

Ketenplan Netwerk Dementie De Bilt 2011-2014



Versie: 1.0
Datum: mei 2011
Auteur: Netwerk Ketenzorg Dementie De Bilt

1. Inhoudsopgave

1. Inhoudsopgave.....	2
2. Introductie.....	3
1.1 Aanleiding.....	3
1.2 Werkwijze.....	3
1.3 Vaststelling ketenplan & Evaluatie.....	3
1.4 Prioriteiten 2011.....	3
1.5 Ontwikkelingen 2011-2013.....	3
1.6 Continuïteit en Financiering.....	4
1.7 Document.....	4
2 Vraag en aanbod in de regio.....	5
2.1 Vraag.....	5
2.2 Vergrijzing.....	5
2.3 Aantal mensen met dementie.....	5
2.4 Behoefte aan 24 uren zorg.....	5
2.5 Resultaten cliëntenpanel.....	6
2.6 Aanbod.....	6
3 Organisatie en rolverdeling.....	8
3.1 Ketenpartners.....	8
3.2 Kerngroep.....	8
3.3 Projectleider.....	9
3.4 Werkgroepen.....	9
Bijlage 1 Fase 1: Zorgaanbod vóór de diagnose.....	10
Bijlage 2 Fase 2: Diagnostiek en zorgaanbod tijdens en direct ná de diagnose.....	12
Bijlage 3 Fase 3: Zorgaanbod in de manifeste fase.....	14

2. Introductie

1.1 Aanleiding

In 2010 hebben ketenpartners een convenant getekend waarin zij zich committeren om gezamenlijk in de periode van 2010-2014 de ketenzorg dementie verder uit te bouwen en optimaliseren in de gehele gemeente De Bilt. Men wil dit conform de bouwstenen van de Leidraad Ketenzorg Dementie realiseren.

Begin 2011 willen de ketenpartners van het netwerk Dementie De Bilt inzichtelijk hebben wat nog nodig is om haar doelstellingen, te weten goede dementiezorg in de regio, te bereiken. In dit plan is beschreven wat er al is en wat nog ontwikkeld moet worden in de periode van 2011-2013. Ook is aangegeven wat de prioriteiten zijn voor 2011.

1.2 Werkwijze

In een startbijeenkomst, gehouden op 30 maart 2011, is in samenwerking met alle ketenpartners geïnventariseerd wat er al is en wat nog nodig is om een volledig en samenhangend aanbod voor de dementiezorg in de regio gerealiseerd te krijgen. Dit is gedaan aan de hand van de resultaten van het cliëntenpanel, gehouden op 16 februari 2011, en de bouwstenen van goede dementiezorg.

1.3 Vaststelling ketenplan & Evaluatie

Als vervolg op de startbijeenkomst zet het netwerk de volgende stappen om het ketenplan tot uitvoering te brengen:

1. Vaststellen ketenplan 2011-2014, inclusief speerpunten voor 2011
2. Start werkgroepen 2011
3. Tweejaarlijks ketenbijeenkomst met ketenpartners voor evaluatie en bijstelling ketenplan en vaststelling jaarlijkse prioriteiten.

1.4 Prioriteiten 2011

In de startbijeenkomst in 2011 zijn aan de hand van de resultaten van het cliëntenpanel en in overleg met de ketenpartners de volgende prioriteiten voor 2011 gesteld:

1. Casemanagement (Fase 2)
2. Diagnostiek (Fase 2)
3. Informatievoorziening (Fase 1)
4. Deskundigheidsbevordering ten behoeve van vroegsignalering (Fase 1)
5. Aandacht voor geestelijk welzijn (omgaan met verlies).

1.5 Ontwikkelingen 2011-2013

Jaarlijks worden in de ketenbijeenkomst met de ketenpartners de prioriteiten voor het volgende jaar vastgesteld. De hoofdlijnen waarlangs het netwerk de ketenzorg wenst te ontwikkelen zijn:

- In 2011 prioriteit bij fase 2 en ontwikkelen van fase 1, speerpunten:
 - Casemanagement & diagnostiek
 - Vroegsignalering & informatie
- In 2012 prioriteit bij de realisatie van fase 1 en ontwikkelen fase 3
- In 2013 prioriteit bij de realisatie van fase 3
- In 2014 is de prioriteit afhankelijk van de nog te ontwikkelen onderdelen.

1.6 Continuïteit en Financiering

De ketenzorg Dementie wordt gefinancierd vanuit verschillende bronnen, te weten: WMO, ZVW en AWBZ. Ook worden subsidies aangewend voor initiële ontwikkeling van producten en diensten.

De komende jaren verandert er veel op het gebied van de financiering. Een deel van de AWBZ wordt overgeheveld naar de WMO en een deel mogelijk naar de ZVW. Hiermee verandert het speelveld van het netwerk en is de financiering van de (producten binnen de) ketenzorg onzeker.

Een continu aandachtspunt vanuit het netwerk ketenzorg Dementie is het borgen van de continuïteit van de ketenzorg en de structurele financiering van de producten en diensten die binnen de ketenzorg geleverd worden.

1.7 Document

In dit document is de vraag, zowel kwantitatief als kwalitatief, beschreven, is aangegeven hoe het netwerk georganiseerd is en is aan de hand van de bouwstenen Dementiezorg beschreven wat er al is en wat nog ontwikkeld wordt in de komende jaren.

2 Vraag en aanbod in de regio

2.1 Vraag

Op basis van de gegevens in de volgende paragrafen kan worden geconcludeerd dat gemeente De Bilt met ruim 42.000 inwoners een meer vergrijsde gemeente is met een groot aantal mensen met dementie. Van de ruim 1000 mensen met dementie in 2010 woont naar verwachting zo'n 70% thuis.

2.2 Vergrijzing

In 2010

- De gemeente De Bilt is een meer vergrijsde gemeente.
- Het aandeel 75-plussers is 11,3% van de bevolking (6,9% landelijk).

In 2030

- De gemeente De Bilt is een meer vergrijsde gemeente.
- Het aandeel 75-plussers is 15,5% van de bevolking (11,5% landelijk).
- Het aantal 75-plussers stijgt met 37,0% van 4.757 naar 6.515.

Hieronder staan deze uitkomsten in tabelvorm.

Demografie	2010	2030
Aantal inwoners	42.131	41.957
Aantal 75-plussers	4.757	6.515
<i>Vershil t.o.v. 2010</i>	-	+37,0 %
Gemiddelde vergrijzing ¹		
Gemiddelde in De Bilt	11,3 %	15,5 %
Landelijk gemiddelde	6,9 %	11,5 %

¹ De gemiddelde vergrijzing geeft het aandeel 75-plussers ten opzichte van de bevolking weer.

Bron: Primos, ABF Research

2.3 Aantal mensen met dementie

In onderstaande tabel is de prognose van het aantal mensen met dementie in gemeente De Bilt aangegeven.

Gemeente	2010	2020	2030	Stijging 2010 - 2030
De Bilt	995	1082	1331	34%

Bron: Alzheimer Nederland (www.alzheimer-nederland.nl/gemeenten)

2.4 Behoefte aan 24 uurs zorg

Ontwikkeling van vraag naar intramurale plaatsen in de gemeente De Bilt

Vraagontwikkeling intramuraal	2010	2015	2020	2025	2030
Somatisch	361	403	424	449	481
Psychogeriatrisch/Dementie	310	344	362	387	428
Totaal	671	747	786	836	909

Bron: Horizonline ©

In deze ontwikkeling is uitgegaan van mensen met een indicatie voor zowel verblijf licht als verblijf zwaar. Verblijf licht is in feite een verzorgingshuis (of woon- en zorgcentrum). Verblijf zwaar is het verpleeghuis.

2.5 Resultaten cliëntenpanel

Hier wordt een samenvatting van het cliëntenpanel, gehouden op 16 februari 2011, weergegeven.

Top 3 probleemvelden

Tijdens de panelbijeenkomsten is gevraagd aan de deelnemers welke problemen zij ervaren. De problemen die het meest zijn genoemd, zijn uitgewerkt. Deze problemen zijn gekoppeld aan de probleemvelden uit het Landelijk Dementie Programma.

De top drie is daarmee als volgt:

- 1.** Niet-pluis gevoel (probleemveld 1);
- 2.** Wat is er aan de hand (probleemveld 2);
- 3.** Verlies (probleemveld 9).

Knelpunten en wensen per probleemveld

1. Niet pluis gevoel

Wensen:

- Huisarts moet meer een sturende rol aannemen in deze fase.
- Er zou een lijstje moeten komen waarop staat hoe je dementie kunt herkennen.
- Er zou een lijstje moeten komen met handige hulpmiddelen, hoe iemand toch zoveel mogelijk zelfstandig kan blijven.
- Het Alzheimer Café helpt je om meer te weten te komen.

2. Wat is er aan de hand en wat kan helpen?

Wensen:

- Er moet iemand zijn die de regie neemt, een aanspreekpunt.
- Het zou helpen als er een informatiemap is waar je alles uit kunt halen.
- Maak een wandelroute in de gemeente voor mensen met dementie, met bankjes enzovoorts.
- Duidelijke voorlichting over inzetten vrijwilliger die je paar uur kan ontlasten.
- Als je samen met iemand met dementie naar een Alzheimer Café gaat, kan dit confronterend zijn, daar moet aandacht voor zijn.
- Steunpunt mantelzorg is een belangrijke voorziening, mag niet verdwijnen.

9. Verlies

Wensen:

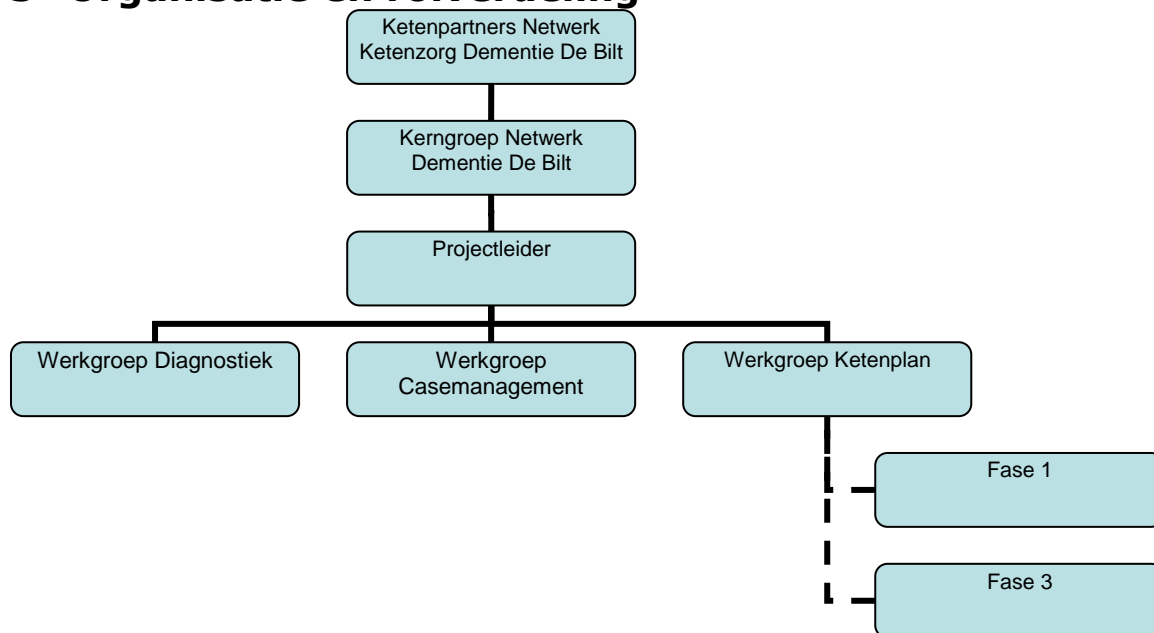
- (persoon met dementie) Je hebt het gevoel dat je dingen uit handen moet geven, zet mij niet onder druk, doe het niet achter mijn rug om. Dat dingen van je worden afgenomen is erg moeilijk.
- Zet voor lastige beslissingen een onafhankelijk iemand in. Bijvoorbeeld bij het autorijden, familie zit met schuldgevoel.
- Hulpverleners moeten alert zijn op het bieden van hulp. Wacht niet totdat mensen erom vragen, hulp vragen is erg moeilijk. Hulpvraag zit met name op het gebied van verlies, rouwverwerking, gevoelens van overbelasting.

2.6 Aanbod

In de leidraad Ketenzorg Dementie is een overzicht van voorzieningen opgenomen voor mensen met dementie en hun familie. Binnen de gemeente De Bilt hebben de ketenpartners een belangrijk deel van deze voorzieningen reeds gerealiseerd dan wel zijn voornemens deze op korte termijn te realiseren. Het verdient vooral aandacht om de bestaande voorzieningen op elkaar af te stemmen. In de bijlagen is een overzicht van

deze voorzieningen per fase beschreven. Hoewel geprobeerd is het overzicht zo compleet mogelijk te maken, zal deze niet helemaal volledig zijn.

3 Organisatie en rolverdeling



Organisatie	Rol	Overleg structuur	Aanspreekpunt	Naam
Ketenpartners	Meerjarenbeleid	2x per jaar	Voorzitter Network	Herman Mittendorff
Kerngroep	Jaarplan en begroting Opdrachtformulering werkgroepen Voortgangbewaking	6x per jaar	Voorzitter en projectleider	Herman Mittendorff en Jarcine Spaander
Projectleider	Afstemming kerngroep<-> werkgroepen Aansturing en aanspreekpunt werkgroepen		Projectleider	Jarcine Spaander
Werkgroepen	Uitwerken en realisatie opdracht kerngroep	1x per 3-4 weken	Projectleider	Jarcine Spaander

3.1 Ketenpartners

Het meerjarenbeleid wordt vastgesteld door de ketenpartners. De ketenpartners worden periodiek via een voortgangsrapportage en ketenpartner bijeenkomst op de hoogte gehouden van de voortgang van het netwerk.

3.2 Kerngroep

De kerngroep is verantwoordelijk voor het jaarplan, de begroting en de uitvoering van het beleid. De voortgang van de activiteiten wordt bewaakt door de kerngroep.

De kerngroep komt zesmaal per jaar samen.

3.3 Projectleider

De projectleider is verantwoordelijk voor de aansturing en begeleiding van de werkgroepen en is het aanspreekpunt voor de (interne) netwerkorganisatie. De projectleider verzorgt de voortgang naar de kerngroep.

3.4 Werkgroepen

De kerngroep vertaalt het netwerkplan in onderdelen die door werkgroepen uitgevoerd worden. De werkgroepen zijn samengesteld uit vertegenwoordigers van de ketenpartners. De werkgroepen komen periodiek samen voor werkoverleg. De frequentie en data worden afgestemd binnen de werkgroep.

Bijlage 1 Fase 1: Zorgaanbod vóór de diagnose

1. Informatie, voorlichting en steun		
Wat is er al?		
<ul style="list-style-type: none"> • Alzheimer café • Gemeente zorgloket en servicebalie servicecentra aanwezig • Dienstencatalogus • MENS voorlichting • www.alzheimer-nederland.nl • Huisarts • Thuiszorg • Telefonische hulplijn, Alzheimer Telefoon: 030 - 6567511 • 10 signalen van dementie (Zie website Alzheimer Nederland) • Folders Alzheimer Nederland • Afdeling Zeist e.o. Alzheimer Nederland • Steunpunt Mantelzorg SWO • MEZZO • Indigo-Utrecht; psycho educatie; informatie over vormen van dementie; cursus mantelzorg & coaching • Dementelcoach.nl; telefonische coaching voor naasten • Bijeenkomsten mantelzorgers SWO • Mobiel geriatrisch team 		
Wat is nog nodig?	Werkgroep Fase 1	2011-2012
<ul style="list-style-type: none"> • Bij alle partners en via gemeente in openbare gelegenheden flyers en informatie materiaal van Stichting Alzheimer verspreiden (waar dit nog niet is gedaan) 		
<ul style="list-style-type: none"> • Lotgenotencontacten en psycho-educatie meer afstemmen: Indigo, Alzheimer cafe, Steunpunt mantelzorg 		
<ul style="list-style-type: none"> • Met ondersteuning van Stichting Alzheimer planning maken voor brede publieksvoorlichting 2010-2011-2012 		
<ul style="list-style-type: none"> • Huisartsenovereenkomst is aanwezig, speerpunt ketenzorg dementie in eerst volgende evaluatie opnemen 		
<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente zorgloket en servicebalie servicecentra aanwezig, afstemming over taken en hiaten in 24 uren dekking moeten worden aangepakt 		
<ul style="list-style-type: none"> • Ketenpartners nemen ketenzorg dementie op in eigen informatiebrochures bij eerstvolgende update informatie materiaal 		
<ul style="list-style-type: none"> • Uitrol naar volledige dekking gemeente (= 4 servicecentra) volgt. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Aandacht voor vroegsignalering thuiszorgmedewerkers 		
<ul style="list-style-type: none"> • Structurele financiering 		

2. Signaleren en actief verwijzen
Wat is er al?
<ul style="list-style-type: none"> • Huisbezoeken SWO (door vrijwilligers) • Website thuiswonenmetdementie.nl • Huisbezoek 75+ via SWO • Huisarts en Alzheimer Nederland • Voorlichting over signaleren en verwijzen via functionaris zorg en welzijn SWO • Extramurale zorg

Wat is nog nodig?	Werkgroep Fase 1	2011-2012
<ul style="list-style-type: none"> • Huisbezoeken SWO (door vrijwilligers) betrekken in keten 		
<ul style="list-style-type: none"> • Signalering en verwijzing via en binnen ketenzorgpartners. Overzicht van wie, wat, wanneer in kaart brengen (samenhang en integratie). 		
<ul style="list-style-type: none"> • Ontschotting, structurele financiering en inbedding 		
<ul style="list-style-type: none"> • Huisartsen systematisch in systeem, regie houden, sturing van huisartsen via zorgkantoor/ zorgverzekeraar 		
<ul style="list-style-type: none"> • Verwijzingen via familie en naasten 		
<ul style="list-style-type: none"> • Dementiezuil 		
<ul style="list-style-type: none"> • Deskundigheidsbevordering 		

Bijlage 2 Fase 2: Diagnostiek en zorgaanbod tijdens en direct ná de diagnose

3. Screening en diagnostisch onderzoek	
Wat is er al?	
1 ^e lijn: <ul style="list-style-type: none"> • Huisarts, POH, praktijkverpleegkundige ouderen • Praktijkverpleegkundige Accoladegroep • Mobiel Geriatrisch Team De Bilthuysen (psycholoog, specialist ouderengeneeskunde) • Psycholoog & specialist ouderengeneeskunde Accoladegroep 	
2 ^e lijn: <ul style="list-style-type: none"> • Geheugenpoli UMC • Geheugenpoli Diak • Geheugenpoli Altrecht • Ambulant team Altrecht 	

Wat is nog nodig?	Werkgroep diagnostiek	2011
<ul style="list-style-type: none"> • Afspraken over rollen, taken en verantwoordelijkheden rondom diagnostiek en de doorlooptijd van het traject 		

4. Casemanagement	
Wat is er al?	
<ul style="list-style-type: none"> • Adviseur WWZ • Mantelzorgconsulenten • Mobiel geriatrisch team • Praktijkverpleegkundige ouderen • Maatschappelijk werk • SPV-Altrecht • Thuiszorg Psychosociale begeleiding 	

Wat is nog nodig?	Werkgroep casemanagement	2011
<ul style="list-style-type: none"> • Afspraken over invulling en rollen, taken en verantwoordelijkheden van het casemanagement / trajectbegeleiding 		
<ul style="list-style-type: none"> • Profiel casemanager 		
<ul style="list-style-type: none"> • Afstemming en onderling vertrouwen 		
<ul style="list-style-type: none"> • Overdracht Intramuraal 		
<ul style="list-style-type: none"> • Centraal registratiesysteem 		
<ul style="list-style-type: none"> • Onafhankelijke casemanager 		
<ul style="list-style-type: none"> • Draagvlak huisartsen 		
<ul style="list-style-type: none"> • Centraal meldnummer 		
<ul style="list-style-type: none"> • Website 		

5. Behandeling van clientsysteem	
Wat is er al?	
1 ^e lijn: <ul style="list-style-type: none"> • Huisarts, POH, praktijkverpleegkundige ouderen 	

<ul style="list-style-type: none"> • Praktijkverpleegkundige Accoladegroep • Mobiel Geriatrisch Team De Bilthuysen (psycholoog, specialist ouderengeneeskunde) • Psycholoog & specialist ouderengeneeskunde Accoladegroep
2 ^e lijn: <ul style="list-style-type: none"> • Geheugenpoli UMC • Geheugenpoli Diak • Geheugenpoli Altrecht • Ambulant team Altrecht

Wat is nog nodig?	Werkgroep diagnostiek	2011-2012
<ul style="list-style-type: none"> • Afspraken over coördinatie, informatie-uitwisseling en afstemming met oog op optimale ondersteuning van cliënt, familie en mantelzorg worden opgenomen in keten. 		

6. Informatie en steun na diagnose

Wat is er al?

Alzheimer café

Wat is nog nodig?

Wat is nog nodig?	Nnb	Nnb
<ul style="list-style-type: none"> • Naast het Alzheimer café zal ook naar ontwikkeling van ontmoetingscentra (een ontmoetingscentrum) en het gebruik van de Alzheimer telefoon, Dementelcoach en Dementie de Baas worden gekeken 		

Bijlage 3 Fase 3: Zorgaanbod in de manifeste fase

7. Casemanagement

Wat is er al?

- Zie ook bouwsteen 4

Wat is nog nodig?

- Zie ook bouwsteen 4

8. Behandeling van clientsysteem

Wat is er al?

- Psychiatrisch verpleegkundige bij gedragsproblematiek (Accolade zorggroep)
- Zie ook bouwsteen 5

Wat is nog nodig?

- Zie ook bouwsteen 5

9. Informatie en steun voor clientsysteem

Wat is er al?

- Zie ook bouwstenen 1 en 6

Wat is nog nodig?

- Zie ook bouwstenen 1 en 6

10. Hulp bij ADL en huishoudelijke zorg

Wat is er al?

- Thuiszorg

Wat is nog nodig?

- Verdere uitbouw integrale wijkzorgteams (MENS traject en uitrol), relatie met keten dementiezorg verduidelijken
- Huishoudelijke hulp bekend met dementie
- Deskundigheid bij thuiszorg op gebied van dementie

11. Vervoer en participatie

Wat is er al?

- Regiotaxi & Valys; gratis begeleider voor mensen met begeleiderpas van NS.
- Deskundig en betaalbaar groepsvervoer voor Alzheimer cliënten

Wat is nog nodig?

- Vervoer vanaf station voor mantelzorgers/vrijwilligers

12. Service en diensten rond huis

Wat is er al?

- Speciale pedicure voor dementerenden (via steunpunt Mantelzorg)
- Speciale tandarts voor dementerenden (op terrein Berg & Bosch, via Steunpunt mantelzorg)
- Tandarts/ mondhygiëniste in verpleeghuis met

eigen praktijkruimte (Antroz)

- Hulp bij administratie (Stichting Humanitas Driebergen)

Wat is nog nodig?

- Veiligheid thuis
 - Informatie/ coördinatiepunt dementie
- Meer hulp bij administratie (belastingaangifte)
- Meer vrijwilligershulp voor boodschappen, hand en spandiensten, tuinwerkzaamheden, ter ontlasting van de mantelzorger

13. Activiteiten voor cliënten

Wat is er al?

- Alzheimer Café
- Bezoekservice Dementie via Steunpunt Mantelzorg
- Schilderen voor dementerenden via Steunpunt Mantelzorg
- Dagsociëteit De Bosrank, dagopvang, dagbesteding, inloopcentrum, Bethshamar
- Lotgenotengroep via Steunpunt Mantelzorg

Wat is nog nodig?

- Gespecialiseerde activiteiten toegespitst op problematiek in diverse woonkamers
- Kleinschalige dagopvang in de kernen
- Individueel gerichte activiteiten
- Dagopvang/ -besteding voor hoger opgeleiden
- Naast het Alzheimer café zal ook naar ontwikkeling van ontmoetingscentra (een ontmoetingscentrum) worden gekeken

14. Respijtzorg en tijdelijk verblijf

Wat is er al?

- Gespecialiseerde vrijwilligers als oppas voor korte tijd (Steunpunt Mantelzorg)
- Logeermogelijkheid PG (o.a. Schutsmantel Warande)
- Bezoekservice dementie (Steunpunt Mantelzorg)
- Tijdelijk verblijf (Accolade zorggroep, De Horst, Bethshamar)
- Zorgboerderij voor dementerenden (Hollandse Rading)
- KDO
- Dagopvang/ dagbehandeling
- Particuliere begeleiding thuis via zzp'ers via Steunpunt Mantelzorg of via Vitras mobiel team

Wat is nog nodig?

- Voorlichting; vrijwilliger/ iemand die een paar uur de begeleiding van de mantelzorger/ partner kan overnemen
- Observatiebedden; in beeld brengen co-morbiditeit
- Thuiszorgorganisatie gericht op dementie

15. Vakantie

Wat is er al?

- Vakantie voor mensen met dementie & mantelzorg (Blauwe gids, zonnebloem)
- Stichting "Handen in Huis", vakantie van mantelzorg kan vergoed worden door zorgverzekeraar

Wat is nog nodig?

- Fondsen om vakanties mogelijk te maken

16. Anders wonen

Wat is er al?

- Aanleunwoningen
- Volledig pakket thuis
- Verzorgingshuizen
- Verpleeghuizen
- Informatie over mantelzorgwoningen via steunpunt mantelzorg
- Kangoeroe/ mantelzorgwoningen via SSW

Wat is nog nodig?

- In de werkgroep kleinschalig wonen wordt gezocht naar uitwerkingen om meer kleinschalig wonen in de wijken mogelijk te maken. Concretiseren.
- Deze producten en voorzieningen zijn allen beschikbaar. Ook hiervoor is van toepassing dat samenhang kan worden verbeterd met name als het gaat om beschikbaarheid en het voorkomen van wachttijden en terugdringen van wachtlijsten in relatie tot keten dementiezorg.
- Screen to screen/zorg op afstand: mogelijkheden relatie dementiezorg bekijken (Baarn/Soest)
- Overdracht (cliënt en kennis) van casemanagement naar EVV'er

17. Crisis

Wat is er al?

- AMW (Vitras)
- Steunpunt Mantelzorg
- Stichting "Handen in huis", vergoed door zorgverzekeraar
- Altrecht SPV'ers

Wat is nog nodig?

- Het gezamenlijk realiseren van een sluitende regeling voor enkele crisisbedden uitwerken.
- Meer samenhang bestaande producten, naamsbekendheid, afstemming met huisartsen
- Opvang mantelzorg bij ziekte of hulpbehoefte mantelzorg
- Tijdelijke partneropname