

# Meerjarenplan 2023 – 2026

*Netwerk Dementie Noordwest-Veluwe*



Auteur : Wendela Erbrink, netwerkregisseur  
Portefeuillehouder : Terry Brouwer, lid kerngroep Ouderen Gezond Veluwe  
Datum : 21 december 2022 (definitieve versie)

## Inhoudsopgave

1	Over het Netwerk Dementie Noordwest-Veluwe .....	3
1.1	Inleiding .....	3
1.1.1	Historie .....	3
1.1.2	Huidige vorm met stuurgroep .....	3
1.1.3	Deelnemende partijen.....	3
1.1.4	Coördinatie en ondersteuning.....	4
1.2	Over het meerjarenplan .....	4
2	Visie en ambitie .....	5
3	Cijfers en doelen.....	6
3.1	Cijfers van het netwerk .....	6
3.2	Doelen en activiteiten 2023 – 2026 .....	6
4	Monitoring en evaluatie .....	9
5	Financiering .....	10
5.1	Zorgverzekeraar en partijen .....	10
5.2	Begroting .....	10
	Bijlage 1 Tekst samenwerkingsovereenkomst .....	11
	Bijlage 2 Verslag brainstormsessie .....	13
	Bijlage 3 Aanbevelingen uit de Zorgstandaard dementie 2020 .....	15

# 1 Over het Netwerk Dementie Noordwest-Veluwe

## 1.1 Inleiding

### 1.1.1 Historie

Het netwerk dementie is een samenwerkingsverband van organisaties die zich inzetten voor zorg en ondersteuning van mensen met dementie en hun naasten. In onze regio is het netwerk in 2008 opgericht, als project van het toenmalige Landelijk Dementieprogramma (LDP). Sinds begin 2018 valt het netwerk onder het samenwerkingsverband Gezond Veluwe, evenals het netwerk palliatieve zorg. Beide netwerken opereren zelfstandig, met een eigen stuurgroep en financiële middelen. In september 2022 is er een samenwerkingsovereenkomst getekend door alle deelnemende partijen (zie bijlage 1).

### 1.1.2 Huidige vorm met stuurgroep

Begin 2022 is er een stuurgroep gevormd voor het netwerk dementie, bestaande uit een vertegenwoordiging van zorg- en welzijnsorganisaties en gemeenten. De netwerkregisseur die in 2021 is aangesteld is voorzitter van de stuurgroep. Naast een netwerkregisseur zijn drie coördinerend casemanagers aangesteld die ieder een deel van het netwerk coördineren (zie 1.1.4).

### 1.1.3 Deelnemende partijen

Het netwerk dementie bestaat uit 34 partijen waarvan er 11 zitting nemen in de stuurgroep, hieronder aangeduid met S.

Zorg		Welzijn		Gemeenten	
• Icare	S	• Zorgdat Harderwijk		• Harderwijk	
• ZNWV	S	• Welzijn Ermelo		• Ermelo	
• Allertzorg	S	• Welzijn Putten		• Putten	
• Coloriet	S	• Welzijn Zeewolde		• Zeewolde	
• RST		• Welzijn Nunspeet		• Nunspeet	
• Verian		• Het Venster		• Elburg	S
• Curadomi (Lelie Zorggroep)		• Nunspeet	S	• Oldebroek	
• Het Baken		• Het Wiel Elburg			
• Woonzorgunie Veluwe		• Welzijn Oldebroek			
• Buurtzorg		• Ledenvereniging Espria	S		
• Ziekenhuis St Jansdal	S	• Alzheimer Nederland, afd. Noordwest- Veluwe	S		
• GGz Centraal	S				
• Huisartsenkoepel Medicamus	S				
• Huisartsen Elburg					
• Huisartsen Oldebroek/Wezep					
• Apothekers					
• Home Instead					

#### 1.1.4 Coördinatie en ondersteuning

In 2021 is de keuze gemaakt om de coördinatie van het netwerk niet meer (alleen) bij een of meerdere casemanagers te laten, maar een netwerkregisseur aan te stellen voor 10 uur per week. Deze is halverwege 2021 gestart. De regisseur heeft als opdracht:

- Vergroten van de betrokkenheid op het thema dementie door organisaties met elkaar te verbinden en inhoudelijke thema's op een hoger plan te brengen
- Schakel tussen landelijk, regionaal en lokaal beleid; goed ingevoerd op best practices, deskundigheidsbevordering, etc.
- Verbinding tussen sectoren vergroten (welzijn, voorliggende voorzieningen, etc.)
- Adequate instroom van cliënten voor casemanagers
- Vergroten bekendheid bij netwerkpartners, PR
- Jaar beleidscyclus, inclusief begroting

De netwerkregisseur rapporteert aan de portefeuillehouder dementie van de kerngroep ouderen van Gezond Veluwe. Daarnaast zijn er drie casemanagers aangewezen vanuit verschillende organisaties, die enkele coördinatietaken op zich nemen:

- het organiseren en voorzitten van de casemanagersoverleggen (CMO's) in Harderwijk/Zeewolde, Ermelo/Putten en Nunspeet/Elburg/Oldebroek
- het samenstellen en voorzitten van werkgroepen, gebaseerd op doelen uit het jaarplan

Deze taken worden met gesloten beurs uitgevoerd. Tot slot is er beperkt secretariële ondersteuning, eveneens met gesloten beurs, dit betreft het plannen en notuleren van stuurgroepvergaderingen.

## 1.2 Over het meerjarenplan

Dit meerjarenplan kan worden gezien als vervolg op het vorige meerjarenplan 2019-2022. Het plan beschrijft de visie en ambitie van de netwerkpartners op de gezamenlijk afgestemde, domeinoverstijgende zorg en ondersteuning voor mensen met dementie. Dit betreft in het bijzonder de situatie van zelfstandig thuis wonen. Vanuit de Zorgstandaard dementie 2020 zijn doelen en inhoudelijke activiteiten geformuleerd die in de jaren 2023-2026 opgepakt zullen worden. De input hiervoor is opgehaald in een brainstormsessie met een vertegenwoordiging vanuit het netwerk, waaronder mantelzorgers (zie bijlage 2).

## 2 Visie en ambitie

De doelstelling van het netwerk dementie is het realiseren van proactieve, preventieve en samenhangende zorg en ondersteuning waarbij de persoon met dementie en zijn of haar naasten centraal staan en ook meebeslissen.

Door het bieden van integrale zorg en ondersteuning streeft het netwerk dementie naar optimale kwaliteit van leven voor mensen met dementie en hun naasten. Wij werken hierbij vanuit de Zorgstandaard dementie 2020.

Uitgangspunten voor het netwerk dementie zijn:

- Persoonsgerichte zorg
- Participatie in de samenleving
- Clientgerichtheid
- Continuïteit van zorg
- Teamwerk leveren & duidelijk aanspreekpunt

Hoofdactiviteiten die hieruit voortvloeien:

- Eenduidige informatie en communicatie
- Duidelijke, goedlopende aanmeldprocedure voor casemanagement
- Aandacht voor innovatie
- Overgang naar het verpleeghuis
- Zorg voor specifieke groepen
- Kennisoverdracht
- Betrekken van de doelgroep, organiseren van bijeenkomsten

Maatschappelijke ontwikkelingen die van invloed zijn:

- Tekort aan zorgpersoneel\*
- Tekort aan & toenemende belasting van mantelzorgers
- Vergrijzing & toename prevalentie dementie
- Langer thuis wonen – hier zijn grenzen aan, tot wanneer is dit nog verantwoord?
- Integraal Zorgakkoord
- Nationale Dementiestrategie
- Zorgstandaard Dementie
- Dementievriendelijke samenleving
- Regiovisie 2030: Ouder worden op de Noord-Veluwe – ‘Een samenredzame gemeenschap’

\*De toegang tot zorg staat onder druk door personeelstekort versus zorgvraag. We moeten de zorg dus slimmer inrichten. Om in de toekomst voldoende zorg beschikbaar te houden zullen we over de muren van de zorgsector heen moeten kijken. Netwerksamenwerking zal meer dan ooit nodig zijn, niet alleen rondom de client maar ook organisaties onderling, met gemeenten en zorgverzekeraars.

*‘Samenwerken betekent ook ideeën en goede oplossingen overnemen van elkaar. We moeten af van het not-invented-here-syndroom. Dus soms activiteiten loslaten, omdat een ander het beter kan. Meer het collectieve belang laten meewegen, zodat we samen de doelen halen die we nastreven: minder wachtlijsten, vernieuwingen sneller beschikbaar voor iedereen, de werkdruk in de zorg die weer normaal wordt, betere kwaliteit van leven. En zo gezondheid voor iedereen een stuk dichterbij brengen.’* (Quote: Georgette Fijneman, directievoorzitter Zilveren Kruis, Zorgvisie 19 november 2022)

## 3 Cijfers en doelen

### 3.1 Cijfers van het netwerk

- *Aantal mensen met dementie in ons werkgebied (bron: factsheet Alzheimer Nederland)*

Gemeente	2020	2025	2030	2040	2050
Harderwijk	740	890	1100	1600	1900
Ermelo	550	650	770	970	1200
Putten	460	540	640	830	990
Zeewolde	240	310	400	570	750
Nunspeet	510	600	730	970	1100
Elburg	390	470	580	740	870
Oldebroek	380	460	540	740	890
Totaal	3270	3920	4760	6420	7700

*Hiervan woont ongeveer 75% thuis; van de ongeveer 3500 mensen in 2022 zou dit om 2625 mensen gaan.*

- *Cijfers casemanagers en cliënten (peildatum 1 oktober 2022)*

Organisatie	Fte casemanagers	Aantal casemanagers	Aantal cliënten
Icare	10,33	21	509
ZNWW	2,44	4	158
Allerzorg	0,5	2	39
Coloriet	0,66	1	27
RST	0,4	1	22
Verian	0,56	1	33
Curadomi	0,5	2	33
WZU Veluwe	0,66	1	35
Buurtzorg	0,78	11	50
Totaal	16,83	44	906

*Dit betekent dat ongeveer 35% van de thuiswonende mensen met dementie casemanagement ontvangt.*

Er zijn in onze regio geen wachtlijsten voor casemanagement. Dit roept de vraag op waarom de overige mensen met dementie geen casemanager hebben. Het kan zijn dat de aanmeldingsroute niet duidelijk is. Dit is dan ook een van de belangrijkste aandachtspunten voor ons netwerk de komende jaren.

### 3.2 Doelen en activiteiten 2023 – 2026

- *Doelen vanuit het vorige meerjarenplan*

Het vorige meerjarenplan bevatte een lange lijst met doelen en activiteiten. De doelen die in deze jaren niet of niet geheel zijn behaald zijn overgenomen in het overzicht op p. 7.

- *Nieuwe doelen, vanuit aanbevelingen Zorgstandaard dementie*

In november 2022 heeft een brainstormsessie plaatsgevonden met betrekking tot deze aanbevelingen. Hieruit is een top 5 voortgekomen, die in het overzicht is opgenomen.

- *Extra doelstelling*

Het betrekken van de doelgroep voegen wij toe als extra doelstelling. Er is in het najaar van 2022 tot twee keer toe geprobeerd een klantarena te houden, dit is vanwege te weinig aanmeldingen helaas niet doorgegaan. In 2023 bezinnen wij ons op een werkwijze om de doelgroep te betrekken bij (het verbeteren van) onze zorg en dienstverlening.

- *Deskundigheidsbevordering*

Jaarlijks terugkomend op de agenda zijn de scholingen voor de casemanagers dementie. Dit zijn er over het algemeen twee per jaar.

#### Overzicht van doelen en activiteiten 2023 – 2026

<b>Vanuit vorige meerjarenplan/jaarplan 2022</b>	<b>Activiteiten</b>
Doorontwikkelen nieuwe website	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Q1 2023 laatste hand leggen aan nieuwe website</li> <li>➤ Bijhouden content door communicatieadviseur Raedelijk</li> </ul>
Doorontwikkelen aanmeldprocedure casemanagement dementie	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Centraal aanmeldpunt zonder uren van netwerkregisseur, onderbrengen bij VOS (Veluws Ouderen Steunpunt)</li> </ul>
Uitrollen werkwijze ACP	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Scholing door medewerkers van Icare</li> </ul>
Aandacht voor innovatiedoelstellingen; nieuwe hulpmiddelen en technologie om langer thuis wonen te ondersteunen	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Werkgroep Innovatie oprichten</li> </ul>
Overgang naar het verpleeghuis	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vervolg werkgroep Warme overdracht</li> </ul>
Kennisoverdracht vroegsignalering (bijv. aan huishoudelijk medewerkers)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bijeenkomst organiseren</li> </ul>
Bijeenkomst samenwerking casemanagers, medewerkers welzijn, POH's	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bijeenkomst organiseren</li> </ul>
Kennis over mensen met dementie en een migratieachtergrond	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Scholing organiseren (of opnemen in symposium)</li> </ul>
Bijeenkomst(en) organiseren met mensen met dementie en hun naasten	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Werkgroep klantreis Q1 2023</li> </ul>
Uitrollen gespreksgroepen partners	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nader te bepalen per gemeente</li> </ul>
Werkwijze Wet zorg en dwang extramuraal	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nader te bepalen in stuurgroep</li> </ul>
<b>Topt 5 Zorgstandaard dementie</b>	
1. Gecoördineerde netwerkzorg (aanbeveling 4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Activiteiten ter verbetering van onderlinge samenwerking, zie bijlage 1</li> </ul>
2. Casemanagement dementie (aanbeveling 3) Concreet doel: percentage mensen met dementie met casemanager van 35% in 2022 naar 40% in 2026.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aanscherpen aanmeldprocedure</li> <li>➤ Bepalen benodigde fte casemanagement in de toekomst gezien groei aantallen (p.6)</li> <li>➤ Extra informatievoorziening aan verwijzers</li> </ul> <p><i>“Mantelzorger geeft aan dat mensen niet doorverwezen worden naar de casemanager. Het is dat haar dochter bij de thuiszorg werkt en mij had ingeschakeld. Mw geeft aan dat in haar omgeving mensen zijn die niet van een casemanager afweten.”</i></p>
3. Respijtzorg (aanbeveling 19)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Logeeropvang bij gevorderde dementie</li> <li>➤ Logeeropvang bij rolstoelgebruik</li> </ul>

4. Betekenisvolle activiteiten (aanbeveling 12)	➤ Passende en zinvolle dagbesteding
5. Regionale informatie en voorlichting (aanbeveling 5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Voldoende informatie over voorzieningen/duidelijke wegwijzer</li> <li>➤ Wat te doen in de niet-pluisfase?</li> <li>➤ Informatie over casemanagement</li> </ul>
<b>Extra doelstelling</b>	
Het betrekken van de doelgroep (zie bijlage 1, verslag brainstorm)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Klantarena of andere vorm: in gesprek met mensen met dementie en hun naasten/mantelzorgers</li> <li>➤ Persoonlijke gesprekken door casemanager over wensen en knelpunten in zorg en dienstverlening</li> </ul>
<b>Deskundigheidsbevordering</b>	
Twee scholingen per jaar	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Scholing over gesprekswijzer ACP, vanuit Icare aan alle casemanagers (2023)</li> <li>➤ Scholing over mensen met dementie en een migratieachtergrond (2023)</li> <li>➤ Vanaf 2024 verder in te plannen n.a.v. scholingsbehoeften casemanagers</li> </ul>
Symposium	➤ In 2023 organiseert het netwerk een groot symposium waarin o.a. aandacht zal zijn voor de doelgroep migranten met dementie.



## 4 Monitoring en evaluatie

Het is van belang te evalueren en monitoren of het lukt om de gestelde doelen te bereiken.

- De overstijgende monitoring van het meerjarenplan valt onder verantwoordelijkheid van de netwerkregisseur. Deze rapporteert aan de portefeuillehouder dementie binnen de kerngroep ouderen van Gezond Veluwe.
- De professionals in het netwerk evalueren op inhoud en samenwerking in het CMO, inclusief vraag en aanbod, caseload en eventuele wachtlijsten.
- Een aantal doelen wordt gemonitord door de voorzitters van de CMO's.
- Tussentijdse evaluatie vindt plaats in de stuurgroep en (indien gewenst of noodzakelijk) in een bijeenkomst met alle partners binnen het netwerk. Partners bespreken met elkaar waarom op bepaalde doelen is ingezet en welke resultaten er zijn. Leidraad voor de evaluatie is het overzicht met doelen en activiteiten in paragraaf 3.2. Minimaal een keer per jaar evalueren de partijen of ze nog op de juiste weg zitten.
- Voor cliënten en mantelzorgers is er de tweejaarlijkse dementiemonitor van Alzheimer Nederland; deze wordt breed ingezet in het netwerk. Daarnaast wordt er via bijeenkomsten geëvalueerd met deze doelgroep.
- De paraplu waaronder alle doelen en activiteiten hangen is de Zorgstandaard dementie 2020. Stuurgroep en netwerkregisseur spannen zich in om te zorgen voor implementatie van de zorgstandaard in het netwerk dementie. Link naar de volledige zorgstandaard: [zorgstandaard-dementie.pdf \(dementiezorgvoorelkaar.nl\)](https://www.dementiezorgvoorelkaar.nl/zorgstandaard-dementie.pdf)  
De lijst met aanbevelingen is opgenomen in bijlage 3 van dit meerjarenplan.

## 5 Financiering

### 5.1 Zorgverzekeraar en partijen

Preferente zorgverzekeraar Zilveren Kruis stelt jaarlijks een subsidie beschikbaar van € 24.572. Daarnaast draagt een deel van de netwerkpartners financieel bij. De bijdragen van de partners kan elk jaar worden bijgesteld.

### 5.2 Begroting

#### Inkomsten 2023:

Zilveren Kruis	€ 24.572
Huisartsen coop. Medicamus	€ 2.000
Ziekenhuis st. Jansdal	€ 2.000
Coloriet	€ 1.000
Lelie Zorggroep/Curadomi	€ 500
Allerzorg	€ 1.000
ZNWV	€ 1.750
Thuiszorg Icare	€ 6.000
Woonzorg Unie Veluwe	€ 1.000
Verian	€ 1.000
Buurtzorg	€ 1.000
RST-zorg	€ 1.000
Zorgverlening Het Baken	€ 1.000
Apothekers	€ 500
Home Instead	€ 1.000
Gemeente Harderwijk	€ 2.000
Gemeente Ermelo	€ 2.000
Gemeente Putten	€ 2.000
Gemeente Zeewolde	€ 2.000
Gemeente Nunspeet	€ 2.000
Gemeente Elburg	€ 2.000
Gemeente Oldebroek	€ 2.000
<b>Totaal</b>	<b>€ 59.322</b>

#### Te verwachten uitgaven 2023:

Uren netwerkregisseur	€ 41.003
Projecten	€ 2.000
Website	€ 1.000
Scholing	€ 2.000
Symposium	€ 3.000
PR/communicatie	€ 1.000
Representatie/overhead	€ 1.500
	<b>€ 51.503</b>

Opmerking: gezien het begrotingstekort in eerdere jaren is de bijdrage van partijen ruim ingezet. In 2023 wordt opnieuw gewogen of deze bijdrage noodzakelijk is of kan worden bijgesteld.

## Bijlage 1 Tekst samenwerkingsovereenkomst

### Samenwerkingsovereenkomst

#### *Netwerk Dementie Noordwest-Veluwe*

*De opgave van een dementienetwerk is het organiseren en behouden van zorg en welzijn die maximaal aansluiten op de beleving en behoeften van mensen met dementie en hun mantelzorgers, vanaf niet-pluis gevoel tot en met opname in het verpleeghuis, de laatste levensfase en de nazorg. Verschillende zorg- en dienstverleners bundelen hun krachten met als gezamenlijk doel de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun mantelzorgers in de betreffende regio te verbeteren.*

Mensen met dementie lijden aan een ernstige, chronische, degeneratieve ziekte. Om zelfstandig te blijven leven, hebben zij steeds meer hulp en ondersteuning nodig. Goede zorg en ondersteuning vereist een professioneel en afgestemd samenspel tussen diverse zorg- en dienstverleners met een cliëntgerichte benadering.

#### **Ondergetekenden verklaren te willen samenwerken aan het realiseren van optimale zorg en ondersteuning voor mensen met dementie en hun mantelzorgers in de regio Noordwest-Veluwe.**

Het is ons streven dat de dienstverlening van het netwerk eind 2025 voldoet aan de beschreven uitgangspunten voor optimale zorg en ondersteuning van de Zorgstandaard dementie 2020.

De mens met dementie en zijn mantelzorger staan centraal. Het streven is om zoveel mogelijk invulling te geven aan hun actuele behoeften en wensen, zodat ze zo lang mogelijk de eigen regie over hun leven kunnen voeren. De zorg wordt om de mens met dementie en zijn mantelzorger heen georganiseerd, aansluitend bij hun opvattingen en mogelijkheden.

Mensen met dementie en hun mantelzorgers krijgen één aanspreekpunt in de persoon van de casemanager dementie/de professional die casemanagement dementie biedt. Deze bouwt een vertrouwensband op, verstrekt relevante informatie en coördineert, waar nodig en mogelijk, de zorg en ondersteuning.

Mantelzorgers nemen vaak veel zorg en begeleiding op zich. Samen vormen zij het mantelzorgnetwerk. Wij zien het als onze taak om mantelzorgers als naasten én als medeverzorgers te benaderen en bij te dragen aan hun zorgkracht en welzijn.

De huisarts vormt het beginpunt van optimale zorg en ondersteuning. Wij willen de samenwerking tussen huisartsen, casemanagers, (wijk-)verpleegkundigen, medewerkers van welzijnsorganisaties en Wmo, informele zorgverleners, overige disciplines en zorginstellingen verder structureren en professionaliseren.

Ondergetekenden verklaren zich bereid:

- naar rato bij te dragen (volgens gemaakte financiële afspraken) aan de kosten die nodig zijn voor het functioneren van het netwerk, zie Verantwoordelijkheden netwerkpartners; hierbij zijn Alzheimer Nederland, de welzijnsorganisaties en GGz Centraal uitgezonderd, aangezien zij op andere wijze bijdragen;
- medewerkers beschikbaar te stellen voor deelname aan de stuurgroep en in werkgroepen;

- medewerkers beschikbaar te stellen voor de uitvoering van projecten of activiteiten op basis van het meerjarenplan;
- in het redelijke kosteloos faciliteiten en ruimtes beschikbaar te stellen ten behoeve van bijeenkomsten van het netwerk.

#### **Verantwoordelijkheden netwerkpartners:**

- Partners dragen bij aan het netwerk door middel van het beschikbaar stellen van financiële middelen en/of beschikbare menskracht.
- Partners betalen een (al dan niet financiële) eigen bijdrage ten behoeve van de netwerkactiviteiten en netwerkorganisatie. De stuurgroep stelt o.b.v. de (al dan niet financiële) bijdrage die de individuele partijen bereid zijn in een kalenderjaar te leveren, een jaarplan en – begroting op. Partijen committeren zich vervolgens aan die toegezegde individuele bijdrage voor dat kalenderjaar.
- Partners zijn door afgevaardigden vertegenwoordigd in de stuurgroep en eventueel werkgroepen afhankelijk van het thema, waarbij vervanging voor afwezigheid is geregeld. Besluitvorming vindt plaats doordat leden mandaat hiervoor ‘ophalen’ binnen hun organisatie.
- Afgevaardigden in de stuurgroep hebben voldoende kennis op het gebied van de zorg en ondersteuning aan mensen met dementie en de mantelzorg.
- Partners dragen de verantwoordelijkheid voor het creëren van draagvlak binnen de eigen organisatie voor netwerkactiviteiten, zodat de in het meerjarenplan/jaarplan benoemde activiteiten binnen de eigen organisatie kunnen worden uitgevoerd.
- De leden van de stuurgroep en de werkgroepen stellen zich verantwoordelijk voor de uitvoering van het meerjarenplan/jaarplan, waarbij ondersteuning wordt geboden door de netwerkregisseur.
- Partners zetten zich actief in om de achterban en het maatschappelijke speelveld te informeren over het netwerk en de activiteiten die worden uitgevoerd. Tevens zijn de partijen gezamenlijk verantwoordelijk voor de verspreiding van de resultaten van de activiteiten naar mensen met dementie en hun mantelzorgers.
- Zij zijn verantwoordelijk voor een goede communicatie binnen hun organisatie over de activiteiten van en de samenwerking binnen het netwerk.
  - Partners die casemanagement dementie leveren voldoen aan de eisen aan casemanagement zoals gesteld in de Zorgstandaard dementie 2020 en de expertiseprofielen Dementieverpleegkundige (2017) en Casemanager dementie sociaal werk zorg (2018).
  - Partners die niet deelnemen aan de stuurgroep worden geïnformeerd en betrokken bij besluitvorming door de netwerkregisseur.

#### **Duur en beëindiging:**

- Deze overeenkomst vangt aan op 22 september 2022 en loopt op 31 december 2025 van rechtswege af. Minimaal drie maanden voor afloop van de looptijd bespreken partijen of en zo ja onder welke voorwaarden de samenwerking wordt voortgezet.
- Elk der partijen kan de overeenkomst per start van een nieuw kalenderjaar tussentijds opzeggen met in achtneming van een opzegtermijn van drie maanden. De opzegging vindt schriftelijk/per email plaats aan alle partijen.

## Bijlage 2 Verslag brainstormsessie

**Aanwezig:** Carolien van der Meij, José (mantelzorger), Rieke van de Wetering, Harmke Bakker, Dinja Lambers, Corrie van den Berg, Agnes Klok, Pienieke Koops, Wendela Erbrink

**Datum:** 3 november 2022

Onderwerp	Wat gaat goed	Wat gaat minder goed	Verbeter tips
Netwerk algemeen (aanbeveling 4)	Scholingen	Afstemming tussen organisaties	Breder uitnodigen mbt scholingen
	Contact netwerkcoördinator	Multidisciplinaire afstemming rondom client	
	Inzet casemanagement	Wet zorg en dwang	
	Samenwerking	Warme overdracht naar verpleeghuis	
	OZO verbindzorg	Communicatie	
		Zichtbaarheid van het netwerk	PR in ziekenhuis en huisartspraktijk
		Aantoonbare werkafspraken (waar staan deze?)	
		Betrokkenheid casemanagers bij het netwerk	
		Samenwerking met de POH	
		Integraal samenwerken	Zorgstandaard als rode draad in het netwerk/zorgproces
			Aanbeveling 2 (integraal zorgleefplan) moet onderliggend zijn aan aanbeveling 4 (netwerkszorg)
			Innovatieve ideeën bijv een film maken, om uit de bestaande structuren te komen
			Anders denken/vernieuwende sprekers
			Perspectief vd mantelzorgers meer meenemen/meer verbinding
Voorzieningen		Huish.hulp bij overgang Wmo - wlz	HH gespecialiseerd voor dementie

			Scholing uit netwerk voor HH
		Logeeropvang bij gevorderde dementie/bij rolstoelgebruik	
		Passende en zinvolle dagbesteding	Dagbesteding meer maatwerk
Aanbeveling 3		Te laat aanmelden voor cm door ha	
Aanbeveling 3, 5		Niet pluis gevoel – wat te doen?	Informatie voor mantelzorgers
Aanbeveling 1	ACP werkwijze is beschreven	ACP werkwijze – hoe zorgen we dat iedereen deze gaat gebruiken?	
			Voorlichting geven over levenstestament
		Methodische opvolging van medicatie M.n. als er nog geen thuiszorg is	Apotheker uitnodigen in CMO Kijken naar multi-medicatie, jaarlijkse check
Aanbeveling 25			Nazorg cliënten/mantelzorgers na opname
Aanbeveling 19			Richtlijn Bemoezorg V&VN

### Betrekken van de doelgroep/mantelzorgers, hoe?

- Persoonlijk contact
- Klantreis maken met mantelzorgers (ervaring Piencke); welke behoeften zijn er en waar loop je tegenaan?
- Via Alzheimercafés/-trefpunten/Breinpunten
- Ervaringsdeskundigen uitnodigen als spreker
- Uitleggen dat we de stem van de mantelzorger willen horen. We willen van u leren/we hebben u nodig.
- Goede PR/flyeren
- Tips vanuit Sociale Benadering Dementie benutten (SBD)
- Aansprekende spreker, bijv. een huisarts
- Bij symposium ook mantelzorgers uitnodigen
- Voor bijeenkomst zoals klantarena vervoer regelen
- Persoonlijke uitnodiging incl. brief en flyer
- Samenwerking zoeken met lectoraat Goede leven met dementie van Hogeschool Windesheim. Hebben zij tips voor betrekken van...?
- Mantelzorgers vanuit dagbesteding vragen
- Oproep om mee te denken/gevoel als mantelzorger serieus genomen te worden
- Gevoel geven dat de mantelzorger mede-medewerker is. 'Jij bent de expert'
- Behoeftenpeiling onder mantelzorgers, bijv. via POH
- Theater Dag mama (Sara Blom) – afstemmen met Nijkerk, zijn bezig met theatervoorstelling
- Klantarena Elburg lukt niet; wellicht de regio? 'Men hangt de vuile was niet buiten'

## Bijlage 3 Aanbevelingen uit de Zorgstandaard dementie 2020

1. Proactieve zorgplanning wordt door de aangewezen professional direct na de diagnose gestart of zodra de persoon met dementie en de mantelzorgers hiervoor openstaan. Dit wordt voortgezet gedurende het gehele ziekteproces.
2. De persoon met dementie heeft één integraal zorgleefplan, met als uitgangspunt de eigen regie, behoeften en voorkeuren van de persoon met dementie én aandacht voor de behoeften en rol van de mantelzorger.
3. Het streven is om alle mensen met (een vermoeden van) dementie vanaf de start van het diagnostisch traject een vast coördinatie- en aanspreekpunt (casemanagement dementie) aan te bieden voor zichzelf, mantelzorger(s) én alle betrokken professionals.
4. Gecoördineerde netwerkzorg: de samenwerkingspartners in het dementienetwerk maken concrete samenwerkingsafspraken, leggen deze afspraken vast in een overeenkomst en monitoren deze afspraken periodiek.
5. Er is een regionale structuur van waaruit op laagdrempelige wijze begrijpelijke publieksinformatie en individuele voorlichting wordt geboden, cultuursensitief, in diverse communicatievormen, gericht op vier groepen: personen met dementie zelf en diens mantelzorgers, vrijwilligers, professionals en samenleving.
6. Bij signalering is er naast alertheid op geheugenproblemen ook alertheid op andere signalen. De signalen worden serieus genomen, ongeacht of de persoon met een mogelijke dementie of diens naaste deze uit.
7. De signalering van dementie is bij personen op jonge leeftijd, personen met een verstandelijke beperking en migranten gericht op specifieke kenmerken.
8. Het diagnostisch onderzoek bij een vermoeden van dementie omvat zowel ziekte- als zorgdiagnostiek en wordt integraal uitgevoerd, gericht op het lichamelijke, psychische, functionele en sociale domein. Ondersteuning op psychisch, sociaal, spiritueel en fysiek gebied bij leven met dementie.
9. Palliatieve zorg bij dementie wordt ingezet vanaf de diagnose, waarbij de focus in het begin ligt op levensverlenging en naarmate de dementie vordert verschuift naar functiebehoud en het bieden van optimaal comfort.
10. In overleg met de persoon met dementie en diens mantelzorgers adviseert de professional hoe adequaat omgegaan kan worden met de (blijvende) cognitieve, sociale, gedragsmatige en emotionele gevolgen van dementie in verschillende stadia.
11. Een zo vast en klein mogelijk team van hulpverleners, die voor personen met dementie en hun mantelzorgers herkenbaar zijn, biedt (assistentie bij) huishoudelijke zorg of ondersteuning bij Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL).
12. Professionals ondersteunen personen met dementie en mantelzorgers in behoud van en zoeken naar betekenisvolle activiteiten.

13. Om zoveel mogelijk het behoud van en balans tussen veiligheid, zelfbeschikking en privacy van de persoon met dementie te waarborgen, worden risico's, behoeften en eventuele maatregelen besproken met de persoon met dementie en zijn mantelzorger.
14. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het maken van de juiste afwegingen wat betreft medicamenteuze en nietmedicamenteuze interventies. In voorkomende situaties wordt gebruik gemaakt van de consultatiefunctie van specialistisch geriatrische en/of psychiatrische expertise.
15. Indien noodzakelijk en gewenst wordt hulp bij medicatie-inname thuis geboden door de mantelzorg, door wijkverpleegkundige of andere professional en - indien nodig - in een institutionele omgeving (dagbehandeling, verpleeghuis).
16. Ziekenhuizen, thuiszorgorganisaties, eerstelijnsverblijven, verpleeg-, revalidatie- en verzorgingshuizen en mantelzorgers organiseren de crisishulp voor personen met dementie, waarbij de aard van de zorgvraag meeweegt waar de persoon met dementie wordt opgevangen.
17. In het ziekenhuis is poliklinische zorg afgestemd op de behoeften van personen met dementie en is overdracht naar huisarts en/of casemanagement professional geregeld.
18. Bij opname in het (psychiatrisch) ziekenhuis moet het zorgleefplan met de korte- en langetermijndoelen bekend zijn.
19. Er zijn geschikte, voldoende en op maat gesneden (flexibele) respijtvorzieningen in de buurt, afgestemd op behoeften en (culturele) achtergronden van mantelzorgers en personen met dementie.
20. De betrokken extramuraal professionals en professionals in het verpleeghuis dragen gezamenlijk verantwoordelijkheid voor een warme overdracht met achtergrondinformatie en actueel zorgleefplan.
21. Uitgangspunt voor verpleeghuiszorg is dat de persoon met dementie bewoner van het verpleeghuis is.
22. In het verpleeghuis dient voor personen met dementie aandacht te zijn voor omgevingszorg.
23. Het verpleeghuis is toegerust op de diversiteit van de populatie om zoveel mogelijk tegemoet te komen aan de behoeften van haar bewoners met dementie met verschillende achtergronden.
24. Mantelzorgers participeren waar door hen gewenst in de verpleeghuiszorg voor de persoon met dementie.
25. Er is (na)zorg voor mantelzorgers ten behoeve van een adequate verlies- en rouwverwerking.