

Rapport

Inbedding van het Netwerk Dementie Noordwest-Veluwe bij GezondVeluwe



Datum:

maart 2018, versie 2.0

Auteurs:

Simone Boer (projectleider Transitie Netwerk Dementie) – sboer@raedelij.nl

Edith de la Fuente (projectleider Ouderen GezondVeluwe)

Dieuwke Biesma (netwerkcoördinator Netwerk Dementie Noordwest-Veluwe)

Inhoud

Samenvatting	3
1. Aanleiding en opdracht	5
1.1 Aanleiding	
1.2 Opdracht aan Raedelijk	
1.3 Rapport	
2. Aanpak	7
2.1 Kerngroep Ouderen	
2.2 Voorstel	
2.3 Projectstructuur	
3. Organisatie Netwerk Dementie NWV	9
3.1 Netwerkpartners	
3.2 Voorstel governance Netwerk Dementie als onderdeel van GezondVeluwe	
4. Visie op dementiezorg in relatie tot integrale ouderenzorg	13
4.1 Visie	
4.2 Rol casemanager dementie / dementieverpleegkundige	
4.3 Integratie dementieonderdelen in het zorg- en ondersteuningsproces GezondVeluwe	
4.4 Aanmeldprocedure cliënten	
5. Professionals casemanagement dementie	22
5.1 Deskundigheidsbevordering casemanagers	
5.2 Casuïstiekbesprekingen	
5.3 Scholingprogramma's	
5.4 Kennis deling	
6. Communicatie	24
7. Begroting 2018	25
8. Aanbevelingen	26
Bijlage A Inkoopvoorwaarden Casemanagement dementie en ketenzorg dementie	27
Bijlage B Voorstel aanmeldformulier Meldpunt	28
Bijlage C Kader Casemanagementoverleg Dementie CMO	29

Samenvatting Rapport inbedding Netwerk Dementie NWV bij GezondVeluwe

Aanleiding

Er zijn twee aanleidingen om het Netwerk Dementie Noordwest-Veluwe onder te brengen bij GezondVeluwe (GV): **1)** overlap van organisaties in beide netwerken en **2)** de gezamenlijke doelstelling om toe te werken naar integrale zorg en ondersteuning voor ouderen, waar dementiezorg deel van uitmaakt.

Opdracht

Opdracht vanuit de Kerngroep Ouderen / voormalige Stuurgroep: “Onderzoek op welke wijze (de bewezen activiteiten van) het Netwerk Dementie NWV het beste ondergebracht kunnen worden bij GezondVeluwe.” De opdracht is uitgevoerd onder projectleiderschap van Raedelijk.

Wat is er gedaan?

De volgende stappen zijn gezet om tot resultaat te komen:

- In kaart brengen van overlap, hiaten en geografische dekking van het Netwerk en GV
- Inzicht in randvoorwaarden voor een gedegen inbedding
- Benoemen portefeuillehouder voor dit onderwerp in de Kerngroep Ouderen: Michel Hovinga, rayonmanager Icare VV&T. Tevens is hij aanspreekpunt voor alle partijen inzake dit onderwerp
- Structurele deelname van een casemanager dementie aan de Projectgroep Ouderen GV
- Drie (multidisciplinaire) werkgroepen hebben de volgende onderwerpen uitgewerkt:
 - Organisatie van het Netwerk
 - Visie en zorg/ondersteuningsproces voor dementie als onderdeel van integrale ouderenzorg
 - Nut en noodzaak Meldpunt: de aanmeldprocedure van cliënten met dementie
 - Professionalisering van de casemanagers dementie
 - Aanzet actualiseren website
 - Begroting 2018

Resultaten

Netwerk Dementie maakt deel uit van het thema Ouderen binnen GezondVeluwe

Het Netwerk Dementie NWV is onderdeel van het thema Ouderen (naast de projecten Ouderenteams / OZOverbindzorg en Vitale Ouderen). De organisatiestructuur van het Netwerk Dementie NWV als onderdeel van GezondVeluwe bestaat uit de Kerngroep Ouderen met een portefeuillehouder voor het onderwerp dementie, inhoudelijke bespreking in de Projectgroep Ouderen waar structureel een casemanager dementie aan deelneemt, een Kennisteam Dementie voor o.a. een jaarlijkse themabijeenkomst en de twee Casemanagementoverleggen voor kennisdeling en casuïstiekbespreking onder casemanagers dementie. In het tweede kwartaal van 2018 wordt een ‘Overlegtafel’ georganiseerd (o.l.v. portefeuillehouder Michel Hovinga) met als doel iedereen formeel over de doorontwikkelingen te informeren (zie ook p.11).

Visie (beknopt), zorg- en ondersteuningsproces en rol casemanagers

De focus ligt op het realiseren van proactieve, preventieve en samenhangende zorg en ondersteuning waarbij de persoon met dementie en naasten/mantelzorgers centraal staan. Om dit samen te bereiken delen de deelnemers van het ouderenteam (huisarts, POH-ouderenzorg, wijkverpleegkundige, ouderenadviseur (welzijn), specialist ouderengeneeskunde en casemanager dementie) de volgende uitgangspunten:

- **Kwaliteit van leven voor cliënt en naaste/mantelzorger**
- **Persoonsgerichte zorg in aansluiting op wensen, behoeften en verwachtingen van de persoon met dementie (en mantelzorger)**
- **Participatie en sociaal contact in de samenleving**
- **Cliëntgerichtheid en continuïteit van zorg en begeleiding zijn leidend**
- **Teamwerk inclusief duidelijk aanspreekpunt voor de cliënt en naaste/mantelzorger**

Het zorg- en ondersteuningsproces voor mensen met dementie is multidisciplinair in kaart gebracht. De rol van casemanager dementie is herijkt in het licht van GV. Resultaat is o.a. dat de rol van casemanagers dementie is ingebed in de multidisciplinaire ouderenteams.

Aanmeldprocedure cliënten voor casemanagement dementie

Alle partijen onderkennen het belang van een efficiënte en effectieve aanmeldprocedure voor nieuwe mensen met dementie, zodat men zo snel mogelijk de juiste zorg en begeleiding ontvangt. Uit een inventarisatie onder managers/bestuurders komt naar voren dat het huidige Meldpunt niet meer de meest adequate oplossing lijkt voor het aanmelden van nieuwe patiënten. Een definitief besluit over het al dan niet voortzetten van het Meldpunt wordt genomen door de Kerngroep Ouderen op 9 april aanstaande. Afgesproken is dat het Meldpunt in ieder geval tot 1 juli 2018 actief blijft. In de tussentijd wordt verkend in hoeverre bestaande alternatieven de functie van het Meldpunt kunnen opvangen.

Professionalisering casemanagement dementie

De casemanagementoverleggen (CMO's) (één keer in de zes weken) werken volgens het herziene Kader (inclusief casuïstiekbespreking), met extra aandacht voor kennisuitwisseling via aandachtsvelden. Organisaties zijn zelf eindverantwoordelijk voor scholing en kwaliteit van hun casemanagers. Een Kennisteam Dementie wordt ingesteld, dat een jaarlijkse, regionale en multidisciplinaire themabijeenkomst over relevante onderwerpen in de dementiezorg organiseert, toeziet op de kennisdeling en domein- en organisatie overstijgend signalen m.b.t. dementiezorg aankaart in de Projectgroep Ouderen of bij de portefeuillehouder in de Kerngroep. De samenstelling en overlegfrequentie van dit Kennisteam worden voor de zomer bepaald.

Website

De website is deels geactualiseerd met input van een mantelzorger van iemand met dementie. Het beheer wordt van de netwerkcoördinator overgedragen aan een van de netwerkpartijen.

Begroting 2018

Er is een begroting opgesteld waarmee de Netwerkpartijen voor 2018 geen (extra) eigen bijdrage leveren. Dit conform het besluit in het Stuurgroep overleg op 19 juni 2017. Het eigen vermogen van het Netwerk wordt in 2018 gebruikt om de activiteiten en andere kosten te betalen. In de Overlegtafel met de netwerkpartijen wordt besloten of in 2019 opnieuw een (financiële) bijdrage te leveren voor de voortgang en doorontwikkeling van activiteiten rond dementiezorg als onderdeel van GezondVeluwe (evt. incl. netwerkcoördinator).

1. Aanleiding en opdracht

1.1 Aanleiding

In 2017 waren er twee aanleidingen om het Netwerk Dementie Noordwest-Veluwe onder te brengen bij het Programma GezondVeluwe. Enerzijds was dit de overlap van betrokken organisaties en anderzijds de gezamenlijke doelstelling om toe te werken naar integrale zorg en ondersteuning voor ouderen, waar dementiezorg in belangrijke mate deel van uitmaakt.

De twee hoofddoelstellingen van deze transitie zijn:

1. Doelmatige inrichting van netwerkorganisaties rondom ouderen in de regio Noordwest-Veluwe
2. Transitie dementiezorg → integrale (ouderen)zorg

Vanaf medio 2016 zijn binnen het programma GezondVeluwe in de regio NWV/Zeewolde lokale, multidisciplinaire ouderenteams¹ gevormd rondom één of meer huisartspraktijken om de zorg en ondersteuning voor en met – vooral kwetsbare – ouderen en hun mantelzorgers goed af te stemmen. Tot deze kwetsbare groep horen ook ouderen met (complexe) cognitieve problematiek, zoals dementie. De ouderenteams ervaren de samenwerking met casemanagers dementie als een verbeterpunt in de zorg en ondersteuning voor deze mensen. Daarbij valt het casemanagement dementie onder het inkoopbeleid van de wijkverpleging, wat maakt dat er met een bredere blik naar gekeken wordt.

De inzet van deze casemanagers is een van de kernwaarden van het Netwerk Dementie NWV. Binnen het netwerk zelf bleek ook dat een aantal partijen juist zocht naar voldoende meerwaarde van hun inzet. Een uitgelezen kans dus om door intensieve(re) samenwerking meerwaarde te creëren voor deze doelgroep: mensen met dementie en hun mantelzorgers. Uitgangspunt is dat alle zorgorganisaties zelf eindverantwoordelijk zijn en blijven voor kwalitatief goede dementiezorg.

Daarnaast zijn er landelijk ook veel ontwikkelingen gaande in en rondom de dementiezorg. In Nederland leven er naar schatting ruim 270.000 mensen met dementie. Dat aantal stijgt met zo'n 10.000 per jaar². Ongeveer 70% woont thuis en de meesten willen dit graag zo lang mogelijk blijven doen. Dat stelt de dementiezorg voor grote uitdagingen. Integrale en persoonsgerichte zorg is hard nodig. Het vijfjarig Deltaplan Dementie, in mei 2016 van start gegaan en gesubsidieerd door VWS, streeft drie pijlers na:

1. Onderzoek om dementie te voorkomen en te genezen
2. Betere zorg voor dementie en hun naasten
3. Bewustwordingscampagne voor een dementievriendelijke samenleving.

Het landelijke programma Dementiezorg Voor Elkaar³ richt zich op pijler 2 en heeft een looptijd van 4 jaar (sinds 2017). Met dit programma worden knelpunten en oplossingen uit de praktijk belicht, zoals de kwaliteitseisen die gesteld dienen te worden aan de casemanagers dementie (ook wel dementieverpleegkundigen genoemd⁴). Al deze landelijke ontwikkelingen versterken de behoeften van de Netwerkp partijen om (de activiteiten van) het Netwerk Dementie NW Veluwe te herijken en de kwaliteit van de dementiezorg te verhogen door effectiever en efficiënter zorg te verlenen in de regio Noordwest-Veluwe, mede ingegeven door de kaders beschreven in de Zorgstandaard Dementie.

¹ Een ouderenteam bestaat primair uit de volgende professionals: huisarts, POH-ouderen, specialist ouderengeneeskunde, wijkverpleegkundigen en ouderenadviseur van de welzijnsorganisatie

² Bron: <https://www.alzheimer-nederland.nl/dementie/feiten-cijfers>

³ Zie <https://www.dementiezorgvoorelkaar.nl/>

⁴ 'Expertisegebied dementieverpleegkundige (voorheen casemanager dementie)', V&VN, september 2017
Rapport inbedding Netwerk Dementie NWV, maart 2018

1.2 Opdracht aan Raedelijk en de huidige netwerkcoördinator

De Kerngroep Ouderen van GezondVeluwe en de Stuurgroep van het Netwerk Dementie NWV – grotendeels bestaand uit dezelfde partijen/personen – hebben de volgende opdracht geformuleerd: “Onderzoek, vanuit de rol als programmamanager GezondVeluwe en in samenwerking met de huidige ketenregisseur (Dieuwke Biesma), op welke wijze (de bewezen activiteiten van) het Netwerk Dementie NWV het beste ondergebracht kunnen worden in GezondVeluwe.” Tevens is Raedelijk gevraagd een rol te spelen in de uitwerking van de inbedding van de activiteiten van het Netwerk in samenhang met de activiteiten onder GezondVeluwe.

1.3 Rapport

Dit rapport geeft de aanpak weer van bovenstaande exercitie en het behaalde resultaat. Het resultaat bestaat samengevat uit:

- ✓ een herijking van missie/visie en uitgangspunten;
- ✓ overzicht en duiding van bij het netwerk betrokken partners;
- ✓ een voorstel voor de structuur van het netwerk (zowel bestuurlijk als financieringsstromen);
- ✓ inzicht in het zorg- en ondersteuningsproces (inclusief advies aanmeldprocedure nieuwe cliënten);
- ✓ de professionalisering van de casemanagers in het gebied van GezondVeluwe.

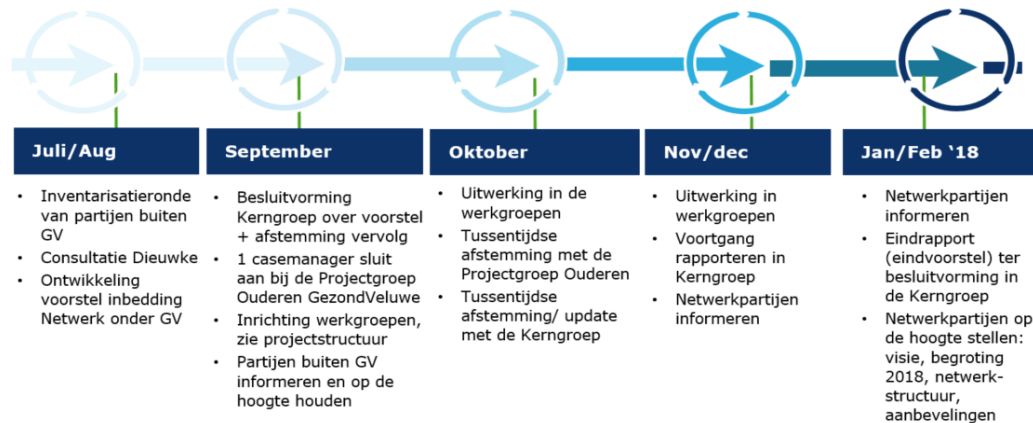
Het zorg- en ondersteuningsaanbod op het gebied van dementie in de regio komt niet expliciet aan de orde. Dit dient onderdeel te zijn van een te maken meerjarenplan.

In hoofdstuk 7 vatten we de aanbevelingen van de werkgroepen met betrekking tot de inbedding samen.

Wilt u reageren op dit rapport? Neem contact op met de projectleider, Simone Boer (sboer@raedelijk.nl) of de portefeuillehouder vanuit de Kerngroep Ouderen, Michel Hovinga.

2. Aanpak

In de afgelopen tijd zijn de volgende stappen gezet om tot het eindresultaat te komen.



We zijn gestart met het in kaart brengen van de overlap, de hiaten en geografische dekking van het Netwerk en GezondVeluwe. Vervolgens spraken wij negen organisaties die werkzaam zijn op de randen of buiten de regio van GezondVeluwe over de randvoorwaarden voor een gedegen inbedding van de activiteiten van het Netwerk bij GezondVeluwe. Dit waren Beweging 3.0, GGz Centraal, Vèrian, Thuiszorg van Oranje, Alzheimer Nederland, Sigma en de gemeenten Oldebroek, Elburg en Nijkerk.

2.1 Kerngroep Ouderen

In hoofdstuk 3 beschrijven we de structuur van GezondVeluwe en op welke manier het Netwerk Dementie onderdeel hiervan wordt.

De Kerngroep Ouderen is verantwoordelijk voor het beleid, de besluitvorming en de benodigde randvoorwaarden van de zorg en ondersteuning rondom de oudere inwoners in de regio. Onder meer via de projecten Ouderenteams / OZOverbindzorg en Vitale ouderen. De volgende partijen hebben zitting in de Kerngroep Ouderen van GezondVeluwe: Huisartsencoöperatie Medicamus, Ziekenhuis St. Jansdal, Zorggroep Noordwest-Veluwe, Stichting Icare, Zorgbelang Gelderland/Utrecht en de Samenwerking Noord-Veluwe (voormalige RNV).

In deze Kerngroep is Michel Hovinga (rayonmanager Icare VV&T) de portefeuillehouder voor het onderwerp dementiezorg. Hiermee dient hij binnen de Kerngroep ook als vertegenwoordiger van en aanspreekpunt voor de (managers/bestuurders van) alle partijen van het (voormalige) Netwerk Dementie NWV. In de afgelopen periode vond regelmatig afstemming plaats tussen de projectleider, de netwerkcoördinator en de portefeuillehouder uit de Kerngroep.

2.2 Voorstel

Op basis van het toekomstbeeld, zoals op papier gezet in juni 2017 in de voormalige Stuurgroep van het Netwerk, de interviews met de negen partijen/organisaties en actuele ontwikkelingen, is aan de Kerngroep voorgesteld om de volgende onderwerpen verder uit te werken:

- Organisatie van het Netwerk
- Visie en zorg/ondersteuningsproces voor dementie in relatie tot integrale ouderenzorg, waaronder de aanmeldprocedure cliënten met dementie
- Professionalisering van de casemanagers dementie
- Communicatie (website)
- Overige aanbevelingen

- Begroting 2018

De Kerngroep ging hiermee akkoord, waarna de werkgroepen van start gingen.

2.3 Projectstructuur

Hieronder staat de projectstructuur met een overzicht van de verschillende werkgroepen en de werkgroep leden. De werkgroepen zijn samengesteld uit een representatieve vertegenwoordiging van alle partijen van het Netwerk Dementie.



3. Organisatie Netwerk Dementie NWV

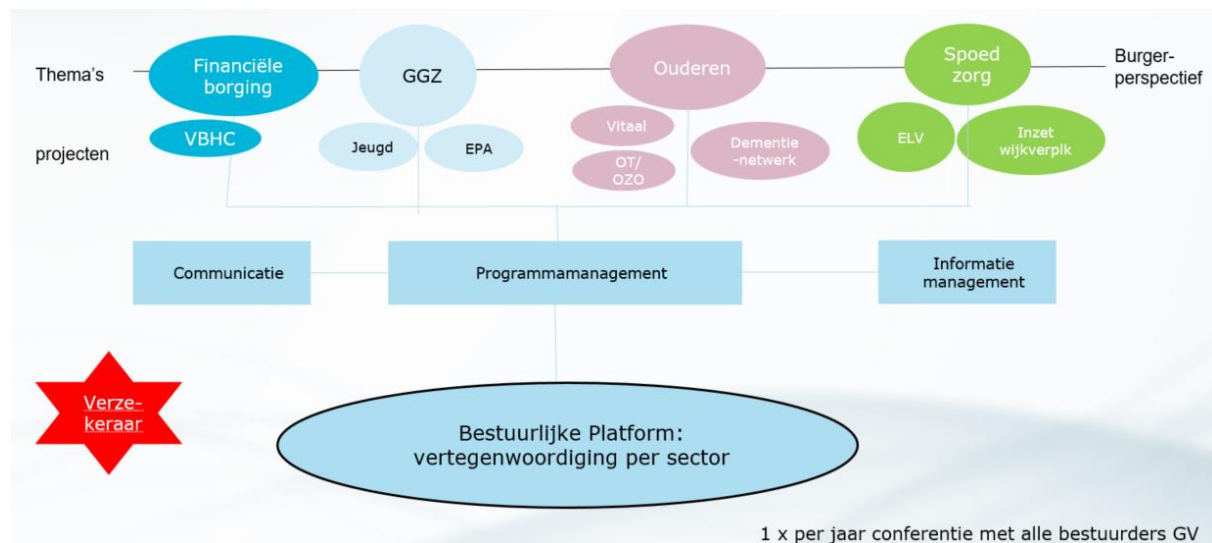
3.1 Netwerkpartners

Het Netwerk Dementie Noordwest-Veluwe bestond tot juni 2017 uit de volgende partijen:

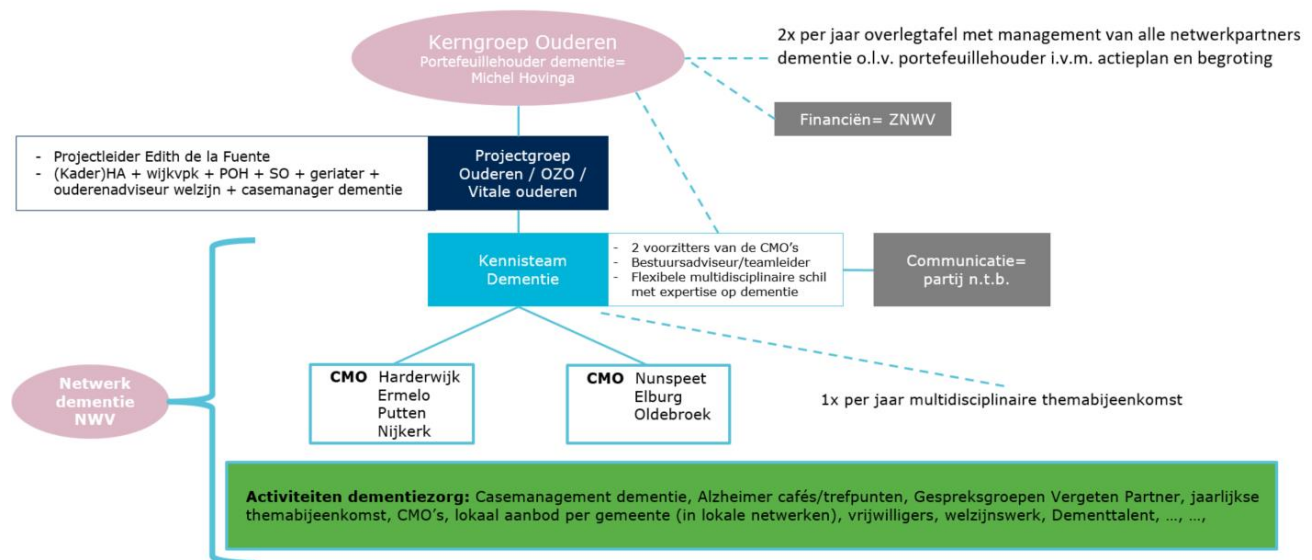
- De gemeenten Elburg, Ermelo, Harderwijk, Nijkerk, Nunspeet, Oldebroek en Putten.
- GGZ Centraal
- Thuiszorg Icare
- Zorggroep Noordwest Veluwe
- Zorgverlening Het Baken
- Welzijn Putten
- Woonzorg Unie Veluwe
- Beweging 3.0
- Stichting V érian
- Curadomi
- Stichting Wijkverpleging Eemland Veluwe (voorheen Thuiszorg van Oranje)
- Huisartsencoöperatie Medicamus
- Alzheimer Nederland afdeling Noordwest-Veluwe. De regionale afdeling van Alzheimer Nederland vertegenwoordigt het cliëntenbelang.

3.2 Voorstel inrichting: Netwerk Dementie als onderdeel van GezondVeluwe

Het Programma GezondVeluwe is een groot netwerk dat op verschillende gezondheidsthema's samenwerkt ten behoeve van de 150.000 inwoners van de regio Noordwest Veluwe. In onderstaande afbeelding is duidelijk gemaakt hoe het Netwerk Dementie onderdeel wordt van het Programma GezondVeluwe als totaal.



Hieronder zoomen we in op de nieuwe governance van het Netwerk Dementie als onderdeel van het thema Ouderen binnen GezondVeluwe.



Voorstel governance als onderdeel van GezondVeluwe

- De voormalige Stuurgroep wordt in het vervolg vertegenwoordigd door de Kerngroep Ouderen met Michel Hovinga als portefeuillehouder voor het thema dementie.
- De financiën zijn onderdeel van het sturend orgaan (de Kerngroep) en worden momenteel beheerd door Jaap Schuurman van ZNWV.
- Bij de multidisciplinaire Projectgroep Ouderen sluit structureel een casemanager dementie aan, met een collega als achterwacht. Dit ter bevordering van de samenhang in activiteiten en de samenwerking tussen de casemanagers dementie en de andere disciplines in de regio.
- Het Netwerk Dementie kende in haar voormalige vorm het Programmateam, dat vanuit de verschillende organisaties signalen naar voren bracht ten aanzien van dementiezorg. Deze groep dacht organisatie- en werk overstijgend en kon signalen of bepaalde vragen voorleggen aan de stuurgroep. Wij stellen voor om dit team door te ontwikkelen, en de naam te veranderen in 'Kennisteam Dementie'. In hoofdstuk 5.4 gaan we verder in op de specifieke taken van dit team. Over de samenstelling dient nog gesproken te worden, maar wij stellen voor dat daar in ieder geval de twee voorzitters van de Casemanagement overleggen (CMO's) plaatsnemen, managers/teamleiders/bestuursadviseurs/Alzheimer Nederland die domein- en organisatie overstijgend op bepaalde thematiek willen meedenken.
- Er blijven twee CMO's actief die iedere zes weken bij elkaar komen voor casuïstiekbesprekingen, intervisie en kennisdeling. Het CMO van Nijkerk betrof een kleine formatie, waardoor de leden hebben besloten om deels aan te sluiten bij het CMO van Harderwijk/Ermelo/Putten en deels bij andere overlegvormen in hun regio. De voorzitter van het CMO Harderwijk/Ermelo/Putten/Nijkerk (HEPN) is Silvia Kuipers (sociaal psychiatrisch verpleegkundige ouderen GGZ centraal). Van het CMO Nunspeet/Elburg/Oldebroek (NEO) is dit Tineke van den Berg (Wijkverpleegkundige/casemanager dementie Icare).

Met bovenstaand voorstel adviseren wij het Netwerk Dementie NWV in een andere netwerkvorm voort te laten bestaan. Meer gericht op de inhoud en activiteiten van de casemanagers dementie, in samenwerking en samenhang met de andere zorg- en welzijnsverleners in de regio.

Voorstel ondersteuning 2018

Uitgangspunt is dat bovengenoemde partners samen realiseren waar het om draait: het vormgeven en doorontwikkelen van waardevolle ondersteuning en zorg rondom mensen met (zicht op) dementie en hun mantelzorgers.

Zoals bekend legt netwerkcoördinator Dieuwke Biesma in het eerste kwartaal van 2018 haar taken neer. Voor de coördinatie en planning van de activiteiten en communicatie van het Kennisteam, de CMO's en andere activiteiten, is onze aanbeveling dat er in 2018 in ieder geval secretariële ondersteuning geboden wordt. Icare heeft aangegeven vanuit hen secretariële ondersteuning in 2018 te kunnen bieden. Daarnaast kan Raedelijs (i.s.m. het landelijke programma Dementiezorg Voor Elkaar) ondersteuning bieden bij het ontwikkelen van een meerjarenplan vanaf 2019.

Doorkijk naar 2019

Voor 2019 adviseren wij om een nieuwe netwerkcoördinator te werven; dit ter bespreking in de overlegtafel met de Netwerkpartijen. Over het exacte functieprofiel spreken wij hier nu niet. Wel stellen wij voor dat dit iemand is uit een van de netwerkorganisaties in de regio. Denk aan een casemanager dementie van een van de organisaties die hier tijd en middelen voor krijgt om dit op te pakken. Ook kan overwogen worden dat met de nieuwe structuur alleen secretariële ondersteuning afdoende kan zijn.

Overlegtafel netwerkpartijen dementie

Naar aanleiding van de overige uitkomsten die wij in dit rapport presenteren, raden wij aan in het tweede kwartaal van 2018 met alle Netwerkpartners samen te komen in een 'Overlegtafel' (o.l.v. portefeuillehouder Michel Hovinga). Doel is iedereen formeel over de doorontwikkelingen in deze nieuwe vorm te informeren. Over in ieder geval de volgende punten dient een besluit genomen te worden:

- Instemming met de nieuwe netwerkvorm door alle netwerkpartijen.
- De zorgverzekeraars stellen kwaliteitsvoorwaarden aan een Netwerk Dementie (Inkoopbeleid Wijkverpleging 2018, Zilveren Kruis, **zie bijlage A**). Zo wordt er tweejaarlijks gevraagd om aanlevering van de netwerkwerkindicatoren van Vilans⁵. Deze indicatoren zijn al een paar jaar niet aangeleverd door het Netwerk Dementie NWV. De vraag is in hoeverre Zilveren Kruis dit tot nu toe vereist heeft van de individuele organisaties. Ook is het goed om te weten dat Zilveren Kruis bezig is met een inventarisatie van de dementienetwerken om goede dementiezorg voor haar verzekerden te kunnen garanderen. Het is niet duidelijk in hoeverre Zilveren Kruis hier actief in gaat sturen. Daarnaast blijft de Zorgstandaard Dementie een belangrijk uitgangspunt, dat alle zorgverzekeraars meenemen in de inkoopprocedure. Zonder een netwerkcoördinator is het van belang om te beleggen wie verantwoordelijk is voor het naleven van de Zorgstandaard Dementie, andere voorwaarden of richtlijnen, samenwerkingsafspraken en het aanleveren van netwerkindicatoren van Vilans. Momenteel zijn de zorgorganisaties zelf verantwoordelijk voor tenminste het aanleveren van de uitkomstindicatoren. Het zou efficiënter zijn om dit - waar mogelijk - als Netwerkpartners gezamenlijk te organiseren. De vraag is dus of de Netwerkpartners (via de Kerngroep Ouderen) hierin per 2019 gezamenlijk op willen trekken, al dan niet door een netwerkcoördinator te benoemen vanuit één van de organisaties (zie ook hieronder).
- Voorstel begroting 2018 ten bate van de activiteiten rondom dementiezorg en de organisatie hiervan (**zie hoofdstuk 8**).

⁵ <http://www.beteroud.nl/docs/beteroud/lnd/rapportage-netwerkindicatoren-dementie-2016.pdf>

- Mogelijk per 2019 werving nieuwe netwerkcoördinator vanuit een van de netwerkpartijen.
- Aanzet voor het opstellen van een meerjarenplan (gereed per 1 juli 2018).
- Afweging om op basis van dit rapport een bijpassende bekostigingsvorm te kiezen vanaf 2019 voor de uitvoering van een meerjarenplan:
 - Opnieuw een jaarlijkse bijdrage vast te stellen voor bekostiging van een netwerkcoördinator (eventueel minder dan voorheen)?
 - Structureel te werken met gesloten beurzen wat betreft middelen/menskracht op de verschillende onderdelen (zoals administratie, communicatie, secretariële ondersteuning, deelname aan werkgroepen en CMO's)?
 - Een eerste peiling onder betrokken organisaties zoals vertegenwoordigd in de Kerngroep Ouderen laat zien dat men niet voelt voor het in stand houden van het Meldpunt. Mede in verband met het inefficiënte bekostigingssysteem van het Meldpunt, het behoud van een privacygevoelig systeem en dat het Meldpunt geen realistisch inzicht geeft in het aantal mensen met dementie.

4. Visie op dementiezorg in relatie tot integrale ouderenzorg

De werkgroep Visie/Zorgproces heeft een gezamenlijke visie gevormd op dementie en het bijbehorende zorg- en behandelproces in relatie tot reeds gemaakte afspraken rond multidisciplinaire, integrale zorg en ondersteuning voor ouderen.

Uitgangspunten zijn eenduidige randvoorwaarden en invulling van casemanagement dementie in de regio en integratie van de samenwerking bij dementie in het reeds ontwikkelde multidisciplinaire proces rondom zorg en ondersteuning voor ouderen. Uniform waar mogelijk, maatwerk lokaal en altijd persoonsgericht.

De visie is een doorontwikkeling van de visie/doelstelling zoals geformuleerd door de Projectgroep Ouderen GezondVeluwe in de *Werkwijze Ouderenzorg*⁶. Om in dit rapport de focus op dementiezorg te leggen, is de term 'oudere' vervangen door 'persoon met dementie'. Daar waar we in deze rapportage spreken over 'casemanager dementie' wordt hier tevens 'dementieverpleegkundige' bedoeld.

4.1 Visie

Wij gaan voor (het ontwikkelen van) een structurele vorm van samenwerking tussen alle hulpverleners die bij thuiswonende kwetsbare personen met al dan niet complexe problematiek betrokken zijn. Dit zijn in het bijzonder de huisarts, POH-ouderenzorg, wijkverpleegkundige, ouderenadviseur (welzijn) en specialist ouderengeneeskunde. In geval van (zicht op) de diagnose dementie sluit standaard de casemanager dementie/ dementieverpleegkundige aan in het lokale ouderenteam. De focus ligt op het realiseren van proactieve, preventieve en samenhangende zorg en ondersteuning waarbij de persoon met dementie centraal staat.

Kern in de samenwerking is zorg en ondersteuning aan te sluiten bij dat wat personen met dementie en mantelzorgers werkelijk nodig hebben. Voorkomen dat mensen met dementie onnodig kwetsbaarder worden en intensievere hulp en ondersteuning nodig hebben. En tot slot, de zorg en ondersteuning dichtbij de mensen met dementie organiseren zodat deze zo lang mogelijk zelfredzaam blijven.

Om dit samen te bereiken delen de deelnemers van het ouderenteam de volgende uitgangspunten:

- **Kwaliteit van leven.** In de geboden zorg staat kwaliteit van leven centraal; interventies die een positieve invloed hebben op deze kwaliteit worden ingezet. Kwaliteit van leven is voor elke persoon verschillend en kan, in verschillende levensfasen, ook anders ervaren worden. Kwaliteit van leven wordt zeker niet alleen bepaald door ziekte; ook zelfstandigheid, zelfredzaamheid en sociale contacten spelen hierin een belangrijke rol. Binnen de dementiezorg dient extra aandacht uit te gaan naar de kwaliteit van leven van de naasten / mantelzorger(s).
- **Persoonsgerichte zorg.** We sluiten zo veel mogelijk aan bij de wensen, verwachtingen en behoeften van de persoon met dementie. De persoon met dementie houdt zo lang mogelijk de regie, samen met de mantelzorger(s). We geven de personen met dementie (en hun naasten) een stem in het nemen van beslissingen. Indien dit niet (meer) mogelijk is, draagt de mantelzorger hier zorg voor.
- **Participatie in de samenleving.** Participatie en sociaal contact zijn belangrijk voor het welbevinden, dit bevordert de (ervaren) gezondheid.
- **Cliëntgerichtheid en continuïteit** van zorg en begeleiding zijn leidend.

⁶ "Werkwijze Multidisciplinaire zorg en ondersteuning voor ouderen met ouderenteams en OZOverbindzorg, Leidraad voor de gemeenten Ermelo, Harderwijk, Nunspeet, Putten en Zeewolde", versie 2.0, oktober 2017

- **Teamwerk.** Taken en verantwoordelijkheden zijn duidelijk verdeeld. Het is voor de persoon met dementie en/of mantelzorger duidelijk wie het eerste aanspreekpunt is. Er is aandacht voor communicatie en het nastreven van een open, prettig contact en samenwerking.

4.2 Rol casemanager dementie⁷

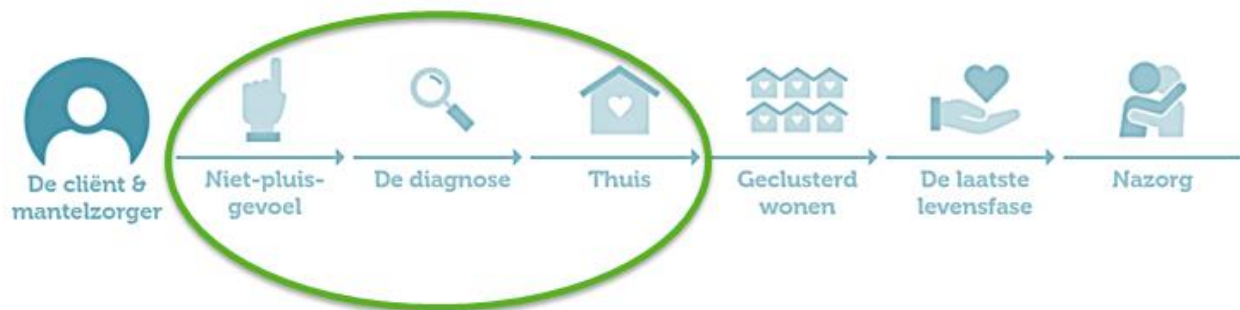
Een casemanager dementie richt zich op mensen met een diagnose dementie. Dit geldt eveneens voor mensen met een vermoeden van cognitieve problemen (in de “niet pluis fase”), waarbij zicht is op de diagnose dementie. De casemanager dementie is in eerste instantie hulpverlener. Hij of zij biedt cliënten en mantelzorgers, familie en andere betrokkenen hulp, ondersteuning, begeleiding en behandeling. Hierbij staat hun hulpvraag centraal. Daarbij wordt gestreefd naar autonomie en rekening gehouden met wat cliënt nog wèl kan.

Daarnaast is de casemanager dementie coördinator van welzijn, behandeling en zorg. Hij of zij is langdurig beschikbaar en deskundig op het gebied van dementie, de gevolgen en mogelijkheden voor begeleiding, behandeling en zorg. De casemanager dementie heeft specifieke kennis van casemanagement dementie en handelt vanuit dit begrip methodisch, systematisch en evidence based volgens een cyclisch proces in een multidisciplinaire setting.

In vrijwel de hele regio Noordwest-Veluwe is casemanagement dementie ingebed in een lokale samenwerkingsvorm. De functie wordt grotendeels vervuld door wijkverpleegkundigen (streven: hbo-verpleegkundigen met aanvullend een landelijk erkende opleiding casemanagement dementie). De casemanager dementie is geen vast lid van het ouderenteam, maar in geval van (zicht op) de diagnose dementie sluit hij/zij standaard aan bij multidisciplinaire overleggen (MDO's) en andere overleggen. De casemanager dementie is onafhankelijk bij het geven van adviezen.

4.3 Integratie dementieonderdelen in het zorg- en ondersteuningsproces

Met als uitgangspunt de 'reis van de patiënt' centraal te stellen, heeft de Werkgroep Visie/zorgproces met een integrale blik gekeken naar onderstaande drie omcirkelde onderdelen van het zorg- en ondersteuningsproces voor (kwetsbare) ouderen / personen met dementie.

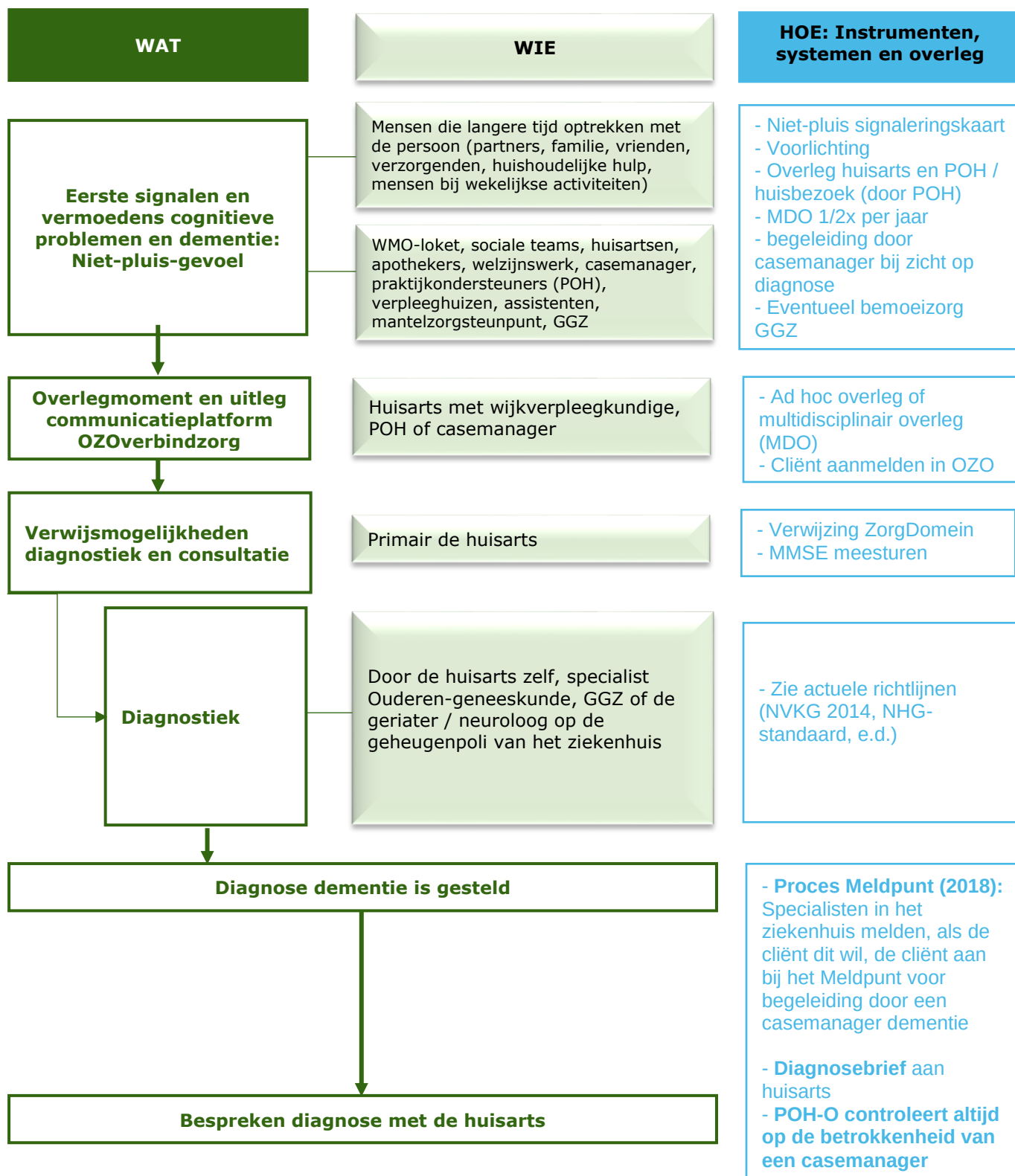


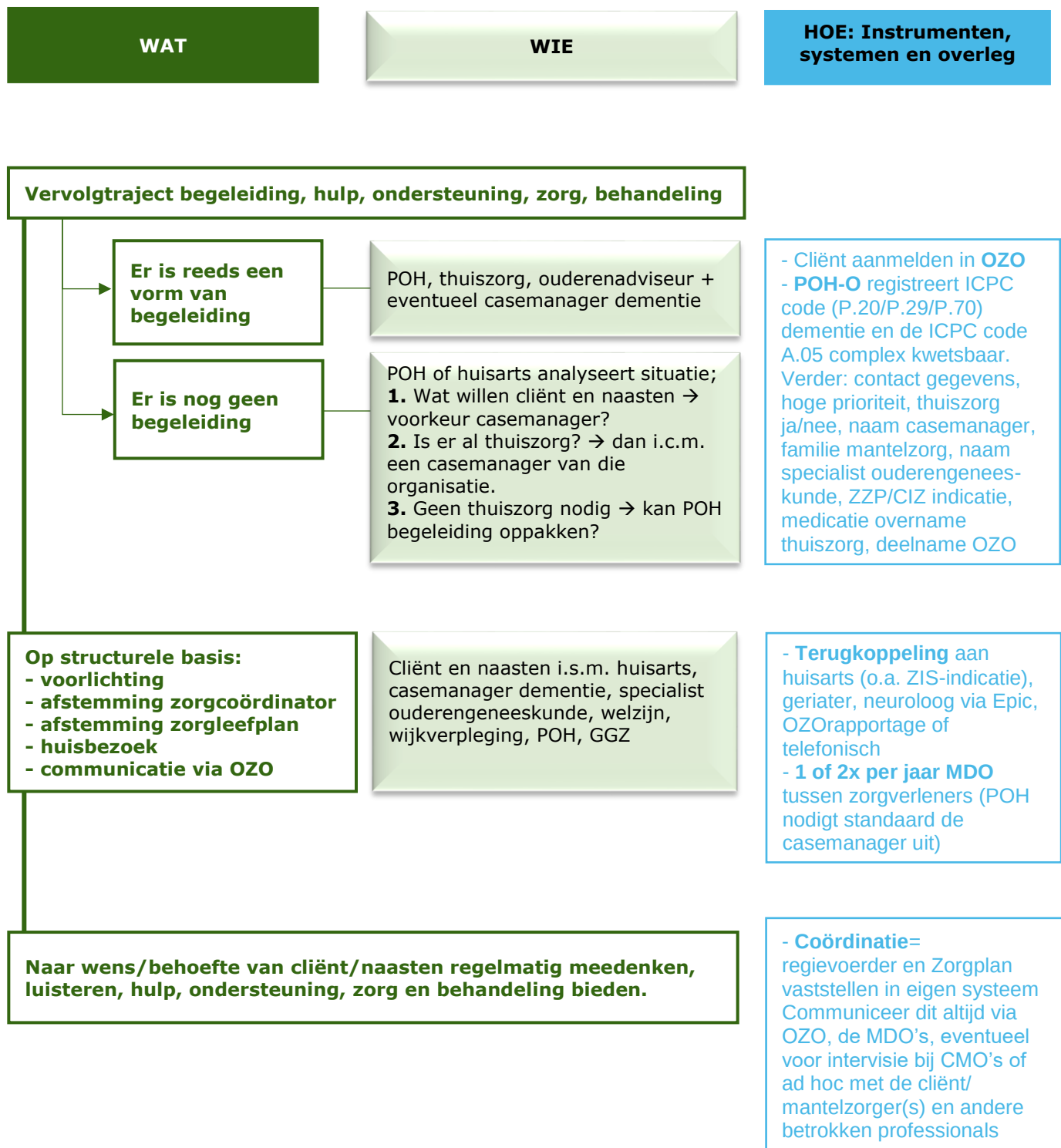
De vraag ‘Wat is wenselijk voor de cliënt, wat is het ideaalplaatje?’ stond hierbij centraal. Hieronder geven we het stroomschema, dat door de werkgroep is opgesteld. Dit stroomschema is ingevuld vanuit de situatie van de cliënt / mantelzorger (WAT; het donkergroene gedeelte links) en dient tegelijkertijd als leidraad voor de professionals om de rolverdeling (WIE) en de te gebruiken instrumenten, (informatie/communicatie)systemen en overlegvormen (HOE) in de verschillende fasen inzichtelijk te maken.

⁷ Grotendeels gebaseerd op ‘Expertisegebied dementieverpleegkundige’, september 2017



Stroomschema voor personen met dementie, mantelzorgers en betrokken professionals - Netwerk Dementie Noordwest Veluwe / GezondVeluwe-





4.4 Aanmeldprocedure cliënten

Kanttekening: verzoek aan de Kerngroep Ouderen om op basis van deze paragraaf in het Kerngroep overleg van 9 april 2018 een besluit te nemen (en in afstemming met betrokken professionals verder vorm te geven). De definitieve uitkomst van dit overleg wordt dan ook breed naar de andere netwerkpartijen gecommuniceerd.

In de werkgroep Aanmeldprocedure is de nut en noodzaak verdiept van een goede aanmeldprocedure voor casemanagement voor nieuwe cliënten met dementie. Er is gesteld dat een goede aanmeldprocedure aan de volgende voorwaarden voldoet:

- **Tijdigheid:** mensen komen tijdig in contact met een casemanager. Binnen twee weken na het contact met de huisarts / POH-O / aanmelding in het Meldpunt vindt telefonisch contact plaats tussen casemanager en cliënt en bij spoed binnen twee dagen (doel is de huidige wachttijden te reduceren).
- **Bereikbaarheid:** verwijzende partijen moeten casemanagers gemakkelijk en snel kunnen bereiken (weten wie ze kunnen bereiken)
- **Effectiviteit en efficiëntie:**
 - **Adequate rolverdeling:** huisartsen spelen een belangrijke rol in (met name) de laag complexe casuïstiek.
 - **Integratie systemen:** voorkomen dat partijen langs elkaar heen werken en nastreven dat ze dezelfde informatie delen c.q. overdragen (koppeling Epic / HIS'en / OZOverbindzorg / (Meldpunt))
- **Beveiligd:** privacy wetgeving bescherming persoonsgegevens
- **Onafhankelijk:**
 - Kwaliteit verbeteren door cliënten in contact te brengen met een casemanager die echt bij hen past (op maat). Bijv. extra expertise voor jonge mensen met dementie
 - Met de behoefte en voorkeur van de cliënt voorop: optimale verdeling van de caseload onder de casemanagers en bevorderen van verhoudingsgewijs een evenredige verdeling over de verschillende organisaties.
 - 1) altijd eerst voorkeur cliënt vragen;
 - 2) kijken of en waar cliënt thuiszorg ontvangt;
 - 3) aan de hand van de caseload van individuele casemanagers en wachttijden een casemanager toewijzen.

Ter aanbeveling is het nog een optie om bovenstaande voorwaarden spiegelen en toetsen bij cliënten/mantelzorgers om de toegevoegde waarde van het meldpunt vanuit hen te duiden. Bijvoorbeeld tijdens een bijeenkomst van een Alzheimercafé of trefpunt.

Huidig proces Aanmeldprocedure via het Meldpunt

Het Meldpunt is een registratiesysteem dat bediend wordt door zes casemanagers dementie (Meldpunters), die door het jaar heen een maand 'Meldpuntdienst' hebben. Tijdens een Meldpuntdienst houden de casemanagers de nieuwe aanmeldingen in het systeem bij die via het Aanmeldformulier of de mail (meldpunt@dementienoordwestveluwe.nl) aangemeld worden. Zij nemen contact op met de nieuwe cliënten of hun naasten, bespreken wat de begeleiding door een casemanager inhoudt en wijzen de cliënt en mantelzorger een casemanager toe die past bij de behoefte van de cliënt en mantelzorger en die werkzaam is in de woonplaats van de cliënt.

Daarnaast wordt in een registratiesysteem door alle casemanagers uit het Netwerk bijgehouden als er een nieuwe cliënt voor casemanagement is aangemeld. Het gaat hierbij ook om cliënten die via een andere route aangemeld worden (bijv. via een huisarts rechtstreeks naar een organisatie/casemanager).

In het registratiesysteem worden de volgende zaken bijgehouden:

- Naam + BSN cliënt
- Contactgegevens + contactgegevens familie / mantelzorgers
- Diagnose type dementie
- Stadium dementie
- Complexiteit van de zorgsituatie
- Advies voor GGZ bij combinatie met gedragsstoornis
- Voorkeur zorgaanbieder
- Thuiszorg reeds aanwezig
- Begeleiding reeds aanwezig
- Naam toegewezen casemanager
- Naam huisarts
- Naam verwijzer

De situatie in 2017 laat zien dat er in 359 nieuwe cliënten in het registratiesysteem zijn gezet. Hiervan werd 67% via het Meldpunt aangemeld.

Tabel 1 laat zien welke partijen gebruik maken van het Meldpunt. Dit gaat om verwijzers die via het Meldpuntformulier of via de mail meldpunt@dementienoordwestveluwe.nl cliënten aanmelden voor casemanagementbegeleiding. De meerderheid van deze aanmeldingen (60%) komt vanuit het ziekenhuis St. Jansdal.

Tabel 1. De volgende partijen meldden in 2017 nieuwe cliënten aan via het Meldpunt voor casemanagement dementie. Het gaat hierbij om een totaal van 241 cliënten (bron: registratiesysteem Netwerk Dementie NWV).	
St. Jansdal Geheugenpoli en Geriatrie	52%
Huisartsen	18%
Thuiszorg	9%
St. Jansdal Neurologie	8%
Meander Amersfoort	5%
GGZ	3%
Verpleeghuizen	2%
Wmo loket / ouderenadviseurs	2%

In de werkgroep is uitgebreid gesproken over de voor- en nadelen van het Meldpunt.

Samenvatting nadelen:

- Met het Meldpunt wordt (nog) een apart systeem in de lucht gehouden, waar nu niet alle partijen gebruik van maken. Zo is gebleken dat weinig huisartsen op de hoogte zijn van het bestaan van het Meldpunt. Zij maken nauwelijks gebruik van dit Meldpunt. Idealiter wordt er een (regionaal) uniforme werkwijze gehanteerd voor de aanmelding voor casemanagement.
- Met het vertrek van Dieuwke Biesma als netwerkcoördinator is het van belang dat, in het kader van de Wet Bescherming Persoonsgegevens - en per 25 mei 2018 de Algemene verordening

gegevensbescherming⁸ - de privacy voor cliënt gewaarborgd blijft. Bij het continueren van het Meldpunt is het van belang dat één van de participerende partijen toeziet op en verantwoordelijkheid neemt voor de waarborging van de privacy. Zo moet het gebruikte mailadres veilig te zijn. Webba is momenteel de webbouwer van de website, het Meldpunt en het Registratiesysteem. Het is essentieel om te verifiëren in hoeverre dit voldoet aan de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG).

- **Kosten Meldpunt.**
In de huidige financiële constructie wordt enerzijds de inzet van de Meldpunten bekostigd en geldt anderzijds een vergoeding voor cliënten die via het Meldpunt zijn aangemeld. Deze constructie blijkt toch inefficiënt te zijn (N.B. in 2018 wordt alleen betaald voor de Meldpunten, er worden geen vergoeding per aangemelde cliënt gefactureerd).
- Daarnaast zorgt het Meldpunt voor een extra schakel tussen verwijzer en cliënt; in een 'informeel circuit' / via een ouderenteam is het lijntje met een casemanager soms net zo eenvoudig gelegd.
- Gezien de efficiëntie kan overwogen worden om het aanmelden voor casemanagement dementie te laten lopen via andere bestaande systemen (denk aan het Transferpunt in het St. Jansdal, de app/website www.thuiszorgkeuze.nl of via het (nog te ontwikkelen Veluws Ondersteuningspunt). Dit dient verder uitgezocht te worden en komt 9 april ook ter sprake in het overleg van de Kerngroep Ouderen van GezondVeluwe.

Samenvatting voordelen:

- De inzet van een Meldpunter is juist ook een voordeel van het Meldpunt; het werkt onafhankelijkheid en goede verdeling van caseload onder de casemanagers in de hand, met als neveneffect dat wachttijden voorkomen kunnen worden.
- Meldpunten kunnen goed inschatten welke casemanager (met welke expertise) het beste bij een cliënt past (zorg op maat). Dit is een groot kwaliteitsvoordeel.
- Daarnaast komt ook duidelijk naar voren dat het ziekenhuis dankbaar gebruik maakt van het Meldpunt, doordat zij hiermee de zekerheid hebben dat er te allen tijde een casemanager contact met de cliënt opneemt en begeleiding aanbiedt. De geriaters stellen de desbetreffende huisarts altijd op de hoogte middels de diagnosebrief via ZorgDomein; op dat moment is er echter nog niet altijd zicht op een casemanager dementie. Het blijkt uit gesprekken met huisartsen dat het nu niet structureel in hun werkwijze (of van de POH-ouderen) zit om te controleren of er al een casemanager betrokken is of dat zij deze eventueel zelf in moeten schakelen.
- Ondanks dat de huisartsen tweemaal per jaar een overzicht ontvangen met cliënten die bekend zijn bij de casemanagers uit het netwerk, komt het toch nog regelmatig voor dat huisartsen vanuit hun medische betrokkenheid bezig zijn met een traject rondom dementie, terwijl tegelijkertijd een casemanager ook al een begeleidingstraject is gestart. Als alle cliënten via één Meldpunt worden aangemeld, kan dat worden voorkomen. Voorwaarde is dan dat het breed bekend is bij en gebruikt wordt door de huisartsen.
- Daarbij komt dat het Meldpuntstelsel momenteel wel een redelijk goed lopend stelsel is. In potentie kan het de verwijzers ontlasten (zoals nu ook al het geval voor het ziekenhuis) en wachttijden voorkomen. Ter illustratie: stel dat een POH-ouderen in de toekomst via het

⁸ <https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/onderwerpen/avg-nieuwe-europese-privacywetgeving/algemene-informatie-avg>

Meldpunt een cliënt voor casemanagement kan aanmelden, dan scheelt dit haar ook tijd. Tijd die zij anders had besteed aan het rondbellen naar organisaties / casemanagers.

Voorlopig aanbevolen proces Aanmeldprocedure

In de werkgroep bleek het lastig om op basis van de verschillende perspectieven en belangen één manier van aanmelden aan te bevelen en door te voeren. Daarom adviseert de werkgroep met nadruk dat ten aanzien van de aanmelding c.q. verwijzing naar casemanagement dementie de Kerngroep zich unaniem uitspreekt in een keuze voor één van de volgende scenario's:

1. of alle aanmeldingen via het Meldpunt, met dan wel een andere bekostigingsconstructie, inclusief alle aanmeldingen die nu via de huisartsen en andere verwijzers lopen;
2. of alle aanmeldingen vanuit de ziekenhuizen via een ander bestaand systeem (bijv. via het Tranferpunt, de app thuiszorgkeuze.nl, het Veluws Ondersteuningpunt) rechtstreeks naar de gewenste thuiszorgorganisatie; waarbij altijd duidelijk in de diagnosebrief aan de huisarts/POH-Ouderen het actiepoint om te controleren of casemanagement gestart is.
Als het rechtstreeks via de thuiszorgorganisaties gaat, standaard een bericht vanuit de casemanagers aan de huisartsen dat casemanagement gestart is.
3. of alle aanmeldingen voor casemanagement standaard laten lopen via de huisartsen / POH-Ouderen, met bijvoorbeeld duidelijk in de diagnosebrief uit het ziekenhuis het actiepoint om casemanagement in gang te zetten.

De werkgroep concludeert dat bovenstaande scenario's een impact hebben op de huidige werkwijze en daarmee een 'implementatievraagstuk' oproepen. Ofwel voor de specialisten in het ziekenhuis en casemanagers dementie, ofwel voor de huisartsen en andere verwijzers. Voorwaarde is dat de definitieve keuze regionale eenduidigheid in de hand werkt en voor de cliënten duidelijkheid en meerwaarde biedt.

Uit een inventarisatie onder managers/bestuurders uit de Kerngroep Ouderen komt naar voren dat het huidige Meldpunt niet meer de meest adequate oplossing lijkt voor het aanmelden van nieuwe patiënten. Een definitief besluit over het Meldpunt wordt genomen door de Kerngroep Ouderen op 9 april aanstaande.

De werkgroep heeft nu voor het eerste half jaar van 2018 het volgende gesteld, met het nadrukkelijke verzoek dat er voor 1 juli 2018 een besluit door de Kerngroep genomen wordt:

1. Medicamus stimuleert de huisartsen en POH-ouderenzorg om hun verantwoordelijkheid te nemen voor kwalitatief goede zorg aan mensen met dementie in de thuissituatie. Casemanagers dementie (thuiszorgorganisaties) en huisartsen / POH's-ouderenzorg optimaliseren hun contacten met elkaar in hun gemeente of wijk zodat korte/directe lijntjes verstevigd worden, mede middels de Werkwijze Ouderenzorg (zoals meegenomen in het uitgewerkte stroomschema). De casemanagers sluiten standaard aan bij de lokale, multidisciplinaire ouderenteams in geval van dementie om zo de samenwerking met andere professionals als wijkverpleegkundige, SO en ouderenadviseur van welzijn te intensiveren. Met toestemming van cliënt nemen zij – zodra ze worden ingezet – actief deel aan OZOverbindzorg.
2. Specialisten uit het St. Jansdal en Meander Medisch Centrum kunnen in ieder geval tot 1 juli 2018 cliënten via het Meldpunt blijven aanmelden via een formulier dat door de werkgroep is vereenvoudigd in gebruik (**bijlage B**)

3. Gedurende 2018 blijven de Meldpunten het Meldpunt optimaal bedienen, volgens eerder genoemde voorwaarden en in nauwer contact met de betrokken huisartsen/POH's.
4. Tot 1 juli 2018 wordt verkend in hoeverre het transferpunt en/of de thuiszorgapp in het Sint Jansdal en/of het nog op te richten Veluws Ondersteuningspunt (VOS) een rol kunnen spelen als besloten wordt om het Meldpunt op te heffen.

5. Professionals casemanagement dementie

Het doel van deze werkgroep was om met de casemanagers te bekijken of en op welke manier / in welke vorm de volgende zaken het beste gecontinueerd kunnen worden:

- Bewaken deskundigheidsbevordering casemanagers
- Casuïstiekbesprekingen
- Scholingsprogramma's, wat organiseren vanuit eigen organisaties, wat uit GezondVeluwe
- Kennis delen

5.1 Deskundigheidsbevordering casemanagers

Conclusie is dat het de eindverantwoordelijkheid van de organisaties zelf is om de kwaliteit van de eigen casemanagers dementie op peil te houden en de deskundigheidsbevordering te bewaken. Wel is in de werkgroep nadrukkelijk besproken dat in de Casemanagementoverleggen (CMO's) een veilige en vertrouwde omgeving gecreëerd wordt, waarin men elkaar professioneel kan en mag bevragen.

De functie casemanager is geen beschermde titel, waaraan nu nog geen verplichte criteria aan hangen. Om binnen het Netwerk toch één lijn te trekken in de minimale kwaliteit in de regio, hanteert het Netwerk vooralsnog de eisen zoals geformuleerd in de Zorgstandaard Dementie (Alzheimer Nederland & Vilans, 2013). Deze wordt dit jaar herzien en zal een belangrijk leidraad blijven.

Voor de casemanagers dementie in het Netwerk speelde de vraag of hun achtergrond/opleiding voldoet aan de nieuwe functie dementieverpleegkundigen, zoals gesteld in het Expertisegebied Dementieverpleegkundigen (V&VN, 2017).

Een globale inventarisatie binnen de werkgroep laat zien welke opleidingen de casemanagers van de Netwerkpартijen gevolgd hebben:

- Vërian → Hbo-wijkverpleegkundigen met specifieke casemanagersopleiding.
- ZNWV → Hbo-wijkverpleegkundigen met geriatrie-gerontologie opleiding of specifieke casemanagersopleiding. Nieuwe casemanagers moeten standaard een opleiding tot casemanager dementie gevolgd hebben.
- Icare → Hbo-wijkverpleegkundige met specifieke casemanagersopleiding
- Stichting Wijkverpleging Eemland Veluwe (Thuiszorg van Oranje) → Hbo-wijkverpleegkundige met specifieke casemanagersopleiding
- WZU → Hbo-wijkverpleegkundige met specifieke casemanagersopleiding

Veel casemanagers hebben in 2011 via het Netwerk een opleiding gevolgd en certificaat behaald. Deze opleidingsonderdelen van het Netwerk waren indertijd belangrijke input voor Hogeschool Windesheim om het curriculum van de Hbo-opleiding casemanager dementie vorm te geven. Opleidingen Icare heeft namens alle organisaties navraag gedaan bij Hogeschool Windesheim. Het certificaat, zoals behaald door veel casemanagers, wordt door Windesheim erkend. Wel is het mogelijk dat de casemanagers nog aanvullende onderdelen moeten volgen wanneer alsnog verplicht wordt dat zij aan de nieuwe functie-eisen van dementieverpleegkundige moeten voldoen.

De werkgroep adviseert dat alle Netwerkpartners die casemanagement bieden, zich actief hierin verdiepen en dat zij, indien nodig, hun casemanagers een zorgvuldig overgangsregime aanbieden om te voldoen aan de opleidingscriteria. Met het oog op de huidige ontwikkelingen bestaat de kans dat de verzekeraars per 2019 de kwaliteitseisen (actiever) zullen handhaven.

5.2 Casuïstiekbesprekingen

Uit de interviewronde met de Netwerkpartners kwam nadrukkelijk naar voren dat de casuïstiekbespreking één van de belangrijkste functionaliteiten is van het Netwerk. Om de zes weken vindt lokaal Casemanagement Overleg (CMO's) plaats, waar casuïstiekbespreking een onderdeel van is. Zowel inhoudelijk als organisatorisch heeft de werkgroep een en ander geoptimaliseerd aan de invulling van de CMO's. Inhoudelijk is het Kader voor de CMO's uit januari 2016 herzien en aangescherpt, **zie bijlage C**.

Tot op heden waren er vier CMO's **1)** Harderwijk; **2)** Ermelo + Putten; **3)** Nunspeet + Elburg + Oldebroek; **4)** Nijkerk. In de werkgroep is uit oogpunt van efficiëntie besloten om dit te wijzigen naar twee CMO's, namelijk het CMO Harderwijk + Ermelo + Putten + (een deel van) Nijkerk (HEPN) en het CMO Nunspeet + Elburg + Oldebroek (NEO).

Om de CMO's efficiënt en nuttig in te vullen, is met de CMO voorzitters afgesproken dat zij bij structurele afwezigheid van bepaalde deelnemers/organisaties, naar de redenen vragen en samen met de desbetreffende persoon/organisatie een oplossing zoeken. Indien nodig benoemt de voorzitter dit bij de portefeuillehouder binnen de Kerngroep Ouderen als op managementniveau actie nodig is.

5.3 Scholingsprogramma's

Het is de eindverantwoordelijkheid van de organisaties zelf om scholing aan te bieden aan de casemanagers. Advies is dat de casemanagers in de CMO's met elkaar afstemmen welke scholing vanuit hun organisatie wordt aangeboden, zodat zij onderling ook van elkaar kunnen leren. Dit vraagt een actieve houding van de casemanagers. Om dit duurzaam te borgen kan dit belegd worden bij een 'aandachtsvelder' zoals in het Kader voor de CMO (**bijlage C**) is toegelicht.

5.4 Kennis delen

Om de onderlinge uitwisseling van kennis, ervaringen en kunde tussen de CMO's (aandachtsvelders binnen de CMO's) te bewaken, stelt de werkgroep voor dat het voormalige Programmteam nu als 'Kennisteam Dementie' hier domein- en organisatie overstijgend op toeziet. Het Kennisteam fungeert daarmee als spreekbuis richting de Projectgroep Ouderen en de portefeuillehouder vanuit de Kerngroep. Verder bewaakt het Kennisteam dat er één lijn is in het scholingsaanbod. Denk aan het elkaar informeren, en mogelijk gezamenlijk aanmelden en deelnemen aan bepaalde scholingen.

Het Kennisteam heeft een aanjaagfunctie in het organiseren van een jaarlijkse themabijeenkomst over relevante onderwerpen in de dementiezorg. Hierbij kunnen specifieke onderwerpen aan bod komen, zoals zorg en ondersteuning voor mensen met dementie op jonge leeftijd, mensen met een migrantenachtergrond of mensen in de palliatieve fase. Voor deze themabijeenkomst worden alle professionals uit het medische en sociaal domein uitgenodigd, die betrokken zijn bij (dit thema binnen) de dementiezorg in de regio Noordwest-Veluwe. Dit ter bevordering van de kennisdeling en de verbinding tussen de verschillende domeinen. De inzet van ouderadenvisers en mantelzorgondersteuning vanuit welzijn is van belang. Afhankelijk van de onderwerpen, stellen wij voor steeds een multidisciplinaire werkgroep met professionals uit het netwerk van GezondVeluwe zo'n themabijeenkomst te laten voorbereiden. Eventueel kunnen ook vrijwilligers (het informele netwerk) worden uitgenodigd.

Om de jaarlijkse themabijeenkomst op de agenda te zetten, is het wenselijk om hiervoor een post op te nemen in de begroting.

6. Communicatie

Website

De website van het Netwerk, www.dementienoordwestveluwe.nl, bleek al lange tijd niet goed onderhouden te zijn. Er stond veel (overbodige) tekst op en een groot deel van de informatie was niet meer actueel.

Communicatieadviseur GezondVeluwe (Ingrid Grutters), Dieuwke Biesma en Simone Boer hebben veel informatie verwijderd en zo mogelijk gedeelten geactualiseerd. Momenteel is de website nog in bewerking, mede in afwachting van de goedkeuring van dit rapport.

In de werkgroep Professionals casemanagement is gesproken over de website. Afgesproken is dat het onderdeel met de instrumenten en werkwijzen voor de casemanagers (nu niet meer zichtbaar op de website), door het Kennisteam Dementie wordt herzien en weer op de website geplaatst.

Netwerkcoördinator Dieuwke Biesma beheerde zowel de website, het Meldpunt en het registratiesysteem. In de werkgroep kwam al naar voren dat iemand van GGZcentraal geïnteresseerd is om het beheer en het verder updaten van de website op zich te nemen. Nog besloten wordt of diegene ook het beheer van het Meldpunt en het registratiesysteem op zich neemt. Wellicht kan het in 2019 weer één takenpakket worden voor één nieuw aan te stellen netwerkcoördinator.

Aanbeveling:

Beheer van de website in 2018 beleggen bij één van de Netwerkpartners zodat dit duurzaam in de regio geborgd is. Dit kan ingebracht worden in een Overlegtafel met de netwerkpartijen. Aanbevolen wordt om de geüpdatete website na publicatie en goedkeuring van dit rapport breed onder de aandacht te brengen van mensen met dementie, mantelzorgers, professionals en andere relevante partijen. Vervolgens kan eind 2018 aan de hand van de webstatistieken geëvalueerd worden wat het bereik, het gebruik en uiteindelijk de toegevoegde waarde van de website is.

7. Begroting 2018

Onderstaande begroting is nu opgesteld met als uitgangspunt dat de Netwerkprijzen voor 2018 geen (extra) eigen bijdrage leveren. Dit conform het besluit in het Stuurgroep overleg op 19 juni 2017. Het eigen vermogen van het Netwerk van €39.640,- wordt in 2018 gebruikt om de activiteiten en andere kosten te betalen.

Wij stellen voor dat - als de netwerkpartijen ingaan op het voorstel om in de vorm van een Overlegtafel nog samen te komen – zij dan samen besluiten of zij de voormalige bijdrage (variërend tussen de €500 en €1500) per 2019 inbrengen t.b.v. voortgang en doorontwikkeling van activiteiten rond dementiezorg als onderdeel van GezondVeluwe (inclusief netwerkcoördinator).

Voorstel begroting Dementiezorg Gezond Veluwe 2018		
	Werkelijk 2017	Begroot 2018
Netwerkbegeleiding Dieuwke Biesma	€ 20.809,00	€ 5.000,00
Secretariaat - secretariële ondersteuning en beheer registratiesysteem+Meldpunt+website *1)	€ 5.543,52	€ 2.500,00
Kosten meldpuntmedewerkers *2)	€ 4.700,00	€ 4.750,00
Administratie door ZNWV	€ 2.600,00	€ 2.600,00
Communicatie/website/registratiesysteem door Webba	€ 1.213,22	€ 500,00
Overig *3)	€ 8.791,13	€ 10.000,00
TOTAAL	€ 43.656,87	€ 25.350,00
*1) onder te brengen in het takenpakket van een ondersteunende netwerkcoördinator vanuit een van de deelnemende partijen		
*2) geschat ivm nog te verwachten facturen		
*3) In 2017 = kosten Raedelijm 2017. In 2018 = kosten themadag/symposium en advieskosten externe begeleiding		
Eigen vermogen vanuit netwerk eind 2017	€ 39.640,00	

8. Aanbevelingen

Door het rapport heen komen de verschillende aanbevelingen al naar voren. In dit hoofdstuk vatten we de aanbevelingen samen (met daarachter het desbetreffende hoofdstuk).

De Kerngroep heeft kenbaar gemaakt dat zij achter de meeste voorgestelde ontwikkelingen en optimaliseringën staan. Wij vertrouwen erop dat alle netwerkpartners zich hier in herkennen en de gestelde doelen willen nastreven binnen de nieuwe vorm van het Netwerk Dementie, als onderdeel van GezondVeluwe. Daarmee nemen zij verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van hun casemanagers en de zorg en ondersteuning voor mensen met dementie en hun mantelzorgers in de regio Noord(west)-Veluwe.

1. Accordering nieuwe netwerkvorm als onderdeel van GezondVeluwe **(hs 3.2)**
2. Besluitvorming begroting 2018 en doorkijk naar 2019 **(hs 7)**
3. Besluitvorming over de (regionale) aanmeldprocedure cliënten met dementie **(hs 4.4)**
4. De manier waarop de afgelopen tijd gewerkt is aan de optimalisering van de samenwerking tussen disciplines en casemanagers dementie en hun kwaliteit, kan alleen maar toegejuicht worden. Extra aandacht voor het behouden van deze *'positieve vibe'* en doorontwikkeling van de volgende onderdelen is gewenst:
 - Verdere uitwerking en uitvoering van het nieuwe zorg- en ondersteuningsproces in multidisciplinaire setting rondom de ouderenteams **(hs 4.1)**.
 - Jaarlijkse themabijeenkomst o.l.v. het Kennisteam Dementie, in afstemming met de multidisciplinaire Projectgroep Ouderen **(hs 5.4)**
 - Werken volgens het herziene Kader van de CMO's (casemanagement overleggen) met extra aandacht voor kennisuitwisseling via de aandachtsvelders **(bijlage C)**
 - Aanjagen / stimuleren / uitwerken van initiatieven, zoals het uitbreiden van de 'De Vergeten Partner gespreksgroepen'. Dit initiatief is vanuit Icare en GGZ in de gemeente Elburg ontstaan en worden daar momenteel door de gemeente gefinancierd. Deze gespreksgroepen zijn bedoeld voor partners van kwetsbare ouderen met dementie en richt zich op de veranderende relatie. Het idee is om dit in alle gemeenten van GezondVeluwe op te zetten en verder inhoudelijk te versterken met structurele inbreng/ondersteuning van welzijnsorganisaties. Dergelijke initiatieven (en om dit in alle gemeenten van GezondVeluwe te implementeren) sluiten aan bij gemeentelijke wensen en het beleid om de ondersteuning van de mantelzorgers van mensen met dementie te verbeteren. (Verdere toelichting op de Vergeten Partner gesprekken is niet meegenomen in dit rapport).
5. Beheer van de website in 2018 beleggen bij één van de Netwerkpartners zodat dit duurzaam in de regio geborgd is. Aanbevolen wordt om de geüpdatete website na publicatie en goedkeuring van dit rapport breed onder de aandacht te brengen van mensen met dementie, mantelzorgers, professionals en andere relevante partijen. **(hs 6)**

Bijlage A Inkoopvoorwaarden Casemanagement dementie en ketenzorg dementie

(Bron: Inkoopbeleid Wijkverpleging 2018 Zilveren Kruis, april 2017)

We zetten ons inkoopbeleid voor casemanagement en ketenzorg dementie voort in afwachting van de landelijke ontwikkelingen (onder andere Actieplan casemanagement dementie en het project ‘Samen op weg naar betere ketenzorg’). Wij kopen vooralsnog casemanagement en ketenzorg dementie in zoals ingekocht in 2017. Mocht in 2017 meer duidelijkheid komen over de landelijke ontwikkelingen, dan publiceren wij aanvullend beleid. Wij informeren u hierover via onze website.

Kunt de volgende vragen met ‘ja ’beantwoorden?

1. Bestaat het regionale netwerk per 1 januari 2018 uit ten minste: een organisatie die wijkverpleging levert, een organisatie die intramurale langdurige zorg levert, een organisatie die geestelijke gezondheidszorg levert, een huisartsenvoorziening, een ziekenhuis en/of geheugenpoli, gemeenten, een welzijnsorganisatie en een vertegenwoordiger van Alzheimer Nederland? De deelname van de diverse actoren is vastgelegd in een convenant, dat op verzoek van Zilveren Kruis zal worden overlegd.
2. Heeft het regionale netwerk een plan – het regionale actieplan – dat voor 2018 en verder de basis vormt voor de regionale samenhang en verdere ontwikkeling van ketenzorg dementie? Staan in dit actieplan ten minste de volgende zaken opgenomen:
 - Een analyse en beschrijving van het huidige zorgaanbod in de regio voor mensen met dementie en hun mantelzorgers, ongeacht de financieringsbron (Wmo, Zvw, Wlz).
 - De wijze waarop het netwerk werkt aan de implementatie van de Zorgstandaard Dementie. De volgende onderwerpen komen daarbij naar voren: vroegsignalering, diagnostiek en behandeling, casemanagement, informele zorg, mantelzorgondersteuning, de sociale kaart en een centraal meldpunt/registratie.
3. Is Alzheimer Nederland akkoord met de inhoud van het regionale actieplan en de acties die hieruit voortvloeien? Dit akkoord is bekrachtigd met een schriftelijke akkoordverklaring, die als bijlage bij het regionale actieplan is gevoegd. De zorgaanbieder dient het actieplan te allen tijde aan Zilveren Kruis te kunnen overleggen.
4. Werkt het regionale netwerk aan de implementatie van de Zorgstandaard Dementie?
5. Levert iedere netwerkpartner een financiële en/of personele bijdrage?
6. Levert u informatie aan bij Zilveren Kruis over de effecten van de ingezette activiteiten en interventies?
7. Levert u informatie aan over de netwerkindicatoren bij Vilans, zoals benoemd in de Zorgstandaard dementie?

Bijlage B Voorstel aanmeldformulier Meldpunt (versie 23/11):

- Naam aanmelder/verwijzer
- Naam cliënt + geslacht
- Adres cliënt
- BSN cliënt
- Geboortedatum cliënt
- Telefoonnummer cliënt
- Alleenwonend / of burgerlijke staat
- Contactpersoon
- Naam huisarts
- Diagnose en door wie gesteld
- Heeft de cliënt al thuiszorg en zo ja, van welke organisatie
- Is er sprake van spoed?
- Stukje vrije ruimte voor eventuele op/aanmerkingen

Bijlage C Kader Casemanagementoverleg Dementie CMO (versie november 2017)

Aanleiding

Iedere zes weken ontmoeten de casemanagers van het Netwerk Dementie Noordwest Veluwe elkaar binnen hun werkgebied. Er zijn twee CMO-gebieden vastgesteld:

CMO-gebied	Voorzitter
Harderwijk/Ermelo/Putten/Nijkerk (HEPN)	Silvia Kuipers / Martin ten Bouwhuijs
Nunspeet/Elburg/Oldebroek (NEO)	Tineke van de Berg / Manon Hop

Er is een behoefte uitgesproken om deze overleggen nuttig en efficiënt op inhoud in te richten.

Doel: verbetering kwaliteit van zorg, begeleiding en ondersteuning door casuïstiekbespreking en intervisie, intensivering van de samenwerking en input voor (meer) uniforme werkwijze in regio Noordwest-Veluwe.

Inhoud CMO's Netwerk Dementie NWV

De geplande tijd 1,5 uur per overleg, wordt verdeeld in vier vaste onderdelen:

1. Rondje agenda komende periode: themabijeenkomsten, scholingen (10 min)
2. Lopende zaken: evaluatie, lokale initiatieven rond de thema's, hieronder benoemd (15 min)
3. Doornemen lijsten met cliënten met als doel casusselectie (10 min)
4. Interactief deel bestaand uit (50 min):
 - a. Intervisie n.a.v. casuïstiek, aangeleverd door een van de organisaties (roulerend) volgens de incidentmethode
 - b. Gastspreker of thema*

* Half jaarlijks thema's inventariseren + planning maken incl. roulatie intervisie + gastsprekers uitnodigen (uit het netwerk van GezondVeluwe / andere disciplines) ter bevordering van de integraliteit en samenwerking met andere disciplines uit zorg en welzijn

Voorwaarden om te komen tot uitvoering CMO's

- Bij afwezigheid deelnemers altijd afmelden bij de voorzitter en zo mogelijk vervanger regelen uit jouw organisatie. Het overleg gaat altijd door.
- Van te voren ontwikkelingen binnen thema's van aandachtsvelders voorbereiden en inventariseren welke bijeenkomsten en scholingen vanuit jouw organisatie gepland staan.
- Voorbereiden casus wanneer je aan de beurt bent of op tijd vervanger voor een casus binnen het overleg regelen, wanneer je geen geschikte casus hebt.

Rol en taken voorzitter

- Tijdens een CMO bewaakt de voorzitter de tijd
- CMO-voorzitters wisselen met elkaar thema's en ideeën uit
- Bij afwezigheid voorzitter regelt deze altijd een vervanger
- Bij (structurele) afwezigheid deelnemers spreekt de voorzitter hen hier op aan en zoekt men een oplossing
- Afstemming met het Kennisteam en met aanspreekpunt binnen Kerngroep Ouderen: voor 2018 is dit Michel Hovinga, rayonmanager VVT van Icare.

Te verdelen thema's onder de aandachtsvelden per CMO:

1. Landelijke ontwikkelingen bijhouden (nieuwsbrieven Landelijk netwerk: dementie netwerk)
2. Nederland, Deltaplan Dementie, Vilans ook ikv uitkomstindicatoren)
3. Gemeentelijke ontwikkelingen (verpleeghuizen-woonmogelijkheden, aanbod van diensten e.d.)
4. Mantelzorgondersteuning
5. Migranten
6. Palliatieve zorg
7. Mensen met dementie op jonge leeftijd
8. Technologische ontwikkelingen, zoals domotica
9. Medicatieontwikkelingen
10. Vrijheid beperkende maatregelen
11. Grenzen aan thuiszorg
12. Invulling intervisie tijdens CMO → rouleert

Per thema halen aandachtsvelden de volgende punten op:

- Laatste ontwikkelingen
- Specifieke informatie/kennis e.d. + bronvermelding
- Aanbod van diensten op deze thema's bij dementie
- Verder wordt regelmatig binnen het CMO besproken: wat valt onder een bepaald thema, wat verwachten we terug te krijgen per thema?