

Ketens Dementie goed op koers, met de Zorgstandaard Dementie als kompas.

Uitkomsten meting 'Netwerkindicatoren Dementie 2013'

30-9-2014



Ketens dementie goed op koers,
met de Zorgstandaard Dementie
als kompas.

Evianne Wijenberg, MSc, Else Stapersma, MSc, Evelien Siegerink, BSc,
Corine van Maar, MBA en Drs. Ina Diermanse

Onderzoekers/Adviseurs Vilans
Postbus 8228, 3503 RE Utrecht
Website: www.vilans.nl

Contactpersoon: Corine van Maar, MBA
Telefoon: (030) 789 2570, e-mail: c.vanmaar@vilans.nl

Utrecht, 30 september 2014

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	3
Inleiding	6
1. Opzet meting ‘Netwerkindicatoren Dementie 2013’	7
Ontwikkeling vragenlijst	7
Opbouw.....	7
Uitvoering vragenlijst en respons.....	8
Ondersteuning vanuit Vilans.....	8
Analyse	8
2. Resultaten 2013.....	9
1. Vroege ondersteuning en preventie.....	9
2. Diagnostiek	12
3. Casemanagement.....	14
4. Behandeling, begeleiding en steun.....	19
5. Levering zorg en diensten	19
6. Ketenzorg bij dementie	22
7. Clientperspectief	29
Totaalbeeld ketens dementie	30
3. Vergelijking resultaten 2011-2013.....	32
Methode	32
1. Vroege ondersteuning en preventie.....	32
2. Diagnostiek	33
3. Casemanagement.....	34
4. Behandeling, begeleiding en steun.....	35
5. Levering zorg en diensten	35
6. Ketenzorg bij dementie	37
7. Cliëntperspectief	40
4. Conclusie.....	42
Algemene conclusie	42
Conclusies per domein.....	43
1. Vroege ondersteuning en preventie	43
2. Diagnostiek.....	43
3. Casemanagement	44
4. Behandeling, begeleiding en steun	44
5. Levering zorg en diensten	44
6. Ketenzorg bij dementie.....	45
7. Cliëntperspectief	45
5. Aanbevelingen	47
Bijlagen.....	49
Bijlage 1 Vragenlijst meting ‘Netwerkindicatoren Dementie 2013’	49
Bijlage 2 Koppeling vragen en domeinen netwerkindicatoren en te behalen score	66

Managementsamenvatting

Waar staan de dementieketens in hun ontwikkeling? Hoe werken zij aan de verschillende domeinen van de Zorgstandaard Dementie? Waar kunnen dementieketens zich op door ontwikkelen? Welke overeenkomsten en verschillen zien we bij ketens tussen de meting over 2011 en 2013? Deze rapportage over de meting Netwerkindicatoren dementie 2013 geeft antwoord op deze vragen.

Meting Netwerkindicatoren Dementie

In 2012 is de Zorgstandaard Dementie met input van professionals van meer dan 30 organisaties, Vilans en Alzheimer Nederland tot stand gekomen. De Zorgstandaard geeft bruikbare aanknopingspunten voor het garanderen van de kwaliteit van de dementiezorg. Vanaf 2009 voert Vilans voor VWS de tweejaarlijkse meting 'Netwerkindicatoren dementie' voor de dementieketens uit met een vragenlijst. Deze is gebaseerd op de Zorgstandaard Dementie. De meting biedt inzicht in de ontwikkeling van dementieketens op de verschillende domeinen van de Zorgstandaard Dementie. Ook dit jaar heeft Vilans de meting uitgevoerd. De vragenlijst is uitgezet bij ketenregisseurs van dementieketens in Nederland. In totaal vulden 68 van de 85 ketenregisseurs de vragenlijst volledig in, een respons van maar liefst 80%.

Domeinen Zorgstandaard Dementie

De Zorgstandaard Dementie kent zes domeinen die van belang zijn voor de kwaliteit van dementiezorg. Op advies van de klankbordgroep is hier met cliëntperspectief een zevende domein aan toegevoegd. Bij elk domein hoort een aantal indicatoren:

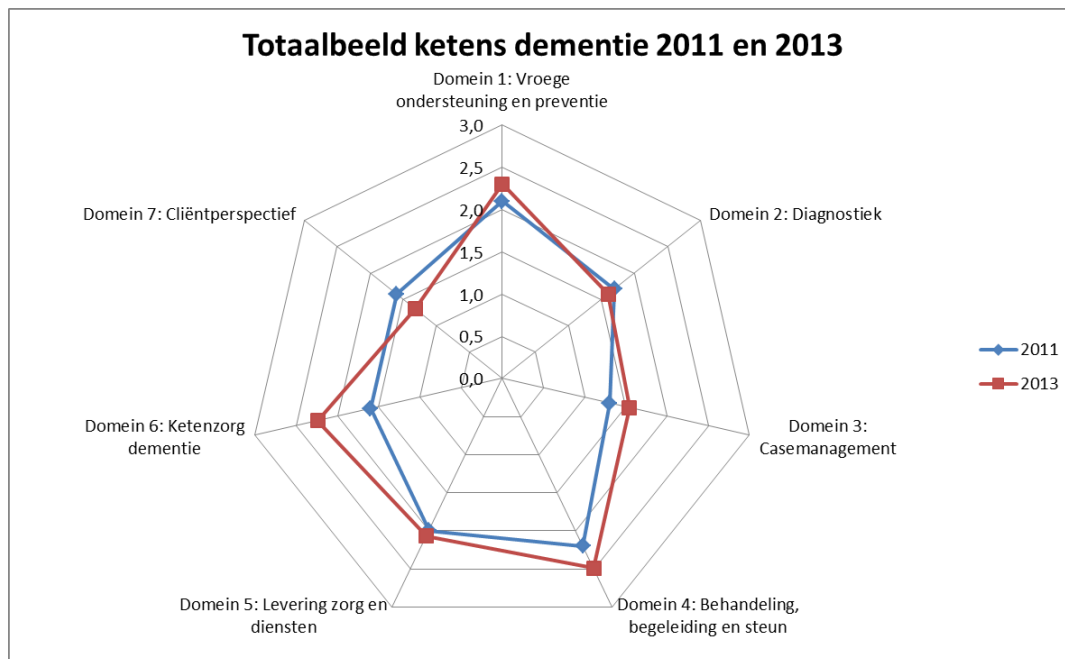
1. Vroege ondersteuning en preventie: 3 indicatoren
2. Diagnostiek: 3 indicatoren
3. Casemanagement: 3 indicatoren
4. Behandeling, begeleiding en steun: 1 indicator
5. Levering zorg en diensten: 6 indicatoren
6. Ketenzorg bij dementie: 6 indicatoren
7. Cliëntperspectief: 3 indicatoren

Conclusies 2013 en aanbevelingen

Dementieketens hebben gewerkt aan verdere professionalisering van hun keten. Ketens hebben in vergelijking met de vorige meting in 2011, gemiddeld genomen positieve ontwikkelingen doorgemaakt op vrijwel alle domeinen van de Zorgstandaard Dementie. Een achterblijvend domein is cliëntperspectief.

De ketens geven zelf aan een ontwikkelfase verder te zijn dan in 2011. Dit betekent een verschuiving van de experiment- en uitvoeringsfase naar de uitbouw- en monitoringsfase.

Verdere groei is mogelijk en gewenst. Elke keten heeft een individuele rapportage 2013 ontvangen. Ketens kunnen hun eigen functioneren spiegelen aan de landelijke uitkomsten. Zo kan men zelf bepalen, op welke gebieden men zich in de toekomst nog verder kan ontwikkelen.



Totaalbeeld ketens dementie 2011 en 2013. Resultaten van alle ketens, gemiddelde scores per domein in 2011 (N=55) en 2013 (N=65).

Onderstaande tekst geeft een samenvatting van de meeste opvallende conclusies.

Conclusie 1 Vroege ondersteuning en diagnostiek

Doelgroep goed in beeld, mate van samenwerking met gemeente verschilt sterk per keten, samenwerking met eerste lijn en andere partijen aanwezig.

Aanbevelingen

- Ga met de gemeente in gesprek over actievere vormen van samenwerking.
- Ga door met verdere professionalisering van de dementieketen.

Conclusie 2 Diagnostiek

Er zijn afspraken over diagnose- en vervolgtrajecten, naleving hiervan kan soms beter.

Aanbevelingen

- Bedenk binnen de keten hoe je zorgt dat gemaakte afspraken over het diagnostisch traject verder nageleefd kunnen worden.
- Ga voor de eigen keten na óf en hoe een passend(er) aanbod voor jongdementerenden aangeboden kan worden.

Conclusie 3 Casemanagement

Structurele financiering van casemanagement is bij veel ketens niet geregeld. Een derde werkt met geïntegreerd zorgplan.

Aanbevelingen

- Ga met stakeholders in gesprek over mogelijkheden voor structurele financiering van casemanagement.
- Breng binnen de keten het geïntegreerde zorgplan ter sprake en bepaal met elkaar wat nodig is om dit te realiseren of het werken ermee te verbeteren.

Conclusie 4 Behandeling, begeleiding en steun

Samenwerkingsafspraken met partners zijn er, kennisdeling hierover onderling kan beter.

Aanbevelingen

- Zet in op het delen van informatie over het aanbod van behandeling, begeleiding en steun binnen de keten.
- Ga met ketenpartners in gesprek over deskundigheidsbevordering van dementie binnen de opleidingen voor verzorgend personeel.
- Investeer in een betere samenwerking tussen de keten en de ouderen mishandeling meldpunten en maak afspraken over informatie-uitwisseling met behoeve tot meldingen.

Conclusie 5 Levering zorg en diensten

Vormen respijtzorg en crisishulpverlening blijven ten opzichte van 2011 gelijk, er is meer aandacht voor het meten van tevredenheid van respijtzorg nodig.

Aanbevelingen

- Maak het aanbod van activiteiten voor mensen met dementie en hun mantelzorgers samen bespreekbaar binnen de keten en bepaal wat nodig is om dit te verbeteren.
- Bespreek hoe je als keten periodiek de tevredenheid over respijtzorg meet en hoe dit eventueel beter kan.

Conclusie 6 Ketenzorg bij dementie

VVT en GGZ zijn partner, betrokkenheid gemeenten, zorgkantoren/zorgverzekeraars en vrijwilligersorganisaties is ten opzichte van 2011 gegroeid. Het genereren van een structurele financiering van de keten blijft uitdaging. Ketens bevinden zich in uitbouw- en monitoringsfase.

Aanbeveling

- Bepaal als keten de toegevoegde waarde en ga met stakeholders in gesprek over het vergroten van draagvlak en mogelijkheden voor structurele financiering.
- Spreek binnen de keten af hoe je als ketenpartijen elkaar kunt aanspreken op taken en verantwoordelijkheden.

Conclusie 7 Cliëntperspectief

Grote respons op Dementiemonitor Mantelzorg, nog te weinig structureel vervolg. Lichte groei in afspraken over meten van kwaliteit van leven van mensen met dementie.

Aanbevelingen

- Vertaal resultaten van Dementiemonitor Mantelzorg naar concrete acties.
- Organiseer structurele monitoring van de belasting van mantelzorgers. Maak afspraken over verantwoordelijkheden en frequentie van monitoring.
- Maak afspraken over het meten van de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun naasten.

Vervolg...

De uitkomsten in dit rapport kunnen gebruikt worden als spiegelinformatie. Ketens kunnen hun eigen functioneren spiegelen aan de landelijke uitkomsten. Wij adviseren om als keten na te gaan hoe de zorg en ondersteuning voor mensen met dementie en hun naasten in de verschillende stadia van hun ziekte op dit moment georganiseerd is en hier verder in te ontwikkelen. Het is aan de ketens zelf om hier vorm aan te geven. Wij hopen dat dit rapport daar een bijdrage aan levert.

Inleiding

Voor u liggen de resultaten van de meting ‘Netwerkindicatoren Dementie 2013’. Vilans heeft deze meting in het voorjaar van 2014 uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De Zorgstandaard Dementie (2012) en de domeinen die hierin centraal staan vormen de basis voor deze meting.

In de rapportage komen opvallende overeenkomsten en verschillen tussen de ketens aan bod. Daarnaast hebben we de resultaten van de meting uit 2013 vergeleken met de resultaten van de vorige meting uit 2011. Zo wordt duidelijk welke ontwikkelingen de ketens de afgelopen jaren hebben doorgemaakt op de verschillende domeinen.

1. Opzet meting ‘Netwerkindicatoren Dementie 2013’

Ontwikkeling vragenlijst

Bij de vragenlijst ‘Netwerkindicatoren Dementie 2013’ hebben we de vragenlijst van 2011 als startpunt genomen. De vragenlijst van 2011 hebben we gebruiksvriendelijker gemaakt op basis van de ervaringen van vorige jaren en reacties van de klankbordgroep van het Landelijk Netwerk Dementie (LND). Ook hebben we de toepasbaarheid verbeterd. Het resultaat is een gebruiksvriendelijkere en kortere vragenlijst. Door deze wijzigingen is de normering (ofwel het toekennen van scores) van de vragen aangepast. De vragenlijst hebben we opgenomen in de bijlage. Met dank aan het veld voor de input!

Opbouw

De Zorgstandaard Dementie ligt ten grondslag aan de opbouw van de vragenlijst. De zorgstandaard kent zes domeinen, waaraan verschillende netwerkindicatoren gekoppeld zijn. Op advies van de klankbordgroep hebben we een zevende domein toegevoegd: cliëntperspectief. De domeinen en bijbehorende indicatoren zijn:

8. Vroege ondersteuning en preventie: afspraken met gemeenten over informatie, voorlichting en steun, de wijze van samenwerking met gemeenten en de vindbaarheid van informatie voor cliënten, mantelzorgers en professionals.
9. Diagnostiek: beschikbaarheid van informatie over het totale aantal gediagnosticeerde mensen, het aantal nieuw gediagnosticeerde mensen, afspraken over het vervolgtraject, specifiek aanbod en huidig beleid, de aanwezigheid van een registratiepunt en het gebruik hiervan.
10. Casemanagement: het aantal cliënten met een casemanager, het gebruik van een integraal zorgplan, de financiering van de casemanager en de tevredenheid over het casemanagement.
11. Behandeling, begeleiding en steun: de aanwezigheid van samenwerkingsafspraken.
12. Levering zorg en diensten: de aanwezigheid van vormen van respijtzorg, de voorlichting hierover en of dit aanbod voldoende is, een vast aanspreekpunt, een minimum aantal zorgverleners en crisis hulp (zoals inbedding in de keten het aantal crisisopnamen).
13. Ketenzorg bij dementie: alles wat komt kijken bij de organisatie en borging van de keten zoals het draagvlak, de gezamenlijke afspraken, verantwoordelijkheden en doelen, ketenpartners, stuurgroep en de toerusting rond de transitie AWBZ - Wmo.
14. Cliëntperspectief: de nadruk ligt op de Dementiemonitor Mantelzorg en het monitoren van de belasting van de mantelzorgers.

Uitvoering vragenlijst en respons

De vragenlijst is in de maand juni 2014 digitaal uitgezet bij 85 ketenregisseurs van ketens dementie in Nederland. In totaal hebben 68 van de 85 ketens de vragenlijst compleet ingevuld. Dit komt neer op een respons van 80%.

De 17 ketens die de vragenlijst niet of niet volledig hebben ingevuld, hebben hiervoor verschillende redenen zo blijkt uit contact met de ketens. De oorzaken liggen bijvoorbeeld in de onzekerheden over de continuïteit en het voortbestaan van de keten of de functie van ketenregisseur, moeite om de juiste gegevens te verzamelen bij ketenpartners, tijdgebrek en ziekte van de beoogde respondent.

Ondersteuning vanuit Vilans

Voor, tijdens en na de meetperiode heeft Vilans hulp geboden aan de ketens. Veel ketens hebben telefonisch of via de mail gevraagd om advies en ondersteuning. Dit betrof vooral vragen over de inhoud van de vragenlijst, het traceren van de juiste gegevens en in een enkel geval een technisch probleem.

Analyse

De data is geanalyseerd via het statische analyseprogramma SPSS. Drie ketens hebben geen toestemming gegeven om hun data te gebruiken voor deze rapportage en deze data is daarom niet meegenomen in deze rapportage.

De analyse van de data is in grofweg twee stappen gegaan:

1. Berekening domeinscores met behulp van gesloten vragen

Alle gesloten vragen, vragen met vooraf bepaalde, vaste antwoordmogelijkheden, werden beoordeeld en van een score voorzien door twee onderzoekers. Wanneer de ketenregisseurs 'ja' aangeven op een vraag kregen zij een hogere score dan wanneer zij 'nee' antwoordden op een vraag. Open vragen kregen geen score toegekend. Een overzicht van de verschillende domeinen en bijbehorende scores vindt u in bijlage 2. Onder elk van deze domeinen staan de vragen die zijn ingevuld én die mee zijn genomen in het scoren van de keten op de verschillende netwerkindicatoren. Op deze manier is te zien waar de scores van uw keten op gebaseerd zijn. Per domein is een gemiddelde domeinscore per keten en een gemiddelde score voor alle ketens gezamenlijk berekend. De gemiddelde domeinscores worden weergegeven in een spinnenweb in het resultaten hoofdstuk en kort beschreven bij de verschillende domeinen.

2. Analyseren 'open' vragen

De antwoorden van de open vragen zijn systematisch en 'open' geanalyseerd door twee onderzoekers. Onderzoeker 1 analyseerde de open vragen en clusterde de vragen naar soortgelijke thema's. Deze thema's waren niet vooraf vastgesteld. Onderzoeker 2 ging na of deze clustering terecht was. De resultaten van de open vragen zijn beschreven bij de betreffende hoofdstukken van deze rapportage.

2. Resultaten 2013

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de meting gepresenteerd aan de hand van de zeven domeinen:

1. Vroege ondersteuning en preventie
2. Diagnostiek
3. Casemanagement
4. Behandeling, begeleiding en steun
5. Levering zorg en diensten
6. Ketenzorg bij dementie
7. Cliëntperspectief

Aan het eind van het hoofdstuk is te zien hoe de ketens gezamenlijk (gemiddeld) scoren op de verschillende domeinen.

1. Vroege ondersteuning en preventie

Onder vroege ondersteuning en preventie vallen de afspraken die ketens met gemeenten hebben gemaakt over informatie, voorlichting en steun. Daarnaast gaat het om de wijze van samenwerking met de gemeente en de vindbaarheid van informatie voor cliënten, mantelzorgers en professionals.

Samenwerking met gemeenten

Gemiddeld genomen bedienen de 65 ketens ieder gemiddeld ruim vijf gemeenten (minimum 1, maximum 24). Alle 65 ketens hebben de mate van samenwerking met de betreffende gemeenten aangegeven. Hieruit blijkt dat de ketens met gemiddeld 70% van de gemeenten samenwerken in de informatievoorziening over dementie. Met gemiddeld 53% van de gemeenten hebben ze een actief samenwerkingsverband. De percentages lopen per keten sterk uiteen: van 0 tot 100%.

Een actief samenwerkingsverband¹ gaat verder dan alleen afspraken. De verschillende ketenpartijen hebben een gezamenlijk doel vastgesteld en schriftelijke afspraken gemaakt over de activiteiten en verantwoordelijkheden van de verschillende ketenpartijen, dit om de structuur van de keten beter te borgen. De gemeente wordt betrokken bij de hele vormgeving van de keten. De mate van activiteit en de structurele rol die de gemeenten inneemt, verschilt per keten.

Afspraken met gemeenten

Alle ketens (100%) maken afspraken over het organiseren van laagdrempelige bijeenkomsten, psycho-educatie en lotgenotencontact. Ruim 88% van de ketens geeft aan afspraken te maken over publieksvoorlichting in artikelen, website en berichten via regionale media. Verder maakt 71% afspraken over de sociale kaart en 80% over schriftelijke voorlichting. Slechts 40% van de ketens zoekt de gemeenten op voor afspraken over het centraal informatiecentrum voor dementie. En iets minder dan de helft (49%) geeft aan afspraken te maken over (tweejaarlijkse) campagne(s) over het herkennen en over het verminderen van taboes.

¹ Actief samenwerkingsverband: Met actief samenwerkingsverband wordt bedoeld dat gezamenlijk een doel is vastgesteld, dat er schriftelijke afspraken zijn gemaakt over de activiteiten en verantwoordelijkheden van de verschillende ketenpartijen.

Tabel 1 Afspraken tussen dementieketen en gemeente over informatie, voorlichting en steun, in aantallen en percentages (N=65). De percentages zijn naar boven afgerond.

Afspraken over informatie, voorlichting en steun	Aantal ketens	% ketens
Laagdrempelige bijeenkomsten, psycho-educatie en lotgenotencontact	65	100
Publieksvoorlichting in artikelen, website en berichten via regionale media	57	88
Sociale kaart met informatie over dementie	46	71
Schriftelijke voorlichting bij alle maatschappelijke en gezondheidsorganisaties	52	80
Centraal informatiecentrum	26	40
(Tweejaarlijkse) campagne(s) gericht op herkenning en taboeverkleining	32	49

Vindbaarheid van informatie

Het overgrote deel van de ketens (78,5%) geeft aan dat zij goed zicht hebben op de omvang van de doelgroep en hun zorgvraag, zo blijkt uit tabel 2.

Tabel 2 Uitspraak over keten over vindbaarheid van informatie, in aantallen en percentages (N=65)

Uitspraak over de keten	Ja		Nee	
	Aantal ketens	% ketens	Aantal ketens	% ketens
In de keten is goed zicht op de omvang van de doelgroep dementerenden en hun zorgvraag	51	78,5	14	21,5

Activiteiten om mensen met dementie op te sporen

In een open vraag hebben de ketens aangegeven welke activiteiten zij hebben ingezet om mensen met dementie op te sporen. Samenwerking, voorlichting en scholing van zorgverleners wordt door het merendeel van de ketens genoemd als activiteit voor vroegsignalering. Zij werken daarin samen met de huisarts, de eerste lijn, het RIAGG, Wmo adviseurs, ouderenconsulenten en casemanagers. Samenwerken gebeurt vooral via lokale werkgroepen, deelname in lokale/regionale projecten en multidisciplinaire overleggen.

De meeste ketens sporen mensen met dementie vroegtijdig op door het gebruik van screeningsinstrumenten - zoals de signaleringskaart- en via signalen van de casemanager. Een andere belangrijke methode publieksvoorlichting, bijvoorbeeld door informatie-, voorlichtings- en themabijeenkomsten (bijvoorbeeld Alzheimer Café's) te organiseren en informatie aan te bieden via internet, sociale media en kranten. Ook campagnes en contacten met huisartsen en welzijnsinstellingen worden veel genoemd.

Totaalscore vroege ondersteuning en preventie

Samenwerking, afspraken met gemeenten en vindbaarheid van informatie zijn meegenomen in de totaalscore voor vroege ondersteuning en preventie. De open vragen zijn niet meegenomen. De gemiddelde totaalscore van alle ketens (N=65) is 2,3 op een schaal van 0 tot 3.

2. Diagnostiek

Onder diagnostiek verstaan we in deze meting:

- de beschikbaarheid van informatie over het totale aantal gediagnosticeerde mensen;
- het aantal nieuw gediagnosticeerde mensen;
- afspraken over het vervolgtraject;
- de aanwezigheid van een centraal registratiepunt;
- het gebruik hiervan;
- het specifieke aanbod en beleid voor jong-dementerenden.

Beschikbaarheid informatie over gediagnosticeerde mensen met dementie

Meer dan de helft van de ketens (58,5%, N=38) geeft aan over deze informatie te beschikken. Dit betekent ook dat ruim 41% van de ketens (N=27) op dit moment niet beschikt over informatie over het aantal gediagnosticeerde mensen met dementie.

Aantal nieuw gediagnosticeerde mensen met dementie (incidentie)

We hebben de ketens gevraagd een schatting te geven van het aantal nieuw gediagnosticeerde mensen in de meetperiode. 51 van de 65 ketens hebben de vraag beantwoord (78%). De antwoorden liepen nogal uiteen: tussen de 0 en de 1300. Het gemiddelde incidentiecijfer van alle ketens (N=65) ligt afgerond op 273 mensen.

Het aantal nieuwe gevallen (incidentie) van dementie in 2011 in Nederland is op basis van de huisartsenregistratie Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg (LINH) geschat op 12.700. Het gaat dan om mensen die zelfstandig of in een verzorgingshuis wonen; verpleeghuisbewoners zijn niet meegerekend².

Diagnose dementie en dan?

Het merendeel van de ketens (91%, N=59) geeft aan dat er in de keten duidelijke afspraken zijn gemaakt over het vervolgtraject na de diagnose. Het gaat dus om 9 van de 10 ketens.

Diagnose jong dementerenden en dan?

Het percentage ketens met specifiek beleid voor jong-dementerenden (bijvoorbeeld in het ketenplan) is slechts 26%. Dit betekent dus dat ruim 70% van de ketens hier geen specifiek beleid op heeft ontwikkeld. Op de vraag of er specifiek aanbod is jong-dementerenden geeft iets meer dan de helft van de ketens (51%) aan dat dit het geval is. Dit betekent dus dat 49% van de ketens geen specifiek aanbod heeft voor jong-dementerenden.

Activiteiten voor jong-dementerenden

We hebben de ketens gevraagd naar de activiteiten die zij hebben ontwikkeld voor jong-dementerenden. In totaal hebben 33 van de 65 ketens (51%) deze vraag beantwoord. De belangrijkste activiteiten zijn (in willekeurige volgorde):

- Samenwerking met verschillende partijen bij diagnostiek, begeleiding en behandeling. Voorbeeld: zorgaanbieders voor gehandicaptenzorg zorgboerderijen, GGZ.
- Voorlichting- en informatiebijeenkomsten en ontmoetingscentra voor jong-dementerenden en hun mantelzorgers (lotgenotencontact).
- Cursussen: online cursussen, kopgroep cursus, gespreksgroepen, maatjesproject, lotgenotengroep.

² Nationaal Kompas Volksgezondheid, Dementie, <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/dementie/omvang/>, geraadpleegd in augustus 2014

- Casemanagers met specialisatie jong dementie.
- Specifieke dagbesteding/-behandeling en dagopvang.
- Specifieke voorzieningen: woonvormen, specifieke afdelingen, aparte woongroepen.
- Specifieke diagnostiek, bijvoorbeeld VUmc Alzheimer Centrum.
- Deskundigheidsbevordering dementieconsulenten.
- Expertisecentrum voor jonge mensen met dementie.

Centraal registratiepunt

Iets minder dan de helft van de ketens (46%, N=30) heeft een centraal registratiepunt voor (nieuwe) cliënten (tabel 3). Het is onduidelijk hoe de andere 54% van de ketens nieuwe cliënten registreert. Bij 32% van de ketens maken alle ketenpartners gebruik van het centrale registratiepunt (N=21). Het is opvallend dat het aantal ketens dat aangeeft een centraal registratiepunt te hebben minder is dan het aantal ketens dat aangeeft zicht te hebben op het aantal gediagnosticeerde mensen met dementie.

Koppeling ziekte- en zorgdiagnostiek

Naast de informatie over het centraal registratiepunt is in tabel 3 te zien dat het merendeel van de ketens (89%) ziekte- en zorg diagnostiek gekoppeld hebben.

Tabel 3 Centraal registratiepunt en koppeling ziekte- en zorgdiagnostiek, in aantallen en percentages (N=65)

<i>Stellingen</i>	<i>Aantal ketens</i>	<i>% ketens</i>
Kent de keten een centraal registratiepunt voor (nieuwe) cliënten met dementie?	30	46
Maken alle partners in de dementieketen gebruik van dit registratiepunt?	21	32
Zijn ziekte- en zorgdiagnostiek aan elkaar gekoppeld?	58	89

Totaalscore diagnostiek

De totaalscore voor diagnostiek is gebaseerd op de vragen hierboven met uitzondering van de open vraag over activiteiten voor jong dementerenden. De gemiddelde totaalscore van alle ketens (N=65) is 1,6 op een schaal van 0 tot 3.

Het centraal registeren van de diagnose en het vervolg daarop kan beter. De inrichting van het centrale register in het Deltaplan Dementie zal zeker een positieve impuls hebben. Wat opvalt is dat veel ketens weliswaar afspraken hebben over diagnostiek (wie en waar), maar dat het naleven van de afspraken beter kan. Jong-dementerenden zijn weliswaar in beeld, maar door hun relatief kleine volume is het voor veel ketens lastig om een passend (zorg)aanbod te formuleren.

In de vragenlijst zijn vragen opgenomen over de prevalentie en incidentie van mensen met dementie. Op 1 januari 2011 waren er naar schatting 51.900 gediagnosticeerde mensen met dementie bekend bij de huisarts. Het gaat dan om mensen die contact hebben met de huisarts vanwege hun ziekte. Mensen die lange tijd geen contact hebben gehad met de huisarts zijn niet meegeteld. Het aantal nieuwe gevallen (incidentie) van dementie is geschat op 12.700 mensen. Dit gaat over mensen met dementie die thuis wonen of in een verzorgingshuis. Mensen met dementie in een verpleeghuis zijn niet meegenomen.³

³ Bron: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/dementie/omvang/>

3. Casemanagement

Casemanagement gaat over:

- het aantal cliënten met een casemanager
- het gebruik van een integraal zorgplan
- de financiering van de casemanager
- het meten van de tevredenheid over het casemanagement.

Cliëntvolgend registratiesysteem

54 van de 65 ketens (83%) geeft aan een cliëntvolgend registratiesysteem te hebben. Deze 54 ketens hebben nog een aantal extra vragen voorgelegd gekregen. De resultaten worden apart gepresenteerd.

Ketens met een cliëntvolgend registratiesysteem

Van de ketens die een cliëntgebonden registratiesysteem hebben (N=54), kunnen 37 ketens alle gevraagde gegevens over casemanagement (3 onderstaande vragen) aanleveren. En een meerderheid van het totale aantal ketens dat een cliënt gebonden registratiesysteem kan een deel van de gevraagde gegevens (1 of 2 stellingen van de in totaal 3) over casemanagement aanleveren.

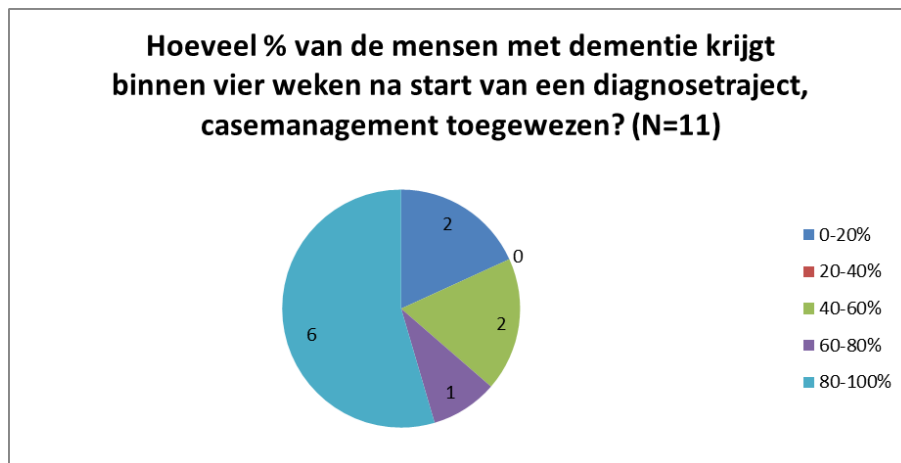
Ketens geven aan gemiddeld 1512 extramurale cliënten met dementie te hebben in de meetperiode (N=41). Dit blijkt ook uit tabel 4. Verder blijkt dat van gemiddeld 679 extramurale cliënten met dementie van het totale aantal extramurale cliënten met dementie casemanagement heeft (N=48). Ten slotte geven ketens aan dat gemiddeld 6 extramurale cliënten met dementie op de wachtlijst staan voor casemanagement (N=49).

Tabel 4 Prevalentie extramurale cliënten met dementie, casemanagement en wachtlijst voor casemanagement, in aantallen.

Vraag	N	Gemiddelde (aantal)	Range [minimum en maximum waarde]
Wat is het totale aantal extramurale cliënten met dementie, bekend in de dementieketen in de meet periode?	41	1512	[0-10000]
Hoeveel extramurale cliënten met dementie hebben van het totale aantal (zie bovenstaande vraag) naar schatting casemanagement?	48	679	[0-3800]
Hoeveel extramurale cliënten met dementie staan op de wachtlijst voor casemanagement?	49	6	[0-80]

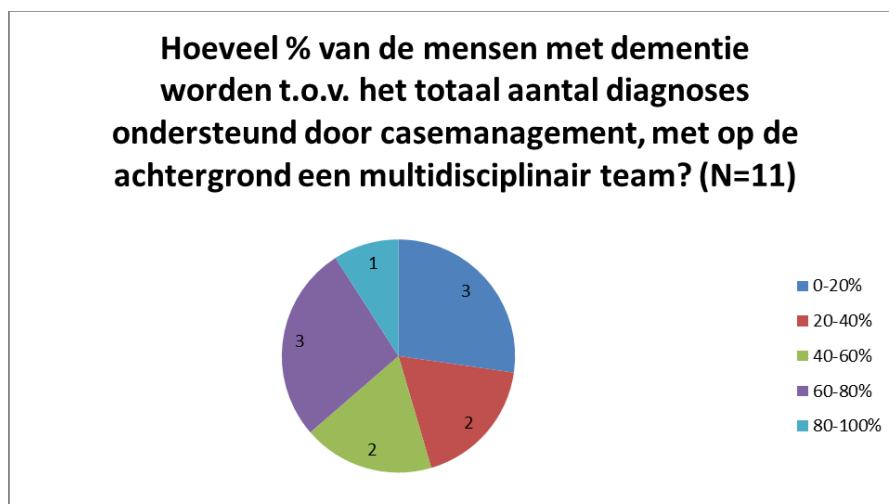
Ketens zonder een cliëntvolgend registratiesysteem

Alle 11 ketens die aangeven geen cliëntvolgend registratiesysteem te hebben, kunnen de gevraagde gegevens over casemanagement aanleveren. Het gemiddelde aantal mensen dat binnen vier weken na de start van een diagnosetraject casemanagement krijgt toegewezen is 4 ($\approx 3,8$) (minimum=1, maximum=5). Ook hebben de 11 ketens geschat hoeveel procent van de mensen met dementie wordt ondersteund door casemanagement. Zoals figuur 1 laat zien, zegt het merendeel van deze ketens (N=6) dat 80-100% van de mensen met dementie ondersteund wordt door een casemanager. Twee ketens geven aan dat dit tussen de 0-20% ligt.



Figuur 1 Een schatting van het percentage mensen met dementie dat binnen vier weken na start van een diagnosetraject casemanagement krijgt toegewezen.

Verder hebben de ketens geschat hoeveel mensen met dementie - ten opzichte van het totaal aantal diagnoses - worden ondersteund door casemanagement, met op de achtergrond een multidisciplinair team. Figuur 2 laat de resultaten zien. Slechts 4 van de 11 ketens geven aan dat dit percentage ligt tussen de 80-100%. Ruim 7 van de 11 ketens geven aan dat het percentage onder de 60% ligt.



Figuur 2 Een schatting van het percentage mensen met dementie dat wordt ondersteund door casemanagement met op de achtergrond een multidisciplinair team.

Casemanager: caseload, FTE, soort organisatie

We hebben alle ketens gevraagd naar de gemiddelde caseload van de casemanager. Alle 65 ketens hebben deze vraag beantwoord. De gemiddelde caseload is 60 cliënten per casemanager, variërend van 13 tot 109 cliënten. De meeste ketens geven aan dat casemanagers gemiddeld 50 à 55 cliënten onder hun hoede hebben per fte

Daarnaast hebben we de ketens gevraagd naar het totaal aantal FTE casemanagers. Slechts 4 van de 65 ketens hebben deze vraag niet ingevuld. Het gemiddeld aantal FTE casemanagers in de dementieketen ligt op 9,4.

Bij het merendeel van de ketens (88%) is de casemanager in dienst van de zorgaanbieder (VVT) zo blijkt uit tabel 5. 21% van de ketens geeft dat de casemanager in dienst is bij een GGZ instelling. Opvallend is dat de casemanager vrijwel nooit in dienst is bij de gemeente (3%).

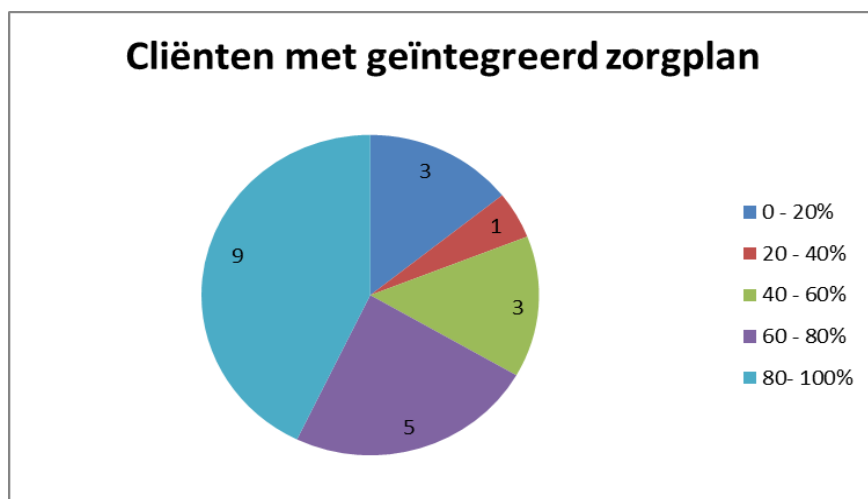
Tabel 5 Organisatie bij wie de casemanager in dienst is, in aantallen en percentages (N=65)

Soort organisatie	Aantal ketens	% ketens
Zorgaanbieder (VVT)	57	88
Welzijnsinstelling	10	15
Onafhankelijke organisatie	6	9
GGZ-instelling	15	21
Gemeente	2	3
Eerstelijnsaanbieder	12	19
Keten Dementie	9	14

Het zorgplan

Van de 65 ketens gebruiken 21 (32%) een geïntegreerd zorgplan⁴. De ketens die een geïntegreerd zorgplan gebruiken hebben we enkele extra vragen voorgelegd.

De 21 ketens met een geïntegreerd zorgplan hebben we gevraagd te schatten hoeveel procent van het totaal aantal cliënten in de dementieketen een geïntegreerd zorgplan heeft waarin alle onderdelen van wonen, zorg en welzijn opgenomen zijn. Uit figuur 3 is op te maken dat 9 van de 21 ketens (43%) aangeeft dat dit percentage tussen de 80-100% ligt. Gevolgd door vijf ketens waarbij dit percentage tussen de 60-80% ligt.



Figuur 3 Het percentage cliënten in de dementieketen met een geïntegreerd zorgplan waarin alle onderdelen van wonen, zorg en welzijn zijn opgenomen.

8 van de 21 ketens (38%) schatten het percentage cliënten met een geïntegreerd zorgplan dat ook toegang heeft tot dit zorgplan op 80-100%.

Ten slotte is de ketens gevraagd het percentage cliënten met dementie te schatten dat vanaf de diagnose één geïntegreerd zorgplan heeft. Dit in vergelijking met het totaal aantal cliënten met dementie. De 21 ketens zijn verdeeld in hun mening. Iets meer dan de helft van de ketens (52%) schat dat dit percentage onder de 60% ligt. Slechts 5 van de 21 ketens (24%) schat het percentage op 80-100%.

⁴ Zorgplan: Wanneer het volgende profiel overeenkomt kan dit aangeduid worden als zorgplan.

Verder moet het plan voldoen aan de eisen die de WGBO stelt en besluit 131 in het staatsblad (Besluit van 2 maart 2009, houdende verplichtstelling van een bespreking over het zorgplan bij verlening van zorg als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg)). In het plan zijn minstens opgenomen: zorgdiagnose, zorgverlening, ondersteuning cliënten, ondersteuning mantelzorg, medicatie, behoeften van de cliënt en evaluatie data.

Tabel 6 Vragen over het geïntegreerde zorgplan, in aantallen (N=21).

	0-20%	20-40%	40-60%	60-80%	80-100%
Hoeveel van het totaal aantal cliënten in de dementieketen heeft een geïntegreerd zorgplan waarin alle onderdelen van wonen, zorg en welzijn opgenomen zijn?	3	1	3	5	9
Hoeveel van de cliënten met een geïntegreerd zorgplan heeft toegang tot dit zorgplan?	6	2	2	3	8
Geef aan bij hoeveel cliënten met dementie vanaf de diagnose één geïntegreerd zorgplan aanwezig is ten opzichte van het totaal aantal diagnoses.	4	1	6	5	5

Afspraken zorgplan

In tabel 7 is te zien dat er met alle partijen relatief vaak afspraken worden gemaakt over het delen van het zorgplan en minder vaak over de eindverantwoordelijkheid. Alleen voor de casemanager is dit wel van toepassing: deze is in de meeste gevallen eindverantwoordelijk voor het zorgplan. Over de eindverantwoordelijkheid worden het minst vaak afspraken gemaakt met paramedici (14%, N=3). Ook afspraken met psychologen vinden relatief minder vaak plaats (19%, N=4). Wat verder opvalt is dat meer dan de helft van de ketens (52%) aangeeft afspraken te maken met huisartsen over de eindverantwoordelijkheid.

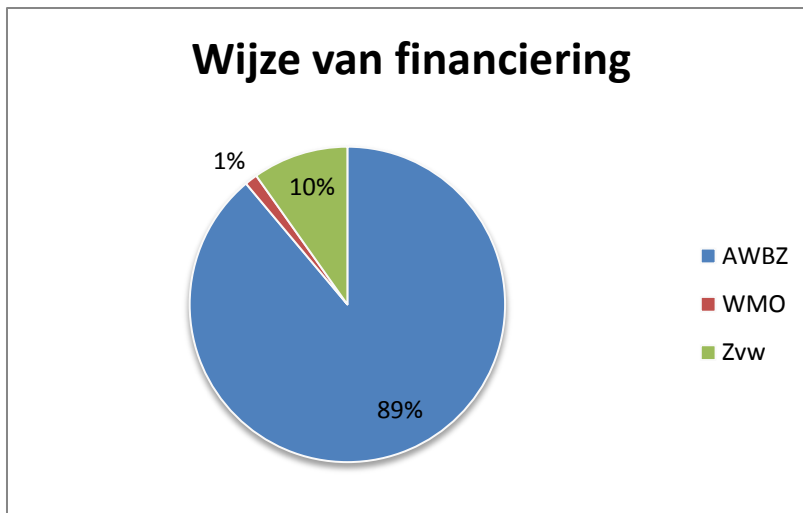
Over het delen van het zorgplan worden de meeste afspraken gemaakt met de mantelzorgers en de casemanagers (beide 100%), de cliënt (95%) en de verpleegkundige (81%). Het minst vaak worden afspraken gemaakt met specialisten (57%), geriater (57%) en ziekenhuisspecialisten (57%).

Tabel 7 Werkafspraken met betrekking tot geïntegreerd zorgplan (n=21)

	Eindverantwoordelijk		Delen het zorgplan	
	Aantal ketens	% ketens	Aantal ketens	% ketens
Cliënt	6	29	20	95
Mantelzorger	6	29	21	100
Casemanager	20	95	21	100
Huisarts	11	52	15	71
Verpleegkundige	7	33	17	81
Specialist	5	24	12	57
Psycholoog	4	19	14	67
Geriater	6	29	12	57
Paramedici	3	14	13	62
Specialist Ouderengeneeskunde	7	33	15	71
Ziekenhuisspecialist inclusief klinisch geriater	6	29	12	57

Wijze van financiering casemanagement

Alle 65 ketens hebben de vraag over de wijze van financiering beantwoord. Voor het overgrote deel (89%) vindt dit plaats vanuit de AWBZ (figuur 4). De zorgverzekeringswet (ZVW) is voor ruim 10% medefinancier van het casemanagement. De Wmo is gemiddeld voor slechts 1,3% medefinancier.



Figuur 4 De wijze van financiering casemanagement, verdeling in gemiddelde percentages (N=65)

Bij 44 van de 65 ketens (68%) wordt het casemanagement volledig gefinancierd vanuit de AWBZ en 3 van de 65 ketens (5%) geven aan grotendeels (70-100%) te worden gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet. De andere ketens geven aan dat het casemanagement gefinancierd wordt vanuit een combinatie AWBZ/ZVW/Wmo.

Tevredenheid, structurele financiering en effectiviteit casemanagement

Meer dan de helft van de ketens (59%) meet periodiek de tevredenheid van de mensen met dementie en hun naasten over het casemanagement als onderdeel van het hulpverleningsproces (tabel 8). Dit kan betekenen dat de andere ketens hier nog geen structurele aandacht aan willen of kunnen besteden. Structurele financiering is er slechts bij iets minder dan een kwart van de ketens (23%) (N=15).

Tabel 8 Tevredenheid en structurele financiering casemanagement, in aantallen en percentages (N=65).

	<i>Aantal ketens</i>	<i>% ketens</i>
Periodiek meten van tevredenheid mensen met dementie en hun naasten over het casemanagement als onderdeel van het hulpverleningsproces	38	59
Structurele (niet gebaseerd op de NZA-beleidsregel) financiering voor het casemanagement	15	23

Totaalscore casemanagement

In het berekenen van de gemiddelde totaalscore van alle ketens hebben we de vragen meegenomen over de aanwezigheid van een cliëntvolgende registratie, het gebruiken van een geïntegreerd zorgplan en de vragen over tevredenheid en structurele financiering van casemanagement. De overige vragen zijn niet meegenomen in de totaalscore. De gemiddelde totaalscore van alle 65 ketens samen is 1,5 op een schaal van 0 tot 3. Dit is op één domein na de laagste score van de zeven domeinen. Dit komt vooral doordat veel ketens nog niet werken met een geïntegreerd zorgplan. Ook is casemanagement vaak niet structureel ingebed in de ketens.

Casemanagement is in alle ketens aanwezig en heeft een professionaliseringslag gemaakt. Zo is er een beroepsvereniging opgericht en een functieprofiel verschenen. Door de overheveling van veel taken naar de Wmo, het inrichten van (sociale) wijkteams en de veranderende positie van de wijkverpleegkundige zijn de invulling van het casemanagement en een gedeeld zorgplan belangrijke onderwerpen.

4. Behandeling, begeleiding en steun

Het domein behandeling, begeleiding en steun omvat de aanwezigheid van diverse samenwerkingsafspraken

Behandeling, begeleiding en steun

Het merendeel van de ketens (82%, N=53) geeft aan dat er samenwerkingsafspraken zijn tussen alle disciplines over de geboden behandeling, begeleiding en steun. Verder blijkt dat ruim 83% van de ketens (N=54) samenwerkingsafspraken heeft tussen professionals van intra- en extramuraal zorg. Deskundigheidsbevordering over dementie wordt vooral gemist in de opleidingen voor verzorgend personeel. De meldpunten ouderenmishandeling zijn ingebed in de lokale afdelingen SHG (Stichting Huiselijk Geweld). Het is voor de ketens echter onduidelijk om hoeveel meldingen het gaat en welk vervolg een melding krijgt.

Totaalscore behandeling, begeleiding en steun

Op basis van deze vragen en antwoorden is de gemiddelde totaalscore berekend voor de ketens (N=65): 2,5 op een schaal van 0 tot 3. Het inzichtelijk maken van het aanbod van behandeling, begeleiding en steun staat in veel ketens op de kaart. Blijvend punt van aandacht is dat ketenpartners deze informatie ook delen met elkaar.

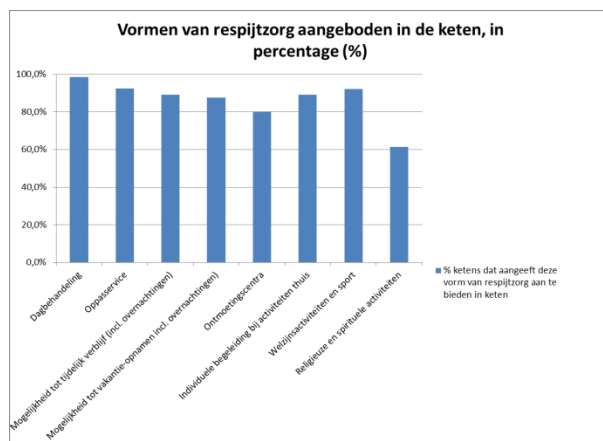
5. Levering zorg en diensten

Levering van zorg en diensten gaat over:

- de aanwezigheid van verschillende vormen van respijtzorg;
- de voorlichting hierover;
- of dit aanbod voldoende is;
- een vast aanspreekpunt en een minimaal aantal zorgverleners;
- vragen over crisishulp hieronder, zoals het aantal crisisopnamen en de inbedding van crisishulp in de keten.

Respijtzorg

Uit figuur 5 en tabel 9 blijkt dat de ketens vooral respijtzorg aanbieden in de vorm van dagbehandeling (98,5%), oppasservice (92,4%) en welzijnsactiviteiten en sport (92,3%). Verder biedt ruim twee derde van de ketens (61,5%) religieuze en spirituele activiteiten aan.



Figuur 5 Vormen van respijtzorg, in percentages

De ketens zijn gevraagd of zij hun aanbod voldoende vinden om naasten van mensen met dementie te ontlasten en voor de persoon met dementie en diens naaste gezamenlijk. In tabel 9 is te zien dat 63% van de ketens vindt dat dat zij dit aanbod voor naasten voldoende vinden. Iets minder dan de helft (49,2%) geeft aan dat er voldoende aanbod van activiteiten is voor de persoon met dementie en de naaste gezamenlijk.

Tabel 9 Toereikend aanbod respijtzorg, in aantallen en percentages (N=65)

	<i>Aantal ketens</i>	<i>% ketens</i>
Er is voldoende aanbod van activiteiten dat de naasten van mensen met dementie ontlast	41	63,1
Er is voldoende aanbod van activiteiten voor de persoon met dementie en diens naaste gezamenlijk	32	49,2

De ketens zijn ook gevraagd naar de aanwezigheid van een gevarieerd, dekkend en toegankelijk aanbod van respijtzorg. Ruim 81% geeft aan een gevarieerd, dekkend en toegankelijk aanbod te hebben voor respijtzorg buitenshuis (tabel 10). 75% van de ketens geeft ditzelfde aan voor respijtzorg aan huis. Bijna 60% van de ketens heeft een combinatieaanbod voor mensen met dementie en hun naasten, dat gevarieerd, dekkend en toereikend is.

Tabel 10 Gevarieerd, dekkend en toegankelijk aanbod van respijtzorg aan huis, respijtzorg buitenshuis en een combinatieaanbod, in aantallen en percentages (N=65)

<i>Stellingen over aanbod respijtzorg</i>	<i>Aantal ketens</i>	<i>% ketens</i>
Respijtzorg aan huis	49	75,4
Respijtzorg buitenshuis	53	81,5
Een combinatieaanbod voor mensen met dementie en hun naasten	38	58,5

In tabel 11 staan een aantal stellingen over respijtzorg die we aan de ketens hebben voorgelegd. Het merendeel (87,7%) geeft aan dat professionals voldoende kennis hebben van het aanbod. Iets meer dan de helft geeft aan dat zij periodiek voorlichting geven over respijtzorg in de regio. Slechts 27% van de ketens geeft aan dat ze de tevredenheid over respijtzorg periodiek meten.

Tabel 91 Respijtzorg binnen de keten, in aantallen en percentages (N=65)

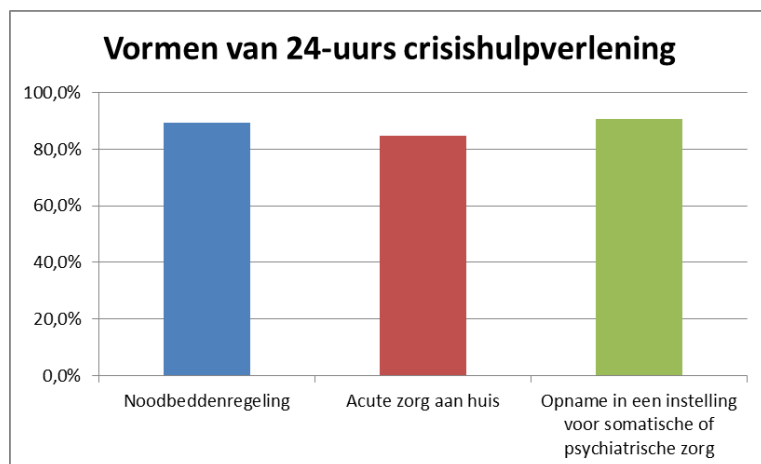
	<i>Aantal ketens</i>	<i>% ketens</i>
Er wordt periodiek voorlichting gegeven over respijtzorg in de regio	34	52,3
Professionals hebben voldoende kennis van het aanbod respijtzorg	57	87,7
De tevredenheid over respijtzorg wordt periodiek gemeten	18	27,7
Het aanbod respijtzorg is afgestemd op het aantal mensen met dementie en hun naasten in de regio	26	40

Crisishulpverlening

We hebben de ketens een aantal vragen gesteld om het percentage crisisopnamen te achterhalen. In totaal hebben 27 van de 65 ketens (42%) dit ingevuld. Het gemiddelde aantal crisisopnamen ligt op 26 ($\approx 25,7$), variërend tussen de 0 en 140. Daarnaast hebben we gevraagd naar het percentage crisisopnamen. 24 van de 65 ketens hebben deze vraag beantwoord. Het gemiddelde percentage crisisopnamen is 13%, variërend van 0 tot 99.

Tot slot hebben we gevraagd naar het aantal crisissen waarbij binnen 24 uur een oplossing op de juiste plek is gevonden. 23 ketens konden deze vraag beantwoorden en komen op een gemiddelde van ruim 20 crisissen. Een kanttekening bij dit getal is dat de spreiding van antwoorden groot is, namelijk tussen de 0 en 100 crisissen. De antwoorden laten zien dat de registratie van crisissen en de afspraken over hoe om te gaan met een crisissituatie per keten erg verschillen of ontbreken.

De ketens hebben aangegeven waar hun 24-uurs crisishulpverlening uit bestaat (figuur 6). 89% van de ketens heeft een noodbeddenregeling en 91 % heeft de mogelijkheid voor opname in een instelling voor somatische of psychiatrische zorg. Acute zorg aan huis is bij 85% van de ketens 24 uur beschikbaar.



Figuur 6 Vormen van 24-uurs crisishulpverlening, in percentages (N=65)

In tabel 12 zijn de mogelijkheden voor opname/wonen binnen de ketens te zien. Hieruit blijkt dat in de regio's van 97% van de ketens verschillende woonvormen zijn die voldoen aan de uitgangspunten van optimale dementiezorg.

Bij 80% van de ketens is de crisishulp volledig ingebed in de keten. De helft van de ketens (54%) geeft aan dat 90% van de mensen met dementie binnen een maand wordt geplaatst in de woning van hun voorkeur. Tot slot heeft 17% afspraken gemaakt over de inzet van zorg op afstand en gebruik van technologie/domotica.

Tabel 12 Mogelijkheden voor opname/wonen binnen de keten, in aantallen en percentages (N=55)

	Aantal ketens	% ketens
De crisishulp is in de keten ingebed: alle ketenpartners kennen het aanbod.	53	81,5
In de regio zijn verschillende woonvormen, die voldoen aan de uitgangspunten voor optimale dementiezorg, aanwezig.	63	96,9
90% van de mensen met dementie met een indicatie voor opname is binnen een maand geplaatst in de woning van hun voorkeur.	35	53,8
De keten heeft afspraken gemaakt over de inzet van zorg op afstand en gebruik van technologie/domotica.	11	16,9

Totaalscore levering zorg en diensten

Op de vragen naar de aantallen crisisopnamen na, zijn alle aspecten van dit domein onderdeel van de totaalscore levering zorg en diensten. De ketens scoren in totaal een 2

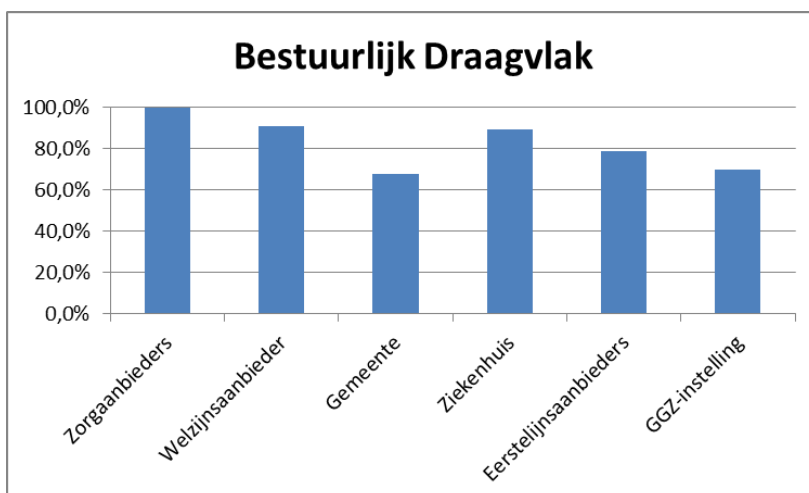
op een schaal van 0 tot 3. Ook de afgelopen twee jaar is het onvoldoende gelukt het aantal hulpverleners rond een cliënt(-systeem) te verminderen. Respijtzorg staat bij veel ketens onder druk. Technologie en domotica krijgen steeds meer belangstelling van de overheid en de technische mogelijkheden nemen toe, maar ketens hebben last van onduidelijkheid over de financiering van technologie. Bestaande stimuleringsregelingen en beleidsregels verdwijnen, het is nu (september 2014) onbekend wat ervoor in de plaats komt.

6. Ketenzorg bij dementie

Ketenzorg bij dementie omvat alle onderdelen rond de organisatie en borging van de keten zoals het draagvlak, de gezamenlijke afspraken, verantwoordelijkheden en doelen. Ook de ketenpartners en de stuurgroep zijn hierin opgenomen, de financiering van de keten en de toerusting voor de transitie AWBZ - Wmo.

Bestuurlijk draagvlak

In figuur 7 is te zien dat alle 65 ketens beschikken over een bestuurlijk draagvlak bij de zorgaanbieders. Ook beschikken vrijwel alle ketens (91%) over draagvlak bij welzijnsaanbieders. Bijna 80% heeft bestuurlijk draagvlak bij de eerstelijnsaanbieders en ruim 90% bij het ziekenhuis. Bestuurlijk draagvlak van de gemeente is het minst vanzelfsprekend, slechts 68% van de ketens beschikt hierover.



Figuur 7 Bestuurlijk draagvlak bij verschillende partijen, in percentages (N=65)

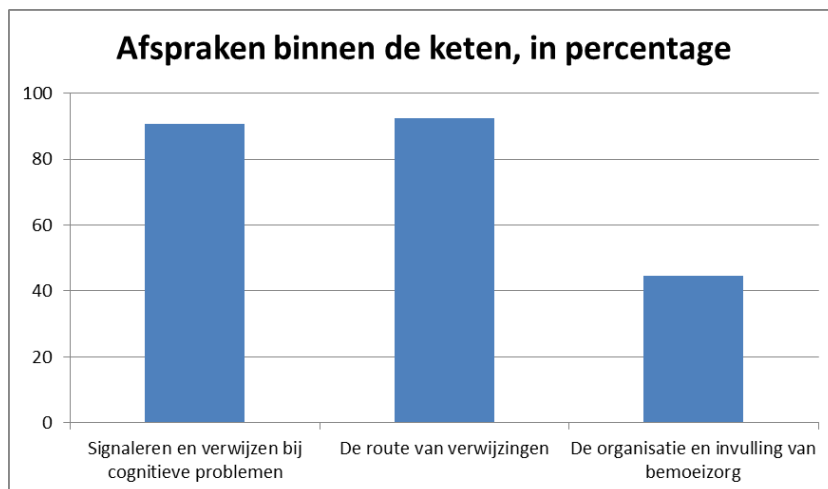
Samenwerking en afspraken ketenpartijen

Op twee na hebben alle ketens met ketenpartijen een gezamenlijk doel geformuleerd voor dementiezorg (tabel 13). Bij 85% is dit gezamenlijk doel ondertekend. 91% van de ketens heeft één ketenregisseur. Van alle ketens heeft 80% de taken en verantwoordelijkheden van de ketenpartijen en de ketencoördinator/regisseur benoemd en aan de ketenpartijen toegewezen. Afspraken over hoe de ketenpartijen elkaar kunnen aanspreken op taken en verantwoordelijkheden liggen gevoeliger. In tabel 13 is te zien dat die slechts bij de helft van de ketens zijn gemaakt. Bij het grootste deel van de ketens (86%) hebben ketenpartijen afspraken gemaakt over de verwijzing en transfer van cliënten onderling. Dit geldt minder voor afspraken over de procedures voor uitwisseling van cliëntinformatie. Deze zijn bij 60% van de ketens gemaakt.

Tabel 13 Samenwerking ketenpartijen, in aantallen en percentages (N=65)

	<i>Aantal ketens</i>	<i>% ketens</i>
Alle ketenpartijen hebben een gezamenlijk doel geformuleerd voor dementiezorg	63	96,9
Het gezamenlijke doel is door alle ketenpartijen ondertekend	55	84,6
De keten in zijn geheel en de afzonderlijke ketenpartijen hebben geformuleerd aan welke cliënten zorg wordt verleend	60	92,3
Voor de keten is één ketenregisseur benoemd	59	90,8
De taken en verantwoordelijkheden van de ketenpartijen en de ketencoördinator/regisseur zijn benoemd en aan de ketenpartijen toegewezen	52	80
Binnen de keten zijn afspraken gemaakt over hoe de ketenpartijen elkaar kunnen aanspreken op de taken en verantwoordelijkheden	33	50,8
De ketenpartijen hebben afspraken gemaakt over verwijzing en transfer van cliënten onderling	56	86,2
Er zijn afspraken gemaakt over procedures voor uitwisseling van cliënt informatie	39	60

Het merendeel van de ketens maakt afspraken over het signaleren en verwijzen bij cognitieve problemen (91%) en de route van verwijzingen (92%), zo blijkt uit figuur 8. Nog niet de helft van de ketens (45%) maakt afspraken over de organisatie en invulling van de bemoeizorg.



Figuur 8 Afspraken binnen de keten, in percentages (N=65)

Tabel 14 laat de antwoorden zien op stellingen over samenwerking, afspraken en financiering. Het merendeel van de ketens (91%) speelt gezamenlijk in op de overgang van de AWBZ naar de Wmo. Afspraken worden bij twee derde van de ketens (68%) geborgd. Bij 46% zijn lange-termijnafspraken gemaakt. Iets minder dan de helft van de ketens (42%) geeft aan voldoende te zijn toegerust om in te kunnen spelen op de transitie en slechts bij een tiende van de ketens (11%) is sprake van structurele financiering. Vooral de laatste twee punten vragen nadere aandacht. Ketens spelen wel in op de overgang van de AWBZ naar de Wmo maar voelen zich vaak niet voldoende toegerust om dit goed te doen.

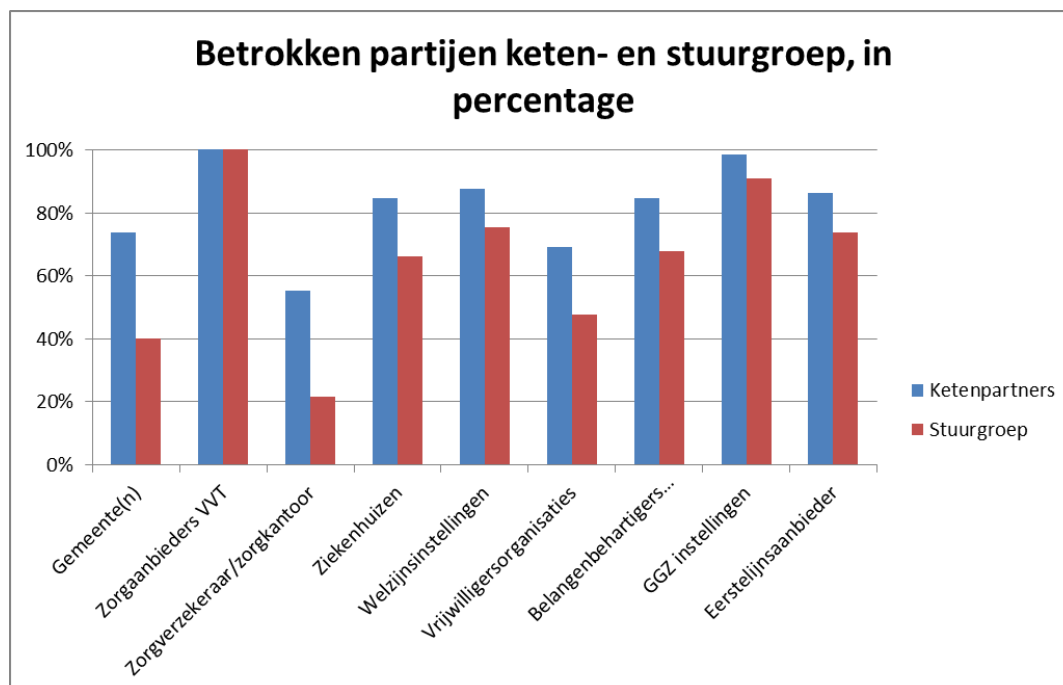
Tabel 14 Stellingen samenwerking, afspraken en financiering, in aantallen en percentages (N=65)

	Aantal ketens	% ketens
In de keten wordt met elkaar actief ingespeeld op de overgang AWBZ Wmo	59	90,8
De keten is voldoende toegerust om te kunnen in spelen op de overgang AWBZ Wmo	27	41,5
In de keten zijn lange termijn afspraken gemaakt (langer dan een jaar)	30	46,2
De afspraken die zijn gemaakt, zijn geborgd door alle ketenpartners	44	67,7
Er is sprake van structurele financiering voor de keten	7	10,8

Betrokken partijen keten en stuurgroep

In figuur 9 is te zien dat de zorgaanbieders VVT in alle ketens zowel ketenpartner (100%) als lid van de stuurgroep (100%) zijn. Ook de GGZ-instelling speelt een belangrijke rol in de meeste ketens, bij 99% zijn zij ketenpartij en bij 91% ook lid van de stuurgroep. Daarna komen ziekenhuizen, aanbieders in de eerste lijn, belangenbehartigers en welzijnsinstellingen. Al deze partijen zijn bij het merendeel van de ketens betrokken en ook bij meer dan de helft van de ketens zitten zij in de stuurgroep.

Dit geldt niet voor de gemeente, het zorgkantoor/de zorgverzekeraar en de vrijwilligersorganisaties. Ondanks dat de gemeente bij meer dan de helft van de ketens ketenpartner is (74%), zitten zij bij minder dan de helft in de stuurgroep (40%). Hetzelfde geldt voor het zorgkantoor/de zorgverzekeraar en de vrijwilligersorganisaties. Zij zijn bij meer dan de helft van de ketens ketenpartner (zorgkantoor 55%, vrijwilligersorganisatie 69%), maar zitten in mindere mate in de stuurgroep (zorgkantoor 22%, vrijwilligersorganisatie 48%).



Figuur 9 Betrokken partijen keten en stuurgroep, in percentages (N=65)

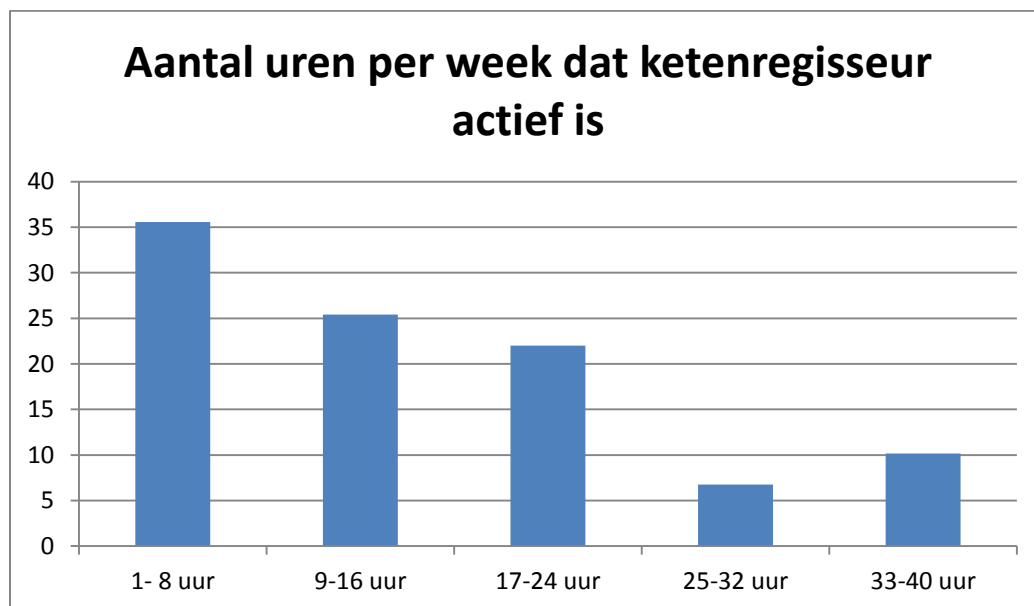
De ketenregisseur

In de vragenlijst hebben we specifiek aandacht besteed aan de functie van ketenregisseur. 59 ketens (91%) geven aan een ketenregisseur in dienst te hebben. De overige zes ketens hebben dit niet en zijn ook niet meegenomen in de overige vragen.

De meerderheid van de ketens geeft aan dat de ketenregisseur dienst is van een VVT-organisatie (Verpleging, Verzorging, Thuiszorg). Een aantal ketens meldt dat de ketenregisseur in dienst is van een zorggroep of deel uit maakt van een samenwerkingsverband met verschillende organisaties. Soms is een ketenregisseur in dienst van een stichting. Bij enkele ketens is de ketenregisseur een (onafhankelijke) projectleider is gedetacheerd vanuit een onafhankelijke organisatie, een ZZP'er of in dienst bij een ziekenhuis.

De financiering van de ketenregisseur is vaak geregeld door de bijdragen van de keten en de ketenpartners. Het gaat dan om gezamenlijke financiering uit het budget van de keten. Ook financiering via de contributies van ketenpartners aan het Regionaal Platform Dementieondersteuning (RPD) komt voor. Ook NZA-middelen worden genoemd. Overige financieringsbronnen: zorgverzekeraars, AWBZ, ziekenhuis of zorggroep.

De vraag hoeveel uur een ketenregisseur actief is voor de keten is door 59 ketens beantwoord en varieert van 1 uur tot 40 uur per week. Gemiddeld werkt de ketenregisseur 16 uur per week. In figuur 10 is te zien dat een groot deel van de ketenregisseurs 1 tot 8 uur actief is voor de keten. Daarna volgt 9 tot 16 uur. Bij 21,5% (N=14) is de functie ketenregisseur structureel geborgd in de keten en bij 41,5% van de ketens is een functiebeschrijving beschikbaar.



Figuur 10 Aantal uren per dat ketenregisseur actief is

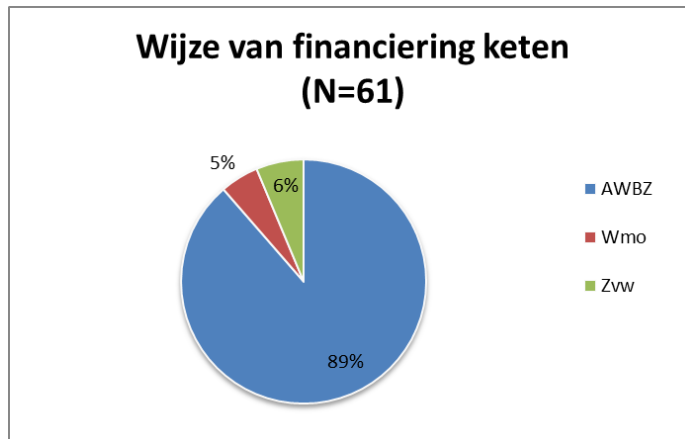
Als belangrijkste taken van de ketenregisseur wordt genoemd: projectleiding, coördinatie en het aansturen van het netwerk. Andere taken van de ketenregisseur zijn:

- Verbinding tussen ketenpartners
- Ontwikkelen, uitvoeren, monitoren en coördineren jaarplan/projectplan
- Bewaken van de werkprocessen: procesmonitoring
- Continueren en borgen ketenzorg (vooral op bestuurlijk niveau)
- Aansturen werkprocessen van de casemanagers
- Ontwikkelen en implementeren ketenzorg

- Monitoren landelijke ontwikkelingen
- Subsidieaanvragen indienen en verantwoording

Wijze van financiering keten

Vrijwel alle ketens (93%, N=61) hebben aangegeven hoe de keten is gefinancierd (figuur 11). Gemiddeld genomen komt 89% van de financiering uit de AWBZ. Slechts een klein deel van de financiering komt van de Zvw (6%) en de Wmo (5%). In twee derde van de ketens (61%, N=37) gaat het om 100% AWBZ financiering. De andere ketens worden gefinancierd door een combinatie van AWBZ, Wmo en Zvw. Er is niet nagevraagd wat er uit de financiering wordt betaald.



Figuur 101 Wijze van financiering van de keten, verdeling in gemiddelde percentages (N=61)

Inrichting keten

Bijna alle ketens (95%) ketens beschikken over een plan van aanpak met doelstellingen voor de ontwikkeling van de ketenzorg (tabel 15).

Formele afspraken over de levering van dementiezorg zijn vooral gemaakt tussen de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars (85%). Dit lijkt logisch omdat het formuleren van doelstellingen voor de ontwikkelingen van ketenzorg onderdeel zijn van de jaarlijkse inkoop. Afspraken over de levering van dementiezorg zijn er minder tussen de zorgaanbieders onderling (72%), tussen zorgaanbieders en gemeenten (52%), en tussen zorgaanbieders en andere partijen (55%). Bij 66% van de ketens zijn formele afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders over de financiering van dementiezorg.

Tabel 15 Uitspraken inrichting van de keten, in aantallen en percentages (N=65)

	<i>Aantal ketens</i>	<i>% ketens</i>
De keten beschikt over een plan van aanpak waarin de doelstellingen voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie voor de komende periode zijn benoemd	62	95,4
In de keten zijn formele afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders over de levering van dementiezorg (bv afstemming van werkprocessen)	47	72,3
In de keten zijn formele afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders over de financiering van dementiezorg (bv afstemming van werkprocessen)	43	66,2
In de keten zijn formele afspraken tussen zorgaanbieders en gemeenten in het kader van dementiezorg (bv informatieverstrekking, oprichting Alzheimer cafés)	34	52,3
In de keten zijn formele afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de levering van dementiezorg (bv afstemming van werkprocessen)	55	84,6

In de ketens zijn formele afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders en nog andere partijen in het kader van dementiezorg	36	55,4
--	----	------

Inkoop

Uit tabel 16 blijkt dat 91% van de ketens afspraken heeft gemaakt met het zorgkantoor over de inkoop. Bij 86% van de ketens die de vraag beantwoordden (N=59) ligt hieraan een ketenplan ten grondslag. Bij 92% van de ketens (N=60) zijn alle partners betrokken in de uitvoering van de ketenzorg. Dit geldt in mindere mate voor de inkoop, slechts de helft van de ketens (51%) betreft hier alle partners in.

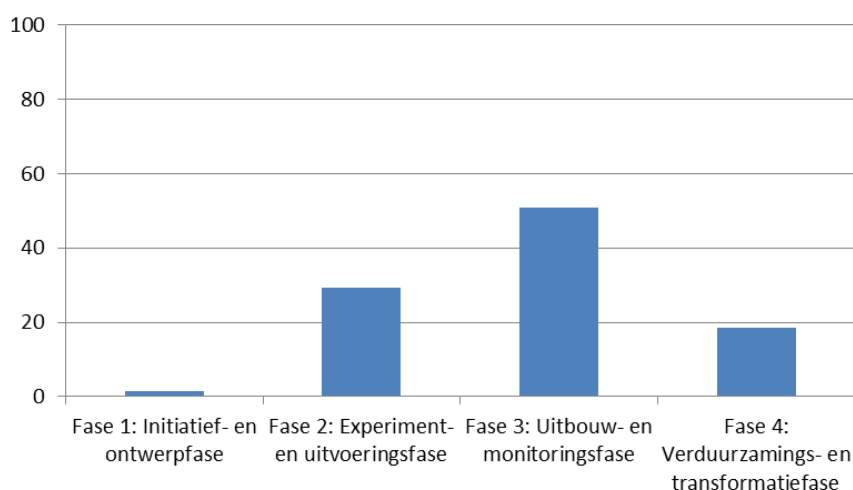
Tabel 16 Inkoop ketenzorg dementie, in aantallen en percentages (N=65 of N=59)

	Totaal Aantal ketens dat vraag beantwoordt heeft	Aantal ketens	% ketens
Zijn er bij de inkoop in 2013 (over 2014) door de organisatie of andere zorgverleners in de regio (ketenpartners) met het zorgkantoor afspraken gemaakt over ketenzorg dementie?	65	59	90,8
Liggen aan deze afspraken een ketenplan ten grondslag?	59	56	86,2
Zijn alle ketenpartners betrokken in de uitvoering van ketenzorg?	65	60	92,3
Zijn alle partners betrokken bij de inkoop?	65	33	50,8

Fase dementieketen

Met een zelfevaluatievraag hebben ketens aangegeven in welke fase ze zich bevinden in 2013. Dit is in figuur 12 te zien. Het merendeel van de ketens zegt dat ze zich in de uitbouw- en monitoringsfase (fase 3) of verduurzamings- en transformatiefase (fase 4) bevinden.

Fase dementieketen 2013



Figuur 12 Fase waarin de dementieketen zich bevindt, huidige fase, in percentages (N=65)

De ketens is gevraagd wat hen het meeste heeft geholpen bij het doorgroeien in 2013. De belangrijkste punten die ze noemen:

- samenwerking en afspraken met ketenpartners, huisartsen, gemeenten en andere uitvoerenden (goed en structureel overleg zijn hierbij belangrijk, bijvoorbeeld over de financiering van en de eisen aan de keten);

- centrale regie (bijvoorbeeld door een ketenregisseur of -ondersteuner);
- inzet, financiering en professionalisering van casemanagement en bestuurlijk draagvlak (visie, borging, gezamenlijk jaarplan).

In onderstaande tabel zijn overige punten te lezen die de ketens aangeven als belangrijk voor de doorgroei in 2013.

Tabel 17 Overige punten voor ketens voor de doorgroei in 2013.

<i>Overige punten voor ketens voor de doorgroei in 2013</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Zorgtrajectbegeleiding • Planmatig werken aan onderdelen die verdere ontwikkeling behoeven • Prioriteiten stellen in doelen • Beschikbare middelen • Positieve reacties van cliënten/mantelzorgers/hulpverleners/huisartsen • Bestuurlijk draagvlak regionaal. Vb. visie en borging, gezamenlijk jaarplan • Betrokkenheid ketenpartners • Scholing/voorlichting ketenpartners • Coaching In Voor Zorg <ul style="list-style-type: none"> ○ Voorbeeld: combinatie eigen initiatief met In Voor Zorg • Goede samenwerking binnen en tussen organisaties. Bijv. binnen de eerste lijn of tussen welzijn en gemeente <ul style="list-style-type: none"> ○ Gezamenlijk doel en visie ○ Gestructureerd overleg ○ Nakomen van afspraken • Samenhang tussen ouderenzorg en wijkgericht werken • Splitsing in drie regio's • Tijd: bekendheid en borging • Inzichtelijk maken resultaten • Daadkracht, DOEN! • Implementeren nieuwe zorgstandaard in het zorgplan 2014 • Invoeren regionale zorgprogramma's • Werken met ketenregistratiesysteem • Opstarten wetenschappelijk onderzoek (Deltaplan Dementie)

De grootste uitdagingen voor de ketens in 2013

Ketens noemen verschillende uitdagingen. Deze zijn in 3 algemene onderwerpen onder te verdelen: casemanagement, samenwerking met verschillende partijen en de organisatie van de ketens.

Casemanagement

- het vormgeven, implementeren en financieren van het casemanagement.

Samenwerking met verschillende partijen:

- Huisartsen en gemeenten blijken vaak moeilijk te benaderen. De verschillen tussen belangen en organisaties spelen hierbij een rol.
- De samenwerking tussen het niveau van de stuurgroep en de uitvoering een grote uitdaging. Het gaat dan om het afstemmen van de afspraken op bestuurlijk niveau en de uitvoering van de afspraken in de praktijk.
- Het ontwikkelen en uitvoeren van een integrale aanpak welzijn en zorg voor mensen met dementie en/of diens mantelzorgers.

Organisatie van de keten:

- Het generen van structurele ketenfinanciering.
- Ontwikkeling van een keten brede visie.

- De inhoudelijke doorontwikkeling en borging van bestuurlijk draagvlak tegen de achtergrond van actuele beleidskeuzes en wijzigingen in financiering.

Totaalscore ketenzorg bij dementie

In deze totaalscore zijn de gegevens over doorgroei en uitdagingen niet meegenomen. Alle andere uitkomsten zijn wel meegenomen. De score bedraagt gemiddeld 2,2 op een schaal van 0 tot 3. Dementieketens heroriënteren zich op hun ketenafspraken. Veel ketens realiseren zich dat samenwerking met verschillende partners blijvend om onderhoud vraagt. Op diverse plaatsen onderzoeken ketens de samenwerking en verbinding met andere ketens, zoals palliatieve zorg, kwetsbare ouderen en CVA.

7. Clientperspectief

Het laatste domein is cliëntperspectief. In dit domein ligt de nadruk op de Dementiemonitor Mantelzorg en het monitoren van de belasting van de mantelzorgers.

Metten behoefte mantelzorgers

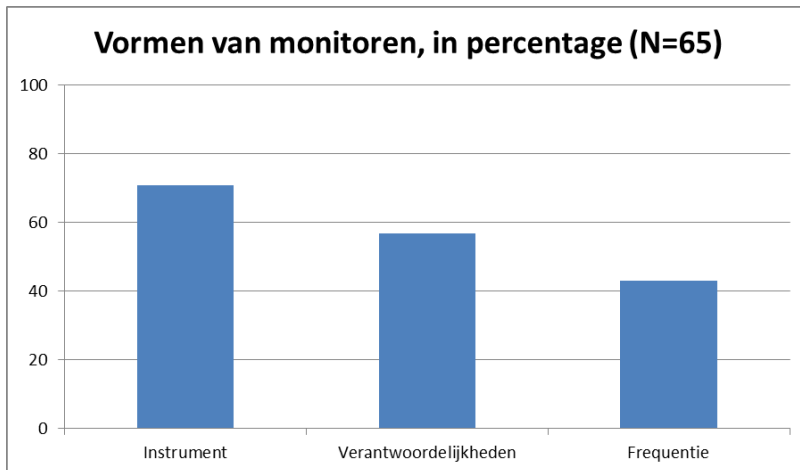
Ruim 87% van de ketens voert samen met Alzheimer Nederland tweejaarlijks de Dementiemonitor Mantelzorg uit (tabel 18). Meer dan driekwart van de ketens (82%) evalueert de resultaten van de monitor en 68% onderneemt actie naar aanleiding van deze evaluatie. Het opsporen van witte vlekken vanuit een behoeftemeting bij mensen met dementie en hun mantelzorgers en het aanbod in de regio, gebeurt bij twee derde van de ketens (63%).

Tabel 10 Meten behoefte van mantelzorgers, in aantallen en percentages (N=65)

	<i>Aantal ketens</i>	<i>% ketens</i>
Wordt de Dementiemonitor Mantelzorg tweejaarlijks in samenwerking met Alzheimer NL uitgevoerd?	57	87,7
Worden de resultaten van de monitor tweejaarlijks geëvalueerd?	53	81,5
Zijn er acties / verbeterplannen ondernomen naar aanleiding van de evaluatie van de vorige monitor?	44	67,7
Opsporen van witte vlekken vanuit een behoeftemeting bij mensen met dementie en hun mantelzorgers en hun mantelzorgers en het geboden aanbod in de regio	41	63,1

Belasting mantelzorgers

De ketens is gevraagd of het monitoren van mantelzorgers en hun belasting aantoonbaar is vastgelegd (zichtbaar in figuur 13). Het blijkt dat bijna 71% van de ketens het instrument voor het monitoren van de belasting heeft vastgelegd. Ruim 57% van de ketens heeft de verantwoordelijkheden over de monitoring vastgelegd en 43% van de ketens heeft afspraken over de frequentie van het monitoren.



Figuur 113 Vormen van monitoren belasting mantelzorgers, in percentages (N=65)

Ten slotte blijkt dat slechts 37% van de ketens (N=24) afspraken heeft gemaakt over het gebruik van instrumenten om de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun naasten te meten. Het merendeel van de ketens besteedt hier dus geen structurele aandacht aan.

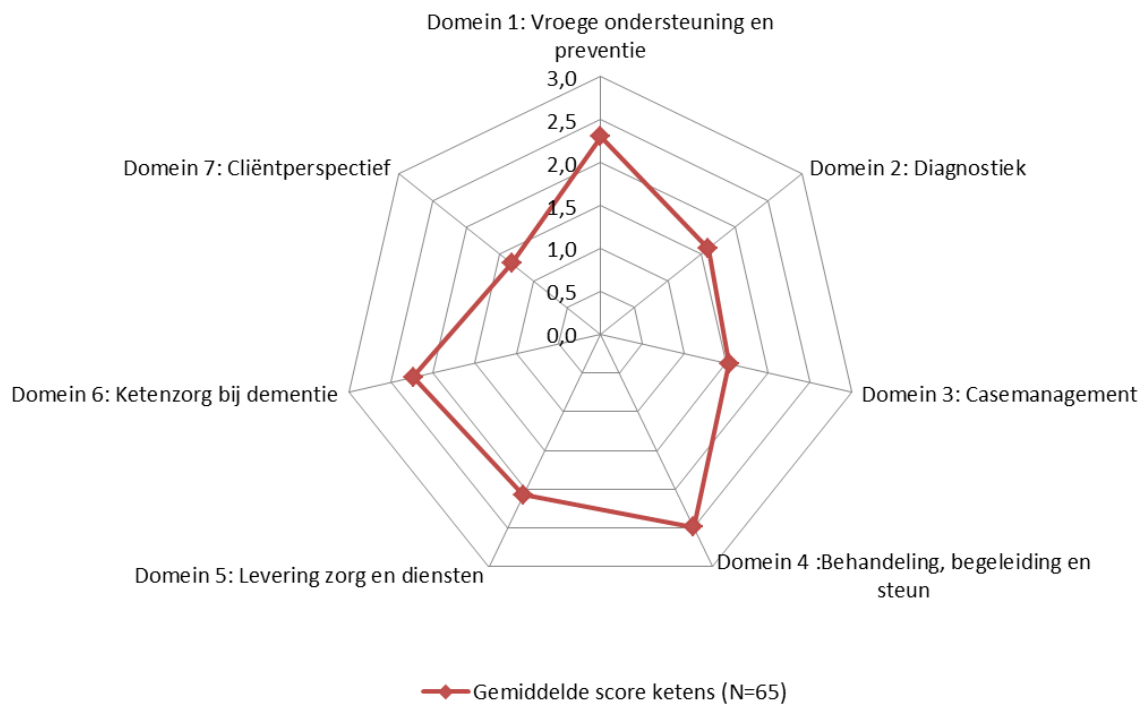
Totaalscore cliëntperspectief

De totaalscore voor cliëntperspectief is berekend op alle onderwerpen voor het meten van de behoefte van mantelzorgers en de belasting van de mantelzorgers. De gemiddelde totaalscore is 1,3 op een schaal van 0 tot 3. We mogen dus concluderen dat meer aandacht nodig is voor het monitoren en meten van de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun naasten.

Totaalbeeld ketens dementie

Het resultaat van alle ketens is weergegeven in figuur 14. Op ieder domein is de gemiddelde totaalscore van alle ketens samen berekend. In onderstaand figuur zien we dat de ketens het laagste scoren op domein 7 'cliëntperspectief' (1,3) en domein 3 'casemanagement' (1,5). Hier kunnen ketens verbeterlagen op maken. De ketens scoren gemiddeld het hoogste op domein 1 'vroeg ondersteuning en preventie' (2,3) en domein 4 'behandeling, begeleiding en steun' (2,5).

Resultaat alle ketens (N=65)



Figuur 14 Totaalbeeld ketens dementie. Resultaten van alle ketens (N=65), gemiddelde scores per domein.

3. Vergelijking resultaten 2011-2013

In dit hoofdstuk vergelijken we de belangrijkste resultaten van de meting over het jaar 2011 met de resultaten van de huidige meting uit 2013. Eerst lichten we kort de methode toe.

Methode

Allereerst hebben we een overzicht gemaakt van de domeinen en bijbehorende vragen die zowel in de meting van 2011 als 2013 voorkomen. De overige vragen hebben we niet meegenomen in de vergelijking. Vervolgens hebben we per vraag de uitkomst genoteerd van zowel 2011 als 2013. Dit geven we meestal in percentages weer.

Een belangrijk aandachtspunt is het verschil in aantal respondenten. De meting in 2011 is ingevuld door in totaal 55 ketens (N). In 2013 is de meting afgenomen bij in totaal 65 ketens (N). Wanneer in tekst wordt gesproken over percentages, gaat het dus om de percentages van de totale N grootte van dat jaar.

Per domein bespreken we de overeenkomsten en verschillen tussen de meting van 2011 en 2013.

1. Vroege ondersteuning en preventie

Samenwerking met gemeenten

In beide jaren geven de ketens aan gemiddeld 5 gemeenten te bedienen (minimaal 1, maximum 24). Het merendeel van de ketens heeft een samenwerkingsverband met gemeenten voor de informatievoorziening (2011: 74%, 2013: 70%). Een actief samenwerkingsverband lijkt tussen de jaren te verschillen. In 2011 geeft 64% van de ketens aan zo'n samenwerkingsverband te hebben, in 2013 ligt dit op slechts 53% van de ketens.

Afspraken met gemeenten

In beide jaren geven vrijwel alle ketens aan dat in hun keten laagdrempelige bijeenkomsten, psycho-educatie en lotgenotencontacten (bijvoorbeeld Alzheimer Café) plaatsvinden (2011: 95%, 2013: 100%). Dit geldt ook voor de aanwezigheid van een sociale kaart binnen de keten. (2011: 65%, 2013: 71%). Positief is dat dit percentage in 2013 hoger ligt dan in 2011.

Onderwerpen als informatie, voorlichting en steun hebben een positieve ontwikkeling doorgemaakt.

- Schriftelijke voorlichting met folders over dementie bij alle maatschappelijke en gezondheidsorganisaties: van 60% in 2011 naar 80% in 2013.
- Publieksvoorlichting in artikelen, website en berichten via regionale media: van 58% in 2011 naar 88% in 2013.
- (Tweejaarlijkse) campagne gericht op herkenning van dementie en taboeverkleining. Van 18% in 2011 naar 49% in 2013

Vindbaarheid van informatie

Meer dan driekwart van de ketens heeft goed zicht op de omvang van de doelgroep en hun zorgvraag. In 2011 lag dat percentage op 75%, in 2013 op 79%.

Activiteiten voor het opsporen van mensen met dementie

In beide metingen zijn de meest genoemde activiteiten voor het opsporen van mensen met dementie:

- samenwerking
- voorlichting
- scholing
- signaleringskaarten
- voorlichtingsbijeenkomsten
- website bijhouden
- campagnes
- contacten met allerlei partijen

2. Diagnostiek

Diagnose dementie en dan?

Zowel in 2011 als in 2013 geeft 91% van de ketens aan dat zij duidelijke afspraken hebben gemaakt over het vervolgtraject na de diagnose.

Activiteiten voor jong-dementerenden

In beide jaren (2011 en 2013) worden ‘samenwerking en afspraken met verschillende partijen op het gebied van diagnostiek, begeleiding en behandeling’ en ‘signaleringskaarten’ genoemd. Sommige activiteiten worden wel in de meting van 2013 genoemd en niet of minder in 2011. Het gaat dan om:

- voorlichtings- en informatiebijeenkomsten en ontmoetingscentra voor jong-dementerenden en hun mantelzorgers (lotgenotencontact)
- cursussen
- casemanagers met specialisatie jong dementie
- specifieke dagbesteding/-behandeling en dagopvang
- specifieke voorzieningen
- specifieke diagnostiek
- deskundigheidsbevordering dementieconsulenten
- expertisecentrum voor jonge mensen met dementie

Centraal registratiepunt

Het percentage ketens met een centraal registratiepunt voor (nieuwe) cliënten is in beide metingen vrijwel gelijk (2011: 51%, 2013: 46%). In zowel 2011 als in 2013 gebruiken in een derde van de ketens alle ketenpartners het registratiepunt (zowel in 2011 als in 2013 32%). In 2013 ligt het percentage ketens waarbij ziekte- en zorgdiagnostiek aan elkaar gekoppeld zijn op 89%. Dit percentage is gestegen ten opzichte van 2011, in dat jaar lag het op 75%.

3. Casemanagement

Wanneer we de gemiddelde caseload van de casemanagers tussen beide jaren vergelijken zien we een groot verschil. In 2011 is dat 49 cliënten per fulltime casemanager, in 2013 is de caseload 60 cliënten.

Cliëntvolgend systeem

In 2013 geeft ruim 83% van de ketens aan een keten met een cliëntvolgend systeem te hebben. In 2011 lag dit percentage nog op 62%. Een positieve ontwikkeling dus.

Het zorgplan

Tabel 19 laat zien dat als het gaat om afspraken binnen de keten over de eindverantwoordelijkheid van het zorgplan de bij vrijwel alle betrokkenen gestegen zijn ten opzichte van 2011. Dit geldt als enige niet voor de ziekenhuisspecialist inclusief klinisch geriater. Afspraken rondom het delen van het zorgplan lijkt in 2013 ten opzichte van 2011 bij een aantal betrokkenen, zoals bij bijvoorbeeld huisarts, specialist, psycholoog, te zijn afgenomen.

Tabel 19 Afspraken partijen met betrekking tot geïntegreerd zorgplan, % ketens in 2011 en 2013

	<i>Eindverantwoordelijk % ketens</i>		<i>Delen het zorgplan % ketens</i>	
	2011	2013	2011	2013
Cliënt	21	29	84	95
Mantelzorger	21	29	84	100
Casemanager	79	95	95	100
Huisarts	42	52	79	71
Verpleegkundige	21	33	79	81
Specialist	16	24	60	57
Psycholoog	11	19	84	67
Geriater	26	29	63	57
Paramedici	11	14	74	62
Specialist Ouderengeneeskunde	32	33	84	71
Ziekenhuisspecialist inclusief klinisch geriater	32	29	63	57

Wijze van financiering casemanagement

De wijze van financiering van casemanagement is tussen de twee metingen niet veranderd. De ketens krijgen de meeste financiering uit de AWBZ (zowel in 2011 als in 2013 89%) opgevolgd door de Zorgverzekeringswet (2011: 9%, 2013:10%). Het minste beroep wordt gedaan op de Wmo (2011: 2%, 2013: 1%).

Tevredenheid, structurele financiering en effectiviteit casemanagement

Zowel in de meting van 2011 als 2013 geeft 50-60% van de ketens aan periodiek de tevredenheid van mensen met dementie en hun naasten over het casemanagement te meten (2011: 53%, 2013: 59%). Vrijwel een kwart van de ketens (2011:27%, 2013: 23%) geeft aan dat dit zij over structurele financiering van casemanagement beschikken (niet gebaseerd op de NZA beleidsregel).

4. Behandeling, begeleiding en steun

Voor dit domein zijn er vrijwel geen verschillen in de resultaten tussen 2011 en 2013. Ruim 80% van de ketens, zowel in 2011 als in 2013, geeft aan dat zij samenwerkingsafspraken hebben tussen alle disciplines over de geboden behandeling, begeleiding en steun (2011:84%, 2013:82%). Ruim 80% van de ketens, zowel in 2011 als in 2013, geeft aan dat zij samenwerkingsafspraken hebben tussen professionals van intra- en extramurale zorg (2011:78%, 2013: 83%).

5. Levering zorg en diensten

Respijtzorg

Zowel in 2011 als in 2013 geven vrijwel alle ketens aan respijtzorg te bieden in de vorm van dagbehandeling (2011: 100%, 2013:98,5%). Rond de 65% (2011: 65%. 2013: 63%) geeft aan dat er voldoende aanbod van activiteiten is om naasten te ontlasten. Ook het percentage ketens met een aanbod van activiteiten voor de persoon met dementie en naaste samen is gelijk gebleven, namelijk 49%.

Ten opzichte van 2011 geven minder ketens aan een gevarieerd, dekkend en toegankelijk aanbod voor respijtzorg aan huis, buitenshuis en combinatieaanbod te hebben. Dit verschil is het grootst bij de respijtzorg aan huis, namelijk 9%.

Tabel 20 Gevarieerd, dekkend en toegankelijk aanbod van respijtzorg aan huis, respijtzorg buitenshuis en een combinatieaanbod, in aantallen in 2011 en 2013

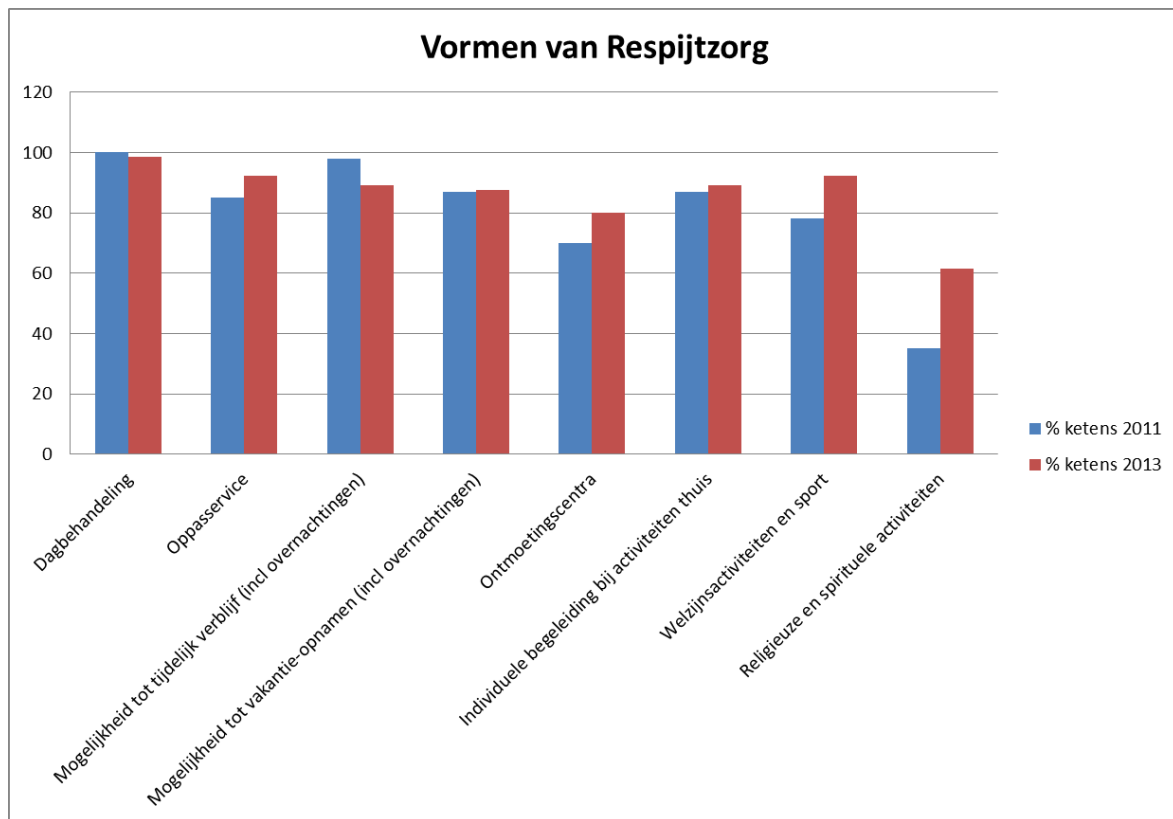
Stellingen over aanbod respijtzorg	% ketens 2011	% ketens 2013
Respijtzorg aan huis	84	75
Respijtzorg buitenshuis	85	81
Een combinatieaanbod voor mensen met dementie en hun naasten	62	58

Tabel 21 laat zien dat zowel in 2011 als in 2013 ruim 50% van de ketens aangeeft dat zij periodiek voorlichting geven over respijtzorg in de regio. Ook zijn er vrijwel gelijke percentages te zien bij het aanbod respijtzorg dat is afgestemd op het aantal mensen met dementie en hun naasten in de regio (2011: 42%, 2013: 40%) en het percentage van de ketens dat de tevredenheid over respijtzorg periodiek meet (2011: 33%, 2013: 28%). Het grootste verschil is te zien bij de vraag of professionals voldoende kennis van het aanbod hebben. In 2011 zei 80% van de ketens het hier mee eens te zijn, in 2013 is dit 88%.

Tabel 21 Respijtzorg binnen de keten, in percentages in 2011 en 2013

	% keten 2011	% ketens 2013
Er wordt periodiek voorlichting gegeven over respijtzorg in de regio	55	52
Professionals hebben voldoende kennis van het aanbod respijtzorg	80	88
De tevredenheid over respijtzorg wordt periodiek gemeten	33	28
Het aanbod respijtzorg is afgestemd op het aantal mensen met dementie en hun naasten in de regio	42	40

De vormen van respijtzorg laten weinig verschillen zien. Dit is ook terug te zien in figuur 15. Vergeleken met 2011 is er in 2013 een lichte stijging in percentage te zien van ontmoetingscentra, welzijnsactiviteiten en sport. In 2011 zegt 35% van de ketens religieuze en spirituele activiteiten aan te bieden in de keten, in 2013 ligt dit percentage op 62%. Een positieve ontwikkeling. Het is opvallend dat de mogelijkheid tot tijdelijk verblijf gedaald is. Het is onduidelijk wat hier de reden van is.



Figuur 15: vormen van respijtzorg, in percentage (N=65)

Crisishulpverlening

Zowel in 2011 als in 2013 hebben ketens aangegeven waar hun 24-uurs hulpverlening uit bestaat. Overall kunnen we zeggen dat de percentages tussen de jaren weinig van elkaar verschillen. In zowel 2011 als in 2013 geeft circa 90% van de ketens aan dat mensen 24 uur per dag een beroep kunnen doen op crisishulp die bestaat uit een noodbeddenregeling. Dit geldt ook voor opname in een instelling voor somatische of psychiatrische zorg. In beide jaren geeft circa 85% van de ketens aan dat mensen 24 uur per dag een beroep kunnen doen op crisishulp die bestaat uit acute zorg aan huis (2011: 84%, 2013: 85%).

Het percentage ketens waarbij de crisishulp in de keten is ingebed (alle ketens kennen het aanbod) ligt in 2011 en 2013 rond de 80%. Vrijwel alle ketens in 2011 en 2013 geven aan dat er in de regio voldoende verschillende woonvormen aanwezig zijn die voldoen aan de uitgangspunten voor optimale dementiezorg (2011:91%, 2013:97%). Ook is er maar een klein verschil te zien in het percentage ketens dat afspraken heeft gemaakt over zorg op afstand en gebruik van technologie/domotica. Wel is er tussen 2011 en 2013 een groot verschil in het percentage ketens dat aangeeft dat 90% van de mensen met dementie met een indicatie voor opname binnen een maand is geplaatst. Voor 2011 is dit slechts bij 25% van de ketens het geval, in 2013 is dit bijna 54%. Een positieve ontwikkeling.

Tabel 22 Mogelijkheden voor opname/wonen binnen de keten in 2011 en 2013, in percentages

	<i>% ketens 2011</i>	<i>% ketens 2013</i>
De crisishulp is in de keten ingebed: alle ketenpartners kennen het aanbod.	80	81,5
In de regio zijn verschillende woonvormen, die voldoen aan de uitgangspunten voor optimale dementiezorg, aanwezig.	91	96,9
90% van de mensen met dementie met een indicatie voor opname is binnen een maand geplaatst in de woning van hun voorkeur.	24	53,8
De keten heeft afspraken gemaakt over de inzet van zorg op afstand en gebruik van technologie/domotica.	15	16,9

6. Ketenzorg bij dementie

Bestuurlijk draagvlak

Dit onderdeel vertoont weinig verschillen tussen 2011 en 2013. Vrijwel alle ketens geven aan te beschikken over bestuurlijk draagvlak bij de zorgaanbieders (2011: 93%, 2013: 100%), een GGZ-instelling (2011: 89%, 2013: 91%) en de eerstelijnsaanbieders (2011: 80%, 2013: 80%). Bestuurlijk draagvlak bij de gemeente is het minst vanzelfsprekend is. In 2011 geeft 65% aan dat er draagvlak is bij de gemeente, en in 2013 lag dit percentage op 68%. Waar in 2011 80% van de ketens aangeeft over draagvlak te beschikken bij het ziekenhuis, ligt dit percentage in 2013 op ruim 90% van de ketens.

Samenwerking en afspraken ketenpartijen

We zien weinig verschil in het formuleren van een gezamenlijk doel (2011: 98%, 2013: 97%). Dit geldt ook voor het formuleren aan welke cliënten zorg wordt verleend (2011: 91%, 2013: 92%) en afspraken over procedures voor uitwisselen van cliëntinformatie (2011: 64%, 2013: 60%).

Interessant is het verschil in ketens in het ondertekenen van het gezamenlijk doel door alle ketenpartijen. In 2011 is dit 91%, in 2013 85%. Meer ketens hebben een ketenregisseur benoemd. In 2011 is dit bij 82% het geval, in 2013 bij 91%. Opvallend is het verschil in percentage ketens dat afspraken heeft gemaakt over hoe ketenpartijen elkaar kunnen aanspreken op taken en verantwoordelijkheden. Dit is in 2013 (51%) kleiner dan in 2011 (67%). Ook is er een groot verschil in percentages afspraken over verwijzing en transfer van cliënten onderling. In 2011 is dit bij 64% van de ketens het geval, in 2013 86%.

Tabel 23 Samenwerking ketenpartijen, in percentages 2011 en 2013

	<i>% ketens 2011</i>	<i>% ketens 2013</i>
Alle ketenpartijen hebben een gezamenlijk doel geformuleerd voor dementiezorg	98	97
Het gezamenlijke doel is door alle ketenpartijen ondertekend	91	85

De keten in zijn geheel en de afzonderlijke ketenpartijen hebben geformuleerd aan welke cliënten zorg wordt verleend	91	92
Voor de keten is één ketenregisseur benoemd	82	91
De taken en verantwoordelijkheden van de ketenpartijen en de ketencoördinator/regisseur zijn benoemd en aan de ketenpartijen toegewezen	73	80
Binnen de keten zijn afspraken gemaakt over hoe de ketenpartijen elkaar kunnen aanspreken op de taken en verantwoordelijkheden	67	51
De ketenpartijen hebben afspraken gemaakt over verwijzing en transfer van cliënten onderling	64	86
Er zijn afspraken gemaakt over procedures voor uitwisseling van cliënt informatie	64	60

Afspraken binnen de keten

Zowel in 2011 als in 2013 is het percentage ketens met afspraken over de organisatie en invulling van de bemoezorg 45. Afspraken over het signaleren en verwijzen bij cognitieve problemen zijn in 2011 bij 85% van de ketens aanwezig, in 2013 bij 91%. Afspraken over de route van verwijzingen zijn in 2011 bij 84% en in 2013 bij 92% gemaakt.

Stellingen over samenwerking, afspraken en financiering

Zowel in 2011 als in 2013 geeft circa 67% van de ketens aan dat gemaakte afspraken geborgd zijn door alle ketenpartners. Waar in 2011 73% van de ketens aangeeft het eens te zijn met de stelling 'In de keten wordt met elkaar actief ingespeeld op de overgang AWBZ Wmo', ligt dit percentage in 2013 op ruim 91%. Hier is een duidelijke verschuiving te zien. In 2011 geeft 35% van de ketens aan dat de keten voldoende is toegerust om te kunnen inspelen op de transitie. Dit percentage ligt in 2013 op 42%. Op de stelling 'In de keten zijn lange termijn afspraken gemaakt (langer dan een jaar)' geeft in 2011 58% van de ketens aan dat dit van toepassing is op hun keten. In 2013 geeft slechts 46% van de ketens dit antwoord. In 2011 geeft 20% van de ketens aan dat er structurele financiering is voor de keten. In 2013 ligt dit percentage op 11%.

Tabel 24 Stellingen samenwerking, afspraken en financiering, in percentages 2011 en 2013

	% ketens 2011	% ketens 2013
In de keten wordt met elkaar actief ingespeeld op de overgang AWBZ Wmo	59	91
De keten is voldoende toegerust om te kunnen in spelen op de overgang AWBZ Wmo	27	42
In de keten zijn lange termijn afspraken gemaakt (langer dan een jaar)	30	46
De afspraken die zijn gemaakt, zijn geborgd door alle ketenpartners	67	67
Er is sprake van structurele financiering voor de keten	7	11

Betrokken partijen, keten en stuurgroep

Uit de metingen van 2011 en 2013 komt naar voren dat in (vrijwel) alle ketens de zorgaanbieders (VVT) zowel ketenpartner (2011: 98%, 2013: 100%) als lid van de stuurgroep (2011: 96%, 2013: 100%) zijn. De GGZ-instelling is vrijwel in alle ketens ketenpartij (2011: 98%, 2013: 99%) en in het merendeel van de ketens ook lid van de stuurgroep (2011: 85%, 2013: 91%).

Zowel uit de meting van 2011 als 2013 blijkt dat ziekenhuizen, eerstelijnsaanbieders, belangenbehartigers en welzijnsinstellingen in het merendeel van de ketens als ketenpartner betrokken zijn. Bij meer dan de helft van de ketens zitten zij ook in de stuurgroep. Verder blijkt dat gemeenten, zorgkantoren/zorgverzekeraars en

vrijwilligersorganisaties niet altijd betrokken zijn. In 2011 blijken deze partijen bij ongeveer de helft van de ketens (50%) partner te zijn, in 2013 is dit gegroeid tot een percentage op 74%. Verder nemen de eerder genoemde partijen bij ongeveer een derde van de ketens (circa 33%) zitting in de stuurgroep van de keten. Dit percentage ligt in 2013 op 40%.

Wijze van financiering van de keten

Zowel in 2011 als in 2013 geven de ketens aan dat het merendeel gefinancierd wordt vanuit de AWBZ (2011: 94%, 2013: 89%). Opvallend is dat het aandeel van de keten dat gefinancierd wordt vanuit de Wmo in 2013 groter is dan in 2011. In 2013 ging het om 5% in 2011 om 1%.

Inrichting keten

Bij de inrichting van de keten zien we twee veranderingen tussen 2011 en 2013. Allereerst het percentage dat formele afspraken heeft tussen zorgaanbieders over de levering van dementie. In 2011 is dit 65%, in 2013 72%. Ook het percentage ketens met formele afspraken tussen zorgaanbieders en gemeenten verschilt. In 2011 is dit 64% in 2013 52%.

Tabel 25 Uitspraken inrichting van de keten, in percentages in 2011 en 2013

	% ketens 2011	% ketens 2013
De keten beschikt over een plan van aanpak waarin de doelstellingen voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie voor de komende periode zijn benoemd	95	95
In de keten zijn formele afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders over de levering van dementiezorg (bv afstemming van werkprocessen)	65	72
In de keten zijn formele afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders over de financiering van dementiezorg (bv afstemming van werkprocessen)	62	66
In de keten zijn formele afspraken tussen zorgaanbieders en gemeenten in het kader van dementiezorg (bv informatieverstrekking, oprichting Alzheimer cafés)	64	52
In de keten zijn formele afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de levering van dementiezorg (bv afstemming van werkprocessen)	82	84
In de ketens zijn formele afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders en nog andere partijen in het kader van dementiezorg	53	55

De ketenregisseur

In 2011 werkt een ketenregisseur gemiddeld 14 uur per week voor de keten. In 2013 is dat gemiddeld 16 uur, meestal in dienst van de zorgorganisatie. De belangrijkste taken blijven hetzelfde: projectleiding, coördinatie en aansturen van het netwerk.

Inkoop

Zowel in 2011 als in 2013 geven vrijwel alle ketens aan dat zij afspraken hebben gemaakt met het zorgkantoor over de inkoop van ketenzorg dementie (2011: 95%, 2013: 91%). Wel zit er een verschil in het percentage ketens dat alle partners betreft bij de inkoop. In 2011 ligt dit op 35%, in 2013 op 51%. Het merendeel van de ketens geeft aan dat alle partners betrokken zijn in de uitvoering van de ketenzorg (2011: 87%, 2013: 92%).

Doorgroeien van de keten

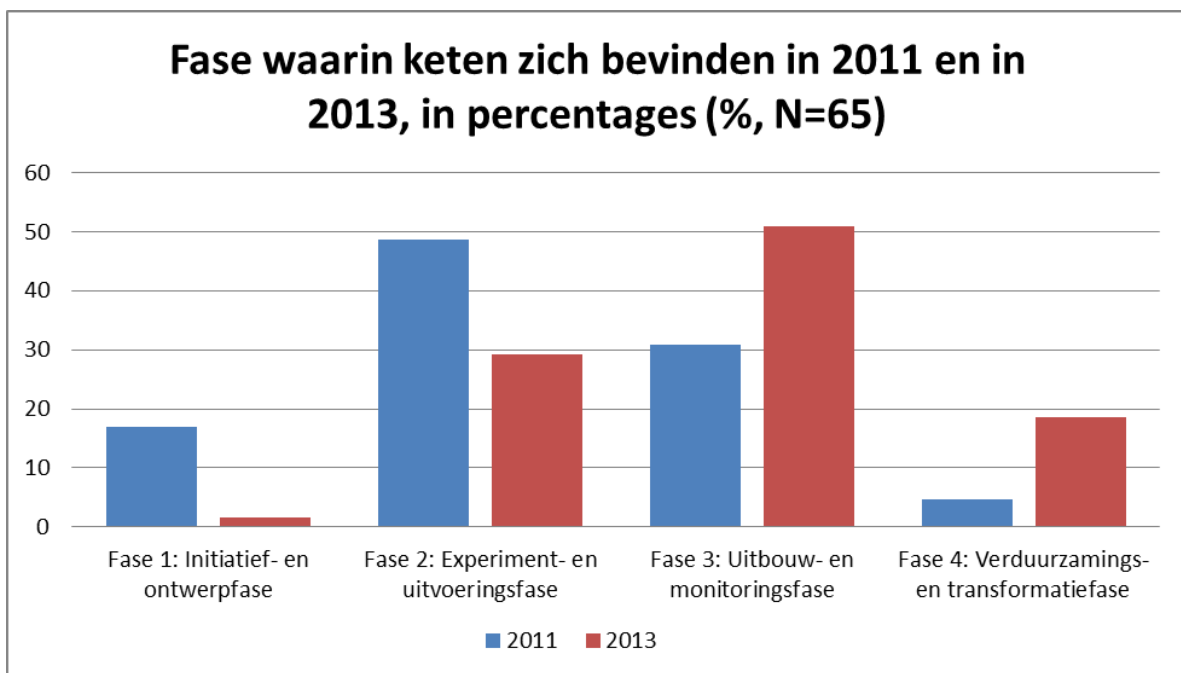
Wat heeft de ketens het meeste geholpen bij het doorgroeien in 2011 en 2013? Zowel in 2011 als in 2013 is dat de samenwerking met ketenpartners, huisartsen, gemeenten en andere uitvoerenden. De casemanager heeft een belangrijke verbindende rol. Financiering van de keten en bestuurlijk draagvlak zijn ook belangrijke doorgroeiaspecten.

Uitdagingen keten

Zowel in 2011 als in 2013 wordt het vormgeven, implementeren en financieren van het casemanagement bij veel ketens als een uitdaging ervaren. In 2013 wordt het regelen van structurele financiering van het casemanagement sterk benadrukt, meer dan in 2011.

Fase dementieketen⁵

Onderstaand figuur geeft weer in welke fase de keten zich bevindt in 2011 en in 2013. In het figuur is een duidelijke verschuiving te zien van de fase waarin de dementieketens zichzelf zien. In 2011 geeft het merendeel aan in de initiatief- ontwerpfasen (fase 1) of experiment- en uitvoeringsfasen (fase 2) te zitten. In 2013 is dit de uitbouw- en monitoringsfasen (fase 3) (huidig 51% versus 31% in 2011) of verduurzamings- en transformatiefasen (fase 4) (huidig: 19% versus 5% in 2011) te zijn. Voornamelijk het aantal ketens in de eerste fase is aanzienlijk verminderd van 17 naar 2%.



Figuur 16 Fase waarin keten zich bevindt, in percentages in 2011 en 2013. N=65

7. Cliëntperspectief

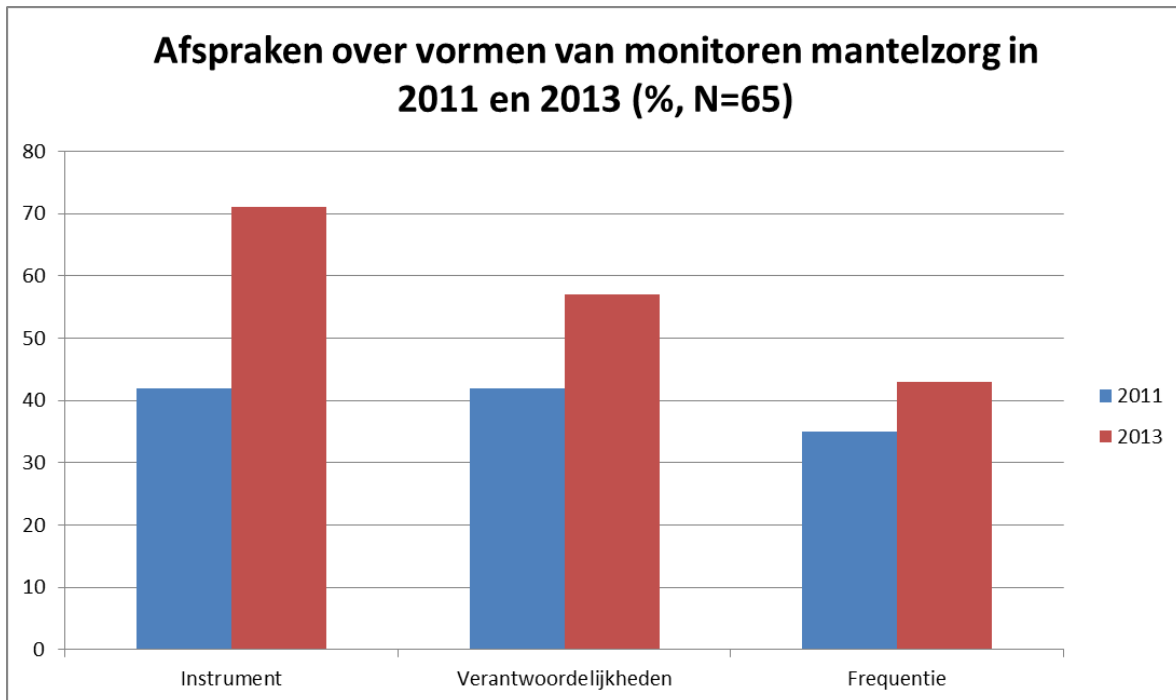
Meten behoefte mantelzorgers

Uit de meting van 2011 en 2013 blijkt dat het merendeel van de ketens tweejaarlijks de Dementiemonitor Mantelzorg uitvoert (2011: 85%, 2013: 87%). Ook evalueert het merendeel van de ketens de resultaten van de monitor, zo blijkt uit de meting van 2011 en 2013 (2011: 76%, 2013: 82%). In 2011 geeft 71% van de ketens aan actie te ondernemen naar aanleiding van de evaluatie; in 2013 ligt dit percentage op 68%. Hier zit dus een klein verschil in van 3%. Zowel in 2011 als in 2013 blijkt meer dan 60% van de ketens een behoeftemeting uit te voeren bij mensen met dementie en hun mantelzorgers en het aanbod in de regio om witte vlekken op te sporen (2011: 65%, 2013: 63%)

Vormen van monitoring belasting mantelzorgers

⁵ Zie bijlage 1 voor de definities van de verschillende ontwikkelfasen

In 2011 geeft 47% van de ketens aan dat zij het instrument voor het monitoren van de belasting van mantelzorgers hebben vastgelegd. In 2013 is dit 71%. Dit is een positief verschil van 25%. In 2011 geeft 42% van de ketens aan verantwoordelijkheden over de monitoring te hebben bepaald. In 2013 is dat 57%. 35% heeft in 2011 de frequentie van het monitoren vastgelegd, in 2013 lag dit percentage op 43%. Op de vraag 'Zijn er afspraken over het gebruik van instrumenten om de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun naasten te meten' antwoordde in 2011 22% van de ketens met 'ja'. In 2013 is dat 37%.

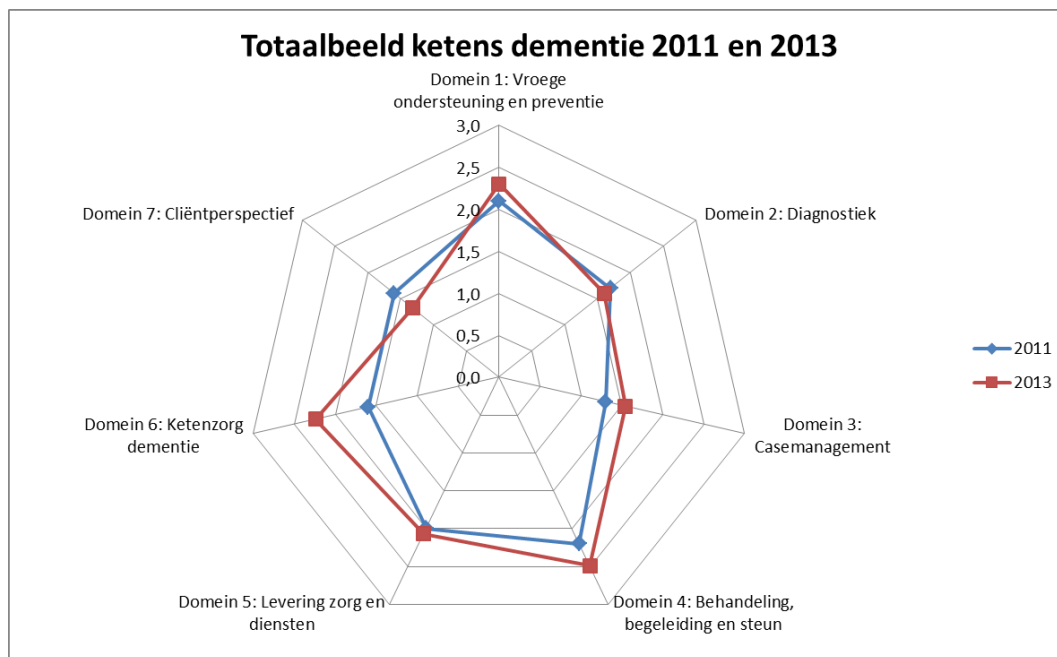


Figuur 17 vormen van monitoren van belasting mantelzorgers, in percentages in 2011 en 2013

4. Conclusie

In dit hoofdstuk bespreken we de algemene conclusie en de conclusies per domein van de meting van dit jaar en de vergelijking met vorige meting van 2011. De conclusies per domein zijn gebaseerd op de feitelijke antwoorden op de vragen uit de meting netwerkindicatoren dementie 2013. Vanuit onze ervaringen en contacten met de ketens hebben we de conclusies aangevuld.

Bij het vergelijken van de totaalscores tussen beide jaren moeten we in gedachten houden dat de scores van 2011 gebaseerd zijn op meer vragen. We bekijken de tendens tussen de twee jaren.



Figuur 18 Totaalbeeld ketens dementie 2011 en 2013. Resultaten van alle keten, gemiddelde scores per domein in 2011 (N=55) en 2013 (N=65).

Algemene conclusie

Dementieketens hebben gewerkt aan verdere professionalisering van hun keten. Ketens hebben in vergelijking met de vorige meting in 2011, gemiddeld genomen positieve ontwikkelingen doorgemaakt op vrijwel alle domeinen van de Zorgstandaard Dementie. Een achterblijvend domein is Cliëntperspectief.

De ketens geven zelf aan een ontwikkelfase verder te zijn dan in 2011. Dit betekent een verschuiving van de experiment- en uitvoeringsfase naar de uitbouw- en monitoringsfase.

Verdere groei is mogelijk en gewenst. Elke keten heeft een individuele rapportage 2013 ontvangen. Ketens kunnen hun eigen functioneren spiegelen aan de landelijke uitkomsten. Zo kan men zelf bepalen, op welke gebieden men zich in de toekomst nog verder kan ontwikkelen.

Conclusies per domein

1. Vroege ondersteuning en preventie

Dit jaar scoren de ketens gemiddeld 2,3 op dit domein. Vergeleken met 2011 is dit een lichte stijging.

Ketens blijven zich inspannen om vroege ondersteuning en preventie onder de aandacht te brengen. De meeste ketens hebben een samenwerkingsverband met gemeenten voor de informatievoorziening. Opvallend is dat mate van samenwerking met gemeente sterk verschilt per keten. Vergeleken met 2011 is dit zelfs afgenomen. Dit lijkt haaks te staan op de huidige ontwikkelingen. We bevelen de ketens dan ook aan deze samenwerkingsverbanden op te zoeken en - waar die er al zijn - te activeren en onderhouden. We verwachten dat een actieve samenwerking de structuur van de dementieketen borgt.

De meeste ketens hebben verschillende activiteiten georganiseerd om informatie, voorlichting en steun te verbeteren. Vergeleken met 2011 zien we zelfs een lichte stijging. Ketens kunnen meer aandacht besteden aan campagne(s) om herkenning te verbeteren en taboes te doorbreken. De omvang van doelgroep dementerenden en hun zorgvraag is goed in zicht. De ketens organiseren veel activiteiten om mensen met dementie op te sporen en hen en hun mantelzorgers te ondersteunen. De huisarts en de eerste lijn spelen hier een belangrijke rol in. Er is steeds meer duidelijk over preventie vanuit de medische hoek. De zorg- en welzijnssector heeft steeds meer belangstelling voor preventie vanuit psychosociaal perspectief.

2. Diagnostiek

Gemiddeld wordt er op dit domein 1,6 gescoord, een lichte daling vergeleken met 2011.

De helft van de ketens beschikt in 2013 over gegevens over het aantal gediagnosticeerde mensen. In 2011 is dit 40%. Cijfers over het aantal diagnoses binnen de ketens zijn onvoldoende beschikbaar doordat diagnoses op verschillende plekken worden geregistreerd, want in 2013 beschikt slechts 46% van de ketens over een centraal registratiepunt. Onvoldoende inzicht in het aantal gediagnosticeerde mensen met dementie belemmert de keten bij het ontwikkelen van voldoende en passend aanbod voor mensen met dementie. Verder varieert het incidentiecijfer dementie tussen de ketens sterk. We kunnen hieraan geen conclusies verbinden omdat de regio's verschillen in omvang en ketenpartners.

Het blijkt lastig om binnen de ketens afspraken te maken over het diagnostisch traject. Wat opvalt is dat veel ketens weliswaar afspraken hebben over diagnostiek (wie en waar), maar dat het naleven van de afspraken beter kan. Zorgverzekeraars spelen hierop in door de positie van huisartsen in dit traject te versterken. Over het vervolgtraject ná de diagnose maken de ketens goede afspraken.

Jong-dementerenden zijn weliswaar in beeld, maar door hun relatief kleine volume is het voor veel ketens lastig om een passend (zorg)aanbod te formuleren. Kansen om te verbeteren liggen vooral bij het ontwikkelen van specifiek beleid en hierop afgestemd aanbod. Daarin zouden ketens ook kunnen kiezen om meer "bovenregionaal" samen te werken voor deze specifieke groep cliënten.

3. Casemanagement

Dit onderdeel scoort relatief laag. Een van de redenen is dat ketens vaak nog niet werken met een geïntegreerd zorgplan: slechts 1 op de 3 ketens. Dit heeft invloed gehad op de totaalscore. Ook in 2011 werd op dit onderdeel laag gescoord. Wat opvalt, is het verschil in aantal cliënten per fte casemanagement. Dit kan te maken hebben met de manier waarop ketens casemanagement georganiseerd hebben.

Casemanagement blijft een belangrijk onderdeel van de keten. Casemanagers werken meestal vanuit zorgorganisaties VVT gefinancierd vanuit de AWBZ. Structurele financiering van casemanagement is slechts bij een kwart van de ketens geregeld. Het is elk jaar weer spannend hoe de overheid casemanagement financiert, toch lijkt dit geen prikkel te zijn voor de keten om het zelf te organiseren. Naast financiering blijft ook de positie van casemanagement een discussiepunt, vooral door de ontwikkelingen in de Wmo en de positionering van de wijkverpleegkundige.

Onze aanbeveling is om -zeker in relatie tot de ontwikkelingen van de Wmo- actief te sturen op een geïntegreerd zorgplan met duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden.

4. Behandeling, begeleiding en steun

Op dit domein scoren de ketens hoog, hoger dan in 2011. Ketens maken samenwerkingsafspraken met de ketenpartners over de behandeling, begeleiding en steun aan mensen met dementie en hun naasten. Het inzichtelijk maken van het aanbod van behandeling, begeleiding en steun staat in veel ketens op de kaart. Blijvend punt van aandacht is dat zij deze informatie ook delen met elkaar. Deskundigheidsbevordering op het gebied van dementie wordt vooral gemist in de opleidingen voor verzorgend personeel. De meldpunten ouderenmishandeling zijn ingebed in de lokale afdelingen SHG (Stichting Huiselijk Geweld). Het is voor de ketens echter onduidelijk om hoeveel meldingen het gaat en welk vervolg een melding krijgt.

5. Levering zorg en diensten

Ook op dit domein scoren ketens hoog, net als 2011. Overall gezien zijn er weinig verschillen in de uitkomsten op respijtzorg en crisishulpverlening tussen 2011 en 2013.

Respijtzorg gebeurt vaak in de vorm dagbehandeling, welzijnsactiviteiten en sport. Vergeleken met 2011 is er in 2013 meer aandacht voor religieuze en spirituele activiteiten. Ketens zijn tevreden over hun aanbod aan activiteiten om mensen met dementie en hun mantelzorgers te ontlasten, maar minder tevreden over het aanbod voor mensen met dementie en hun mantelzorger samen. Ketens kunnen meer aandacht besteden aan het periodiek meten van de tevredenheid over de respijtzorg om deze te verbeteren. Slechts 1 op 3 ketens zegt dat zij dit doen.

Door de huidige ontwikkelingen komen de dagbehandelingen onder druk te staan. We zien dat er op verschillende plekken initiatieven worden ondernomen om deze vorm van respijtzorg te behouden. Enerzijds door de financiering ervan te borgen, anderzijds door andere vormen van dagbehandeling te ontwikkelen en niet meer doelgroepspecifiek te werken. De technische mogelijkheden nemen weliswaar toe, maar ketens hebben last van onduidelijkheid over de financiering van technologie. Bestaande stimuleringsregelingen en beleidsregels verdwijnen en het is onbekend wat ervoor in de plaats komt. Onze aanbeveling is om de mogelijkheden van technologie actief in te zetten.

Ketens vinden het lastig om gegevens aan te leveren over het aantal crisisopnames. Vaak zijn er geen specifieke registraties voor crisis bij dementie. Deze cijfers worden opgenomen in bestaande structuren voor crisisopnames, zoals de GGZ-crisisdienst. De crisishulpverlening is goed ingebed in de keten. Noodbeddenregeling en de mogelijkheid voor opname in een instelling voor somatische of psychiatrische zorg blijven voor ketens de gebruikelijke vormen van 24-uurscrisishulpverlening.

6. Ketenzorg bij dementie

Ten opzichte van 2011 hebben de ketens zich op ketenzorg verder ontwikkeld. Ze scoren op goed dit domein.

Alle ketens hebben bestuurlijk draagvlak bij zorgaanbieders. Moeilijker is dit draagvlak ook te krijgen bij de gemeente. Dit is opvallend. In de huidige ontwikkelingen is de gemeente immers een belangrijke partner voor de keten. De zorgaanbieders VVT zijn in alle ketens zowel ketenpartner als lid van de stuurgroep. Ook de GGZ-instellingen spelen een belangrijke rol als ketenpartij en lid van de stuurgroep. Dit geldt niet voor de gemeente, het zorgkantoor/de zorgverzekeraar en de vrijwilligersorganisaties. Zij zijn minder vertegenwoordigd als ketenpartij en/of stuurgroep lid.

De meeste ketens werken gestructureerd aan ketenzorg. Vrijwel alle ketens hebben een ketenregisseur die hier een belangrijke functie in heeft. Vrijwel alle ketens hebben een gezamenlijk doel en waarin ze formuleren aan welke cliënten welke zorg wordt verleend. Slechts de helft van de ketens heeft aan afspraken over hoe ketenpartijen elkaar kunnen aanspreken op taken en verantwoordelijkheden. In twee jaar is hierin weinig veranderd. Ook afspraken over de organisatie en invulling van de bemoeizorg kunnen beter.

In 2011 geeft 73% van de ketens aan dat zij actief inspelen op de overgang van AWBZ naar Wmo, in 2013 doen vrijwel alle ketens dit. Dit lijkt ook een logische ontwikkeling passend bij de transitie. Ketens voelen zich echter vaak niet voldoende toegerust om deze overgang goed vorm te geven, onder andere door het ontbreken van structurele financiering. Slechts 10% van de ketens beschikt hierover. De AWBZ blijft de grootste financieringsbron. Onze aanbeveling is dat ketens op zoek gaan naar financiering binnen hun ketenpartners. Ketens moeten hun toegevoegde waarde zichtbaar maken.

De meeste ketens geven aan dat zij zich bevinden in de uitbouw- en monitoringsfase (fase 3) of in de verduurzamings- en transformatiefase (fase 4). Vergeleken met 2011 is dit een duidelijke verschuiving. Toen was dat vooral de experiment- en uitvoeringsfase (fase 2) en uitbouw- en monitoringsfase (fase 3). De ketens geven dus zelf aan dat ze een stap in hun ontwikkeling hebben gezet. Dat is positief, maar het neemt niet weg dat er punten zijn die blijvend aandacht vragen, zoals casemanagement, diagnostiek en samenwerking.

7. Cliëntperspectief

De ketens scoren op dit domein gemiddeld. We zien wel een klein negatief verschil ten opzichte van 2011.

De meeste ketens voeren met Alzheimer Nederland tweejaarlijks de Dementiemonitor Mantelzorg uit maar het is niet gebruikelijk om de resultaten in stuurgroepen te bespreken en vervolgens met de resultaten aan de slag te gaan. Toch is dit nodig om de kwaliteit van zorg en ondersteuning te behouden of verbeteren.

Ongeveer een derde van de ketens heeft afspraken over het gebruik van instrumenten om de kwaliteit van zorg van mensen met dementie en hun naasten te meten. Ook de monitoring van de belasting van mantelzorgers is niet structureel georganiseerd. Een groot deel van de ketens heeft wel een instrument voor monitoring, maar verantwoordelijkheden en frequentie van monitoring worden minder vaak afgesproken.

5. Aanbevelingen

Domein 1 Vroege ondersteuning en diagnostiek

- Ga met de gemeente in gesprek over actievere vormen van samenwerking.
- Ga door met verdere professionalisering van de dementieketen.

Domein 2 Diagnostiek

- Bedenk binnen de keten hoe je zorgt dat gemaakte afspraken over het diagnostisch traject verder nageleefd kunnen worden.
- Ga voor de eigen keten na óf en hoe een passend(er) aanbod voor jongdementerenden aangeboden kan worden.

Domein 3 Casemanagement

- Ga met stakeholders in gesprek over mogelijkheden voor structurele financiering van casemanagement.
- Breng binnen de keten het geïntegreerde zorgplan ter sprake en bepaal met elkaar wat nodig is om dit te realiseren of het werken ermee te verbeteren.

Domein 4 Behandeling, begeleiding en steun

- Zet in op het delen van informatie over het aanbod van behandeling, begeleiding en steun binnen de keten.
- Ga met ketenpartners in gesprek over deskundigheidsbevordering van dementie binnen de opleidingen voor verzorgend personeel.
- Investeer in een betere samenwerking tussen de keten en de ouderen mishandeling meldpunten en maak afspraken over informatie-uitwisseling met behoeve tot meldingen.

Domein 5 Levering zorg en diensten

- Maak het aanbod van activiteiten voor mensen met dementie en hun mantelzorger samen bespreekbaar binnen de keten en bepaal wat nodig is om dit te verbeteren.
- Bespreek hoe je als keten periodiek de tevredenheid over respijtzorg meet en hoe dit eventueel beter kan.

Domein 6 Ketenzorg bij dementie

- Bepaal als keten de toegevoegde waarde en ga met stakeholders in gesprek over het vergroten van draagvlak en mogelijkheden voor structurele financiering.
- Spreek binnen de keten af hoe je als ketenpartijen elkaar kunt aanspreken op taken en verantwoordelijkheden.

Domein 7 Cliëntperspectief

- Vertaal resultaten van Dementiemonitor Mantelzorg naar concrete acties.
- Organiseer structurele monitoring van de belasting van mantelzorgers. Maak afspraken over verantwoordelijkheden en frequentie van monitoring.
- Maak afspraken over het meten van de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun naasten.

Vervolg...

De uitkomsten in dit rapport kunnen gebruikt worden als spiegelinformatie. Ketens kunnen hun eigen functioneren spiegelen aan de landelijke uitkomsten. Wij adviseren om als keten

na te gaan hoe de zorg en ondersteuning voor mensen met dementie en hun naasten in de verschillende stadia van hun ziekte op dit moment georganiseerd is en hier verder in te ontwikkelen. Het is aan de ketens zelf om hier vorm aan te geven. Wij hopen dat dit rapport daar een bijdrage aan levert.

Bijlagen

Bijlage 1 Vragenlijst meting 'Netwerkindicatoren Dementie 2013'

Bijlage 2 Koppeling vragen en domeinen netwerkindicatoren en te behalen score

Bijlage 1 Vragenlijst meting 'Netwerkindicatoren Dementie 2013'

A: Algemene gegevens

Wij verzoeken u onderstaande gegevens aan te vullen en/of te wijzigen:

- Naam
- Functie, organisatie
- Contactgegevens: Adres, Telefoon, E-mail
- Naam regio / keten
In een regio kunnen meer ketens actief zijn. Vul de naam in van de keten(s) of regio waarvan u de gegevens over de meetperiode 2013 in deze vragenlijst invult.
- Betrokken zorgkantoor
- Betrokken gemeenten (alle namen vermelden)

B: Netwerkindicatoren Dementie

Indicator 1: Informatievoorziening rondom vroeg signalering

Goede voorlichting kan de angst voor dementie verminderen en kan in de dementieketen een stimulans zijn voor vroegsignalering en/of vroegdiagnostiek. De doelstelling van deze indicator is het bevorderen van de (verscheidenheid aan) activiteiten in de dementieketen. Dit om mensen met een vermoeden op dementie van informatie te voorzien en te verleiden tot het laten stellen van de diagnose en het informeren van naasten daarbij. Daarnaast stimuleert deze indicator een actieve samenwerking met de gemeente(n) op dit gebied. De verwachting is dat een actieve samenwerking de structuur van de dementieketen borgt.

1. Hoeveel gemeenten bedient de keten?
[aantal invullen]
2. Met hoeveel gemeenten is er een samenwerkingsverband met betrekking tot informatievoorziening rondom dementie?
[aantal invullen]
3. Bij hoeveel gemeenten is er sprake van een actief samenwerkingsverband⁶?
[aantal invullen]

Geef aan welke van de hieronder genoemde onderwerpen met betrekking tot informatie, voorlichting en steun in de gemeente(n) plaatsvinden:

⁶ Actief samenwerkingsverband: Met actief samenwerkingsverband wordt bedoeld dat gezamenlijk een doel is vastgesteld, dat er schriftelijke afspraken zijn gemaakt over de activiteiten en verantwoordelijkheden van de verschillende ketenpartijen.

4. (Tweejaarlijkse) campagne(s)⁷ gericht op herkenning van dementie en taboeverkleining
 - Ja
 - Nee
5. Is er een schriftelijke voorlichting met folders over dementie bij alle maatschappelijke en gezondheidsorganisaties?
 - Ja
 - Nee
6. Zijn er laagdrempelige bijeenkomsten⁸, psycho-educatie en lotgenotencontact over dementie (bv. Alzheimer Café)?
 - Ja
 - Nee
7. Is er een centraal informatiecentrum voor dementie?
 - Ja
 - Nee
8. Is er publieksvoorlichting in artikelen, website en berichten via regionale media?
 - Ja
 - Nee
9. Is er een sociale kaart die informatie geeft over dementie?
 - Ja
 - Nee

Aanvullende vragen

10. Noem activiteiten die in de keten zijn ontwikkeld om mensen met dementie op te sporen:
[open antwoordmogelijkheid]

Indicator 2: Gediagnosticeerde cliënten met dementie

Het stellen van een tijdige diagnose bij mensen met een vermoeden van dementie is belangrijk. De behandeling van cliënten met dementie en de ondersteuning van de mantelzorg kan zo tijdig worden gestart. Op basis van het inzicht in het percentage gediagnosticeerde dementerenden kan een keten gericht actie ondernemen op het gebied van vroeg signalering. Vooral wanneer blijkt dat het aantal dementerenden achterblijft ten opzichte van het geschatte aantal dementerenden.

11. Beschikt de keten over informatie van het aantal mensen dat gediagnosticeerd is met dementie?
 - Ja
 - Nee
12. Wat is naar schatting het aantal nieuw gediagnosticeerde mensen met dementie in de meetperiode [aantal invullen]

⁷ Campagne: het massaal onder de aandacht brengen van een onderwerp met als doel een gedragsverandering teweeg te brengen en/of een discussie opgang te brengen. Over het algemeen wordt in een korte periode (een week) extra aandacht besteed aan een bepaald onderwerp.

⁸ Laagdrempelige bijeenkomsten: Bijeenkomsten, die worden georganiseerd voor geïnteresseerden, die gemakkelijk bereikbaar zijn en waarvoor vrijwel geen inspanning vanuit de bezoeker nodig is. Bijvoorbeeld informatiebijeenkomsten, psycho-educatie, lotgenotencontact over dementie (bijv. een Alzheimer café).

Aanvullende vragen

13. Zijn in de keten ziekte- en zorgdiagnostiek aan elkaar gekoppeld?

- Ja
- Nee

14. Zijn er in de keten duidelijke afspraken gemaakt over het vervolgtraject na de diagnose?

- Ja
- Nee

Indicator 3: Gediagnosticeerde jong dementerenden

Bij mensen jonger dan 65 met geheugenproblematiek wordt vaak niet gedacht aan dementie, maar aan depressie of een andere psychiatrische aandoening. Wanneer dementie gediagnosticeerd wordt bij iemand die jonger is dan 65 jaar, is er sprake van een jong dementerende⁹. Omdat deze mensen en hun

mantelzorgers in een andere levensfase verkeren en vaak nog werken, is er een andere behoefte aan zorg en begeleiding. Doelstelling van deze indicator is het krijgen van inzicht in de tijdige signalering binnen de keten van jong dementerenden.

15. Is er specifiek beleid op schrift gesteld in de keten gericht op jong dementerenden (bijv. in het ketenplan)?

- Ja
- Nee

16. Is er specifiek aanbod in de keten voor deze doelgroep?

- Ja
- Nee

17. Welke activiteiten zijn er in de keten ontwikkeld voor jong dementerenden?

[open vraag]

Indicator 4: Ervaren problemen en wensen van mantelzorgers en afgestemd aanbod behandeling, begeleiding en steun

Voor mantelzorgers van mensen met dementie is een vragenlijst ontwikkeld: de monitor van het Landelijk Dementieprogramma (LDP). De LDP monitor heet sinds 2011 Dementiemonitor Mantelzorg (en wordt in deze lijst verder ook zo genoemd). Deze vragenlijst gaat in op de ervaren problemen van mantelzorgers en hun wensen voor meer professionele ondersteuning en wordt sinds april 2006 gebruikt. De doelstelling van deze indicator is enerzijds het structureel evalueren van de ervaren problemen van mantelzorgers en hun wensen. En anderzijds is het doel aan te zetten tot het verbeteren van de tevredenheid van de mantelzorgers in de dementieketen. In tweede instantie kan de monitor dan worden gebruikt om de afstemming tussen zorgvraag en zorgbehoefte te verbeteren.

18. Wordt de Dementiemonitor Mantelzorg¹⁰ tweejaarlijks in samenwerking met Alzheimer NL uitgevoerd?

- Ja
- Nee

⁹ Nieuwe jong dementerende cliënten: cliënt jonger dan 65 jaar bij wie voor het eerst de diagnose “dementie” wordt gesteld. Dus geen cliënten jonger dan 65 jaar met diagnose dementie die nieuw in de keten zijn.

¹⁰ Dementiemonitor Mantelzorg: is een vragenlijst om de ervaren problemen van de mantelzorgers en het belang van deze problemen inzichtelijk te maken. Alzheimer Nederland voert dit onderzoek uit in samenwerking met NIVEL.

19. Worden de resultaten van de monitor tweejaarlijks geëvalueerd¹¹?
- Ja
 - Nee
 - Niet van toepassing
20. Zijn er acties / verbeterplannen ondernomen naar aanleiding van de evaluatie van de vorige monitor?
- Ja
 - Nee
 - Niet van toepassing
21. Opsporen van witte vlekken vanuit een behoeftemeting bij mensen met dementie en hun mantelzorgers en het geboden aanbod in de regio
- Ja
 - Nee
22. Is er een zorgprogramma dementie¹² in de regio?
- Ja
 - Nee
 - Weet ik niet

Zo ja:

23. Komt het aanbod in de regio overeen met het aanbod aan de zorgstandaard dementie
- Ja
 - Nee
 - Weet ik niet

Wilt u aangeven of de volgende zaken aanwezig zijn en / of worden gedaan?

24. Samenwerkingsafspraken tussen alle disciplines over de geboden behandeling, begeleiding en steun
- Ja
 - Nee
25. Samenwerkingsafspraken tussen professionals van intra- en extramurale zorg
- Ja
 - Nee

Indicator 5. Beschikbaarheid Casemanager en aanwezigheid zorgplan

Casemanagement¹³ draagt bij aan het verhogen van de kwaliteit van zorg voor de dementie patiënt en de mantelzorger. De rol van casemanager¹⁴ mag niet blijven steken bij de organisatie van de zorg, maar er

¹¹ Evalueren: Het bespreken van de uitkomsten van de monitor met alle ketenpartners.

¹² Een zorgprogramma is het geheel van gespecificeerde en op elkaar afgestemde activiteiten en maatregelen, gericht op het verlenen van bepaalde diensten of het bewerkstellingen van bepaalde effecten ten behoeve van een gespecificeerde groep mensen met overeenkomstig problematiek of zorgbehoefte. Een zorgprogramma draagt bij aan het bewerkstelligen van Ketenzorg. Samenwerking door de organisaties heen is daarbij één van de uitgangspunten (A.J.J.M Vingerhoets, P.F.M. Kop, P.H.G.M. Soons, Psychologie in de gezondheidszorg. Een praktijkoriëntatie, 2002, Bohn Stafleu van Lochum, Houten)

¹³ Casemanagement: het LDP (2004) definieert casemanagement als volgt: „het systematisch aanbieden van gecoördineerde zorg en benodigde ondersteuning op het terrein van behandeling, zorg en welzijn door een vaste professional die onderdeel uitmaakt van een lokaal samenwerkingsverband, gericht op thuiswonende mensen met dementie en hun naasten gedurende het hele traject van „niet pluis“ of de diagnose tot aan opname of overlijden“.

moet een actieve ondersteuning worden geboden aan de cliënt en de mantelzorgers. Doelstelling van deze indicator is het stimuleren van het inzetten van casemanagement en het gebruik van (multidisciplinaire) zorgplannen¹⁵ in de dementieketen.

26. Heeft u een cliëntvolgende registratie?

- Ja
- Nee

27. Wat is het totale aantal extramuraal cliënten met dementie bekend in de dementieketen in de meetperiode? [aantal invullen]

28. Hoeveel extramuraal cliënten met dementie van het totaal aantal extramuraal cliënten met dementie [vraag 27] hebben naar schatting casemanagement? [aantal invullen]

29. Hoeveel extramuraal cliënten met dementie staan op de wachtlijst voor casemanagement? [aantal invullen]

Indien afwezigheid cliëntvolgende registratie:

30. Hoeveel mensen krijgen binnen vier weken na start van een diagnoses traject, casemanagement toegewezen:

- Geen of heel weinig mensen (0-20%)
- Minder dan de helft van het aantal mensen (20 - 40%)
- Ongeveer de helft van het aantal mensen (40 - 60%)
- Meer dan de helft van het aantal mensen (60-80%)
- De meesten of alle mensen (80-100%)

31. Hoeveel cliënten met dementie ten opzichte van het totaal aantal diagnoses worden ondersteund door casemanagement, met op de achtergrond een multidisciplinair team:

- Geen of heel weinig cliënten van het totaal aantal diagnoses (0-20%)
- Minder dan de helft van het totaal aantal diagnoses (20 - 40%)
- Ongeveer de helft van het totaal aantal diagnoses (40 - 60%)
- Meer dan de helft van het totaal aantal diagnoses (60-80%)
- De meesten of alle cliënten van het totaal aantal diagnoses (80-100%)

Vanaf hier weer alle respondenten:

32. Wat is de gemiddelde caseload¹⁶ per casemanager?
[aantal invullen]

33. Wat is het totaal aantal FTE casemanagers in de dementieketen?
[aantal invullen]

¹⁴ Casemanager: In de praktijk worden verschillende termen gehanteerd: casemanagers, dementieconsulenten, zorgtrajectbegeleiders, etc.. Wanneer het volgende profiel overeenkomt met een functie kan deze aangeduid worden als casemanager. Profiel: HBO opgeleide hulpverlener, in dienst van samenwerkende organisaties op het gebied van zorg, welzijn en cure, zorgt voor continuïteit en afstemming van het zorgaanbod en begeleidt en ondersteunt dementerenden en hun mantelzorgers.

¹⁵ Zorgplan: Wanneer het volgende profiel overeenkomt kan dit aangeduid worden als zorgplan. Verder moet het plan voldoen aan de eisen die de WGBO stelt en besluit 131 in het staatsblad (Besluit van 2 maart 2009, houdende verplichtstelling van een bespreking over het zorgplan bij verlening van zorg als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg)). In het plan zijn minstens opgenomen: zorgdiagnose, zorgverlening, ondersteuning cliënten, ondersteuning mantelzorgers, medicatie, behoeften van de cliënt en evaluatie data.

¹⁶ Caseload: het aantal patiënten dat onder begeleiding staat van een casemanager.

34. Gebruikt u één geïntegreerd zorgplan¹³?

- Ja
- Nee

Indien aanwezigheid geïntegreerd zorgplan:

35. Hoeveel van het totaal aantal cliënten in de dementieketen heeft een geïntegreerd zorgplan waarin alle onderdelen van wonen, zorg en welzijn opgenomen zijn?

- Geen of weinig cliënten van het totaal aantal cliënten (0-20%)
- Minder dan de helft van het totaal aantal cliënten (20-40%)
- Ongeveer de helft van het totaal aantal cliënten (40-60%)
- Meer dan de helft van het totaal aantal cliënten (60-80%)
- De meeste of alle cliënten van het totaal aantal cliënten (80-100%)

36. Hoeveel van de cliënten met een geïntegreerd zorgplan heeft toegang tot het geïntegreerde zorgplan?

- Geen of weinig cliënten met een geïntegreerd zorgplan (0-20%)
- Minder dan de helft van de cliënten met een geïntegreerd zorgplan (20-40%)
- Ongeveer de helft van de cliënten met een geïntegreerd zorgplan (40-60%)
- Meer dan de helft van de cliënten met een geïntegreerd zorgplan (60-80%)
- De meeste of alle cliënten met een geïntegreerd zorgplan (80-100%)

37. Geef aan bij hoeveel cliënten met dementie vanaf de diagnose één geïntegreerd zorgplan aanwezig is ten opzichte van het totaal aantal diagnoses. Bij:

- Geen of heel weinig cliënten van het totaal aantal diagnoses (0-20%)
- Minder dan de helft van het totaal aantal diagnoses (20-40%)
- Ongeveer de helft van het totaal aantal diagnoses (40-60%)
- Meer dan de helft van het totaal aantal diagnoses (60-80%)
- De meeste of alle cliënten van het totaal aantal diagnoses (80-100%)

Ten aanzien van het gebruik van één geïntegreerd zorgplan moeten in ieder geval heldere werkafspraken worden gemaakt over het delen van het zorgplan¹⁷ en de eindverantwoordelijkheid¹⁸. Graag per partij aangeven of deze eindverantwoordelijk is, betrokken is bij het beheer en/of het delen van het zorgplan.

	Eindverantwoordelijk		Delen het zorgplan	
	Ja	Nee	Ja	Nee
Cliënt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantelzorger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Casemanager	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Huisarts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verpleegkundige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Specialist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psycholoog	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geriatr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paramedici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Specialist Ouderengeneeskunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ziekenhuis specialist incl. klinisch Geriatr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¹⁷ Delen van het zorgplan: per cliënt zijn afspraken gemaakt met de betreffende zorgverlener of hij/zij het

zorgplan mag inzien, dan wel bijwerken.

¹⁸ Eindverantwoordelijkheid: hieronder kan o.a. het volgende worden verstaan: zorgen dat het zorgplan past bij behoefte van cliënt, verantwoordelijke voor volledigheid, up-to-date en juist zorgplan.

Vanaf hier weer alle respondenten:

Aanvullende vragen

Geef aan bij welke organisatie de casemanager in dienst is:

38. Zorgaanbieder (VVT)

- Ja
- Nee

39. Welzijnsinstelling

- Ja
- Nee

40. Onafhankelijke organisatie

- Ja
- Nee

41. GGZ-instelling

- Ja
- Nee

42. Gemeente

- Ja
- Nee

43. Eerstelijnszorgaanbieder (bv. huisarts, POH)

- Ja
- Nee

44. Keten Dementie

- Ja
- Nee

45. De wijze van financiering van het casemanagement: Verdeel 100 %

AWBZ [percentage invullen; ...%]

Wmo [percentage invullen; ...%]

Zvw [percentage invullen; ...%]

46. Is er sprake van structurele (niet gebaseerd op de NZA beleidsregel) financiering voor het casemanagement?

- Ja
- Nee

47. Wordt de tevredenheid van mensen met dementie en hun naasten over het

casemanagement als integraal onderdeel van het hulpverleningsproces periodiek gemeten?

- Ja
- Nee

Indicator 6. Monitoren mantelzorgers

Het (structureel) monitoren van de mantelzorgers speelt een belangrijke rol in het voorkómen van overbelasting bij mantelzorger. De doelstelling van deze indicator is het stimuleren van ketens om een structuur op te zetten om mantelzorgers structureel te kunnen monitoren met betrekking tot mogelijke overbelasting.

Zijn de volgende aspecten over het monitoren van mantelzorgers van de belasting vastgelegd in de vorm van afspraken binnen de dementieketen?

48. Gebruikt de keten een instrument¹⁹ voor het monitoren van mantelzorgers?
- Ja
 - Nee
49. Zijn verantwoordelijkheden bepaald over de monitoring?
- Ja
 - Nee
50. Zijn er afspraken gemaakt over de frequentie van monitoren?
- Ja
 - Nee
51. Zijn er afspraken over het gebruik van instrumenten om de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun naasten te meten?
- Ja
 - Nee

Indicator 7. Centraal registratiepunt

Om inzicht te krijgen in de populatie die de dementieketen bedient, is het belangrijk om een centraal registratiepunt²⁰ te hebben, zodat de dementieketen de voorzieningen kan afstemmen met de grootte van de populatie. De doelstelling van deze indicator is het motiveren van dementienetwerken om een centraal registratiepunt in te richten om patiënten met de diagnose dementie te registreren. De gegevens die verzameld worden op het registratiepunt kunnen voor verschillende doeleinden gebruikt worden, bijvoorbeeld voor het monitoren van de regio (gebruik van crisisbedden) en het effect van interventies op gebied van de vroegdiagnostiek.

52. Kent de keten een centraal registratiepunt voor (nieuwe) cliënten²¹ met dementie?
- Ja
 - Nee

¹⁹ Te gebruiken instrument: Om de belasting van de naasten in kaart te brengen kan bijvoorbeeld gebruik

gemaakt worden van het Zorgkompas of de Inventarisatielijst Draagkracht/draaglast centrale verzorger(s) (LESA, 2005). Andere instrumenten zijn de EDIZ, Burden Interview, de Gevoel van Competentieschaal (CBO richtlijn, 2005).

²⁰ Centraal registratiepunt: een registratie waar alle ketenpartners (zorgverleners) hun cliënten met nieuwe diagnose dementie aanmelden. Dit registratiepunt zorgt voor eenduidige registratie van de cliënten met dementie in de keten.

²¹ Nieuwe cliënt: cliënt bij wie voor het eerst de diagnose “dementie” wordt gesteld. Dus geen cliënten met diagnose dementie die nieuw in de keten zijn.

53. Wordt in de dementieketen door alle ketenpartners gebruik gemaakt van dit registratiepunt?
- Ja
 - Nee

Indicator 8. (Crisis)opname

Iedere keten heeft te maken met crisisopnamen²² (=ongeplande opnamen binnen 24 uur). Door goede afspraken te maken over respijtzorg en monitoren van cliënten en mantelzorgers kunnen ketens het aantal crisisopnamen zo laag mogelijk houden. Bijvoorbeeld door voorkoming van overbelasting van de mantelzorger (vermijdbare opname²³). Internationaal zijn ook aanwijzingen voor deze uitkomstmaat van geïntegreerde zorg te vinden (Bedford et al, 1996; Sampson et al 2008). Een deel van de crisisopnamen blijft altijd bestaan, bijvoorbeeld als gevolg van acute aandoeningen van cliënt of mantelzorger (onvermijdbare opname²⁴). Een hoog percentage crisisopnamen kan desalniettemin een aanwijzing zijn voor een groot aandeel vermijdbare opnamen.

54. Wat is het totaal aantal crisisopnamen van cliënten met dementie in de keten in de meetperiode
- aantal invullen;...
 - Dat weet ik niet
55. Wat is het totaal aantal opnamen van cliënten met dementie in de keten in de meetperiode
- aantal invullen;...
 - Dat weet ik niet
56. Wat is het percentage crisisopnamen van cliënten met dementie in de keten?
- percentage invullen;... %
 - Dat weet ik niet
57. Wat is het aantal crises waarbij binnen 24 uur een oplossing op de juiste plek is gevonden
- aantal invullen; ...
 - Dat weet ik niet

24 uur per dag kan een beroep op crisishulp voor mensen met dementie worden gedaan bestaande uit:

58. Een noodbeddenregeling
- Ja
 - Nee
59. Acute zorg aan huis
- Ja
 - Nee
60. Opname in een instelling voor somatische of psychiatrische zorg
- Ja
 - Nee

²² Crisisopname: ongeplande opname, die binnen 24 uur niet was voorzien, van cliënten met dementie; zowel vermijdbaar als onvermijdbaar.

²³ vermijdbare opnames: bijvoorbeeld te gevolge van overbelasting van de mantelzorger. Dit kan indirect leiden tot toename van gedragsproblemen bij de dementerende en vervolgens tot een negatieve spiraal met als gevolg een acute opname.

²⁴ onvermijdbare opnames= nodig ten gevolge van acute aandoeningen (hartinfarct, herseninfarct, collumfractuur) bij cliënt of bij diens primaire verzorger, acute uitval primaire mantelzorger door ziekenhuisopname of ziekte en overlijden.

Aanvullende vragen:

61. De crisishulp is in de keten ingebed: alle ketenpartners kennen het aanbod
- Ja
 - Nee
62. In de regio zijn verschillende woonvormen die voldoen aan de uitgangspunten voor optimale dementiezorg aanwezig
- Ja
 - Nee
63. 90% van de mensen met dementie met een indicatie voor opname is binnen een maand geplaatst
- Ja
 - Nee
64. De keten heeft afspraken gemaakt over de inzet van zorg op afstand en gebruik van technologie/domotica
- Ja
 - Nee

Indicator 9. Respijtzorg

In de toekomst zullen cliënten met dementie steeds vaker en langer thuis blijven wonen. Om dit ook voor de mantelzorger behapbaar te houden is het belangrijk dat de mantelzorger op bepaalde tijdstippen de zorg over kan dragen aan andere zorgverleners om zelf rust te nemen. Deze indicator beoogt een gevarieerd en voldoende aanbod van voorzieningen gericht op respijtzorg^{25,26} in het dementienetwerk. Het gaat daarbij om een goede afstemming tussen het beschikbare aanbod en de vraag naar respijtzorg.

Er is een gevarieerd, dekkend en toegankelijk aanbod van respijtzorg dat voorziet in de behoeften van mensen met dementie en hun naasten en tenminste bestaat uit:

65. Respijtzorg aan huis
- Ja
 - Nee
66. Respijtzorg buitenshuis
- Ja
 - Nee
67. Een combinatieaanbod voor mensen met dementie en hun naasten
- Ja
 - Nee

Welke vormen van respijtzorg voor mantelzorgers van cliënten met dementie worden in de keten aangeboden?

68. Dagbehandeling
- Ja
 - Nee
69. Oppasservice
- Ja
 - Nee

²⁵ Respijtzorg is de tijdelijke en volledige overname van de zorg van een mantelzorger met het doel om die mantelzorger vrijaf te geven (EIZ, 2003a).

²⁶ Een respijtzorgvoorziening is een organisatorisch verband, dat als expliciet doel heeft tijdelijk vrijaf van zorg te bieden aan mantelzorgers door (het organiseren van) volledige zorgovername (EIZ, 2003a).

70. Mogelijkheid tot tijdelijk verblijf (incl. overnachtingen)
- Ja
 - Nee
71. Mogelijkheid van vakantie-opnames (incl. overnachting)
- Ja
 - Nee
72. Ontmoetingscentra ²⁷
- Ja
 - Nee
73. Individuele begeleiding bij activiteiten thuis
- Ja
 - Nee
74. Welzijnsactiviteiten en sport
- Ja
 - Nee
75. Religieuze en spirituele activiteiten
- Ja
 - Nee
76. Ondersteunende technologie
- Ja
 - Nee
77. Er is voldoende aanbod van activiteiten dat de naasten van mensen met dementie ontlast
- Ja
 - Nee
78. Er is voldoende aanbod van activiteiten voor de persoon met dementie en diens naaste gezamenlijk
- Ja
 - Nee

Aanvullende vragen

79. Er wordt periodiek voorlichting gegeven over respijtzorg in de regio
- Ja
 - Nee
80. Professionals hebben voldoende kennis van het aanbod respijtzorg
- Ja
 - Nee
81. De tevredenheid over respijtzorg wordt periodiek gemeten
- Ja
 - Nee
82. Het aanbod respijtzorg is afgestemd op het aantal mensen met dementie en hun naasten in de regio
- Ja
 - Nee

²⁷ In Nederland zijn verschillende ontmoetingscentra opgezet waar ondersteuning wordt geboden aan mensen met dementie en hun mantelzorgers. Het gaat dan vooral om het voorzien in praktische, emotionele en sociale ondersteuning (VUmc, Rose-Marie Dröes)
<http://www.vumc.nl/afdelingen/ontmoetingcentradementie/ontmoetingscentra/>

Indicator 10. Bestuurlijke borging

Het woord ketenzorg impliceert dat meerdere organisaties betrokken zijn bij het aanbieden van zorg. Het gezamenlijk aanbieden van zorg vergt niet alleen afstemming tussen de betrokken zorgverleners, maar vooral ook tussen de betrokken bestuurders. Alleen als bestuurders zich committeren aan de ketenzorg en tijd en middelen ter beschikking stellen, zijn zorgverleners in staat ketenzorg vorm te geven.

Beschikt de keten over bestuurlijk draagvlak bij (een):

83. Zorgaanbieders

- Ja
- Nee

84. Welzijnsaanbieder

- Ja
- Nee

85. Gemeente

- Ja
- Nee

86. Ziekenhuis

- Ja
- Nee

87. Eerstelijnsaanbieders

- Ja
- Nee

88. GGZ-instelling

- Ja
- Nee

Geef aan of de volgende uitspraken wel of niet van toepassing zijn op uw keten:

89. Alle ketenpartijen hebben een gezamenlijk doel geformuleerd voor dementiezorg.

- Ja
- Nee

90. Het gezamenlijk doel is door alle ketenpartijen ondertekend.

- Ja
- Nee

91. De keten in z'n geheel en de afzonderlijke ketenpartijen hebben geformuleerd aan welke cliënten zorg wordt verleend.

- Ja
- Nee

92. Voor de keten is 1 ketenregisseur²⁸ benoemd.

- Ja
- Nee

²⁸ Ketenregisseur: Een ketenregisseur is iemand die verantwoordelijk is voor de ketenregie. Dat houdt in dat diegene zich bezighoudt met het organiseren en ontwikkelen van (betere) dienstverlening zoals ervaren door de cliënt, door de (potentiële) ketenpartners te verleiden tot betere afstemming van hun activiteiten. Ketenregie verbindt de partners aan de wensen van de cliënt door van te voren afspraken te maken over het gewenste resultaat.

93. De taken en verantwoordelijkheden van de ketenpartijen en de ketencoördinator/ regisseur zijn benoemd en aan de keten partijen toegewezen.
- Ja
 - Nee
94. Binnen de keten zijn afspraken gemaakt over hoe de ketenpartijen elkaar kunnen aanspreken op de taken en verantwoordelijkheden.
- Ja
 - Nee
95. De ketenpartijen hebben afspraken gemaakt over verwijzing en transfer van cliënten onderling.
- Ja
 - Nee
96. Er zijn afspraken gemaakt over procedures voor uitwisseling cliënt informatie
- Ja
 - Nee

Aanvullende vragen

In de keten zijn afspraken over:

97. Signaleren en verwijzen bij cognitieve problemen
- Ja
 - Nee
98. De route van verwijzingen
- Ja
 - Nee
99. De organisatie en invulling van bemoeizorg
- Ja
 - Nee

Geef aan of de volgende uitspraken wel of niet van toepassing zijn op uw keten:

100. In de keten wordt met elkaar actief ingespeeld op de overgang AWBZ Wmo
- Ja
 - Nee
101. De keten is voldoende toegerust om te kunnen inspelen op de overgang AWBZ Wmo
- Ja
 - Nee
102. In de keten zijn lange termijn afspraken gemaakt (langer dan een jaar)
- Ja
 - Nee
103. De afspraken die zijn gemaakt, zijn geborgd door alle ketenpartners
- Ja
 - Nee
104. Er is sprake van structurele financiering voor de keten
- Ja
 - Nee

In de keten en de stuurgroep van de keten zitten vertegenwoordigers van de volgende partijen:

	Vertegenwoordiger	Ketenpartner		Stuurgroep	
		Ja	Nee	Ja	Nee
105.	Gemeente(n)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
106.	Zorgaanbieders VVT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
107.	Zorgverzekeraar/zorgkantor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
108.	Ziekenhuizen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
109.	Welzijnsinstellingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
110.	Vrijwilligersorganisaties	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
111.	Belangenbehartigers (cliëntorganisaties)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
112.	GGZ instellingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
113.	Eerstelijnsaanbieder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

De wijze van financiering van de keten (organisatie en activiteiten) in uw regio: (Verdeel 100 %)

114. AWBZ
[vul percentage in]
115. Wmo
[vul percentage in]
116. Zvw
[vul percentage in]

Geef aan of de volgende uitspraken wel of niet van toepassing zijn op uw keten:

117. In de keten is goed zicht op de omvang van de doelgroep dementerenden en hun zorgvraag
 Ja
 Nee
118. De keten beschikt over een plan van aanpak waarin de doelstellingen voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie voor de komende periode zijn benoemd
 Ja
 Nee
119. In de keten zijn formele afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders over de levering van dementiezorg (bijv. afstemming van werkprocessen)
 Ja
 Nee
120. In de keten zijn formele afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders over financiering van dementiezorg (bijv. afstemming van werkprocessen)
 Ja
 Nee
121. In de keten zijn formele afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders en gemeenten in het kader van dementiezorg (bijv. informatieverstrekking, oprichting van Alzheimer cafés)
 Ja
 Nee
122. In de keten zijn formele afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de levering van dementiezorg (bijv. afstemming van werkprocessen)
 Ja
 Nee

123. In de keten zijn formele afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders en nog andere partijen in het kader van dementiezorg
- Ja
 - Nee
124. Zijn er bij de inkoop in 2013 (over 2014) door uw organisatie of andere zorgverleners in de regio (ketenpartners) met het zorgkantoor afspraken gemaakt over ketenzorg dementie?
- Ja
 - Nee
125. Ligt aan deze afspraken een ketenplan ten grondslag
- Ja
 - Nee
126. Zijn alle ketenpartners betrokken in de uitvoering van ketenzorg?
- Ja
 - Nee
127. Zijn alle partners betrokken bij de inkoop?
- Ja
 - Nee
128. In welke fase²⁹ bevindt uw keten dementie zich nu? Aankruisen welke fase van toepassing is

²⁹ Ontwikkelingsfasen van Ketenzorg

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

- Fase 1: Initiatief- en ontwerpfase
 - Fase 2: Experiment- en uitvoeringsfase
 - Fase 3: Uitbouw- en monitoringsfase
 - Fase 4: Verduurzamings- en transformatiefase
129. In welke fase bevond uw keten dementie zich in 2012?
- Fase 1: Initiatief- en ontwerpfase
 - Fase 2: Experiment- en uitvoeringsfase
 - Fase 3: Uitbouw- en monitoringsfase
 - Fase 4: Verduurzamings- en transformatiefase
130. Wat heeft de keten het meest geholpen bij het doorgroeien?
[open antwoord]
131. Wat is in de keten als grootste uitdaging ervaren het afgelopen jaar?
[open antwoord]

C: Benodigde informatie en ondersteuning

132. Heeft uw keten een ketenregisseur?
- Ja
 - Nee

Indien ja, graag onderstaande vragen beantwoorden:

133. Bij welke organisatie is de ketenregisseur in dienst?
[open antwoord]
134. Financiering ketenregisseur:
[open antwoord]
135. Aantal uren per week:
[open antwoord]
136. Taken:
[open antwoord]
137. Is er een functiebeschrijving?
- Ja
 - Nee

*Indien ja graag de functiebeschrijving sturen aan netwerkdementie@vilans.nl. [De functiebeschrijvingen nemen we mee in de landelijke rapportage.](#)

138. Is de functie structureel geborgd?
- Ja
 - Nee

Tot slot

Graag willen wij een totaalrapportage maken van alle ketens, zodat het ook mogelijk is uw gegevens te vergelijken met het de ketens dementie in Nederland (benchmark). Hiermee is het mogelijk om vanuit het Landelijk Netwerk Dementie een krachtig signaal te zenden naar financiers, beleidsmakers, lokale overheden en andere belanghebbenden.

139. Mogen we uw gegevens gebruiken voor het uitvoeren van een benchmark?
- Ja
 - Nee

Zo ja: u ontvangt zoals u van ons gewend bent een concept waarop u kunt reageren voordat het definitief wordt.

140. Heeft u nog aanvullende opmerkingen of vragen?
[open antwoord]

We danken u heel hartelijk voor het invullen, de rapportage van uw netwerk is beschikbaar op de Landelijke Netwerk Bijeenkomst 1 juli 2014. De landelijke rapportage zal in september verschijnen. Voor vragen over het Landelijk Netwerk Dementie kunt u contact opnemen via de mail met netwerkdementie@vilans.nl of voor specifieke vragen met Evianne Wijenberg via e.wijenberg@vilans.nl.

Bijlage 2 Koppeling vragen en domeinen netwerkindicatoren en te behalen score

Inleiding

Dit document beschrijft de verschillende domeinen voor de analyse van de netwerkindicatoren dementie 2013. Onder elk van deze domeinen vindt u de vragen terug die u heeft ingevuld én die mee zijn genomen in het scoren van de keten op de verschillende netwerkindicatoren. Op deze manier wordt duidelijk welke vragen bij welk domein horen, zodat u kunt zien waarop de scores van uw keten gebaseerd zijn. Dit maakt het gemakkelijk om de score te interpreteren.

De vragen die niet zijn meegenomen in het scoren van de keten op de netwerkindicatoren zijn de 'open' vragen. Het zijn vragen waarvan de antwoorden niet goed of fout zijn en dus ook niet beoordeeld worden. Deze vragen worden niet beschreven in de spiegelrapportage die u nu ontvangt, maar komen aan bod in de uitgebreide rapportage ('benchmark') die in het najaar zal verschijnen. Mocht u nog vragen of opmerkingen hebben dan kunt u terecht bij Else Stapersma of Evianne Wijenberg via netwerkdementie@vilans.nl.

Domeinen

De analyse van de ketenindicatoren is gedaan aan de hand van de zes domeinen uit de Zorgstandaard Dementie. Daar hebben we één domein aan toegevoegd: cliëntperspectief. Bij elk domein staat aangegeven welke vragen uit de indicatoren hiervoor zijn gebruikt (eerste kolom), wat de uitkomst (maat) van een vraag is (bijvoorbeeld een aantal, een percentage, zie de tweede kolom) en welke maximale score gehaald kan worden per 'blok' vragen binnen de zeven domeinen. Met een 'blok' vragen bedoelen we vragen die bij elkaar horen (bijv. 1.1, 1.2, 1.3)

Score berekenen

Voor vrijwel elke vraag krijgt u de antwoordmogelijkheid 'ja' 3 punten en 'nee' 0 punten. Voor elk blok is de gemiddelde blokscore berekend op basis van de scores op de vragen binnen dat blok. Er is per domein een maximale score te behalen. De maximale score per domein is te zien in onderstaande tabel.

Tabel 11. Maximale score per domein van de vragenlijst Netwerkindicatoren Dementie 2013

Domein	Maximale score
1. Vroege ondersteuning en preventie	3
2. Diagnostiek	3
3. Casemanagement	3
4. Behandeling, begeleiding en steun	3
5. Levering zorg en diensten	3
6. Ketenzorg bij dementie	3
7. Clientperspectief	3

Omdat het aantal en soort vragen van de zeven domeinen varieert, hebben we geen totale gemiddelde score voor de keten op de netwerkindicatoren dementie bepaald.

Koppeling vragen en domeinen netwerkindicatoren en te behalen score

1. Vroege ondersteuning en preventie

1.1 Contacten met gemeenten		
Vraag	Uitkomst(maat) vraag	Maximaal haalbare score
Hoeveel gemeenten bedient de keten?	Aantal	Zie de onderstreepte opmerking in de volgende rij.
Met hoeveel gemeenten is er een samenwerkingsverband met betrekking tot informatievoorziening rondom dementie?	Aantal	
Bij hoeveel gemeenten is er sprake van een actief samenwerkingsverband?	Aantal	
<u>Aan de hand van deze vragen hebben we een tweetal percentages (actief) samenwerkingsverband berekend. Het gemiddelde hiervan bepaalt de score.</u>		
Percentage samenwerkingsverband m.b.t. informatievoorziening	%	3
Percentage actief samenwerkingsverband	%	

1.2 Afspraken tussen dementieketen en gemeente over informatie, voorlichting en steun		
Vraag	Uitkomst(maat) vraag	Maximaal haalbare score
(Tweejaarlijkse) campagne gericht op herkenning van dementie en taboeverkleining	ja/nee	3
Schriftelijke voorlichting met folders over dementie bij alle maatschappelijke en gezondheidsorganisaties;	ja/nee	
Laagdrempelige bijeenkomsten, psycho-educatie en lotgenotencontact over dementie (bv. Alzheimer Café)	ja/nee	
Centraal Informatiecentrum/ loket	ja/nee	
Publieksvoorlichting in artikelen, website en berichten via regionale media	ja/nee	
Sociale kaart	ja/nee	

1.3 Vindbaarheid informatie		
Vraag	Uitkomst(maat) vraag	Maximaal haalbare score
In de keten is goed zicht op de omvang van de doelgroep dementerenden en hun zorgvraag	ja/nee	3

2. Diagnostiek

2.1 Gediagnosticeerde extramurale cliënten		
Vraag	Uitkomst(maat) vraag	Maximaal haalbare score
Beschikt keten over informatie over aantal mensen met diagnose dementie	ja/nee	3

2.2 Stellingen diagnostiek		
Vraag	Uitkomst(maat) vraag	Maximaal haalbare score
Kent de keten een centraal registratiepunt voor (nieuwe) cliënten met dementie?	ja/nee	3
Wordt in de dementieketen door alle ketenpartners gebruik gemaakt van dit registratiepunt?	ja/nee	
In de keten zijn ziekte- en zorgdiagnostiek aan elkaar gekoppeld	ja/nee	
Zijn in de keten duidelijke afspraken gemaakt over het vervolgtraject na de diagnose?	ja/nee	

2.3 Jong dementerende cliënten		
Vraag	Uitkomst(maat) vraag	Maximaal haalbare score
Is er specifiek beleid in keten gericht op jong dementerenden?	ja/nee	3
Is er specifiek aanbod in keten voor deze doelgroep?	Ja/nee	

3. Casemanagement

3.1 Clientvolgende registratie		
Vraag	Uitkomst(maat) vraag	Maximaal haalbare score
Heeft u een cliënt volgende registratie?	Ja/nee	3

3.2 Geïntegreerd zorgplan		
Vraag	Uitkomst(maat) vraag	Maximaal haalbare score
Gebruikt u één geïntegreerd zorgplan?	ja/nee	3

3.3 Stellingen casemanagement		
Vraag	Uitkomst(maat) vraag	Maximaal haalbare score
Is er sprake van structurele (niet gebaseerd op de NZA beleidsregel) financiering voor het casemanagement?	ja/nee	3
Wordt de tevredenheid van mensen met dementie en hun naasten over het casemanagement als integraal onderdeel van het hulpverleningsproces periodiek gemeten?	ja/nee	

4. Behandeling, begeleiding en steun

4.1 Stellingen behandeling, begeleiding en steun		
Vraag	Uitkomst(maat) vraag	Maximaal haalbare score
Samenwerkingsafspraken tussen alle disciplines over de geboden behandeling, begeleiding en steun	ja/nee	3

Samenwerkingsafspraken tussen professionals van intra- en extramurale zorg	ja/nee	
--	--------	--

5. Levering zorg en diensten

5.1 Aanbod crisishulp		
Vraag	Uitkomst(maat) vraag	Maximaal haalbare score
Een noodbeddenregeling	ja/nee	3
Acute zorg aan huis	ja/nee	
Opname in een instelling voor somatische of psychiatrische zorg	ja/nee	

5.2 Stellingen crisishulp		
Vraag	Uitkomst(maat) vraag	Maximaal haalbare score
De crisishulp is in de keten ingebed: alle ketenpartners kennen het aanbod	ja/nee	3
In de regio zijn verschillende woonvormen die voldoen aan de uitgangspunten voor optimale dementiezorg aanwezig	ja/nee	
90% van de mensen met dementie met een indicatie voor opname is binnen een maand geplaatst in de woning van hun voorkeur	ja/nee	
De keten heeft afspraken gemaakt over de inzet van zorg op afstand en gebruik van technologie/domotica	ja/nee	

5.3 Stellingen Aanbod respijtzorg (er is een gevarieerde, dekkend en toegankelijk aanbod van respijtzorg dat voorziet in de behoeften van mensen met dementie en hun naasten en tenminste bestaat uit)		
Vraag	Uitkomst(maat) vraag	Maximaal haalbare score
Respijtzorg aan huis	ja/nee	3
Respijtzorg buitenshuis	ja/nee	
Combinatieaanbod voor mensen met dementie en hun naasten	ja/nee	

5.4 Vormen respijtzorg		
Vraag	Uitkomst(maat) vraag	Maximaal haalbare score
Dagbehandeling	ja/nee	3
Oppasservice	ja/nee	
Mogelijkheid tot tijdelijk verblijf (incl. overnachtingen)	ja/nee	
Mogelijkheid van vakantie-opnames (incl. overnachting)	ja/nee	
Ontmoetingscentra	ja/nee	
Individuele begeleiding bij activiteiten thuis	ja/nee	
Welzijnsactiviteiten en sport	ja/nee	
Religieuze en spirituele activiteiten	ja/nee	
Ondersteunende technologie	ja/nee	

5.5 Aanbod activiteiten		
-------------------------	--	--

Vraag	Uitkomst(maat) vraag	Maximaal haalbare score
Er is voldoende aanbod van activiteiten dat de naasten van mensen met dementie ontlast	ja/nee	3
Er is voldoende aanbod van activiteiten voor de persoon met dementie en diens naaste gezamenlijk	ja/nee	

5.6 Stellingen respijtzorg		
Vraag	Uitkomst(maat) vraag	Maximaal haalbare score
Er wordt periodiek voorlichting gegeven over respijtzorg in de regio	ja/nee	3
Professionals hebben voldoende kennis van het aanbod respijtzorg	ja/nee	
De tevredenheid over respijtzorg wordt periodiek gemeten	ja/nee	
Het aanbod respijtzorg is afgestemd op het aantal mensen met dementie en hun naasten in de regio	ja/nee	

6. Ketenzorg bij dementie

6.1 Bestuurlijk draagvlak keten		
Vraag	Uitkomst(maat) vraag	Maximaal haalbare score
Zorgaanbieders	ja/nee	3
Welzijnsaanbieder	ja/nee	
Gemeente	ja/nee	
Ziekenhuis	ja/nee	
Eerstelijnsaanbieders	ja/nee	
GGZ-instelling	ja/nee	

6.2 Inrichting ketenzorg		
Vraag	Uitkomst(maat) vraag	Maximaal haalbare score
Alle ketenpartijen hebben een gezamenlijk doel geformuleerd voor dementiezorg	ja/nee	3
Het gezamenlijk doel is door alle ketenpartijen ondertekend	ja/nee	
De keten in z'n geheel en de afzonderlijke ketenpartijen hebben geformuleerd aan welke cliënten zorg wordt verleend	ja/nee	
Voor de keten is 1 ketenregisseur benoemd.	ja/nee	
De taken en verantwoordelijkheden van de ketenpartijen en de ketencoördinator/ regisseur zijn benoemd en aan de keten partijen toegewezen	ja/nee	
Binnen de keten zijn afspraken gemaakt over hoe de ketenpartijen elkaar kunnen aanspreken op de	ja/nee	

taken en verantwoordelijkheden		
De ketenpartijen hebben afspraken gemaakt over verwijzing en transfer van cliënten onderling	ja/nee	
Er zijn afspraken gemaakt over procedures voor uitwisseling cliënt informatie	ja/nee	

6.3 Afspraken binnen de keten over:		
Vraag	Uitkomst(maat) vraag	Maximaal haalbare score
Signaleren en verwijzen bij cognitieve problemen	ja/nee	3
De route van verwijzingen	ja/nee	
De organisatie en invulling van bemoeizorg	ja/nee	

6.4 Stellingen m.b.t. de keten		
Vraag	Uitkomst(maat) vraag	Maximaal haalbare score
In de keten wordt met elkaar actief ingespeeld op de overgang AWBZ Wmo	ja/nee	3
De keten is voldoende toegerust om te kunnen inspelen op de overgang AWBZ Wmo	ja/nee	
In de keten zijn lange termijn afspraken gemaakt (langer dan een jaar)	ja/nee	
De afspraken die zijn gemaakt, zijn geborgd door alle ketenpartners	ja/nee	
Er is sprake van structurele financiering voor de keten	ja/nee	

6.5 Afspraken binnen de keten		
Vraag	Uitkomst(maat) vraag	Maximaal haalbare score
De keten beschikt over een plan van aanpak waarin de doelstellingen voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie voor de komende periode zijn benoemd	ja/nee	3
In de keten zijn formele afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders over de levering van dementiezorg (bijv. afstemming van werkprocessen)	ja/nee	
In de keten zijn formele afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders over financiering van dementiezorg (bijv. afstemming van werkprocessen)	ja/nee	
In de keten zijn formele afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders en gemeenten in het kader van dementiezorg (bijv. informatieverstrekking, oprichting van Alzheimer cafés)	ja/nee	
In de keten zijn formele afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de levering	ja/nee	

van dementiezorg (bij. afstemming van werkprocessen)		
In de keten zijn formele afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders en nog andere partijen in het kader van dementiezorg	ja/nee	

6.6 Inkoop en ketenplan		
Vraag	Uitkomst(maat) vraag	Maximaal haalbare score
Zijn er bij de inkoop in 2011 door uw organisatie of andere zorgverleners in de regio (ketenpartners) met het zorgkantoor afspraken gemaakt over ketenzorg dementie?	ja/nee	3
Ligt aan deze afspraken een ketenplan ten grondslag	ja/nee	
Zijn alle ketenpartners betrokken in de uitvoering van ketenzorg?	ja/nee	
Zijn alle partners betrokken bij de inkoop?	ja/nee	

7. Cliëntperspectief

7.1 Dementiemonitor Mantelzorg		
Vraag	Uitkomst(maat) vraag	Maximaal haalbare score
Wordt de Dementiemonitor Mantelzorg tweejaarlijks in samenwerking met Alzheimer NL uitgevoerd?	ja/nee	3
Worden de resultaten van de monitor tweejaarlijks geëvalueerd?	ja/nee/n.v.t.	
Zijn er acties / verbeterplannen ondernomen naar aanleiding van de evaluatie van de vorige monitor?	ja/nee/n.v.t.	
Opsporen van witte vlekken vanuit een behoeftemeting bij mensen met dementie en hun mantelzorgers en het geboden aanbod in de regio	ja/nee	

7.2 Afspraken monitoren mantelzorgers over:		
Vraag	Uitkomst(maat) vraag	Maximaal haalbare score
Te gebruiken instrument	ja/nee	3
Verantwoordelijkheden	ja/nee	
Frequentie van monitoren	ja/nee	

7.3 Meten belasting mantelzorgers en kwaliteit van leven mensen met dementie en mantelzorgers		
Vraag	Uitkomst(maat) vraag	Maximaal haalbare score
Zijn er afspraken over het gebruik van instrumenten om de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun naasten te meten?	ja/nee	3