



Meerjarenbeleidsplan
Ketenzorg dementie Waardenland
2019-2020-2021
September 2018

INHOUDSOPGAVE

Inleiding **blz. 3**

Samenvatting Wat willen we bereiken **blz. 4**

DEEL I **blz. 6**

1. Organisatie van de samenwerking in de ketenzorg

2. Dementievriendelijke gemeenten

3. Fasen in het zorg- en ondersteuningstraject

4. Specifieke doelgroepen

DEEL II

Plan van aanpak voor 2019 – 2020- 2021 **blz. 17**

Bijlagen **blz. 26**

1. Landelijke ontwikkelingen

2. Regionale cijfers

3. Bron

Inleiding

In de regio wordt al jaren gezamenlijk aan de verbetering van de zorg voor mensen met dementie gewerkt. Lag de focus in eerste instantie op het onafhankelijk regionaal team van casemanagers dementie. Inmiddels wordt op alle onderdelen van de keten samengewerkt en ingezet ontwikkeling en verbetering. Het casemanagement heeft in onze regio een stevige positie verworven, gemeenten zetten in op dementievriendelijk worden en zorgpartijen werken samen aan professionalisering en verbeteren van de kwaliteit van de zorg.

Waarom dan dit Meerjarenbeleidsplan?

1. Verdubbeling van het aantal mensen met dementie, bijna verdrievoudiging van de sterfte aan dementie en een verdubbeling van de ziektelast bij dementie zijn belangrijke redenen om gestructureerd en planmatig te werken. De inschatting is dat nu in de regio tussen de 6.000 en 7.000 mensen met dementie wonen, over 10 jaar zijn dat er tussen 10.000 en 11.000. Ongeveer 30% daarvan wonen intramuraal, rond de 1500 mensen krijgen begeleiding van een casemanager.
2. De inschatting is dat in Nederland anno 2018 circa 110.000 tot 120.000 mensen met dementie thuis wonen die niet bekend zijn bij een huisarts, dit zijn mensen zonder de diagnose dementie. (HMM Rapport 28 aug 2018). In de regio Waardenland schatten we het aantal mensen met dementie dat niet bekend is bij de zorg op 3500-4000.
3. Het beloop van dementie kan sterk verschillen tussen mensen. Ook binnen een persoon kan het beloop erg variabel zijn. Dementie leidt tot een groot verlies aan kwaliteit van leven, en is daarnaast een belangrijke doodsoorzaak. De urgentie is groot, het belang van individuele afstemming ook.
4. Op basis van het trendscenario van de VVT-2018 is de inschatting dat de kosten van de zorg voor mensen met dementie zal stijgen van 6,6 miljard in 2015 naar 15,6 miljard in 2040. Dat is een stijging met 135% en betekent een gemiddelde jaarlijkse toename van 3,5%. Deze toename wordt voor het grootste deel verklaard door de vergrijzing.
5. Landelijk is de aandacht voor casemanagement dementie en ketenzorg dementie sterk toegenomen. Het Deltaplan Dementie geeft een stevige impuls aan verder verbeteren van de kwaliteit van de zorg en het verbeteren van de effectiviteit van organisatie. Verschillen in de inhoud en uitvoering van het casemanagement en in de organisatie en financiering is voor de verzekeraars (Zorgverzekeraars Nederland) aanleiding om onderzoek te doen naar effectiviteit van ketenzorg (Samen op weg) en van de regionale ketens/netwerken een meerjarenbeleidsplan te vragen.

Dit **Meerjarenbeleidsplan** is geschreven met en voor de ketenpartners en verzekeraars in de dementiezorg in de regio Waardenland. Tijdens het regiosymposium en in 5 regionale werkbijeenkomsten hebben velen input geleverd. Het conceptplan is aan ketenpartners en Alzheimer Nederland voorgelegd voor commentaar. Het meerjarenbeleidsplan is vastgesteld in de stuurgroep kwetsbare ouderen op 27-9-2018. Het plan is daarmee een gedragen plan en uitgangspunt voor het gezamenlijk en planmatig werken in de komende drie jaar. De richting en aanpak op hoofdlijnen zijn in dit plan uiteen gezet. Deze hoofdlijnen worden jaarlijks uitgewerkt in een **Jaarplan**. Definitieve documenten, afspraken en vernieuwingen worden onder het **Zorgprogramma** op de website van Drechtzorg/Ketenzorg dementie geplaatst.

Samenvatting

Wat willen we bereiken?

In de samenwerking tussen gemeente en ketenzorg:

- De gemeenten worden actief partner in de ketenzorg dementie door het meedenken in en onderschrijven van het meerjarenbeleidsplan Ketenzorg.
In hoofdstuk 3 van het meerjarenbeleidsplan zijn in de fasen van het zorg- en ondersteuningstraject doelen voor verbetering van de zorg voor mensen met dementie en hun naasten opgenomen, waarin de gemeenten met name in de niet-pluis-fase, de diagnosefase en de fase van zorg en ondersteuning thuis een grote rol en verantwoordelijkheid hebben. Vanuit de werkgroep willen we graag intensiever samenwerken en ook de betrokkenheid van de gemeenten in of bij de werkgroep versterken. In samenhang met de te verwachten aanpassingen in de stuurgroep Kwetsbare ouderen, doet de werkgroep een voorstel hiertoe.
- De regionale keten en lokale partners leggen gezamenlijk de prioriteit bij het ondersteunen van mantelzorgers bij het volhouden van de zorg voor mensen met dementie.
- Blijvende aandacht voor kennis bij burgers en organisaties, zodat zij weten wat dementie is en wat de impact er van is en hoe zij mensen met dementie kunnen benaderen.
- Meer eenduidigheid in kennis bij medewerkers en vrijwilligers.
- Er zijn voldoende passende activiteiten, opvang en respijtzorg op korte termijn beschikbaar.
- Betrokken ketenpartners gaan in overleg over een efficiënter en minder tijdrovend proces van indicatiestellen.

In de niet-pluis-fase:

- Blijvende aandacht voor (vroeg)signalering en herkennen signalen.
- Lokale partijen hebben duidelijke samenwerkings- en verwijzingsafspraken gemaakt.
- Informatie over dementie en ondersteuning is lokaal beschikbaar voor iedereen.
- Alle burgers, winkelpersoneel, politiemensen, medewerkers van de gemeentelijke organisatie beschikken over begrip en kennis van het ziektebeeld en omgang/benadering van mensen met dementie.
- Betrokkenen kennen de weg waarlangs ondersteuning of begeleiding kan worden ingeschakeld.

In de diagnosefase:

- Zorgpad signaleren – verwijzen – diagnosticeren - inzetten casemanager actualiseren, waar nodig verbeteren of vernieuwen.
- Beschikbaar maken van informatie over casemanagement bij verwijzers en vindbaarheid/bereikbaarheid van casemanagement verbeteren. Zodat casemanagers tijdig worden ingeschakeld.
- Ontwikkelen en organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten voor mensen met dementie en mantelzorgers.
- Bereik van specifieke doelgroepen(jonge mensen en migranten) vergroten.

In de fase van zorg en ondersteuning thuis:

Kwaliteit van leven behouden voor mensen met dementie en hun mantelzorgers, familie en vrienden. Behoud van leefplezier door participatie (sociale contacten, recreatieve of culturele activiteiten) en actief kunnen blijven, door:

- Informatie goed vindbaar te maken voor mantelzorgers en andere betrokkenen
- De expertise van de casemanager dementie beschikbaar te stellen voor alle mensen met dementie en mantelzorgers die daar behoefte aan hebben, eenvoudig vindbaar en zonder (te lange) wachttijden.
- Effectieve samenwerking tussen casemanager en huisarts/praktijkondersteuner, thuiszorg en welzijn, zodat cliënt goed gevolgd wordt, aanbod op maat kan worden gemaakt en meer mensen begeleiding en ondersteuning kunnen ontvangen.
- Realiseren van passende ondersteuning van mensen met dementie en mantelzorgers door een gevarieerd aanbod aan ontmoeten, activiteiten en opvang.

In de fase van zorg en ondersteuning in een verpleeghuis:

- Casemanager kan ook bij een WLZ-indicatie begeleiding blijven geven (Zorgval)
- Casemanagers dementie dragen zorg voor een zorgvuldige en optimale overdracht (kennis door vaak jarenlange betrokkenheid) naar intramurale zorgverleners bij opname in verpleeghuis.
- Bespreekbaar maken en meedenken over mogelijkheden van beperken van wachttijden voor opname.
- Inzicht in de behoefte van intramurale zorgaanbieders aan ondersteuning vanuit de ketenzorg dementie.

In de laatste levensfase:

- Aandacht voor vroegtijdige zorgplanning (ACP) bij de mensen met beginnende dementie, zodat de mensen zelf in staat mee te denken en besluiten te nemen.
- Huisartsen, casemanagers en verpleegkundigen beschikken over voldoende kennis over vraagstukken rond het levenseinde zodat zij bij vragen van cliënten de juiste informatie of adviezen kunnen geven.
- Kwaliteit van leven voor alle mensen met dementie behouden tot het einde van het leven.
- Deskundige en passende ondersteuning en begeleiding in de laatste levensfase, thuis of in instelling.

In de nazorgfase:

- Zorgvuldige afronding van de begeleiding van de mantelzorger door de casemanager bij opname en/of overlijden van de partner/familieid/vriend met dementie, in 1 of 2 nagesprekken.
- Nazorg voor de mantelzorger door zorgverlener van zorginstelling bij overlijden partner/familieid/vriend in het verpleeghuis.
- Informatie en advies is beschikbaar over mogelijkheden voor ondersteuning na overlijden partner of familieid waarvoor men zo lang heeft gezorgd.

Voor specifieke doelgroepen:

- Inzicht in aantallen en in spreiding over de regio van beide doelgroepen.
- Expertise bij casemanagement over beide doelgroepen vergroten.
- Bereik van beide doelgroepen voor voorlichting advies en casemanagement vergroten.
- Ondersteuningsaanbod ontwikkelend passend bij de behoeften van deze doelgroepen.

DEEL I

1. Organisatie van de samenwerking in de ketenzorg

Op grond van de wens van de stuurgroep kwetsbare ouderen en van de verzekeraars wordt gerichte aandacht besteed aan het versterken van de organisatie van de onderlinge samenwerking; we gaan inzetten op actualisatie van het Zorgpad, het invullen van het Zorgprogramma en het verstevigen van de werkstructuur. We willen rollen en taken verbinden aan verantwoordelijkheden.

- **Actualisatie van het Zorgpad**

Het Zorgpad dateert van 2014 en is niet meer in overeenstemming met de huidige praktijk. In een zorgpad wordt de organisatie van de zorg voor een specifieke groep patiënten vastgelegd. Verantwoordelijkheden en werkzaamheden worden beschreven. Doel van het opstellen van het zorgpad is het vergroten van de doelmatigheid van de zorg, doordat duidelijk is wie wat doet. Belangrijk is het proces waar in we komen tot een gezamenlijk pad. Dat betekent met de betrokken ketenpartijen overeenstemming te bereiken over rollen, taken en verantwoordelijkheden. Het gaat dus niet alleen om het ontwikkelen van het zorgpad, maar ook om implementatie en borging. Een zorgpad is een middel en niet een doel op zich. Het werken met een zorgpad helpt ook de knelpunten zichtbaar te krijgen. Ketenpartners kunnen voorbeelden aangeven waar de zorg niet goed loopt en in een evaluatie-overleg inbrengen. Gezamenlijk kunnen dan oplossingen worden bedacht. Bij dit traject vragen we ondersteuning van Dementiezorg voor Elkaar (Deltaplan Dementie).

- **Vullen van het Zorgprogramma**

Tijdens het regio-symposium in februari 2018 is het Zorgprogramma gelanceerd dat we gaan bouwen voor de werkers in de zorg en welzijn voor mensen met dementie, mantelzorgers en naasten. In het (digitale) Zorgprogramma Ketenzorg dementie worden alle definitieve/concreet uitgewerkte afspraken, werkwijzen en innovaties, die in de regio tot stand zijn gekomen opgenomen. Professionals die werken met mensen met dementie vinden hier de afspraken die voor hen belangrijk zijn. De bedoeling is dat professionals ermee kunnen werken/dat voor hen praktische tools eenvoudig vindbaar zijn op de website van Drechtzorg/Ketenzorg dementie Waardenland. De website wordt langzaam maar zeker gevuld met relevante documenten; <https://www.drechtzorg.nl/ketens-netwerken/ketenzorg-dementie/>

- **Verstevigen werkstructuur**

De afspraken over samenwerking in de keten zijn begin 2017 geactualiseerd en vastgelegd in de notitie "Organisatie en aansturing Ketenzorg dementie Waardenland 2017" en de Samenwerkingsovereenkomst casemanagement. Twee jaar is samengewerkt op basis van deze afspraken. Op grond van praktijkervaringen en besprekingen met ketenpartners zijn verbeterpunten bepaald voor de samenstelling en samenwerking in stuurgroep en werkgroep.

Stuurgroep Kwetsbare ouderen

Vorig jaar is de stuurgroep Ketenzorg dementie samengevoegd met de stuurgroep Kwetsbare ouderen. Het doel is om met een breed samengestelde stuurgroep een aantal vraagstukken rondom kwetsbare ouderen regionale afstemming en gezamenlijke inzet te bereiken. Hiervoor is het regionaal programma 'kwetsbare ouderen' opgesteld. De stuurgroep kwetsbare ouderen is verantwoordelijk voor de voortgang en doorontwikkeling van dit programma.

De werkgroep koppelt de voortgang en resultaten van het Jaarplan ketenzorg dementie terug aan de stuurgroep en vraagt hulp bij knelpunten. De stuurgroep organiseert/stimuleert de besluitvorming en commitment op thema's.

Werkgroep Ketenzorg dementie

De werkgroep is samengesteld uit functionarissen uit de zorgorganisaties die casemanagement leveren, Swinhovegroep, Rivas Zorggroep, Aafje, het Parkhuis, het Spectrum. Er is een hoge mate van continuïteit en inzetbaarheid van deze werkgroep. Als het nodig is, wordt ook tussen door overlegd. Een taakverdeling is schriftelijk vastgelegd. Besluiten rond het casemanagement worden via de leden van de werkgroep voor gelegd aan de bestuurders van de betrokken organisaties.

De Ketenzorg dementie van Waardenland is lid geworden van Dementie Netwerk Nederland (DNN), dit is een organisatie van ketenregisseurs. De keten is daarmee ook lid van het Deltaplan Dementie. Voor de regio is het van belang goed geïnformeerd te worden over en mee te kunnen bewegen met de landelijke ontwikkelingen in de dementiezorg. Dit is nu goed geborgd.

De focus van de keten ligt meer op het begin van de keten dan voorheen. Het samenwerken met en in gemeenten is ook de komende jaren een nadrukkelijk werkpunt binnen de ketenzorg. Ook de versterking van de samenwerking in de gehele ketenzorg krijgt natuurlijk veel aandacht.

De samenstelling van de werkgroep is aan herziening toe. De werkgroep wil de verbinding met de gemeenten verstevigen, maar ook vertegenwoordiging breder in de keten realiseren. De werkgroep zal een voorstel maken voor een breder samengestelde werkgroep en partners in de regio gaan benaderen.

Coördinator Ketenzorg

De coördinator ketenzorg werkt (op detachingsbasis) voor Drechtzorg. De coördinator participeert actief in de werkgroep Ketenzorg dementie en in het Dementie Netwerk Nederland.

De beschrijving van de functie van de coördinator is niet meer actueel en moet worden bijgesteld. Zo is het belang om verbinding te houden met de landelijke ontwikkelingen de afgelopen jaren veel sterker geworden, maar ook de veelheid aan plannen maken een stevige inzet en betrokkenheid van ketenpartners wenselijk.

Samenwerking regionale afdeling Alzheimer Nederland

Ketenzorg dementie en de regionale afdeling van Alzheimer Nederland werken nauw samen en dat blijven we ook in de toekomst doen. Er is jaarlijks een afstemmingsoverleg, de coördinator sluit aan bij het gespreksleiders overleg van de Alzheimer Cafés in de regio en er wordt samen opgetrokken naar gemeenten. Vanuit de Keten ondersteunen en geven we bekendheid aan de brieven van Alzheimer Nederland voor de gemeenten, de verzekeraars en het zorgkantoor. We zetten ons in voor een hoge respons op de Dementiemonitor. Het regionale rapport dat wij zullen ontvangen zal wellicht nog nieuwe aanknopingspunten opleveren voor de mantelzorgondersteuning.

- **Ontwikkelingsperspectief**

De werkgroep wil onderzoeken of deelname aan het landelijke onderzoek Netwerkindicatoren en Uitkomstindicatoren voor onze regio waardevol is. We beogen concreter inzicht te krijgen in de resultaten van de ketenzorg. Uit de regionale rapportages daarvan verwachten we verbeterpunten voor de regio te kunnen halen.

In de werkgroep onderzoeken en besluiten we over deelname aan Netwerkindicatoren en of Uitkomstindicatoren. Met betrokken ketenpartners gaan we hierover in overleg.

- **Financiering**

VGZ financiert de ketenzorg op grond van een plan en een begroting. In 2018 is een ketenbudget beschikbaar gesteld van €73.000,- (inclusief coördinator). In dat budget zijn deskundigheidsbevordering van de casemanagers, een bedrag voor administratieve ondersteuning, print en druk werk, vergaderingen, Pr-materiaal en kassierskosten opgenomen.

Rivas Zorggroep voert de kassiersfunctie uit voor de ketengelden (niet voor het casemanagement). Uit het ketenbudget wordt ook het lidmaatschap van de landelijke organisatie voor ketenregisseurs (Dementie Netwerk Nederland DNN) betaald.

Voor het Meerjarenbeleidsplan is een begroting opgesteld voor 3 jaar, zie bijlage 3.

- **Casemanagement**

Sinds kort is ook Leliezorggroep aangesloten bij de ketenzorg met casemanagement dementie. Het casemanagement blijft een onafhankelijke en specialistische functie, beschikbaar voor de hele regio. De samenwerkingsafspraken van 12-12-2012 blijven van kracht, zij het in een geactualiseerde vorm, opgenomen in Zorgprogramma, zie website.

Het casemanagement valt onder de aanspraak wijkverpleging en wordt dus als zodanig door de 6 leveranciers individueel ingekocht. De regio Waardenland hecht veel waarde aan het behoud van de kwaliteit en de onafhankelijkheid van de casemanager dementie, zoals die nu is georganiseerd. De werkgroep werkt aan gezamenlijke voorstellen en oplossingen voor de knelpunten rond rendabel maken functie van casemanager, indicatiestellen door casemanager, voorlichting en scholing in groepsverband mogelijk maken en de begeleiding tijdens ziekenhuisopname en voor nazorg mogelijk maken.

Het afgelopen jaar heeft de wachtlijst/wachttijd voor casemanagement steeds centraal gestaan. Door overleg met de betrokken partijen, samenwerking met de thuiszorg en aanstellen van nieuwe casemanagers werken we er hard aan de wachtlijst te verkorten. VWS en de NZa werken aan een landelijke registratie van wachtlijsten en wachttijden voor casemanagement. In onze regio kunnen we daarin voorzien vanuit de regioregistratie door de casemanagers.

In de regio leveren de casemanagers een belangrijke bijdrage aan de Alzheimer Cafés. Bij een deel ontstaat daarbij een probleem, omdat daarvoor geen financiering beschikbaar is. Dit vraagt om nader onderzoek en duidelijke en/of nieuwe afspraken.

In het ketenbudget is een bedrag opgenomen voor deskundigheidsbevordering van het casemanagement. De werkgroep bepaalt met de casemanagers gezamenlijk waar deskundigheidsbevordering uit zal bestaan.

2. Dementievriendelijke gemeenten

“Dementie wordt volksziekte nummer 1. Eén op de vijf mensen in Nederland krijgt de ziekte, dus krijgen we er allemaal mee te maken. In onze familie- of vriendenkring, maar ook op straat, in de winkel of op het werk. Dat is soms zwaar, maar als we allemaal een beetje moeite doen, kunnen we veel voor elkaar betekenen. Zodat mensen met dementie en mensen in hun omgeving zo lang mogelijk van het leven kunnen blijven genieten”. (Uit de Campagne van Samen dementievriendelijk).

In een **dementievriendelijke gemeente** kunnen mensen met dementie zo lang mogelijk mee blijven doen in de samenleving, maakt de gemeente begeleiding op maat mogelijk voor mensen met dementie en hun mantelzorgers en vergroot de gemeente de kennis van dementie binnen de eigen organisatie en de gemeenschap, bijvoorbeeld door het aanbieden van informatie en scholing. Zo ontstaat een gemeenschap waarin iedereen dementie accepteert: van bakker en buurman tot sportclub en wijkagent. Waarin mensen met dementie gewoon boodschappen doen, hun bankzaken regelen, naar hun vereniging gaan of de bibliotheek of een museum bezoeken. En waarin de gemeenschap hen een handje toesteeft wanneer zij het even niet meer weten.

• Versterken samenwerking tussen Ketenzorg dementie en gemeenten

In de keten zijn nu 12 gemeenten, per 1 januari 2019 fuseren Giessenlanden en Molenwaard. Zij gaan samen verder onder de naam Molenlanden. Leerdam, Vianen en Zederik gaan fuseren tot een nieuwe gemeente met de naam Vijfheerenlanden. Molenlanden blijft onderdeel van de Ketenzorg Waardenland, met de gemeente Vijfheerenlanden zal daarover een gesprek worden aangegaan. De gemeenten zijn via de Drechtsteden en de AV-regio vertegenwoordigd in de stuurgroep Kwetsbare ouderen.

Gemeenten hebben een grote verantwoordelijkheid voor het werken aan de dementievriendelijkheid van de gemeente; zij nemen een cruciale positie in aan het begin van de ketenzorg dementie, vooral in de fase van ‘niet-pluis’ en in de zorg en ondersteuning in de thuissituatie.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen die niet op eigen kracht zelfredzaam zijn. Het gaat bijvoorbeeld om begeleiding en dagbesteding, maar ook om ondersteuning van de mantelzorger.

‘Dementievriendelijk zijn’ betekent concreet:

- goede beschikbaarheid van voorlichting en informatie
- deskundigheidsbevordering van professionals en vrijwilligers in dienstverlening, zorg en welzijn
- deskundigheidsbevordering van winkelpersoneel, (sport)verenigingen, politie, brandweer
- ondersteuning van mantelzorgers specifiek gericht op dementie
- voldoende beschikbaarheid van passende dagbesteding en respijtzorg
- bevorderen afstemming van de hulp en ondersteuning.

De mate waarin concrete verbeteringen tot stand komen in de onderlinge samenwerking tussen lokale partijen en/of in het ontwikkelen van nieuwe voorzieningen, verschilt per gemeente, evenals de samenwerking met de ketenzorg.

In gemeenten worden in meer of mindere mate initiatieven genomen om samenwerking tussen welzijnsorganisaties, winkels en andere organisaties te versterken en om dementie meer onder de aandacht van medeburgers en organisaties te brengen. Zoals ook blijkt het onderzoek van Alzheimer Nederland, afdeling Waardenland, zijn bij alle gemeenten nog verdere ontwikkelingspunten aan te geven.

Vanuit de werkgroep Ketenzorg dementie zetten we ons in om gemeenten te ondersteunen bij het dementievriendelijk worden door het geven van informatie, uitwisseling van voorbeelden en samenbrengen van partijen.

In de werkbijeenkomsten is het signaal afgegeven van een terugloop in het aantal deelnemers/ bezoekers aan groepen of voorzieningen en dat nieuwe initiatieven moeizaam van de grond komen. Het idee is dat informatie niet voldoende beschikbaar is en dat het aanbod niet overzichtelijk is. Vanuit de keten willen we informatie en aanbod voor mensen met dementie en voor mantelzorgers op een goede manier beschikbaar maken en eenduidigheid in kennis en vaardigheden bij vrijwilligers en medewerkers stimuleren.

Tot slot is aandacht gevraagd voor de tijd en energie die op gaat aan het proces van indicatiestelling. Indicaties voor dagbesteding worden moeizaam afgegeven en het proces leidt tot grote administratieve lasten. Het is zeer wenselijk dat partijen nader tot elkaar komen op dit terrein.

Natuurlijk blijven in verdere ontwikkeling van de zorg voor mensen met dementie, de keuzes van gemeenten en afstemming op de lokale situatie nadrukkelijk uitgangspunt.

Wat willen we bereiken?

- De gemeenten worden actief partner in de ketenzorg dementie door het meedenken in en onderschrijven van het meerjarenbeleidsplan Ketenzorg.
In hoofdstuk 3 van het meerjarenbeleidsplan zijn in de fasen van het zorg- en ondersteuningstraject doelen voor verbetering van de zorg voor mensen met dementie en hun naasten opgenomen, waarin de gemeenten met name in de niet-pluis-fase, de diagnosefase en de fase van zorg en ondersteuning thuis een grote rol en verantwoordelijkheid hebben. Vanuit de werkgroep willen we graag intensiever samenwerken en ook de betrokkenheid van de gemeenten in of bij de werkgroep versterken. In samenhang met de te verwachten aanpassingen in de stuurgroep Kwetsbare ouderen, doet de werkgroep een voorstel hiertoe.
- De regionale keten en lokale partners leggen gezamenlijk de prioriteit bij het ondersteunen van mantelzorgers bij het volhouden van de zorg voor mensen met dementie.
- Blijvende aandacht voor kennis bij burgers en organisaties, zodat zij weten wat dementie is en wat de impact er van is en hoe zij mensen met dementie kunnen benaderen.
- Meer eenduidigheid in kennis bij medewerkers en vrijwilligers.
- Er zijn voldoende passende activiteiten, opvang en respijtzorg op korte termijn beschikbaar.
- Betrokken ketenpartners gaan in overleg over een efficiënter en minder tijdrovend proces van indicatiestellen.

3. Fasen in het zorg- en ondersteuningstraject

- **De niet-pluis-fase**

In de fase voor de diagnose maken mensen zich vaak veel zorgen. Ze merken dat ze dingen vergeten. Of een partner of familielid ziet dat hun gedrag verandert. In deze fase speelt vooral het niet-pluis-gevoel: er klopt iets niet, maar mensen kunnen of willen daar nog niet de vinger op leggen. Die terugkerende veranderingen duiden soms op beginnende dementie, maar kunnen ook een andere oorzaak hebben.

Daarom is het belangrijk om erover te praten en informatie in te winnen. Beschikbaarheid en toegankelijkheid van informatie is essentieel. In de regio is veel aan deskundigheidsbevordering en scholing gedaan. De toename in het aantal mensen met dementie en voor nieuw personeel/vrijwilligers in zorg en welzijn maakt continue en herhaalde aandacht noodzakelijk.

Uit de cijfers (zie bijlage 2) blijkt dat in de regio veel meer mensen met dementie wonen dan er mensen met dementie in beeld zijn bij ketenpartners, dit sluit aan bij landelijke bevindingen (rapport HHM, juli 2018).

De niet-pluis-fase wordt door mantelzorgers vaak als lang ervaren.

Het is van belang gezamenlijk te werken aan het eerder in beeld krijgen van mensen met dementie.

Wat willen we bereiken?

- Blijvende aandacht voor (vroeg)signalering en herkennen signalen.
- Lokale partijen hebben duidelijke samenwerkings- en verwijzingsafspraken gemaakt.
- Informatie over dementie en ondersteuning is lokaal beschikbaar voor iedereen.
- Alle burgers, winkelpersoneel, politiemensen, medewerkers van de gemeentelijke organisatie beschikken over begrip en kennis van het ziektebeeld en omgang/benadering van mensen met dementie.
- Betrokkenen kennen de weg waarlangs ondersteuning of begeleiding kan worden ingeschakeld.

- **De diagnosefase**

Als een cliënt de diagnose dementie krijgt, betekent dit dat de cliënt ongeneeslijk ziek is. Er is nog geen behandeling mogelijk die dementie kan genezen. Achteruitgang is onvermijdelijk. De diagnose is belangrijk om te begrijpen wat er aan de hand is, om andere oorzaken voor cognitieve problemen uit te sluiten, te bepalen om welke soort dementie het gaat en om hulp en ondersteuning te kunnen inschakelen. Het tijdig stellen van de diagnose maakt het mogelijk op tijd goede ondersteuning te bieden.

Die diagnose begint met een anamnese (vraaggesprek met de persoon zelf) en een heteroanamnese (vraaggesprek met een naaste). Dan volgt als nodig een lichamelijk, een psychiatrisch en een neurologisch onderzoek met aandacht voor stoornissen in cognitieve functies, stemming of gedrag. De diagnose kan gesteld worden door de huisarts, of door een specialist ouderengeneeskunde, door het Geriatrisch onderzoeks- en adviescentrum, een geriater of een neuroloog in het Beatrixziekenhuis, of de geheugenpoli van het Albert Schweitzer ziekenhuis of door Yulius/GGZ. Ook zijn er verwijzingen van cliënten waarbij de diagnose is gesteld in het Erasmus medisch Centrum of het VU-ziekenhuis in Amsterdam. In het nieuwe zorgpad worden ook verwijs- en behandelpaden opgenomen.

Voor jonge mensen met dementie is het proces tot diagnose vaak veel langer, omdat niet direct aan dementie wordt gedacht, het is noodzakelijk hier veel aandacht aan te gaan besteden.

Ook het bereiken van de migranten met vermoeden van dementie vraagt speciale aandacht.

Uit onderzoek blijkt dat ongeveer de helft van het aantal mantelzorgers aan het einde van deze fase niet op de mogelijkheid van casemanagement wordt gewezen (Dementiemonitor 2016), daarom zullen we vanuit

de ketenzorg de vindbaarheid en bereikbaarheid van het casemanagement vergroten en zorgen voor goede informatie hierover bij de huisarts en de specialisten in het ziekenhuis.

Uit gesprekken met mantelzorgers blijkt dat zij zich in deze fase vaak onvoldoende geïnformeerd voelen over het beloop van de ziekte en over wat hen te wachten staat. De casemanager kan hierin een prima bijdrage leveren. Tijdige inschakeling van een casemanager is een belangrijk aandachtspunt voor de belangrijkste verwijzers (huisartsen en geriaters). Ook bij onvoldoende beschikbare capaciteit van casemanagers kunnen we door voorlichtingsbijeenkomsten aan te bieden zorg dragen voor tijdige informatie aan mensen met dementie en hun partners/mantelzorgers.

Wat willen we bereiken?

- Zorgpad signaleren – verwijzen – diagnosticeren - inzetten casemanager actualiseren, waar nodig verbeteren of vernieuwen.
- Beschikbaar maken van informatie over casemanagement bij verwijzers en vindbaarheid/bereikbaarheid van casemanagement verbeteren. Zodat casemanagers tijdig worden ingeschakeld.
- Ontwikkelen en organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten voor mensen met dementie en mantelzorgers.
- Bereik van specifieke doelgroepen(jonge mensen en migranten) vergroten.

- **De fase van zorg en ondersteuning thuis**

Met de diagnose dementie kunnen de meeste mensen – soms met de nodige aanpassingen – nog goed thuis wonen. Maar met het verstrijken van de tijd vraagt de ziekte steeds meer aandacht. Als mensen een partner hebben, is deze vaak dag en nacht mantelzorger. Ook andere partijen bieden zorg en ondersteuning, zoals een casemanager, een thuiszorgmedewerker of een hulp in het huishouden. De taak van de mantelzorger kan verlicht worden door inschakelen van familie en/of vrienden, hulp van vrijwilligers, respijtzorg, ontmoetingscentra en dagbesteding. De zorg van mantelzorgers is cruciaal voor het thuis kunnen blijven wonen van mensen met dementie. De periode thuis wordt steeds langer en de belasting van de mantelzorger kan (te) hoog oplopen, tijd en aandacht daarvoor is essentieel. Er doen zich praktische problemen voor met bijvoorbeeld financiën of het autorijden waarbij de mantelzorgers vaak advies wel kunnen gebruiken. Maar ook de emotionele belasting is groot, grote impact heeft het bijvoorbeeld als de partner agressief wordt benaderd of niet meer wordt herkend.

Ondersteuning van de mantelzorgers moet hoge prioriteit krijgen. Mantelzorgers zijn positief over casemanagement en hebben behoefte aan:

- toegankelijke informatie over zorg- en ondersteuningsmogelijkheden
- psychosociale ondersteuning gericht op volhouden van de zorg, omgaan met de eigen emoties, omgaan met gedrag van naaste, hulp bij belangrijke beslissingen, hulp bij juridische en financiële vragen
- bij individuele behoeften passende dagbesteding voor hun naaste
- hulp bij persoonlijke verzorging en huishoudelijke hulp
- passende respijtzorg

Casemanagement dementie

In de regio is een team van 28 casemanagers dementie beschikbaar. De casemanagers hebben expertise opgebouwd in de psychosociale begeleiding en coördinatie van zorg voor mensen met dementie en hun partners, familie en vrienden. Het team bestaat uit onafhankelijke vaste professionals, die deel uitmaken van een lokaal samenwerkingsverband gericht op thuiswonende mensen met dementie en

hun naasten, gedurende het hele traject van 'niet pluis' of de diagnose tot aan opname of overlijden. Het team is de afgelopen jaren uitgebreid van 21 casemanagers (18 fte-eind 2014) naar 28 casemanagers, bijna 23 fte, medio 2018. Zij hebben samen totaal gemiddeld tussen de 1500 en 1600 mensen met dementie in begeleiding.

Het perspectief van dit team van casemanagers is het team te ontwikkelen naar het expertteam van casemanagers met een hoog niveau van kennis en vaardigheden op het gebied van begeleiding en ondersteuning van mensen met dementie en hun naasten. Deze casemanagers kunnen ook collega's adviseren of helpen bij het omgaan met cliënten met dementie. Het expertteam werkt nauw samen met alle betrokkenen bij de cliënt, de huisarts, de specialist, de thuiszorg en het welzijnswerk.

Knelpunten rond het casemanagement die opgelost moeten worden, zijn:

- de wachtlijst/wachttijd voor casemanagement
- door financiering onder aanspraak wijkverpleging is het casemanagement moeizaam rendabel te krijgen, zijn voorlichting- samenwerking en scholing in groepsverband maar beperkt haalbaar vanwege de financiën en kan geen begeleiding worden gegeven tijdens ziekenhuisopname of nazorg bij opname in een verpleeghuis, omdat die tijd niet betaald wordt.

Lokale samenwerking tussen huisarts – welzijn – thuiszorg – casemanager

In de fase van zorg en ondersteuning thuis is lokale samenwerking cruciaal voor het bereiken van alle mensen met dementie en het bieden van optimale zorg en steun. Zoals eerder aangegeven bereiken we nu rond de 50% van het aantal mensen met dementie, korte lijnen en nauwe samenwerking kan bijdragen aan het verhogen van het bereik.

De begeleiding van mensen met dementie, familie en sociale netwerk is gericht op het zelf de regie houden over hun eigen leven en ondersteuning bij het zelf oplossen van problemen. We gaan daarbij uit van een breed begrip van gezondheid en welbevinden. Naast de medische feiten en het fysiek functioneren is nadrukkelijk ook aandacht voor mentale functies, veerkracht, zingeving, kwaliteit van leven, sociale contacten en betekenisvolle relaties. Ondersteuning en begeleiding helpen eigen kracht en vermogen te benutten om zelf oplossingen te zoeken en helpt hen gezamenlijk, in een goede balans zorg te geven en zorg te ontvangen.

Na de schok van de diagnose hebben de mensen vaak het vermogen om zich aan te passen aan de situatie en een manier te vinden om met de ziekte of beperking om te gaan.

Zorg en welzijn worden in deze visie geïntegreerd, naast de aandacht voor de ziekte, richten we ons op wat er wel kan, op wat de cliënt helpt om zich prettig te voelen/leefplezier te behouden. (Visie op Ketenzorg dementie Waardenland, 2017).

Vanuit de Ketenzorg dementie brengen wij de lokale partijen bij elkaar om samenwerken vanuit de deze visie te structureren en te versterken. Vanuit ieders eigen betrokkenheid en verantwoordelijkheid bespreken we de samenhang en de samenwerking. De afspraken worden vastgelegd en met een bepaalde regelmaat geëvalueerd.

Samenwerking casemanager en de thuiszorg

In het afgelopen jaar is veel tijd en energie gestoken in het verder ontwikkelen van de samenwerking tussen de wijkverpleegkundige en de casemanager door in met elkaar in gesprek te gaan over gezamenlijke cliënten. De notitie "Samenwerking casemanager dementie en wijkverpleegkundige", biedt daarvoor het kader. De resultaten zijn wisselend, soms is er prima samenwerking ontstaan en soms is dat niet gelukt vaak door capaciteitsproblemen bij de wijkverpleging. Deze samenwerking zal nadrukkelijk verder worden bevorderd en verbreed naar de gehele thuiszorg. Belangrijk verbeterpunt voor de thuiszorg is de kennis en vaardigheden van alle medewerkers die met mensen met dementie

werken. Dit is de verantwoordelijkheid van de organisatie zelf, maar vanuit de ketenzorg zijn we altijd bereid mee te denken en zo mogelijk scholing aan te bieden.

Zoals beschreven bij het casemanagement dementie werken we aan een specialistisch team van casemanagers dementie, die nauwe samenwerking opbouwen met de wijkverpleegkundigen. De wijkverpleegkundige heeft een generalistische functie en kan vanuit die functie cliënten met dementie begeleiden.

Het streven is door samenwerking tussen wijkverpleegkundige en casemanager een meerwaarde te bereiken voor alle betrokkenen, voor de cliënt, mantelzorger, familie en sociaal netwerk, maar ook voor wijkverpleegkundige en casemanager. De toenemende vergrijzing en toename van het aantal mensen met dementie vraagt immers om een efficiënte en effectieve samenwerking.

Die meerwaarde voor de cliënt komt tot uitdrukking in:

- Contact- en aanspreekpunt waar men met vragen terecht kan;
- Ondersteuning door regelmatig direct cliënt contact;
- Snel kunnen schakelen bij achteruitgang of plotselinge veranderingen;
- De wijkverpleegkundige wordt gesteund in (complexe) cliënt situaties
- De functie van de breed inzetbare wijkverpleegkundige is generalistisch van aard, in niet-stabiele of complexe cliënt situaties weet zij zich altijd gesteund door een gespecialiseerde casemanager.

(Zie voor de uitwerking genoemde notitie.)

Samenwerking met de huisarts

Casemanagers werken nauw samen met de huisarts. Deze samenwerking gaat in veel praktijken goed, maar er zijn nog vele plekken waar de samenwerking beter kan. Uitwisselen van relevante ontwikkelingen bij de cliënt, gezamenlijk het zorgplan opstellen en uitvoeren en het elkaar consulteren vormen de kern van de samenwerkingsopdracht. In de dagelijkse praktijk werkt de casemanager vaak samen met de praktijkondersteuner van de huisarts. In deze samenwerking blijft de ‘tijdige’ verwijzing van de cliënt en het gezamenlijk opstellen van een zorgplan een belangrijk verbeterpunt voor het komende jaar.

Samenwerking met welzijn

Genezen van dementie is niet mogelijk, leren leven met dementie kunnen we ondersteunen. Leefplezier van mensen met dementie en mantelzorgers vergroten is een belangrijke opdracht aan allen die betrokken zijn bij mensen met dementie. Welzijnsorganisaties kunnen werken aan het leggen van contacten, (groeps)gesprekken begeleiden en passende activiteiten organiseren. Mensen met dementie ontleen veel aan contact met/ontmoeten van ‘lotgenoten’ en aan activiteiten die bij hen passen. Ook aan bewegingsactiviteiten wordt vaak een positief gevoel ontleend. Vanuit de Ketenzorg kunnen we gemeenten ondersteunen bij het ontwikkelen van passende activiteiten.

Samenwerking met het Sociaal team

Samenwerking met het sociaal team is gericht op het in beeld krijgen van mensen met dementie die geen zorg willen, maar wel problematische omstandigheden zijn. Alertheid op signalen van burens of anderen, kan helpen mensen met dementie eerder in beeld te krijgen. Afspraken over wie doet wat en op welke manier werken we samen zijn belangrijk.

Dagbesteding en respijtzorg

Dagbesteding voor de naaste is volgens mantelzorgers noodzakelijk om de naaste lang thuis te kunnen laten wonen. Er zijn vele vormen van dagbesteding, meer inzicht in welke vorm het beste aansluit bij welke type mensen, is wenselijk. Mantelzorgers vinden de huidige dagbesteding lang niet altijd

aansluiten bij de individuele interesses of vaardigheden. Ook respijtzorg is van belang om af en toe op adem te kunnen komen. In de praktijk blijkt het niet eenvoudig om passende vormen te ontwikkelen. Het is ook belangrijk mantelzorgers te stimuleren om meer gebruik te laten maken van respijtzorg. Achteraf zeggen ze vaak dat ze dit vaker hadden moeten doen.

Wat willen we bereiken?

Kwaliteit van leven behouden voor mensen met dementie en hun mantelzorgers, familie en vrienden. Behoud van leefplezier door participatie (sociale contacten, recreatieve of culturele activiteiten) en actief kunnen blijven, door:

- Informatie goed vindbaar te maken voor mantelzorgers en andere betrokkenen
- De expertise van de casemanager dementie beschikbaar te stellen voor alle mensen met dementie en mantelzorgers die daar behoefte aan hebben, eenvoudig vindbaar en zonder (te lange) wachttijden.
- Effectieve samenwerking tussen casemanager en huisarts/praktijkondersteuner, thuiszorg en welzijn, zodat cliënt goed gevolgd wordt, aanbod op maat kan worden gemaakt en meer mensen begeleiding en ondersteuning kunnen ontvangen.
- Realiseren van passende ondersteuning van mensen met dementie en mantelzorgers door een gevarieerd aanbod aan ontmoeten, activiteiten en opvang.

- **De fase van zorg en ondersteuning in een verpleeghuis**

Als thuis wonen niet meer gaat omdat de zorgbehoefte te groot wordt, is wonen in een verpleeghuis een optie. Dat kan in verschillende woonzorgvormen: bijvoorbeeld een verpleeghuis, kleinschalige woon-zorgcomplexen. De overgang van thuis wonen naar het moment van verhuizen naar een zorginstelling heeft een grote impact op de mantelzorger. Belangrijk is veel aandacht te besteden aan de ondersteuning in deze fase. Zorgvuldige afronding van de begeleiding door de casemanager moet na opname (financieel) mogelijk worden gemaakt.

Mantelzorgers hechten veel belang aan een huiselijke sfeer, aan voldoende personeel en een respectvolle bejegening. Over het algemeen zijn mantelzorgers tevreden over de zorg in verpleeghuizen. Uit onderzoeken blijkt dat mantelzorgers verbetermogelijkheden zien in de persoonsgerichte zorg door meer op het individu passende activiteiten, zij hechten veel waarde aan personeel met affiniteit met dementie en hebben behoefte aan meer privacy in het huis.

Persoonlijke aandacht en opvang voor de mantelzorger in de zorginstelling, is erg belangrijk. In de samenwerking verder ontwikkelen hoe we er gezamenlijk voor kunnen zorgen dat de mantelzorger zo goed mogelijk opgevangen wordt en onderdeel wordt van intramurale systeem.

Wat willen we bereiken?

- Casemanager kan ook bij een WLZ-indicatie begeleiding blijven geven (Zorgval)
- Casemanagers dementie dragen zorg voor een zorgvuldige en optimale overdracht (kennis door vaak jarenlange betrokkenheid) naar intramurale zorgverleners bij opname in verpleeghuis.
- Bespreekbaar maken en meedenken over mogelijkheden van beperken van wachttijden voor opname.
- Inzicht in de behoefte van intramurale zorgaanbieders van ondersteuning vanuit de ketenzorg dementie.

- **De laatste levensfase**

Mensen met dementie gaan steeds verder achteruit en verliezen steeds meer functies. In hun laatste levensfase krijgen ze palliatieve zorg. Het zorgbeleid is dan gericht op zoveel mogelijk welbevinden, een aanvaardbare kwaliteit van leven en het voorkomen of verlichten van belastende symptomen. Het is

raadzaam om in een vroeg stadium van dementie na te denken over een betekenisvolle invulling van de laatste levensfase en gevoelige onderwerpen daarbij, zoals opname of euthanasie, met elkaar te bespreken en desgewenst een wilsverklaring op te stellen. Het van te voren bespreken en vastleggen van wensen van bewoners in de laatste levensfase, geeft mantelzorgers rust. Zij hoeven dan niet onverwacht de beslissing te nemen of er nog bv nog behandeld of gereanimeerd moet worden. Van de mensen die overlijden aan dementie overlijdt 90% in een zorginstelling. Slechts weinig mensen die overlijden ten gevolge van dementie, overlijden thuis (6,5%), wel lijkt het er op dat dit aantal aan het toenemen is. In de verpleeghuizen wordt voldoende aandacht besteed aan Advanced Care Planning (ACP), mantelzorgers hechten veel waarde aan continuïteit van zorgverleners en artsen, bij het bespreken van wensen en grenzen in de behandeling.

Wat willen we bereiken?

- Aandacht voor vroegtijdige zorgplanning (ACP) bij de mensen met beginnende dementie, zodat de mensen zelf in staat mee te denken en besluiten te nemen.
- Huisartsen, casemanagers en verpleegkundigen beschikken over voldoende kennis over vraagstukken rond het levenseinde zodat zij bij vragen van cliënten de juiste informatie of adviezen kunnen geven.
- Kwaliteit van leven voor alle mensen met dementie behouden tot het einde van het leven.
- Deskundige en passende ondersteuning en begeleiding in de laatste levensfase, thuis of in instelling.

• **De nazorgfase**

Voor de meeste familieleden, vrienden en bekenden is het toekomstbeeld duidelijk: hun partner, ouder of vriend(in) zal uiteindelijk overlijden. Na het overlijden van de persoon met dementie kan een groot gat ontstaan, waarmee naasten moeten leren omgaan. In deze fase spelen vragen als: Welke nazorg is mogelijk? Waar kunnen mensen terecht voor lotgenotencontact?

Wat willen we bereiken?

- Zorgvuldige afronding van de begeleiding van de mantelzorger door de casemanager bij opname en/of overlijden van de partner/familielid/vriend met dementie, in 1 of 2 nagesprekken.
- Nazorg voor de mantelzorger door zorgverlener van zorginstelling bij overlijden partner/familielid/vriend in het verpleeghuis.
- Informatie en advies is beschikbaar over mogelijkheden voor ondersteuning na overlijden partner of familielid waarvoor men zo lang heeft gezorgd.

4. Specifieke doelgroepen

In de regio moet bijzondere aandacht uitgaan naar 2 specifieke doelgroepen; jonge mensen met dementie en migranten met dementie. In de regio is wel samenwerking en overleg geweest op deze 2 terreinen, maar is niet voldoende tot concrete planvorming en aanpak gekomen. In werkbijeenkomsten zijn de fundamentele voor concrete plannen gelegd. Met de plannen gaan we aan de slag en de concrete uitwerking wordt opgenomen in het jaarplan 2019.

Wat willen we bereiken?

- Inzicht in aantallen en in spreiding over de regio van beide doelgroepen.
- Expertise bij casemanagement over beide doelgroepen vergroten.
- Bereik van beide doelgroepen voor voorlichting advies en casemanagement vergroten.
- Ondersteuningsaanbod ontwikkelend passend bij de behoeften van deze doelgroepen.

DEEL II

Plan van aanpak verder ontwikkeling Ketenzorg Dementie Waardenland

Versterking van de samenwerking in de keten	Planning
<ul style="list-style-type: none"> - actualisatie van het Zorgpad Ketenzorg dementie Waardenland, met ondersteuning van Dementiezorg voor Elkaar (Deltaplan) en afstemmen op Zorgstandaard dementie (actualisatie gereed april 2019) 1^e fase, is basisdocument gereed 	<p>Januari 2019 Medio 2019</p>
<ul style="list-style-type: none"> - vullen van het Zorgprogramma 	<p>Continue</p>
<ul style="list-style-type: none"> - de bestuurlijke betrokkenheid in de regio versterken door doel en samenstelling stuurgroep te evalueren en aan te passen 	<p>In voorbereiding</p>
<ul style="list-style-type: none"> - verbreden van de samenstelling van de werkgroep Ketenzorg maken voorstel inbrengen in stuurgroep ketenpartners benaderen 	<p>Jan/Feb 2019 Maart 2019 April/Mei 2019</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Actualisatie van de functiebeschrijving van de Coördinator Ketenzorg 	<p>Najaar 2019</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Jaarplan opstellen jaarlijks een korte evaluatie van het functioneren van de werkgroep en de coördinator, scherp blijven op functioneren, richting en doel en uitkomsten vertalen in acties jaarplan 	<p>Elk 4^e kwartaal</p>
<ul style="list-style-type: none"> - werken aan het betrokken houden van alle ketenpartners bij de Ketenzorg dementie, door verschaffen informatie en organiseren werkbijeenkomsten 	<p>Vertalen in Jaarplan</p>
<ul style="list-style-type: none"> - gestructureerde evaluatie van de uitvoering van het meerjarenbeleidsplan en vertaling van de resultaten daarvan naar de jaarplannen. 	<p>Eind van het jaar 1^e eind 2019</p>

Bevorderen ontwikkeling van de dementievriendelijke gemeente	Planning
<p>Algemeen</p> <ul style="list-style-type: none"> - het ontwikkelen en het inbrengen van materiaal voor informatie en deskundigheidsbevordering - het inbrengen van landelijke en regionale ontwikkelingen, voorbeelden en projecten - het bevorderen van uitwisseling tussen gemeenten - op vraag ontwikkelen van scholing en training, - basisscholing voor vrijwilligers - het bevorderen van eenduidigheid (als nodig) in kennis en kunde en werkwijze bij alle betrokkenen, door het gezamenlijk opstellen van kaders - verzamelen van kennis en kunde uit regio en verwerken van inbreng van deelnemers aan werkbijeenkomst <p>Optimaliseren van Signaleren-Informatie-Activiteiten-Ontmoeten-Dagbesteding-Respijtzorg door:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aanleveren beschikbare informatie aan gemeenten - inbrengen en uitwisselen van ideeën en ervaringen - bewaken eenduidigheid (voor de cliënten) waar nodig - definitieve afspraken en goede voorbeelden beschikbaar maken voor regio op Zorgprogramma - het bevorderen van vernieuwing in respijtzorg in samenwerking met gemeenten, werken met regionale werkgroep - samenwerken met en gebruik maken van alle kennis bij partners in de regio <p>Mogelijkheden mantelzorgondersteuning vergroten door:</p> <ul style="list-style-type: none"> - informatie en voorlichting op een eenduidige manier goed toegankelijk maken, beschikbaar in Zorgprogramma - tijdige inzet bevorderen van psychosociale ondersteuning van mantelzorgers door casemanagers, flyer maken bereikbaarheid - continu aanbod van Dementie en Nu, gevolgd door blijvend contact tussen lotgenoten als daar behoefte aan is. Uitvoering in nauwe samenwerking met gemeenten en MEE. - verder uitwerking en uitrol van Momant, mantelzorgondersteuning met activiteiten thuis voor mensen met dementie - in samenwerking met welzijn en zorg ontwikkelen van passende (dag)activiteiten en respijtzorg. 	<p>Continue en op verzoek van gemeenten</p> <p>Gereed op 1-1-19</p> <p>Opnemen in Zorgprogramma Start 1^e helft 2019</p> <p>Start 2019</p> <p>Continue</p> <p>Januari 2019</p> <p>Kan ingekocht worden door gemeente</p> <p>2^e helft 2019</p>

Bevorderen ondersteuning door een gevarieerd aanbod aan ontmoeten, activiteiten en opvang door:

- in gesprek gaan met mensen met dementie en mantelzorgers over wensen en ideeën bij dagbesteding
- analyse op lokaal en op regioniveau uitvoeren
- activiteiten, ontmoeting en dagbesteding meer laten aansluiten bij de (individuele) wensen en behoeften van de mens met dementie en de mantelzorger
- aandacht voor dementie bij verenigingen vergroten
- in gezamenlijkheid het proces van indicatiestellen/aanvragen vereenvoudigen.
- plan maken met gemeenten en Alzheimer Nederland

1^e helft 2019

Bevorderen lokale ketensamenwerking	Planning
<p>Lokale samenwerking</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aanbod voor (gestandaardiseerde) lokale ketenbijeenkomst met medewerkers WMO, welzijn, sociaal team, thuiszorg, huisarts/ praktijkondersteuner en casemanager dementie, waarin betrokkenen kennismaken, weten wie wat doet (werkafspraken en werkafspraken vastleggen) en welke ontwikkelingen er zijn. - Kan uitgevoerd worden door de ketencoördinator. 	<p>Gereed 1 januari 2019</p>
<p>Samenwerking met (alle) huisartsen en praktijkondersteuners verstevigen door:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in regiobijeenkomsten verantwoordelijkheden, werkwijze en taakverdeling te bespreken en gezamenlijk vast te stellen - ondersteunen van organiseren MDO met alle huisartsen - met casemanagement duidelijk aanspreekpunt organiseren voor huisarts - communicatie en informatie uitwisseling verbeteren door onderzoek naar mogelijkheden Caresharing, uitwerken in regio-project. 	<p>Uitwerken in Jaarplan</p>
<p>Samenwerking met Thuiszorg verder verstevigen door:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vanuit de keten ondersteunen/bevorderen van planmatige deskundigheidsbevordering op gebied van dementie in de thuiszorg. - beschikbaar stellen van workshops/scholing en materiaal - regionaal de samenwerkingsafspraken tussen casemanagement en thuiszorg actualiseren en verdiepen, taken en verantwoordelijkheden aanscherpen, met als doel gezamenlijk goede begeleiding voor meer mensen met dementie. 	<p>Uitwerken in Jaarplan</p>
<p>Samenwerking met Welzijn verder verstevigen door:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gezamenlijke analyse wat er is en welke mogelijkheden tot verder ontwikkelen wenselijk zijn - plan maken voor activiteiten en voor participatie in lokale samenwerking - betrekken vrijwilligers - deskundigheidsbevordering waar wenselijk. 	<p>Uitwerken in Jaarplan</p>
<p>Apothekers betrekken bij de ketenzorg door:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aandacht voor farmaceutische zorg voor mensen met dementie - begeleiding van de patiënt bij gebruik van geneesmiddelen bespreken - als nodig afstemming en samenwerking met ketenpartners verbeteren - start met kennismaken en behoeften in kaart brengen 	<p>1^e helft 2019</p>

Ontwikkelen team Casemanagers	Planning
<p>Beschikbaarheid Casemanagement dementie vergroten dementie door:</p> <ul style="list-style-type: none"> - duidelijke bereikbaarheid voor mantelzorgers en verwijzers - geen wachtlijst, bereiken door samenwerking - verdieping psychosociale ondersteuning en coördinatie - begeleiding door casemanagement ook tijdens tijdelijke (ziekenhuis)opname - expertise in zorg voor jonge mensen en migranten vergroten - samenwerking welzijn en thuiszorg verder versterken - administratielast verminderen in overleg met organisaties en verzekeraars. <p>Werken aan Expertteam van casemanagers in regio door:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deskundigheidsbevordering casemanagers - samenwerking met en consultfunctie van specialisten ouderengeneeskunde organiseren. 	<p>2019</p> <p>Uitwerken plan 2^e helft 2019</p>

Aansluiting bij opname	Planning
<p>Overdracht verbeteren door:</p> <ul style="list-style-type: none"> - onderzoeken verbetermogelijkheden opname in ziekenhuis, aansluiten bij project van ASZ - onderzoeken verbetermogelijkheden opname in verpleeghuis - standaardiseren van overdrachtgegevens en gesprekken <p>Proces rond WLZ-indicatie en opname versoepelen door:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in samenwerking met CIZ proces van indicatie-aanvragen minder arbeidsintensief te maken - het doorlopen van begeleiding door casemanager bij WLZ-indicatie verder verbeteren <p>Goede zorg in laatste levensfase door:</p> <ul style="list-style-type: none"> - blijvende aandacht voor deskundigheidsbevordering casemanagers - werkafspraken met betrokkenen voor afstemming zorg (casemanagement-huisarts-thuiszorg) - samenwerken met netwerk palliatieve zorg (Project Drechtsteden) - aandacht voor palliatieve zorg bij dementie in basisscholing. <p>Nazorg optimaliseren door:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zorgen dat 1 of 2 nazorgcontacten mogelijk worden door de casemanager, nu niet mogelijk vanwege financieringsstructuur - verkennen of opzetten lotgenoten gesprek en/of groepen wenselijk zijn voor mensen wiens partner aan dementie is overleden. 	<p>vanaf 2020</p>

Specifieke doelgroepen	Planning
<p>Verbetering en vernieuwing ketenzorg voor jonge mensen met dementie door:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in kaart brengen cijfers specifieke doelgroepen in de regio - regionaal de krachten bundelen met betrokkenen partijen - bevorderen kennis over deze doelgroepen in de regio - signaleren / herkennen van signalen versterken, aandacht vragen bij huisartsen en bedrijfsartsen - inzetten van reeds ontwikkeld materiaal en kennis en ideeën uit regio - deskundigheid van casemanagement vergroten, opleiding Kenniscentrum - gerichte mantelzorgondersteuning ontwikkelen en uitvoeren - ontwikkelen gerichte mogelijkheden voor ontmoeting en dagbesteding in samenwerking met ketenpartners - ondersteuning door adviseur van Dementiezorg voor Elkaar (Deltaplan) - werken aan de hand van het 'Advies Zorgtraject bij dementie op jonge leeftijd van kenniscentrum Dementie op jonge leeftijd'. 	<p>1^e helft 2019</p> <p>2019</p> <p>reeds gestart</p>
<p>Verbetering en vernieuwing ketenzorg voor migrantengroepen, door:</p> <p>Doel: migrantengroepen in beeld krijgen en aandacht voor migrantengroepen en dementie vergroten door planmatig te werken aan (vroeg)signalering, voorlichting, gerichte voorzieningen.</p> <p><i>In kaart brengen cijfers migrantengroepen in de regio</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - migrantenachtergronden, aantallen, gemeenten - samenwerking met Dienst Gezondheid en Jeugd - in gesprek gaan met Pharos over ondersteuningsmogelijkheden - in gesprek gaan met DvE over ondersteuningsmogelijkheden <p><i>Krachten bundelen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - onderzoeken mogelijkheden uitbouwen samenwerking tussen Interculturele Zorgconsulenten en ketenzorg dementie/CMD - deskundigheidsbevordering casemanager en als mogelijk aanstellen casemanager met migrantenachtergrond - er is veel kennis en ervaring bij de Interculturele zorgconsulenten rond ondersteunen van mantelzorgers, huisartsen/praktijkondersteuner en casemanagers dementie in het bevorderen en bespreekbaar maken van (de diagnose) dementie; mogelijkheden onderzoeken om deze kennis en ervaring beschikbaar te krijgen voor de regio Waardenland - de coördinator van de i.z.c en de coördinator van de ketenzorg gaan hiervoor met betrokken partijen in gesprek <p><i>Gerichte mantelzorgondersteuning ontwikkelen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - laagdrempelige bijeenkomsten voor mantelzorgers - aansluiten bij wensen en behoeften vanuit migrantenachtergrond 	<p>Met betrokken ketenpartners een plan maken</p> <p>Start begin 2019</p>

<p><i>Voorlichting geven aan migrantengroepen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - voorlichting gericht op het herkennen van signalen die kunnen wijzen op dementie - bespreekbaar maken van ondersteuning en begeleidingsmogelijkheden voor migranten met dementie en voor hun mantelzorgers en(nadrukkelijk) familie - samenwerken met moskeeën - gebruik maken van de expertise van Pharos en NOOM <p><i>Ontwikkelen gerichte mogelijkheden voor ontmoeting en dagbesteding</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - bespreken met ketenpartners wat zij kunnen en willen betekenen - werkbezoek aan goede voorbeelden in het land - uitwerken van mogelijkheden ontmoeting en dagbesteding/respijtzorg <p>Met betrokken partijen een regionale werkgroep samenstellen en plan van aanpak opstellen</p>	<p>1^e kwartaal 2019</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------

Betrokkenheid bij landelijke ontwikkelingen en inbrengen in regio	Planning
<p>Oplossen knelpunten in financiering en regelgeving door:</p> <p>Zorgval</p> <ul style="list-style-type: none"> - continue aandacht vragen voor de knelpunten door aanleveren cijfers en casuïstiek - nieuwe afspraak VWS van mei 2018 is maar zeer beperkt een oplossing voor kunnen voortzetten casemanagement bij een WLZ-indicatie, daar is nog vervolg nodig <p>Schotten</p> <ul style="list-style-type: none"> - met regionale partijen (gemeenten/WMO en CIZ) komen tot een gezamenlijke concrete visie op en aanpak van de werkwijze rond indicatie aanvragen en uitvoeren - gezamenlijk bepalen waar de grenzen liggen van zolang mogelijk thuis wonen, zodat voor alle betrokkenen in de regio, vooral voor de mensen met dementie en hun mantelzorgers, duidelijk en eenduidig is <p>Casemanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> - met verzekeraar zoeken naar mogelijkheden rendabel maken werk van casemanager - afspraken maken met verzekeraar over indicatiestellen door casemanager voor eigen werk - mogelijkheden voor voorlichting en scholing aan groepen door casemanagement te vergroten - afspraken maken rond casemanagement tijdens ziekenhuisopname, voor mantelzorger en cliënt - goede afronding van casemanagement mogelijk maken door nazorg te kunnen bieden. 	<p>Betrokken blijven bij landelijke acties</p> <p>Aandacht in inkoopgesprekken</p>

Bijlage 1 Landelijke ontwikkelingen

Landelijke ontwikkelingen	Regionale ontwikkelingen
<p><i>Actieplan casemanagement dementie</i> Dit actieplan is onderdeel van Deltaplan Dementie, een overheidsprogramma om de dementiezorg in Nederland te verbeteren. Het actieplan casemanagement dementie is in 2016 in het leven geroepen nadat er steeds meer signalen kwamen rondom zorgen over het casemanagement. Er zouden wachtlijsten zijn en het casemanagement werd versnipperd/op diverse wijzen uitgevoerd. Eén van de doelen van het actieplan was het in kaart brengen van de wachtlijsten voor casemanagement.</p>	<p>Vanuit de regio zijn we nauw betrokken geweest bij het Actieplan. OP alle manieren hebben wij onze opvattingen en werkwijzen ingebracht en cijfers aangeleverd.</p>
<p><i>Casemanagementmodellen</i> Vanuit het actieplan casemanagement zijn de varianten van casemanagement in kaart gebracht. Lees hier het onderzoek. De zorgverzekeraars willen naar een beperkter aantal varianten toe. Vanuit Dementiezorg voor Elkaar is er momenteel een werkgroep van professionals die begin 2018 een voorstel doet aan de zorgverzekeraars voor één manier van organiseren. De zorgverzekeraars ontvangen deze aanbeveling begin 2018 en besluiten op welke wijze dit meespeelt in de inkoop Eisen 2019.</p>	<p>De inhoud en organisatie van het casemanagement in Waardenland zijn passend bij de verwachte landelijke keuzes.</p>
<p><i>Samen op weg</i> Samen op weg is een project van gezamenlijke zorgverzekeraars. Het doel is te onderzoeken wat de effectiviteit is van dementienetwerken, om zodoende een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de zorg voor mensen met dementie. Vijf sleutelfactoren vormen de basis van de samenwerking: Structuur, spelregels, inhoud, ontwikkelingsperspectief en financiering. Bronnen voor het onderzoek zijn: Uitkomstindicatoren Dementie, Netwerkindicatoren Dementie en zorggebruikindicatoren (Vektis). De uitkomsten van dit traject zullen worden vertaald naar de inkoop Eisen 2019 van de zorgverzekeraars.</p>	<p>De Ketenzorg werkt mee aan de Netwerkindicatoren Dementie en zal participatie in de Uitkomstindicatoren dementie overwegen.</p>
<p><i>Expertisegebied casemanagement dementie</i> In september 2017 is door V&VN het 'Expertisegebied Dementieverpleegkundige (voorheen casemanager dementie)' gepubliceerd. Waar in het oorspronkelijke expertisegebied stond dat de casemanager bij voorkeur een verpleegkundige is, geldt nu dat de dementieverpleegkundige een hbo-verpleegkundige is, die bovendien een aanvullende opleiding casemanagement dementie moet hebben gevolgd. Vanuit BPSW (beroepsvereniging van professionals in sociaal werk) is men ook bezig om een expertisegebied 'casemanagement dementie' te beschrijven, DNN is hierbij nauw betrokken.</p>	<p>Wij streven in de regio naar een gemixt team van casemanagers dementie. Het regionale team is samengesteld uit casemanagers met een sociale en met een verpleegkundige achtergrond. Wenselijk is een casemanager met een migrantenachtergrond aan te stellen.</p>

<p><i>Dementie Netwerk Nederland</i> In 2017 is de stichting Dementie Netwerk Nederland opgericht, een overkoepelend orgaan waar de ketenregisseurs van de dementienetwerken zich bij kunnen aansluiten. DNN heeft als doel om d.m.v. het bundelen van krachten zichtbaarheid, daadkracht en maatwerk in de regionale netwerken te versterken en daarmee een belangrijke bijdrage te leveren aan de verbetering van dementiezorg in Nederland. Leden van DNN zijn automatisch lid van Deltaplan Dementie.¹</p>	<p>De Ketenzorg dementie Waardenland is lid van DNN. De coördinator is momenteel voorzitter van DNN. Vanuit deze functie hele goed op de hoogte van de landelijke ontwikkelingen en de toepasbaarheid en bruikbaarheid voor de regio.</p>
<p><i>Onderzoek via Memorabel</i> 'Memorabel' is het onderzoeksprogramma van Deltaplan Dementie. Doel is de kwaliteit van leven van mensen met dementie en de aan hen geleverde zorg en ondersteuning te verbeteren. Dit gebeurt door het uitvoeren van onderzoek en het ontwikkelen en toepassen van effectieve en doelmatige instrumenten, interventies en zorgmodellen.</p>	<p>Volgen</p>
<p>Landelijke ontwikkelingen</p>	
<p><i>Praktijkprogramma Dementiezorg voor elkaar</i> 'Dementiezorg voor Elkaar' is het zorgverbeteringsprogramma van Deltaplan Dementie. Doel is de kwaliteit van leven van thuiswonende mensen met dementie 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. Het programma ondersteunt samenwerkingsverbanden van professionals die hieraan willen werken. U kunt kosteloos ondersteuning aanvragen.</p>	<p>In de regio krijgen wij ondersteuning van DvE bij het verder ontwikkelen van de zorg voor jonge mensen met dementie. Ook voor de zorg voor migrantengroepen is het wellicht wenselijk ondersteuning van DvE te vragen.</p>
<p><i>Samen Dementievriendelijk</i> 'Samen dementievriendelijk' is het programma van Deltaplan Dementie dat werkt aan een Dementievriendelijke samenleving. Doel is de komende jaren Nederlanders bewust maken van de impact van dementie op de samenleving. Het helpt als mensen dementie niet alleen herkennen, maar vervolgens ook iets kunnen betekenen voor iemand met dementie of een mantelzorger.</p>	<p>Vanuit de ketenzorg wijzen wij altijd gemeenten en organisaties op de mogelijkheden van "Samen dementievriendelijk".</p>
<p><i>Zorgstandaard Dementie</i> De landelijke zorgstandaard dementie beschrijft de landelijke standaard voor de kwaliteit van de dementiezorg. De zorgstandaard wordt momenteel herzien. Eind 2019 is er een nieuwe standaard. Lees hier meer over de ontwikkelingen.</p>	<p>Volgen en mee denken waar mogelijk. Is belangrijke ontwikkeling.</p>
<p><i>Dementiemonitor mantelzorg</i> Alzheimer Nederland en Nivel voeren 1x per 2 jaar een onderzoek uit onder mantelzorgers met dementie. Bij voldoende respons in de regio kan er een regionale rapportage worden gemaakt. Lees meer in de Dementiemonitor mantelzorg. Elk jaar stelt Alzheimer Nederland twee focusbrieven samen: één voor zorgverzekeraars en één voor gemeenten.</p>	<p>We werken nadrukkelijk mee aan de Dementiemonitor en halen ook zeker de norm voor een regio-rapportage. Landelijke rapportage = sept. 2018 Regionale rapportage = dec. 2018</p>
<p><i>Landelijke onderzoeken</i> Vanuit Vilans worden er jaarlijks twee onderzoeken gedaan naar indicatoren die van invloed zijn op. De Uitkomstindicatoren Dementie, Netwerkindicatoren Dementie.</p>	<p>Overwegen deelname "Uitkomstindicatoren"</p>

¹ Bron: Basisdocument Dementie Netwerk Nederland

<p><i>Register Dementiezorg en Ondersteuning</i></p> <p>Vanuit het programma Dementiezorg voor Elkaar wordt gewerkt aan de opzet van een landelijk Register Dementiezorg en Ondersteuning. Een belangrijk doel van het Register is om regionale samenwerkingsverbanden te voorzien van feedback over de kwaliteit van hun zorg en ondersteuning. Dit stelt hen in staat op de zorg en ondersteuning verder te verbeteren. Het gaat om een sector overstijgend Register. Het Register wordt opgezet in samenwerking met belangrijke veldpartijen, onder wie ook de ketenregisseurs.</p>	<p>Volgen</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------

Bijlage 2 Cijfers regio Waardenland

Kerncijfers en prognose mensen met dementie Gemeenten Drechtsteden Alblasserwaard en Vijfheerenlanden

Drechtsteden	Inwoners *			Prognose aantal mensen met dementie **					
	Totaal	65 jaar en ouder	Percentage van totaal	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Alblasserwaard	20.008	3868	19,3%	360	390	450	520	570	610
Dordrecht	118.731	21.644	18,2%	2.000	2.200	2.500	2.900	3.300	3.700
Hendrik-Ido-Ambacht	29.731	4.925	16,6%	420	520	630	750	870	980
Papendrecht	32.292	6.816	21,1%	540	670	790	920	1.000	1.100
Sliedrecht	25.012	4.795	19,2%	470	560	660	770	890	970
Zwijndrecht	44.417	9.760	22,0%	900	1.000	1.200	1.400	1.500	1.700
Totaal	270.191	51.808	19,2%	4.690	5.340	6.230	7.260	8.130	9.060

Alblasserwaard en Vijfheerenlanden	Inwoners *			Prognose aantal mensen met dementie **					
	Totaal	65 jaar en ouder	Percentage	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Giessenlanden	14.596	2.842	19,5%	200	220	270	340	390	430
Gorinchem	35.755	6.369	17,8%	600	690	780	910	1.100	1.200
Hardinxveld-Giessendam	17.872	4.947	27,7%	310	360	420	500	570	630
Molenwaard	29.212	4.964	17,0%	370	400	470	560	640	690
Zederik	13.842	2.560	18,5%	210	250	300	370	430	470
Leerdam	20.905	4.055	19,4%	370	420	510	630	750	820
Lingewaal	11.158	2.085	18,7%	160	180	220	280	320	360
Totaal	143.340	27.822	19,4%	2.220	2.520	2.970	3.590	4.200	4.600

* Cijfers CBS Statline 2017

** Cijfers Alzheimer Nederland 2017

Overzicht ketenzorg dementie

Q1 2018	
Aantal cliënten	1518
Aantal nieuwe cliënten	277
Aantal cliënten uit zorg	267
Opname	138
Crisisopname	37
Overlijden	37
Aantal cliënten zonder diagnose	202
Aantal cliënten met diagnose	1316
Aantal cliënten met WLZ	204
Aantal cliënten met Thuiszorg	799
Aantal jonge mensen met dementie	50
Wachlijst	86
Wachlijst > 6 weken	39
Aantal cliënten per gemeente	
Dordrecht	392
Zwijndrecht Heerjansdam	147
Hendrik Ido Ambacht	64
Alblasserwaard	87
Papendrecht	146
Sliedrecht	91
Hardinxveld Giessendam	61
Giessenlanden	47
Zederik	28
Molenwaard	75
Gorinchem	128
Leerdam	87
LvHA	70

Overzicht ketenzorg dementie

Q2 2018	
Aantal cliënten	1444
Aantal nieuwe cliënten	215
Aantal cliënten uit zorg	165
Opname	86
Crisisopname	24
Overlijden	21
Aantal cliënten zonder diagnose	255
Aantal cliënten met diagnose	1146
Aantal cliënten met WLZ	190
Aantal cliënten met Thuiszorg	770
Aantal jonge mensen met dementie	49
WachtlIJst	109
WachtlIJst > 6 weken	

Aantal cliënten per gemeente	
Dordrecht	284
Zwijndrecht Heerjansdam	172
Hendrik Ido Ambacht	87
Alblasserdam	67
Papendrecht	140
Sliedrecht	87
Hardinxveld Giessendam	59
Giessenlanden	36
Zederik	30
Molenwaard	67
Gorinchem	101
Leerdam	87
LvHA	0

Bijlage 3 Bronnen

- rapporten / Dementiemonitor / Actieplan / Deltaplan Dementie
- landelijke ontwikkelingen
- regionale registratie
- het Regiosymposium Ketenzorg Waardenland februari 2018
- werkbijeenkomsten met managers, teamleiders en medewerkers van gemeenten en uit zorg en welzijn.