 gepresenteerd aan de stuurgroep en goed gekeurd.

Hoofddoelen 2017 en 2018:

1. Verbetering samenwerking en samenhang
2. Werken aan vindbaarheid
3. Kwaliteit van zorg

Om de doelen te kunnen verwezenlijken gaat de voorkeur uit naar het aanstellen van een projectleider/coördinator voor minimaal drie jaar. De projectleider/coördinator kan worden gezien als de 'spin in het web' van het netwerk dementie Noordoost-Overijssel. De kern van de functie is het realiseren van de gestelde doelen binnen de ketenzorg en vernieuwingen in de dementiezorg. Met ingang van 1 juni 2018 is een coördinator aangetrokken voor gemiddeld 8 uur per week.

1.3 Structuur netwerk

Bestuur

Het bestuur van netwerk dementie Noordoost-Overijssel wordt gevormd door gemandateerde vertegenwoordigers van de deelnemende (thuis)zorgorganisaties.

- Baalderborg Groep
- Beter Thuis Wonen
- Buurtzorg
- Carinova
- Dimence
- Saxenburgh Groep
- Zonnehuisgroep IJssel-Vecht

Het bestuur bestaat uit acht leden: zeven vertegenwoordigers namens de organisaties en een vertegenwoordiger van Alzheimer Nederland, afdeling IJssel-Vecht.

Het bestuur is besluitvormend ten aanzien van regionaal meerjarenplan, begroting en jaarrekening. Coördinator legt inhoudelijk en financieel verantwoording af aan bestuur.

Ondersteuning

Financiële administratie ligt bij Beter Thuis Wonen.

Coördinator voor gemiddeld 8 uur per week.

Secretariële ondersteuning voor maximaal 25 uur op jaarbasis.

Financiën

Financiering van het netwerk wordt voor 100% gerealiseerd door de deelnemende organisaties.

Met uitzondering van Dimence.

Voor 2020 / 2021 wordt financiering aangevraagd bij het Zilveren Kruis (preferente zorgverzekeraar).

Financiering van de casemanagers (uren, scholing, CAO gerelateerd) wordt gerealiseerd door de organisatie waar ze een dienstverband hebben.

1.4 Zorgstandaard dementie

Uitgangspunt van het netwerk is de landelijke zorgstandaard dementie (juli 2013) of rechtsopvolger:

1. vroeg signalering
2. diagnostiek en behandeling
3. casemanagement
4. informele zorg
5. mantelzorgondersteuning
6. de sociale kaart
7. één centraal meldpunt/registratie

Vroeg signalering/niet plus gevoel

Het netwerk stimuleert dat mensen met geheugenproblematiek /niet plusgevoel al vòòr de diagnose worden aangemeld voor casemanagement dementie. Casemanagers ontvangen rechtstreeks meldingen van 'niet plus signalen' van medewerkers van Samen Doen, thuiszorg,

huisartsen, praktijkondersteuners, familie, buren, vrienden. Het is dus van belang dat de verschillende disciplines elkaar goed kennen en makkelijk weten te vinden.

Diagnostiek en behandeling

Pakket 1: Ziekte- en uitgebreide zorgdiagnostiek

Zo licht mogelijke diagnostiek, zo dicht mogelijk bij huis.

Door huisarts of specialist ouderengeneeskunde.

Pakket 2: Uitgebreide ziekte- en zorgdiagnostiek

Röpcke-Zweers ziekenhuis*: somatisch medisch en een uitgebreider neuropsychologisch en beeldvormend onderzoek met (beginnende) klachten ten aanzien van het geheugen.

Na het stellen van de diagnose wordt er door huisarts of internist ouderen gewezen op de mogelijkheid van ondersteuning door een casemanager. Na toestemming van cliënt en/of partner/mantelzorger wordt er een aanvraag ingediend voor een casemanager dementie.

Casemanagement

De casemanager is een vertrouwd en vast aanspreekpunt voor de persoon met dementie en diens naasten. De casemanager heeft veel kennis over dementie, de sociale kaart en coördineert in de verschillende fasen van het dementieproces de behandeling, begeleiding en biedt steun aan de persoon met dementie en diens mantelzorgers. Casemanagement begint bij het vermoeden van dementie (streven), maar in elk geval vanaf de diagnose tot aan opname of overlijden van de persoon met dementie. Binnen het netwerk zijn 19 casemanagers dementie werkzaam.

Ze zijn allen hbo geschoold met verpleegkundige of maatschappelijke achtergrond aangevuld met een specifieke scholing casemanagement dementie. Een eigen interne scholing (Buurtzorg) of externe scholing met landelijk keurmerk (Beter Thuis Wonen en Carinova).

Informele zorg en mantelzorgondersteuning

Er wordt lokaal goed samengewerkt met Steunpunt mantelzorg van Carinova. Het Steunpunt zorgt voor lotgenotengroepen, voorlichtingsbijeenkomsten en mantelzorgondersteuning (individueel en in groepsverband).

Sociale kaart

De casemanagers zijn goed op de hoogte van de lokale sociale kaart.

Centraal aanmeldpunt/registratie

Aanmelden casemanagement:

Nieuwe aanmeldingen gaan rechtstreeks naar de casemanager van de organisatie van voorkeur van cliënt/mantelzorger. Hiertoe is een folder ontwikkeld met de contactgegevens van de casemanagers. Aanmeldingen vanuit de geheugenpoli Röpcke-Zweers ziekenhuis* gaan naar de contactpersoon (casemanager) van Carinova.

Registratie

Casemanagers registreren via registratiemethode van de organisatie waar ze dienstverband hebben. Aantal cliënten dat wordt begeleid is bekend.

* Röpcke-Zweers ziekenhuis heet vanaf 1 januari 2019 Saxenburgh Medisch Centrum

1.5 Over het meerjarenplan

Door veranderingen in de financiering (Wmo, ZvW, Wlz) hebben andere partijen een belangrijke rol gekregen in de uitvoering van onderdelen van de zorgstandaard dementie. Netwerk dementie Noordoost-Overijssel ziet het als taak om met alle partijen de beste geïntegreerde zorg voor alle stadia van dementie te leveren. Dementiezorg die voldoet aan landelijke kwaliteitseisen en die zoveel mogelijk is afgestemd op elkaar en op de wensen van de cliënten en diens mantelzorgers. Zodat cliënten zolang mogelijk prettig en veilig in hun eigen huis kunnen wonen en functioneren. Op het moment dat een cliënt ergens anders gaat wonen zal er een warme overdracht plaatsvinden. Door betere coördinatie en 'vraag gestuurd' werken wordt verbetering van de zorg bereikt, met als doel een hogere kwaliteit van leven en grotere cliënttevredenheid (vergroten waarde).

Dit meerjarenplan is een aanzet tot meer samenwerking en afspraken met als doel het gezamenlijk komen tot een samenwerkingsstructuur voor goede dementiezorg in Hardenberg en Ommen.

In hoofdstuk 1 vindt u de inleiding, historie en structuur van netwerk dementie Noordoost-Overijssel. De maatschappelijke visie kunt u lezen in hoofdstuk 2. De huidige situatie wordt beschreven in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 4 staan de doelen voor de komende drie jaar met daarna de monitoring en evaluatie in hoofdstuk 5. Een overzicht van gebruikte bronnen in hoofdstuk 6.

2 Maatschappelijke visie netwerk dementie Noordoost-Overijssel

Het uiteindelijke doel van het netwerk is optimale kwaliteit van leven voor thuiswonende mensen met dementie en hun naasten. Mensen met dementie en hun mantelzorgers moeten kunnen rekenen op kwalitatief goede zorg die op een doelmatige manier is georganiseerd. Cliënten en mantelzorgers moeten kunnen beschikken over de begeleiding van een casemanager dementie vanaf het niet-pluis gevoel tot aan overlijden of opname in verpleeg- of verzorgingshuis.

Een netwerk dementie leent zich uitstekend om te zorgen voor een overzichtelijk en samenhangend aanbod van die diensten die passen bij de vragen en wensen van de persoon met dementie en diens systeem. Daartoe is structurele samenwerking in de vorm van een dementieketen tussen betrokken partijen noodzakelijk. Goede dementiezorg moet zichtbaar, vindbaar en toegankelijk zijn. Goede dementiezorg staat of valt bij goede samenwerking.

Het uiteindelijke doel van casemanagement in Hardenberg en Ommen is het realiseren van een samenhangend aanbod dat aansluit bij de mensen met dementie en hun naaste(n).

3 Huidige situatie rondom dementie regio Noordoost-Overijssel

3.1 Kerngetallen

In onderstaand overzicht vindt u cijfers over het aantal mensen met dementie in Nederland, de provincie Overijssel en de gemeenten Hardenberg en Ommen. De cijfers geven een indicatie van het aantal mensen met dementie in 2020. Op basis van voorspellingen van de toekomstige bevolkingsopbouw, is ook een prognose gemaakt van het aantal mensen met dementie in de toekomst.

Genoemde aantallen zijn een optelsom van mensen met dementie die intra- of extramuraal wonen. **70% van de mensen met dementie woont thuis en wordt verzorgd door mantelzorgers.**

Ruim de helft van de mantelzorgers van mensen met dementie is zwaar belast. Drie procent van deze mensen is zelfs overbelast. Als de mantelzorger de ondersteuning van iemand met dementie niet meer aankan, is dat een belangrijke reden voor opname in een verpleeg- of verzorgingshuis.

Prognose aantal mensen met dementie in Nederland, Hardenberg en Ommen de komende jaren

Land	2020	2025	2030	2040	2050
Nederland	280.000	330.000	390.000	520.000	620.000
Provincie					
Overijssel	19.000	22.000	26.000	33.000	39.000
Gemeenten					
Hardenberg	940	1.100	1.200	1.500	1.900
Ommen	340	410	490	620	700
Totaal	1.280	1.510	1.690	2.120	2.600

Deze berekening is gemaakt door ABF Research in opdracht van Alzheimer Nederland.

Deze berekening is gemaakt in november 2018 en wordt ieder jaar bijgesteld.

Organisatie	aantal casemanagers in 2019	gemeenten
Beter Thuis Wonen	2	Hardenberg
Buurtzorg	11	Hardenberg en Ommen
Carinova	6	Hardenberg en Ommen
Totaal	19	

Casemanagers dementie zijn hbo geschoold (met verpleegkundige of maatschappelijke achtergrond) en hebben een specifieke scholing casemanagement dementie gevolgd. Buurtzorg heeft gekozen voor aandachtsvelders dementie en experts. Aandachtsvelders krijgen een interne eigen scholing. Experts volgen de standaard landelijke opleiding en ondersteunen daarna de aandachtsvelders. Aandachtsvelders zijn niet allemaal hbo geschoold en voldoen daardoor niet aan de landelijke norm. Casemanagers van Beter Thuis Wonen (maatschappelijke achtergrond) en Carinova (maatschappelijke achtergrond en/of verpleegkundig) volgen een scholing met een landelijk keurmerk bij Windesheim in Zwolle.

3.2 Landelijke en regionale ontwikkelingen

<u>Landelijke ontwikkeling</u>	<u>Gevolg voor het netwerk</u>
	Door lichte toename aantal casemanagers dementie en onderling goed af te stemmen wie nog ruimte heeft voor een nieuwe aanmelding zijn er geen wachtlijsten.
<u>Casemanagementmodellen</u>	Casemanagers Beter Thuis Wonen en Carinova allen hbo geschoold (met verpleegkundige of maatschappelijke achtergrond) en hebben allen een specifieke scholing casemanagement dementie gevolgd of zijn daarmee gestart. . Buurtzorg heeft gekozen voor aandachtsvelders dementie en experts. Aandachtsvelders krijgen een interne eigen scholing. Experts volgen de standaard landelijke opleiding en ondersteunen daarna de aandachtsvelders. Aandachtsvelders zijn niet allemaal hbo geschoold en voldoen daardoor niet aan de landelijke norm.
<u>Samen op weg</u>	In 2017 heeft de coördinator de 1 ^e bijeenkomst van de klankbordgroep bijgewoond. Op basis van de bevindingen die uit dit landelijke onderzoek zullen voortvloeien worden de bouwstenen vastgesteld voor de inkoop van dementiezorg in 2020. Voor een overzicht van de vijf sleutelfactoren structuur, spelregels, inhoud, ontwikkeling en financiering van samenwerking in het netwerk zie blz. 13, 14.
<u>Expertisegebied dementieverpleegkundige</u>	Casemanagers Beter Thuis Wonen en Carinova allen hbo geschoold (met verpleegkundige of maatschappelijke achtergrond) en hebben allen een specifieke scholing casemanagement dementie gevolgd of zijn daarmee gestart. Buurtzorg heeft gekozen voor aandachtsvelders dementie en experts. Aandachtsvelders krijgen een interne eigen scholing. Experts volgen de standaard landelijke opleiding en ondersteunen daarna de aandachtsvelders. Aandachtsvelders zijn niet allemaal hbo geschoold en voldoen daardoor niet aan de landelijke hbo norm.
<u>Dementie Netwerk Nederland</u>	Het bestuur beraadt zich over deelname. Eventueel lidmaatschap zal dan worden begroot voor 2020.
<u>Onderzoek via Memorabel</u>	Coördinator zorgt ervoor op de hoogte te blijven van landelijke relevante onderzoeken en ontwikkelingen en die te vertalen naar regionaal en lokaal beleid.

<u>Praktijkprogramma Dementiezorg voor elkaar</u>	Het netwerk wil gebruik maken van het praktijkprogramma, (landelijke) kennis en ondersteuning van Dementiezorg voor Elkaar. Om de kwaliteit van leven van thuiswonende mensen met dementie te verbeteren door de zorg en ondersteuning nog meer dan nu af te stemmen op hun persoonlijke leefwereld, over de grenzen van wonen, zorg en welzijn heen.
<u>Samen Dementievriendelijk</u>	Er zijn nog geen gemeentelijke initiatieven voor dementievriendelijke gemeente. Beide gemeenten financieren een Alzheimer café.
<u>Zorgstandaard Dementie</u>	De Zorgstandaard Dementie van juli 2013 of rechtsopvolger is uitgangspunt, leidraad en doel. Deze landelijke standaard geeft richting en ondersteuning aan regionale netwerken dementie in aansluiting op de wensen en behoeften van mensen met dementie en hun naasten. De Zorgstandaard dementie van juli 2013 wordt geactualiseerd. Naar verwachting is dit zomer 2019 afgerond. Nieuwe inzichten zullen worden meegenomen in het meerjarenplan vanaf 2020.
<u>Dementiemonitor mantelzorg</u>	De landelijke uitkomst van 2018 laat zien dat het aantal mantelzorgers dat aangeeft zich zeer zwaar tot overbelast te voelen is gestegen van één op de tien naar één op de zes. De landelijke uitkomst van de dementiemonitor mantelzorg 2018 zal worden gebruikt om mantelzorgbeleid meer vorm te kunnen geven.
<u>Landelijke onderzoeken</u>	Vanaf 2019 zal het netwerk meedoen met de netwerk indicatoren dementie (NID). Met de uitkomsten wordt het beleid aangepast.
<u>Register Dementiezorg en Ondersteuning</u>	Het netwerk pleit voor de opzet van een landelijk Register Dementiezorg en Ondersteuning. Met als belangrijk doel om regionale samenwerkingsverbanden te voorzien van feedback over de kwaliteit van hun zorg en ondersteuning. Dit stelt hen in staat om de zorg en ondersteuning voor thuiswonende mensen met dementie en diens naasten verder te verbeteren.

<u>Regionale ontwikkeling</u>	<u>Invloed op het netwerk</u>
<u>Populatie</u>	Landelijk is er een vergrijzing van de populatie gaande. Eind 2014 waren er 260.000 mensen met dementie. De schatting is dat dit aantal door de vergrijzing de komende jaren ieder jaar zal stijgen naar totaal 620.00 in 2050. Zie de prognose Hardenberg en Ommen op blz. 8.

<p>Gemeenten</p>	<p>In regio Noordoost-Overijssel zijn twee gemeenten, waarmee tot nu toe weinig actieve samenwerking is. Netwerk investeert in meer samenwerking met de gemeenten. Met de doelstelling dat er afspraken worden gemaakt, zodat er een actief samenwerkingsverband ontstaat.</p>
<p>Personeelstekorten?</p>	<p>Landelijk is er een tekort aan verpleegkundigen. Als deze ontwikkeling zich voortzet dan zullen er in de toekomst wellicht wachtlijsten ontstaan. Er is geen tekort aan casemanagers met maatschappelijke achtergrond. Sterker nog.</p> <p>Nu de profielschets casemanager dementie met maatschappelijke achtergrond (MWD en TG) definitief is vastgesteld is er voldoende aanbod van casemanagers. En zullen meer 'social workers' de overstap willen maken naar casemanager dementie. Gezien het landelijk tekort aan verpleegkundigen is dit een positieve ontwikkeling o.a. voor cliënten en hun mantelzorgers in de regio Noordoost-Overijssel.</p>
<p>Zorgprogramma</p>	<p>Binnen het netwerk is gewerkt aan de hand van het ketenplan 2016-2017 Netwerk dementie regio Noordoost-Overijssel. Vanaf 2019 zal dit zijn vanuit het regionaal meerjarenplan 2019 - 2021.</p> <p>Bij punt 4.1 (blz. 17) wordt ingegaan op de drie doelen waar de verzekeraar naar vraagt.</p>
<p>Verzekeraar</p>	<p>Zilveren Kruis is de preferente verzekeraar. Tot nu toe is er geen contact over inhoud. Aanvulling: op 27 mei 2019 staat een gesprek gepland tussen zorginkoper Wijkverpleging, ELV en GRZ Zilveren Kruis en coördinator. De komende drie jaar wordt gebruikt om aan de voorwaarden van ZK te voldoen, zoals benoemd in het addendum Ketenzorg Dementie 2019.</p>
<p>Financiering netwerk</p>	<p>Vijf organisaties van het netwerk bekostigen de overhead van het netwerk middels een verdeelsleutel. Tevens bekostigen zij de (specifieke) scholing en dienstverbanden van de casemanagers. Afspraken hierover zijn vastgelegd in een convenant (2016). Het Zilveren Kruis heeft tot nu toe geen financiële bijdrage geleverd. Er zal een gesprek worden aangevraagd om hier voor de toekomst afspraken met ZK over te maken.</p>

Netwerkontwikkelingen	<p>Bestuur heeft duidelijk uitgesproken een zelfstandig netwerk te willen blijven. Er wordt wel gezocht naar een intensieve samenwerking met netwerk dementie IJssel-Vecht. Bij beide (buur)netwerken ligt er geen wens van bestuurlijke samenwerking.</p> <p>In de regio zijn ook de care netwerken Palliatieve zorg en TSSZ actief.</p>
---------------------------------------	---

3.3 Dementiemonitor mantelzorg 2018, uitkomst- en netwerkindicatoren

Dementiemonitor Mantelzorg

Netwerk dementie Noordoost-Overijssel heeft de intentie om vanaf 2020 mee te doen aan de twee jaarlijkse Dementiemonitor mantelzorg. Deze actie van Alzheimer Nederland is in 2018 uitgevoerd en heeft een landelijke en meerdere regionale rapportages opgeleverd. Alzheimer Nederland afdeling IJssel-Vecht heeft een rapport ontvangen met uitkomsten voor de regio. Deze regionale en landelijke rapportage zullen worden gebruikt als input voor beleid rondom mantelzorgers van mensen met dementie.

Uitkomstindicatoren Dementie (UID)

Tot nu toe heeft het netwerk niet meegedaan met deze vragenlijsten en besloten om de ontwikkeling van deze uitkomsten indicatoren dementiezorg voorlopig af te wachten.

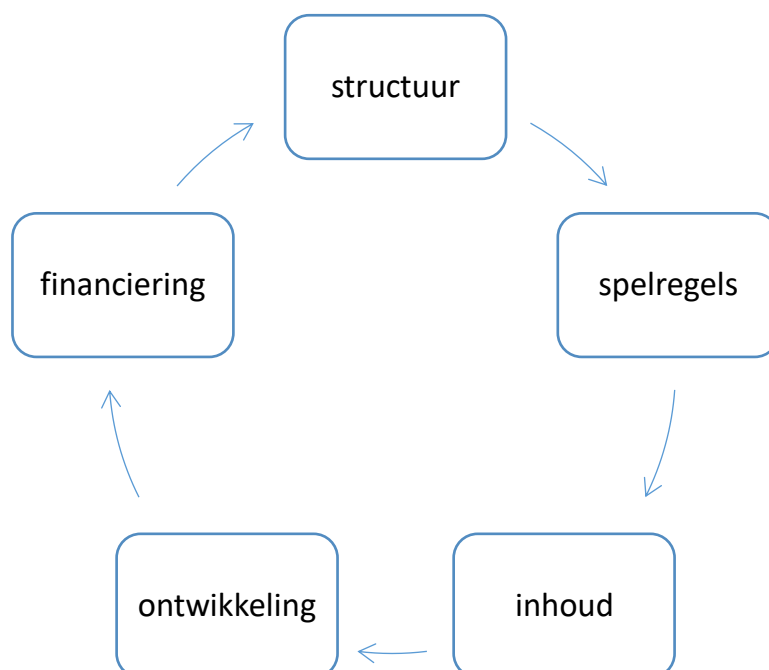
Regionale Registratiemethode

Het netwerk hecht eraan inzichtelijk te hebben hoeveel cliënten jaarlijks worden begeleid door een casemanager dementie. Gegevens daartoe zijn te vinden in de registratiesystemen van de verschillende organisaties. Er wordt onderzocht of het wenselijk is om een gezamenlijk registratie systeem te gaan gebruiken.

Netwerkindicatoren Dementie (NID)

Het netwerk heeft niet meegedaan met de netwerkindicatoren dementie monitoring 2013 en 2016. Er wordt overwogen om dit de eerstvolgende keer wel te doen, zodat het netwerk ook gebruik kan maken van de landelijke rapportage met algemene conclusies en aanbevelingen van de andere netwerken dementie in Nederland. Alsmede ook een individuele rapportage ontvangt voor netwerk dementie Noordoost-Overijssel. Zodat we in Hardenberg en Ommen gezamenlijk goede dementiezorg kunnen blijven aanbieden gebaseerd op de verschillende domeinen uit de Zorgstandaard dementie. Naar verwachting zal dit dan de geactualiseerde ZSD van juli 2019 zijn.

3.4 Sleutelfactoren samenwerkingsvormen



Structuur:

(niet) Juridisch: Samenwerkingsovereenkomst 2016

Bestuurlijke betrokkenheid: Bestuur (8 leden) zeven vertegenwoordigers namens de organisaties en een vertegenwoordiger van Alzheimer Nederland, afdeling IJssel-Vecht.

Is besluitvormend ten aanzien van meerjarenplan, begroting en jaarrekening.

Omvang netwerk: zorg- en dienstverlenende organisaties in Hardenberg en Ommen.

Spelregels:

Afspraken: formeel vastgelegd in samenwerkingsovereenkomst 2016.

Mandaat: Gemandateerde vertegenwoordigers zorgorganisaties.

Besluitvormend, adviserend en verbindende rol tussen uitvoerenden en management.

Coördinator, 8 uur per week, legt inhoudelijk en financieel verantwoordelijkheid af aan bestuur.

Secretariële ondersteuning voor max. 25 uur op jaarbasis.

Inhoud:

Informatiestructuur: publieksfolder, presentaties, Alzheimer cafés en via netwerkcontacten.

Casemanagement: casemanagers dementie zijn allen hbo-gechoold (met verpleegkundige of maatschappelijke achtergrond) en hebben allen een specifieke scholing casemanagement dementie gevolgd of zijn daarmee bezig. Nieuwe casemanagers moeten voldoen aan deze voorwaarden.

Cliëntgericht werken: casemanager is een duidelijk en deskundig aanspreekpunt voor cliënt en mantelzorger(s), is eerste en vaste aanspreekpunt. Vanaf de aanmelding tot aan opname of overlijden is dezelfde casemanager verbonden aan het cliëntstelsel.

Ontwikkeling:

Gezamenlijke zorgvisie: Het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor mensen met dementie en hun mantelzorgers, door het optimaliseren van de samenwerking met betrekking tot dementiezorg, zodat men zo lang mogelijk prettig en veilig in de thuissituatie kan verblijven.

Leidraad voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg is de Zorgstandaard Dementie van juli 2013, daarna de geactualiseerde versie van juli 2019.

De cliënt en zijn systeem is te allen tijde uitgangspunt voor de zorg- en hulpverlening.

Deskundigheidsbevordering casemanagers:

1 x Bijscholing in samenwerking met netwerk dementie IJssel-Vecht, onderwerp in overleg met de casemanagers

5 x Interactie tijdens Zorg Begeleiders Overleg

Financiering:

Overhead: 100% door deelnemers

Bekostiging casemanagers dementie: vanuit wijkverpleging Zorgverzekeringswet

3.5 Stakeholdersanalyse

Belangrijkste partijen voor een netwerk dementie zijn huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, gemeenten, thuiszorgorganisaties, organisaties die intramurale langdurige zorg leveren, organisatie die geestelijke gezondheidszorg levert, welzijns- en mantelzorgorganisaties, geheugenpoli, Alzheimer Nederland regio IJssel-Vecht, belangenbehartigers, sociale wijkteams, zorgverzekeraar.

Het netwerk is een formeel samenwerkingsverband van zes organisaties die in de opvang, steun en zorg voor dementie in de regio een rol spelen. Het netwerk bestaat uit thuiszorgorganisaties, verpleeg- en verzorgingshuizen en een organisatie die geestelijke gezondheidszorg levert. Deelname van deze actoren is vastgelegd in een convenant (2016).

In 2019 wordt gezocht naar een kaderhuisarts ouderen en vertegenwoordigers van de gemeenten.

Met stakeholders als een geheugenpoli, Samen Doen en het Steunpunt mantelzorg wordt lokaal goed samengewerkt. Actieve samenwerking met huisartsen, praktijkondersteuner huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en gemeenten is een speerpunt voor 2019 en verder. Ook zullen belangenbehartigers en het Zilveren Kruis worden betrokken bij het netwerk.

Zilveren Kruis is de preferente zorgverzekeraar in de regio. Het Zilveren Kruis heeft de afgelopen jaren niet bijgedragen aan de kosten van de overhead van het netwerk.

Zorgverzekeraars Nederland heeft in de notitie 'Afspraken zorgverzekeraars Casemanagement en Ketenzorg Dementie 2018' (versie september 2017) aangegeven dat de preferente verzekeraar verantwoordelijk is voor het maken van maatafspraken over de eventuele bekostiging van dementienetwerken. Met betrekking tot de inkoop van casemanagement dementie maakt elke zorgorganisatie zelf afspraken met de zorgverzekeraar.

3.6 Huidige zorg en ondersteuning

In het schema hieronder is te vinden welke zorg en ondersteuning rondom dementie beschikbaar is in de regio Noordoost-Overijssel en door welke partijen dit wordt geleverd.

Organisatie →							
Type ondersteuning ↓	Baalderborg groep	Beter Thuis Wonen	Buurtzorg Nederland	Carinova	Dimence	Saxenburgh Groep	Zonnehuisgroep IJssel-Vecht
Informatievoorziening				x		x	x
Huisarts							
Diagnostiek							x
Lotgenotencontact				x			x
Vrijwillige ondersteuning thuis				x			x
Mantelzorgondersteuning			x	x			x
Hulpmiddelen/domotica				x		x	x
Dagbesteding		x				x	x
Logeeropvang						x	
Casemanagement dementie		x	x	x			x
Wijkverpleging		x	x	x		x	x
Huishoudelijke hulp		x		x		x	x
Advies- en behandelcentrum						x	x
Psychologische behandeling						x	x
Psychiatrische behandeling						x	
Kleinschalig wonen						x	x
Verblijf verpleeghuis						x	x
Crisisopname						x	
Palliatieve zorg thuis		x	x	x			x
Palliatief verblijf							x
Nazorg				x			x

Specifiek voor jonge mensen met dementie							
Bedrijfsartsen							
Specifiek voor migranten							
Cultuursensitieve zorg							x

3.7 Erg trots op en knelpunten

Erg trots op

- Casemanagement dementie loopt als een rode draad door de zorgketen heen. De casemanager is een vertrouwd en vast aanspreekpunt voor de persoon met dementie en diens naasten. De casemanager heeft veel kennis over dementie, de sociale kaart en coördineert in de verschillende fasen van het dementieproces de behandeling, begeleiding en biedt steun aan de persoon met dementie en diens mantelzorgers.
- Casemanagement begint bij het vermoeden van dementie (streven), maar in elk geval vanaf de diagnose tot aan opname of overlijden van de persoon met dementie. De aanmelding voor een casemanager dementie loopt via de huisarts, de geheugenpoli Röpcke Zweers en thuiszorg.
- Er is sprake van een groeiende samenwerking tussen casemanagers van de drie verschillende thuiszorgorganisaties.
- Er is sprake van een groeiende samenwerking tussen casemanagers en Steunpunt mantelzorg en tussen casemanagers en Samen Doen.
- Er is structureel overleg met casemanagers, de geriater en verpleegkundig consulenten ouderengeneeskunde van de geheugenpoli van Röpcke Zweers.
- Na het stellen van de diagnose wordt de folder van het netwerk meegegeven en er wordt gevraagd of patiënt (voor ons cliënt) open staat voor begeleiding van een casemanager. Bij positief antwoord wordt de client aangemeld bij de casemanager van Carinova.
- Er zijn geen wachtlijsten.
- De inspanning van organisaties en casemanagers om met elkaar samen te werken en zo te zorgen voor goede dementiezorg in Hardenberg en Ommen.

Knelpunten

- Casemanagers zijn aanwezig vóór de diagnose (niet-pluis gevoel), tijdens de diagnose en na de diagnose. Niet aanwezig in de periode na overlijden of opname in verpleeg- of verzorgingshuis. Het zwaartepunt ligt bij fase 2 (tijdens de diagnose) en bij fase 3 (na de diagnose). Het streven is om een casemanager ook in te zetten in beide andere fases (niet-pluis en nazorg).
- Versnippering van financiering over de zorgwetten Wmo, Zvw en Wlz zorgt voor veel onduidelijkheid en spanning, zowel voor de professional als voor de mensen met dementie en hun naasten. Dit is een landelijk probleem wat ook lokaal speelt.

4 Aanpak 2019-2021

4.1 Projectinhoud;

Hier is beschreven hoe het netwerk werkt aan de drie doelen waar de zorgverzekeraars naar vragen in het document 'Afspraken zorgverzekeraars Casemanagement en Ketenzorg Dementie 2018'.

1. Continuïteit van een duidelijk en deskundig aanspreekpunt voor cliënt en mantelzorger
Casemanager is eerste en vaste aanspreekpunt voor cliënt en mantelzorger(s). Vanaf de aanmelding tot aan opname of overlijden is dezelfde casemanager verbonden aan het cliëntsysteem. Contactmogelijkheden via telefoon en/of mail. Voor zowel cliënt als voor mantelzorger(s). Allerbelangrijkste contact is en blijft een persoonlijke afspraak, wat meestal thuis plaats vindt. Indien gewenst kan een afspraak buitenshuis worden gemaakt.

2. Waarborg deskundigheid casemanagers dementie
Casemanagers dementie zijn allen hbo-gechoold (met verpleegkundige of social work achtergrond) en hebben allen een specifieke scholing casemanagement dementie gevolgd of zijn daarmee bezig. Bij werven nieuwe casemanagers moeten ze voldoen aan deze voorwaarden.

Deskundigheidsbevordering vanuit netwerk:

- 6 x lokaal zorgbegeleiders overleg (ZBO), uitwisselen lokale ontwikkelingen, casuïstiek en presentatie van een lokale organisatie bijv. Samen Doen, Steunpunt Mantelzorg
- 5 x overleg met geriater en verpleegkundig consultant ouderengeneeskunde van geheugenpoli, intervisie en uitwisselen van nieuwe ontwikkelingen

In samenwerking met netwerk dementie IJssel-Vecht:

- 2 x Regionaal overkoepelend casemanagers overleg (OCO) waarbij twee presentaties worden gegeven door relevante disciplines
- 2 x Bijscholing, onderwerp in overleg met de casemanagers

3. Regionaal eenduidige wijze van communicatie naar cliënten, mantelzorgers en verwijzers/huisartsen over de mogelijkheden van casemanagement dementie
Het netwerk communiceert over de mogelijkheden van casemanagement dementie via: publieksfolder, Alzheimer cafés, netwerkcontacten en het geven van presentaties.

4.2 Doelen netwerk dementie Noordoost-Overijssel

Het maatschappelijke doel van het netwerk is optimale kwaliteit van leven voor thuiswonende mensen met dementie en hun naasten. Mensen met dementie en hun mantelzorgers moeten kunnen rekenen op kwalitatief goede zorg die op een doelmatige manier is georganiseerd. Cliënten en mantelzorgers moeten kunnen beschikken over de begeleiding van een casemanager dementie vanaf het niet-pluis gevoel tot aan overlijden of opname in verpleeg- of verzorgingshuis.

Doelen 2019-2021:

Verbetering samenwerking en samenhang

- a. Samenwerking met beide gemeente in het Sociaal Domein.
- b. Samenwerking met stakeholders als Samen Doen, Steunpunt Mantelzorg.
Tijdens een visie bijeenkomst in mei zullen in gezamenlijkheid met alle stakeholders genoemd in de Zorgstandaard dementie (juli 2013) doelstellingen voor de komende drie jaar worden vastgesteld voor a. goede mantelzorgondersteuning en b. preventie en voorlichting. Adviseur van Dementiezorg voor Elkaar zal worden gevraagd om deze bijeenkomst te leiden.
- c. Samenwerking met huisartsen, praktijkondersteuners huisartsen bij vroeg signalering, diagnostiek en begeleiding van cliënt en mantelzorger(s) tot aan opname of overlijden.
- d. Samenwerking met specialist ouderengeneeskunde in de thuissituatie bij diagnostiek en advies.
- e. Kennisdeling.

Werken aan vindbaarheid

- a. Middels een folder, website, presentaties en via lokale media meer bekendheid geven over dementie en lokale ondersteuningsmogelijkheden.
- b. Meer bekendheid genereren inzet casemanager dementie.
- c. Waar nieuwe aanmeldingen voor inzet casemanager, zo laagdrempelig mogelijk.
- d. Onderzoeken van de behoefte cq. mogelijkheid van een centraal aanmeldpunt.

Kwaliteit van zorg

- a. Werken volgens Zorgstandaard dementie juli 2013 of rechtsopvolger.
- b. Ontwikkelen van een zorgpad.
- c. Casemanagers zijn hbo geschoold (met verpleegkundige of maatschappelijk werk zgn 'social work' achtergrond) met aanvullende specifieke scholing casemanagement dementie met landelijk keurmerk.
- d. Bijscholing van casemanagers.
- e. Uniformiteit in werkwijze, formulieren en cliënt registratie systeem.

5 Monitoring en evaluatie

Een meerjarenplan is een 'programma'. Onderweg verandert er veel.

Daar speelt het netwerk permanent op in. Landelijke ervaring is dat de aandacht van een netwerk en de deelnemende partijen veel uitgaat naar onverwachte zaken die zich onderweg aandienen.

In dit meerjarenplan staan de doelen en acties beschreven die we van 2019-2021 willen halen en gezamenlijk uitvoeren.

1. Na elk jaar van het meerjarenplan kijken we of we op de weg zitten die is afgesproken. Daarbij zullen sommige doelen geheel of deels zijn gehaald en sommige andere doelen zijn (nog) niet gehaald. Er zijn resultaten bereikt naar aanleiding van kansen die zich onverwachts aandienen en waarop is ingespeeld. Elk jaar zal worden besproken waarom op bepaalde doelen is ingezet en welke resultaten er onverwachts zijn opgekomen waarop is ingezet. Zo nodig wordt er bijgestuurd.
2. Aan het eind van de periode, dus na afloop 2021, kijken we terug op de behaalde resultaten. Hiervoor worden o.a. de netwerkindicatoren dementie (NID) en de dementiemonitor mantelzorg 2020 gebruikt. Er is besloten om de ontwikkeling van een uitkomsten indicatoren dementiezorg (UID) voorlopig af te wachten.

Aan de hand van deze uitkomsten zal beleid en volgend meerjarenplan worden vastgesteld.

6 Bronnen

Zorgstandaard Dementie juli 2013 (ZSD), Dementiemonitor Mantelzorg 2018,
Regionaal Meerjarenplan netwerk dementie IJssel-Vecht,
Afspraken zorgverzekeraars Casemanagement en Ketenzorg Dementie 2018

Met speciale dank aan de bron die het meest is gebruikt voor dit regionaal meerjarenplan,
het voorbeeld-ingredienten voor een Meerjarenplan 2018 -2020 van Dementiezorg voor Elkaar.