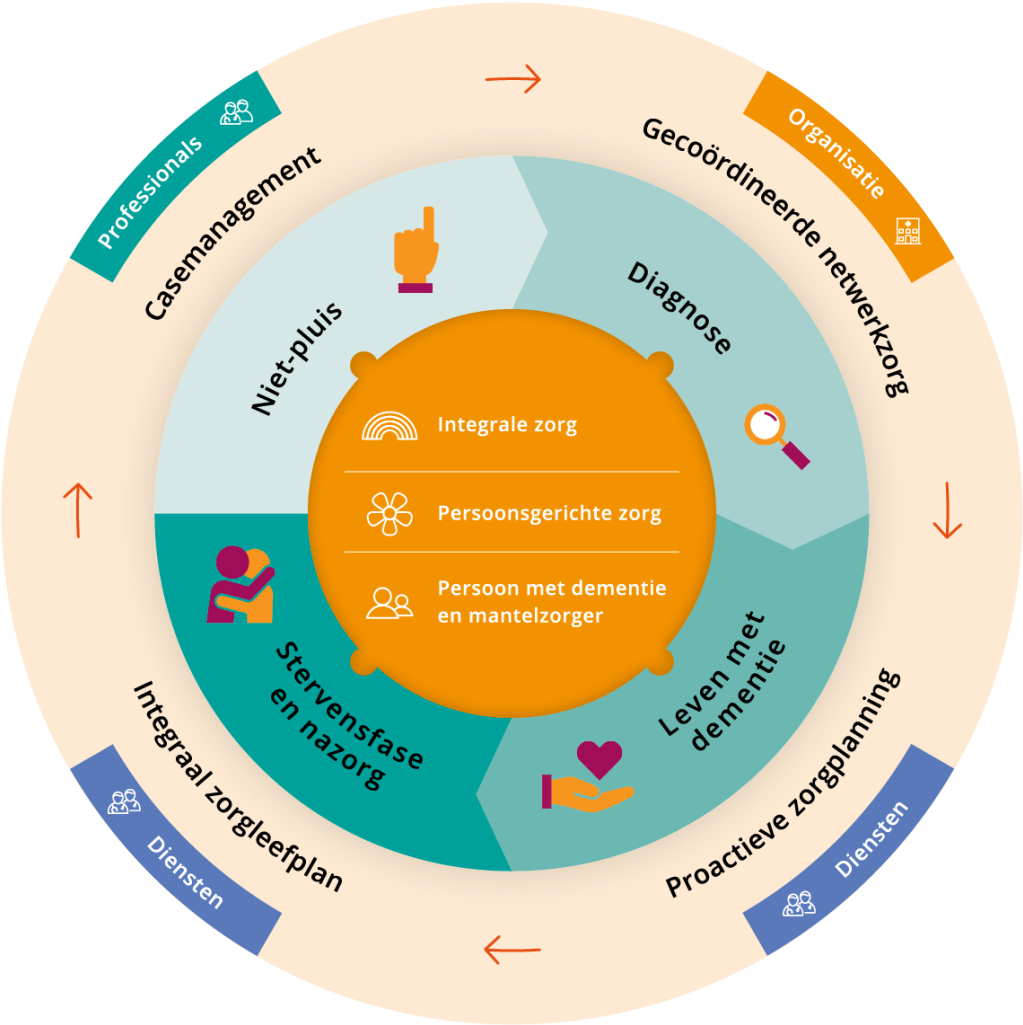
Meerjarenbeleidsplan 2022-2025 Ketenzorg Dementie Waardenland

(Onderbouwing van de publieksversie van het MJBP)

De cliënt, mantelzorger en professional centraal!

Samen voor de beste maatwerk zorg en ondersteuning



Inhoudsopgave

Inleiding 3

- Dementie: de gevolgen voor de maatschappij
- De feiten op een rijtje
- Doelstellingen van ons netwerk

Landelijke ontwikkelingen 5

- De nationale Dementie Strategie
- De Herziene Zorgstandaard
- Dementie Netwerk Nederland

Regionale ontwikkelingen 6

- Symposium
- Inkoopbeleid VGZ
- Dementie monitor
- Alzheimer Nederland

Aandachtsgebieden 2022-2025 9

- Preventie
- Mantelzorg
- Specifieke doelgroepen
- Niet-pluis fase
- Leven met dementie inclusief laatste levensfase en nazorg

Randvoorwaarden 15

- Casemanagement
- Samenwerken in de 1e lijn
- Integraal zorgleefplan
- Pro-actieve zorgplanning
- Gecoördineerde netwerkzorg: Samenwerken en ontschotten
- Governance

Afsluitend woord 17

Inleiding

In de regio Waardenland is de afgelopen jaren gewerkt aan kwaliteitsverbetering en samenhang in de zorg voor mensen met dementie door de samenwerkingspartners in de Ketenzorg Dementie Waardenland volgens het Meerjarenbeleidsplan 2018-2021*. [1]

De verwachte toename van het aantal mensen met dementie maakt duidelijk dat ook de komende jaren veel aandacht nodig is voor het verder werken aan optimale ketenzorg. De (dubbele) vergrijzing in Nederland betekent een sterke toename van het aantal mensen met dementie. Er zijn nu 290.000 mensen met dementie in Nederland, dit aantal verdubbelt tot meer dan een half miljoen in 2040. [2] Deze mensen zullen langer thuis zorg en ondersteuning krijgen. En een groot deel daarvan zijn mensen met een niet-Westerse achtergrond. [3]

Dit nieuwe Meerjarenbeleidsplan geeft onze missie en visie weer en laat in grote lijnen zien waar we aan gaan werken de komende jaren. Dit plan is tot stand gekomen in samenwerking met onze partners in de regio: gemeenten, ziekenhuizen, huisartsen, welzijnsorganisaties, Alzheimer NL, GGD, GGZ, etc. Samen met hen kunnen we werken aan onze doelstellingen en de gewenste resultaten bereiken.

In de visie van de Ketenzorg Dementie Waardenland is de begeleiding van mensen met dementie, familie en sociaal netwerk gericht op het zelf de regie houden over hun eigen leven en ondersteuning bieden bij het zelf oplossen van problemen. We gaan daarbij uit van een breed begrip van gezondheid en welbevinden.

Zorg en welzijn worden in deze visie geïntegreerd, naast de aandacht voor de ziekte. We gaan ons richten op wat er wel kan, wat helpt de mens met dementie om zich prettig te voelen/leefplezier te behouden [4].
Samen werken vanuit deze visie helpt om meer samenhang te bereiken in zorg en ondersteuning, zowel regionaal als lokaal en bij de ontwikkeling van een dementievriendelijke gemeente. Dit bereiken we door:

1. Flexibel inspelen op de beste zorg en ondersteuning voor mensen met dementie en hun netwerk.
2. Ontwikkeling en professionalisering van het onafhankelijk team van casemanagers met een eenduidige werkwijze, leren van elkaar en aansluiten bij de innovatieve mogelijkheden.
3. Integraal samenwerken en organiseren van dementiegericht aanbod en kennisdeling, met de netwerkpartners van de diverse domeinen (zorg, welzijn en medisch) in onze regio.

Dementie: de gevolgen voor mens en maatschappij

Dementie is de naam voor een combinatie van symptomen, waarbij de hersenen informatie niet meer goed kunnen verwerken. Dementie is een verzamelnaam voor ruim tachtig ziektes, waarvan Alzheimer de bekendste is.
Dementie zorgt voor een hoge ziektelast in de bevolking. Hiermee wordt bedoeld dat er zowel sprake is van verlies aan gezonde jaren (door geheugenproblemen, spraak, herkenning en het uitvoeren van dagelijkse bezigheden), als vroegtijdige sterfte. Dementie heeft vaak een ontwrichtend effect op het leven van de persoon zelf én op het leven van de mensen in zijn of haar naaste omgeving.

---

[1] https://www.ketenzorgdementiewaardenland.nl/meerjarenbeleidsplan/
[2] https://www.alzheimer-nederland.nl/factsheet-cijfers-en-feiten-over-dementie
[3] https://www.leydenacademy.nl/welbevinden-van-ouderen-met-een-migratie-achtergrond/
[4] https://www.vilans.nl/artikelen/inzet-positieve-gezondheid-bij-dementie-en-geriatrische-revalidatie-onderzocht

Uit onderzoek van het CBS blijkt dat dementie een van de belangrijkste oorzaken van sterfte onder Nederlanders is en dat, door een groeiende levensverwachting, dementie in 2040 de belangrijkste doodsoorzaak zal zijn.

De feiten op een rijtje[5]

- Momenteel leven er 290.000 mensen met dementie in Nederland. Rond 2040 zijn dat er meer dan 500.000. In 2050 al 620.000 mensen.
- Dementie is doodsoorzaak nummer 1 bij vrouwen.
- 1 op 5 mensen krijgt dementie. 1 op 3 vrouwen krijgt dementie; tegenover 1 op 7 mannen
- Ieder uur komen er 5 mensen met dementie bij.
- De meest voorkomende vorm van dementie is de ziekte van Alzheimer (70%).
- Ongeveer 70% van de mensen met dementie woont gewoon thuis. Dementie heeft grote impact op henzelf en hun mantelzorgers/familie.

Overzicht van gemeentes in Waardenland en de schattingen van aantallen mensen met dementie

Waardenland: Prognose aantal mensen met dementie per gemeente	**2020**	**2025**	**2030**	**2040**	**2050**
Alblasserdam	370	430	470	530	610
Dordrecht	2000	2200	2600	3400	4000
Hardinxveld-Giessendam	300	340	400	500	600
Hendrik Ido Ambacht	450	520	620	850	1000
Papendrecht	610	740	860	1000	1200
Sliedrecht	500	600	710	910	1100
Zwijndrecht	940	1100	1200	1600	1800
Molenlanden	640	790	970	1300	1500
Gorinchem	600	700	820	1100	1400
Totaal	**6410**	**7420**	**8650**	**11.190**	**13.210**

[5] : *https://www.samendementievriendelijk.nl/sites/default/files/2020-02/Factsheet-dementie-per-gemeente.pdf*

Input vanuit landelijke ontwikkelingen

De Nationale Dementie strategie [6] en de herziene Zorgstandaard Dementie [7] zijn nodig om het hoofd te bieden aan de uitdagingen waar de dementiezorg in Nederland voor staat, zoals:

- het toenemend aantal mensen met dementie
- langer thuiswonende cliënten
- stijging van de zorgkosten
- de zorgkloof

Doelstellingen vanuit de Nationale Dementie Strategie

- In 2025 heeft elk netwerk algemene informatie over dementie met regionale 'wie, wat, waar' beschikbaar voor professional en patiënt.
- In 2025 werkt elk netwerk volgens de zorgstandaard dementie.
- Vanaf 2030 werkt elk netwerk zelflerend met gegevens uit het register dementiezorg en – ondersteuning.
- Vanaf 2030 is elk netwerk geborgd in de regio en zijn samenwerkingsafspraken vastgelegd, met structurele financiering.

Er zijn 3 belangrijke thema's uitgewerkt:
'Dementie de wereld uit': onderzoek naar alle aspecten van dementie.
'Mensen met dementie tellen mee': iemand met dementie is een waardevol lid van de samenleving en moet ook als zodanig benaderd worden.
'Steun op maat bij leven met dementie': het versterken van de regionale netwerken voor dementiezorg.

Dementie Netwerk Nederland
Dementie Netwerk Nederland (DNN) is een landelijk samenwerkingsverband van en door coördinatoren van regionale dementienetwerken. De netwerkcoördinatoren kennen de regio, de samenwerking – problemen en goede voorbeelden – en weten waar de ondersteuning en zorg voor mensen met dementie en hun naasten voldoen en waar niet. Met de samenwerkingspartners in de regio zetten zij zich op lokaal en regionaal niveau in voor verbetering van ondersteuning en zorg voor mensen met dementie. De kennis en ervaring van de regio's worden ingebracht in DNN.

DNN heeft op 4 juni 2020 de opdrachtbevestiging ontvangen van het ministerie van VWS om een praktijkgericht plan [8] op te stellen voor het onderdeel 'Verdere ontwikkeling van de regionale netwerken voor dementiezorg' binnen de Nationale Dementiestrategie.

---

[6] https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/11/30/nationale-dementiestrategie-2021-2030
[7] https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/11/30/nationale-dementiestrategie-2021-2030
[8] https://www.dementienetwerknederland.nl/wp-content/uploads/2021/08/202011-Plan-van-Aanpak-DNN-Steun-op-maat-bij-leven-met-dementie.pdf

Doelstelling vanuit de Herziene Zorgstandaard Dementie

"Zo snel als mogelijk, maar uiterlijk in 2025, werken alle professionals in elk regionaal dementienetwerk volgens de Zorgstandaard Dementie. Dat betekent: domein-overstijgend, persoonsgericht, doelmatig, tijdig en proactief"
De herziene zorgstandaard dementie is de leidraad voor goede zorg en ondersteuning en ter stimulering van kwaliteitsverbetering in alle domeinen van wonen, welzijn, behandeling, zorg en ondersteuning. Het geeft een heldere visie op persoonsgerichte en integrale benadering voor mensen met dementie en hun mantelzorgers. Ter ondersteuning zijn er 25 aanbevelingen en indicatoren, die de onderlegger zijn van dit Meerjarenbeleidsplan.

Input vanuit regionale ontwikkelingen in Waardenland

Symposium 7 oktober 2021

Verschillende sprekers uit de praktijk namen ons mee in de reis die onze cliënten en mantelzorgers maken en de rol van de professional daarin. Zij leverden een aantal uitdagende vragen en stellingen voor de toekomst die besproken werden in subgroepen om met elkaar vast te stellen waar prioriteiten moeten liggen de komende jaren. Die input is gebruikt om samen met de stuurgroep en de werkgroep een Meerjarenbeleidsplan op te stellen waarmee we daadwerkelijk aan de slag kunnen gaan de komende jaren. De hoofdlijnen worden jaarlijks uitgewerkt in een Jaarplan.

Inkoopbeleid VGZ en eisen aan ketenzorg dementie:

1. Zinnige zorg: betere zorg voor de patiënt tegen lagere kosten, met de zorgverlener als ambassadeur
2. Arbeidsmarkt: hoe kan de zorg efficiënter?
3. Digitalisering: digitale oplossingen kunnen de zorg ondersteunen
4. Ketensamenwerking: welke zorg kan wanneer en door wie geleverd worden?

Dementiemonitor 2020[9]

In 2020 is de Dementiemonitor 2020 verspreid en zo ook de regiorapporten. De belangrijkste resultaten zijn weergegeven in een Infographic. Ook het gehele Regiorapport Dementiemonitor 2020 - Waardenlanden is beschikbaar [10]

Alzheimer Nederland

Alzheimer NL heeft focusbrieven[11] gemaakt voor gemeentes, zorgkantoren en zorgverzekeraars. In deze brief staan 5 punten waardoor mensen met dementie veiliger en langer thuis kunnen meedoen. De persoon met dementie wil graag onderdeel uitmaken van zijn omgeving. De mantelzorger wil het zo lang mogelijk volhouden. Daarom zijn juist bij dementie preventieve maatregelen en maatwerk nodig. Denk hierbij aan mantelzorgondersteuning, dagbesteding en respijtzorg.

Ketenzorg dementie Waardenland werkt nauw samen met Alzheimer regio Drechtsteden en West Alblasserwaard om onze gezamenlijke doelstellingen te bereiken en elkaar daarin te versterken.

---

[9] https://www.alzheimer-nederland.nl/sites/default/files/directupload/dementiemonitor-2020-infographic.pdf

[10] https://www.drechtzorg.nl/wp-content/uploads/2020/12/Regiorapport-Dementiemonitor-2020-Waardenlanden.pdf

[11] https://www.alzheimer-nederland.nl/over-ons/belangenbehartiging/focusbrief

De cliënt, mantelzorger en professional centraal!

Samen voor de beste maatwerk zorg en ondersteuning

Aandachtsgebieden 2022-2025

Het Meerjarenbeleidsplan is gebaseerd op de reis van de cliënt en de mantelzorger zoals beschreven in de Herziene Zorgstandaard dementie. Daaraan hebben we de professional toegevoegd. De 25 aanbevelingen en indicatoren vormen de onderlegger. Per fase van het dementieproces worden specifieke aandachtspunten voor onze regio benoemd waar we de komende 3 jaar aan werken.

Deze aandachtsgebieden worden geconcretiseerd in een actieplan en afgestemd met stuurgroep en VGZ.

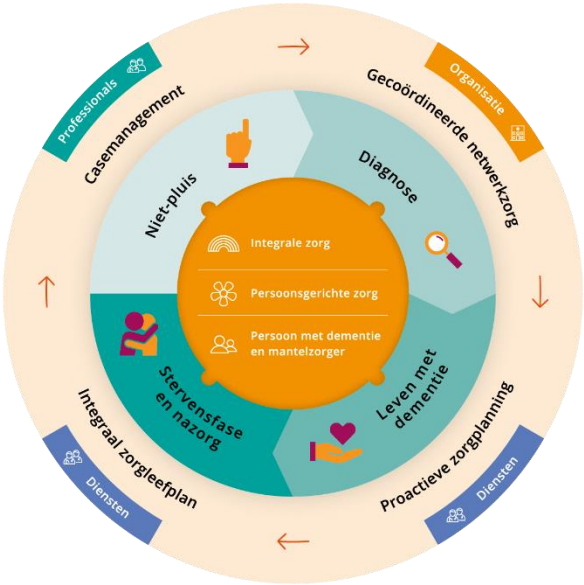
Quote van een casemanager:

"Als we echt volgens de zorgstandaard dementie kunnen werken dan is dat prima! Daar staat precies in wat zou moeten. Alleen is het niet mogelijk om toe te passen in verband met de financiering. Wij volgende de zorgstandaard. Financiers, maak dat mogelijk!!"

Maatwerk moet en blijft voor de cliënt centraal staan. Bepaalde systemen zijn niet ingericht op maatwerk. Ze zijn ingericht op doelgroepen en expertise en hangen vaak aan een afdeling, terwijl maatwerk voor de cliënt en mantelzorger juist iets heel anders nodig heeft. Zie hierbij ook onder Randvoorwaarden: Gecoördineerde netwerkzorg.

Aanbevelingen uit de Zorgstandaard dementie vertaald naar speerpunten voor de regio Waardenland

De zorgstandaard is een samenhangende benadering voor het gehele dementietraject vanuit het perspectief van mensen met dementie en hun mantelzorgers. De zorgstandaard ondersteunt de netwerken dementie om de dementiezorg te verbeteren: **persoonsgericht en integraal**.



Vijf speerpunten worden in dit plan uitgelicht:

1. Preventie
2. Mantelzorg
3. Specifieke doelgroepen
4. Vroegsignalering in de niet-pluisfase
5. Diagnose, leven met dementie en nazorg.

Gevolgd door de belangrijkste randvoorwaarden die nodig zijn om dit te bereiken.

1. Speerpunt Preventie: voorkomen of vertragen van het ziekteproces

Dementie is in 2040 de belangrijkste doodsoorzaak in Nederland. Dementie werkt ontwrichtend, zowel voor de persoon die het treft als voor zijn naasten én de samenleving in het geheel. Met een gezonde leefstijl is 30% van de dementiegevallen te voorkomen. Bij 50-70 jarigen zelfs 50%. De helft van de Nederlandse bevolking weet dit niet. Daarom starten we in de regio Zuid Holland Zuid samen met de GGD de campagne "We zijn zelf het medicijn". www.wezijnzelfhetmedicijn.nl

In deze effectief bewezen campagne staan drie leefstijladviezen centraal:
1. Blijf nieuwsgierig
2. Eet gezond
3. Beweeg regelmatig
De campagne sluit mooi aan bij de verschillende initiatieven die al in de regio Zuid-Holland bestaan met betrekking tot 'vitaal ouder worden' en bij de landelijke opgave die genoemd staat in de Nationale Dementiestrategie 2021-2023 van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De campagne is bovendien aanvullend op het regionale aanbod, omdat niet eerder in Zuid-Holland Zuid op deze schaal de aandacht is uitgegaan naar de relatie tussen een gezonde leefstijl en het verminderen van de kans op dementie.

De campagne bestaat uit drie pijlers:
1. Een netwerkcampagne waarbij we zoveel mogelijk (zorg)professionals en vrijwilligers in het sociaal domein willen bereiken;
2. Een voorlichtingscampagne onder inwoners in de leeftijd 40-70 jaar;
3. Een digitaal platform "We zijn zelf het medicijn" waarop we de campagne in de regio nog meer zichtbaar kunnen maken én tevens ervaring en deskundigheid met andere regio's kunnen uitwisselen.

Het doel van de campagne is inwoners en professionals bewust maken van het verband tussen (on)gezonde leefstijl en de kans op dementie. De primaire doelgroep wordt gevormd door inwoners tussen 40-70 jaar; in deze groep valt de meeste gezondheidswinst te behalen. De duur van de campagne is 12 maanden; van voorbereiding tot effectmeting. De gemeentes spelen hier een belangrijke rol in en kunnen aansluiten bij preventie- en vitaliteitsakkoorden.

Focus op vertragen tijdens het proces
Preventie moet meer aandacht krijgen. Dit is een maatschappelijke opgave! Focus op meer aandacht voor preventie bij dementiezorg en voorlichting. Hierbij hoort ook een dementievriendelijke samenleving.

Preventie is zeer belangrijk, die rol ligt bij verschillende partijen maar ook bij de casemanager dementie. De casemanager komt vlak voor of pas na diagnose in beeld maar kan wel aan preventie doen. Meer gericht op het proces vertragen: blijf je hersenen stimuleren, naar een dagbesteding gaan waar de dagstructuur ondersteund wordt. Gezonde voeding. Maar de rol van preventie mag ook nog meer bij de gemeente, de huisarts, POH vandaan komen. Vanuit dit Meerjarenbeleidsplan gaan we daar de komende jaren aan werken.

Actief blijven
Na verloop van tijd gaan de hersenen van dementiepatiënten steeds verder achteruit. Ook voor die fase is het belangrijk dat de patiënt bijtijds een diagnose heeft gekregen, zeggen de hoogleraren Verhey en Olde Rikkert. Frans Verhey van de Universiteit Maastricht: "Het kan gebeuren dat de patiënt plotseling onrustig en verward wordt, waardoor opname in een verpleeghuis noodzakelijk wordt. Zonder diagnose duurt dit veel langer, want dan volgt er eerst een reeks testen en formulieren. In een emotioneel toch al zware periode is dat niet prettig. Het krijgen van de diagnose is daarom ook een vorm van plannen voor de toekomst." Hoe kun je de laatste fase zo lang mogelijk uitstellen? "Blijf actief, want dat vertraagt de achteruitgang en kan helpen om depressies te voorkomen" benadrukt Marcel Olde Rikkert van Radboudumc. "En doe wat bij je past. Een van mijn patiënten was bijvoorbeeld medisch specialist geweest. We hielpen hem het best met korte filosofische gesprekjes en het samen opschrijven van zijn levensverhaal. Een andere patiënt, een oude agrariër, was meer geholpen met wekelijks een ritje op zijn tractor met bijrijder. Veilig op de eigen landbouwgrond."

Het is van belang in te zetten op maatwerk qua activiteiten aansluitend bij de achtergrond en wensen van de cliënt. Aansluiten bij de speciale doelgroepen met dementie: jonge mensen, migranten en mensen met een verstandelijke beperking. Ook daar hebben we een speerpunt van gemaakt.

Doel
- Bewustwording van het verband tussen (on)gezonde leefstijl en de kans op dementie
- Vertragen van het proces van dementie door aanbieden van een dagstructuur en voorlichting over bewegen en gezond

Resultaat
- De groep burgers tussen 40-70 jaar is bekend met het verband tussen leefstijl en dementie (op lange termijn wordt ook ingezet op gedragsverandering)
- Maatwerk voor de mens met dementie in activiteit, dagstructuur en leefstijl waardoor het proces van dementie vertraagd wordt.

2. Speerpunt Mantelzorg

Mantelzorg is een belangrijke pijler in de zorg: nu en in de toekomst[12]. De komende decennia zal de vergrijzing in Nederland verder voortschrijden. Ons land telt in 2019 ongeveer 1,4 miljoen 75-plussers en ruim 1,2 miljoen van hen wonen zelfstandig (De Klerk et al. 2019). Steeds meer ouderen bereiken een hoge leeftijd en blijven zelfstandig wonen. Hoewel dit veelal overeenkomt met de wens van ouderen om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen (Rli 2014; Van Dam et al. 2013), is het ook

[12] https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2019/11/08/toekomstverkenning-mantelzorg-aan-ouderen-in-2040

steeds vaker noodzakelijk vanwege de stapsgewijze beperking van de toegang tot verzorgings- en verpleeghuizen (Verbeek-Oudijk en Van Campen 2017). Enerzijds is dit beleid begrijpelijk: de Nederlandse langdurige zorg is de duurste van Europa en dat komt vooral door het hoge percentage ouderen dat in een zorginstelling woont (Verbeek-Oudijk et al. 2014). Anderzijds kan langer thuis wonen ook problematisch zijn, omdat hiermee de belasting op de ouderen en hun sociale netwerk sterk toeneemt. Een groot deel van de zorg aan zelfstandig wonende 75-plussers wordt geboden door mantelzorgers (De Klerk et al. 2019). Mantelzorg is voor zelfstandig wonende ouderen met gezondheidsproblemen een belangrijk fundament van de zorgverlening. Met die constatering in gedachten is het belangrijk om een idee te krijgen van de beschikbaarheid van mantelzorg in de toekomst, waarin het aantal 75-plussers – en dus de zorgvraag – fors zal toenemen. Mantelzorg zal ook in de toekomst een belangrijke pijler voor de zorg thuis zijn. [13]

Doel
De mantelzorger krijgt de juiste ondersteuning in de zorg en omgang met mensen met dementie en voorkomt daarmee dat hij/zij overbelast raakt.

Resultaat
Bevorderen vitaliteit van de mantelzorger door
- In kaart brengen van verbeterpunten d.m.v. een patiënten reis
- Gebruik maken van de inzichten van de Dementiemonitor (noot 9 en 10)
- Deelname aan regio brede projecten
- Gebruik te maken van de richtlijn overbelasting Mantelzorg [14]

3. Speerpunt: Specifieke doelgroepen

Doel
Gewenste aandacht en maatwerk voor specifieke doelgroepen.
In ons netwerk is planmatig aandacht voor specifieke doelgroepen, zoals:
- Jonge mensen met dementie
- Migranten:
    - keten aan laten sluiten bij netwerken van migranten
    - casemanager met migrantenachtergrond werven
- Mensen met lage gezondheidsvaardigheden, waaronder laaggeletterdheid
- Mensen met dementie en een verstandelijke beperking

Resultaat
We werken vanuit de integrale benadering: in alle leefgebieden, binnen het hele netwerk.
We bevorderen de samenwerking van ons netwerk met het Kenniscentrum Dementie op Jonge Leeftijd en met Pharos. Zij hebben veel kennis en ervaring, en zij richten zich op ondersteuning in de werkpraktijk. De verdieping die zij bieden is van groot belang in het werken met deze specifieke doelgroepen.

[13] https://www.skipr.nl/nieuws/actiz-waarschuwt-voor-nijpende-situatie-wijkverpleging-door-personeelstekort/

[14] https://www.zorgvoorbeter.nl/nieuws/richtlijn-overbelasting-mantelzorg

4. Speerpunt: Vroegsignalering tijdens niet-pluisfase

Uit zorgstandaard: Voordat een diagnose gesteld wordt is er een periode waarin symptomen voorkomen die kunnen wijzen op dementie. Dit noemen we de niet-pluisfase. Mensen kunnen niet op een woord komen of vergeten een naam. Of een naaste ziet dat het gedrag verandert. Deze terugkerende veranderingen duiden soms op beginnende dementie, maar kunnen ook een andere oorzaak hebben. In deze fase is het belangrijk dat mensen met mogelijke dementie en hun naasten erover kunnen praten en op een laagdrempelige manier informatie en voorlichting kunnen inwinnen.

Doel: Focus op vroegsignalering
De rode draad is het belang van vroegtijdigheid: vroegtijdig screenen en signaleren, vroegtijdig beschikken over de juiste informatie, vroegtijdig de diagnose stellen zodat iedereen weet wat er aan de hand is en daarmee verder kan, vroegtijdig hulp accepteren als mantelzorger, vroegtijdig de juiste indicaties aanvragen, vroegtijdig de juiste professional inschakelen, vroegtijdig doorverwijzen, vroegtijdig communiceren, etc. Dit alles is van groot belang voor de patiënt om regie te kunnen houden en crisis te voorkomen door een goede informatievoorziening.

Resultaat

- De dementievriendelijke gemeenten zijn nog verder ontwikkeld/vorm gegeven. De gemeentes werken aan blijvende ontwikkeling en borging. Ook op de lange termijn waarbij de aantallen steeds groter worden.
- De casemanager is gekoppeld aan een huisartsenpraktijk zodat in de niet-pluisfase alertheid vergroot is. De casemanager heeft ook een werkplek bij de huisartsenpraktijk zodat hij/zij sneller in beeld is of af kan stemmen met huisarts of praktijkondersteuner.
- Projecten als spreekuurtijd verlenging in overleg met zorgverzekeraars inrichten (huisarts)
- De doelgroepen migranten, jonge mensen met dementie en mensen met een verstandelijke beperking en dementie zijn meegenomen in de vroegsignalering.

5. Leven met dementie

Diagnose traject

Uit zorgstandaard: een tijdige diagnose bij dementie is belangrijk omdat dit duidelijkheid geeft aan de persoon met dementie, naasten en mantelzorgers. Specifiek aandacht voor een tijdige diagnose voor specifieke doelgroepen.

Doel
De persoon met een vermoeden van dementie heeft zo snel als mogelijk een diagnose.

Resultaat

- De diagnose is zoveel mogelijk in de huisartsenpraktijk (NHG standaard), daarmee voorkómen we onnodige verwijzing naar het ziekenhuis
- De specialist Ouderengeneeskunde is als vaste consulent aan huisartsenpraktijk toegevoegd/ geriater internist ouderengeneeskunde volgens afspraak
- Taakherschikking: juiste expertise op de juiste plaats op juiste moment
- Simultaan ziekte- èn zorgdiagnostiek
- We werken binnen de specifieke expertise samen. We bundelen de krachten!

Leven met dementie

Uit zorgstandaard: Dementie is een ziekte met veel impact. Het dagelijks leven is niet meer zoals het was. De partner of kinderen van de persoon met dementie zien de relatie vaak veranderen door dementie en zij zullen een intensievere zorgrol krijgen. Praktische en emotionele ondersteuning is van groot belang.

Anne-Mei The, hoogleraar langdurige zorg en dementie aan de Universiteit van Amsterdam, verwoordt de huidige situatie als volgt:

"Langdurig onderzoek naar de leefwereld van mensen met dementie en hun naasten laat zien dat er een kloof is tussen de behoeften van mensen met dementie en hun naasten, en het aanbod. In het huidige aanbod ligt de nadruk op medisch georiënteerde ondersteuning, dit aanbod is nodig en zinvol. Betrokkenen ervaren echter ook nog vaak een leemte als het gaat om ondersteuning op universele menselijke behoeften die door de ziekte onder druk komen te staan."

Doel

We zoeken andere vormen van ondersteuning om balans in het systeem van de mens met dementie te houden. Versterken en betrokken houden van de mantelzorger, ook na een verhuizing naar een verpleeghuis. Door training, voorlichting, inzet vrijwilligers (kerk), Advanced Care Planning en tussentijdse opnames, etc.
We willen thuiszorg vaardiger maken in de begeleiding van mensen met dementie. We geven meer aandacht aan de migranten met dementie en werven ook casemanagers die bekend zijn in de migranten netwerken en kennis hebben van de cultuur.

Resultaat

- Er is persoonsgerichte zorg volgens een systeembenadering, coaching van het netwerk rondom de cliënt.
- Advance Care Planning (proactieve zorgplanning) wordt direct na de diagnose in gezet. Voorstel om cliënt al in vroeg stadium kennis te laten maken met VVT-omgeving zodat ook mantelzorger ontlast kan worden.
- We hebben contact met mantelzorger en onderzoeken en ondersteunen de mantelzorger zodat de mantelzorger het volhoudt. Door voorlichting en begeleiding. We hebben de ideeën van VWS onderzocht en toegepast [15]

Laatste levensfase/nazorg

Uit zorgstandaard: dementie is een aandoening die uiteindelijk tot overlijden leidt. Toch kan iemand met dementie jarenlang leven. Daarom is het belangrijk om je als professional te richten op kwaliteit van leven en wat iemand nog wel kan. Direct na de diagnose stil staan bij wensen rondom overlijden samen met de cliënt en zijn naasten is van groot belang. Het proces van proactieve zorgplanning helpt daarbij.

Doel

De cliënt en zijn mantelzorger kunnen in een vroeg stadium meedenken over wensen rondom overlijden en eventuele opname. De mantelzorger krijgt na overlijden nog ondersteuning vanuit het casemanagement.

Resultaat

[15] https://www.skipr.nl/nieuws/vws-steun-voor-mantelzorgers-moet-makkelijker/

De casemanager gaat tijdig in gesprek over wensen en traject.
Het opnametraject zoveel mogelijk naar thuissituatie verplaatsen. De gesprekken met de toekomstige zorgverleners vinden in de thuissituatie plaats als de cliënt of mantelzorger dat wil.
Borgen van verlengde arm constructie in het kader van nazorg bij alle aangesloten zorgorganisaties.

Randvoorwaarden in de keten

Professionals: Casemanagement

Uit de zorgstandaard: de casemanager is een vast en laagdrempelig aanspreekpunt die het gehele ziekteproces van de persoon met dementie in de thuissituatie begeleidt en ook (emotionele) ondersteuning en psycho-educatie biedt aan de mantelzorger. Hij coördineert de inzet van betrokken specialisten.

Doel
De casemanager is nog beter bekend bij (toekomstige) cliënten en specifieke doelgroepen, waarbij de samenwerking met de huisarts, praktijkondersteuner, wijkverpleegkundige, thuiszorg en specialist ouderen geneeskunde optimaal is.

Ook in de toekomst kunnen we de vraag naar casemanagement aan en hebben we diverse mogelijkheden onderzocht om ook in de komende jaren te voldoen aan de vraag naar casemanagement. Zowel op korte termijn (tot 3 jaar) als op langere termijn (3-10 jaar). De casemanagers zijn voldoende toegerust qua veerkracht en wendbaarheid om aan de vraag te voldoen.

Resultaat
- De casemanagers zijn als professional zichtbaar, vindbaar en inzetbaar.
- De casemanager en de specialist ouderengeneeskunde werken nauw samen en staan dichtbij de huisarts, samen met wijkverpleegkundige en praktijkondersteuner
- Regionaal maken we gebruik van elkaars expertise. (Voorbeeld WZD functionaris)
- Creativiteit en (technische) innovatie wordt ingezet om aan de zorgvraag te voldoen.
- Er is een eenduidige werkwijze binnen het casemanagement in de regio en er wordt maatwerk geleverd m.b.v. een integraal zorgplan. Richtlijnen zijn belangrijk om de kwaliteit te kunnen bewaken.

Samenwerking in de 1e lijn

Over alle fases en speerpunten heen valt of staat de maatwerkzorg en -ondersteuning met de samenwerking in de 1e lijn (o.a. huisartsen, thuiszorg, casemanagement, fysio- en ergotherapie, GOAC, specialist ouderengeneeskunde).

Vanuit de regiovisie ouderenzorg (vanuit Drecht Dokters) is een holistische visie van belang in de kijk op kwetsbare ouderen waaronder mensen met dementie (met vaak meerdere aandoeningen). Samen onderzoeken we hoe we de juiste zorg op de juiste plek (thuis) kunnen aanbieden.

Dat vraagt Teamwork van alle betrokkenen in de eerste lijn zoals huisarts, praktijkondersteuner, wijkverpleegkundige, thuiszorg, casemanager, specialist ouderengeneeskunde. Rondom de cliënt en zijn mantelzorger organiseren we een (home)team of expertteam die proactief met elkaar communiceren, afstemmen direct of digitaal via C-boards en gezamenlijk ‘meelopen’ met de cliënt.

Betrokkenen kunnen acteren als sparringpartner, coach, verbindende schakel, signalerend op tijd 'niet pluis gevoel' bespreken. Ze weten elkaar te vinden en gebruik te maken van elkaars expertise.

De samenwerking met de 1e lijn zal ook terug te zien zijn in het verbrede ketenoverleg waar in 2021 al stappen zijn gezet en waar we in de komende jaren extra op inzetten.

Integraal zorgleefplan

Doel
Alle betrokken zorgverleners/professionals stemmen af middels het integraal zorgleefplan samen met de persoon met dementie en de mantelzorger. De aanpassingen worden besproken in het Multidisciplinair overleg.

Resultaat
De persoon met dementie heeft één integraal zorgleefplan, met als uitgangspunt de eigen regie, behoeften en voorkeuren van de persoon met dementie én aandacht voor de behoeften en rol van de mantelzorger.

Proactieve zorgplanning

Doel
In aansluiting op het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (IKNL/Palliactief, 2017) is proactieve zorgplanning een continu proces van ondersteunend overleg en gezamenlijke besluitvorming met de persoon met dementie en diens mantelzorgers met als doel om zinvolle en haalbare doelen voor hun huidige en toekomstige behandeling, zorg en ondersteuning te bepalen (Ruiter et al., 2013). Het is voor personen met dementie en mantelzorgers belangrijk om, op basis van informatie en uitleg, volgens zelf gekozen doelen (in) richting te kunnen geven aan hun eigen leven.

Resultaat
In de komende jaren gaan we, waar nodig en wenselijk, specifiek inzetten op scholing en intervisie op het gebied van proactieve zorgplanning. Zo zijn we bij elke persoon met dementie die onder onze begeleiding valt vanaf de diagnose tot de nazorgfase in staat te starten en te evalueren en proactieve zorgplanning te continueren of bij te stellen.

Gecoördineerde netwerkzorg: Samenwerken binnen het netwerk

Doel
Een goede samenwerking tussen verschillende professionals en vrijwilligers binnen een regionaal dementienetwerk is essentieel. Zo kunnen we samen echt het verschil maken in de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun naasten.

Resultaat
- Een sterke samenwerking met de zorg- en welzijnsorganisaties en ook met bijvoorbeeld de woningbouwcorporatie. Niet alleen lokaal maar ook regionaal.
- Er is structureel regionaal overleg met gemeentes.
- Sociale kaart is bekend en wordt actueel gehouden (zie woon/zorgwijzer [16])
- Er is een kwalitatief goede spoed thuiszorg zodat een cliënt niet als crisis op een SEH komt. Terug naar de vertrouwde thuissituatie met ondersteuning is altijd beter. Er zijn voldoende crisisbedden om in te zetten in crisissituaties.

[16] https://www.drechtzorg.nl/atlas-waardenland/

- Samenwerken en ontschotting: Mensen met dementie en hun naasten zouden geen hinder mogen ondervinden van schotten tussen de drie wetten in de langdurige zorg (Wmo, Zvw en Wlz). Tegelijkertijd is het van belang dat professionals voldoende faciliteiten hebben om de benodigde zorg, hulp en/of ondersteuning te geven met de cliënt als uitgangspunt. Om dit voor elkaar te krijgen is het belangrijk dat onder andere zorgorganisaties, gemeenten, zorgverzekeraars/ zorgkantoren over de domeinen heen met elkaar samenwerken.

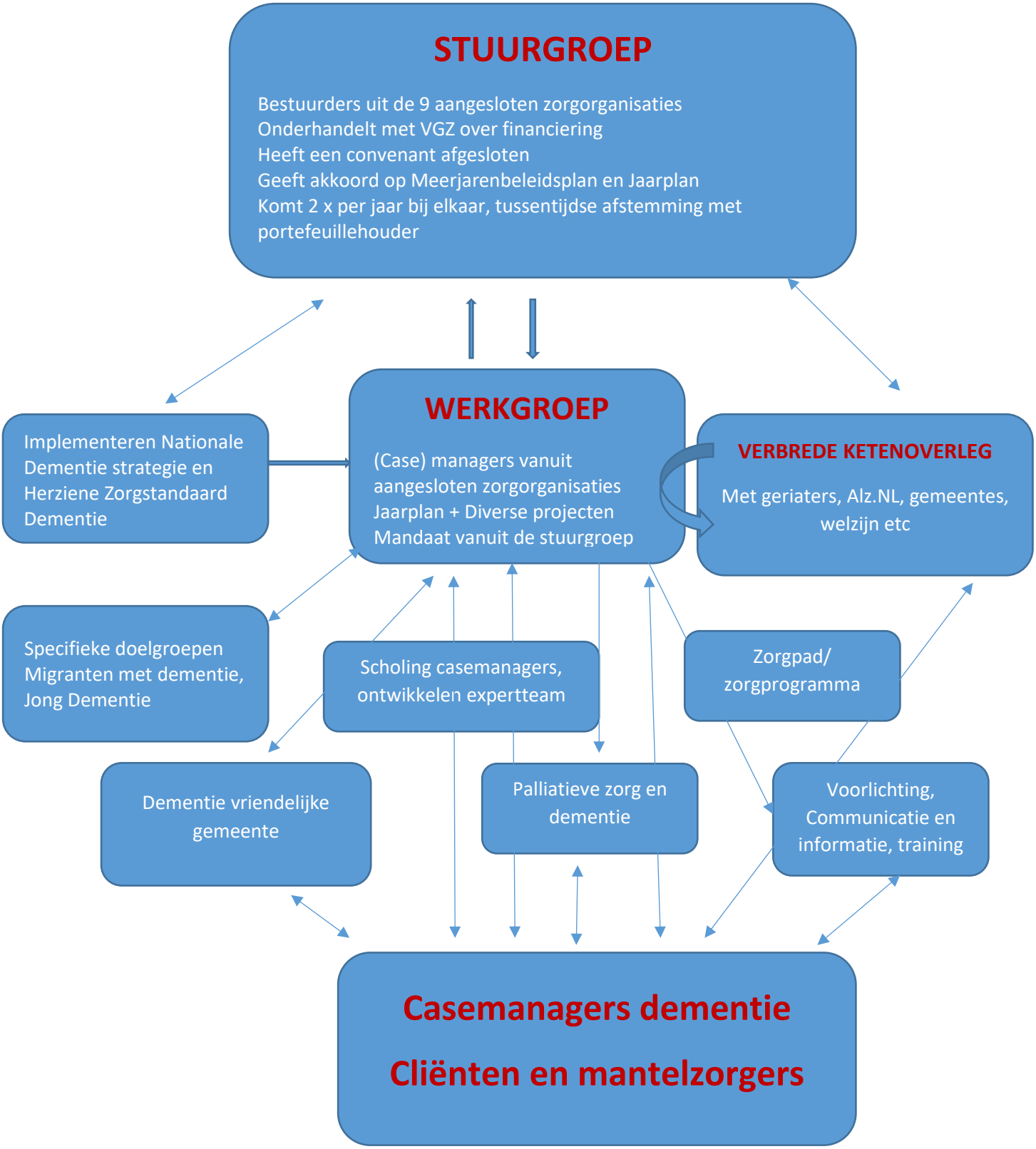
Governance

De keten Dementie Waardenland bestaat uit drie geledingen, de stuurgroep, de werkgroep en de ketenbrede werkgroep/klankbordgroep. De afspraken over de governance zijn vastgelegd in het Samenwerkingsconvenant van 14 juni 2021 dat is ondertekend op 7 oktober 2021 tijdens het symposium van de Ketenzorg Dementie Waardenland.
De afspraak is dat alle organisaties in de regio Waardenland die casemanagement leveren gezamenlijk de stuurgroep vormen. Deze organisaties stellen tijd van werknemers beschikbaar voor deelname aan de werkgroep en uitvoering van projecten op tactisch niveau die aansluiten bij de doelstellingen van de regio.
De aangesloten organisaties die op dit moment casemanagement leveren zijn:
het Parkhuis, Stichting Het Spectrum, Rivas Zorggroep, Swinhove Groep, Aafje Thuiszorg, Huizen en Zorghotels, Leliezorggroep, Waardeburgh, De Merwelanden, Internos Thuiszorg

1. Stuurgroep
In het Netwerk Dementie participeren aangesloten zorgorganisaties die casemanagement leveren in deze regio, met ondersteuning van een netwerkcoördinator. VGZ financiert de ketenzorg dementie op basis van een jaarplan en een begroting.

2. Werkgroep
Vertegenwoordigers uit de aangesloten organisaties vormen een werkgroep. De werkgroep werkt projectmatig aan de doelstellingen vanuit het Meerjarenbeleidsplan.

3. Ketenbrede werkgroep/ klankbordgroep
In een bredere samenstelling zijn regionale vertegenwoordigers uit diverse domeinen betrokken, zoals Alzheimer Nederland, gemeentes, zorgorganisaties, welzijnsorganisaties, huisartsen, ziekenhuis, en zorgverzekeraar.


STUURGROEP
Bestuurders uit de 9 aangesloten zorgorganisaties
Onderhandelt met VGZ over financiering
Heeft een convenant afgesloten
Geeft akkoord op Meerjarenbeleidsplan en Jaarplan
Komt 2 x per jaar bij elkaar, tussentijdse afstemming met portefeuillehouder
Implementeren Nationale Dementie strategie en Herziene Zorgstandaard Dementie
WERKGROEP
(Case) managers vanuit aangesloten zorgorganisaties
Jaarplan + Diverse projecten
Mandaat vanuit de stuurgroep
VERBREDE KETENOVERLEG
Met geriaters, Alz.NL, gemeentes, welzijn etc
Specifieke doelgroepen Migranten met dementie, Jong Dementie
Scholing casemanagers, ontwikkelen expertteam
Zorgpad/ zorgprogramma
Dementie vriendelijke gemeente
Palliatieve zorg en dementie
Voorlichting, Communicatie en informatie, training
Casemanagers dementie
Cliënten en mantelzorgers

Afsluitend woord

Dit Meerjarenbeleidsplan is tot stand gekomen met behulp van de samenwerkingspartners in de Ketenzorg Dementie Waardenland. Via diverse kanalen is input verzameld om de belangrijkste speerpunten voor de regio Waardenland boven tafel te krijgen.

We hebben gebruik gemaakt van wat er al onderzocht en beschreven is en houden de actuele landelijke en regionale ontwikkelingen in de gaten.

Er is veel te doen. De kunst is de juiste keuze te maken in de beste maatwerkondersteuning voor de cliënt, mantelzorger en professional in alle fases van het proces.

Dat vraagt om veranderingen, anders kijken, anders denken, anders werken om de komende jaren te bereiken wat we willen bereiken.

Daarbij hebben we jouw hulp nodig!

Namens de werkgroep

Ketenzorg Dementie Waardenland

Paula Pontier

Coördinator Ketenzorg Dementie Waardenland