

Transitieplan keten dementie regio Arnhem e.o.

Inleiding: feiten en cijfers

De komende jaren zullen het aantal kwetsbare ouderen en cliënten met dementie in de regio fors toenemen*1.

Dit betekent dat het aantal cliënten en mantelzorgers die hulp nodig hebben nu in de toekomst een beroep zullen doen op hulp en ondersteuning. Vanuit dit oogpunt zullen alle mantelzorgers, hulpverleners, welzijnswerkers en vrijwilligers nodig zijn om aan deze cliënten ondersteuning te kunnen bieden. Gezien de ontwikkeling in de vergrijzing in de regio en de groeipercentages van het aantal cliënten met dementie, is dit geen eenvoudige opgave (cijfers zie bijlage 1).

Samenwerking

De afgelopen jaren is in samenwerking met alle ketenpartners Dementie gewerkt aan het verbinden en samenwerken in de keten. De expertise die de afgelopen jaren is opgebouwd is van grote waarde voor in de cliënt en mantelzorg maar ook voor de ketenpartners onderling. Binnen de keten wordt gezamenlijk gezocht naar verbinding en het oplossen van problemen. Aangezien bijna alle ketenpartners van de regio met elkaar vergaderen en aan tafel zitten is dit een levelplaying field wat gezien de transities in de zorg van belang is te handhaven. Ten eerste voor het kennisnetwerk wat aanwezig is bij alle ketenpartners. Door de transities in de zorg zullen taken en financieringsvormen verschuiven en kan gezocht worden naar kennisdeling en borging van kennis in aansluitingen op het lokale netwerk. Daarnaast is, naast de expertisefunctie, de kracht om naar oplossingen te zoeken in een terugtrekkende markt, een belangrijke functie. Steeds meer cliënten zullen geholpen moeten worden met minder geld. Dit vraagt creativiteit en out of the box denken om tegemoet te kunnen komen aan de toenemende vraag. Daarnaast kunnen ook in onderlinge samenspraak grenzen in de zorg/hulpverlening worden vastgesteld om onduidelijkheid te creëren en escalaties te voorkomen.

Als derde kan benoemd worden dat de keten het gezamenlijk optrekken richting de steeds groter wordende groep financiers van belang is om de gerealiseerde oplossingen voor het voetlicht te brengen en te promoten. De registratieveranderingen, de nieuwe financieringsvormen en benodigde werkwijzen kunnen in gesprek met elkaar ontwikkeld en uitgelijnd worden. Aangezien de wet- en regelgeving tussen de verschillende ketenpartners ook de komende jaren drastisch gaat veranderen, is een herijking van de visie van de keten Dementie nodig en zal de keten een doorontwikkeling moeten maken naar een meer generalistische visie en zich ontwikkelen naar een keten van Kwetsbare Ouderen. Doelstelling is om dit door te zetten naar 2015/2016. Er zal hiervoor een apart project ingericht worden. De volgende paragraaf schets het beoogde netwerk.

Regionaal Kennis en Expertisecentrum Kwetsbare Ouderen

Het regionaal kennis en expertisecentrum kwetsbare ouderen functioneert als onafhankelijk werkende regionaal expertisecentrum².

**1 Kwetsbaarheid, ook wel broosheid of frailty, staat voor gelijktijdige afname op meer gebieden van het vermogen om weerstand te bieden aan fysieke en psychische belasting en bedreigingen door omgevingsinvloeden (definitie afkomstig uit "module Voorbereiding op de zorg voor kwetsbare ouderen-Menzis).*

**2 Kaders Zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2016 Menzis., pag. 15 staat: Eventuele strategische partners moeten zich committeren aan de vorming van onafhankelijk werkende, regionale expertisecentra. Hier kunnen specialistische (geriatrische) functies worden ondergebracht voor de hele regio. Deze centra zijn er dus ook voor medewerkers en klanten van andere thuiszorgaanbieders. Functies zijn bijvoorbeeld dementieconsulenten, stomaverpleegkundigen, wondverpleegkundigen etc.*

Het regionaal expertisecentrum bevordert de uitwisseling van kennis en expertise ten behoeve van cliënten, mantelzorgers en hulpverleners in het betreffende gebied Arnhem en omstreken³. Dit met als doelstelling dat (kwetsbare) ouderen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen functioneren in hun eigen omgeving.

Het kennisnetwerk is voor meerdere groepen werkzaam:

- het expertisecentrum heeft een absoluut toegevoegde waarde voor de cliënt, de kwetsbare oudere en de mantelzorg(ers);
- de professionals en vrijwilligers gebruiken gegevens van het expertisecentrum in hun dagelijks werk;
- prioriteit heeft de behoefte aan ondersteuning van ouderen die nu niet meer in het verzorgingshuis/verpleeghuis terecht komen.

De functies van het regionaal expertisecentrum zijn:

1. Regionaal kennis en expertisecentrum voor de regio Arnhem;
2. Uitwisselen van kennis en expertise;
3. Uitwisseling en afstemming tussen de verschillende ketens;
4. Landelijke afstemming met expertisecentra en regionale ketens;
5. Het ontwikkelen van kennis en expertise door regionale visieontwikkeling en het ontwikkelen van tools voor ketenpartners voor implementatie;
6. Het zoeken van oplossingen voor door de ketenpartners ervaren belemmeringen in de lokale zorg, die voortkomen vanuit regionaal of landelijk beleid (uitgaande van de bestaande ketenpartners Dementie).

Ad.1 Regionaal kennis en expertisecentrum voor de regio

Het regionaal kennis en expertisecentrum is een onafhankelijk expertisecentrum die voor alle ketenpartners in de regio werkt. Via een website wordt de sociale kaart van de regio getoond en kunnen alle ketenpartners, zorgaanbieders en welzijnsorganisaties hun expertise en behandelmethoden inbrengen. Alle voorzieningen voor kwetsbare ouderen worden in beeld gebracht en zijn laagdrempelig voor iedereen inzichtelijk. Naar alle websites van ketenpartners kan worden doorgelinkt.

Het netwerk brengt de normale veroudering in beeld maar ook de geriatrische problematiek. Door de functie van deze website, de gegevens die digitaal worden aangeleverd, is snel consultatie mogelijk zodat de expertise die in de regio voorhanden is snel gevonden kan worden door telefoonnummers te vermelden en e-mailadressen. Belangrijk hierbij is dat de informatie makkelijk te vinden moet zijn en goed toegankelijk is voor een ieder. De gewenste situatie is dat er altijd, 24 uur x 7 dagen, een beroep gedaan kan worden op dit expertisecentrum. Ook telefonisch kan informatie worden ingewonnen door buiten kantooruren telefoonnummers te koppelen. Er is ook een telefonische helpdesk voor meer directe ondersteuning van kwetsbare ouderen, cliënten en mantelzorgers.

Ad.2 Uitwisseling van kennis en expertise

Onderling in de keten worden er 6 netwerkbijeenkomsten per jaar georganiseerd waarbij kennisverspreiding van expertise voor iedereen beschikbaar is. Dit kunnen bijeenkomsten zijn die gericht zijn op medewerkers maar ook op cliënten en mantelzorgers en andere ketenpartners. Met deze bijeenkomsten kan expertise onderling maar ook met het lokale netwerk worden gedeeld. Denk hierbij juist aan de wijkteams.

Kennisverbreding is bij de bijeenkomsten het uitgangspunt zodat steeds meer mensen kennis hebben van kwetsbaarheid en de mogelijkheden die binnen welzijn/zorg zijn en kennis die hierover is. Er wordt ook gebruik gemaakt van wetenschappelijke kennis zodat met de diensten van welzijn en zorg een verbinding wordt gelegd.

Trainingen en scholingen worden door het netwerk ontwikkeld en opgezet als zij op basis van analyse, een meerwaarde hebben t.o.v. al bestaande trainingen of een vraag invullen die binnen het netwerk signaleerd is, die anderszins geen invulling kent.

³ Later nader te bepalen gebied. Nu uitgaand van het gebied van de keten dementie

Bij deze scholingen wordt uitgegaan van de eigen kracht wat inhoudt dat het netwerk zoveel mogelijk eigen expertise inzet bij deze ontwikkeling. Tevens worden er inleidingen verzorgd door landelijke- en buiten de regio aanwezige stakeholders. Wetenschappelijke ontwikkelingen en regionale/lokale ontwikkelingen zijn onderdeel van deze bijeenkomsten.

Ad. 3 Uitwisseling en afstemming tussen de verschillende ketens

Er zijn verschillende ketens werkzaam in de regio (denk aan de palliatieve keten, keten CVA, COPD, Diabetes, GRZ etc.). Elke keten heeft zijn eigen kennis en expertiseniveau. Door af te stemmen over raakvlakken en samen te werken binnen het netwerk, kunnen verbeteringen worden aangebracht en efficiency in overleggen worden ingeregeld. Ook kan een eenduidige werkwijze worden ingericht bijv. voor bereikbaarheid of vindbaarheid op websites. Het samen afstemmen levert op cliëntniveau versnelling op van aanmeldprocedures en hulpinzet, samen met de inzet van diensten op het juiste deskundigheidsniveau.

Ad. 4 Landelijke afstemming met expertisecentra en regionale ketens

Landelijke afstemming met kennis en expertisecentra is nodig om de voortgang en verbeteringen in welzijn en zorg te volgen. Ook kan in samenspraak met enkele regionale ketens samen zaken worden uitgewerkt. Niet overal hoeft het wiel zelf te worden uitgevonden. Op deze wijze kan de versnelling van ontwikkeling voor het eigen expertisecentrum worden verkregen.

Daarnaast zal worden samengewerkt met bestaande kennisnetwerken en kennisinstututen op het gebied van de zorg voor kwetsbare ouderen, bijv. het UKON.

Ad. 5 Het ontwikkelen van kennis en expertise door regionale visieontwikkeling en het ontwikkelen van tools voor ketenpartners voor implementatie

Als ontwikkeling en verdieping van de kennis wordt een regionale visie ontwikkeld die sturing geeft aan de transities en geldstromen volgt in de regio. Op deze wijze krijgen de ketenpartners handvatten om de zorg via deze lijnen lokaal uit te werken, hoe divers de verschillen in gemeenten en teams lokaal ook zijn.

Onder de ontwikkeling van de regio visie behoort ook breder toegankelijk maken bijv. van Ambulante Geriatrische Teams (AGT). Denk hierbij ook aan polifarmacie en comorbiditeit/multimorbiditeit. Het is van belang deze specialistische kennis en expertise in thuiszorgorganisaties mogelijk te maken teneinde cliënten en mantelzorgers optimaal te ondersteunen. Dit regionaal expertiseteam met kennis en expertise vanuit de verpleeghuizen is ook 'achtervang' voor sociale wijkteams.

Daarnaast zijn kennis over ergonomie en technologie gericht op mobiliteit en het zo lang mogelijk zelfstandig wonen van ouderen, van belang.

Ad. 6 Het zoeken van oplossingen voor door de ketenpartners ervaren belemmeringen in de lokale zorg, die voortkomen vanuit regionaal of landelijk beleid

Denk hierbij aan registratieperikelen, declaratiebeleid en het wel/niet in onderaannemerschap werken en de taakverdelingen onderling.

Via gegevens vanuit de landelijke koepels wordt informatie ingewonnen. Er wordt bij knelpunten vanuit het netwerk gezocht naar oplossingen die daarbij aansluiten. Verder zijn een denktank binnen het netwerk of meedoen aan gezamenlijke (onderzoek)projecten mogelijkheden voor het regionaal en lokaal inrichten van oplossingen. Het samen hierin optrekken ook naar de financiers van de lokale ketenpartners heeft een meerwaarde door de gezamenlijke problemen en krachten te bundelen en een voorzet te doen voor oplossingen. Het expertisecentrum kan als vertegenwoordiging dienen naar (boven)regionale instanties. Het kan als gesprekspartner dienen voor gemeenten en verzekeraars.

Bijdrage van ketenpartners

De bijdrage die de ketenpartners inbrengen in de huidige opzet betreft het leveren en inzetten van tijd, kennis en expertise die bij de eigen organisatie aanwezig is en daarbij de

bereidheid om deze kennis en expertise te delen. Daarnaast het eventueel inzetten van medewerkers gezien de gevraagde ontwikkelingen (evt. ook op basis van subsidies). Gezien het aanvragen van huidige subsidies kan ook een eigen inzet en financiële bijdrage worden gevraagd van ketenpartners. Hierbij is van belang de kosten van de ketenpartners inzichtelijk te maken met de bijbehorende revenuen.

Op dit moment investeren alle ketenpartners in de regio in ketens en de doorontwikkeling van de eigen organisatie inspeland op de snel veranderende omgeving. Door krachten te bundelen en samen zaken uit te werken kan efficiency behaald worden. Ook kan door kennis te delen en krachten te bundelen integraal de verantwoordelijkheid worden opgepakt richting verantwoording en financiers.

Het transitiegeld wat aangevraagd wordt zal voor 2015/2016 dienen om de verandering in te zetten en de implementatie van een regionaal expertisecentrum mogelijk te maken.

Doelstelling hierbij is om dit te continueren ook naar de toekomst toe. De expertise en kennis van welzijn en zorg dient voor iedereen laagdrempelig beschikbaar te blijven.

In 2017 zal het expertisecentrum gedragen worden vanuit de (co)financiering van alle ketenpartners. Hiertoe zal een verdeelsleutel ontwikkeld worden met de dan aanwezige ketenpartners en stakeholders. Dit omdat het samen realiseren van kwaliteit, bereikbaarheid en het opzetten van visie en het inregelen van implementaties, doelmatiger te organiseren is. Op deze wijze krijgt het expertisecentrum vorm: het verdient zich als het ware terug ten behoeve van de regio en staat in dienst van de regio.

In aansluiting op de Keten Dementie

Het kennis en expertisecentrum wordt opgebouwd in aansluiting op de keten dementie en hoe deze is georganiseerd in (sub)regio's. Er wordt aangesloten bij de verschillende overleggen in de regio en per (sub)regio wordt een trekker aangewezen die per regio de uitvoering gaat aansturen.

Om verantwoord van Situatie A naar situatie B te kunnen gaan is nodig:

1. Lokale afstemming en organisatie van de inzet van casemanagement:

- Door het organiseren van lokale ontwikkelkracht:
 - Door inzet en het ondersteunen van de casemanager door inzet projectleiding/Alz. Ned. vertegenwoordiging, teneinde het uit te lijnen subregionaal en lokaal niveau per gemeente;
 - Ondersteund door het regionaal samenwerkingsverband (nu nog keten dementie, later kwetsbare ouderen);
- Het organiseren van de capaciteit van casemanagers;
 - Bepalen van de mate en wijze van inzet van casemanagement (bepalen hoeveelheid, subregionale capaciteit, wijze waarop: vanuit een samenwerkingsverband, meerdere zorgaanbieders tegelijk etc.);
 - Bepalen declaratiewijze en verdeelsleutelonderling.

2. Scholing medewerkers sociale domein

- Door scholing kunnen bestaande ketenpartners beter toegerust worden op de nieuwe taak;
- De fases van dementie worden uitgelijnd en de onderlinge verdeling en verwachtingen worden geschetst;
- Door tijdige signalering en ondersteuning van cliënt en mantelzorgers wordt de verbinding behouden met de professionele ondersteuning;
- Door tijdige signalering kan de diagnose voor dementie gesteld worden. Dit dient behouden te worden;
- De verbinding met de (sociale) wijkteams en het Alzheimer Café dient gemaakt te worden;
- Mantelzorgers worden ondersteund door extra scholing Alz. Nederland.
- De scholing voldoet aan het nieuwe uitgelijnde model per gemeenten;
 - Informeren en scholen van het netwerk dementie ten aanzien van basale kennis van het ziektebeeld dementie;

- Het leren signaleren en de do's en don'ts bij dementie;
 - Het leren signaleren van de achteruitgang bij dementie en hoe te handelen (checklist achteruitgang).
3. Communicatie en PR
- Verwijzers en het lokale netwerk zullen geïnformeerd worden over de nieuwe manier en toegang tot ondersteuning en begeleiding;
 - Cliënten en mantelzorgers worden geïnformeerd over de nieuwe vorm van toegang en begeleiding;
 - Via de Alz. Cafés wordt deze nieuwe werkwijze ook toegelicht.
4. Projectontwikkeling richting kennis en expertisecentrum
- Door het uitlijnen van de verschillende verschuivingen binnen de zorg/welzijn en het lokale initiatief komen tot een nieuwe model voor de regio en implementatie hiervan:
 - Door samenwerking en verbinding van het kennisnetwerk;
 - Door het creatief naar oplossingen te zoeken;
 - Door gezien de transitie samen te werken naar de verschillende financiers;
 - Door mogelijke aansluiting andere ketenpartners die nodig zijn bij kwetsbare ouderen/kennis en expertisecentrum;
 - Door een hernieuwde projectopzet en implementatie.
5. Ondersteuning en inzet van het ICT systeem Gino
- Door Gino wordt de verantwoording van de keten mogelijk en hebben ketenpartners, verzekeraars en gemeente stuurinformatie;
 - Gino regelt de onderlinge bereikbaarheid van casemanagers;
 - Gino biedt mogelijkheden voor samenwerking op dossierniveau met verschillende ketenpartners en stakeholders;
 - Gino bouwt een declaratiemodule in voor casemanagement;
 - Door samenwerking in het systeem en op dossierniveau kan de kwaliteit van de hulpverlening worden vereenvoudigd en verbeterd;
 - Door samenwerking in het systeem kunnen efficiency slagen aan beide zijden gemaakt worden;
 - Door samenwerking in het systeem kunnen de declaraties aan de verschillende verzekeraars worden aangeleverd.
6. Inrichten van website kennis en expertisecentrum
- Door de website hebben cliënten en mantelzorgers, naast professionals en vrijwilligers, direct inzicht in de mogelijkheden van Welzijn en Zorg voor kwetsbare ouderen;
 - Laag-drempelig en snel toegankelijk wordt de website aangeboden;
 - Er is een 24 uren bereikbaarheid gerealiseerd telefonisch;
 - Er wordt gebruik gemaakt van alle sociale kaarten Dementie in de regio;
 - Alle ketenpartners geven hun producten aan voor kwetsbare ouderen;
 - Per subregio worden de mogelijkheden aangegeven;
 - Er is een doorlink mogelijk naar alle ketenpartners en alle belangrijke landelijke organisaties;
 - Er is een telefonische bereikbaarheid gerealiseerd tussen de ketenpartners.

Aanvraag Transitiegeld

Om bovenstaande redenen willen wij graag gebruik maken van het aanbod om transitiegeld van Menzis te ontvangen: om een zachte landing bij cliënten mogelijk te maken en de keten in het sociale domein te implementeren. Hiervoor is financiële ondersteuning nodig. Ons inziens is het overgangsjaar hier ook voor bedoeld: om te experimenteren. Gezien het voorgaande wordt het volgende transitiebudget gevraagd:

M.b.t. punt 1: lokaal afstemming en inzet van casemanagement

Voor de projectleiding en ondersteuning in de sub(regio's) €40.000,- wordt gevraagd. Hieronder valt ook de uitlijning van de inzet van casemanagement en subregionale implementatie tussen de drie (sub)projectleiders voor de 11 gemeenten.

M.b.t. punt 2: Scholing in het sociale domein

Alz. Nederland heeft geadviseerd m.b.t. het Jaarplan 2015:

Gezien de transitie van de zorg vinden wij als Alz. Nederland, dat getracht moet worden, ondanks alle veranderingen en indelingen van gemeenten, dat de expertise van dementie zoveel mogelijk geborgd wordt en de mantelzorgers niet de dupe te laten worden van deze veranderingen. Daarom stellen wij voor:

1. Scholing mogelijk te maken voor Dementie voor wijkteams die een deel van de expertise van de casemanager moeten gaan uitvoeren in sommige gemeenten. Denk hierbij mogelijk aan de basiscursus Dementie die nu in de regio draait, met evt. benodigde aanpassingen hierop. Mogelijk is er ook scholing nodig voor wijkteammedewerkers, welzijnsorganisaties en WMO-medewerkers. Ook hiervoor moet scholing worden ingezet om de transitie te laten plaatsvinden en een zachte landing van de cliënt en mantelzorger mogelijk te maken.

Voor het budget dient een inventarisatie plaats te vinden (verwachting is dat minimaal 300 personen zijn). Voor deze scholing wordt €75.000,- aangevraagd.

2. De wijkteams zijn verbonden met de wijk in een gebied. De connectie met de wijkteams en de mogelijkheden van het laagdrempelige Alz. Café, dient nog gemaakt te worden. Verzoek is dit in te regelen samen met de casemanagers die nu plaats hebben in de Alz. Cafés in de regio. Mogelijk passen ook nieuwe werkvormen/hulpverlening en vrijwilligers in dit concept. Voor deze implementatie project wordt € 5.000,- gevraagd.

3. Mantelzorgers worden nu ook door Alz. Nederland laagdrempelig ondersteund met gespreksgroepen. Er draaien er nu drie in Arnhem. Deze worden vergoed door geld van het innovatiefonds van de gemeente Arnhem.

Er worden nu wachtlijsten aangelegd gezien de toestroom van mantelzorgers. Graag extra financiering opnemen in het transitiegeld voor extra scholing van nog 2 of 3 groepen afhankelijk van de toestroom en behoefte aan onafhankelijke ondersteuning.

Voor deze scholing wordt €5000,- gevraagd.

M.b.t. punt 3: Communicatie en PR

Voor dit punt wordt €5000,- gevraagd voor het opstellen en verzenden van de brieven aan ketenpartners en cliënten/mantelzorgers namens de keten. Daarnaast het aanpassen van de tekst van de websites van de verschillende ketenpartners (voorbereiden van tekst en implementatie in de regio). Voor het Alzheimer Café wordt de gezamenlijke presentatie voorbereid en uitgevoerd.

M.b.t. punt 4: Projectontwikkeling richting kennis en expertisecentrum

Door middel van afstemming met verschillende ketenpartners zal in dit project een model voor de regio ontwikkeld worden m.b.t. Kwetsbare Ouderen. De visie van de keten Dementie zal uitgangspunt zijn. Caransscoop zal benaderd worden voor inzicht in financieringsvormen van de huisarts en andere 1^e en 2^e lijnspelers. Andere ketens die ook op deze wijze doorontwikkelen zullen ook benaderd worden voor informatie en advies.

Voor dit project wordt € 75.000,- gevraagd. De implementatie van het model wordt in de regio met regionale en lokale teams en ketenpartners voorbereid en uitgevoerd.

De vastgestelde visie zal uitgangspunt zijn voor de inrichting van het kennis en expertisecentrum en de opzet van de website. De voortgang van het expertisecentrum zal op deze basis verder worden gebouwd. Voor dit project zal een projectopzet ingericht worden voor 2015/2016.

M.b.t. punt 5: Ondersteuning en inzet van het ICT systeem Gino

Voor de inzet van Gino 2015/2016 zal een doorontwikkeling gemaakt moeten worden. De casemanagers worden voor hun trajectbegeleiding door verschillende financiers betaald. Dit

houdt in dat er ook diverse verantwoordingen gevraagd zullen worden en managementinformatie ontwikkeld moet worden buiten de bestaande managementinformatie die er al is. Daarnaast dient een declaratiemodule ingebouwd te worden die zorgt dat aan alle verzekeraars betaald kan worden.

Voor de inzet van Gino en de doorontwikkeling wordt € 70.000,-gevraagd.

M.b.t. punt 6: bouwen van een website

Het virtuele karakter van het kennis en expertisecentrum komt tot uiting in de website. Op deze onafhankelijke website staan naast algemene informatie ook specifieke gegevens van alle ketenpartners. Per subregio zijn alle gegevens vindbaar en makkelijk opvraagbaar door cliënten, mantelzorgers, professionals en vrijwilligers. Belangrijke sites en ketenpartners staan vermeld.

Voor de bouw en inrichting van de website wordt €50.000,- gevraagd.

Totaal € 325.000,-

Namens de keten Dementie Arnhem e.o.,

Drs. A.M. de Ruiter

Juni 2015

Bijlage 1: Feiten en cijfers dementie in de regio Arnhem e.o.

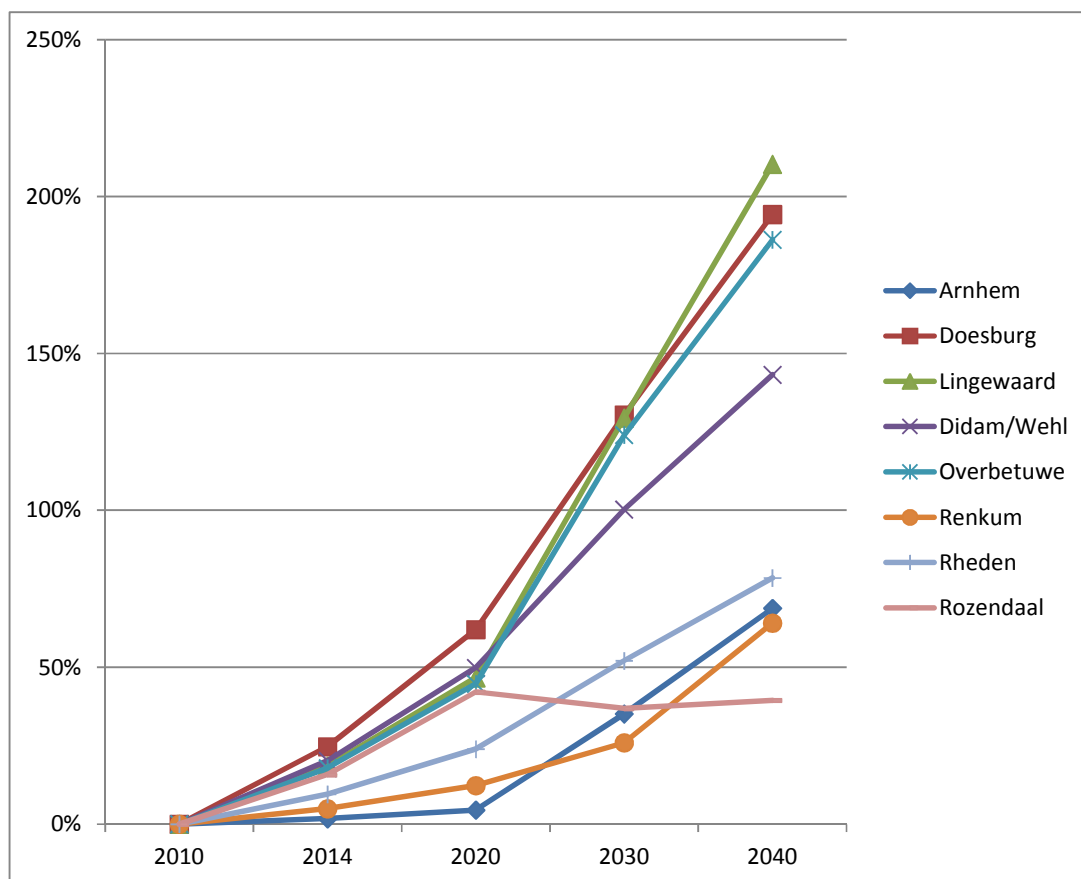


Fig. 1: Groeipercentages cliënten met Dementie in de regio (gebaseerd op aantallen). Bron: Alzheimer Nederland.

Prognose	2010	2014	2020	2030	2040
Arnhem	1846	1878(+102%)	1926(+4%)	2495(+35%)	3116(+69%)
Doesburg	158	197(+125%)	256(+62%)	364(+131%)	465(+195%)
Lingewaard	523	620(+118%)	767(+47%)	1200(+129%)	1623(+210%)
Didam/Wehl	516	620(+120%)	773(+50%)	1034(+100%)	1256(+143%)
Overbetuwe	487	574(+118%)	705(+45%)	1091(+124%)	1394(+186%)
Renkum	813	853(+105%)	913(+12%)	1024(+26%)	1334(+64%)
Rheden	1027	1125(+110%)	1273(+24%)	1562(+52%)	1833(+78%)
Rozendaal	38	44(+116%)	54(+42%)	52(+36%)	53(+40%)
Totaal	5408	5911	6667	8822	11074

Tabel 2: Groeipercentage cliënten met dementie in aantallen en percentages in gemeenten.

Bijlage 2: Situatie 2014 en 2015

Keten dementie

Vanaf 2009 is er vergaand geïnvesteerd in de opzet en de ontwikkeling van de keten dementie. De regio Arnhem was voor deze tijd koploperregio en deed mee in een proeftuin van VWS en Vilans in het kader van het Landelijk Dementie Programma (LDP).

In 2009 werd de keten dementie landelijk uitgerold en werden keten via het LDP vastgesteld en vormgegeven. Via de NZA subsidie werden projectleiding en ondersteuning gefinancierd en deze werd toegekend aan een ketenpartner als trekker van de keten in de regio.

De inzet van de ketenpartners werd vanuit het inkooptraject gelabeld. Vanuit de intramurale en extramurale productie werd een percentage opslag tarief toegekend als gelabeld budget per aanbieder. Dit gelabelde budget moest voor 70% aan casemanagersuren worden ingezet.

Vanaf 2010 zijn er casemanagers van de verschillende ketenpartners in de regio ingezet. Via startmetingen met de huisartsen en de thuiszorgteams werd er aan casefinding gedaan en werden cliënten aangemeld. Tot een maximum van 18,17 FTE zijn er casemanagers ingezet met een doelgroepbereik in de regio van 40,4%.

Situatie 2014, voor de transitie

Volgens de cijfers van Alzheimer Nederland waren er 5912 cliënten met dementie in de regio. Daarvan woont 70% thuis.

In 2014 zijn 1544 cliënten in zorg geweest bij de casemanagers Dementie. Het bereik van de doelgroep was **40,40%** bij 18,17 FTE casemanagers. De gemiddelde caseload op jaarbasis bedroeg 85,0 cases op een fulltime functie. Op peildatum 31-12-2014 waren er 57,19 cases per fulltime FTE casemanagement in zorg.

De verdeling van cliënten in de verschillende fases van dementie was als volgt:

Fase 1= 11,3%;

Fase 2= 19,96%

Fase 3a= 54,70%

Fase 3b= 14,04%

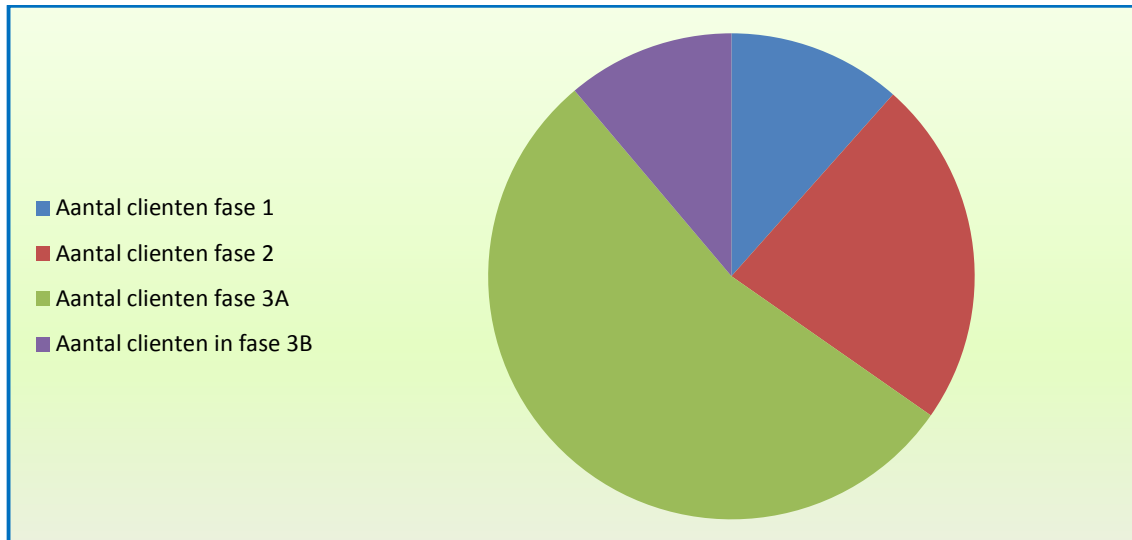


Fig. 1: cliënten met dementie in 2014 verdeling in fases.

In de regio werd het dementiearrangement gehanteerd. Dit arrangement beschrijft de werkzaamheden van een casemanagers dementie vanaf de beginfase van het dementieproces tot en met opname of het sterven thuis. Voor alle fases van het dementieproces werd de casemanager ingezet. De verwijzing naar een casemanager kon

door alle ketenpartners en familieleden van de cliënt, opgepakt worden, onafhankelijk de fase van dementie waarin de cliënt verkeerde.

Alle casemanagers werkten in de database dementie (Gino) waar de urenregistratie, de cliëntendossiers en zorgleefplannen, de managementinformatie en de Easycare zijn opgenomen. De werkwijze in Gino ondersteunt het werk van de casemanager en zorgt dat op juiste wijze de verantwoording van de ketengegevens aangeleverd kunnen worden. De vervanging en bereikbaarheid wordt ook via Gino gegarandeerd.

Lokaal zijn casemanager opgenomen in het wijkgericht werken. Zij werken in 3 a 4 postcodegebieden en zijn daardoor gemiddeld aan 2 a 3 huisartsen gelinkt. Daarnaast zijn zij vanuit het werkgebied bekend met de sociale kaart dementie en weten zij op wijkniveau wat de mogelijkheden zijn.

De casemanager heeft direct contact met de huisartsen in het werkgebied door in samenspraak de Easycare in te vullen (ook vaak samen met de POH) en rapporteert twee maal per jaar aan de huisarts, volgens afspraak. De lijnen onderling zijn kort en de casemanager is vaak voor dementie, het aanspreekpunt voor de huisarts.

Afhankelijk van het bestaande reguliere (wijk)overleg, vindt afstemming plaats. Soms ook samen in de wijk met familie (familiegesprek). Maar ook tussen hulpverleners (coördinatie en afstemming/MDO).

Financiering van casemanagement Dementie vond plaats via gelabeld geld per zorgaanbieder die verwerkt was in een opslag in de tarieven.

Huidige situatie tot 1 mei 2015, in de transitie

Volgens de cijfers van Alz. Heimer Nederland zijn er 6039 cliënten met dementie in de regio. 70% van deze cliënten woont thuis.

Tot 1 mei 2015 zijn 1188 cliënten in zorg geweest bij de casemanagers Dementie. Het bereik van de doelgroep is **28,11%** bij 13,68 FTE casemanagers. De gemiddelde caseload op jaarbasis bedraagt 86,0 cases op een fulltime functie. Op peildatum 1-5-2015 waren er 70,47 cases per fulltime FTE casemanagement in zorg.

De verdeling van cliënten in de verschillende fases is als volgt:

Fase 1= 7,73%;

Fase 2= 17,84%

Fase 3a= 66,59%

Fase 3b= 7,84%

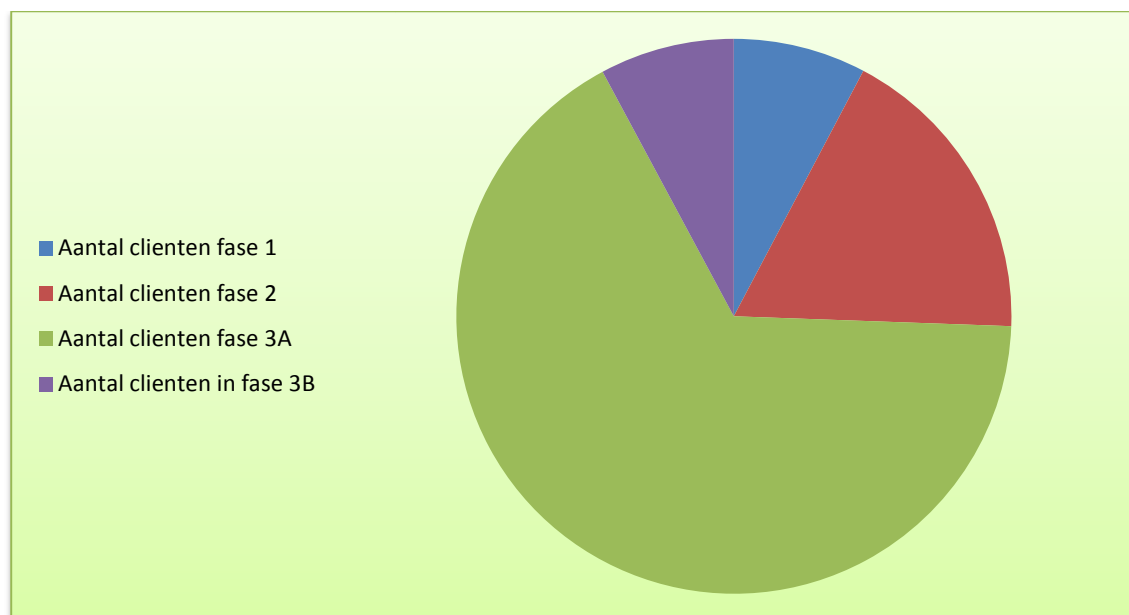


Fig. 2: cliënten in zorg in 2015 m.b.t. de fases van dementie.

We zien t.o.v. 2014 een verschuiving naar fase 3a en een vermindering van cliënten in fase 1 en 2.

Afhankelijk van de gemeenten en de opzet/inzet van (sociale) wijkteams wordt de casemanager vanaf het begin van dementie of pas in fase 3a en 3b ingezet (laatste optie geldt voor het merendeel van de gemeenten in de regio).

De verwijzing naar een casemanager kan via een (sociaal) wijkteam opgepakt worden, afhankelijk van de fase van dementie waarin de cliënt verkeert. Het is bij dit model (Arnhem) de bedoeling dat het wijkteam dementie signaleert, in beeld brengt wat er aan de hand is en doorleid naar lokale oplossingen en zo nodig de casemanager. Afhankelijk van de afspraken in de gemeente kan een huisarts direct naar de casemanager verwijzen of meldt de cliënt aan voor het (sociale) wijkteam. De casemanager werkt als het ware in dit model als gespecialiseerd verpleegkundige, waarbij eerst gebruik wordt gemaakt van de voorliggende voorzieningen.

Alle casemanagers werken in de database dementie (Gino). Op dit moment werken alle spelers binnen het lokale niveau met eigen systemen als zij cliënten met dementie ondersteunen. Denk aan wijkverpleegkundigen, praktijkondersteuners bij de huisartsen, WMO-medewerkers, medewerkers van welzijnsorganisaties en vrijwilligers.

Mogelijk zou het efficiënter en het integraalwerken bevorderen als de WMO-medewerkers en de wijkteams in zouden kunnen loggen in Gino. Gino heeft de mogelijkheid om dit werkbaar te maken maar er dienen daarover lokale afspraken gemaakt te worden*.

Gino ondersteunt het werk van de casemanager en zorgt dat op juiste wijze de verantwoording van de ketengegevens aangeleverd kunnen worden. De vervanging en bereikbaarheid wordt ook via Gino gegarandeerd. Gino is met de doorontwikkeling bezig om aan het declareren in de zorgverzekeringswet te kunnen voldoen in 2016. De vraag is in deze of Gino past bij alle modellen en systemen die in de regio's worden gebruikt.

Feit is wel dat zonder Gino geen regionale verantwoording mogelijk is en stuurinformatie voor de keten ontbreekt.

Op wijkniveau werken de casemanagers al toenemend samen met de (sociale) wijkteams. Er vinden nu gesprekken plaats om kennis te maken. Dit vanuit elke gemeente. De sociale kaart dementie wordt uitgewisseld. WMO-medewerkers en casemanagers werken al intensief samen.

Afstemming is gezien het aantal spelers in de regio een opgave. Denk aan alle gebiedsteams, welzijnsmedewerkers, ouderenadviseurs, vrijwilligers en de informele zorg werkers. De registratie laat zien dat casemanagers minder huisbezoeken kunnen doen door inzet in uren overleg om de transitie te reguleren. Er komt teveel en te snel zaken op hen af. Uiteindelijk is daar de cliënt en mantelzorger de dupe van. Om de kwaliteit van de zorg te kunnen borgen zijn wachtlijsten aangelegd.

De casemanager heeft de contacten met de huisarts doorgezet en zelfs uitgebreid als er cliënten van andere casemanagers zijn overgenomen.

Casemanagers worden ook steeds meer gevraagd een consultfunctie te verzorgen en scholing te geven aan wijkteams, thuiszorgteams, ouderenverenigingen en vrijwilligers. Gezien de transitie in de zorg is er meer behoefte aan kennis om zo ook beter aan te sluiten bij de cliënt en mantelzorger. Bovendien kan een scholing ook processen en afstemming onderling uitlijnen en vormgeven.

De financiering van casemanagement is in 2015 beoogd door de wijkverpleegkundige inkoop (fase 3a en 3b) en de begeleiding vanuit de WMO (fase 1 en 2). Er is geen sprake van een gelabeld bedrag per zorgaanbieder.

**Er zou gecheckt kunnen worden of een cliënt als bekend is, er kan rond een cliëntendossier samengewerkt worden en er kunnen procedureverbeteringen aangebracht worden die zowel aan de cliëntkant als aan de financieringskant voor zorgaanbieders en gemeenten voordeel op kunnen leveren. Denk bijvoorbeeld aan het keukentafelgesprek geheel uitvoeren als alle gegevens uitgebreid bekend zijn en uitgewisseld kunnen worden. Of als een cliënt bekend is met dementie, de procedure voor huishoudelijke hulp achterwege wordt gelaten en er direct hulp ingezet kan worden.*

Om een bodem te krijgen onder de functie casemanager Dementie dienen zorgaanbieders declaraties in te dienen bij beide financiers. Gezien de transitie is dit erg ingewikkeld en er is sprake van complexe registratievraagstukken, ook onderling tussen Menzis en gemeenten. Zorgaanbieders mogen kiezen van Menzis, voor het wel/niet inzetten van een casemanager en de mate waarin uren worden ingezet, mits de landing van de cliënten zorgvuldig gebeurt. In de brief van 2 maart van Menzis wordt aangegeven dat een goed toegeruste wijkverpleegkundige als warme overdracht kan dienen voor een casemanager. Ook moet de transitie goed doorgezet worden naar huisartsen en andere hulpverleners en het hele netwerk om cliënten heen. Het goed laten landen van processen, geldt natuurlijk ook voor wijkteams, WMO-medewerkers en welzijnswerkers.