

*Stichting Transmurale Zorg Den Haag en omstreken*

# **Zorgprogramma Dementie regio Haaglanden**

September 2013

## Inhoudsopgave

|                                                                                                                  |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Inleiding.....</b>                                                                                         | <b>3</b>  |
| 1.1 Aanleiding.....                                                                                              | 3         |
| 1.1.1 Achtergrond.....                                                                                           | 3         |
| 1.1.2. Demografische getallen.....                                                                               | 4         |
| 1.2 Relatie tussen de Landelijke Zorgstandaard, het Regionale Zorgprogramma en een<br>individueel zorgplan ..... | 5         |
| 1.3 Inbedding.....                                                                                               | 5         |
| 1.3.1 Netwerk dementie regio Haaglanden.....                                                                     | 5         |
| 1.3.2 Structuur van het netwerk .....                                                                            | 6         |
| 1.4 Verwijzing naar richtlijnen en informatie over het netwerk.....                                              | 7         |
| 1.5 Evaluatie .....                                                                                              | 7         |
| <b>2. Ambitie .....</b>                                                                                          | <b>8</b>  |
| 2.1 Doel van het netwerk .....                                                                                   | 8         |
| 2.2 Doelgroep .....                                                                                              | 8         |
| 2.3 Uitgangspunten voor goede dementiezorg.....                                                                  | 8         |
| 2.3.1 Algemene uitgangspunten .....                                                                              | 8         |
| 2.3.2 Uitgangspunten voor de ‘niet pluis’ fase.....                                                              | 9         |
| 2.3.3 Uitgangspunten voor de fase rondom de diagnosestelling.....                                                | 9         |
| 2.3.4 Uitgangspunten voor de fase levering van zorg en diensten .....                                            | 10        |
| <b>3. Zorgproces.....</b>                                                                                        | <b>11</b> |
| 3.1 Fase 1: ‘Niet pluis’ fase.....                                                                               | 13        |
| 3.1.1 Informeren .....                                                                                           | 13        |
| 3.1.2 Opsporen.....                                                                                              | 13        |
| 3.1.3 Ondersteunen .....                                                                                         | 14        |
| 3.1.4 Schematisch overzicht van fase 1 .....                                                                     | 17        |
| 3.2 Fase 2: Diagnostiek.....                                                                                     | 18        |
| 3.3 Fase 3: Levering van zorg en diensten.....                                                                   | 19        |
| 3.3.1 Fase “Thuis met dementie” .....                                                                            | 19        |
| 3.3.2 Fase “Opname in een beschermde woonvorm” .....                                                             | 21        |
| 3.3.3 Schematisch overzicht van fase 3 .....                                                                     | 22        |
| 3.4 Jonge mensen met dementie .....                                                                              | 23        |

|                                                                                |           |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>4. Kwaliteitsinformatie en indicatoren.....</b>                             | <b>24</b> |
| 4.1 Samenhang en diversiteit (couleur locale) .....                            | 24        |
| 4.2 Indicatoren .....                                                          | 24        |
| 4.3 Jaarplan .....                                                             | 25        |
| <b>5. Financiering .....</b>                                                   | <b>27</b> |
| 5.1 Financiering in fase 1: ‘Niet pluis’ fase .....                            | 27        |
| 5.2 Financiering van fase 2: Diagnostiek.....                                  | 28        |
| 5.3 Financiering van fase 3: Levering van zorg en diensten.....                | 29        |
| 5.4 Financiering netwerkstructuur en coördinatie .....                         | 30        |
| <br>                                                                           |           |
| <b>Bijlage 1: Samenwerkingsovereenkomst Netwerk Dementie Haaglanden.....</b>   | <b>31</b> |
| <b>Bijlage 2: Casemanager dementie, functie en taakomschrijving.....</b>       | <b>34</b> |
| <b>Bijlage 3: Regionaal kader zorgplan.....</b>                                | <b>37</b> |
| <b>Bijlage 4: Kader voor ontmoetingscentra dementie regio Haaglanden .....</b> | <b>39</b> |

# 1. Inleiding

Dementiezorg krijgt de laatste jaren steeds meer aandacht. Niet alleen landelijk, maar ook in de regio Haaglanden worden sinds vele jaren initiatieven ontplooid om deze zorg te verbeteren. Om regio breed tot afstemming van zorg en ondersteuning voor de cliënt met dementie en diens mantelzorgers te komen is in 2008 door het netwerk Dementie regio Haaglanden een Regionaal Zorgprogramma Dementie vastgesteld. Het doel van het Zorgprogramma is continue zorg en ondersteuning op maat bieden vanaf de eerste fase van vergeetachtigheid ('niet pluis' fase) tot en met de palliatieve fase. Uitgangspunt zijn de cliënt met dementie en diens mantelzorger.

In 2012 is de Landelijke Zorgstandaard Dementie beschikbaar gekomen. Dit is voor het netwerk dementie aanleiding om het Regionale Zorgprogramma te actualiseren. Vanuit de beschrijving van de Landelijke Zorgstandaard is het Regionale Zorgprogramma aangevuld en waar mogelijk versterkt. Het netwerk is verantwoordelijk voor de praktische vertaalslag van de Landelijke Zorgstandaard naar een regionaal zorgprogramma.

Het Zorgprogramma kent 5 hoofdstukken. Allereerst wordt de aanleiding voor het schrijven van het Zorgprogramma verder toegelicht. Vervolgens wordt in hoofdstuk 2 de ambitie van het netwerk dementie regio Haaglanden beschreven. In hoofdstuk 3 komt het primaire zorgproces voor mensen met dementie en hun mantelzorgers aan bod, gevolgd door kwaliteitsinformatie en indicatoren in hoofdstuk 4 en de financiering van het zorgproces in hoofdstuk 5.

## 1.1 Aanleiding

### 1.1.1 Achtergrond

Dementie is een syndroom dat verschillende oorzaken kent. Kenmerkende verschijnselen zijn ernstige vergeetachtigheid, problemen met denken, plannen, organiseren, oriëntatie en gedragsveranderingen als apathie en agressie. Het is per cliënt verschillend wanneer en in welke mate de verschijnselen optreden. De ondersteuningsbehoefte verschilt hierdoor sterk per cliënt en kan veranderen in de tijd.

Dementie treft niet alleen de cliënt. De mantelzorger wordt geconfronteerd met een naaste die niet alleen toenemend hulpbehoevend wordt maar die ook verandert als persoon. De zorg voor een cliënt met dementie betekent voor een naaste een zeer intensieve en zware belasting. Het omgaan met en het ondersteuning bieden aan een naaste met dementie vereist dan ook professionele begeleiding. Dit betekent dat de ondersteuningsbehoefte bij dementie niet alleen bepaald wordt door de ziektesymptomen van de cliënt maar ook afhankelijk is van de mate waarin de mantelzorger ondersteuning en hulp kan bieden aan de cliënt en de behoefte die de mantelzorger zelf heeft aan begeleiding.

De zorg en ondersteuning bij dementie richt zich daarom op het cliëntsysteem. Tot het cliëntsysteem behoren zowel de cliënt met dementie als de mantelzorger.

### 1.1.2. Demografische getallen

In Nederland hebben 250.000 mensen dementie. Hiervan zijn 12.000 mensen jong dementerend (< 65 jaar), wonen er ruim 60.000 in verpleeg- of verzorgingshuizen en hebben er ruim 100.000 nog geen diagnose. De kans dat iemand in zijn leven de diagnose dementie krijgt is 20%.<sup>1</sup>

Voor het inschatten van de behoefte aan zorg en ondersteuning zijn prognoses over de te verwachten aantallen mensen met dementie van belang. Twee maten worden hierbij gehanteerd.

De incidentie beschrijft het aantal nieuwe gevallen van dementie:

|       | incidentie |      |
|-------|------------|------|
|       | M          | V    |
| 65-69 | 2,1        | 2,4  |
| 70-74 | 5,0        | 5,9  |
| 75-79 | 10,8       | 12,8 |
| 80-84 | 19,9       | 23,6 |
| 85+   | 29,7       | 35,1 |

*Incidentie van dementie per 1000 inwoners in Nederland*

In deze tabel wordt zichtbaar dat van iedere duizend mannen tussen de 65 en 69 jaar er gemiddeld 2,1 binnen een jaar dementie krijgen. Leeftijd is een belangrijke factor. De kans op dementie is voor een 85plusser 15x zo groot in vergelijking met een 65-69 jarige.

De tweede maat is de 'prevalentie'. Dit is het aantal mensen met dementie per duizend inwoners.

De prognose van het aantal mensen met dementie in de regio Haaglanden is als volgt<sup>2</sup>:

| Gemeente              | 2013 | 2014       | 2020        | 2030        | 2040         |
|-----------------------|------|------------|-------------|-------------|--------------|
| Den Haag              | 7001 | 6958 (-1%) | 7069 (+1%)  | 9025 (+29%) | 11422 (+63%) |
| Leidschendam-Voorburg | 1614 | 1654 (+2%) | 1840 (+14%) | 2225 (+38%) | 2598 (+61%)  |
| Rijswijk              | 1226 | 1268 (+3%) | 1460 (+19%) | 1828 (+49%) | 2360 (+93%)  |
| Wassenaar             | 690  | 694 (+1%)  | 751 (+9%)   | 979 (+42%)  | 1112 (+61%)  |
| Zoetermeer            | 1540 | 1592 (+3%) | 1930 (+25%) | 2975 (+93%) | 4154 (+170%) |

Prognoses blijven een mate van onzekerheid houden. Verschillende recente onderzoeken laten een afname van de incidentie zien. Een Zweeds onderzoek uit de zomer van 2013 liet echter zien dat de prevalentie van dementie niet afnam, terwijl de incidentie wel lager werd. De onderzoekers verklaren dit door de toegenomen levensverwachting met dementie. Kortom; mensen overleven gemiddeld langer met dementie dan vroeger.

Voor de nabije toekomst lijkt het erop dat de huidige voorspellingen kloppen. Voor de toekomst op langere termijn is dit onduidelijk. Er zijn verschillende zaken die het aantal mensen met dementie kunnen laten toenemen (bijvoorbeeld slechte levensgewoonten of een hogere gemiddelde levensverwachting) of afnemen (bijvoorbeeld een betere gezondheid of medicijnen die dementie voorkomen of genezen).

<sup>1</sup> Alzheimer Nederland. Factsheet Feiten en cijfers over dementie. 23-01-2013. [www.alzheimer-nederland.nl](http://www.alzheimer-nederland.nl).

<sup>2</sup> Alzheimer Nederland. Factsheet Prognose dementie. 23-01-2013. [www.alzheimer-nederland.nl](http://www.alzheimer-nederland.nl).

Vooralsnog richt het netwerk dementie regio Haaglanden zich op de te verwachten sterke toename van het aantal mensen met dementie in de komende jaren. Samenwerking in de regio Haaglanden is gerealiseerd en het is aan de regionale aanbieders, in samenwerking met gemeenten en zorgverzekeraars, om optimale uitvoering te geven aan de zorgonderdelen. De uitvoering wordt in dit Regionale Zorgprogramma beschreven.

## **1.2 Relatie tussen de Landelijke Zorgstandaard, het Regionale Zorgprogramma en een individueel zorgplan**

De Landelijke Zorgstandaard geeft een beschrijving van het complete zorgcontinuüm: van vroegsignalering en preventie tot diagnostiek, casemanagement, behandeling, begeleiding en steun en levering van zorg en diensten. Het is een functionele beschrijving, dat wil zeggen dat het gaat om welke zorg geboden moet worden, wanneer en op welke wijze. In het Regionale Zorgprogramma wordt beschreven hoe de uitvoering, samenwerking en financiering in de regio plaatsvindt.

Het cliëntstelsel bepaalt samen met de hulpverlener welke onderdelen van het Zorgprogramma in het zorgplan worden opgenomen. Zo krijgt ieder cliëntstelsel zorg die aansluit op de persoonlijke situatie.

## **1.3 Inbedding**

### **1.3.1 Netwerk dementie regio Haaglanden**

In 2008 is in regio Haaglanden het netwerk dementie gestart. In het netwerk dragen de partijen gezamenlijk zorg voor de continuïteit en kwaliteit van zorg voor cliënten met dementie en hun mantelzorgers. Het netwerk omvat de gemeenten Den Haag, Rijswijk, Leidschendam, Voorburg, Wassenaar en Zoetermeer, een regio met ruim 750.000 inwoners.

Dementie is een dynamische en complexe ziekte die niet volgens een vast patroon verloopt. Daarom is de dementieketen niet zozeer een logistieke keten van elkaar in de tijd opvolgende handelingen, maar meer een dynamisch netwerk of kluwen. Deze bestaat uit allerlei in tijd en plaats wisselende actoren die ieder slechts een deel van de problematiek van de patiënt en diens naasten meemaken gedurende wisselende episodes in het ziektebeloop. Integrale ketenzorg bieden is dus maatwerk en vereist niet alleen goede afstemming, maar flexibiliteit van alle betrokkenen. Het kluwenmodel is daarbij het meest passende model, omdat in dit model continue afstemming op de behoefte en vraag van de mensen met dementie en hun naasten leidend is voor zorgverlening. De persoon met dementie en diens naasten ontvangen, onder regie van de casemanager dementie, een integraal, kwalitatief passend aanbod van zorg- en welzijnsdiensten, niet gehinderd door schotten en belangen van organisaties.

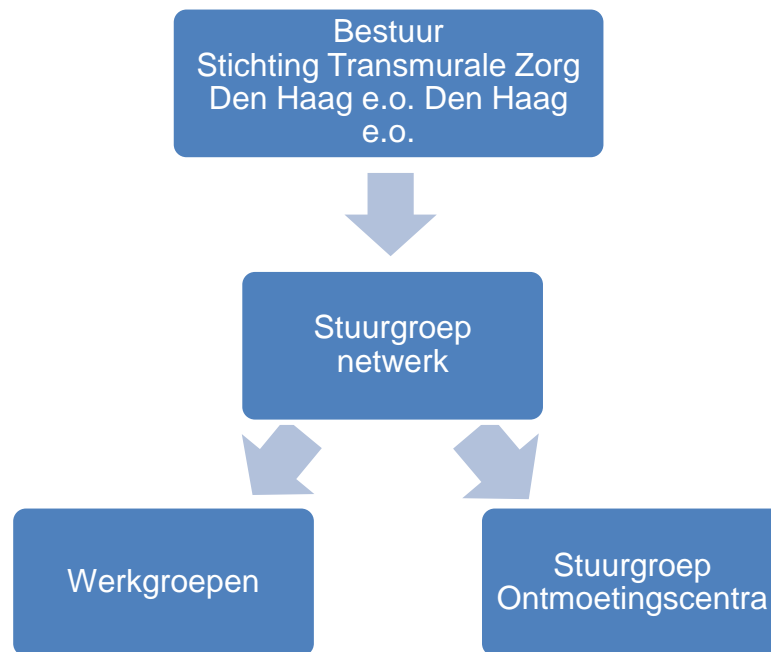


*Kluwenmodel (Donkers, ECMM, Bras, A., Dingenen, van, ECM, Medisch Contact, 2008)*

Het Regionale Zorgprogramma Dementie, waarin het zorgproces beschreven is, vormt het basisdocument voor het netwerk. In een regionaal verbeterplan worden jaarlijks doelen vastgesteld om de continuïteit van zorg en de kwaliteit van zorg te verbeteren en leemten in de zorg te vullen.

### 1.3.2 Structuur van het netwerk

Om de gezamenlijke verantwoordelijkheid vorm te geven is de volgende structuur aanwezig:



#### **Bestuurlijk kader**

Het bestuur van Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. functioneert als bestuurlijk kader voor het netwerk. Hierdoor is er breed bestuurlijk draagvlak in de instellingen voor de activiteiten van het netwerk.

#### **Stuurgroep**

Centraal in het netwerk staat de stuurgroep, een proactief, beleidsvormend en initiërend orgaan. De stuurgroep is samengesteld uit vertegenwoordigers vanuit de verschillende organisaties die zorg en diensten aan cliënten met dementie en hun naasten aanbieden. Ook zijn Alzheimer Nederland (om de belangen van cliënten en mantelzorgers te vertegenwoordigen) en PEP Den Haag vertegenwoordigd in de stuurgroep. De instellingen die deelnemen aan het netwerk ondertekenen de Samenwerkingsovereenkomst van het Netwerk dementie Haaglanden (zie bijlage 1), waarin de netwerkafspraken zijn vastgelegd. Zij geven daarmee aan dat zij in hun instellingen de afspraken implementeren. De gemeente Den Haag (mede namens de randgemeenten) en het CZ Zorgkantoor hebben een adviserende rol in het netwerk.

De stuurgroep komt 5 keer per jaar bij elkaar onder voorzitterschap van de directeur van de Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o.. Jaarlijks stelt de stuurgroep een jaarplan met doelstellingen vast. De stuurgroep draagt verantwoordelijkheid voor de activiteiten van het netwerk en voor inhoudelijke aansturing van de netwerkcoördinator. De netwerkcoördinator draagt zorg voor uitvoering van het jaarplan. De verantwoordelijkheid voor de uitvoerende zorg ligt bij de zorgorganisaties.

#### **1.4 Verwijzing naar richtlijnen en informatie over het netwerk**

Regionale afspraken en richtlijnen worden vastgesteld door het bestuur van de Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. en gepubliceerd op de website [www.transmuralezorg.nl](http://www.transmuralezorg.nl). De afspraken en richtlijnen worden door de instellingen gehanteerd in de zorg voor en ondersteuning van mensen met dementie en hun naasten. De netwerkafspraken en – richtlijnen komen later in dit document aan bod.

Informatievoorziening voor cliënten en mantelzorgers over zorg en diensten op het gebied van dementiezorg is beschikbaar via de website [www.geheugensteunpunt.nl](http://www.geheugensteunpunt.nl) en via de websites van de instellingen. Via een papieren folder wordt gewezen op de informatievoorziening via de website en de Geheugensteunpunten.

Informatie voor professionals over het netwerk dementie regio Haaglanden is te vinden op de website [www.transmuralezorg.nl](http://www.transmuralezorg.nl).

#### **1.5 Evaluatie**

Het Regionale Zorgprogramma is door de projectmedewerker dementie in samenwerking met de projectgroep geactualiseerd. In september 2013 is het Zorgprogramma vastgesteld door de stuurgroep van het netwerk dementie regio Haaglanden.

De evaluatie van het Zorgprogramma vindt jaarlijks plaats in het najaar, samen met de samenwerkingsovereenkomst.



## **2. Ambitie**

### **2.1 Doel van het netwerk**

Centraal in de dementiezorg staat dat de persoon met dementie en diens naasten zich geholpen voelen door de inzet vanuit het netwerk zodanig dat zij (met behulp van het eigen netwerk) zoveel mogelijk zelf kunnen (blijven) doen en thuis kunnen blijven wonen op de wijze waarop zij dat zelf willen. Het doel van de samenwerking tussen alle zorg- en hulverleners in het netwerk is dan ook het bieden van samenhangende zorg en ondersteuning aan mensen met (beginnende) dementie en hun mantelzorgers. Het netwerk richt zich op:

- Het analyseren en oplossen van problemen die zich gaandeweg voordoen
- Het versterken van de samenwerking tussen de verschillende organisaties in de regio
- Het bewaken en verbeteren van de kwaliteit van de dementiezorg
- Kennisontwikkeling en het delen van kennis
- Innovatie van zorg

### **2.2 Doelgroep**

Het netwerk dementie regio Haaglanden richt zich op zorgverleners in organisaties die zorg en ondersteuning bieden aan mensen met (een vermoeden van) dementie en diens mantelzorger(s).

### **2.3 Uitgangspunten voor goede dementiezorg**

Het organiseren van de zorg, ondersteuning en welzijn vanuit de vraag van de persoon met (een vermoeden van) dementie en diens mantelzorger staat centraal bij de dementiezorg in de regio. Hiervoor is nodig dat de zorgverlening van verschillende instellingen op elkaar aansluit en dat afspraken gemaakt zijn over overdracht en samenwerking. Daarom is het van belang dat deelnemende instellingen dezelfde uitgangspunten voor goede dementiezorg onderschrijven. In deze paragraaf worden de uitgangspunten voor goede dementiezorg geformuleerd.

We onderscheiden dementiezorg in verschillende fasen. De eerste fase in het dementieproces is de 'niet pluis' fase, daarna volgt de fase van diagnostiek en als laatste de fase van levering van zorg en diensten. Naast de algemene uitgangspunten worden de uitgangspunten per fase beschreven.

#### **2.3.1 Algemene uitgangspunten**

Als algemene uitgangspunten voor goede dementiezorg in elke fase van het proces van dementie zijn vastgesteld<sup>3</sup>:

- Uitgangspunt van zorg en begeleiding zijn de behoeften, wensen, mogelijkheden en opvattingen van de cliënt en diens mantelzorgers.
- Zorg en begeleiding gaan waar mogelijk uit van eigen regie en stimulering van zelfstandigheid.

---

<sup>3</sup> De uitgangspunten voor goede dementiezorg zijn voor het eerst in 2008 door de stuurgroep dementie vastgesteld en worden tweejaarlijks geactualiseerd.

- De mantelzorgers worden ondersteund en begeleid en waar nodig wordt vervangende zorg aangeboden, waarbij het doel is om de zorgkracht en het welbevinden zo optimaal mogelijk te houden.
- Zorg en ondersteuning moeten minimaal voldoen aan de normen verantwoorde zorg.
- Zorg en begeleiding worden doelmatig en flexibel ingezet, reagerend op veranderingen in de problematiek en situatie van de cliënt en de mantelzorgers.
- Continuïteit van zorg en begeleiding wordt gewaarborgd. Organisaties stemmen zorg en begeleiding goed op elkaar af en wisselen de noodzakelijke informatie uit.
- Iedere cliënt met (beginnende) dementie krijgt (indien de cliënt deze nog niet heeft) een casemanager toegewezen.
- Er wordt één gezamenlijk zorgplan aangelegd, gecoördineerd door de casemanager en bij voorkeur digitaal.

### **2.3.2 Uitgangspunten voor de ‘niet pluis’ fase**

- Informatie en advies is beschikbaar via laagdrempelige informatiepunten en websites.
- In de regio is voldoende bekend bij hulpverleners waar informatie over geheugenproblematiek beschikbaar is en naar wie doorverwezen kan worden voor informatie en advies.
- Hulpverleners benaderen cliënten en hun mantelzorgers proactief. Zij houden er rekening mee dat beperkt ziektebesef aanwezig kan zijn en dat de cliënt en/of de mantelzorger schroom heeft om hulp te accepteren.
- Ook vóór het stellen van de diagnose is voor mensen met een vermoeden van dementie en hun mantelzorgers ondersteuning en begeleiding door een casemanager beschikbaar.

### **2.3.3 Uitgangspunten voor de fase rondom de diagnosestelling**

- Het stellen van de diagnose in een vroeg stadium wordt nagestreefd.
- De huisarts start bij de waarschijnlijkheidsdiagnose dementie het onderzoek per direct op, voert zelf het onderzoek uit volgens de richtlijnen van de NHG of verwijst door naar een gespecialiseerde organisatie of specialist.
- Indien bijzonder vervolgonderzoek noodzakelijk is, verwijst de huisarts in ieder geval door naar een gespecialiseerde organisatie of specialist om optimaal gebruik te maken van de beschikbare deskundigheid.
- In het eerste consult waarin de mogelijkheid van dementie wordt onderzocht, wordt nagegaan of er acute behoefte aan zorg en ondersteuning is, ook voor de mantelzorger. Indien noodzakelijk krijgt een casemanager dementie het verzoek de zorgvraag te analyseren en te regelen. Een huisbezoek is onderdeel van deze analyse.
- De resultaten van het onderzoek en de diagnose dementie worden aansluitend of tenminste binnen 1 week met de cliënt en de mantelzorgers besproken waarbij afspraken gemaakt worden over behandeling, zorg en ondersteuning.
- De cliënt en de mantelzorgers geven aan wat zij als doel zien van de zorg. De casemanager formuleert op grond van deze wensen en behoeften de zorgdoelen samen met de cliënt en de mantelzorgers.
- Als de diagnose dementie gesteld is, is het de verantwoordelijkheid van de casemanager dat een integraal zorgplan wordt opgesteld op basis van de behoeften en het advies vanuit het diagnostisch onderzoek. Dit zorgplan wordt besproken met de cliënt en mantelzorger en door hen ondertekend. Ook worden afspraken gemaakt over de zorgcoördinatie.

#### **2.3.4 Uitgangspunten voor de fase levering van zorg en diensten**

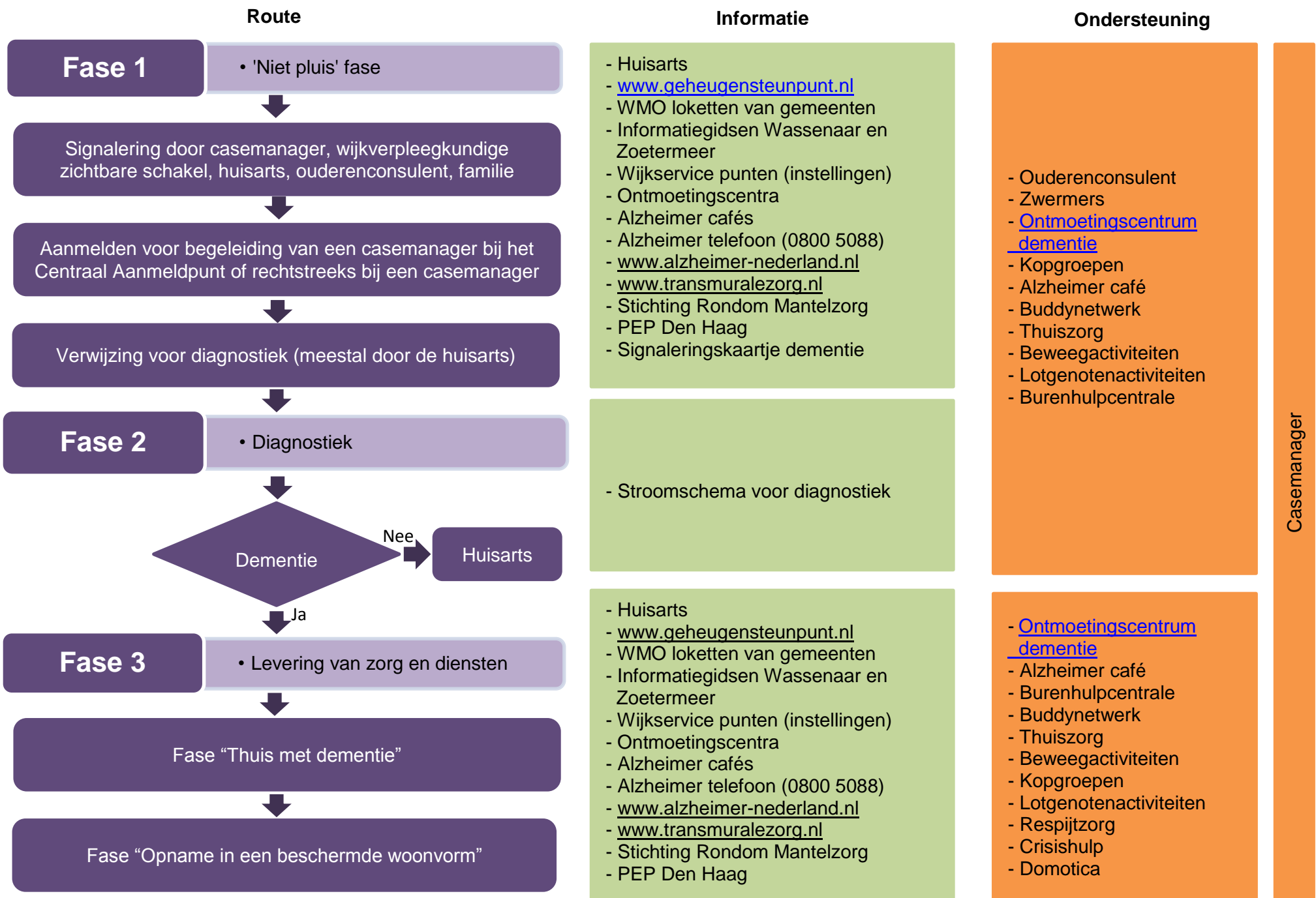
- Betrokkenen worden geïnformeerd en kunnen gebruik maken van een breed aanbod aan zorg- en ondersteuningsmogelijkheden.
- Betrokkenen ervaren geen hinder indien de zorgverlening door verschillende organisaties geleverd wordt. Zorgverleners zijn waar nodig op de hoogte van reeds gegeven informatie en het opgebouwde dossier.
- Het zorgplan is helder en optimaal afgestemd op de behoeften van de cliënt.
- De mantelzorger is op de hoogte van de hulp die de instelling kan bieden bij mantelzorggerichte problematiek.
- De casemanager is bekend met andere vormen van ondersteuning voor de mantelzorger en de inzet van zorgvrijwilligers en verwijst zo nodig en indien gewenst door.
- Er zijn voldoende opgeleide vrijwilligers beschikbaar.
- Er is voldoende professionele ondersteuning/begeleiding voor vrijwilligers beschikbaar die ingezet worden in zorgsituaties met dementie.
- Er zijn voldoende respijtzorgmogelijkheden beschikbaar (in omvang en diversiteit).
- Er is voldoende mantelzorgondersteuning beschikbaar (in omvang en diversiteit).
- Bij opname in een beschermde woonvorm wordt goede overdracht van het integrale zorgplan geregeld.
- Cliënt en mantelzorger krijgen een vaste begeleider in de beschermde woonvorm.
- De casemanager dementie begeleidt de mantelzorger nog 6 weken na opname van de cliënt in de beschermde woonvorm.

### 3. Zorgproces

In dit hoofdstuk komen alle zorg- en ondersteuningsmogelijkheden die er zijn in de regio voor thuiswonende mensen met (beginnende) dementie aan bod. De mogelijkheden worden opgesplitst in de drie fasen die een cliënt met (een vermoeden van) dementie doorloopt. Hierbij moet worden opgemerkt dat niet iedere cliënt alle fasen zal doorlopen.



Op de volgende pagina wordt een stroomschema weergegeven. Hierin wordt aangegeven, vanuit de situatie en behoefte van de cliënt en mantelzorger denkend, welke zorg, behandeling en diensten beschikbaar zijn in elke fase en waar informatie over de mogelijkheden van de betreffende fase te vinden is. Dit schema wordt in de paragrafen per fase verder toegelicht. Aan het eind van dit hoofdstuk is aandacht voor een bijzondere doelgroep; jonge mensen met dementie.



### 3.1 Fase 1: 'Niet pluis' fase

In het geval van dementie zorgt een vroege onderkenning er voor dat op tijd belangrijke beslissingen worden genomen over de medische zorg en over juridische en financiële zaken. Ook krijgen betrokkenen dan de gelegenheid om zich voor te bereiden op de emotionele en praktische veranderingen die gaan komen. De 'niet pluis' fase kent dan ook drie belangrijke onderdelen, gericht op de persoon met een vermoeden van dementie en de mantelzorger:

- Informeren
- Opsporen
- Ondersteunen

Het doel van deze fase is het toewerken naar diagnostiek. De huisarts heeft hierbij een centrale rol.

#### 3.1.1 Informeren

Informatievoorziening is een belangrijk onderdeel in de 'niet pluis' fase. Er zijn in de regio Haaglanden verschillende informatievoorzieningen. Deze zijn gericht op mensen met dementie en hun naasten, op vrijwilligers en/of op professionals:

- Huisarts
- [www.geheugensteunpunt.nl](http://www.geheugensteunpunt.nl)
- WMO loketten van gemeenten
- Informatiegidsen Wassenaar en Zoetermeer
- Wijkservice punten (instellingen)
- Ontmoetingscentra
- Alzheimer cafés
- Alzheimer telefoon (0800 5088)
- [www.alzheimer-nederland.nl](http://www.alzheimer-nederland.nl)
- [www.transmuralezorg.nl](http://www.transmuralezorg.nl)
- Stichting Rondom Mantelzorg
- PEP Den Haag

De volgende folders zijn beschikbaar voor mensen met (een vermoeden van) dementie en hun naasten:

| Foldermateriaal                                | Toelichting                                                                                                                                |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <a href="#">Folder geheugensteunpunt</a>       | In deze folder wordt verwezen naar de website <a href="http://www.geheugensteunpunt.nl">www.geheugensteunpunt.nl</a> .                     |
| <a href="#">Folder casemanagement dementie</a> | In deze folder staat informatie voor de cliënt en mantelzorger over wat een casemanager dementie is en welke rol en taken hij/zij vervult. |
| <a href="#">Kaartje vroegsignalering</a>       | Op dit kaartje staan signalen die kunnen wijzen op dementie en is bedoeld voor mensen die twijfelen over het geheugen.                     |

Alle folders zijn te vinden op [www.transmuralezorg.nl](http://www.transmuralezorg.nl) onder 'dementie' en op [www.geheugensteunpunt.nl](http://www.geheugensteunpunt.nl) en (gratis) te bestellen via [info@transmuralezorg.nl](mailto:info@transmuralezorg.nl).

#### 3.1.2 Opsporen

Veel verschillende zorg- en hulpverleners kunnen in deze fase contact hebben met mensen met 'niet pluis' problemen. Allen hebben een signalerende taak en de taak om deze mensen toe te leiden naar diagnostiek door verwijzing naar de huisarts of een casemanager.

Een aantal zorgverleners en hulpmiddelen zijn specifiek gericht op opsporing:

### **Signalerende huisbezoeken**

Vanuit Welzijn worden vrijwilligers in samenwerking met ouderenconsulenten ingezet die op huisbezoek gaan bij kwetsbare ouderen. Bij duidelijke geheugenproblemen kunnen zij een casemanager inschakelen. De casemanager kan informatie, voorlichting en steun leveren.

### **Zwermers**

In de wijken waarin veel mensen uit allochtone culturen wonen worden “zwermers” ingezet om de mensen te informeren over dementie en de ondersteuning die mogelijk is. Zwermers zijn mensen uit verschillende culturen die na een training kennis over dementie en ondersteuning in hun eigen achterban verspreiden. Zij worden begeleid door ouderenconsulenten die mensen met een (vermoeden van) dementie vervolgens toe leiden naar de keten.

### **Signaleringskaartje**

Een handig hulpmiddel bij het signaleren van dementie is het [‘signaleringskaartje’](#). Hier staan signalen op die kunnen wijzen op dementie en hier op is vermeld wat je kunt doen wanneer deze signalen worden herkend. Het signaleringskaartje wordt verspreid onder professionals en vrijwilligers. Er is ook een scholing beschikbaar voor professionals en vrijwilligers waarin dementie, signaleren en het signaleringskaartje verder wordt toegelicht. Het aanvragen deze scholing kan via [info@transmuralezorg.nl](mailto:info@transmuralezorg.nl).

### **Cross culturele dementietest**

Ook de cross culturele dementietest kan helpen bij het signaleren van dementie. Deze test is gericht op allochtonen bij wie een vermoeden van dementie bestaat en komt naar verwachting in de loop van 2013 beschikbaar.

### **Bemoeizorg**

Deze vorm van hulpverlening richt zich voornamelijk op de zogenaamde zorgwekkende zorgmijders, mensen die in behoeftige of anderszins verkommerde omstandigheden leven maar de stap naar de reguliere hulpverlening niet kunnen of willen maken. Deze mensen kunnen in de war zijn, geïsoleerd raken, vereenzamen of zichzelf verwaarlozen. Bemoeizorg wordt in de regio vanuit verschillende instellingen aangeboden. In 2014 wordt de samenwerking in de regio rondom bemoeizorg versterkt.

## **3.1.3 Ondersteunen**

### **Casemanager**

In de Landelijke Zorgstandaard Dementie is de volgende definitie van casemanagement opgenomen:

*“Het systematisch aanbieden van gecoördineerde behandeling, zorg en ondersteuning door een vaste professional, die deel uitmaakt 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 (in een woonvorm voor mensen met dementie) of overlijden.”*

Deze definitie wordt ook in de regio Haaglanden gehanteerd.

Taken en verantwoordelijkheden van de casemanager in hoofdlijnen:

1. Het coördineren van hulpverlening
2. Het bieden van begeleiding en ondersteuning aan cliënten en mantelzorgers
3. Het optimaliseren van de kwaliteit van zorg rondom cliënten met dementie

De casemanager kan aangevraagd worden door een professional, door de persoon zelf of een naaste. Het aanvragen van begeleiding door een casemanager kan via:

- Het Centraal aanmeldpunt. Voor Den Haag, Leidschendam-Voorburg, Rijswijk, Voorschoten en Wassenaar, tel.: (070) 700 00 83, of e-mail: [dementie@transmuralezorg.nl](mailto:dementie@transmuralezorg.nl). Voor Zoetermeer kan men zich wenden tot het Coördinatiepunt Zorg, tel.: (079) 371 94 71 (bij aanmelding wordt vermeld of de cliënt wel of (nog) geen diagnose dementie heeft).
- Rechtstreeks bij de casemanager. De casemanager geeft de aanmelding door aan het Centraal aanmeldpunt.

De casemanager neemt bij het intakegesprek met de cliënt (delen van) de 'Trazag' vragenlijst af om de situatie in kaart te brengen. Aan de hand van de vragenlijst bepaalt de casemanager de vervolgstappen. In de 'niet pluis' fase leidt de casemanager de cliënt toe naar diagnostiek. De casemanager ondersteunt de cliënt en de mantelzorgers en zet zo nodig andere zorg en ondersteuning in. Een uitgebreidere uitleg van de taken van de casemanager is te vinden in bijlage 2. De casemanager dementie blijft tijdens het hele zorgproces dat een cliënt met (een vermoeden van) dementie doorloopt betrokken.

Voor consistentie en continuïteit van de zorg is het van belang dat een individueel zorgplan gemaakt en gevolgd wordt. Bij het eerste gesprek start de casemanager het zorgplan in samenwerking met de cliënt en mantelzorgers. In bijlage 3 staat het regionale kader voor een zorgplan beschreven.

De casemanager stemt de begeleiding door hem/haar van de cliënt en het zorgplan en de daaruit voortvloeiende acties af met de huisarts van de cliënt. In 2013 is een pilot voor communicatie en overdracht via ICT tussen huisarts, casemanager, patiënt/mantelzorgers en andere betrokken hulpverleners gestart. Dit biedt de cliënt en mantelzorgers de mogelijkheid om een meer actieve rol in de eigen regie en betrokkenheid te spelen. In 2014 wordt hier in regio Haaglanden meer onderzoek naar gedaan.

### ***Ontmoetingscentrum dementie***

Een ontmoetingscentrum is gericht op mensen met geheugenproblemen of beginnende/matig gevorderde dementie en hun mantelzorgers in de wijk. Het centrum biedt een totaalpakket aan ondersteuning, waardoor men het vaak langer volhoudt om thuis te blijven wonen. De mantelzorgers spelen hierin een belangrijke rol.

De deelnemers kunnen één of meerdere dagdelen per week terecht in het ontmoetingscentrum. Er kan aan verschillende (re)creatieve activiteiten worden meegedaan en er staat dagelijks een bewegingsactiviteit op het programma. In een ontspannen sfeer wordt ook de mogelijkheid geboden met elkaar over dementie te praten, om te leren omgaan met het verlies van functies en te ervaren wat nog wel kan.

Het zorgen voor iemand met dementie vraagt soms veel van de mensen in hun naaste omgeving. Het Ontmoetingscentrum ondersteunt naasten daarom met praktische informatie, persoonlijk advies en emotionele en sociale begeleiding door middel van gespreksgroepen met lotgenoten, individuele ondersteuning en informatieve bijeenkomsten. Een overzicht van ontmoetingscentra in Den Haag en Zoetermeer wordt weergegeven op de website [www.transmuralezorg.nl](http://www.transmuralezorg.nl) onder 'dementie'. In bijlage 4 worden de regionale kaders, gesteld aan ontmoetingscentra dementie, benoemd.

In Leidschendam-Voorburg en Rijswijk zijn vergelijkbare initiatieven ontplooid, deze worden dagstructurering plus projecten genoemd. In Wassenaar is nog geen ontmoetingscentrum of vergelijkbaar initiatief opgezet.



### ***Kopgroepen***

Een kopgroep is een behandelgroep voor mensen met beginnende dementie. Maximaal 9 deelnemers komen wekelijks bij elkaar onder begeleiding van twee professionele begeleiders. Zij praten met elkaar over wat de ziekte voor hen betekent, wat de gevolgen hiervan zijn voor het dagelijkse leven en hoe hier mee om te gaan. Behalve praten worden ook lichamelijke oefeningen gedaan. De kopgroep sluit goed aan bij het aanbod van het ontmoetingscentrum en wordt dan ook vaak vanuit een ontmoetingscentrum aangeboden. Een overzicht van organisaties die kopgroepen aanbieden is te vinden op [www.geheugensteunpunt.nl](http://www.geheugensteunpunt.nl) onder 'Ondersteuning en Zorg'.

### ***Alzheimer café***

Een Alzheimer Café is een maandelijkse informele bijeenkomst waar mensen met geheugenproblemen of dementie, hun partners, familieleden, hulpverleners en andere belangstellenden elkaar in ongedwongen sfeer ontmoeten. Tijdens de bijeenkomst geeft een deskundige informatie en is er tijd om met lotgenoten te praten. Meer informatie over Alzheimer cafés is te vinden via: <http://www.alzheimer-nederland.nl/hulp-en-advies/alzheimer-cafeacutes.aspx>.

### ***Buddynetwerk***

Buddy Netwerk is een professionele organisatie die werkt aan de ondersteuning van mensen met een ernstige, chronische en/of levensbedreigende ziekte. Vrijwilligers worden als maatje/ buddy ingezet. Buddy's hebben een training over dementie gevolgd en kunnen een dagdeel per week op trekken met een persoon met dementie, waardoor de mantelzorgers enkele uren vrijaf heeft. Het aanvragen van een buddy kan via de website [www.buddynetwerk.nl](http://www.buddynetwerk.nl).

### ***Thuiszorg***

Er kan ook thuiszorg aangevraagd worden. De thuiszorg kan begeleiding bieden bij de huiselijke ondersteuning en hulp bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), zoals eten en drinken of aan- en uitkleden. Een overzicht van organisaties die thuiszorg aanbieden is te vinden op [www.geheugensteunpunt.nl](http://www.geheugensteunpunt.nl) onder 'Ondersteuning en Zorg'.

### ***Beweegactiviteiten***

Verschillende instellingen in de regio bieden beweegactiviteiten voor mensen met dementie die thuis wonen aan. Dit kan variëren van een wandelgroep tot fitness, meer bewegen voor ouderengroep of Tai Chi. Een overzicht van organisaties die beweegactiviteiten aanbieden is te vinden op [www.geheugensteunpunt.nl](http://www.geheugensteunpunt.nl) onder 'Ondersteuning en Zorg'.

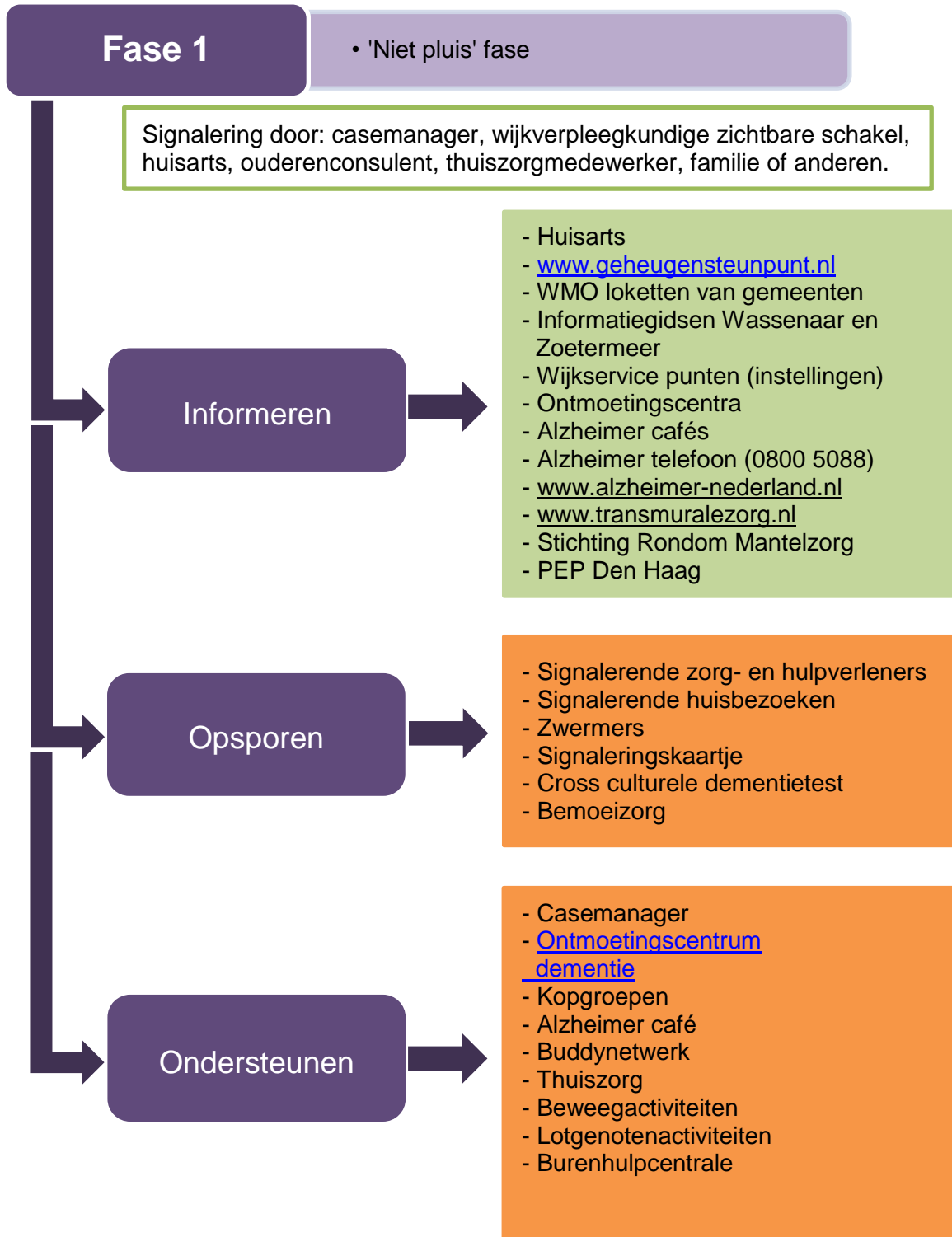
### ***Lotgenotenactiviteiten***

Verschillende instellingen in de regio bieden lotgenotenactiviteiten voor mantelzorgers aan. Mantelzorgers krijgen daar informatie over het ziektebeeld dementie en de gevolgen en kunnen praten met mensen die in een vergelijkbare situatie zitten. Ze kunnen elkaar steunen en tips geven. Een overzicht van organisaties die lotgenotenactiviteiten aanbieden is te vinden op [www.geheugensteunpunt.nl](http://www.geheugensteunpunt.nl) onder 'Ondersteuning en Zorg'.

### ***Burenhulpcentrale***

In de gemeente Den Haag is een burenhulpcentrale opgericht. De burenhulpcentrale zorgt er voor dat mensen die iets nodig hebben op een makkelijke manier in contact kunnen komen met mensen uit de buurt die hebben aangegeven wel eens iets voor een ander te willen doen. Dat kan via de telefoon, 070 – 262 99 99 of via de website [www.burenhulpcentrale.nl](http://www.burenhulpcentrale.nl).

### 3.1.4 Schematisch overzicht van fase 1

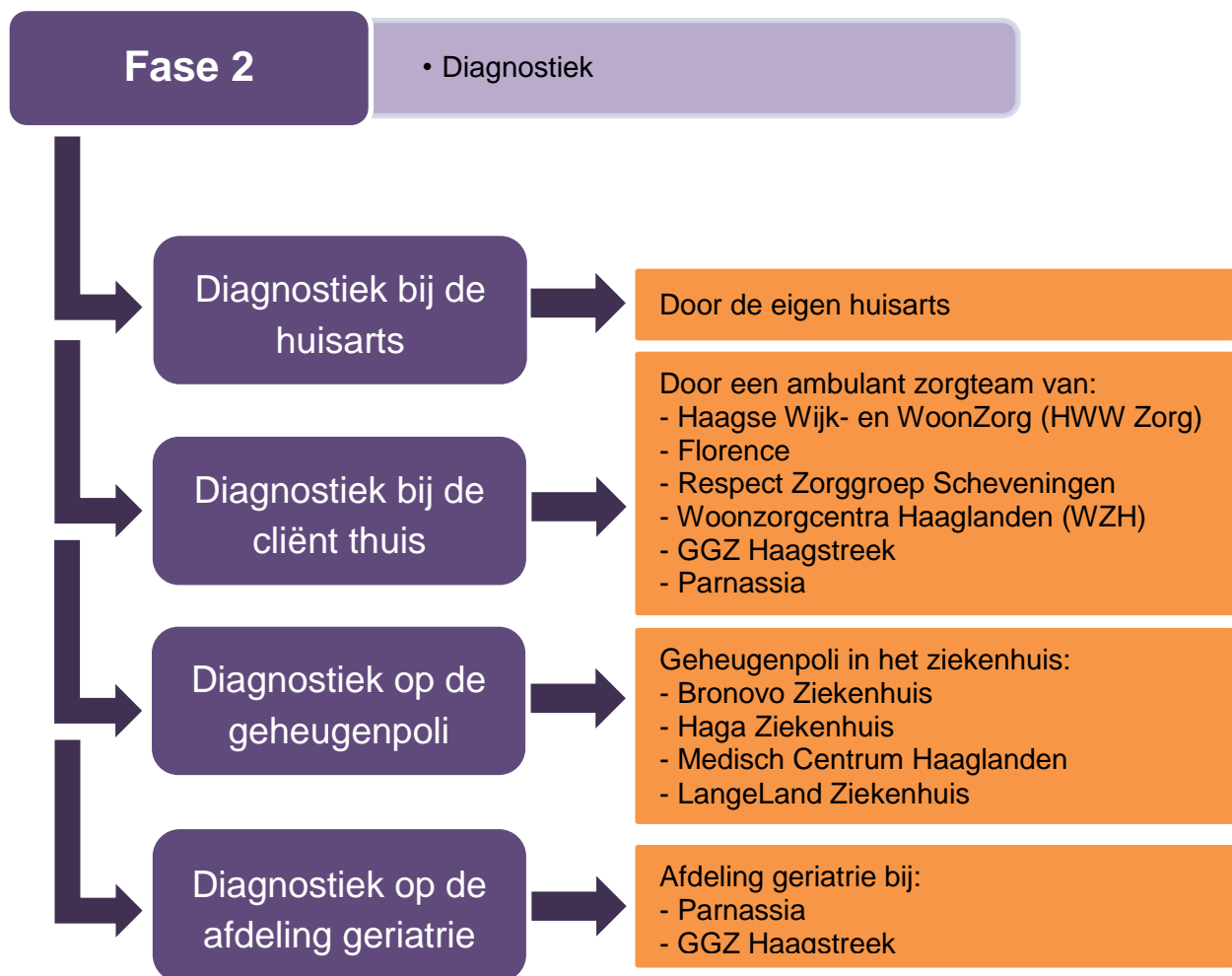


### 3.2 Fase 2: Diagnostiek

Wanneer er een vermoeden van dementie bestaat, wordt de cliënt toe geleid naar diagnostiek. Deze rol kan vervuld worden door de huisarts of de casemanager.

De drempel om diagnostisch onderzoek te laten doen voor veel cliënten hoog. Het doel is echter wel om de periode van onzekerheid (de 'niet pluis' fase) zo kort mogelijk te maken.

De huisarts kan zelf diagnostisch onderzoek uitvoeren of hij/zij kan een cliënt verwijzen naar een gespecialiseerde instelling voor diagnostiek. Op de website [www.transmuralezorg.nl](http://www.transmuralezorg.nl) is een [overzicht van verwijsmogelijkheden voor diagnostiek](#) geplaatst. In onderstaand overzicht is weergegeven op welke plekken diagnostisch onderzoek kan plaatsvinden.



Een nader gespecificeerd stroomschema voor verwijzing voor diagnostiek is in ontwikkeling.

### 3.3 Fase 3: Levering van zorg en diensten

Dementie is een ernstige, soms progressieve aandoening met een vaak sluipend begin en een langdurig verloop. De behandeldoelen, gericht op het optimaliseren van mogelijkheden, het minimaliseren van gevolgen en het ondersteunen van mantelzorgers, veranderen naarmate de ernst van de dementie toeneemt.

We onderscheiden verschillende fasen:

Fase "Thuis met dementie"

Fase "Opname in een beschermde woonvorm"

#### **Casemanager**

De casemanager vervult ook in fase 3 een belangrijke rol. In de thuissituatie begeleidt de casemanager het cliëntsysteem en regelt de zorg en ondersteuning die gewenst is. Bij de overgang van de thuissituatie naar een beschermde woonvorm worden de persoon met dementie en de mantelzorger door de casemanager begeleid. De casemanager is verantwoordelijk voor de continuïteit van de zorg. Zo zorgt de casemanager voor een goede informatie overdracht (met behulp van het [overdracht formulier van de casemanager bij opname in een ziekenhuis of beschermde woonvorm](#)). De casemanager zal de cliënt en mantelzorger nog ongeveer 6 weken blijven begeleiden, tot aan het eerste MDO (MultiDisciplinair Overleg). De casemanager is actief betrokken bij het opstellen en aanpassen van het zorgplan en omgangsadvies naar verzorgenden (zie bijlage 2 voor een uitvoerige beschrijving van de taken van de casemanager).

#### **3.3.1 Fase "Thuis met dementie"**

De ondersteuningsmogelijkheden die beschikbaar zijn in de signaleringsfase blijven ook beschikbaar wanneer de diagnose dementie gesteld is. Dit geldt zowel voor mogelijkheden voor de persoon met dementie als voor de mantelzorger. Zoals in paragraaf 3.1.3 beschreven, zijn beschikbaar:

- Ouderenconsulent
- Zwermers
- Ontmoetingscentrum dementie
- Kopgroepen
- Alzheimer café
- Buddynetwerk
- Thuiszorg
- Beweegactiviteiten
- Lotgenotenactiviteiten
- Burenhulpcentrale

Naarmate de ernst van de dementie toeneemt, wordt de zorgbehoefte van de cliënt met dementie groter en de zorg voor de mantelzorger zwaarder. De ondersteuningsbehoefte van zowel de persoon met dementie als de mantelzorger kan daardoor veranderen. Om te zorgen dat de mantelzorger niet overbelast raakt is het belangrijk dat de mantelzorger ook regelmatig 'rust' krijgt en wat tijd voor zichzelf.

#### **Respijtzorg**

Respijtzorg is een verzamelnaam voor voorzieningen die mantelzorgers in de gelegenheid stellen hun zorgtaken tijdelijk over te dragen aan een beroepskracht of een vrijwilliger. Zo krijgen zij een adempauze, oftewel even respijt van de zorg. De zorg kan tijdelijk worden

overgenomen door thuiszorgorganisaties, vrijwilligers of mensen die thuis begeleiding bieden, maar het is ook mogelijk dat de zorgbehoevende een periode in een beschermde woonomgeving wordt verzorgd. Alle vormen van respijtzorg zijn te vinden op [www.respijtwijzer.nl](http://www.respijtwijzer.nl) (landelijke website) en [www.respijtwijzerdenhaag.nl](http://www.respijtwijzerdenhaag.nl) (website voor Den Haag).

### ***Crisishulp***

Bij mensen met dementie en/of de mantelzorger kunnen zich crisissituaties voordoen, doordat de fysieke of psychische situatie van de persoon met dementie plotseling achteruit gaat (somatische of psychische crisis) of door uitval van de (mantel)zorg. Goede crisishulp en triage is dan onontbeerlijk. In de regio Haaglanden zijn de volgende mogelijkheden in crisissituaties beschikbaar:

- Inzet van acute (nacht)zorg thuis
- Noodbeddenregeling
- (Tijdelijke op permanente) opname in een beschermde woonvorm
- Opname in een ziekenhuis

### ***Domotica***

Ondersteunende technologie is volop in ontwikkeling, maar nog beperkt toepasbaar bij mensen met dementie in de thuissituatie. Door verschillende toepassingen van domotica kan een persoon met dementie mogelijk langer thuis blijven wonen en kan de mantelzorger worden ondersteund. In 2013 wordt kennis verzameld en verspreid over verschillende vormen van domotica voor thuiswonende mensen met dementie. Informatie zal ter zijner tijd op de website [www.geheugensteunpunt.nl](http://www.geheugensteunpunt.nl) geplaatst worden.

### ***Dagopvang/-verzorging/-behandeling***

De dagopvang/-verzorging/-behandeling in een beschermde woonvorm is een goede oplossing voor mensen met dementie die thuis willen blijven wonen en toch de juiste hulp willen ontvangen. De dagopvang/-verzorging/-behandeling kan gedurende één of meer dagen per week worden gegeven. De hulp kan bestaan uit een combinatie van:

- Verpleegkundige zorg
- Behandeling door een fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, psycholoog of specialist ouderengeneeskunde
- Behandeling door paramedicus of gedragswetenschapper
- Begeleiding door een maatschappelijk werker
- Ondersteuning bij het leren gebruiken van hulpmiddelen
- Hulp bij het zoeken naar en het bieden van een zinvolle dagbesteding

Mensen die naar de dagopvang/-verzorging/-behandeling gaan zijn een fase verder in de voortgang van de dementie dan de mensen die in een ontmoetingscentrum komen. Beide vormen volgen elkaar dus op.

### ***Tijdelijke opname in een beschermde woonvorm***

Ouderen die nog thuis wonen kunnen tijdelijk opgenomen worden in een beschermde woonvorm. Er zijn verschillende vormen van kortdurende opvang:

- Logeeropvang: dit is een tijdelijke opname in een zorginstelling, zodat de mantelzorger een weekend of langer op vakantie kan gaan.
- Intervalopname: dit is een periodieke opname in een verpleeg- of verzorgingshuis, waardoor iemand afwisselend thuis en in een verpleeg- of verzorgingshuis wordt verzorgd en behandeld. De mantelzorger kan dan bijvoorbeeld een week per maand uitrusten.
- Tijdelijke opname: dit is een kortdurende opname in een verpleeg- of verzorgingshuis. Het verblijf is voor een afgebakende periode voor iemand die

tijdelijk niet zelfstandig kan wonen. Dat kan bijvoorbeeld voor een herstelperiode na ontslag uit het ziekenhuis zijn.

- Nachtopvang: nachtopvang is bedoeld voor ouderen die thuis wonen, maar die 's nachts niet thuis kunnen blijven.

Bij tijdelijke opname in een verpleeghuis blijft de casemanager de cliënt en de mantelzorgers begeleiden.

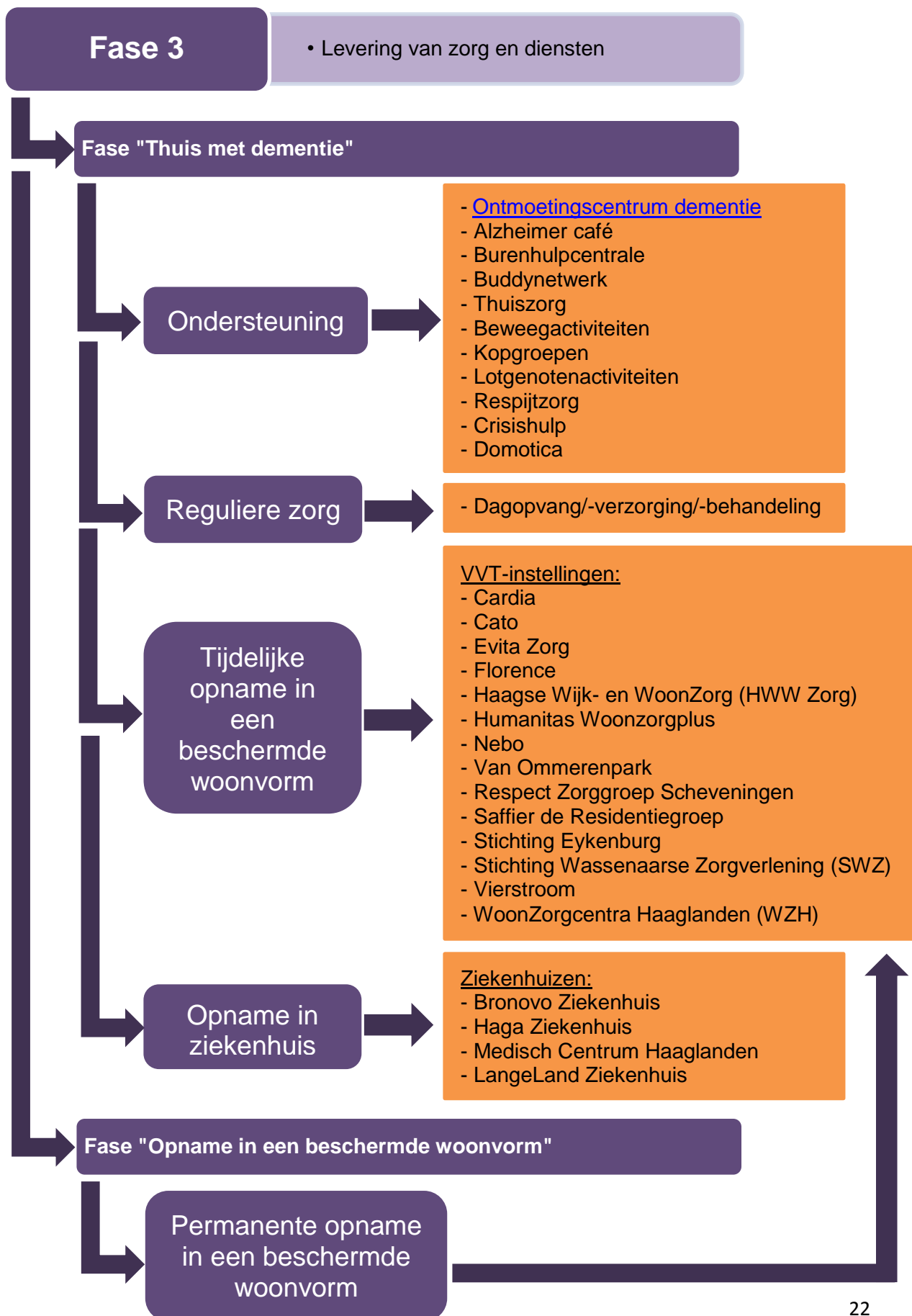
### ***Opname in een ziekenhuis***

Mensen met dementie kunnen om andere redenen dan voor hun dementie in het ziekenhuis terecht komen. Het is belangrijk dat in het ziekenhuis bekend is wie de casemanager van de cliënt is. Dit kan de mantelzorgers bij opname doorgeven aan de contactpersoon in het ziekenhuis. Afspraken zijn gemaakt over de betrokkenheid van de casemanager bij opname. Deze zijn opgenomen in het [‘Stroomschema m.b.t. inzet casemanager bij opname in een ziekenhuis of beschermde woonvorm’](#).

### **3.3.2 Fase “Opname in een beschermde woonvorm”**

Wanneer de dementie een dermate ernst heeft dat thuis wonen niet meer mogelijk is, dan kan de persoon met dementie opgenomen worden in een beschermde woonvorm. Er zijn in de regio Haaglanden verschillende woonvoorzieningen die zorg voor mensen met dementie bieden. De woonvormen die beschikbaar zijn worden weergegeven op [www.geheugensteunpunt.nl](http://www.geheugensteunpunt.nl) onder ‘Beschermd Wonen’.

### 3.3.3 Schematisch overzicht van fase 3



### 3.4 Jonge mensen met dementie

Tot de groep 'jonge mensen met dementie' behoren alle mensen bij wie de verschijnselen van dementie vóór het 65<sup>e</sup> levensjaar zijn ontstaan. Deze mensen kunnen gebruik maken van de voorzieningen zoals hierboven besproken maar de begeleiding van jonge mensen met dementie vereist vaak specifieke aandacht en kennis. Dit komt doordat mensen die te maken krijgen met verschijnselen van dementie terwijl ze nog deelnemen aan het arbeidsproces of nog thuiswonende kinderen hebben, andere behoeften hebben op het gebied van begeleiding en ondersteuning.

Florence biedt naast de begeleiding van ouderen met dementie, specifieke deskundigheid en ondersteuning voor jonge mensen met dementie vanuit het expertisecentrum Mariahoeve. Een aantal casemanagers houdt zich bezig met deze doelgroep. Ook organiseert Florence verschillende bijeenkomsten voor jonge mensen met dementie en hun mantelzorger. Op de website van [Florence](#) is meer informatie te vinden over jonge mensen met dementie.

In Zoetermeer richt ontmoetingscentrum Rokkeveen zich, naast de inzet voor ouderen met geheugenproblemen en dementie, ook op jonge mensen met dementie. Er zijn voor jonge mensen met dementie speciale openingstijden en aparte lotgenotenbijeenkomsten.



## 4. Kwaliteitsinformatie en indicatoren

Doel van het netwerk dementie is om samenhang in de zorg en ondersteuning aan mensen met dementie in de regio te bieden en de kwaliteit van zorg te verbeteren. Op verschillende manieren wordt aan deze doelstellingen gewerkt.

### 4.1 Samenhang en diversiteit (couleur locale)

Voor elke vorm van zorg en ondersteuning is binnen de regio aanbod vanuit meerdere instellingen beschikbaar. Dit is van belang voor de keuzevrijheid van de cliënt en de mantelzorgers, het uitgangspunt van het netwerk. Cliënten zijn niet verplicht om alle zorg bij eenzelfde instelling af te nemen maar kunnen per zorg- en ondersteuningsvorm die uitvoeringswijze kiezen die het beste bij hen past. Door gezamenlijke afspraken te maken over de kaders voor uitvoering van de verschillende zorgvormen streven de netwerkpartners ernaar om duidelijkheid en eenduidigheid in het aanbod te bewerkstelligen en kwaliteit van zorg te bewaken. Deze afspraken worden vastgesteld in de stuurgroep en door ondertekening van de samenwerkingsovereenkomst van het netwerk committeren de instellingen zich aan deze kaders.

Casemanagement dementie en de ontmoetingscentra zijn 2 ondersteuningsvormen waarbij specifieke aandacht is voor afstemming.

- Casemanagement dementie wordt vanuit verschillende instellingen aangeboden. De volgende afstemmingsafspraken zijn binnen het netwerk gemaakt:
  1. Regionaal wordt eenzelfde [functieomschrijving](#) gehanteerd voor casemanagement dementie (deze is geplaatst op de website [www.transmuralezorg.nl](http://www.transmuralezorg.nl)).
  2. De casemanagers volgen de opleiding casemanagement dementie aan de VU (Gerion).
  3. Twee keer per jaar wordt een netwerkbijeenkomst voor casemanagers gehouden met als doel deskundigheidsbevordering en kennisdeling.
  4. Tweemaandelijks overleggen de leidinggevenden aan casemanagers over verschillende onderwerpen betreffende de onderlinge afstemming.
  5. Eind 2013 is een handboek casemanagement dementie regio Haaglanden beschikbaar.
  
- Ontmoetingscentra dementie  
Binnen het netwerk is een document in ontwikkeling voor de opzet, inhoud en borging van een ontmoetingscentrum dementie. Dit document biedt een regionaal kader.

In de stuurgroep ontmoetingscentra wordt kennis uitgewisseld en wordt regionale afstemming besproken. Samen met Alzheimer Nederland afdeling Haaglanden wordt de verbinding gelegd tussen Alzheimer cafés en voorlichting over dementie vanuit de ontmoetingscentra. In 2013 start in 3 ontmoetingscentra een Alzheimer Café.

### 4.2 Indicatoren

Verschillende indicatoren worden ingezet om de samenhang van het netwerk en de kwaliteit van zorg in de regio te monitoren en hierop verbeteracties uit te zetten.

### **Netwerkindicatoren**

Netwerkindicatoren geven een beeld van de mate van samenhang en samenwerking tussen de netwerkpartners en maken zichtbaar op welke onderdelen ontwikkeling of borging nodig is. Vanuit het landelijk netwerk dementie zijn netwerkindicatoren ontwikkeld. De indicatoren gaan niet alleen over de kwaliteit van zorg, maar ook over de kwaliteit van de communicatie:

1. Vroege ondersteuning en preventie
2. Diagnostiek
3. Casemanagement
4. Behandeling, begeleiding en steun
5. Levering van zorg en diensten
6. Ketenzorg bij dementie
7. Cliëntperspectief

Tweejaarlijks wordt vanuit het landelijk netwerk een meting gedaan op basis van de netwerkindicatoren waar regio Haaglanden aan meewerkt. De terugkoppeling van de stand van zaken wordt besproken in de stuurgroep van het netwerk.

### **Metingen belasting mantelzorgers**

Ook voor de belasting van mantelzorgers zijn indicatoren ontwikkeld. De casemanagers meten deze belasting regelmatig in hun contacten met de mantelzorgers om de verhouding tussen draagkracht en draaglast van de mantelzorger te monitoren en indien nodig actie te ondernemen. Ook voor het netwerk is inzicht in de (over)belasting en het wel of niet beschikbaar zijn van voldoende ondersteuning voor mantelzorgers van belang. Daarnaast wordt tweejaarlijks vanuit Alzheimer Nederland de dementiemonitor onder mantelzorgers van mensen met dementie uitgezet om de belastbaarheid en ervaren belasting te monitoren. Naast landelijke informatie wordt hieruit ook informatie over de bevindingen van mantelzorgers per regio verzameld en teruggekoppeld naar de betreffende regio. Dit geeft het netwerk inzicht in de (over)belasting en het wel of niet beschikbaar zijn van voldoende ondersteuning voor mantelzorgers in de regio.

### **Centraal Aanmeldpunt voor mensen met dementie**

Bij het Centraal Aanmeldpunt worden de aanvragen voor casemanagement voor mensen in de signaleringsfase en na de diagnose dementie ingediend en wordt contact gelegd tussen casemanagers en cliënten. Op het Centraal aanmeldpunt is inzicht in de vraag naar casemanagement en de capaciteit van het aanbod. Elk half jaar ontvangt de stuurgroep van het netwerk een overzicht van het aantal cliënten dat begeleid wordt door een casemanager dementie en het aantal Fte casemanagement in de regio.

## **4.3 Jaarplan**

Elk najaar wordt gebruik makend van input van de stuurgroep leden, informatie uit bovenstaande indicatoren en landelijke ontwikkelingen een regionaal verbeterplan als jaarplan voor het komende jaar vastgesteld. Het jaarplan van het netwerk dementie regio Haaglanden is te vinden op [www.transmuralezorg.nl/denhaag-activiteiten/jaarplanning/3](http://www.transmuralezorg.nl/denhaag-activiteiten/jaarplanning/3). Voor 2014 is al een aantal aandachtspunten bekend.

### **Speciale aandacht relatie huisarts – casemanager**

In 2014 zal aandacht worden besteed aan de relatie tussen de huisarts en de casemanager. De resultaten vanuit het project Communicatie en Organisatie op Eén Lijn, die betrekking hebben op wijkgerichte zorg, worden in huisartsenpraktijken in de regio geïmplementeerd.

### ***Digitale ondersteuning van de samenwerking***

In de regio zijn in 2013 pilots gehouden met het gebruik van EGPO (Elektronisch Gestructureerd Patiënten Overleg). Doel is om regionaal tot het gebruik van eenzelfde communicatietool voor digitaal overleg tussen zorg- en hulpverleners te komen. In 2014 wordt dit project voortgezet en wordt het aantal groepen gebruikers uitgebreid.

Daarnaast loopt een pilot waarin de communicatie tussen huisartsen en casemanagers via Zorgmail verloopt. Eind 2013 wordt een eerste evaluatie gehouden en ook deze pilot loopt tot eind 2014.

## 5. Financiering

In dit hoofdstuk worden de financiering van de dementiezorg en de financiering van de netwerksamenwerking en coördinatie in de regio besproken.

De financiering van dementiezorg loopt door drie sectoren (Welzijn, Care en Cure) en kent drie verschillende financieringssystemen (WMO, AWBZ en ZVW) die sterk van elkaar verschillen en die niet op elkaar aansluiten. Vanaf 1 januari 2015 zullen bepaalde onderdelen in de zorg overgaan van de AWBZ naar de WMO. Ook wordt dan een regeringsbesluit verwacht over de wijze waarop casemanagement gefinancierd wordt. Als duidelijkheid bestaat over de verschuivingen in de financiering, worden deze besproken in de werkgroep gemeenten en zorgkantoor en wordt de tekst van dit hoofdstuk aangepast.

### **Financiering Casemanager**

De casemanager is inzetbaar zowel in de signaleringsfase, rondom de diagnostiek als in de fase van levering van zorg en diensten. De begeleiding door een casemanager wordt deels uit de beleidsregel ketenzorg dementie en deels uit de AWBZ betaald.

De registratie en financiering vinden in elke fase op een andere manier plaats. De volgende financieringsregelingen op het gebied van casemanagement worden momenteel gehanteerd:

**1. Casemanagement bij een cliënt bij wie de diagnose dementie gesteld is en die een AWBZ indicatie voor begeleiding individueel heeft:**

Financiering: registreren van aantal cliënten en declareren via monitor 2013.  
Vergoeding via PV speciaal, regeling van CZ (1000 euro/ jaar per cliënt).

**2. Casemanagement in de signaleringsfase, hier onder vallen cliënten die:**

- begeleid worden in de 'niet-pluis' fase en nog niet gediagnosticeerd zijn
- begeleid worden, gediagnosticeerd zijn en geen diagnose dementie hebben, maar wel cognitieve stoornissen hebben
- begeleid worden, de diagnose dementie hebben, maar geen indicatie voor begeleiding hebben

Financiering: registreren cliëntgegevens en tijd (per minuut) op AW319 met prestatiecode K001, maandelijks opgeven bij het zorgkantoor.  
Vergoeding via beleidsregel Ketenzorg Dementie.  
(De maximum tijd van 6 uur/cliënt/jaar geldt niet meer met ingang van 1 januari 2013. Er geldt geen maximumtijd voor begeleiding meer).

**3. Casemanagement bij transities (tijdelijke opname in een ziekenhuis, tijdelijke opname in een verpleeghuis, overdracht bij permanente opname in een beschermde woonvorm)**

Financiering: registreren cliëntgegevens en tijd (per minuut) in Excel formulier, elk kwartaal opgeven bij Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o..  
Vergoeding via beleidsregel Ketenzorg Dementie.

### **5.1 Financiering in fase 1: 'Niet pluis' fase**

In deze paragraaf wordt toegelicht hoe de ondersteuningsmogelijkheden die ingezet kunnen worden in de 'niet-pluis' fase gefinancierd worden.

#### **Ontmoetingscentrum dementie**

Om een ontmoetingscentrum te starten is een startfinanciering van +/- € 56.000,- nodig. Hieraan dragen de instellingen die het ontmoetingscentrum opzetten deels zelf bij en deels hebben de gemeenten Den Haag en Zoetermeer subsidie verstrekt voor de opzet van

ontmoetingscentra in Den Haag en Zoetermeer. De daaraan verbonden voorwaarden staan beschreven in bijlage 4. Daarnaast zijn er jaarlijks vaste kosten van +/- € 105.000,-. Deze worden gefinancierd vanuit de AWBZ (wanneer een cliënt een indicatie dementie heeft) en vanuit de WMO (wanneer een cliënt geen indicatie heeft en zich in de 'niet pluis' fase bevindt). Ook wordt vaak een eigen bijdrage per dag gevraagd aan cliënten.

De Dagstructurering Plus die in Leidschendam-Voorburg en Rijswijk is ontplooid, worden vanuit de WMO gesubsidieerd.

### ***Alzheimer café***

De financiering van de Alzheimer cafés verschilt. De betrokken organisaties (zorg en welzijn) dragen bij in de kosten en ook de gemeente subsidieert vaak. Alzheimer Nederland draagt bij in materialen en trainingen voor gespreksleiders, gastvrouwen en –heren en draagt soms bij in de uitvoering.

### ***Burenhulpcentrale***

De Burenhulpcentrale in Den Haag ontvangt jaarlijks subsidie van de gemeente. Daarnaast ontvangt de Burenhulpcentrale donaties en giften van fondsen.

### ***Buddy Netwerk***

Buddy Netwerk ontvangt jaarlijks subsidie van de gemeente Den Haag om Buddyzorg bij mensen met dementie in te zetten in Den Haag.

### ***Thuiszorg***

Verpleging en verzorging zal vanaf 2015 niet meer vanuit de AWBZ maar vanuit de WMO vergoed worden. Extramuraal begeleiding zal al in 2014 volledig vanuit de WMO vergoed worden, 2013 is een overgangsjaar. Huishoudelijke hulp valt al onder de WMO. Om voor deze vormen van thuiszorg in aanmerking te komen is een geldige indicatie nodig.

### ***Beweegactiviteiten en kopgroepen***

Beweegactiviteiten en kopgroepen die worden georganiseerd in een ontmoetingscentrum dementie worden gefinancierd via de WMO en de AWBZ bijdrage van de deelnemers. Beweegactiviteiten en kopgroepen die in verzorgings- of verpleeghuizen en GGZ-instelling worden georganiseerd, worden gefinancierd via de AWBZ en de instelling die het organiseert.

### ***Lotgenotenactiviteiten***

Lotgenotenactiviteiten die worden georganiseerd in een ontmoetingscentrum dementie worden gefinancierd vanuit het budget dat het ontmoetingscentrum ontvangt van de WMO en de AWBZ voor mensen met (een vermoeden van) dementie die deelnemen in het ontmoetingscentrum. Lotgenotenactiviteiten, georganiseerd vanuit instellingen, GGZ of welzijn worden door deze instellingen bekostigd. Soms wordt een eigen bijdrage van de deelnemers gevraagd

## **5.2 Financiering van fase 2: Diagnostiek**

| <i>Diagnostiek</i>                          | <i>Financiering</i> |
|---------------------------------------------|---------------------|
| Bij de huisarts                             | Zorgverzekeringswet |
| Thuis (ambulant zorgteam)                   | Zorgverzekeringswet |
| Op de geheugenpoli (ziekenhuis)             | Zorgverzekeringswet |
| Op de afdeling geriatrie (Parnassia of GGZ) | Zorgverzekeringswet |

### 5.3 Financiering van fase 3: Levering van zorg en diensten

#### **Respijtzorg**

Er zijn veel verschillende vormen van respijtzorg. Deze vormen worden allen op een andere manier georganiseerd. Vaak worden er vrijwilligers ingezet. Sommige respijtzorgmogelijkheden krijgen subsidie vanuit de WMO, andere respijtzorgmogelijkheden worden gefinancierd vanuit de AWBZ (denk aan een tijdelijke opname in een beschermde woonvorm).

#### **Crisishulp**

In het vorige hoofdstuk is beschreven dat er 4 vormen van crisishulp wordt aangeboden in de regio Haaglanden:

| <i>Crisishulp</i>                            | <i>Financiering</i> |
|----------------------------------------------|---------------------|
| Inzet van acute (nacht)zorg thuis            | AWBZ                |
| Noodbeddenregeling                           | AWBZ                |
| Permanente opname in een beschermde woonvorm | AWBZ                |
| Tijdelijke opname in een beschermde woonvorm | Zorgverzekeringswet |
| Opname in een ziekenhuis                     | Zorgverzekeringswet |

#### **Domotica**

Domotica voor mensen in de thuissituatie moeten mensen vaak zelf aanschaffen. Sommige vormen van domotica zijn te huur of te leen bij zorginstellingen of zorgwinkels.

#### **Dagopvang/-verzorging/-behandeling**

In hoofdstuk 3 zijn vormen van dagopvang/-verzorging/-behandeling beschreven:

| <i>Dagopvang/-verzorging/-behandeling</i>                                       | <i>Financiering</i>                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Verpleegkundige zorg                                                            | AWBZ                                                                                                                       |
| Behandeling door een fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist of psycholoog    | Zorgverzekeringswet                                                                                                        |
| Behandeling door paramedicus of gedragswetenschapper                            | AWBZ (wanneer cliënt daar een indicatie voor heeft)<br>Zorgverzekeringswet (wanneer cliënt daar geen indicatie voor heeft) |
| Behandeling door een specialist ouderengeneeskunde (op verzoek van de huisarts) | AWBZ                                                                                                                       |
| Begeleiding door een maatschappelijk werker                                     | WMO                                                                                                                        |
| Ondersteuning bij het leren gebruiken van hulpmiddelen                          | Zorgverzekeringswet                                                                                                        |
| Hulp bij het zoeken naar en het bieden van een zinvolle dagbesteding            | WMO                                                                                                                        |

#### **Opname in een ziekenhuis**

Opnames in het ziekenhuis worden gefinancierd vanuit de zorgverzekeringswet.

#### **Opname in een beschermde woonvorm**

Langdurige opnames in een beschermde woonvorm worden gefinancierd vanuit de AWBZ. Tijdelijke opnames worden gefinancierd vanuit de zorgverzekeringswet.

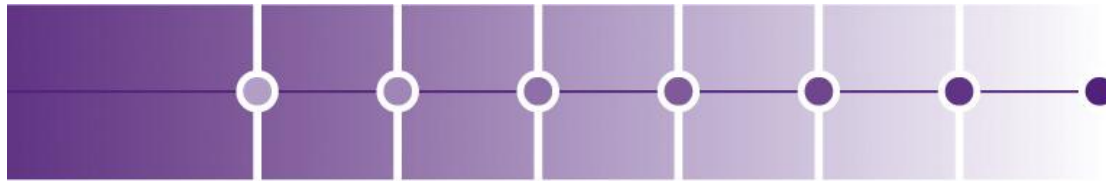
#### **5.4 Financiering netwerkstructuur en coördinatie**

De samenwerking tussen de netwerkpartners vraagt om afstemming en overleg. De partners vaardigen werknemers af naar de stuur- en werkgroep vergaderingen. De tijd die hiermee gemoeid is, bekostigen de instellingen zelf. Jaarlijks wordt bij het opstellen van het jaarplan bekeken of deelname aan de verschillende werkgroepen redelijk verdeeld is over de deelnemers van het netwerk.

De kosten voor de projectleider en projectmedewerker, die de coördinatietaken voor het netwerk uitvoeren en de projecten die in het jaarplan benoemd zijn, zijn tot nu toe gefinancierd uit de innovatieprojectgelden.

De financiering van de netwerkcoördinatietaken en projecten uit het jaarplan zal onderwerp zijn in de bespreking van de nieuwe organisatiestructuur voor het netwerk dementie die eind 2013 gevoerd wordt.

## Bijlage 1: Samenwerkingsovereenkomst Netwerk Dementie Haaglanden



### *Stichting Transmurale Zorg Den Haag en omstreken*

#### **Samenwerkingsovereenkomst Netwerk Dementie Haaglanden**

---

De organisaties die deelnemen aan het Netwerk Dementie Haaglanden:

- Cardia, gevestigd te 's-Gravenhage
- Evita Zorg, gevestigd te 's-Gravenhage
- HVP Zorg, gevestigd te 's-Gravenhage
- Florence, gevestigd te Rijswijk
- Haagse Wijk- en WoonZorg, HWWZorg, gevestigd te 's-Gravenhage
- Respect Zorggroep Scheveningen, gevestigd te 's-Gravenhage
- Saffier De Residentie Groep, gevestigd te 's-Gravenhage
- Vierstroom, gevestigd te Zoetermeer
- WoonZorgcentra Haaglanden, gevestigd te 's-Gravenhage
- Stichting Bronovo-Nebo, gevestigd te 's-Gravenhage
- HagaZiekenhuis, gevestigd te 's-Gravenhage
- GGZ Haagstreek, gevestigd te Leidschendam
- GGZ Zoetermeer, gevestigd te Zoetermeer
- Parnassia, gevestigd te 's-Gravenhage
- Alzheimer Nederland, gevestigd te Utrecht
- Alzheimer Nederland afdeling Haaglanden, gevestigd te Utrecht
- Huisartsen Kring Haaglanden, gevestigd te 's-Gravenhage
- PEP Den Haag, gevestigd te 's-Gravenhage
- Stichting Rndom Mantelzorg, gevestigd te Zoetermeer
- Stichting Xtra, gevestigd te 's-Gravenhage
- Stichting Welzijn Scheveningen, gevestigd te 's-Gravenhage
- Van Ommerenpark Stichting Johannahuis, gevestigd te Wassenaar
- SWZ, gevestigd te Wassenaar
- Cato wonen welzijn zorg, gevestigd te 's-Gravenhage
- Stichting Eykenburg, gevestigd te 's-Gravenhage
- Humanitas Woonzorgplus Den Haag, gevestigd te 's-Gravenhage
- Mr. L.E. Visserhuis, gevestigd te 's-Gravenhage
- Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. Den Haag e.o., gevestigd te 's-Gravenhage

Hierna gezamenlijk te noemen: de organisaties,



overwegende:

1. dat de samenwerking van partijen ten doel heeft de continuïteit en kwaliteit van de zorg voor cliënten met dementie en hun mantelzorgers te bevorderen,
2. dat voor de cliënten en hun mantelzorgers de overzichtelijkheid en toegankelijkheid van de betreffende organisaties en hun werkzaamheden van groot belang is,
3. dat belangenbehartiging een gezamenlijke rol is,
4. dat partijen zich hiertoe verenigd hebben in het Netwerk Dementie regio Haaglanden,
5. dat de coördinatie van het netwerk ligt bij de Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o.,
6. dat cliënten en mantelzorgers betrokken worden bij het netwerk.

komen overeen dat de samenwerking op het gebied van de zorg voor cliënten met dementie en hun mantelzorgers in de regio Haaglanden wordt voortgezet onder de navolgende afspraken.

#### Artikel 1 Bestuurlijk kader

- 1.1 Centraal in het netwerk staat de stuurgroep, een proactief, beleidsvormend en initiërend orgaan. De stuurgroep is samengesteld uit vertegenwoordigers vanuit de verschillende organisaties die zorg en diensten aan cliënten met dementie en hun naasten aanbieden. Ook zijn Alzheimer Nederland, de gemeente Den Haag, de Stichtingen MantelZorg, Welzijn en het Zorgkantoor Haaglanden vertegenwoordigd in de stuurgroep. De stuurgroep komt minstens 5 keer per jaar bij elkaar onder voorzitterschap van de directeur van de Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. Den Haag e.o.
- 1.2 De stuurgroep draagt verantwoordelijkheid voor de activiteiten van het netwerk en voor inhoudelijke aansturing van de netwerkcoördinator.
- 1.3 Jaarlijks stelt de stuurgroep een jaarplan met doelstellingen vast. De netwerkcoördinator draagt zorg voor uitvoering van het jaarplan.
- 1.4 De bestuurlijke verantwoordelijkheid voor het netwerk ligt bij het bestuur van de Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. Den Haag e.o.
- 1.5 Alzheimer Nederland afdeling Haaglanden vertegenwoordigt de belangen van cliënten en mantelzorgers.
- 1.6 De verantwoordelijkheid voor de uitvoerende zorg ligt bij de zorgorganisaties.
- 1.7 Iedere organisatie heeft een eigen klachtenregeling.

#### Artikel 2 Netwerksafspraken

- 2.1 Het Zorgprogramma dementie Regio Haaglanden waarin een model voor de keten dementie en het zorgproces beschreven is, vormt het startdocument voor het netwerk.
- 2.2 In een regionaal verbeterplan worden jaarlijks doelen vastgesteld om continuïteit van zorg en de kwaliteit van zorg te verbeteren en leemten in de zorg te vullen.

- 2.3 Uitgangspunt voor de zorgverlening aan mensen met dementie en hun naasten is de landelijke Zorgstandaard dementie.
- 2.4 Regionale netwerk afspraken worden vastgesteld door het bestuur van de Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. en gepubliceerd op de website van de Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. Den Haag e.o. Deze afspraken worden door de instellingen gehanteerd in de zorg voor en ondersteuning van mensen met dementie en hun naasten.
- 2.5 Informatievoorziening over zorg en diensten op het gebied van dementiezorg is beschikbaar via de website [www.geheugensteunpunt.nl](http://www.geheugensteunpunt.nl) en via de websites van de instellingen. Via een papieren folder wordt aandacht gevraagd voor de informatievoorziening via de website en de Geheugensteunpunten.
- 2.6 Ter bevordering van de deskundigheid van de casemanagers organiseert het netwerk dementie jaarlijks een netwerkbijeenkomst voor casemanagers.
- 2.7 Instellingen die willen toetreden tot het netwerk hebben eerst een informatief gesprek met de projectleider. In een vervolgesprek met een stuurgroep lid en de projectleider maakt de instelling duidelijk hoe zij de ketenzorg dementie vorm geven en wat hun bijdrage aan het netwerk dementie zal zijn. De stuurgroep van het netwerk besluit over de toetreding.

Deze samenwerkingsovereenkomst gaat in op 01-01-2011 en geldt voor de duur van vijf jaar. De stuurgroep evalueert de overeenkomst jaarlijks en rapporteert het Bestuur daarover.

Aldus opgemaakt en overeengekomen te 's-Gravenhage,

## Bijlage 2: Casemanager dementie, functie en taakomschrijving

### Wat is een casemanager dementie?

In de Landelijke Zorgstandaard Dementie is de volgende definitie van casemanagement opgenomen:

*“Het systematisch aanbieden van gecoördineerde behandeling, zorg en ondersteuning door een vaste professional, die deel uitmaakt 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 (in een woonvorm voor mensen met dementie) of overlijden.”*

Deze definitie wordt ook in de regio Haaglanden gehanteerd.

Taken en verantwoordelijkheden van de casemanager in hoofdlijnen:

1. Het coördineren van hulpverlening
2. Het bieden van begeleiding en ondersteuning aan cliënten en mantelzorgers
3. Het optimaliseren van de kwaliteit van zorg rondom cliënten met dementie

De casemanager heeft een specifieke opleiding gevolgd. Hierdoor is de casemanager deskundig op het gebied van begeleiding van mensen met dementie en hun naasten. In de [functiebeschrijving van de casemanager dementie](#) (geplaatst op de website [www.transmuralezorg.nl](http://www.transmuralezorg.nl)) zijn de activiteiten en resultaten die de casemanager uitvoert en nastreeft opgenomen, evenals de functie-eisen die gesteld worden, de vaardigheden waar een casemanager over moet beschikken en de verantwoordelijkheden die hij/zij heeft.

De casemanager ontvangt hiërarchisch leiding van een leidinggevende. Er is sprake van een multidisciplinaire samenwerking tussen de casemanager, de specialist ouderengeneeskunde en de psycholoog. De casemanager coördineert welzijn en zorg van alle betrokken hulpverleners met betrekking tot de zorg rondom cliënten en hun systeem. De huisarts heeft in de thuissituatie de medische eindverantwoordelijkheid.

### Aanvragen van een casemanager dementie

Het zorgproces van een cliënt met (een vermoeden van) dementie bestaat uit verschillende stappen. Een cliënt kan bij de start van het proces, al in de ‘niet pluis’ fase, aangemeld worden voor casemanagement. De casemanager werkt dan samen met de cliënt en de mantelzorgers toe naar diagnostiek. Het aanvragen van begeleiding door een casemanager kan via:

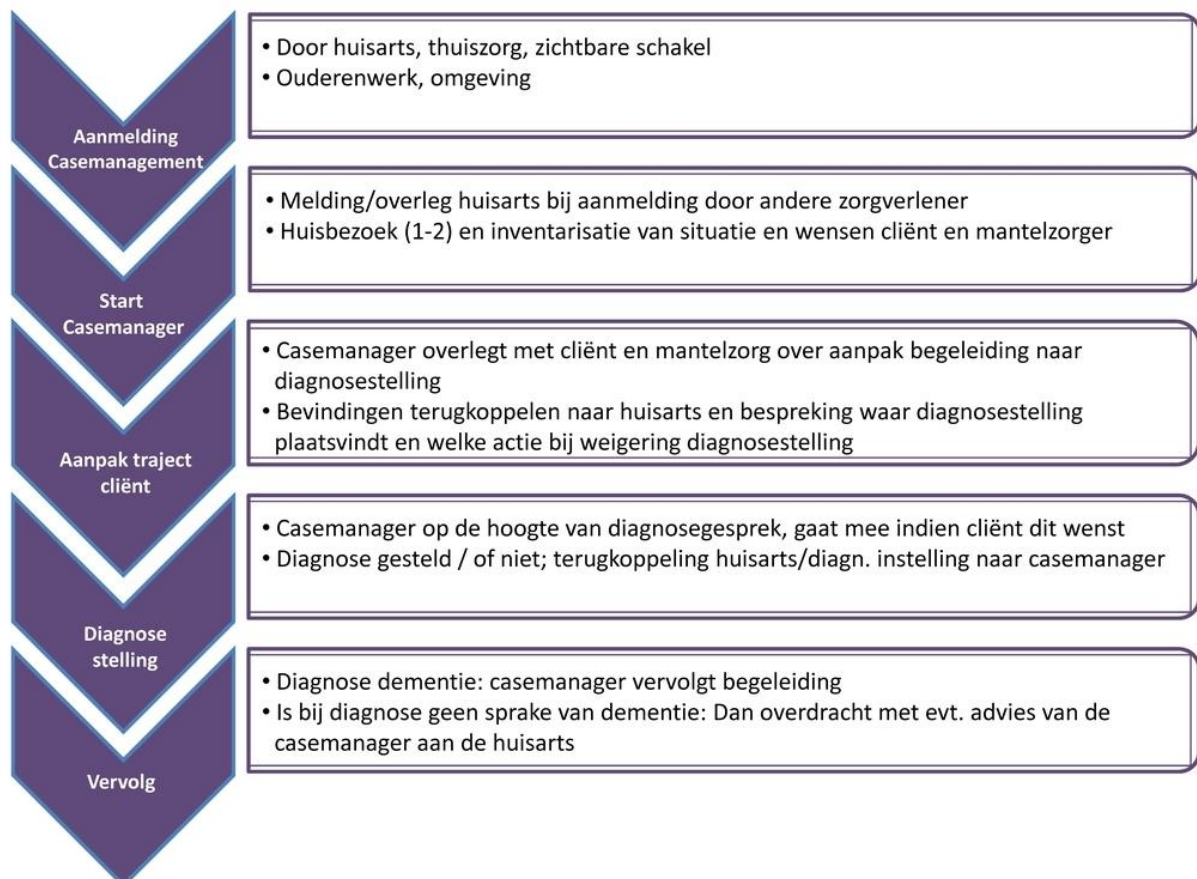
- Het Centraal aanmeldpunt. Voor Den Haag, Leidschendam-Voorburg, Rijswijk, Voorschoten en Wassenaar, tel.: (070) 700 00 83, of e-mail: [dementie@transmuralezorg.nl](mailto:dementie@transmuralezorg.nl). Voor Zoetermeer kan men zich wenden tot het Coördinatiepunt Zorg, tel.: (079) 371 94 71 (bij aanmelding wordt vermeld of de cliënt wel of (nog) geen diagnose dementie heeft).
- Rechtstreeks bij de casemanager. De casemanager geeft de aanmelding door aan het Centraal aanmeldpunt.

De casemanager dementie blijft tijdens het hele zorgproces dat een cliënt met (een vermoeden van) dementie doorloopt betrokken.

## De taken van de casemanager dementie in de 'niet pluis' fase

De casemanager start met zijn/haar taken na aanmelding van de cliënt:

1. De casemanager meldt de aanmelding van de cliënt bij de huisarts (indien aanmelding van een andere partij komt) en zoekt contact met de aangemelde cliënt en mantelzorgers.
2. De casemanager inventariseert (aan de hand van de 'Trazag' vragenlijst) de situatie en de wensen van de cliënt en mantelzorgers tijdens één of twee huisbezoeken.
3. De casemanager overlegt met de cliënt en mantelzorgers over de aanpak van de begeleiding naar diagnosestelling. De casemanager koppelt de bevindingen terug naar de huisarts en bespreekt waar diagnosestelling plaatsvindt en welke actie ondernomen kan worden bij weigering van de diagnosestelling: wie zet de begeleiding voort?
4. De huisarts meldt de cliënt aan voor diagnostisch onderzoek naar dementie en vermeldt daarbij welke casemanager betrokken is bij deze cliënt.
5. Indien de cliënt en mantelzorgers dat wensen gaat de casemanager mee naar het diagnosegesprek. Anders wordt de casemanager door degene die het diagnostisch onderzoek uitvoert op de hoogte gebracht van de uitkomst van het diagnosegesprek.
6. Wordt de diagnose dementie gesteld dan vervolgt de casemanager de begeleiding zoals gebruikelijk en meldt bij het Centraal aanmeldpunt dat de cliënt in zorg komt als gediagnosticeerde cliënt.
7. Wordt er geen diagnose dementie gesteld dan overlegt de casemanager met de huisarts of verdere begeleiding nodig is of wordt de cliënt weer overgedragen aan de huisarts, zonedig met een advies over begeleidingsmogelijkheden door andere zorg- of hulpverleners. De casemanager meldt bij het Centraal aanmeldpunt dat de begeleiding van de cliënt is beëindigd.



*Taken van de casemanager weergegeven in een stroomschema.*

Voor consistentie en continuïteit van de zorg is het van belang dat een individueel zorgplan gemaakt en gevolgd wordt. De casemanager is verantwoordelijk voor het opstellen van het zorgplan. Het regionale kader voor het zorgplan staat beschreven in bijlage 2. Het zorgplan wordt continue aangepast op de wensen en behoeften van de cliënt en de mantelzorger.

### **De taken van de casemanager dementie in de fase van levering van zorg en diensten**

In de thuissituatie begeleidt de casemanager het cliëntsysteem en regelt de zorg en ondersteuning die gewenst is. Indien de begeleiding door de casemanager start na de diagnosestelling, wordt gestart met het uitvoeren van de zorgdiagnostiek en het opstellen van een zorgplan.

### **Regieafspraken t.o.v. andere zorgverleners**

Bij de overgang van de thuissituatie naar een beschermde woonvorm worden de persoon met dementie en de mantelzorger door de casemanager begeleid. De casemanager is verantwoordelijk voor de continuïteit van de zorg. Zo zorgt de casemanager voor een goede informatie overdracht. De casemanager zal de cliënt en mantelzorger nog ongeveer 6 weken blijven begeleiden, tot aan het eerste MDO (MultiDisciplinair Overleg). De casemanager is actief betrokken bij het opstellen en aanpassen van het zorgplan en omgangsadvisering naar verzorgenden.

## **Bijlage 3: Regionaal kader zorgplan**

Een zorgplan is een leidraad voor alle zorg- en hulpverleners bij de behandeling van de zorgvragen van de persoon met dementie en biedt de persoon met dementie en zijn/haar naasten inzicht in welke hulp en ondersteuning hij/zij mag verwachten. Het zorgplan dient ter ondersteuning en versterking van het cliëntstelsel.

In het zorgplan worden alle acties en gemaakte afspraken vastgelegd. Het geheel aan wonen, welzijn en zorg, afgestemd op de specifieke behoeften, wensen en vragen van de persoon met dementie en zijn/haar naasten, is in het zorgplan opgenomen. Het zorgplan is een bundeling van informatiestromen.

### **Intakegesprek**

Het intakegesprek tussen de casemanager en het cliëntstelsel is bedoeld om kennis te maken. Er zijn meerdere gesprekken nodig om vertrouwen te winnen. Tijdens het intakegesprek zoekt de casemanager naar prioriteiten in de zorgvraag en onderneemt actie om in de behoeften van het cliëntstelsel te voldoen.

### **Welke informatie dient minimaal in het zorgplan te worden opgenomen?**

De casemanager legt de volgende gegevens vast in het zorgplan:

- NAW gegevens
- Zorgvraag en zorgbehoefte van de cliënt
- Ziekte- en zorgdiagnose
- Medische gegevens
- Ziekteproces
- Verloop leven
- Doelstellingen en acties
- Betrokken hulpverleners (wie zijn het, wat bieden ze en in welke frequentie?)
- Gegevens mantelzorger/contactpersoon
- Een passage over op welke wijze Informed Consent (toestemming) is geregeld en er sprake is van gezamenlijk besluitvorming (Shared Decision Making).
- Planning van de evaluatiemomenten (met wie en wanneer?)

Het zorgplan moet twee keer per jaar ondertekend worden door de cliënt of de 1<sup>e</sup> contactpersoon. Bij een wijziging zal het zorgplan echter opnieuw ondertekend moeten worden. Een wijziging wordt pas doorgevoerd als het zorgplan opnieuw geëvalueerd is.

### **Evaluatie**

Afhankelijk van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand of sociale situatie worden de afspraken in het zorgplan periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld, in overleg met de persoon met dementie en diens naasten. Ook wijzigingen in het anticiperend zorgbeleid en eventuele wilsverklaringen worden opgenomen. Minimaal twee keer per jaar wordt het zorgplan geëvalueerd, maar de frequentie wordt bepaald door de behoeften van de persoon met dementie en zijn/haar naasten.

Bij de evaluatie zijn (indien mogelijk) de cliënt, de 1<sup>e</sup> contactpersoon en de betrokken hulpverleners aanwezig. Wenselijk is dat de casemanager de voorzitter tijdens het MDO is.

Er wordt ook bij elke cliënt een overleg gepland waarin de zorgplannen van de thuiszorg en de dagbehandeling worden geëvalueerd.

Casemanagers vanuit verschillende organisaties evalueren op verschillende manieren. Voordat hierin eenheid gecreëerd kan worden moet gezorgd worden dat de zorgplannen overal dezelfde structuur hebben. Hier wordt in 2013 veel aandacht aan besteed vanuit het project Communicatie en Organisatie op één Lijn.

### **Algemene punten**

De verhouding tussen de casemanager en andere hulpverleners is belangrijk:

- Reeds ingewonnen informatie wordt direct gecommuniceerd;
- Er zijn korte lijnen tussen de casemanager en de hulpverleners (contactverantwoordelijke);
- De rol van de casemanager is duidelijk zijn voor hulpverleners; de casemanager voert samen met de familie de regie uit;
- Onderlinge verwachtingen worden vastgelegd en men spreekt elkaar er op aan (onder andere terugkoppeling van hulpverleners aan de casemanager);
- De casemanager gebruikt het logboek thuiszorg bij de cliënt;
- Het zorgplan van de casemanager is leidend: de zorgplannen van de andere disciplines hangen er onder;
- Alle disciplines worden betrokken bij het MDO.

## **Bijlage 4: Kader voor ontmoetingscentra dementie regio Haaglanden**

Het doel van het ontmoetingscentrum is het voorzien in praktische, emotionele en sociale ondersteuning. De ondersteuning is bedoeld voor mensen met een lichte of matige vorm van dementie (*niet* voor mensen die al een verpleeghuisindicatie hebben) én voor zijn/haar mantelzorger. Deze ondersteuning wordt op een kleinschalige manier, intensief en geïntegreerd aangeboden, op een laagdrempelige plek in de wijk.

Het doel dat het ontmoetingscentrum voor de deelnemer beoogt, is:

- In stand houden/uitbreiden van het sociaal netwerk
- Bieden van structuur en zinvolle dagbesteding
- Verminderen van gedragsproblemen
- Uitstel van opname in beschermde woonomgeving

en voor de mantelzorger

- Ontlasten van de mantelzorg zodat ze de zorg langer en beter kunnen volhouden.
- Creëren van een meer stabiele leefsituatie door het leren omgaan met een partner/vader/moeder enz. met dementie.

Het activiteitenprogramma voor de dementerende is enerzijds gericht op beleving en meedoen aan bezigheden, anderzijds op het bieden van een gestructureerde dagindeling en maatschappelijke participatie zolang dit mogelijk is. De deelnemers geven aan aan welke activiteiten zij willen deelnemen. De dagindeling zal dus vraaggericht georganiseerd worden. Voor de mantelzorgers is er een apart programma.

### **Doelgroep**

Het ondersteuningsaanbod van een ontmoetingscentrum is gericht op de man/vrouw met (een vermoeden van) dementie én de mantelzorgers. In veel gevallen zijn er meer mantelzorgers betrokken bij de zorg voor mensen met dementie. Vaak fungeert één van de mantelzorgers als centrale mantelzorger. De ondersteuning vanuit het ontmoetingscentrum richt zich vooral op de centrale mantelzorger/ contactpersoon zonder de andere mantelzorgers uit te sluiten.

### **Organisatie**

Landelijk wordt van een maximale groepsgrootte van 12 deelnemers uitgegaan. De groepsgrootte is ook afhankelijk van de beschikbare ruimte. In het landelijk draaiboek wordt gesproken over een ruimte van ongeveer 60 m<sup>2</sup>, dat komt neer op 5m<sup>2</sup> per persoon.

Het ontmoetingscentrum dient minimaal twee dagen open te zijn per week. Uitgangspunt is dat de cliënt minimaal 1 dagdeel deelneemt.

Het vaste personeel bestaat uit een programmacoördinator en een activiteitenbegeleider.

Een ontmoetingscentrum is ook een middel om de ketenzorg verder te ontwikkelen. Vanuit dat perspectief is het belangrijk dat ook ketenpartners hun aandeel leveren. Dit kan in de vorm van een bijdrage aan de informatieve bijeenkomsten, of in de vorm van een bijdrage/aandeel in de individuele begeleiding. We gaan er vanuit dat deze bijdrage geleverd kan worden als onderdeel van werk waar al financiering voor is.



Vrijwilligers zijn van belang om de activiteitenbegeleider te ondersteunen bij het programma.

### **Kosten**

Om een Ontmoetingscentrum te starten is startfinanciering nodig. Daarnaast zijn er vaste kosten. De meeste ontmoetingscentra vragen een kleine eigen bijdrage van de deelnemers. Deze gelden worden volledig besteed aan lunches, versnaperingen bij koffie en thee en uitstapjes voor de deelnemers aan het programma.

### **Meer informatie**

Uitgebreidere informatie over ontmoetingscentra in de regio Haaglanden en de regionale afspraken is te vinden in het document 'Ontmoetingscentra regio Haaglanden'. Dit document is in ontwikkeling en zal in december 2013 klaar zijn. Dan wordt het op [www.transmuralezorg.nl](http://www.transmuralezorg.nl) weergegeven.