Voorstel dementieketen Rivierenland

Tiel, maart - juli 2017

Maud Dijk (Zorgcentra De Betuwe)
Herman Horninge (SZR)
Marieke Hol (Zorgcentra De Betuwe)
Nancy Kwinten (ID-team)
Marion de Ruiter (STMR)
Sacha van Baaren (STMR)
Yoeri Kiesenberg (STMR)
Esther Wijnperle (STMR)
Marcel Knijnenburg (Zorggroep Gelders Rivierenland)
Daniëlle van der Hoogen (Zorggroep Gelders Rivierenland)

Inleiding

Kwaliteit van leven en zelfredzaamheid
Voor u ligt een voorstel voor de inrichting van een dementieketen in Rivierenland. Het aantal mensen met dementie neemt in de komende jaren toe. Zij en hun mantelzorgers (samen het cliëntsysteem) hebben ondersteuning nodig om, ondanks de ingrijpende gevolgen van dementie, zoveel mogelijk kwaliteit van leven te ervaren.
Dementie is een onvoorspelbare ziekte, waarbij het ene cliëntsysteem beter in staat is om de problemen die de ziekte met zich mee brengt te hanteren dan het andere. Een adequate dementieketen moet daarom ondersteuning op maat bieden: aansluiten op het ziektestadium met alle bijkomende problemen en op de mate van zelfredzaamheid van het cliëntsysteem. Met de implementatie van dit voorstel is dit in Rivierenland te realiseren.

Intensieve samenwerking
In Rivierenland staan mensen met dementie en hun mantelzorgers er niet alleen voor. Ook nu al kunnen zij een beroep doen op ondersteuning door uiteenlopende professionals zoals huisarts, POH, wijkverpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, dementieconsulent, ouderenadviseur, neuroloog en klinisch geriater. Maar het kan beter, slimmer, efficiënter. Dit voorstel voor een verbeterde dementieketen is gemaakt door een projectgroep (scrumteam) met daarin professionals van Zorgcentra De Betuwe, SZR, STMR, Zorggroep Gelders Rivierenland en het ID-team. Professionals van ECT en Ziekenhuis Rivierenland hebben meegelezen en feedback gegeven. De samenwerking was constructief en plezierig. Een goede basis voor de intensieve samenwerking in de vernieuwde dementieketen.

De opdracht aan de projectgroep
De dementieketen moet een belangrijke bouwsteen worden van het regionale netwerk voor kwetsbare ouderen en als zodanig:

- Kennis bij het maatschappelijk middenveld vergroten/dementievriendelijke gemeenten
- Generalistische kennis rondom zorg en ondersteuning voor mensen met dementie breed beschikbaar maken in de regio
- Specialistische kennis organiseren, waar dat nodig is

De opdracht aan de projectgroep was om verder te werken met de resultaten van een eerder ontwikkelteam en is in februari 2017 door de regiegroep als volgt verwoord:

1. Werk de keten voor dementiezorg verder uit; inventariseer en operationaliseer de werkprocessen die vanuit het cliëntsysteemreis inzichtelijk te maken zijn.
   Hiervan maken onderdeel uit:
   - De rol, taken en verantwoordelijkheden van de huisarts, specialisten en overige in te zetten professionals /ondersteuners
   - Stepped care, o.a. doorgeleiding naar woonvormen met zwaardere zorg indien thuis wonen niet meer verantwoord is
   - Betrokkenheid van de sociale omgeving/mantelzorgers
   - Aandacht voor welzijn en aanhaakmomenten voor welzijnsaanbieders
   - Inzet van ondersteunende instrumenten, domotica en ICT
2. Op welke wijze kan een voortdurende innovatieve beweging in de ketenzorg tot stand gebracht worden zodat nieuwe ontwikkelingen en verbeteringen in de keten verankerd kunnen gaan worden?
3. Werk op grond van de resultaten/antwoorden op de bovenstaande vragen een businesscase uit.

De opbouw van dit voorstel
Dit voorstel begint met een samenvatting. De eerste vijf hoofdstukken volgen de fasen van de cliëntsysteemreis. De hoofdstukken 6 en 7 gaan over de inzet van technologie. Hoofdstuk 8 gaat over kwaliteit, innovatie en ontwikkeling van de keten:

Hoofdstuk	Inhoud
1	De vroegsignalering; drie stappen, outreachend benaderen contactmijders
2	Het stellen van de diagnose; getrapte diagnostiek, taakverdeling, instrumenten
3	Het opstellen van een zorgleefplan; format, instrumenten
4	Het regisseren van de ondersteuning; getrapte regie, taakverdeling , verantwoordelijkheden,
5	Verhuizen naar een intramurale woonvorm; triage, mogelijkheden, voorwaarden
6	De inzet van technologie ter ondersteuning van het cliëntsysteem; veiligheid, domoticapakketten
7	Het (digitaal) delen van informatie over cliënt en systeem; Single Sign On
8	Kwaliteit, innovatie en ontwikkeling van de keten

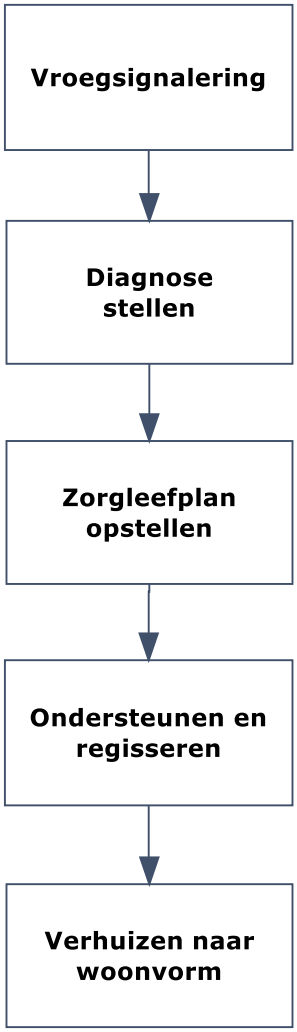
Omwille van de leesbaarheid, is een groot deel van de inhoudelijke uitwerking van dit voorstel in bijlagen opgenomen:

Bijlage	Inhoud
I	De werkprocessen in de dementieketen
II	Een eerste businesscase (beschreven in een separaat document)
III	Implementatieplan
IV	Triageprotocol inzet gespecialiseerd verpleegkundige dementie
V	Triageprotocol inzet specialist ouderengeneeskunde en neuroloog
VI	Kennisoverdracht door de Gespecialiseerd Verpleegkundige Dementie
VII	Gevaarcriteria
VIII	Een mogelijke opzet van de publiekscampagne
IX	Inventarisatie beschikbare domotica

Samenvatting

Getrapte ondersteuning van het cliëntsysteem
Dementie is niet alleen belastend voor de mensen die er aan lijden. De problematiek raakt ook hun mantelzorgers. De dementieketen Rivierenland richt zich daarom op het gehele cliëntsysteem. Dementie is een progressieve ziekte die een aantal fasen kent. Het verloop van de ziekte kan grillig zijn. De zelfredzaamheid van het cliëntsysteem is mede afhankelijk van de draagkracht van de mantelzorgers. De dementieketen Rivierenland biedt daarom ondersteuning toegesneden op de behoefte van het gehele cliëntsysteem. Getrapt: licht wanneer mogelijk, zwaar indien nodig.

Vroegsignalering om problemen te voorkomen
Door dementie vroegtijdig te signaleren, kan het cliëntsysteem eerder en mogelijk ook beter geholpen worden. Vroegsignalering biedt duidelijkheid, maakt preventieve acties mogelijk, voorkomt crises. Vroegsignalering wordt bevorderd door met een publiekscampagne de bewustwording en de alertheid van de bevolking in Rivierenland te vergroten. Mensen met een niet-pluis gevoel kunnen zich melden bij de eigen huisarts. Eventueel na het invullen van een checklist (bijvoorbeeld op www.alzheimer-nederland.nl) Een deel van de mensen met dementie zal zich niet melden. De dementieketen kan deze contactmijders outreachend benaderen.



Getrapte diagnose
De huisarts kan in grofweg 70% van de gevallen voldoende diagnosticeren. Bij ongeveer 1 op de 10 patiënten is het nodig dat de specialist ouderen geneeskunde zo nodig met de psycholoog aanvullende diagnostiek doet. Jonge mensen met verdenking op cognitieve achteruitgang en mensen met een atypisch beloop van cognitieve achteruitgang of multimorbiditeit worden binnen de keten doorverwezen naar de neuroloog of de klinisch geriater in het ziekenhuis.

Ondersteuningsteam en zorgleefplan
Indien de diagnose dementie is gesteld, zal het cliëntsysteem vroeger of later ondersteuning nodig hebben. Volgens het principe van getrapte ondersteuning, organiseert de huisarts een ondersteuningsteam. Naast de huisarts als medisch eindverantwoordelijke, kan dat team bestaan uit de POH en/of de wijkverpleegkundige. Wanneer nodig kunnen andere professionals zoals de specialist ouderengeneeskunde en de gespecialiseerd verpleegkundige dementie, geconsulteerd worden of deel uit gaan maken van het team. De strekking, de omvang en de frequentie van de ondersteuning zijn afhankelijk van de behoeften van het cliëntsysteem. Samen met de cliënt en de mantelzorgers wordt daartoe een zorgleefplan gemaakt.

Professionele regie
Professionele regie blijkt een kritieke succesfactor. De dagelijkse regie is gedelegeerd aan één van de leden van het ondersteuningsteam. Meestal zal dit de wijkverpleegkundige of de POH zijn. Zij is aanspreekpunt, beheert het zorgleefplan, organiseert de ondersteuning en monitort de situatie. Ook de regie is getrapt: zo licht mogelijk, opgeschaald wanneer nodig.

Verhuizen naar een intramurale woonvorm

De dementieketen zorgt ervoor dat mensen met dementie zo lang mogelijk thuis kunnen blijven. Wanneer dat niet meer verantwoord of wenselijk is, kan de cliënt verhuizen naar een intramurale woonvorm. Daarvoor zijn triagecriteria opgesteld. Het ondersteuningsteam begeleidt de verhuizing samen met de medewerkers van de woonvorm die de cliënt heeft gekozen.

Inzet van technologie
De professionals in de dementieketen moeten gemakkelijk informatie kunnen delen. Idealiter werken alle betrokken in één cliëntdossier en heeft ook de cliënt/de mantelzorger toegang tot dat dossier. Zover zijn we nog niet in Nederland en ook niet in Rivierenland. De diverse aanbieders hebben nog eigen systemen. Er wordt al wel gewerkt aan de mogelijkheid om geautoriseerd in elkaars dossiers te kunnen kijken. Naar verwachting kan deze zogenaamde Single Sign On oplossing in 2018 worden geïmplementeerd.
Inzet van technologie kan ook de veiligheid van de cliënt vergroten. De dementieketen wil de inzet van beproefde, opschaalbare domotica bevorderen en mogelijk maken. Daarvoor komen alarmeringssystemen met valdetectie en systemen voor lifestylemonitoring als eerste in aanmerking.

Kwaliteit, innovatie en ontwikkeling van de keten
De dementieketen Rivierenland kan landelijke best practices en standaarden gebruiken om de kwaliteit te verbeteren en te borgen. Het landelijk netwerk dementie en de zorgstandaard dementie voorzien hierin. Continue deskundigheidsbevordering o.a. door middel van scholing is een wezenlijke taak van de dementieketen.
De aansturing van de operationalisering en de doorontwikkeling van de dementieketen is ook een bestuurlijke verantwoordelijkheid. Er zijn veel partijen betrokken bij de dementiezorg. Op bestuurlijk niveau dient te worden besproken hoe deze zich tot elkaar gaan verhouden in de nieuwe keten. De dagelijkse coördinatie (o.a. van de deskundigheidsbevordering) kan gedelegeerd worden. Gezien de integratie van de dementieketen in het programma kwetsbare ouderen, moet ook worden afgestemd over de rol van de kwaliteitscommissie kwetsbare ouderen.

Een businesscase
Dit voorstel voor een dementieketen dient onderbouwd te worden met een businesscase. Opbrengsten en kosten moeten inzichtelijk zijn en tegen elkaar afgewogen kunnen worden. Daarbij gaat het niet alleen om financiële aspecten. Het gaat in de eerste plaats om verbetering van de kwaliteit van de dementiezorg en daardoor van de kwaliteit van leven van patiënten/cliënten en hun mantelzorgers. De businesscase is in een separaat document beschreven.

1. De vroegsignalering

Drie stappen
Idealiter zou iedereen alert moeten zijn op mogelijke verschijnselen van dementie bij de mensen met wie men te maken heeft. Als het om ouderen gaat, zullen mantelzorgers, huisartsen/POH-ers, wijkverpleegkundigen, welzijnsmedewerkers en zoveel mogelijk de ouderen zelf, degenen zijn die de meeste vroegsignalering kunnen/zullen doen. Om hen daartoe te stimuleren en daarbij te ondersteunen is het volgende noodzakelijk:

- **Bewustwording en vergroten alertheid**
  Er is communicatie nodig om potentiële vroegsignaleerders bewust en alert te maken. Een meer of minder uitgebreide publiekscampagne is nodig om potentiële mantelzorgers te bereiken. Qua opzet kan deze vergelijkbaar zijn met de bewustwordingscampagne die voor herseninfarcten wordt gehouden. Het is wenselijk (en efficiënt) als de publiekscampagne in Rivierenland aansluit bij de campagne van Alzheimer Nederland. Bijlage VIII geeft een beeld van een mogelijke opzet van een publiekscampagne. De gemeenten hebben hier een rol in. Voor de professionals (huisartsen/POH-ers, wijkverpleegkundigen en welzijnsmedewerkers) is m.b.t. de vroegsignalering minder intensieve communicatie nodig.
- **Checklist**
  Potentiële vroegsignaleerders moeten leren op welke signalen zij kunnen letten. Een beknopte checklist helpt hen om hun niet pluis gevoel concreet te maken. Alzheimer Nederland heeft een vragenlijst ontwikkeld die hiervoor prima te gebruiken is. Onderzocht moet worden of het voldoende is om in de communicatiecampagne te verwijzen naar die vragenlijst op www.alzheimer-nederland.nl of dat andere vormen van distributie nodig zijn om een goed systeem van vroegsignalering op gang te brengen.
- **Meldpunt**
  Bij een niet pluis gevoel dat eventueel bevestigd wordt door de score op de vragenlijst van Alzheimer Nederland, kan degene die mogelijk dementie heeft zich aanmelden voor de diagnosefase. Tussen het ontstaan van het niet- pluis gevoel en de aanmelding kan enige tijd verstrijken. Sommige mensen hebben (verwerkings)tijd nodig voordat ze de stap durven zetten. Soms kost het mantelzorgers tijd om degene bij wie zij het niet pluis gevoel hebben tot actie te bewegen. Indien de huisarts volgens het principe van getrapte zorg de eerste diagnostiek uitvoert, is het efficiënt als de aanmelding bij de eigen huisartspraktijk plaatsvindt. Dan kan er ook een afspraak gemaakt worden voor de screening en het onderzoek.

Outreachend benaderen van contactmijders
Een deel van de mensen met dementie meldt zich niet bij de huisarts. Naar schatting gaat het om 10-20% (schatting gebaseerd op de Gino database dementie, regio Arnhem, 1.500 patiënten). Het gebeurt regelmatig dat deze mensen de symptomen zelf niet zien of ontkennen. Dit is meestal geen onwil, maar een gevolg van het effect dat de dementie op hun denken heeft. Indien deze mensen geen ondersteuning krijgen van de dementieketen, lopen zij een groter dan gemiddeld risico op een crisis. Een crisis heeft heftige en nare effecten voor deze mensen. Bovendien brengt opvang van een crisis aanzienlijke zorgkosten met zich mee.
Outreachend benaderen van contactmijders zou crises kunnen voorkomen. Aanbevolen wordt om daarover in de dementieketen concrete afspraken te maken. De principes van bemoeizorg kunnen als vertrekpunt dienen. Een protocol met heldere taakverdeling is noodzakelijk. De financiering van outreachende activiteiten moet nog geregeld worden.

2. Het stellen van de diagnose

Het doel van de diagnosefase is:

- De aard en ernst van de stoornissen en beperkingen te bepalen
- Aan de hand van de stoornissen een diagnose te stellen
- Eventueel na te gaan wat de pathofysiologie is van de stoornissen m.b.v. klinisch geriater en/of neuroloog
- Na te gaan welke zorgbehoefte er bestaat bij de patiënt en zijn naasten
- Een zo specifiek mogelijk behandel- en begeleidingsplan te kunnen maken
- De patiënt en zijn naasten in staat te stellen zelf zoveel regie te nemen
- Identificeren van alle behandelbare (somatische en psychosociale) factoren die invloed hebben op kwaliteit van leven

Getrapte diagnostiek

Ook in de diagnosefase geldt het principe van getrapte zorg. Getrapte diagnostiek betekent dat mensen waarbij een vermoeden van dementie bestaat, in eerste instantie de snelste en kortste methoden van screenen en onderzoeken doorlopen. Alleen als dit onvoldoende resultaat oplevert, wordt overgegaan op meer uitgebreide en specialistischer diagnostiek. Dit is voor de patiënt het minst belastend en voor de dementieketen het meest efficiënt. Omdat dementie een verzameling van ziektebeelden is, zal een medicus de medische diagnose moeten stellen. Dan is het logisch dat de huisarts de eerste trede van het diagnoseproces invult. De specialist ouderengeneeskunde en de neuroloog en/of geriater vormen de volgende treden in het proces. Er is hier sprake van een continuüm, waarbij de specialist ouderengeneeskunde de diagnostiek van de huisarts aanvult, ondersteunt en versterkt (Zie LESA dementie en LESA zorg voor kwetsbare ouderen). De specialisten ouderengeneeskunde hebben de afgelopen 20 jaar de geheugen poli in het ziekenhuis 'gedraaid' en hebben dus uitgebreide ervaring en kennis op dit gebied. Indien er uitgebreider onderzoek nodig/ wenselijk is, kan de patiënt naar de klinisch geriater of neuroloog worden doorverwezen.

Trede	Invulling	Instrumenten	Schatting % patiënten waarvoor trede nodig[1]
1	Huisarts	• NHG Standaard M21 – MMSE – Clock drawingtest	100%
2	Specialist ouderengeneeskunde of verpleegkundig specialist of psycholoog	• MoCa • 7-minutes screen • FAB • NPI-Q (gedrag) • CMAI (gedrag) • GDS-15 (stemming) • CCD screening (anderstaligen)	25%
3	Neuroloog/ Geriater	Diagnose instrumenten voor • Jong dementerend • Atypisch beloop cognitieve achteruitgang • Multimorbiditeit	5%

NB: Indien de huisarts constateert dat er sprake is van een jong persoon met cognitieve achteruitgang, atypisch beloop van cognitieve achteruitgang of multimorbiditeit, kan hij rechtstreeks doorverwijzen naar de neuroloog of geriater.

[1] Schatting gebaseerd op ervaring van huisarts en specialist ouderengeneeskunde.

3. Het opstellen van een zorgleefplan

Format zorgleefplan
Indien bij iemand de diagnose dementie is gesteld, zullen deze persoon en de mantelzorgers zorg en andere ondersteuning nodig hebben. Afhankelijk van de geconstateerde problematiek zal meer of minder (soms zelfs minieme) zorg/ondersteuning nodig zijn. Ook dagbesteding en andere welzijnsproducten kunnen het cliëntsysteem helpen.
E.e.a. zal worden vastgelegd in een zorgleefplan. Dat bevordert de effectiviteit en de efficiëntie. Landelijk worden daarvoor vaak de volgende 4 levensdomeinen gebruikt:

- Mentaal/psychisch welbevinden
- Lichamelijk welbevinden
- Woon- en leefomstandigheden
- Participatie/sociaal welbevinden

Een zorgleefplan kan gevuld worden met behulp van diverse instrumenten.

Van diagnose naar zorgleefplan
Het bepalen van de benodigde zorg en ondersteuning, het 'vullen' van het zorgleefplan, moet systematisch en met beproefde instrumenten gebeuren. Dit om reden van zorgvuldigheid (objectiviteit), volledigheid (alle levensdomeinen) en efficiëntie (voorkomen dubbel werk). In de regio Rivierenland worden diverse instrumenten gebruikt om het zorgleefplan te vullen met de juiste doelen en de benodigde acties. Indien alle ketenpartners dezelfde instrumenten (gaan) gebruiken, vergemakkelijkt dat de communicatie in de keten. De volgende instrumenten zijn hiervoor het meest geschikt:

- **SFMPC**
  De huisartsen in Rivierenland gebruiken dit instrument[2]. Hun systemen zijn erop ingericht. De uitkomsten van SFMPC zijn gemakkelijk te vertalen naar de 4 levensdomeinen.
- **Easycare trap 2**
  Dit instrument is bekend bij de huisartsen en de meeste wijkverpleegkundigen. Hun systemen zijn al ingericht op ondersteuning bij het afnemen van dit assessment. Bij mensen die al thuiszorg ontvangen is Easycare 2 soms al afgenomen voordat zij de diagnosefase in gaan.
- **OMAHA of Nanda, Nic, Noc**
  Deze instrumenten worden in Nederland veel gebruikt Ook omdat sommige zorgverzekeraars ze verplicht hebben gesteld.
  De vertaalslag van OMAHA/Nanda, Nic, Noc naar de 4 domeinen van het zorgleefplan is nog bewerkelijk. Het valt te overwegen om een werkgroep van inhouds- en ervaringsdeskundigen te laten onderzoeken of de instrumenten kunnen worden aangepast, zodat ze nog beter aansluiten bij de eisen die de dementieketen stelt.

[2] Zie LESA dementie en LESA zorg voor kwetsbare ouderen

4. Het regisseren van de ondersteuning van het cliëntsysteem

Taken van de regiefunctie
Uit diverse onderzoeken blijkt dat regie op de zorg- en ondersteuning aan de cliënt en zijn systeem tijdens de cliëntsysteemreis een kritieke succesfactor is. Professionele regie op casusniveau maakt het mogelijk om snel in te spelen op problemen. Het voorkomt dat deze leiden tot crisis. Bovendien is professionele regie nodig om zorg, behandeling en ondersteuning op maat te kunnen leveren (stepped care). Duidelijke regie leidt ook tot efficiëntere samenwerking. Dit alles levert kwaliteit van leven op en bespaart kosten.
De regiefunctie bestaat uit de volgende taken:

- Aanspreekpunt voor betrokken (cliëntsysteem, ketenpartners)
- (Mede) opstellen van het zorgleefplan
- Organiseren van de uitvoering van het zorgleefplan
- Monitoren van de situatie van het cliëntsysteem
- (Mede) bijstellen van het zorgleefplan indien de (veranderde) situatie van het cliëntsysteem dat vereist
- Organiseren van de overstap van de cliënt naar de tweede lijn (woonvormen)

Getrapte zorg, getrapte regie
Naarmate de problemen die het cliëntsysteem ervaart toenemen, zal ook het uitoefenen van de regiefunctie complexer worden. In de geest van stepped care, kan de regiefunctie ook getrapt worden ingevuld. Bij getrapte regie wordt net als bij getrapte zorg, gezocht naar de balans tussen effectiviteit, intensiteit en efficiëntie: zoveel mogelijk resultaat, met zo beperkt mogelijke tijdsbesteding en zo laag mogelijke kosten. Pas als de complexiteit van de problematiek meer competenties of capaciteit vereist, wordt opgeschaald naar een hogere regietrede: minimale regie waar mogelijk en maximale regie waar nodig.

Uitgangspunten regiefunctie

- De regie ligt primair bij de cliënt en het cliëntsysteem
- Ingestoken wordt op het laagst mogelijke ondersteuningsniveau dat aansluit bij de behoefte van de cliënt (stepped care)
- Er wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de hulpverleners die al betrokken zijn bij de cliënt en het cliëntsysteem
- Zoveel mogelijk mensen met de diagnose dementie krijgen nu en in de toekomst passende ondersteuning
- De meest efficiënte en effectieve inzet van hulpverlening wordt gehanteerd

Regietreden te koppelen aan stadia dementie
Dementie is een complexe aandoening. Het is een progressieve ziekte die volgens de officiële schatting van VWS gemiddeld 8 jaar na de diagnose duurt. Daarvan zou gemiddeld 6 jaar in thuissituatie worden doorgebracht en gemiddeld 2 jaar intramuraal, in een woonvoorziening. In Rivierenland lijkt de gemiddelde verblijfsduur in intramurale woonvoorzieningen af te nemen en inmiddels circa 1,5 jaar te bedragen.
De progressie van dementie verloopt niet altijd lineair. Toch wordt, modelmatig, een aantal volgtijdelijke stadia van dementie onderscheiden (www.zorgplein.nl) :

- Beginstadium
- Middenstadium deel I
- Middenstadium deel II (stadium voor opname in beschermde woonvorm of verpleeghuis))
- Late stadium (intramuraal)

De behoefte aan professionele zorg en ondersteuning groeit niet altijd evenredig met de progressie van de ziekte. Het komt voor dat mantelzorgers een naaste met vergevorderde dementie kunnen

blijven helpen. Het komt ook voor dat mantelzorgers ontbreken of te kwetsbaar zijn om hun naaste goed te ondersteunen. Het cliëntsysteem heeft dan al in het beginstadium professionele zorg en ondersteuning nodig. Gemiddeld over de cliënten/patiëntenpopulatie zal de behoefte aan ondersteuning samenhangen met het ziektestadium. Dan kunnen we aannemen dat het stadium van de ziekte (gemiddeld) ook zijn weerslag heeft op de complexiteit van de regiefunctie. De invulling van de regietreden is dan modelmatig te koppelen aan de stadia van dementie:

De invulling van de regiefunctie per stadium (modelmatig)

Stadium dementie	**Invulling van de regiefunctie (regietrede)**
Beginstadium	• Een multidisciplinair **ondersteuningsteam** (minimaal waar mogelijk, maximaal waar nodig) heeft de regie. • De medisch-technische regie ligt bij de **huisarts** (medisch eindverantwoordelijke 1ste lijn). • De dagelijkse regie is door het ondersteuningsteam gedelegeerd aan de **wijkverpleegkundige** of aan de **POH**. • Het ondersteuningsteam kan de **gespecialiseerd verpleegkundige** (zie bijlage IV) en de **specialist ouderengeneeskunde** (zie bijlage V) consulteren/inzetten. Via de SO, is de **psycholoog** te consulteren.
Middenstadium	• Een multidisciplinair **ondersteuningsteam** heeft de regie. • De medisch-technische regie ligt bij de **huisarts** (medisch eindverantwoordelijke 1ste lijn). Naarmate de overgang naar het laatste (intramurale) stadium dichterbij komt, zal de **specialist ouderengeneeskunde** meer leidend zijn in de regie. • De dagelijkse regie is door het ondersteuningsteam gedelegeerd aan de **wijkverpleegkundige**, of POH, eventueel met coaching door de **gespecialiseerd verpleegkundige.** Indien nodig heeft krijgt de **gespecialiseerd verpleegkundige** de dagelijkse regie**.** • Bij jong dementerenden of een atypisch beloop van de cognitieve achteruitgang is door de **neuroloog /klinisch geriater** een deel van de diagnostiek gedaan. Als de patiënt thuis blijft wonen, blijft de **huisarts** de medisch eindverantwoordelijke. De dagelijkse regie ligt in die situatie bij de **gespecialiseerd verpleegkundige, i**n samenwerking met de huisarts. De specialist ouderengeneeskunde en medisch specialisten zijn als expert te consulteren. • Naarmate de complexiteit vordert kan de specialist. ouderengeneeskunde een grotere rol toebedeeld krijgen.
Laatste stadium (intramuraal)	• De medisch-technische regie ligt bij de **specialist ouderengeneeskunde/de arts** van de woonvorm/het hospice. • De dagelijkse regie ligt bij de verantwoordelijk verpleegkundige.

De verantwoordelijkheid van de disciplines (Indien betrokken)

Discipline	Verantwoordelijkheid
Huisarts	• Medisch eindverantwoordelijk 1ste lijn • Consulteren van of doorverwijzen naar specialist ouderengeneeskunde of psycholoog of neuroloog/geriater • Formeren ondersteuningsteam • (Mede) invullen regiefunctie
Wijkverpleegkundige	• Organiseren en invullen thuiszorg • Zo mogelijk invullen dagelijkse regie
POH	• Gedelegeerde werkzaamheden huisarts • Eventueel dagelijkse regie
Gespecialiseerd verpleegkundige dementie	• Advies op consultbasis • Afhankelijk van specifieke problematiek meer of minder betrokken bij dagelijkse regie (zie bijlage IV) • Bij zeer complexe situaties dagelijkse regie • (Casus overstijgend) bevorderen expertise gehele dementieketen (zie bijlage VI) door: – Coaching – Scholing (beleidopstellen en uitvoering organiseren) – Innoveren (volgen en beoordelen ontwikkelingen en state of the art, vertalen naar Rivierenland)
Specialist ouderengeneeskunde	• Advies op consultbasis • Afhankelijk van specifieke problematiek (o.a. gedrag) meer of minder betrokken bij dagelijkse regie (zie bijlage III) • Naarmate overgang naar intramurale setting dichterbij komt, meer leidend in regiefunctie
Neuroloog/geriater	• Kan als expert geconsulteerd worden door huisarts en specialist ouderengeneeskunde.
Ouderenadviseur/maatschappelijk werker	• Organiseren welzijn ondersteuning

5. Verhuizen naar een intramurale woonvorm

Triage Criteria
Het verhuizen naar een andere woonvorm wordt bepaald door (een combinatie van) onderstaande criteria:

- Het functioneren van de cliënt
  - De zorgvraag van de cliënt op cognitief en/of op lichamelijk gebied, is groter dan de zorgmogelijkheden die thuis geboden kunnen worden en de zorg thuis kan niet langer doelmatig worden georganiseerd
  - De cliënt heeft zelf de wens om meer beschermd te wonen
  - De cliënt veroorzaakt gevaar voor zichzelf of voor zijn omgeving. Hiervoor wordt o.a. gebruik gemaakt van de gevaarcriteria en het protocol gevaar (zie bijlage VII)
- De ervaren belasting van de mantelzorger
  - De mantelzorg is overbelast (o.a. meetbaar met de Burden-schaal)
  - Het cliëntsysteem, zowel informeel als professioneel kan de overbelasting of uitval van mantelzorg niet opvangen

Geplande verhuizing
De regiehoudende verpleegkundige signaleert, meet en bespreekt de twee criteria regelmatig met cliënt(systeem) en het ondersteuningsteam. Cliënt(systeem) en ondersteuningsteam bepalen gezamenlijk het moment van verhuizen en hebben beiden contact met de woonvorm van voorkeur. Het doel is het voorkomen van een crisissituatie. Het verhuizen naar een andere woonvorm is idealiter een geplande verhuizing. Echter bij plotselinge verandering van één van de twee criteria kan een crisis ontstaan.

Verhuizen in crisissituatie: (gezien ongepland spreken we hier wel vaak van opname)
Het ondersteuningsteam constateert een acuut probleem bij een thuiswonende cliënt en acht opname in een woonvorm direct noodzakelijk. De huisarts heeft hiervoor contact met de woonvorm om een crisisbed binnen de regio te regelen. Hiervoor zijn binnen de regio protocollen beschikbaar.

Tijdelijke verhuizen als vorm van respijtzorg
Bovenstaande criteria kunnen ook reden geven voor een tijdelijke verhuizing naar een zogenaamde logeerplek. Leidend in deze keuze is altijd de vraag of cliënt na inzet van deze vorm van respijtzorg weer thuis kan wonen.

Wat is nodig als verhuizen naar een woonvorm in zicht komt?

- Praktisch
  - Een CIZ indicatie met een PG grondslag ZZP 4, 5 of 7 (nu VV 04, 05, 07)
  - BOPZ toetsing bij ZZP-5 of hoger door CIZ indien de woning een BOPZ afdeling is (artikel 60)
  - Keuze woonvorm
  - Wachtlijstplaatsing bij huis van voorkeur
  - Indicatie respijtzorg indien tijdelijke verhuizing (via WMO of Wlz)
- Inhoudelijk
  - Aandacht voor het proces van verhuizen
  - Verhuizen is een proces dat begeleiding vergt voor zowel de cliënt als de mantelzorger
  - https://www.innovatiekringdementie.nl/files/downloads/Handreiking-Waardig-verhuizen-van-thuis-naar-verpleeghuis-DEF.pdf
- Uitgangspunt: Alles wat hetzelfde kan moet hetzelfde gebeuren o.a.
  - Dossier volgt cliënt, idealiter in zelfde systematiek/opzet
  - Medewerker woonafdeling maakt kennis in thuissituatie

- Regieverpleegkundige en/of EVV uit de thuiszorg draagt over aan nieuwe woonomgeving, in warme overdracht samen met cliënt en mantelzorger
- Eerste MDO na verhuizing is met oude en nieuwe hulpverleners (HA-SO en SV/wijkvpk /EVV)

Verhuizen en relatie tot fasen van dementie

- Op dit moment verhuist het overgrote deel van de mensen met dementie in de eindfase van het midden stadium. Naar schatting van de huidige dementieconsulenten is dit in 2016 zo'n 95%. Er zijn 110 cliënten in 2016 opgenomen in een intramurale setting.
- Het grootste gedeelte van de opnames is gepland, daarbij wordt gebruik gemaakt van
  - Shared decision making (samen met de cliënt en diens netwerk besluiten nemen)
  - Advance care planning (anticiperen op zorg die in de toekomst nodig zal zijn)
- Slechts een heel klein deel van de mensen met dementie verhuist nu (nog) in fase 1, naar een woonmogelijkheid met zorg in nabijheid (Advance-care-planning).
- In de tussenliggende fasen wordt nauwelijks verhuisd en wordt verhuizen vaak ook afgeraden omdat hierdoor de veilige en herkenbare omgeving van cliënt zo ingrijpend verandert dat cliënt zich niet meer voldoende aan kan passen aan de nieuwe woonomgeving

Woonmogelijkheden voor mensen met dementie binnen de regio Rivierenland

Wat een passende nieuwe woonomgeving is voor de cliënt is individueel bepaald. Dit wordt in een Advance-care-planning gesprek met cliënt en mantelzorg besproken in. Hierbij spelen voorkeur, ervaring, aanwezigheid van netwerk, leefstijl en gewoontes o.a. een rol.
Samen met de regievoerende verpleegkundige bepalen zij welke woonvorm het meest geschikt is. Binnen de regio Rivierenland zijn diverse mogelijkheden voor verhuizen als thuis wonen niet meer mogelijk is.

Ontwikkelingen rondom (intramuraal) wonen

- Doordat mensen langer thuis wonen verschuift het moment van opname veelal naar een tijdstip later in het ziekteproces. Daar waar cliënten in 2014 nog 2 jaar intramuraal woonden (verpleegunit) is dat nu nog slechts 9 maanden (*bron: Skipper oktober 2016*). De zorg verschuift daardoor naar palliatieve zorg/ laatste -levensfase zorg, is daardoor complexer en intensiever.
- Er is relatief weinig tijd om de bewoner en de gewoontes te leren kennen en een band op te bouwen met cliënt en netwerk. Dit vergt mogelijk anders opgeleide medewerkers.
- De zorg die thuis geleverd wordt is dus logischerwijs langer en ook intensiever van aard en door de schotten tussen Zvw/WMO en Wlz (onnodig) complex.
- Het vergt eerder nadenken over anders wonen om te voorkomen dat verhuizing in de laatste levensfase urgent wordt.
- Cliënten met dementie kunnen langer een mate van zelfstandigheid, regie en kwaliteit van leven ervaren wanneer verhuizen naar een omgeving met meer beschermende factoren in een eerder stadium plaats zou vinden.
- Ontwikkelingen in het land:
  - Wonen met vrijheid d.m.v. domotica en leefcirkels buiten de woning (bijvoorbeeld met buurtapps signalering), (Tante Louise/Viventes, Brabantzorg Noorderkroon))
  - Levensloopbestendig wonen in een veilige omgeving waar de woningen en de buurt zodanig ingericht zijn dat NABUURschap en sociale ondersteuning maakt dat men langer thuis kan wonen. (Woongroepen naar voorbeeld Anna Blamanweg Culemborg)
  - Beschermde woonvormen welzijn naar voorbeeld: https://deltaplandementie.nl/sites/default/files/denkbeeld-artikel4.pdf
  - Vormgeven aan dementievriendelijke wijk (Veenendaal, Franse Gat)
  - Regionaal vakantiehuis/logeerhuis

  - Gemeenten kijken nu wel naar levensloopbestendig wonen en tijdig verhuizen voor senioren in de zin van kleiner en aangepast wonen (gelijkvloers) maar zij kijken nog niet naar alternatieve woonmogelijkheden en nieuwbouw waarbij sociale aspecten als buurt en omgeving een rol spelen
  - De dementieketen Rivierenland kan met gemeenten en woningbouwverenigingen in gesprek gaan en het belang aangeven om te zoeken naar andere vormen van bouwen en wonen voor mensen met dementie en hun partners. Gebaseerd op sociaal-maatschappelijke behoefte in plaats van het medische model.
- Ontbrekende woonvoorzieningen
  - Jonge mensen met dementie. Dit is een kleine doelgroep. De woonvoorzieningen zijn vaak niet afgestemd op de specifieke zorgvraag van deze cliënten en hun familie. Aparte afdelingen zijn binnen de regio waarschijnlijk niet kosteneffectief maar mogelijk wel in het belang van de cliëntengroep. Het zou zinvol kunnen zijn om als keten een samenwerking te zoeken met aanbieders die deze expertise wel bezitten.
  - Mensen met een niet-Nederlandse achtergrond (kleine doelgroep)
  - Logeerhuis, vakantiehuis als eigenstandige doelgroepvoorziening (nu komen cliënten op de PG afdeling)

6. De inzet van technologie ter ondersteuning van het cliëntsysteem

Focus op veiligheid
Er zijn in de afgelopen jaren veel technische hulpmiddelen op de markt gekomen die een cliëntsysteem kunnen ondersteunen. De inventarisatie in bijlage X laat zien dat er van alles mogelijk is; van slimme schakelaars die automatisch het gas uitschakelen, tot dwaaldetectie ~~tot~~ en robots die ondersteunen en/of virtueel gezelschap bieden. In dit voorstel focussen we ons op technologie die de veiligheid van een cliënt met dementie bevordert: domotica.

Een geïntegreerd pakket
Op de domoticamarkt zijn veel losse apparaten te koop. Om echt veiligheid te kunnen bieden, is meer nodig dan een aantal losse apparaten. Zo moet een sensor die dwaaldetectie kan detecteren bijvoorbeeld verbinding kunnen maken met iemand die actie kan ondernemen als er gedwaald wordt. Koppeling van de domotica aan mantelzorgers of professionals, al dan niet in een meldkamer, is vereist. Ten tweede is een koppeling tussen de apparaten zeer gewenst. Als het om de veiligheid van iemand met dementie gaat, zal een geïntegreerd pakket van sensoren, schakelaars, alarmeringsknoppen, spreek-luister-beeld verbindingen e.d. nodig zijn. Dat pakket moet flexibel zijn. Het moet kunnen worden afgestemd op de thuissituatie, de problematiek van de cliënt en op diens wensen en de wensen van diens mantelzorgers. Idealiter is er een basispakket dat zo nodig kan worden uitgebreid. Het pakket moet ook gemakkelijk te installeren en te de-installeren zijn.

Starten met domotica in het beginstadium
Het is raadzaam om al in het beginstadium van dementie domotica toe te passen. Ook al omdat de cliënt zal moeten wennen aan het gebruik van apparatuur en aan de signalen die worden afgegeven. In het beginstadium is de cliënt leerbaar. Een alarmeringsysteem met valdetectie zou standaard moeten worden aangelegd. Een automatische medicijn dispenser is eveneens aan te bevelen. Afhankelijk van de progressie van de dementie kunnen vroeger of later dwaaldetectie en andere monitoring (van sensoren tot audio- of beeldmonitoring) worden toegevoegd. In dit verband is de ontwikkeling van 'leefstijlmonitoring' meer dan interessant. De sensoren in het huis van de cliënt registreren wat er gebeurt. Het systeem dat de signalen binnenkrijgt kan patronen ontdekken. Het leert zo de gewoontes, de leefstijl van de cliënt kennen en kan afwijkingen daarvan signaleren. Dit is niet alleen van belang voor directe opvolging, maar ook voor analyse van het gedrag door het ondersteuningsteam.

Domotica standaard in het zorgleefplan
Domotica moet een standaard onderdeel zijn van het zorgleefplan. Het ondersteuningsteam adviseert het cliëntsysteem bij monde van de regievoerder om bepaalde domotica toe te passen. In principe kan het cliëntsysteem dit zelf regelen. Het heeft voordelen als de dementieketen een domoticapakket kan aanbieden. Dat neemt het cliëntsysteem werk uit handen en kan goedkoper zijn. Daarnaast is het ook voor de professionals die het cliëntsysteem ondersteunen van groot belang dat de domotica gebruiksvriendelijk en gebruikszeker is. Geadviseerd wordt om namens de dementieketen in gesprek te gaan met leveranciers/installateurs van technologie en met meldkamers over een raamcontract. Gezien de schaalgrootte van Rivierenland kunnen een hoog servicelevel en prijsvoordelen bedongen worden. Indien het cliëntsysteem gebruik wil maken van het raamcontract, kan de regievoerder de aansluiting en de bekostiging regelen.

7. Het delen van informatie over cliënt en -systeem

Om goed te kunnen samenwerken, moeten professionals informatie kunnen delen. Net als elders in Nederland, hebben de zorgorganisaties in Rivierenland ieder hun eigen systeem. Daardoor is het delen van cliëntinformatie bewerkelijk. Er wordt op bestuurlijk niveau gesproken met software leveranciers over een relatief eenvoudige manier om inzage te krijgen in afgebakende gedeelten van elkaars patiënten/cliënten dossiers. Deze zogenaamde Single Sign On oplossing kan voor de zomer van 2018 gerealiseerd zijn.

8. Kwaliteit, innovatie en ontwikkeling van de dementieketen

Een van de pijlers van de dementieketen is voortdurende innovatie en ontwikkeling op diverse terreinen. Wat is er en wat is er nodig om dit te realiseren:

1) **De basis voor innovatie en kwaliteit van de keten:**
   De keten gebruikt de landelijke ontwikkelingen als basis voor kwaliteit, innovatie en ontwikkeling
   - Landelijk netwerk dementie.
   http://www.beteroud.nl/ouderen/lnd-landelijk-netwerk-dementie/Missie-Landelijk-Netwerk-Dementie.html
   http://www.dementiezorgvoorelkaar.nl
   Het Landelijk Netwerk Dementie biedt ketens de juiste informatie bij het beter organiseren van ketenzorg Dementie. Onder andere door informatie-uitwisseling over best practices, succes– en belemmerende factoren per regio en ondersteuning hoe zaken aan te pakken mogelijk te maken. In de stuurgroep zitten ketenregisseurs, Alzheimer Nederland en Vilans. Het LND wordt ondersteund en gecoördineerd door Vilans.
   - Zorgstandaard dementie
   http://www.vilans.nl/docs/producten/Definitieve_Zorgstandaard_Dementie_18_juli_2013.pdf
   De huidige versie van 2013 wordt op dit moment aangepast door de werkgroep onder leiding van Robert Huisman. Deel IV (vanaf blz. 61) is daarvoor goed te gebruiken en letterlijk naast de dementieketen Rivierenland te leggen. Er wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende stadia, zoals vroegsignalering en diagnostiek. Ook wordt er een onderscheid gemaakt vanuit de professional en daarnaast ook vanuit de cliënt/mantelzorger.

2) **Onderzoeken naar kwaliteit van de keten:**
   De dementieketen Rivierenland zal in de toekomst blijven deelnemen aan landelijke onderzoeken. De resultaten geven een goede weergave hoe de keten zich ontwikkelt ten opzichte van de huidige situatie. De uitkomsten geven richting aan zowel zaken die goed gaan als aan ontwikkelpunten van de keten.
   - Door het Landelijke Netwerk Dementie wordt er met regelmaat onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de dementieketens in Nederland.
   - Rivierenland heeft deelgenomen aan het **onderzoek Netwerkindicatoren van Vilans**. De resultaten zijn binnen de keten bekend en zijn verwerkt in:
     - Netwerkindicatoren Rivierenland 2016 en
     - Rapportage netwerkindicatoren Rivierenland 2016
   - Ook de **mantelzorgmonitor van Alzheimer Nederland** geeft een goed beeld van de klanttevredenheid binnen de regio.

3) **Kwaliteit, innovatie en ontwikkeling borgen in de keten**
   - De aansturing van de operationalisering en de doorontwikkeling van de dementieketen is een bestuurlijke verantwoordelijkheid. Er zijn veel partijen betrokken bij de dementiezorg. Op bestuurlijk niveau dient te worden besproken hoe deze zich tot elkaar gaan verhouden in de nieuwe keten. De dagelijkse coördinatie (o.a. van de deskundigheidsbevordering) kan gedelegeerd worden. Gezien de integratie van de dementieketen in het programma kwetsbare ouderen, moet ook worden afgestemd over de rol van de kwaliteitscommissie kwetsbare ouderen.

- De dementieketen draagt zorg voor de borging van kwaliteit, innovatie en ontwikkeling. De verantwoordelijkheid daarvoor kan gedelegeerd worden aan een permanente werkgroep. De werkgroep ontvangt signalen van collega's, cliënten en mantelzorgers, volgt de (landelijke)

ontwikkelingen en vertaalt deze naar nieuwe of aangepaste producten voor de regio Rivierenland. De werkgroep kan bestaan uit een afvaardiging van de volgende groepen:

- Huisartsen
- Specialisten ouderengeneeskunde
- Gespecialiseerd verpleegkundigen dementie
- Wijkverpleegkundigen
- ICT
- Op vraag aangevuld door specifieke deskundigheid

De leden van deze werkgroep dienen hiervoor geoormerkte uren te krijgen. De bijeenkomsten zullen minimaal 4x per jaar (in het begin frequenter) zijn.

- <u>Scholing (extramurale) zorgmedewerkers in de keten</u>

  Om de kwaliteit van de dementiezorg voortdurend te verbeteren, dienen de professionals regelmatig bijgeschoold te worden. Scholing wordt zo veel mogelijk uniform binnen de keten aangeboden

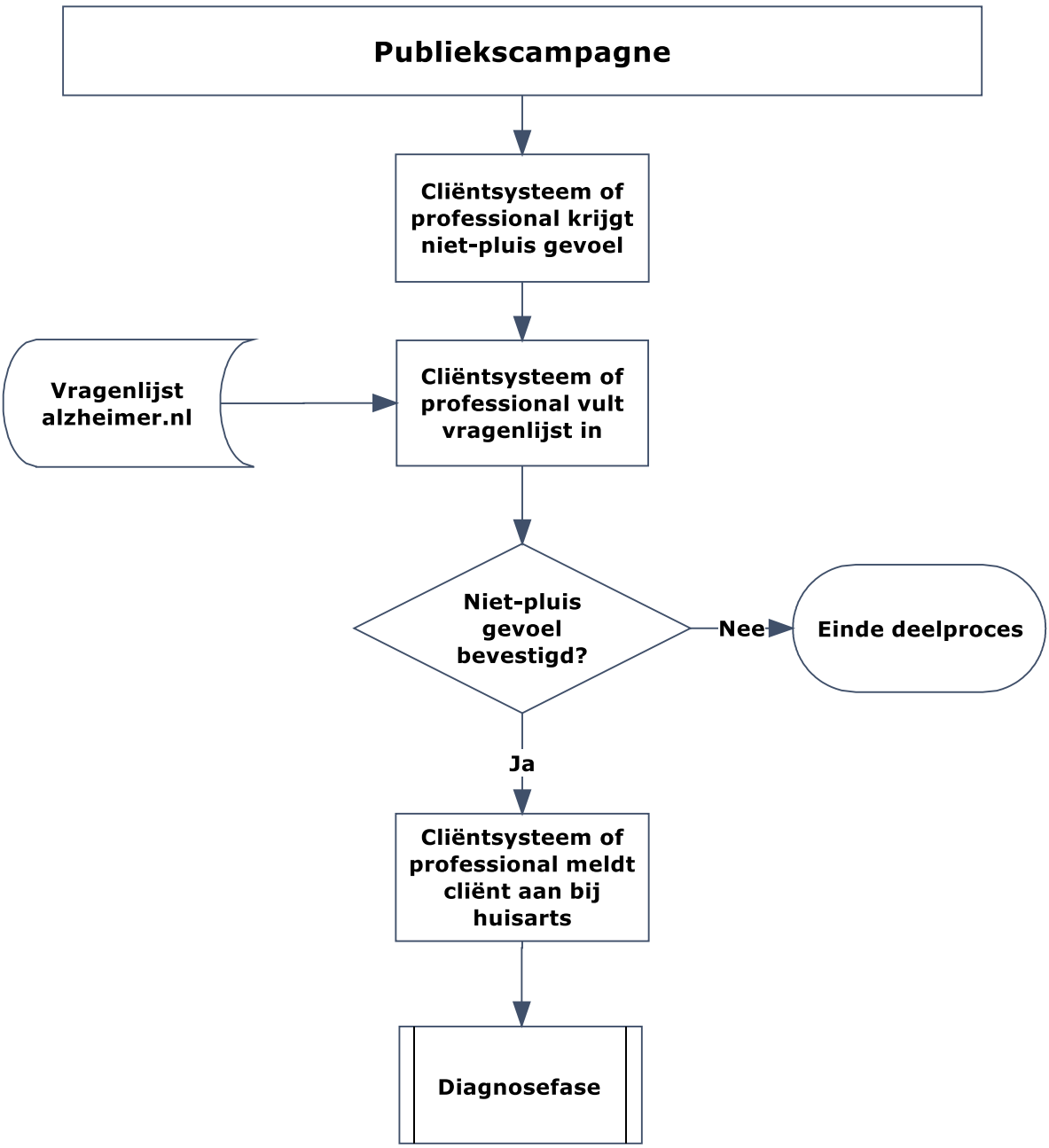
  De scholing dient om de kennis en vaardigheden op gebied van dementie te vergroten en is afgestemd op de verschillende deskundigheidsniveaus.

  Op dit moment is scholing de verantwoordelijkheid van de afzonderlijke organisaties.

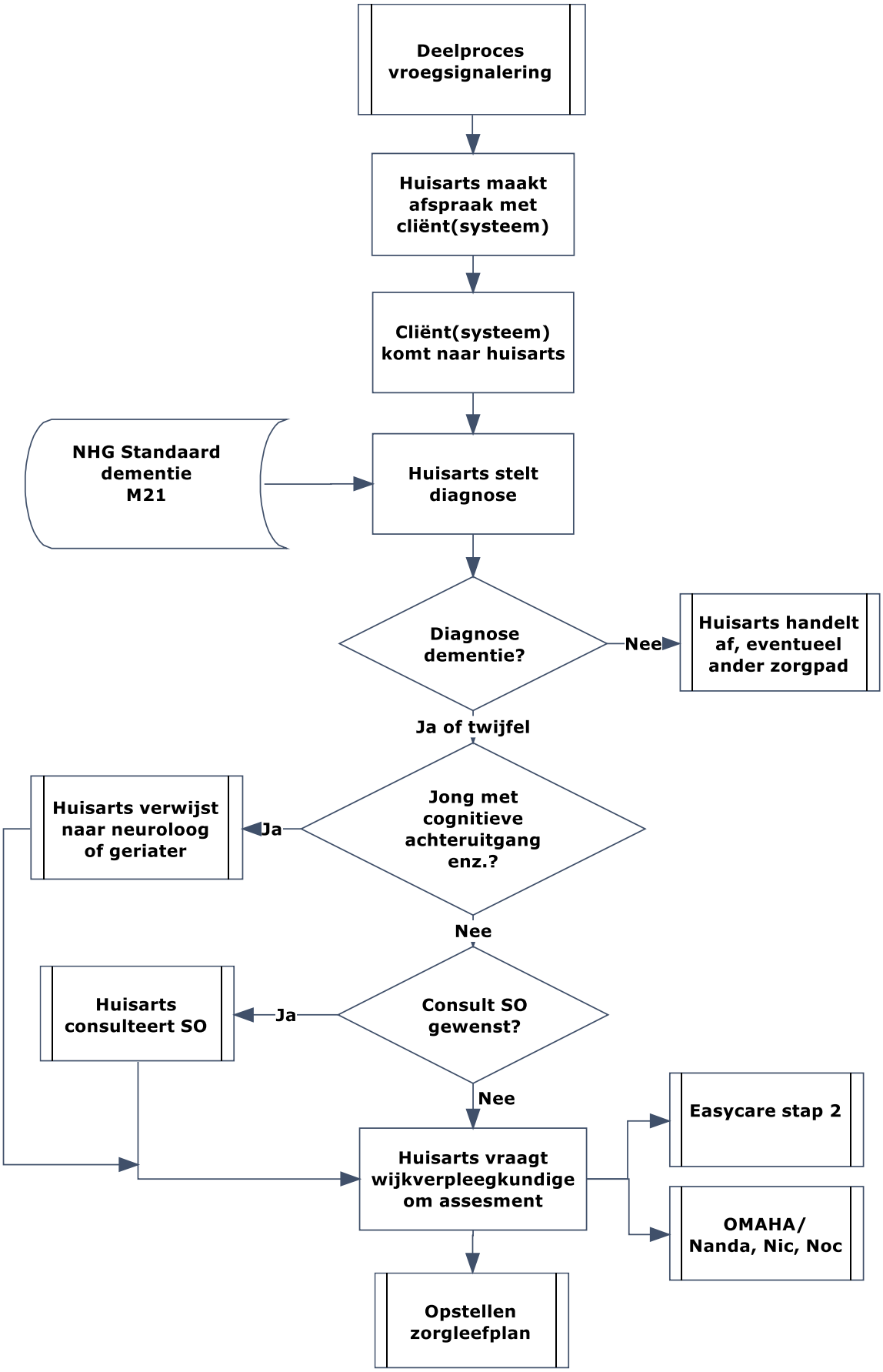
  Te onderzoeken valt hoe de huidige scholing die STMR geeft aan alle niveaus, terugkerend, toegankelijk en beschikbaar kan worden gemaakt voor alle zorgmedewerkers van de betrokken organisaties en voor de organisaties binnen de keten, die niet in de regiegroep vertegenwoordigd zijn.

Bijlage I: De werkprocessen in de dementieketen

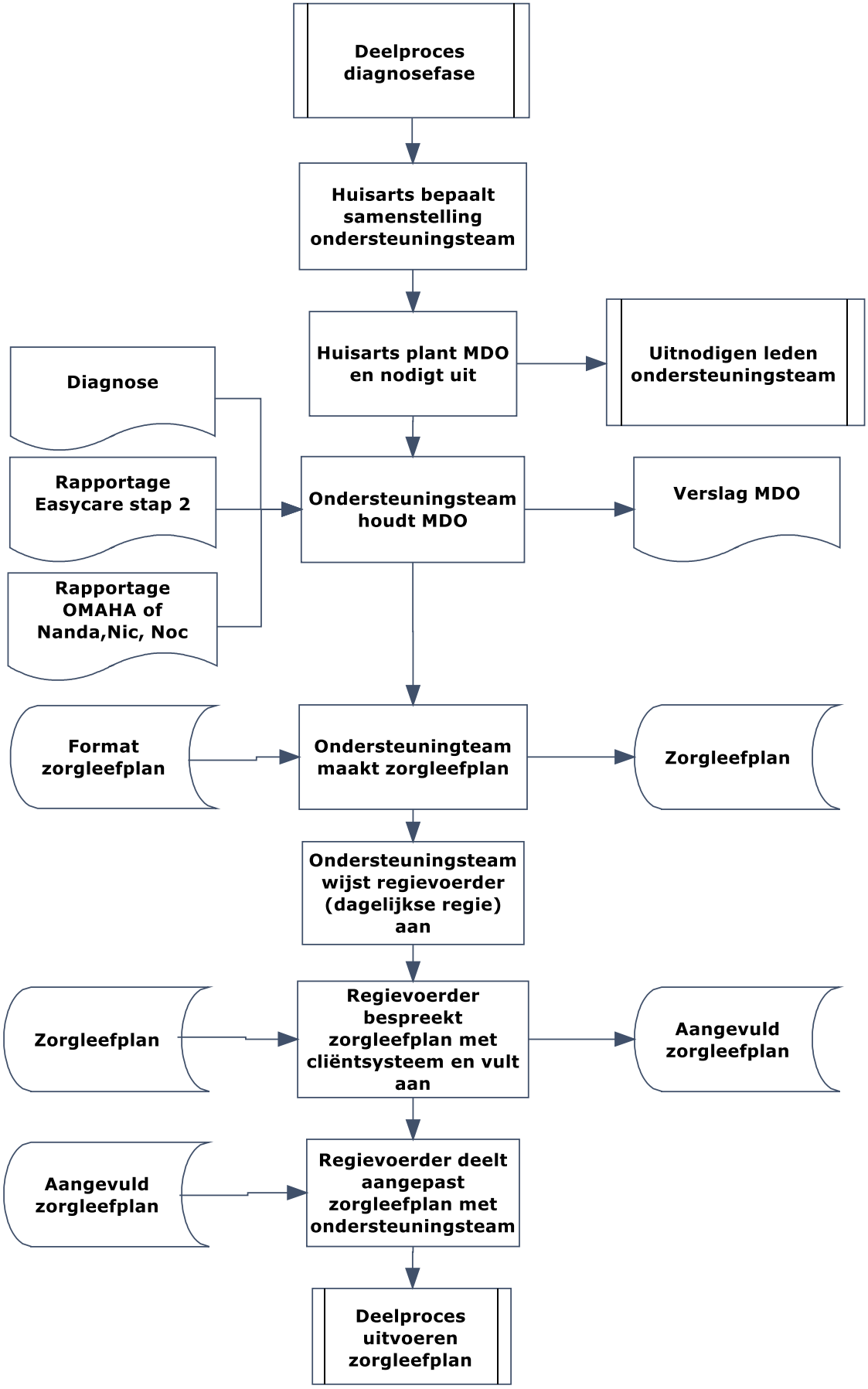
Deelproces vroegsignalering



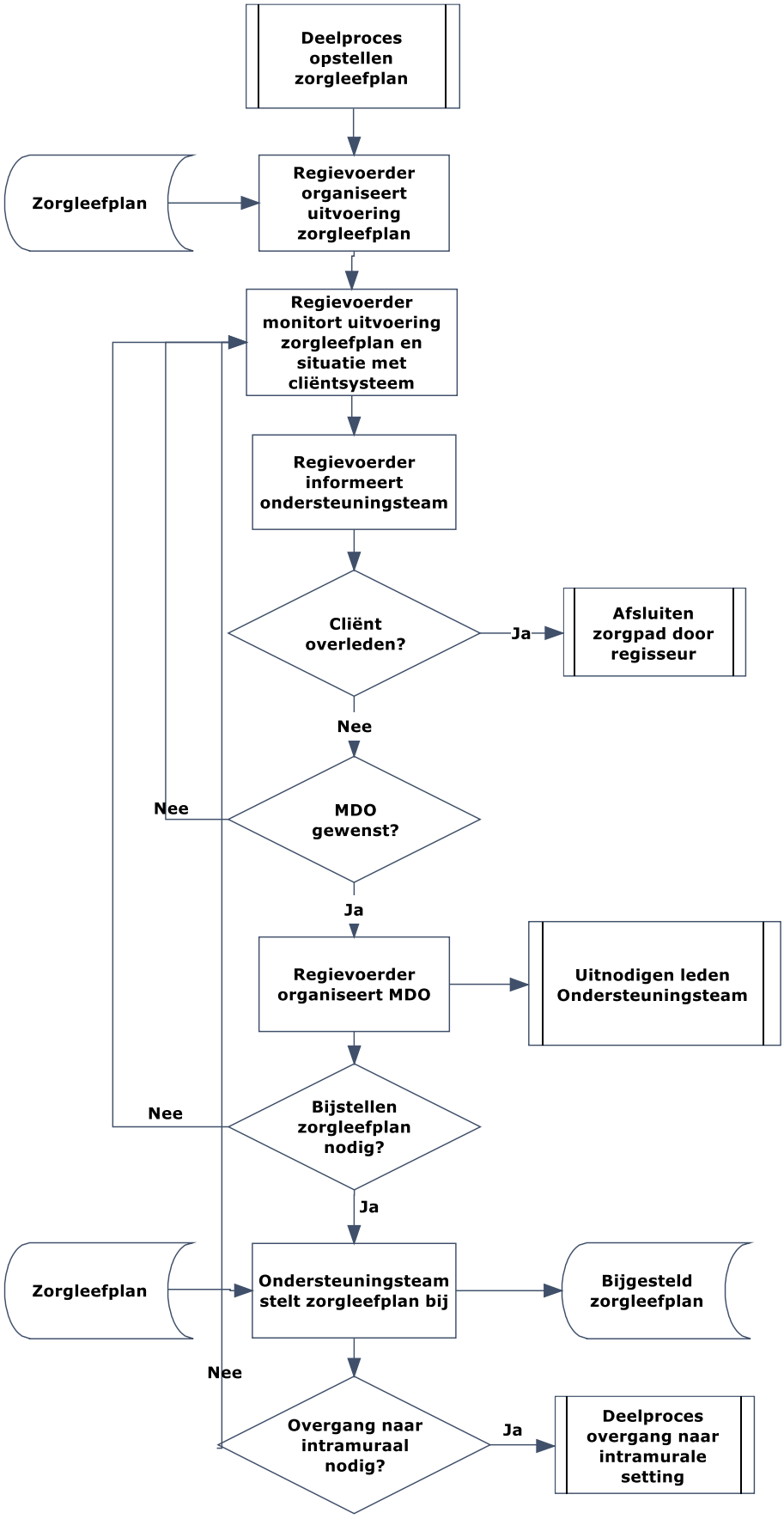
Deelproces diagnosefase



Deelproces opstellen zorgleefplan



Deelproces uitvoeren zorgleefplan



Bijlage II: Een businesscase

De inhoud van de businesscase
Bij dit voorstel voor een vernieuwde dementieketen in Rivierenland hoort een businesscase. Daarin moeten de kosten en de opbrengsten van het voorstel inzichtelijk gemaakt worden. Zodanig, dat ze tegen elkaar af te wegen zijn. Daarbij gaat het niet alleen om financiële aspecten. De businesscase moet een beeld geven van:

- De verbetering van de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun mantelzorgers
- De capaciteit (o.a. formatie) die nodig is om de toekomstige zorgvraag aan te kunnen (trendmatig stijgend aantal inwoners met dementie en steeds langer thuis wonen van mensen met dementie)
- De efficiëntievoordelen die de intensievere en meer gestroomlijnde samenwerking oplevert (o.a. door de getrapte aanpak, ICT, bredere kennis over dementie)
- De besparingen die mogelijk zijn doordat crisissituaties minder vaak voorkomen en opname in een woonvorm wordt uitgesteld
- De formatie die nodig is om de dementieketen te coördineren, voortdurend te verbeteren en te innoveren

Het aantal mensen met dementie in Rivierenland in 2020
TNO en Alzheimer Nederland schatten dat er in 2020 in Rivierenland 3.440 mensen zijn met dementie. Dit zijn alle mensen met dementie in de regio met en zonder diagnose en ongeacht of ze thuis wonen of in een woonvorm. Alzheimer Nederland en Menzis schatten dat 70% van de mensen met dementie thuis woont en 30% in een woonvorm. Voor Rivierenland betekent dit naar schatting 2.408 mensen thuis en 1.032 mensen opgenomen in een woonvorm (NB: SZR heeft ongeveer 200 PG bedden. Dus mogelijk een fors tekort.).
Dementie is een complexe aandoening. Het is een progressieve ziekte die volgens de officiële schatting van VWS gemiddeld 8 jaar na diagnostiek duurt. Daarvan zou gemiddeld 6 jaar in thuissituatie worden doorgebracht en gemiddeld 2 jaar intramuraal, in een woonvoorziening. NB: In Rivierenland lijkt de gemiddelde verblijfsduur in intramurale woonvoorzieningen sterk af te nemen en inmiddels circa 1,5 jaar te bedragen.

De businesscase is beschreven in een separaat document.

Bijlage III: Implementatieplan (contouren)

Stap	Mogelijke planning
Inrichten besturingsorganisatie • Bestuurlijke afstemming • Uitbreiden regiegroep • Benoemen begeleidingsgroep	Juli
Afstemmen met Menzis en andere zorgverzekeraars • Bespreken en aanscherpen voorstel en businesscase • Maken meerjarenafspraken • Contracteren	Juli - oktober
Afstemmen met de gemeenten • Bespreken en aanscherpen voorstel en businesscase • Maken meerjarenafspraken • Contracteren	Juli - oktober
Communiceren binnen dementieketen i.o. • Opstellen intern communicatieplan • Volgens plan communiceren binnen STMR, Zorgcentra De Betuwe, SZR, Zorggroep Gelders Rivierenland, ECT, ZRT	Vanaf 13 juni
Communiceren met de regio • Opstellen extern communicatieplan • Volgens plan communiceren met cliënten/patiëntenorganisaties, overige betrokken organisaties en bevolking Rivierenland • Publiekscampagne	Vanaf november
Inrichten ICT ondersteuning • Ontwikkelen en implementeren Single Sign On • Inrichten regionale database cliënten/patiënten met dementie	Augustus - juni 2018
Organiseren domotica • Bepalen welke inzet van domotica de dementieketen wil bevorderen • Organiseren financiering, beschikbaarheid en servicelevel • Opstellen promotieplan	September - december
Meten en evalueren • Definiëren criteria, indicatoren, normen (kwaliteit, kosten, samenwerking) • Opstellen meet- en evaluatieplan • Inrichten registratie en meetpunten	Oktober - december en verder
Arbeidsmarktbeleid • Definiëren benodigde formatie (kwalitatief, kwantitatief) voor dementieketen • Aansluiten bij arbeidsmarktbeleid samenwerkende partners	Vanaf oktober
Deskundigheidsbevordering en innovatie • Inventariseren verschil tussen benodigde en aanwezige deskundigheid • Prioriteren thema's deskundigheidsbevordering • Inrichten en uitvoeren modules (blended e-learning, training, coaching) • Inrichten kennisplatform en innovatiestructuur	Vanaf oktober
Versterken samenwerkingscultuur • Delen visie • Voorbeeld gedrag • Successen vieren	Vanaf 13 juni

Bijlage IV: Triageprotocol inzet gespecialiseerd verpleegkundige dementie

De inzet van de gespecialiseerd verpleegkundige dementie is afhankelijk van factoren die de complexiteit van de casus bepalen en kan nodig zijn indien sprake is van een complexe doelgroep die specialistische kennis vereist. Daarnaast kunnen de huisarts en de wijkverpleegkundige naar behoefte advies vragen aan de gespecialiseerd verpleegkundige.

Factoren voor complexiteit

1. De ernst van de dementie. Gebruikt instrument: CDR afkap voor inzet 1, of Reisberg schaal (is genuanceerder en bekend bij de specialisten ouderengeneeskunde)
2. De mantelzorg
   - De intensiteit van behoefte aan ondersteuning van de mantelzorg
   - De ernst van de ervaren overbelasting (BURDEN)
   - Het ontbreken van een mantelzorgsysteem
   - Het ontbreken van een adequaat mantelzorgsysteem/ systeemproblematiek (bijvoorbeeld kwetsbare mantelzorger, mantelzorgers met psychiatrisch ziektebeeld, verstandelijke beperking, jonge kinderen/ adolescenten, middelenmisbruik bij mantelzorgers)
   - In geval van ontspoorde mantelzorg of ouderenmishandeling
3. De aanwezigheid en de ernst van gedragsproblemen/ neuro psychiatrische problemen (z.g.n. BPSD Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia) in relatie met ervaren emotionele belasting van de mantelzorger

Complexe doelgroepen

- Jonge mensen met dementie
- Zeldzame vormen van dementie zoals; Creutzfeld Jacob, en andere vormen van dementie
- Erfelijke vormen van dementie
- Mensen met Fronto Temporale dementie
- Mensen met Lewy Body dementie
- Mensen met Korsakow dementie
- Co-morbiteit met psychiatrisch ziektebeeld (verslaving, stemmingsstoornissen, autisme, persoonlijkheidsproblematiek)
- Zorgmijders en mensen die overlast veroorzaken t.g.v. hun dementie (inzet GVPD kan hier al bij vermoeden van dementie= toeleiding naar diagnostiek en zorg)

Bijlage V: Triageprotocol inzet specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater en neuroloog

Indicaties voor verwijzing door de huisarts naar de specialist ouderengeneeskunde voor aanvullende ziektediagnostiek bij cognitieve stoornissen zijn:

- onzekerheid omtrent het bestaan van dementie;
- diagnostiek bij mensen die geen Nederlands spreken;
- evt. bij behoefte aan een nosologische diagnose; Hier heeft de klinisch geriater of neuroloog ook een belangrijke rol.
- bijkomende ernstige psychiatrische ziekte

Indicaties voor verwijzing door de huisarts naar de geheugenpoli (**neuroloog**) voor aanvullende ziektediagnostiek zijn:

- Dementie op jonge leeftijd
- Recent hoofdletsel, met name in geval van een stollingsstoornis of gebruik van anticoagulantia
- Recente voorgeschiedenis van maligniteit
- Nieuwe onverklaarde mictiedrang of urine-incontinentie in combinatie met een loopstoornis
- Atypisch beloop, vermoeden van frontotemporale dementie, Lewy-Body-dementie of Parkinsondementie (deze ziektebeelden hebben ook vaak neurologisch en/of beeldvormend onderzoek nodig
- Nieuwe focale neurologische uitval, bewegingsstoornissen, epilepsie de novo, parese etc
- forse toename van de cognitieve stoornissen binnen twee maanden

Indicaties voor verwijzing door de huisarts naar de klinisch geriater voor aanvullende ziektediagnostiek zijn:

Aan geriaters gevraagd welke dit in hun optiek zijn.

PM: bij cliënten met een verstandelijke beperking wordt diagnostiek gedaan door de orthopedagoog in samenwerking met de arts voor verstandelijk beperkten (AVG arts). Deze clienten begeven zich veelal hun hele leven in dit ‘circuit’.

Bijlage VI: Kennisoverdracht door de Gespecialiseerd Verpleegkundige Dementie

De gespecialiseerd verpleegkundige dementie heeft tot taak om de deskundigheid van de gehele dementieketen te bevorderen:.

Vergroten van de kennis van POH en wijkverpleegkundige

- Zorgvragen gerelateerd aan dementie die de eigen expertise van de POH of WV overstijgen (naar eigen beoordeling of in overleg met SO)
- Coaching (on the job) van POH/ wkpvk
- Casuïstiek bespreking in MDO HA (op vraag HA)
- Periodiek overleg met POH/wkpvk op casuïstiekniveau

Vergroten van de kennis van mantelzorgers, medewerkers 0e en 1e lijn, vrijwilligers en burgers

- Teamcoaching thuiszorgteams
- Consultatie wijkteams, 0e en 1e lijns medewerkers
- Coaching van 0e lijn medewerkers/casuïstiek-besprekingen
- Voorlichting aan diverse 0e en 1e lijns-teams op gebied van dementie
- Participatie Alzheimercafé
- Participatie werkgroepen met betrekking tot implementatie zorgpad dementie

Bijlage VII: Gevaarcriteria

Volgens de wet kan gevaar voor zichzelf bestaan uit het gevaar dat betrokkene zichzelf van het leven zal beroven of zichzelf ernstig letsel zal toebrengen, het gevaar dat betrokkene maatschappelijk te gronde zal gaan, het gevaar dat betrokkene zichzelf in ernstige mate zal verwaarlozen, of het gevaar dat betrokkene met hinderlijk gedrag de agressie van anderen zal oproepen. Deze opsomming is niet limitatief en door jurisprudentie en aanvullende wetgeving met specifieke voorbeelden aangevuld. Er is bijvoorbeeld ook zeker sprake van gevaar als mensen met ernstige psychiatrische stoornissen vanwege het ontbreken van ziektebesef behandeling weigeren, waardoor zij mogelijk onherstelbare schade oplopen. Volgens de wet kan gevaar voor anderen bestaan uit het gevaar dat betrokkene een ander van het leven zal beroven of hem ernstig letsel zal toebrengen, het gevaar voor de psychische gezondheid van een ander, of het gevaar dat betrokkene een ander, die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen. Gevaar kan ook inhouden gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen. Ook deze opsomming is niet limitatief.

Observatie gevaarcriteria in thuissituatie

- **Dwalen**

Observatie	**zie rapportage datum:**
Tijdstip dwalen	
Hoe verlaat cliënt het huis	
Cliënt kan zelf weg naar huis terug vinden	
Cliënt kan zelfstandig deur openen	
Cliënt draagt gepaste kleding en schoeisel	
Cliënt kan veilig deelnemen aan het verkeer	

- **Zelfzorgtekort m.b.t. vocht en voeding**

Observatie	**zie rapportage datum:**
Gewichtscontrole	
Observatie vocht en voedingsintake	
Koelkast controleren op levensmiddelen	

- **Zelfverwaarlozing, cliënt weigert hulp bij ADL**

Observatie	**zie rapportage datum:**
Persoonlijke verzorging	
Woonomgeving	

- **Mantelzorg en thuiszorgmedewerkers**

Observatie	**zie rapportage datum:**
Fysiek dreiging/geweld	
Verbaal dreiging/geweld	
Toegang zorgmedewerkers weigeren	

- **Gevaar omgang met materialen**

Observatie	**zie rapportage datum:**
Gas	
Elektrische apparatuur	
Roken	
Vuur	

Bijlage VIII: Een mogelijke opzet van de publiekscampagne

Publiekscampagne bewustwording dementie

Aanleiding
Mensen wonen steeds langer thuis. Daardoor wonen er ook steeds meer mensen thuis die dementie ontwikkelen. Dat betekent dat, anders dan 15 jaar geleden toen mensen met dementie vooral en eerder in zorginstellingen woonden, mensen met dementie ook langer deel uitmaken van de samenleving. Ze blijven thuis wonen, doen boodschappen of bezoeken een sportschool. In de (ouderen)zorg zijn medewerkers en vrijwilligers bekend met de signalen van (beginnende) dementie. Buiten de zorgsector is die bekendheid er minder. Het herkennen van dementie kan lastig zijn; vergeetachtigheid, taalproblemen, minder besef van tijd en problemen met dagelijkse handelingen hoeven los van elkaar namelijk niet altijd te betekenen dat iemand (beginnende) dementie heeft. Maar het kán wel. Het niet of laat herkennen van dementie kan leiden tot wederzijds onbegrip. En in sommige gevallen van dementie kan het op tijd starten met medicatie het proces vertragen.

Doelstelling
Meer bewustwording realiseren over het feit dat steeds meer mensen met dementie langer onderdeel uitmaken van de lokale samenleving. Informeren over de signalen en het ondersteuningsaanbod.

Doelgroepen
Primaire doelgroepen in de regio Rivierenland:
- Bedrijven
- Inwoners:
    - Familieleden en mantelzorgers
    - Omwonenden
- Gemeenten
- Medewerkers van bedrijven en overheidsinstellingen
- Andere overheidsinstellingen met publieke functie

Intermediaire doelgroepen in de regio Rivierenland:
- Gemeenten
- Verwijzers: zoals huisartsen, therapeuten, praktijkondersteuners
- Wijkteams

Boodschap
Herken de signalen van dementie
Verder uit te werken per doelgroep.

Plan van aanpak
Uitrol van de landelijke campagne van www.samendementievriendelijk.nl en mogelijk aanvullen met nieuwe activiteiten/middelen.

Middelen

Middel	Doelgroep	Uitvoering	Materiële kosten	Uren
Advertenties	Alle	Per doelgroep verschillende advertenties in: - HAH - Dagbladen - Abri's - Bushokjes - Bussen - Sociale media - Websites - Gemeentegidsen	> €80.000	
Free publicity	Alle	Per doelgroep free publicity in/op: - HAH - Dagbladen - Sociale media - Websites		
Flyer/folder	Alle primaire doelgroepen	Herken de signalen; flyer/folder verspreiden via intermediaire doelgroepen.	> €10.000	
Folder/brochure	Alle intermediare doelgroepen	Benoemen rol, invloed en belang bij het bewerkstelligen van bewustwording bij primaire doelgroepen.	> €5.000	
Dementietest op locatie	Alle	In alle gemeenten een reizende bus/stand die op markten of in supermarkten staat waar je kunt testen wat je weet over dementie.	> €50.000	
Promotiematerialen overig	Alle	Bijvoorbeeld pull-up banier, give-aways.	> €8.000	
Deelname aan beurzen/evenementen	Alle	Standhuur/reiskosten	> €4.000	
Film/samenwerking TV Gelderland	Alle	Film over effect van bewustwording/vergroten kennis dementie. Of programma met ervaringsverhalen.	> €25.000	

Nb. Planning, kosten en uren zijn afhankelijk van gekozen middelen en strategie

Looptijd

Publiekscampagne loopt in ieder geval 12 maanden.

Bijlage IX: Inventarisatie beschikbare domotica

Beweging sensor:
Mogelijkheden: leefstijlmonitoring cliënt, automatisch lampen/verwarming aan/uit schakelen.
Nadelen: Werkt niet bij meerdere bewoners.

Deur/raam/kast sensor:
Mogelijkheden: Leefstijlmonitoring, dwaaldetectie (simpel).
Nadelen: Meet alleen of deur/raam/kast open/dicht gaat, niet of iemand ook daadwerkelijk door de deur heen gaat. Werkt niet bij meerdere bewoners.

Polsband met locatie bepaling (GPS).
Mogelijkheden: locatie bepaling in/uit huis. Precieze locatie bepaling mogelijk
Nadelen: Polsband is vaak groter/logger. Batterij gaat beperkt mee (moet opgeladen worden). Moet cliënt wel om doen.

RFID chip voor dwaaldetectie.
Mogelijkheden: Locatiebepaling voor ruimtes. Kan ik schoen (kleding) van cliënt
Nadelen: cliënt moet schoen wel aandoen. Deurmat nodig om RFID te detecteren. Geeft alleen aan wanneer cliënt bv. Ruimte verlaat, geen precieze locatie monitoring mogelijk

Deurmat Sensor
Mogelijkheden: Dwaaldetectie
Nadelen: Geeft alleen alarm als cliënt op mat staat. Werkt niet bij meerdere bewoners. Geen precieze locatie monitoring mogelijk

Alarmering.
Mogelijkheden: Cliënt kan met druk op de knop een alarm maken (incl. spreekluister verbinding)
Nadelen: Cliënt moet knop wel bij zich hebben. Geen locatie bepaling. Werkt alleen met alarmeringskastje (bv. Lifeline van Tunstall) en koppeling met alarmeringspartij (persoon moet gesprek aannemen).

Valdetectie sensor:
Voordelen: automatisch alarm zodra val gedetecteerd word. Ook geschikt om te gebruiken als handmatige alarmering.
Nadelen: Cliënt moet sensor bij zich hebben. Vrij groot.

Treksensor alarmering.
Voordelen: kan op vaste plek bij bv. WC/douche (cliënt hoeft geen knop bij zich te dragen).
Nadelen: Kan alleen op vaste plek

Temperatuur sensor.
Mogelijkheden: temperatuur meting in keuken (als rookmelder niet mogelijk is) ter alarmering
Nadelen: Meet alleen temperatuur

CO2 sensor.
Mogelijkheden: CO2 alarmering voor in keukenwoonkamer

Nadelen: Meet alleen CO2

Gaslek sensor.
Mogelijkheden: meten of er gas aanwezig is (in bv. keuken) en automatisch gas uitschakelen d.m.v. gasschakelaar

Gas Schakelaar.
Mogelijkheden: open/dicht schakelen van de gasleiding (bv. gekoppeld aan gaslek sensor/bewegings sensor).

Slaap detectie
Mogelijkheden: slaap detectie, is iemand in bed. Incl. hartslag en ademhaling monitoring (bv. interessant voor epilepsie)
Nadelen: Werkt niet bij meerdere bewoners

Stoel druk sensor
Mogelijkheden: leefstijl monitoring.
Nadeel: Werkt niet bij meerdere bewoners

Camera (incl. beweging & geluid).
Voordelen: Externe controle bij melding. Geluidsdetectie (bv. ’s nachts). Dwaaldetectie.
Nadelen: Privacy

Akoestische monitoring
Voordelen: ’s nachts monitoring van slaapkamer (minder privacy gevoelig)
Nadelen: meet alle geluiden, kans op valse melding groter (bv. vrachtwagen door straat laat alarm afgaan)

Compaan (tablet voor oudere)
Mogelijkheden: Beeldverbindingen, Agenda, spelletjes gericht op ouderen (dementie, etc). direct contact met mantelzorg/zorg
Nadelen: Cliënt moet hier mee om kunnen gaan.

Automatische medicatie uitgifte.
Voordelen: zorg hoeft niet langs te komen om elke dag medicatie te geven. Controle of gebruiker medicatie pakt op vastgestelde tijden.
Nadelen: Cliënt moet medicatie wel innemen (geen controle of medicatie bv. weggegooid word)

Elektronisch deur slot.
Voordelen: Zorg kan met mobiel apparaat deur van cliënt openen. Geen sleutel meer nodig.
Nadelen: Prijzig (abonnement), rechten toekennen via externe partij. Geschikt mobiel apparaat nodig om te kunnen gebruiken.

Automatische verlichting.
Voordelen: verlichting aanpassen naar tijdstip (overdag fel, ‘s nachts zwak), op beweging of tijd of schakelaar.
Nadelen: Inrichten

Automatische gordijnen
Voordelen: Gebruikers gemak
Nadelen: koppelen aan centraal systeem (kennis techniek)

Automatisch raam openen
Voordelen: Gebruiker hoeft niet bij lastig bereikbare plekken te komen. Op tijd en beweging aan te sturen (ook op temperatuur in zomer)
Nadelen: koppelen aan centraal systeem (kennis techniek)

Robotica

Snoezelrobot
Voordelen: welzijnsverbetering cliënt. goedkoop
Nadeel: geen intelligentie of mogelijkheden monitoring

Aibo
Voordelen: welzijnsverbetering cliënt. Monitoring (d.m.v. camera, geluid). Speelmogelijkheden met bv. bal
Nadelen: Duur

Buddy Robot:
Voordelen: interactief. Mogelijkheden tot beeldbellen. Verhalen voorlezen. Programmeerbaar. Bewegingsdetectie. Medicatie controle
Nadelen: relatief duur (700 dollar), nog in testfase

Zora Robot:
Voordelen: interactief. Mogelijkheden tot beeldbellen. Verhalen voorlezen. Programmeerbaar. Bewegingsdetectie. Medicatie controle. Sport ondersteuning
Nadeel: Duur 5000+

Asimo (Honda).
Voordelen: interactief. Verhalen voorlezen. Programmeerbaar. Bewegingsdetectie. Medicatie controle. Sport ondersteuning. Zeer intelligent. Mobiel.
Nadelen: Heel duur (€ 250,000), complex.