



> Retouradres Postbus 20584 1001 NN Amsterdam

Hulp bij Dementie Westelijke Mijnstreek
T.a.v. Dhr. H. Derks
Milaanstraat 100
6135 LH SITTARD

Werkgebied Noordwest

Kabelweg 79 - 81
Amsterdam
Postbus 20584
1001 NN Amsterdam
T 020 580 01 00
F 020 580 01 50
www.igz.nl

Inlichtingen bij

Drs. H.L.G. Scheijven

T (020) 5800 100

Datum 4 juli 2013
Onderwerp Rapport netwerkzorg thuiswonende mensen met dementie

Ons kenmerk

2013-524053/Pr.1/RS/jk

Bijlagen

- Geaggregeerd rapport
- Definitief rapport bezoek

Geachte heer, mevrouw,

Uw kenmerk

Uw brief

Hierbij bied ik u het rapport aan "Organisatie netwerkzorg thuiswonende mensen met dementie veelbelovend, onderdelen zorg nog risicovol". Dit rapport beschrijft de resultaten van het onderzoek dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: inspectie) in 2012 uitvoerde naar de kwaliteit van zorg in netwerken voor thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers. Hiertoe heeft de inspectie een vragenlijst onder alle 85 netwerken in Nederland uitgezet en 12 netwerken in Nederland bezocht. Tevens bied ik u hierbij het definitieve rapport aan van het bezoek dat de inspectie aan uw netwerk bracht. De inspectie heeft in dit rapport uw reacties op de concept versie van dit rapport verwerkt.

De inspectie concludeert op basis van haar onderzoek dat netwerkzorg voor thuiswonende mensen met dementie zich goed ontwikkelt en er is sprake van voortdurende aandacht voor draaglast en -kracht van mantelzorgers. Niettemin concludeert de inspectie dat de netwerken op dit moment nog onvoldoende robuust zijn. De vroegsignalering is binnen de netwerken voor dementiezorg een onderdeel van de zorg, maar de netwerken hebben nog onvoldoende aandacht voor zorgmijders. Daarnaast verdient casemanagement binnen de netwerken nog verdere aandacht.

De inspectie vindt het noodzakelijk dat alle 85 netwerken voldoen aan de normen in het toetsingskader. Om de gewenste kwaliteitsverbetering tot stand te brengen, verwacht de inspectie dat de netwerken ten minste tweejaarlijks een onafhankelijke audit (of een vergelijkbare activiteit) laten uitvoeren. De resultaten van deze audit moeten zij aantoonbaar gebruiken om de zorg te verbeteren. De inspectie vraagt daarbij in het bijzonder aandacht voor de in de conclusies gesignaleerde tekortkomingen en vraagt van alle betrokkenen voortdurende inzet ter verbetering van de kwaliteit van zorg aan thuiswonende mensen met dementie.



Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Ons kenmerk
2013-524053/Pr.1/RS/jk

Datum
4 juli 2013

Met vriendelijke groet,

mevrouw drs. J.F. de Vries
Hoofdinspecteur Verpleging en Langdurige Zorg

**Geïntegreerde zorg voor
thuiswonende mensen met
dementie en hun mantelzorgers**

Hulp bij dementie Westelijke Mijnstreek
Sittard

bezoekdatum 9 oktober 2012

Amsterdam, definitief rapport

2 juli 2013

Inhoud

Inleiding	3
1 Organisatorische onderwerpen	4
1.1 Ontwikkelingsfase netwerk.....	4
1.2 Partners.....	5
1.3 Aanbod	7
1.4 Scholing	9
1.5 Evaluatie netwerk	10
2 Vroegsignalering	12
2.1 Werkwijze vroegsignalering	12
2.2 Meting draaglast mantelzorger	13
2.3 Meting draagkracht mantelzorger.....	14
2.4 Procedure bemoeizorg	14
3 Casemanagement	16
3.1 Taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden casemanager	16
3.2 Aanspreekpunt	16
3.3 24-uurs bereikbaarheidsregeling casemanagement	17
3.4 24-uurs beschikbaarheidsregeling casemanagement	18
3.5 Startmoment casemanagement	18
3.6 Onafhankelijkheid casemanagement.....	19
3.7 Opschalen/doorzettingsmacht casemanager	19
4 Geïntegreerd zorgplan	20
4.1 Procedure geïntegreerd zorgplan.....	20
4.2 Geautomatiseerd geïntegreerd zorgplan en/of dossier	20
4.3 Opgesteld in overleg met het cliëntstelsel	21
4.4 Probleemanalyse.....	21
4.5 Evaluatie per doel/activiteit.....	22
4.6 Actualisatie per doel	22
4.7 Afstemming over het zorgplan	23
4.8 Informatie uitwisseling	23
Bijlage: Documenten	24
Bijlage: Toetsingskader	26

Inleiding

Dementie is van invloed op alle levensgebieden en vraagt voor thuiswonende mensen met dementie en hun naasten om geïntegreerde zorg op het gebied van gezondheid, welzijn en wonen.

Het veld werkt al jaren aan het anders inrichten van de zorg door netwerken, ketens of speciaal daarvoor opgerichte organisaties¹ te vormen. Ook de overheid besteedt veel aandacht aan de positie van ouderen en stelt dat lokale koppeling van sectoren als wonen, welzijn, vervoer en (preventieve) zorg nodig is om tot maatwerk te komen. Voor de inspectie is het verbeteren van zorg voor ouderen een van haar speerpunten en is het opkomen voor kwetsbare groepen een van de permanente aandachtsgebieden.

Op dit moment is niet bekend in welke mate deze netwerken voldoen aan minimumnormen voor verantwoorde zorg. Daarom doet de IGZ onderzoek bij alle bekende netwerken voor dementiezorg. De hoofdvraag van dit onderzoek is: *leveren de netwerken verantwoorde zorg aan thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers?* De focus in dit onderzoek ligt bij de (bestuurlijke) verantwoordelijkheid, partners in het netwerk, het aanbod van het netwerk, scholing op het gebied van dementie in het netwerk, evaluatie, vroegsignalering, casemanagement en geïntegreerd zorgplan. Het toetsingskader is opgenomen in de bijlage.

De inspectie kan hiermee de lopende ontwikkelingen 'aanjagen' en door het bevorderen van naleving van wet- en regelgeving, standaarden en richtlijnen een bijdrage leveren aan veilige, kwalitatief goede, geïntegreerde dementiezorg.

De inspectie benadert alle bekende netwerken via een webbased survey (wbs) en bezoekt 12 netwerken. Op basis van de resultaten van de wbs en de bezoeken bepaalt de inspectie haar handhavingsstrategie (tijdens de analysebijeenkomst). De resultaten van het onderzoek publiceert de inspectie in een geaggregeerde rapportage.

In het kader van dit onderzoek heeft de inspectie op 9 oktober 2012 de zorgketen Hulp bij Dementie Westelijke Mijnstreek (verder: netwerk) bezocht. Tijdens dit bezoek heeft de inspectie gesproken met:

- de ketenregisseur
- twee mantelzorgers
- twee casemanagers
- een huisarts, tevens voorzitter van het netwerk
- een beleidsmedewerker en een manager van twee thuiszorgorganisaties
- een sociaal-geriater
- een vertegenwoordiger van de welzijnsorganisaties

Ook heeft de inspectie diverse beleidsstukken, protocollen, zorgplannen en zorgdossiers ingezien (zie bijlage).

¹ Verder te noemen netwerken

1 Organisatorische onderwerpen

1.1 Ontwikkelingsfase netwerk

Het netwerk voor de keten dementie is ontwikkeld parallel aan het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO)-project 'Zorg uit Voorzorg'. Voor het NPO-project screenden huisartsen samen met de Universiteit Maastricht 70+-ers op kwetsbaarheid. De huisartsen gebruikten daarbij onder andere de Groningen Frailty Indicator (GFI). De zorgverzekeraars CZ en VGZ ondersteunden dit project. In dit project was een belangrijke rol weggelegd voor de huisarts en met name de praktijkondersteuner somatiek (POH'er), die huisbezoeken deed, de kwetsbaarheid in kaart bracht en in overleg met het cliëntsysteem en de huisarts zo nodig een plan van aanpak maakte en dit ook volgde. In december 2011 is dit project afgerond.

Bij de start van de inzet van de casemanagers en aanstelling van de ketenregisseur in het voorjaar van 2011 was het uitdrukkelijk de bedoeling beide lijnen (NPO en ketenzorg dementie) meer bij elkaar te brengen: met elkaar in samenhang te brengen en te houden. De ketenregisseur heeft ook een rol op het gebied van het netwerk integrale ouderenzorg in de Westelijke Mijnstreek.

Het netwerk heeft volgens de ketenregisseur haar samenwerkingsafspraken begin 2010 vastgelegd in een convenant. In het convenant staan afspraken over de speerpunten en activiteiten op het gebied van dementie en het netwerk. Het netwerk heeft een stuurgroep, een kerngroep en expertisegroepen. De stuurgroep bestaat uit: bestuurlijke vertegenwoordigers van zorgorganisaties, welzijnsorganisaties en ook van Alzheimer Nederland afdeling Westelijke Mijnstreek. In de stuurgroep heeft geen vertegenwoordiger van de gemeenten zitting. De stuurgroep heeft een dagelijks bestuur dat de ketenzorg dementie aanstuurt. De voorzitter van de stuurgroep is niet bestuurlijk verantwoordelijk, maar fungeert als aanspreekpunt voor partijen binnen en buiten het netwerk. De deelnemende organisaties houden hun eigen verantwoordelijkheid. De stuurgroep: bewaakt de gemaakte (convenant) afspraken; stelt het jaarplan en de bijbehorende begroting vast in overleg met de achterban; bewaakt de voortgang van de activiteiten in het kader van het jaarplan. De kerngroep bestaat uit vertegenwoordigers van patiënten, gemeenten, huisartsen en welzijns- en zorgorganisaties. De kerngroep ondersteunt de stuurgroep bij: het voorbereiden van acties; het stellen van prioriteiten; het uitwisselen van informatie. De kerngroep vormt de verbinding met de praktijk. De hierboven genoemde taken en verantwoordelijkheden zijn opgenomen in de aanvraag voor de beleidsregel ketenzorg dementie Westelijke Mijnstreek. Daarnaast zijn er expertisegroepen die inhoudelijke onderwerpen, zoals bijvoorbeeld diagnostiek, uitwerken.

In april 2011 heeft het netwerk een ketenregisseur benoemd. Deze is namens (het dagelijks bestuur van de stuurgroep) verantwoordelijk voor de ketenzorg dementie. Het netwerk heeft de ketenregisseur voor de ene helft van zijn contract aangesteld als ketenregisseur (voor de AWBZ-zorg en de verbinding met het welzijn en het casemanagement) en voor de andere helft van zijn contract als coördinator zorg voor kwetsbare ouderen (voor de eerstelijnszorg, vanuit de zorgverzekeringswet). De zorgverzekeraars contracteren bij de zorggroepen de module "Complexe ouderenzorg in verzorgingstehuis en thuis", die voorziet in het inzetten van de huisarts en de praktijkondersteuners (POH-ers) voor alle kwetsbare ouderen. De ketenregisseur geeft aan dat hij op deze wijze de verbinding kan leggen tussen enerzijds AWBZ- en WMO-zorg en anderzijds Zvw zorg, zoals geleverd door de huisarts, het ziekenhuis en de GGZ. Hulp bij dementie wordt door het netwerk als een model gezien dat in de toekomst uitgebouwd kan worden naar zorg voor kwetsbare ouderen in het algemeen. Het netwerk heeft ook casemanagers dementie aangesteld. De ketenregisseur stuurt hen functioneel aan.

De financiering van de zorg vindt plaats vanuit: de Zorgverzekeringswet (bijvoorbeeld diagnostiek door de huisarts en door specialisten); AWBZ-urtarieven (voor bijvoorbeeld specialisten ouderengeneeskunde); GGZ cure (DBC Diagnostiek, DBC Delirium Dementie). Tevens worden middelen ingezet vanuit een aanvraag voor de beleidsregel ketenzorg dementie (niet reguliere financiering, bedoeld voor de inzet in de 'niet plus' fase). Niet via declaratie- of productie afspraken gedekte inzet wordt via projectbijdragen door de deelnemende partners ondersteund (triage en consultatiefunctie DOC: Orbis MC, Orbis GGZ en de V&V organisaties).

Voor vroegsignalering en ook voor zorg aan chronisch zieken zet de huisarts vaak POH'ers in. POH'ers spelen een grote rol bij de taakherschikking binnen de huisartsenzorg op het gebied van chronisch zorg.

De ketenregisseur geeft aan dat er verschillende fasen in de ketenvorming zijn aan te wijzen. In de eerste fase zoeken initiatiefnemers elkaar en proberen de zorg onderling af te stemmen met het doel om kwalitatief beter en doelmatiger te werken. Deelname aan de keten levert een zeker spanningsveld op want participatie betekent ook inlevering van een deel van je autonomie. Wanneer eenmaal een goed functionerende keten bestaat (tweede fase) heeft dit een aanzuigende werking op zorgaanbieders die nog niet bij het netwerk betrokken zijn. Als je namelijk niet deelneemt dan sta je 'buiten spel' en de mogelijkheid bestaat dat je een deel van je inkomen kan kwijtraken. Enerzijds kunnen nieuwe partners een zinvolle aanvulling zijn op de geboden zorg in de keten, anderzijds is het ook mogelijk dat de efficiëntie en de overzichtelijkheid minder worden, wat ten koste gaat van de geboden ketenzorg, aldus de ketenregisseur. Omdat centrale regie ontbreekt en feitelijk iedere regionale partij toegang moet kunnen hebben tot de keten is dit een mogelijk bedreiging en kan dit ten koste gaan van het doel de zorg opnieuw vorm te geven.

De huisarts geeft aan dat de zorg wat dementie betreft in het algemeen goed verloopt. Hij ziet naast mensen met dementie een andere groep kwetsbare mensen, die overal buiten de boot valt, omdat er geen indicaties voor te geven zijn. Dit zijn de eenzame mensen, soms zonderlingen, die niet te 'vangen' zijn in indicaties of diagnoses, maar soms toch ondersteuning nodig hebben.

De ketenregisseur geeft aan dat het netwerk niet robuust is. Het netwerk is gebaseerd op het besef van alle partijen dat kwetsbare patiënten/cliënten recht hebben op goede zorg en ondersteuning en niet op zaken als geld en macht. Wat is opgebouwd kan instorten wanneer er bijvoorbeeld een nieuwe regeling vanuit de overheid wordt getroffen. Het netwerk kan volgens de ketenregisseur robuuster gemaakt worden als van overheidswege duidelijker is welke richting nagestreefd wordt en voor welke partijen dan welke functies voorzien zijn. Dat zou de realisatie van de doelstellingen van het project aanzienlijk vergemakkelijken, aldus de ketenregisseur. Er bestaan grote onzekerheden op het gebied van wet- en regelgeving en financiering. Dat zorgt ervoor, dat de netwerkpartijen zich soms op de vlakte houden. Zij durven zich namelijk niet geheel te committeren aan een construct waarvan de toekomst zo onzeker is.

De ketenregisseur geeft aan, dat de besteding in wet- en regelgeving van de netwerkzorg met een integrale aanpak voor de toekomst belangrijk is. Dit geldt ook wat betreft verschillende bronnen van financiering (bijvoorbeeld vanuit de AWBZ, de WMO en de Zorgverzekeringswet). Besteding kan voorkomen dat zorgaanbieders een 'eigen winkeltje' creëren. Zo zou er, als gevolg van inadequate beleids- en financiële prikkels concurrentie kunnen ontstaan waarbij alle zorgaanbieders hun eigen verantwoordelijkheid nemen en onverschillig staan ten opzichte van andere zorgaanbieders.

Het netwerk bevindt zich volgens de ketenregisseur tussen fase 2 en 3. Het netwerk zou zich in fase 3 bevinden als de gehele regio gedekt zou zijn maar daar heeft het netwerk op dit moment de capaciteit niet voor, aldus de ketenregisseur. Het is een bewuste keuze geweest om stapsgewijs naar fase 3 op te schalen, waarbij een volledige dekking in 2013 wordt bereikt. Ook zijn enkele andere zaken nog niet op operationeel niveau. Daarom scoort de inspectie het netwerk in fase 2.

Organisatie	Fase netwerk			
	Initiatief	Experimenteel	Uitbouw	Verduurzamings
Fase		X		

1.2 Partners

Het netwerk bestaat uit drie instellingen op het gebied van verpleging en verzorging (V&V) in de Westelijke Mijnstreek (Orbis, Vivantes Zorggroep en Cicero Zorggroep); de huisartsen via MCC-Omnes en de Medische Staf Huisartsenzorg; specialistische zorg via Orbis Ziekenhuis en Orbis GGZ; alle gemeenten in de Westelijke Mijnstreek; samenwerkende welzijnsinstellingen; Alzheimer Nederland afdeling Westelijke Mijnstreek en het platform Mantelzorg.

De casemanagers zijn voor het uitvoeren van dementiezorg gekoppeld aan huisartsenpraktijken in een deel van de regio. Er van uitgaande dat met de inzet van de casemanagers afstemming in de

dementiezorg bereikt wordt is de afstemming tussen welzijns-, langdurige en medische zorg in de thuissituatie in een deel van de regio geborgd. De huisarts en de casemanagers vormen de 'spil' van de dementiezorg in de regio. De casemanagers geven aan dat het in het begin zoeken was naar wat de POH'er doet en naar wat de casemanager doet. Daar waar de samenwerking vanaf het begin (voorjaar 2011) gestart is, is in praktische zin een taakverdeling gegroeid en gehanteerd. De huisarts is verantwoordelijk voor de medische zorg. Als sprake is van comorbiditeit, dan is de rol van de huisarts omvangrijker dan wanneer alleen sprake is van dementie.

De casemanagers dragen zorg voor de verbinding tussen de medische zorg, de langdurige zorg en het welzijn. Zij brengen de problematiek van het cliëntsysteem mede in kaart. Daartoe voeren zij een heteroanamnese uit als aanvulling op de medische en specialistische diagnostiek. Op basis van alle diagnostische gegevens en een probleemanalyse stellen zij een zorgplan op. Als het zorgplan gereed is dan bespreekt de casemanager het zorgplan met het cliëntsysteem. Nadat het cliëntsysteem akkoord is volgt de casemanager de cliënt via reguliere contacten en coördineert de inzet van zorg, ondersteuning en begeleiding voor het cliëntsysteem.

StreekZorg Westelijke Mijnstreek bestaat uit negen samenwerkende organisaties voor informele zorg en welzijn. Informele zorg bestaat uit drie componenten: mantelzorg, vrijwilligers en lotgenoten. StreekZorg Westelijke Mijnstreek heeft de ambitie om meer kwetsbare ouderen te bedienen door meer vrijwilligers in te zetten en een productieve relatie te onderhouden met de professionele zorg. Via het eerder genoemde project 'Zorg uit Voorzorg' zijn de informele en formele zorg met elkaar in contact gekomen. Vervolgens zijn zij samen naar de gemeenten in de regio gegaan met de vraag hen te helpen. Daaruit is het plan ontstaan om informele en formele zorg samen te voegen. Dit initiatief staat nog aan het begin maar sinds 2012 wordt structureel samengewerkt. Om kennis en ervaring op te doen heeft StreekZorg Westelijke Mijnstreek contact met welzijnsorganisaties in Noord-Limburg. De samenwerkende welzijnsorganisaties hebben in opdracht van de gemeenten aandacht voor iedereen. Zij zijn nauw verbonden met de WMO-raden in de gemeenten. Hun taak is mensen te leren waar mogelijk zichzelf te helpen. Zij helpen met het weven van een sociaal netwerk en een sociaal vangnet rondom het cliëntsysteem en werken systeem- en ook wijkgericht. Een goede en vroege betrokkenheid van de gemeente bij dementie acht de gesprekspartner van welzijn van groot belang om een goede verbinding te kunnen leggen tussen informele en formele zorg. Dat ook met het oog op de transitie van begeleiding van AWBZ naar WMO in de nabije toekomst.

Het netwerk mist geen partners. Nieuwe partners kunnen tot het netwerk toetreden als zij zich conformeren aan de doelen of de al aanwezige partners van hun doelen weten te overtuigen, aldus de ketenregisseur.

Buurtzorg en Omnizorg, kleine thuiszorgorganisaties, maken geen deel uit van het netwerk maar verlenen wel zorg aan cliënten die ook zorg ontvangen van partners binnen het netwerk. Dat vraagt om goede communicatie.

Casemanagers zien in de praktijk dat patiënten veel verschillende thuiszorgmedewerkers zien. Cliënten ervaren dat niet altijd als prettig. Bij initiatieven als Buurtzorg en Omnizorg is dat minder het geval, omdat de medewerkers van deze organisatie in de regel meerdere taken vervullen, die in de reguliere thuiszorg door afzonderlijke medewerkers worden uitgevoerd. Soms verwijzen de casemanagers dan ook bewust naar dit type aanbieders. Een gesprekspartner van de thuiszorg geeft aan dat zij normen hanteren voor het aantal mensen dat bij de cliënten thuis komt en daarop stuurt.

Algemeen	Partners			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Huisarts			X	
Thuiszorg			X	
Ouderenzorg			X	

GGZ			X	
Ziekenhuis			X	
Geheugenpoli			X	
Welzijn			X	
Vrijwilligers			X	
Anders: gemeenten, Alzheimer Nederland, Platform Mantelzorg			X	

1.3 Aanbod

In de tabel is aangegeven welk type aanbieders betrokken is bij het aanbod. Het aanbod van de partners in het netwerk is beschreven en wordt regelmatig geactualiseerd. In nog niet de hele regio zijn casemanagers werkzaam. Daarmee is niet het volledige aanbod in de regio beschikbaar voor (potentiële) cliënten met dementie en hun naasten. Ook is er binnen het netwerk nog discussie over het diagnostiektraject. Daarom scoort de inspectie enkele onderdelen in de onderstaande tabel als 'aanwezig'.

Algemene publieksinformatie is beschikbaar op papier, Bijvoorbeeld bij: aan het netwerk deelnemende hulpverleners; zorgaanbieders; via de Alzheimer café's. Ook is informatie beschikbaar via de website van het netwerk. Op de website van het netwerk staat een telefoonnummer en een e-mailadres (meldpunt). Aanmelding bij het netwerk kan rechtstreeks geschieden, maar ook via de huisarts of anderen.

De sociaal-geriater geeft aan dat de DOC PG (diagnostiek, onderzoek en casemanagement psychogeriatric) eigenlijk geen DOC is maar gezien kan worden als een adviesorgaan. Het DOC bestaat uit: een huisarts; een klinisch geriater; een sociaal-geriater; een neuroloog; een specialist ouderengeneeskunde. Het DOC adviseert de casemanagers over de aanpak van verschillende casus. De casemanagers zijn verantwoordelijk voor het aandraagen van goede informatie, opdat de leden van het DOC goed kunnen adviseren. Volgens de sociaal-geriater is het moeilijk om te adviseren als de patiënt niet zelf door de specialisten gezien wordt.

Wanneer de huisarts een patiënt bij de casemanager aanmeldt, bestaan de volgende mogelijkheden voor diagnostiek:

- De huisarts doet de diagnostiek zelf (op basis van de NHG standaard), aangevuld met zorgdiagnostiek door de casemanager (de heteroanamnese met huisbezoek);
- Ambulante diagnostiek door GGZ of specialist ouderengeneeskunde;
- Een verwijzing door de huisarts naar een geriater of neuroloog. Deze verwijzingsmogelijkheid vindt plaats op basis van duidelijke criteria. Zo worden patiënten jonger dan 65 jaar en bij complexe problematiek worden bijvoorbeeld altijd doorverwezen naar het Academisch Ziekenhuis Maastricht.

Deze werkwijze is niet over de hele regio uitgerold en binnen de expertisegroep is nog discussie over wie in welke situaties de diagnostiek zou moeten doen. De sociaal-geriater is van mening dat de eerstelijns (huisarts via NHG standaard) de diagnostiek kan doen wanneer de signalen betreffende dementie duidelijk zijn. Als er twijfel is, dan zou de huisarts moeten doorverwijzen naar de tweedelijns. Ook kan de diagnostiek plaatsvinden in de thuissituatie van de cliënt. Er is in het netwerk geen sprake van één standpunt over hoe de diagnostiek zou moeten plaatsvinden binnen het netwerk, conform welke criteria en door wie. De huisarts en een vertegenwoordiger van het verpleeghuis nemen op persoonlijke titel deel aan de expertisegroep en hebben geen mandaat van hun achterban.

Mantelzorgers, belangenbehartigers, vrijwilligers, beroepskrachten en beleidsmakers in zorg en welzijn kunnen zich met behulp van digitale informatie en papieren brochures oriënteren op respijtactiviteiten of –arrangementen in Limburg.

Meer dan 80 organisaties op het terrein van welzijn, zorg en ondersteuning bieden vanuit 136 locaties tal van respijtmogelijkheden aan voor mantelzorgers en/of hun zorgvragers in de regio's Maastricht & Mergelland, Midden-Limburg, Noord-Limburg, Parkstad Limburg en Westelijke Mijnstreek. De digitale informatie en de brochures zijn ontwikkeld in het kader van het project 'Respijtzorg en –activiteiten voor mantelzorgers in Limburg', een initiatief van Mezzo, het Platform Mantelzorg Limburg, het Huis voor de Zorg, de regionale Steunpunten Mantelzorg in Zuid- en Midden-Limburg en het Expertisecentrum Maatschappelijke Ondersteuning Limburg (EMOL). Het project is financieel ondersteund door de Provincie Limburg en de zorgverzekeraars CZ en VGZ. De vertegenwoordiger van de welzijnsorganisatie geeft aan dat de mogelijkheden voor respijtzorg nog beter bekend gemaakt kunnen worden dan nu het geval is.

Crisishulpverlening gebeurt vanuit de GGZ en vanuit de HAP's (buiten kantooruren). Daarbij kan volgens de ketenregisseur gebruik gemaakt worden van crisisbedden, waarover afgelopen jaar met de V&V organisaties aanvullende afspraken zijn gemaakt.

Bij signalen van het onttrekken aan zorg kan bemoeizorg worden ingezet in de vorm van SPV'ers, TOP-zorg en gespecialiseerde thuisbegeleiding (GTB). Het netwerk heeft niet alle bemoeizorgcliënten in beeld, en al zeker niet in de delen van de regio waar het netwerk nog niet operationeel is.

Algemeen	Aanbod				
	Aanbieder	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Casemanagement	GGZ, thulzorg, ouderenzorg		X		
Algemene publieksinformatie	Alle aanbieders van het netwerk beschikken over informatiemateriaal van het netwerk			X	
Vroegsignalering	Huisartsen, welzijnsorganisatie, thulzorg, ziekenhuis, GGZ		X		
Meldpunt	Website Hulp bij dementie Westelijke Mijnstreek, wijksteunpunten Sittard-Geleen			X	
Actief verwijzen	Huisartsen, thulzorg, ziekenhuis, GGZ, welzijnsorganisatie		X		
Screening	Huisartsen, casemanager, welzijn		X		
Diagnostisch onderzoek	Huisartsen, casemanager, GGZ, SOG		X		
Respijtzorg	Zorgcentra van Orbis (dagbesteding dementerenden), welzijn			X	

Crisishulp	Crisisdienst GGZ, HAP			X	
Bemoelzorg	TOP-zorg, GTB, SPV		X		

1.4 Scholing

Het netwerk heeft specifieke, structurele scholing op het gebied van zorg aan thuiswonende mensen met dementie en hun naasten geregeld voor casemanagers, medewerkers van de thuiszorg, ouderenadviseurs en vrijwilligers.

De Hogeschool Zuyd voert scholing voor casemanagers uit. Hiervoor werken de dementienetwerken Westelijke Mijnstreek en Noord- en Midden-Limburg samen. Op dit moment onderzoekt het netwerk welke communicatie- en attitudeaspecten van belang zijn voor een zo effectief mogelijk casemanagement en hoe dit gestalte kan krijgen in scholing van de casemanagers. Eens in de acht weken hebben de casemanagers een intervisiebijeenkomst. De casemanagers ervaren de scholing als positief. Ook omdat de scholing de vorming van het functieprofiel van de casemanagers ondersteunt. De scholing wordt afgesloten met een certificaat op HBO-niveau.

De huisartsen regelen volgens de huisarts hun eigen scholing. Dementie is een van de onderwerpen die in het kader van scholing aan de orde komt. De ene huisarts is hierin meer geïnteresseerd dan de andere. Scholing vindt niet plaats vanuit het netwerk en niet op reguliere basis. Daarom scoort de inspectie dit onderdeel op 'aanwezig'.

De afgelopen jaren heeft het netwerk structureel aandacht besteed aan scholing op het gebied van dementie voor medewerkers van de thuiszorg volgens de vertegenwoordigers van de thuiszorg. Het netwerk heeft scholing eerst intramuraal opgepakt en zal dit volgend jaar extramuraal uitrollen volgens de vertegenwoordigers van de thuiszorgorganisaties.

Het zorgkantoor CZ stuurt via de financiering op scholing van medewerkers. Zo brengt het zorgkantoor 5% in mindering op het budget, maar als zorgaanbieder aantoonbaar aandacht besteden aan scholing, dan kan de zorgaanbieder deze 5% 'verdienen'. De thuiszorgorganisaties Cicero en Orbis Thuis hebben voor hun medewerkers een apart scholingsprogramma. Alleen de uit deze organisaties afkomstige casemanagers volgen dezelfde, hierboven genoemde scholing en intervisiebijeenkomsten.

Twee keer per jaar verzorgt het netwerk scholing voor vrijwilligers en ouderenadviseurs. Daarnaast verzorgt het netwerk presentaties in Alzheimer Café's. Tenslotte beschikt het netwerk over een 'Train de Trainer' module.

De gesprekspartners geven aan dat er meer kennis en kunde in de regio moet komen over wat dementie precies is. Binnen de regio worden hiertoe via scholingsprogramma's (zie hierboven) al mogelijkheden geboden.

De mantelzorgers geven aan dat zij Alzheimer Cafés niet kunnen bezoeken omdat zij geen oppas hebben voor hun partners. De inspectie heeft in andere regio's gezien dat door de welzijnsorganisatie gezorgd voor vrijwilligers die dan ingezet kunnen worden, zodat de mantelzorger naar het Alzheimercafé kunnen gaan, of dat mantelzorgers en hun partners samen naar het Alzheimercafé kunnen gaan.

Algemeen	Scholing				
	Type scholing	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Casemanager	Dementie			X	
	Mantelzorgproblematiek			X	

Thema Toezicht
Geïntegreerde zorg voor thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers

	Sociale kaart			X	
Huisarts	Dementie		X		
	Mantelzorgproblematiek		X		
	Werkwijze netwerk		X		
Huishoudelijke hulp	Omgang met dementerenden			X	
	Omgang met mantelzorgers			X	
	Wat te doen met signalen			X	
Ouderenadviseur	Omgang met dementerenden			X	
	Omgang met mantelzorgers			X	
	Wat te doen met signalen			X	
Vrijwilligers	Omgang met dementerenden			X	
	Omgang met mantelzorgers			X	
	Wat te doen met signalen			X	
Anders:					

1.5 Evaluatie netwerk

Het netwerk heeft een jaarplan en daarvan afgeleide actieplannen. Het netwerk evalueert het jaarplan en de actieplannen en evalueert ook de onderlinge samenwerking. Zo nodig stelt het netwerk het jaarplan en de actieplannen op basis van de evaluatie bij.

Het feit dat de financiering nu geregeld wordt vanuit verschillende bronnen (WMO, AWBZ, ZvW) en geen structureel karakter heeft, zorgt voor onduidelijkheid. Ook zorgt dit voor onzekerheid betreffende de continuïteit van de netwerkzorg en de posities van de ketenregisseur en de casemanagers. Alle gesprekspartners stellen als oplossing voor dat er structurele financiering komt voor casemanagement en dat de schotten tussen de financieringsstromen worden geslecht.

Of de toevoeging van een rond ziekteproblematiek georganiseerde inzet van casemanagement dementie de meest efficiënte en effectieve oplossing is, is afhankelijk van:

- De wijze waarop de functie georganiseerd en gefinancierd wordt;
- De wijze waarop de functies voor betrokkenen beschikbaar komen (initiële ingang, beschikbaarheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid);
- De positionering van de functie in het werkveld.

Een 'extra' medewerker met een eigen taakstelling kan leiden tot een verdere toename van het opknippen van functies (en dus een bijdrage aan verdere versnippering van zorg), met de kans,

Thema Toezicht
Geïntegreerde zorg voor thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers

dat meer niet-patiëntgebonden tijd moet worden geïnvesteerd in overleg, afstemming en aansturing, aldus de ketenregisseur.

De ketenregisseur geeft aan dat de inspanningen van de regionale partners om de zorg rond dementie af te stemmen en de inzet van casemanagement te realiseren een belangrijke verbetering (toegevoegde waarde) voor patiënten en mantelzorgers betekent. Zonder het ketenzorgproject en de inzet van casemanagement (vooral nog tijdelijk en op basis van niet-reguliere financiering) zou dit niet bereikt zijn. Hoe deze zorg voor patiënten en mantelzorgers voor de toekomst geborgd moet worden is nog niet duidelijk.

Organisatie	Evaluatie			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Jaarplan 2012			X	
Evaluatie doelen jaarplan 2011			X	
Evaluatie aanbod 2011			X	
Evaluatie wijze samenwerking 2011			X	
Blijstelling jaarplan op basis evaluatie			X	

2 Vroegsignalering

2.1 Werkwijze vroegsignalering

Signalen kunnen van alle kanten bij het netwerk komen, namelijk via: bureaus, verenigingen, huisarts, wijkverpleegkundige, ouderenadviseur, andere hulpverleners, etc.. Nadat het netwerk een signaal ontvangt stelt de medewerker die het signaal heeft ontvangen de casemanager hiervan op de hoogte. Vervolgens neemt de casemanager in overleg met de cliënt contact op met de huisarts. Als naar aanleiding van dit overleg blijkt dat begeleiding zinvol is dan start het casemanagement. De melder ontvangt een terugkoppeling vanuit het netwerk. Deze werkwijze is, zoals hiervoor aangegeven, nog niet in de gehele regio operationeel. Daarom scoort de inspectie de verschillende onderdelen als 'aanwezig'.

Tijdens kantooruren kan men altijd het centrale punt van het netwerk Hulp bij Dementie Westelijke Mijnstreek bellen. Het netwerk is volgens de gesprekspartners algemeen bekend bij de hulpverleners in de Westelijke Mijnstreek.

Op verschillende plaatsen in de gemeente Sittard-Geleen zijn wijksteunpunten gerealiseerd samen met V&V aanbieders. Daar houden casemanagers sinds kort spreekuur. De eerste ervaringen van de ketenregisseur zijn dat dit steunpunt laagdrempelig is en mensen er gebruik van beginnen te maken. In de wijksteunpunten komen de casemanagers in contact met andere professionals en vrijwilligers en kunnen zo ervaringen uitwisselen. De vertegenwoordiger vanuit welzijn geeft aan dat het goed zou zijn als de samenwerkende welzijnsorganisaties zich ook zouden verbinden aan deze wijksteunpunten. Niet in alle gemeenten zijn wijksteunpunten operationeel.

De thuiszorg heeft signaleringskaarten voor de huishoudelijke hulp ingevoerd. Als medewerkers van de thuiszorg vreemde dingen opmerken kunnen ze dit via deze kaart aan hun leidinggevende doorgeven. De leidinggevende bekijkt vervolgens welke stappen ondernomen moet worden en of de casemanager of de huisarts moet worden ingeschakeld.

De casemanagers geven aan dat vroegdiagnostiek door de huisarts nu beter verloopt dan toen het casemanagement pas werd ingevoerd. Diagnostiek vindt in de regio beperkt plaats door de huisarts. Daarbij spelen volgens de huisarts interesse, bekwaamheid, het beschikbaar zijn van expertise in de regio bij klinisch geriater, neuroloog, sociaal geriater en specialist ouderengeneeskunde een rol. Als een huisarts diagnostiek uitstelt kan dat volgens de casemanagers te maken hebben met het feit dat het stellen van de confronterende diagnose dementie een zware wissel kan trekken op de vertrouwensrelatie tussen de huisarts en de patiënt. De casemanagers en het DOC-team kunnen hierin een ondersteunende rol vervullen.

De huisarts geeft aan dat de methodieken op het gebied van 'vroegsignalering' niet evidence based zijn. De doeltreffendheid en doelmatigheid ervan is volgens hem (nog) teveel op aannames gebaseerd.

De mantelzorgers geven aan dat het zo vroeg mogelijk inzetten van casemanagement bij het 'niet pluis'-gevoel hen geholpen hebben of geholpen zou hebben. Als sprake is van een 'niet pluis'-gevoel hebben de mantelzorgers veel vragen. Bijvoorbeeld over: wat er aan de hand is; wat het perspectief is; het doelhof van zorg- en ondersteuningsinstanties en wie daarin wat en wanneer gaat doen. Ook hebben mantelzorgers al vroeg behoefte aan een luisterend oor. De casemanager vervult naar hun mening hierin een onmisbare, laagdrempelige rol als aanvulling op de huisarts en kan daarbij de huisarts ook ontlasten.

Vroegsignalering	Proces				
	Wie	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Triage	Huisarts, casemanager, welzijnsorganisatie, DOC team, wijkverpleegkundige		X		

Thema Toezicht
Geïntegreerde zorg voor thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers

Dossiervorming	Huisarts, casemanager, welzijnsorganisatie		X		
Doorgeleiding	Huisarts, welzijnsorganisatie, DOC team		X		
Terugkoppeling naar degene die het signaal heeft afgegeven	Huisarts, welzijnsorganisatie, casemanager		X		

2.2 Meting draaglast mantelzorger

Het netwerk meet soms de draaglast van de mantelzorger met de EDIZ-lijst (Ervaren Druk door Informele Zorg) en in het algemeen via observatie en gesprekken. Het meten van de draaglast gebeurt niet op systematische wijze op individueel niveau tijdens signalering, diagnose en behandeling. De casemanagers geven aan dat zij op de genoemde momenten alert zijn op signalen van overbelasting en indien nodig maatregelen treffen. De inspectie scoort dit onderdeel als 'aanwezig' vanwege het bovenstaande en vanwege het feit dat in een deel van de regio deze werkwijze nog niet operationeel is.

Vroegsignalering	Meting draaglast						
	Wie	Frequentie	Methode	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Signalering	Huisarts, casemanager	Voortdurend	Observatie, gesprekken		X		
Diagnosestelling	Huisarts, klinisch geriater, neuroloog, specialist ouderengenees kunde, sociaal geriater, casemanager	Voortdurend	EDIZ, observatie, gesprekken		X		
Behandeling	Huisarts, casemanager	Voortdurend	EDIZ, observatie, gesprekken		X		

2.3 Meting draagkracht mantelzorger

Zie 2.2.

Vroegsignalering	Meting draaglast						
	Wie	Frequentie	Methode	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Signalering	Huisarts, casemanager	Voortdurend	Observatie, gesprekken		X		
Diagnosestelling	Huisarts, klinisch gerlater, neuroloog, specialist ouderengeneeskunde, sociaal gerlater, casemanager	Voortdurend	EDIZ, observatie, gesprekken		X		
Behandeling	Huisarts, casemanager	Voortdurend	EDIZ, observatie, gesprekken		X		

2.4 Procedure bemoeizorg

Het netwerk heeft deels in beeld welke cliënten in aanmerking komen voor bemoeizorg. Ook is bij de gesprekspartners niet bekend of er een overzicht is van bemoeizorgcliënten.

Als er cliënten zijn waarvan signalen bij het netwerk komen via mantelzorgers, de buurt, of hulpverleners, dan kan het netwerk vanuit Orbis GGZ TOP-zorg inzetten om de betrokkenen te motiveren tot het aanvaarden van zorg en ondersteuning. Gespecialiseerde thuisbegeleiding (GTB) kan worden ingezet (vanuit Orbis Thuis) als de relatie is gelegd en als voortzetting van TOP zorg. Bij psychiatrische of gedragsproblemen kan het netwerk een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV'er) inzetten en eventueel psycho-educatie verzorgen voor de mantelzorger. Als de situatie gestabiliseerd is kan casemanagement in combinatie met zorg voor de huisarts worden ingeschakeld. Bij (zeer) ernstige problematiek kan worden opgeschaald naar de crisisdienst van de GGZ, kunnen crisisbedden vanuit de V&V-sector worden ingezet en kan indien nodig ook medische gespecialiseerde zorg worden ingezet.

De cliënten zijn deels in beeld en het netwerk is niet in alle delen van de regio operationeel. Daarom scoort de inspectie dit onderdeel als 'aanwezig'.

Vroegsignalering	Bemoeizorg				
	Wie	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Bemoeizorgcliënten in beeld			X		
Leggen van contact met bemoeizorgcliënten			X		
Motiveren bemoeizorgcliënten			X		
Opschalen naar			X		

Thema Toezicht
Geïntegreerde zorg voor thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers

gespecialiseerde GGZ-zorg					
Opschalen naar gespecialiseerde medische zorg			X		

3 Casemanagement

3.1 Taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden casemanager

Het functieprofiel casemanager dementie Westelijke Mijnstreek is opgesteld in samenwerking met de regio's Noord- en Midden-Limburg. Het functieprofiel is vastgelegd. De casemanagers hebben een formele relatie met een van de aangesloten ketenpartners. Zij werken echter onder functionele aansturing van de ketenregisseur als team. Zij doen dit in een onafhankelijke positie ten opzichte van de zorgaanbieders van waaruit zij als casemanager zijn aangesteld.

De ketenregisseur geeft aan dat hij de casemanagers er op coacht dat zij de kerntaken van hun functie uitvoeren: begeleiden en ondersteunen van het cliëntsysteem en bijdragen aan zorgdiagnostiek, coördineren en regisseren. Het is niet de bedoeling dat de casemanagers de taken van de hulpverleners of taken die door het cliëntsysteem zelf kunnen worden opgepakt op zich nemen.

Het in beeld komen als casemanagers bij de verschillende partners is niet vanzelf gegaan. Zo waren volgens de casemanagers goede afspraken nodig met POH'ers en SPV'ers, die de casemanagers in eerste instantie zagen als functionarissen die cliënten van hen zouden overnemen. Inmiddels wordt het volgens de casemanagers steeds duidelijker dat de casemanagers geen cliënten overnemen. Zij nemen in de samenwerking coördinerende, begeleidende en beeldvormende taken op zich die aanvullend zijn op de taken van de POH'ers en de SPV'ers. De casemanagers geven aan dat zij nog steeds bezig zijn om zich te profileren. De ketenregisseur geeft aan dat er nog niet in de hele regio dekking is wat casemanagement betreft. In deze gemeenten moeten de casemanagers zich nog profileren, met name bij de huisartsen.

Volgens de casemanagers is het verschil tussen hen en SPV'ers dat een SPV'er voor een bepaalde termijn met een duidelijk doel op (sociaal-)psychiatrisch gebied wordt ingezet, terwijl casemanagers wellicht 6 tot 8 jaar begeleiding, coördinatie en beeldvorming bieden in brede zin. Het verschil met de POH'ers is de duur, de intensiteit en de breedte van begeleiding (ook mantelzorger, kinderen) en het verschil in deskundigheid wat betreft dementie. POH'ers richten zich meer op chronische somatische problematiek dan casemanagers.

Het casemanagement is nog niet in de gehele regio operationeel. Daarom scoort de inspectie dit onderdeel als 'aanwezig'.

Casemanagement	Beschrijving taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Casemanager		X		

3.2 Aanspreekpunt

De casemanager fungeert in een deel van de regio als aanspreekpunt voor alle betrokkenen. Voor de mantelzorgers is het duidelijk wie het aanspreekpunt is en zij ervaren het als prettig dat de casemanager als aanspreekpunt fungeert en de dementiezorg coördineert. Dat geldt tevens voor hulpverleners binnen en buiten het netwerk volgens de casemanagers.

Een van de mantelzorgers gaf aan dat zij in de periode dat zij nog niet bekend was met casemanagement nadat haar moeder van de klinisch geriater in het ziekenhuis de diagnose 'dementie' had gekregen, niet wist wat zij moest doen. In die periode was er nog geen casemanagement beschikbaar. Later werd zij door de huisarts attent gemaakt op casemanagement dat op dat moment in de regio ontwikkeld werd.

De twee mantelzorgers die de inspectie gesproken heeft waren lovend over de casemanager. De casemanager is volgens de mantelzorgers goed bekend met het sociale netwerk, helpt bij het

invullen van formulieren betreffende indicaties, heeft contact met alle zorgverleners, is bereikbaar en beschikbaar, etc. De mantelzorgers geven ook aan dat zij dankzij de ondersteuning van de casemanagers de zorg thuis langer kunnen en konden volhouden.

De huisarts geeft aan dat de casemanager eigenlijk weer een extra schakel vormt in het netwerk, waarmee weer gecommuniceerd moet worden. Volgens hem kan de huisarts in combinatie met de wijkverpleging deze functie ook vervullen. Indien nodig kan dan vanuit deze as dan opgeschakeld worden naar specifieke expertise. Dat vereist echter een hoger niveau van de huidige zorgverleners dan er op dit moment is. Hij heeft de overtuiging dat deze aanpak effectiever en ook goedkoper is.

Het netwerk is niet in de hele regio operationeel. Daarom scoort de inspectie dit onderdeel als 'aanwezig'.

Casemanagement	Aanspreekpunt			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Cliënt		X		
Mantelzorg		X		
Zorgverleners binnen netwerk		X		
Zorgverleners buiten netwerk		X		

3.3 24-uurs bereikbaarheidsregeling casemanagement

De casemanager is gedurende kantooruren in een deel van de regio telefonisch of via e-mail bereikbaar. Daarna kan een cliënt of zijn mantelzorger gebruik maken van de HAP (bij medische problematiek) of van de crisisdienst van de GGZ, die van het bestaan van de casemanagers afweten. Vanuit deze organisaties wordt dan op een ander moment contact gelegd met het casemanagement of de huisarts, die dan weer terugkoppelen naar het casemanagement, aldus de casemanagers. De HAP en de crisisdienst van de GGZ hebben geen inzage in de dossiers van de casemanagers. In het regiodeel waar nog geen sprake is van casemanagement zijn buiten kantooruren de HAP en de crisisdienst van de GGZ de eerste aanspreekpunten, met in het verlengde daarvan voor de hele regio afspraken voor de inzet van crisisbedden V&V-sector.

Vanwege de bovenstaande redenen en vanwege het feit dat het netwerk niet in de hele regio operationeel is scoort de inspectie dit onderdeel als 'aanwezig'.

Casemanagement	Bereikbaarheid 24u			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Cliënt		X		
Mantelzorg		X		
Zorgverleners binnen netwerk		X		
Zorgverleners buiten netwerk		X		

3.4 24-uurs beschikbaarheidsregeling casemanagement

Casemanagement is niet 24 uur beschikbaar. Dat is volgens de ketenregisseur ook nooit de bedoeling geweest. Wel heeft afstemming plaatsgevonden met de bestaande 24-uurs bereikbaarheid van crisiszorg (GGZ en HAP). Toevoeging van casemanagement aan de bestaande zorg heeft wat betreft 24-uurs beschikbaarheid geen toegevoegde waarde, aldus de ketenregisseur.

Casemanagement	Beschikbaarheid 24u			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Cliënt		X		
Mantelzorg		X		
Zorgverleners binnen netwerk		X		
Zorgverleners buiten het netwerk		X		

3.5 Startmoment casemanagement

Het netwerk zet de casemanager in principe in vanaf de diagnose dementie en een indicatie persoonlijke verzorging (PV). Vanaf dat moment mag er vanuit de beleidsregel een casemanager geboden worden en wordt het tevens gefinancierd, aldus de ketenregisseur. Aangezien het netwerk geen gebruik kan maken van de beleidsregel dementie, wordt casemanagement op een andere wijze door het zorgkantoor gefinancierd. Daarover heeft het netwerk afspraken gemaakt met het zorgkantoor.

Vanwege het belang om casemanagers zo vroeg mogelijk (vanaf het 'niet plus' gevoel) in te zetten wordt inzet vanaf het 'niet-plus'gevoel momenteel gefinancierd vanuit onder andere AIV-gelden. De zorgverzekeraar heeft dit bij enkele AWBZ-aanbieders gecontracteerd. Dit biedt de mogelijkheid om voorafgaand aan de diagnose enkele gesprekken te voeren.

De casemanagers geven aan het heel belangrijk is dat cliënten zo vroeg mogelijk bij hen in beeld komen. De problematiek is op dat moment doorgaans nog niet ernstig en er bestaat ruimte om een vertrouwensband op te bouwen. Daarnaast wordt er vanaf het begin door de casemanagers positief ingezet op de mogelijkheden die er wel nog zijn met als uiteindelijk doel dat de mantelzorg de zorg zo lang mogelijk aankan en de cliënt zo lang mogelijk thuis kan blijven wonen.

Vanwege het feit dat het netwerk niet in de hele regio operationeel is scoort de inspectie dit onderdeel als 'aanwezig'.

Vroegsignalering	Startmoment casemanagement			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Signalering		X		
Diagnosestelling		X		
Behandeling		X		

3.6 Onafhankelijkheid casemanagement

De casemanagers die vanuit Orbis en Cicero het casemanagement invullen geven aan dat zij onafhankelijk van hun organisaties zorg binnen en buiten het netwerk inzetten. De casemanager die vanuit Orbis het casemanagement uitvoert geeft aan dat in het begin wel vragen gesteld door het management als de casemanagers voor zorg doorverwezen naar andere aanbieders, bijvoorbeeld Buurtzorg en Omnizorg.

Als de casemanagers het op inhoudelijke gronden noodzakelijk achten, of als de cliënt dit wenst, dan nemen zij contact op met aanbieders buiten het netwerk.

Om de onafhankelijk te kunnen waarborgen hebben de casemanagers volgens de ketenregisseur geen dubbelfunctie en zijn zij uitsluitend werkzaam als casemanager.

Casemanagement	Casemanager mag:			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Binnen netwerk zorg en ondersteuning inzetten			X	
Buiten netwerk zorg en ondersteuning inzetten			X	

3.7 Opschalen/doorzettingsmacht casemanager

De casemanagers kunnen bij inhoudelijke problemen van het patiëntensysteem die zij niet zelf kunnen oplossen binnen de kaders van het netwerk hun problemen voorleggen aan: de huisarts, het DOC-team; de SPV'er.

Voor organisatorische problemen kunnen de casemanagers terecht bij de ketenregisseur.

Casemanagement	Casemanager mag:			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Opschalen			X	

4 Geïntegreerd zorgplan

4.1 Procedure geïntegreerd zorgplan

Het netwerk heeft wel een procedure maar geen geïntegreerd zorgplan in de zin dat alle zorgplannen op eenduidige wijze aan elkaar gekoppeld zijn. Daarom scoort de inspectie dit onderdeel als 'afwezig'. Elke zorgaanbieder of welzijnsorganisatie heeft een eigen zorg- of ondersteuningsplan met eigen doelen. De casemanagers beschikken over een eigen zorgplan. Daarin beschrijven zij hun eigen doelen en acties en op hoofdlijnen de doelen en acties van de verschillende zorgaanbieders. In hun zorgplannen leggen de casemanagers de verbinding met de zorgplannen van de andere zorgaanbieders via een probleemanalyse op de verschillende zorg- en ondersteuningsdomeinen.

Overdracht van casus tussen de casemanagers bij verlof gebeurt mondeling. De casemanagers hebben geen toegang tot de zorgplannen van andere zorgaanbieders en de andere zorgaanbieders hebben geen toegang tot de zorgplannen van de casemanagers.

De huisarts geeft aan dat hij op basis van literatuur eraan twijfelt of zorgplannen wat betreft de kwaliteit van leven het zorgplan verbeteringen voor het cliëntsysteem oplevert.

Vanwege het bovenstaande scoort de inspectie dit onderdeel als 'aanwezig'.

Zorgplan	Geïntegreerd			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Geïntegreerd zorgplan	X			

4.2 Geautomatiseerd geïntegreerd zorgplan en/of dossier

Er bestaat geen geautomatiseerd geïntegreerd dossier en/of zorgplan voor alle partners. Casemanagers kunnen in elkaars digitale rapportages kijken maar uitslagen van onderzoeken en dergelijke kunnen door de casemanagers niet worden gezien en moeten apart worden opgevraagd. Deze worden (meestal) in het papieren dossier van de casemanager bewaard en zelden gescand en in het digitale systeem opgenomen. Deze mogelijkheid is wel aanwezig. Casemanagers hanteren dus een digitaal en een papieren dossier. De casemanagers hebben op dit moment geen toegang tot de dossiers en/of zorgplannen van de andere aanbieders. Zij compenseren dit door gebruik te maken van hun korte lijnen met de aanbieders en veelvuldig telefonisch, mondeling of per e-mail te overleggen met de andere aanbieders. Dit verwerken zij vervolgens in hun eigen rapportage.

De casemanagers hebben wel toegang tot de klapper van de thuiszorg. Deze klapper ligt bij de cliënten thuis. Daarin leggen zij de belangrijkste afspraken betreffende het casemanagement vast.

Huisartsen werken in hun eigen huisartseninformatiesysteem (HIS). De casemanagers hebben geen toegang tot het HIS. De huisartsen zijn in het verlengde van 'Zorg uit Voorzorg' bezig met een keteninformatiesysteem (KIS, Caresharing).

Vanwege het bovenstaande scoort de inspectie dit onderdeel als 'aanwezig'.

Zorgplan	Geautomatiseerd systeem voor geïntegreerd dossier en/of zorgplan			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Geautomatiseerd systeem voor geïntegreerd dossier en/of zorgplan	X			

4.3 Opgesteld in overleg met het cliëntsysteem

De inspectie heeft inzage gehad in het zorgplan en het dossier van een casus. Het zorgplan dat die de inspectie heeft ingezien is een neerslag van de bevindingen van de casemanagers uit eigen observatie en onderzoek en overleg met het cliëntsysteem en de andere aanbieders van zorg en welzijn. Het betreft hier een eigen werkzorgplan en werkdoosier van de casemanagers. Met het cliëntsysteem stemmen de casemanagers dit mondeling af. Het cliëntsysteem beschikt niet over een (door hen en de casemanagers ondertekend) exemplaar van het zorgplan van de casemanager.

Zorgplan	In overleg met cliëntsysteem			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Opgesteld in overleg met cliëntsysteem			X	

4.4 Probleemanalyse

In het zorgplan en –dossier van een casemanager die de inspectie heeft ingezien zijn de onderdelen van de probleemanalyse aanwezig en voor zover noodzakelijk ingevuld. Tevens zijn hierover afspraken genoteerd.

Medicatie vormt een lastig onderdeel voor het netwerk. Er kunnen meerdere voorschrijvers zijn, zoals: de huisarts en medisch specialisten. Toediening van medicatie kan geschieden door patiënt zelf, de mantelzorger of de thuiszorg. Waar mogelijk gebeurt toediening van medicatie met behulp van het blistersysteem. De eerste- en tweedelij zijn wat medicatie betreft wel gekoppeld. Wanneer medicatie stopt of wijzigt geven enerzijds de huisarts en anderzijds de medisch specialisten dit aan elkaar door. Er kan echter vertraging optreden in dit proces als correspondentie ter zake bij een van de partijen blijft liggen. Dit heeft de aandacht van zowel de huisartsen als van de medisch specialisten, maar het blijft kwetsbaar. Daarom scoort de inspectie dit onderdeel als 'aanwezig'.

De huisarts is volgens de ketenregisseur verantwoordelijk voor een actueel medicatie overzicht, maar is mede afhankelijk van rapportages van thuiszorg en casemanagement en mededelingen van de mantelzorger over het medicatiegebruik van de cliënt en van andere voorschrijvers voor het actueel houden ervan.

Zorgplan	Probleemanalyse			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Woon-en leefomstandigheden			X	
Participatie			X	
Lichamelijk welbevinden			X	
Mentaal welbevinden			X	
Draaglast mantelzorger			X	
Draagkracht mantelzorger			X	

Welke medicatie persoon gebruikt		X		
Wijze van inname		X		
Wie beoordeelt		X		
Wie overzicht actueel houdt		X		

4.5 Evaluatie per doel/activiteit

De casemanager heeft het overzicht over de verschillende doelen van de partners die zorg aanbieden aan een cliënt en zijn mantelzorger, gerelateerd aan de zorg- en ondersteuningsdomeinen. De doelen worden geëvalueerd met het cliëntsysteem en met de andere aanbieders van zorg en ondersteuning (waaronder welzijn). Niet consequent wordt aangegeven wie, wanneer, wat doet. Daarom scoort de inspectie de eerste twee onderdelen als 'aanwezig'.

Zorgplan	Evaluatie per doel/activiteit			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Wie		X		
Wanneer		X		
Met cliëntsysteem			X	
Met andere zorgverlener			X	

4.6 Actualisatie per doel

De casemanager heeft het overzicht over de verschillende doelen van de partners die zorg aanbieden aan een cliëntsysteem en de activiteiten die zij in dat kader uitvoeren. De doelen worden in overleg met het cliëntsysteem en de aanbieders van zorg en ondersteuning (waaronder welzijn) geactualiseerd. Niet consequent wordt aangegeven wie wanneer wat doet. Daarom scoort de inspectie de eerste twee onderdelen als 'aanwezig'.

Zorgplan	Actualisatie per doel/activiteit			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Wie		X		
Wanneer		X		
Met cliëntsysteem			X	
Met andere zorgverlener			X	

4.7 Afstemming over het zorgplan

De casemanager stemt met het cliëntsysteem en de aanbieders van zorg- en ondersteuning (waaronder welzijn) af met het cliëntsysteem en met de aanbieders over het zorgplan. Dit leggen zij vast in hun zorgplan en zorgdossier en de aanbieders in hun zorgplan.

Zorgplan	Afstemming			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Tussen de betrokken zorgverleners			X	
Met cliëntsysteem			X	

4.8 Informatie uitwisseling

De casemanager is een 'spil' in de informatie uitwisseling tussen de partners en met het cliëntsysteem. Bij de casemanager komen alle 'lijnen' samen. Het feit dat de zorgplannen van de casemanagers en de andere aanbieders en de geautoriseerde systemen op dit moment niet compatible zijn leidt ertoe dat er veel mondeling wordt afgestemd.

De wijze waarop overleg plaatsvindt tussen de huisarts en de casemanager varieert per huisartsenpraktijk. Daarbij is sprake van maatwerk per praktijk, mede afhankelijk van de voorkeuren van de huisartsen. Volgens de ketenregisseur werkt een blauwdruk voor overlegvormen niet bij de huisartsenpraktijken, die verschillen qua grootte en qua organisatievorm. De casemanagers bewaken de noodzakelijke continuïteit van het overleg.

De samenwerking tussen de partners verloopt goed. Op inhoudelijk gebied vinden MDO-besprekingen plaats met de huisarts, Riagg, TOP-zorg en de thuiszorg. Daarnaast is er eens in de 6 weken een overleg met de praktijkondersteuners huisarts (POH-ers) en het Riagg om signalen te bespreken. Tot slot vindt er vanuit de gemeente WMO zorgtafeloverleg plaats, waar ook een fysiotherapeut, ergotherapeut bij betrokken zijn. De overlegvormen zijn niet uniform maar ze zijn er wel. Casemanagers houden sinds kort spreekuren in wijksteunpunten van de gemeente Sittard-Geleen.

Vanuit twee regionaal georiënteerde DOC teams adviseren professionals uit de regio bij vragen op het gebied van (vroeg)diagnostiek, onderzoek in de thuissituatie en het met een zorgplan starten van casemanagement. Ook worden via het DOC regionale ontwikkelingen kortgesloten en relevante gegevens uitgewisseld. In de DOC teams participeren onder andere: de klinisch geriater, de neuroloog, de sociaal geriater, de specialist ouderengeneeskunde en de casemanager.

Met het cliëntsysteem stemt de casemanager ook af over wie het zorgplan mag inzien.

Zorgplan	Afstemming			
	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Tussen de betrokken zorgverleners			X	
Met cliëntsysteem			X	

Bijlage: Documenten

De inspectie heeft de volgende documenten ingezien:

1 Ontwikkeling van het netwerk	Beschikbaar	Niet beschikbaar
Convenant/samenwerkingsafspraken	X	
<i>Toelichting: Gedateerd 2010. Partners werken samen in consensus.</i>		
Jaarverslag 2011	X	
<i>Toelichting: Beschikbaar.</i>		
Jaarplan 2012	X	
<i>Toelichting: Beschikbaar.</i>		
Taak- en functieomschrijvingen (bestuurlijk) verantwoordelijke.	X	
<i>Toelichting: Het netwerk heeft wel een door de stuurgroep uit hun midden gekozen dagelijks bestuur en voorzitter. De voorzitter is echter niet bestuurlijk verantwoordelijk.</i>		
Taak- en functieomschrijving netwerkcoördinator	X	
<i>Toelichting: Deze heeft een tijdelijke aanstelling als ketenregisseur en is in dienst bij een van de zorgaanbieders. Voor de andere helft van zijn baan is de ketenregisseur verbonden aan het realiseren van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit de eerste lijn.</i>		
Beschrijving netwerkpartijen en hun taken.	X	
<i>Toelichting: Beschikbaar via de website Hulp bij Dementie en de links naar de deelnemers aan het netwerk.</i>		
Beschrijving aanbod en welke partij(en) dat uitvoeren.	X	
<i>Toelichting: Beschikbaar via de website Hulp bij Dementie en de links naar de deelnemers aan het netwerk.</i>		
Scholingsplan	X	
<i>Toelichting: Voor de casemanagers, in samenwerking met de Hogeschool Zuyd.</i>		
Scholingsregistratie	X	
<i>Toelichting: Voor de casemanagers, in samenwerking met de Hogeschool Zuyd.</i>		

Thema Toezicht
Geïntegreerde zorg voor thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers

2 Vroegsignalering	Beschikbaar	Niet beschikbaar
Procedure vroegsignalering	X	
<i>Toelichting: Beschikbaar.</i>		
Procedure bemoelzorg	X	
<i>Toelichting: Beschikbaar (reguliere werkwijze GGZ).</i>		

3 Casemanagement	Beschikbaar	Niet beschikbaar
Taak- en functiebeschrijving casemanager	X	
<i>Toelichting: Dit is beschreven.</i>		
Bereikbaarheidsregeling casemanagement	X	
<i>Toelichting: Dit is beschreven.</i>		
Beschikbaarheidsregeling casemanagement	X	
<i>Toelichting: Dit is beschreven.</i>		

4 Geïntegreerd zorgplan	Beschikbaar	Niet beschikbaar
Procedure geïntegreerd zorgplan	X	
<i>Toelichting: De werkwijze betreffende het zorgplan van de casemanagers is beschreven.</i>		

Bijlage: Toetsingskader

Beoordeling en toelichting norm

Beoordeling norm	Toelichting beoordeling
Afwezig	Norm is onbekend, of wordt niet nageleefd.
Aanwezig	Norm is aantoonbaar aanwezig, maar wordt niet consequent nageleefd of schriftelijke procedures zijn niet bekend bij de zorgverleners.
Operationeel	Norm is operationeel, wordt consequent nageleefd; schriftelijke procedures zijn bekend bij de zorgverleners.
Geborgd	Norm is geborgd, wordt consequent nageleefd en schriftelijke procedures zijn bekend bij de zorgverleners. Bovendien worden beleid of procedures geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

1 Algemeen

1.1 Ontwikkelingsfaseⁱ

De ontwikkelingsfase waarin het netwerk² zich in bevindt :

- **Fase 1: Initiatief- en ontwerpfase:**
De ketensamenwerking is gestart of wordt geïntensiveerd. Er wordt gesproken over een gezamenlijk erkend probleem of een kans en de noodzaak en (on)mogelijkheden om hier gezamenlijk mee aan de slag te gaan. De doelgroep en het ketenproces zijn in kaart gebracht, evenals behoeften van klanten en diverse stakeholders. Het ambitieniveau, de motivatie van betrokkenen en de inzet van leiders bepalen de voortgang. Op basis van de ontstane ideeën en het aanwezige vertrouwen maakt een multidisciplinair team een ontwerp voor een experiment of een project en legt men de samenwerking eventueel vast in een samenwerkings- of intentieverklaring.
- **Fase 2: Experiment- en uitvoeringsfase:**
Er worden projecten of experimenten uitgevoerd. De doelen en inhoud van de ketensamenwerking worden aangescherpt en vastgelegd in afspraken en zorgpaden. Er is afstemming tussen ketenpartners door middel van een ketenoverleg en het benoemen van een persoon met een coördinerende rol. Gegevens over werkwijzen, doelgroepen en kennis en kunde worden uitgewisseld. Resultaten worden geëvalueerd waarna bijstelling plaatsvindt. Randvoorwaarden voor projecten zijn afgewogen en middels gezamenlijke afspraken of middelen gedekt.
- **Fase 3: Uitbouw- en monitoringsfase:**
De projecten zijn ingebed in of volgroeid tot een ketenprogramma. Afspraken over inhoud, taken en rollen en de organisatie van zorg zijn helder en liggen vast. Samenwerking is niet vrijblijvend. De resultaten worden systematisch gemonitord en verbeterpunten opgepakt. De bereikte populatie is in kaart gebracht. Er ontstaan meer initiatieven tot gezamenlijkheid zoals scholingsprogramma's. Financiering van de zorg op basis van structurele en reguliere middelen is het uitgangspunt. Er is een blijvend commitment aan de benodigde inzet en ambitie.
- **Fase 4: Verduurzamings- en transformatiefase**
De ketenzorg vormt de reguliere werkwijze en zorg. Een coördinatiepunt op ketenniveau is operationeel, informatie wordt gedeeld, overgedragen en teruggekoppeld. Organisatorische structuren transformeren of zijn nieuw ontworpen rondom de ketenzorg. Financiering is geregeld in integrale ketencontracten tussen aanbieder(s) en financiers. Er is sprake van continue verbetering en analyse van klant- en stakeholderbehoeften. Op succesvolle resultaten wordt verder gebouwd. Nieuwe samenwerkingsmogelijkheden worden verkend en gewogen.

1.2 Partnersⁱⁱ

1. Het netwerk bestaat tenminste uit:
 - huisartsen of eerstelijns gezondheidscentra
 - aanbieder(s) van thuiszorg
 - aanbieder(s) van intramurale ouderenzorg
 - aanbieder(s) van geestelijke gezondheidszorg
 - ziekenhuis/ziekenhuizen
 - geheugenpoli
 - welzijnsorganisatie(s) voor maatschappelijke ondersteuning van ouderen
 - vrijwilligersorganisaties

Risico:

- Gefragmenteerde, ongecoördineerde, ineffectieve en inefficiënte zorg

² Met netwerk wordt in het gehele kader altijd samenwerkingsverband/de organisatie voor dementiezorg speciaal voor dat doel opgericht, bedoeld

1.3 Aanbod^{iii, iv}

2. Het netwerk biedt tenminste aan:
- casemanagement
 - algemene publieksinformatie
 - signalering
 - meldpunt
 - actief verwijzen
 - screening
 - diagnostisch onderzoek
 - respijtzorg voor mantelzorgers
 - crisishulp
 - bemoeizorg³

Risico:

- De hulpvragen van de thuiswonende mensen met dementie en hun naasten worden in onvoldoende mate beantwoord

1.4 Scholing^{v, vi, vii}

3. Het netwerk heeft specifieke en structurele scholing op het gebied van zorg aan thuiswonende mensen met dementie en hun naasten geregeld voor de volgende zorgverleners:
- huisartsen
 - huishoudelijke hulpen
 - ouderenadviseurs
 - vrijwilligers
 - casemanager

Risico's:

- Fouten in de zorgverlening
- Inadequate bejegening van thuiswonende dementerende mensen en hun naasten

1.5 Evaluatie van de samenwerking^{viii, ix, x}

Het netwerk:

4. evalueert jaarlijks de samenwerkingsafspraken, waaronder tenminste:
- de doelen uit het jaarplan van het netwerk op het gebied van zorg aan thuiswonende mensen met dementie en hun naasten
 - het aanbod dat het netwerk in het kader van de samenwerkingsafspraken heeft gerealiseerd in relatie tot de vraag in de regio
 - de wijze waarop de samenwerking tussen de partners het afgelopen jaar is verlopen
5. gebruikt de resultaten van de evaluatie voor verbetering

Risico:

- Stagnatie of achteruitgang van de kwaliteit van de samenwerking en van de zorg en ondersteuning

³ Mensen die hulp nodig hebben maar dat zelf niet willen, kunnen of durven vragen; de mensen worden actief opgespoord door de hulpverleners en worden aangespoord om hulp te accepteren

2 Inhoud en organisatie van vroegsignalering, casemanagement en geïntegreerd zorgplan

2.1 Vroegsignalering^{xi,xii,xiii,xiv,xv,xvi,xvii,xviii,xix,xx}

6. Het netwerk heeft geregeld:
 - de triage van signalen⁴
 - dossiervorming inzake signalen
 - het doorgeleiden van signalen
 - het terugkoppelen van de ondernomen acties naar de persoon die heeft gesignaleerd
7. dat het de mantelzorgers ondersteuning aanbiedt vanaf het moment dat de signalen zijn afgegeven.
8. dat het periodiek (minimaal eenmaal per twee jaar) onderzoekt wat de draaglast en de draagkracht van de mantelzorgers is
9. de omgang met zorgmijders⁵ door:
 - in beeld te brengen wie de zorgmijders zijn
 - het leggen van contacten met de zorgmijders
 - het motiveren van de zorgmijders tot het accepteren van hulp
 - het opschalen naar gespecialiseerde GGZ-zorg bij een stoornis in de geestesvermogens en gevaar voor zichzelf en/of de omgeving
 - het opschalen naar gespecialiseerde medische voorzieningen bij levensbedreigende somatische problematiek

Risico's:

- Als er geen tijdige signalering van problemen is en daarop aansluitend niet tijdig diagnostiek plaatsvindt, lijden de thuiswonende mensen met dementie en hun naasten onnodig. Tijdige signalering en daarop aansluitend diagnostiek zijn van belang om passende dementiezorg te kunnen aanbieden. In het geval van overbelasting van de mantelzorgers loopt het cliëntsysteem⁶ vast.

⁴ Het sorteren van de signalen en een adequaat vervolg eraan geven.

⁵ Bemoeizorg: mensen die hulp nodig hebben maar dat zelf niet willen, kunnen of durven vragen; de mensen worden actief opgespoord door de hulpverleners en worden aangespoord om hulp te accepteren.

⁶ Het cliëntsysteem bestaat uit de thuiswonende mensen met dementie en mantelzorgers

2.2 Casemanagement^{xxi,xxii,xxiii,xxiv,xxv,xxvi,xxvii,xxviii}

Het netwerk heeft geregeld:

10. dat een casemanager het eerste contact- en aanspreekpunt is voor:
 - het cliëntsysteem⁷
 - de andere zorgverleners binnen de regionale zorg- en ondersteuningsstructuur (die naast care ook welzijn en cure omvat)
11. de bereikbaarheid **en** beschikbaarheid van het casemanagement (of vervangende dienst) gedurende 24 uur
 - Voor zowel:
 - het cliëntsysteem als
 - de andere zorgverleners
12. dat de casemanager:
 - over actuele kennis van dementie- en mantelzorgproblematiek beschikt
 - goed op de hoogte is van de sociale kaart
13. dat het casemanagement zorg rondom het cliëntsysteem coördineert en organiseert vanaf het moment van het niet- pluis gevoel tot de opname in een instelling of overlijden
14. dat het casemanagement onafhankelijk is in die zin dat waar daar behoefte aan of noodzaak voor is, de casemanager voor de thuiswonende mensen met dementie en hun naasten binnen de vastgestelde kaders zorg en ondersteuning kan regelen buiten het samenwerkingsverband of de organisatie voor dementiezorg.
15. dat het casemanagement wanneer de zorg stagneert terecht kan bij een functionaris met de bevoegdheid om de samenwerking van professionele voorzieningen te coördineren en desgewenst af te dwingen (doorzettingsmacht)^{xxix}

Risico's:

- Ontevredenheid over de dementiezorg bij de thuiswonende mensen met dementie en hun naasten
- (Over)belaste of depressieve mantelzorgers
- Mantelzorgers lijden onder probleemgedrag van de mensen met dementie
- Onevenredige belasting van huisartsen bij ontbreken van ondersteuning door de casemanager
- Meer crisisopnamen
- Te vroege opname in instelling
- Inefficiënte inzet van middelen

⁷ Het cliëntsysteem bestaat uit de thuiswonende mensen met dementie en mantelzorgers

2.3 Geïntegreerd zorgplan^{xxx, xxxi, xxxii, xxxiii, xxxiv, xxxv, xxxvi, xxxvii}

Het netwerk heeft geregeld:

16. dat de doelen in het geïntegreerd zorgplan worden geformuleerd in nauw overleg en gebaseerd op de wensen, hulpvragen en mogelijkheden van de thuiswonende mensen met dementie en hun wettelijk vertegenwoordigers
17. dat in het geïntegreerd zorgplan een probleemanalyse is opgenomen op de leefgebieden⁸
 - woon- en leefomstandigheden
 - participatie
 - lichamenlijk welbevinden
 - mentaal welbevinden
 - en dat daarbij de draaglast en draagkracht van de mantelzorger in kaart wordt gebracht
18. dat in het geïntegreerd zorgplan is vastgelegd:
 - welke medicatie de persoon met dementie gebruikt
 - op welke wijze de inname van de medicatie plaatsvindt
 - welke zorgverlener de medicatiebeoordeling doet
 - wie het medicatieoverzicht actueel houdt
19. dat in het geïntegreerd zorgplan is vastgelegd dat per doel wordt aangegeven:
 - hoe het in de afgesproken periode is gegaan en of dat doel is bereikt (rapportage)
 - met welke frequentie en onder welke omstandigheden het casemanagement de zorg en ondersteuning in samenspraak met de thuiswonende mensen met dementie en hun wettelijk vertegenwoordiger evalueert en actualiseert
20. dat in het geïntegreerd zorgplan vastgelegd is op welke wijze afstemming plaatsvindt tussen meerdere zorgverleners.
21. dat in het geïntegreerd zorgplan is vastgelegd is op welke wijze informatie uitwisseling plaatsvindt tussen meerdere zorgverleners betrokken bij deze persoon.
22. dat per zorgverlener is afgesproken of hij/zij het zorgplan mag inzien, dan wel bijwerken

Risico's:

- Inefficiënte, ineffectieve zorg en ondersteuning
- Onduidelijkheid over de rol van de thuiswonende mensen met dementie en hun naasten (hier: de vertegenwoordiger) en over de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van meerdere zorgverleners
- Onwenselijke gevolgen van onduidelijkheid over medicatiegebruik
- Niet respecteren van de privacy van de thuiswonende mensen met dementie en hun naasten (hier: de vertegenwoordiger)
- Onduidelijkheid bij de thuiswonende mensen met dementie en hun naasten (hier: de vertegenwoordiger) over afstemming en informatie uitwisseling tussen meerdere zorgverleners

⁸ Door ActiZ omschreven in 'Werken met het model Zorgleefplan Verantwoorde zorg' (zie bronnenlijst):

* Woon/leefomstandigheden - Voor zorg thuis: woon-/leefomgeving: de cliënt mag rekenen op ondersteuning bij het zelfstandig wonen in de eigen woonomgeving met een goede bereikbaarheid van zorg en voldoende aandacht voor levenssfeer, privacy en veiligheid.

* Participatie - Voor zorg thuis: sociale redzaamheid: de cliënt mag rekenen op bevordering van zijn sociale redzaamheid door ondersteuning bij de invulling van zijn sociale activiteiten door bijv. vrijwilligers activiteiten en dagbesteding.

* Mentaal welbevinden/Autonomie - Voor zorg thuis: geestelijk welzijn: de cliënt mag rekenen op ondersteuning bij het geestelijk welzijn door respect voor en ondersteuning van de eigen identiteit en levensinvulling en het zoveel mogelijk behouden van de eigen regie.

* Lichamenlijk welbevinden/Gezondheid - Voor zorg thuis: lichamenlijke gezondheid: de cliënt mag rekenen op adequate gezondheidsbescherming en -bevordering en een schoon en naar wens verzorgd lichaam, waarbij steeds goed wordt ingespeeld op veranderingen in de lichamenlijke gezondheid.

Bronnen

- ⁱ Minkman, MMN. Developing integrated care. Towards a development model for integrated care [dissertation]. Deventer: Kluwer; 2011.
- ⁱⁱ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, ActiZ. Leidraad Ketenzorg Dementie. Een hulpmiddel voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie. Den Haag: Ministerie VWS; 2009: p. 67-82
- ⁱⁱⁱ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, ActiZ. Leidraad Ketenzorg Dementie. Een hulpmiddel voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie. Den Haag: Ministerie VWS; 2009: p. 24, p. 67-82.
- ^{iv} Achmea Kaderbrief dementie (http://www.achmeazorgkantoor.nl/zorgaanbieders/Downloadlijst/Zorginkoopbeleid%202013/Kaderbrief_Dementie.pdf) geraadpleegd dd 9-9-2012 p. 2; Achmea AWBZ zorginkoopbeleid 2012 p. 47-48.
- ^v Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, ActiZ. Leidraad Ketenzorg Dementie. Een hulpmiddel voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie. Den Haag: Ministerie VWS; 2009: p. 30, 70, 71, 74, 75, 76, 83, 84, 86.
- ^{vi} Drs. Nienke de Vries, Drs. Anouk Spijker, Ir. Emmelyne Vasse, Drs. Iepke Jansen, Prof. dr. Raymond Koopmans, Prof. dr. Myrra Vernooij-Dassen, Dr. Lisette Schoonhoven, Ketenindicatoren voor dementie. Nijmegen, mei 2009, IQ healthcare, P.79,80.
- ^{vii} Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zorgverzekeraars Nederland, LOC zeggenschap in zorg. Kwaliteitsdocument 2012 Verpleging, Verzorging en zorg thuis. Utrecht: IGZ; 2012: p. 24.
- ^{viii} Achmea Kaderbrief dementie (http://www.achmeazorgkantoor.nl/zorgaanbieders/Downloadlijst/Zorginkoopbeleid%202013/Kaderbrief_Dementie.pdf) geraadpleegd dd 9-9-2012 p. 3-4; Achmea AWBZ zorginkoopbeleid 2012, p. 46-50
- ^{ix} CZ Zorginkoopdocument 2012 Sector Verpleging & Verzorging. Publicatiedatum 1 juli 2011. P 38-40 en 88-95 (http://www.czzorgkantoren.nl/zorginkoop/zorgaanbieder/inkoop-2012/publicatie-inkoopdocumenten/inkoopdocument-vv.pdf?s=czzorgkantoor_zorgaanbieder , geraadpleegd 9-9-2012). P. 38-39 (Toetsingscriteria ketenzorg 2012), p. 88-96.
- ^x Drs. Nienke de Vries, Drs. Anouk Spijker, Ir. Emmelyne Vasse, Drs. Iepke Jansen, Prof. dr. Raymond Koopmans, Prof. dr. Myrra Vernooij-Dassen, Dr. Lisette Schoonhoven, Ketenindicatoren voor dementie. Nijmegen, mei 2009, IQ healthcare, p. 80.
- ^{xi} Boomsma LJ, Boswijk DFR, Bras A, Kleemans AHM, Schols JMGA, Wind AW, Knuijman RBJ, Vriezen JA, Le Rütte PE, Labots-Vogelzang SM. Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken Dementie. Huisarts Wet 2009;52(3):S1-S5.
- ^{xii} Lange de E. Zorg voor veilig module Vroegsignalering van dementie. Verantwoord medicijngebruik en Zorg voor Veilig; 2011.
- ^{xiii} Bussemaker J, Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorg voor mensen met dementie. Brief aan de voorzitter van de Tweede kamer der Staten-Generaal. DLZ/KZ-U-2583804. Den Haag: 2008.
- ^{xiv} Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, ActiZ. Leidraad Ketenzorg Dementie. Een hulpmiddel voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie. Den Haag: Ministerie VWS; 2009.
- ^{xv} Martinus Stollenga, Voorzitter stuurgroep Resultaten Scoren. Handreiking bemoeizorg. Literatuurstudie, praktijkbeschrijving en aanbevelingen. Utrecht, september 2004.
- ^{xvi} GGD Nederland, GGZ Nederland en KNMG. Handreiking gegevensuitwisseling in de bemoeizorg. GGD Nederland, GGZ Nederland en KNMG. November 2007, herziene versie. 1e druk maart 2007.
- ^{xvii} José Peeters (NIVEL), Wendy Werkman (Alzheimer Nederland), Anneke L. Francke (NIVEL, EMGO+/VUmc). Dementiemonitor Mantelzorg. Problemen, zorgbehoeften, zorggebruik en oordelen van mantelzorgers. Utrecht, NIVEL, 2012.
- ^{xviii} Wind AW, Gussekloo J, Vernooij-Dassen MJFJ, Bouma M, Boomsma LJ, Boukes FS. NHG-Standaard Dementie (Tweede herziening) M21. Huisarts Wet 2003;46(13):754-67.
- ^{xix} Drs. Nienke de Vries, Drs. Anouk Spijker, Ir. Emmelyne Vasse, Drs. Iepke Jansen, Prof. dr. Raymond Koopmans, Prof. dr. Myrra Vernooij-Dassen, Dr. Lisette Schoonhoven, Ketenindicatoren voor dementie, Nijmegen, mei 2009, IQ healthcare p. 76, p. 80.
- ^{xx} Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zorgverzekeraars Nederland, LOC zeggenschap in zorg. Kwaliteitsdocument 2012 Verpleging, Verzorging en zorg thuis. Utrecht: IGZ; 2012: p. 21.
- ^{xxi} Bussemaker J, Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorg voor mensen met dementie. Brief aan de voorzitter van de Tweede kamer der Staten-Generaal. DLZ/KZ-U-2583804. Den Haag: 2008.
- ^{xxii} Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, ActiZ. Leidraad Ketenzorg Dementie. Een hulpmiddel voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie. Den Haag: Ministerie VWS; 2009.
- ^{xxiii} Alzheimer Nederland. Standpunt Alzheimer Nederland Casemanagement. <http://www.alzheimer-nederland.nl/over-alzheimer-nederland/voor-de-pers.aspx> (geraadpleegd op 10 augustus 2012)
- ^{xxiv} Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) Netwerk casemanagers dementie. Uitgangspunten casemanagement bij dementie. 2012
- ^{xxv} J.M. Peeters (NIVEL), J. de Lange (Trimbos-instituut en Hogeschool Rotterdam), I. van Asch (Trimbos-instituut), P. Spreeuwenberg (NIVEL), M. Veerbeek (Trimbos-instituut), A.M. Pot (Trimbos-instituut en Vrije Universiteit Amsterdam), A.L. Francke (NIVEL en EMGO+/VUmc). Landelijke evaluatie van casemanagement dementie. Utrecht. NIVEL 2012.

^{xxxvi} Bert Prinsen. 'Coördinatie van zorg. Nodig voor de veiligheid van kinderen in multiprobleemgezinnen.' In: Jeugdzorg actueel JA! Nummer 14, najaar 2008.

Citaat: 7 De bevoegdheid is geregeld om de samenwerking te coördineren en bij een stagnerende uitvoering van de hulp, indien nodig, knopen door te hakken en samenwerking af te dwingen. De bestuurlijke verantwoordelijkheid en de doorzettingsmacht daartoe liggen bij... P. 10.

^{xxxvii} Drs. Nienke de Vries, Drs. Anouk Spijker, Ir. Emmelyne Vasse, Drs. Iepke Jansen, Prof. dr. Raymond Koopmans, Prof. dr. Myrra Vernooij-Dassen, Dr. Lisette Schoonhoven, Ketenindicatoren voor dementie. Nijmegen, mei 2009, IQ healthcare, p 79,80.

^{xxxviii} Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zorgverzekeraars Nederland, LOC zeggenschap in zorg.

Kwaliteitsdocument 2012 Verpleging, Verzorging en zorg thuis. Utrecht: IGZ; 2012: p. 23-24, p. 28.

^{xxxix} Bert Prinsen. 'Coördinatie van zorg. Nodig voor de veiligheid van kinderen in multiprobleemgezinnen.' In: Jeugdzorg actueel JA! Nummer 14, najaar 2008. Citaat: 7 De bevoegdheid is geregeld om de samenwerking te coördineren en bij een stagnerende uitvoering van de hulp, indien nodig, knopen door te hakken en samenwerking af te dwingen. De bestuurlijke verantwoordelijkheid en de doorzettingsmacht daartoe liggen bij... P. 10.

^{xxx} Bureau HHM. Handreiking Zorgplan 3.0. Enschede: bureau HHM; 2011.

^{xxxi} Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zorgverzekeraars Nederland, LOC zeggenschap in zorg.

Kwaliteitsdocument 2012 Verpleging, Verzorging en zorg thuis. Utrecht: IGZ; 2012: p. 22.

^{xxxii} ActiZ. Het model zorgleefplan voor Zorg Thuis.

[http://www.btsg.nl/downloads/zorgleefplan/zorgleefplan_thuiszorg\[1\].pdf](http://www.btsg.nl/downloads/zorgleefplan/zorgleefplan_thuiszorg[1].pdf) (geraadpleegd op 10 augustus 2012).

^{xxxiii} Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Utrecht: NHG; 2012.

^{xxxiv} Besluit van 2 maart 2009, houdende verplichtstelling van een bespreking over het zorgplan bij verlening van zorg als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg).

^{xxxv} Drs. Nienke de Vries, Drs. Anouk Spijker, Ir. Emmelyne Vasse, Drs. Iepke Jansen, Prof. dr. Raymond Koopmans, Prof. dr. Myrra Vernooij-Dassen, Dr. Lisette Schoonhoven, Ketenindicatoren voor dementie. Nijmegen, mei 2009, IQ healthcare, p. 77-79.

^{xxxvi} Actiz. Verantwoorde zorg: visie en verwezenlijking. Werken met het model Zorgleefplan. ActiZ. 2006.

Utrecht. Publicatienummer: 06.012

^{xxxvii} ActiZ. Werken met het model Zorgleefplan Verantwoorde zorg. Visie en werkwijze in vogelvlucht. ActiZ.

Utrecht. 2008. Publicatienummer: 08.006.