

PLAN VAN AANPAK

EXPERIMENT KETENZORG DEMENTIE - Midden-Brabant

17 november 2009

Inhoudsopgave

	Pag.
Inleiding	2
Hoofdstuk 1 Partijen	3
Hoofdstuk 2 Het Experiment	4
2.1 Context	4
2.2 Hypothese	5
2.3 Onderzoeksvragen	5
2.4 Randvoorwaarden	5
2.5 Methodiek	6
2.5.1 Pool van casemanagers	7
2.5.2 Inclusie cliënten/toewijzen casemanagers	7
2.5.3 Werkwijze/intercollegiale toetsing casemanagers	8
2.5.4 Data verzamelen	9
2.6 Rapportage	11
Hoofdstuk 3 Communicatieplan	12
Hoofdstuk 4 Activiteiten en planning	14
Hoofdstuk 5 Financiën	15
5.1 Budget	15
5.2 Administratie	15
Bijlage 1	Deelnemers aan de begeleidingsgroep
Bijlage 2	Fases in het dementieproces en betrokken zorg- en hulpverleners
Bijlage 3	Vereiste kennis en vaardigheden van de casemanagers in het experiment

Inleiding

In de regio Midden-Brabant wordt een experiment Ketenzorg Dementie opgezet. Hiervoor zijn middelen beschikbaar op basis van de Beleidsregel Innovatie Ketenzorg Dementie. Bijgaand Plan van aanpak geeft inzicht in de aanleiding tot dit experiment, de samenwerkingsafspraken die hieraan ten grondslag liggen, de operationele uitwerking van het beoogde onderzoek en de financiële aspecten van het experiment.

Dit plan van aanpak is opgesteld door een aantal afgevaardigden namens de samenwerkende partners. Voor een overzicht van de deelnemers in deze begeleidingsgroep zie bijlage 1.

Dit plan van aanpak wordt ter goedkeuring voorgelegd aan de Stuurgroep Geriatisch Netwerk in haar vergadering d.d. 3 november 2009.

In de regio Midden-Brabant wonen ruim 5000 mensen met de diagnose dementie. Bij een onbekend aantal bestaat het vermoeden van dementie maar is de diagnose (nog) niet gesteld.

Gezamenlijke zorgpartijen hebben, samen met het Zorgkantoor en de cliëntenorganisaties Alzheimer Nederland (afdeling Midden-Brabant) en Zorgbelang Noord-Brabant (afdeling Midden-Brabant), een regionaal actieplan opgesteld, in het kader van het landelijke Koplopertraject ketenzorg dementie. In dit regionale actieplan wordt een nieuwe structuur voor de organisatie van de zorg aan mensen met dementie beschreven waarbij de functie casemanagement de spilfunctie vervult in de regio van deze zorg.

Acht zorgpartijen hebben vervolgens samen met het Zorgkantoor Midden-Brabant een Experimenteervereenkomst gesloten waarmee ze zich verbinden aan de doelstellingen van het experiment en de kaders zoals in de overeenkomst verwoord.

Het experiment omvat twee kernelementen:

- 1) Het opzetten, inbedden en optimaliseren van de functie casemanagement in de zorg aan mensen met dementie in Midden-Brabant.
- 2) Het doen van onderzoek naar het effect van het inzetten van de functie casemanagement op het bereiken van meer samenhang en coördinatie in de zorg aan mensen met dementie (bij gelijkblijvende kosten) en inzicht in de verrichtingen van de professionals die betrokken zijn in de keten.

Beide aspecten van het experiment hebben een nauwe relatie met elkaar en zullen in samenhang worden uitgevoerd.

Doel van het experiment

Het primaire doel van het experiment is ervaring opdoen met de functie casemanager in de keten voor zorg aan mensen met dementie, in de gehele regio Midden-Brabant. Het experiment moet in beeld brengen hoe de functie bijdraagt aan het brengen van samenhang en afstemming in de zorg die binnen de keten wordt geboden en de verrichtingen van professionals in de keten. Door dit inzicht kan het mogelijk worden om zonedig de gewenste samenhang tot stand te brengen en op die manier de ketenzorg te versterken. In het experiment worden de ervaringen van cliënten/mantelzorgers en professionals betrokken. Tevens wordt gekeken of er meetbare en toetsbare parameters zijn die iets zeggen over de mate waarin de zorg in de keten verbetert door de inzet van de casemanagers.

Hoofdstuk 1 Partijen

Er werken negen partijen in het experiment samen, te weten:

Zorgkantoor Midden-Brabant en de zorgaanbieders:

GGZ Breburg, De Schakelring, Thebe Thuiszorg, De Volckaert-SBO, Het laar, Elisabeth Ziekenhuis, TweeSteden Ziekenhuis, De Wever.

Huisartsen

De huisartsen in de regio zijn formeel geen partij, maar vormen een belangrijke schakel in de keten van zorg voor mensen met dementie. Er zal in het experiment samenwerking gezocht worden met de huisartsen (of een deel daarvan omdat het een grote groep betreft). Het Zorgkantoor zal alle huisartsen nogmaals benaderen en proberen (een aantal) alsnog te contracteren door middel van het ondertekenen van de Experimentovereenkomst.

Geriatrisch Netwerk

De samenwerkende partijen nemen allen deel aan het Geriatrisch Netwerk, onderdeel van het Zorgnetwerk Midden-Brabant. Vanuit het Geriatrisch Netwerk zijn regionale actie- en werkplannen ontwikkeld die de basis vormen voor het Experiment. Het Geriatrisch Netwerk superviseert de voortgang van het experiment.

Zorgkantoor

Het Zorgkantoor Midden-Brabant is opdrachtgever met betrekking tot het inrichten en uitvoeren van het experiment.

Het Zorgkantoor heeft subsidiegelden aangevraagd bij de NZa op basis van de Beleidsregel Innovatie Ketenzorg Dementie. Deze subsidie is toegekend d.d. 29 september 2009.

Hoofdaannemer

Het Zorgkantoor heeft De Wever gevraagd als hoofdaannemer op te treden. De Wever is in die hoedanigheid kassier voor de subsidiegelden (belast met het incasseren en uitbetalen, het voeren van administratie en verantwoording daarover).

Tevens is De Wever verantwoordelijk voor het opzetten en uitvoeren van het experiment.

Onderaannemers

De andere zorgaanbieder-participanten zijn op basis van de experimentovereenkomst onderaannemers en verantwoordelijk voor het mee-ontwikkelen en nakomen van de samenwerkingsafspraken in het experiment en voor het leveren van casemanagement op basis van afgesproken criteria. Voor de geleverde prestatie van de casemanager(s) ontvangen deze participanten een tarief, dat wordt bekostigd uit het subsidiebudget.

Hoofdstuk 2 Het Experiment

Context - Hypothese – Onderzoeksvragen – Randvoorwaarden - Methodiek – Rapportage

2.1 Context

Doel van het experiment is het opdoen van ervaring met de functie casemanagement bij de zorg aan mensen met dementie conform de regionale afspraken. Verwacht wordt met de functie casemanagement te kunnen komen tot betere zorg tegen dezelfde kosten (*noot: in het experiment zelf tegen geringe meerkosten*).

Daarnaast heeft het experiment als doel inzicht te verkrijgen in de geleverde zorg aan cliënten met dementie. Daarmee verwachten we conclusies te kunnen trekken over de effectiviteit van zorg op basis van de regionale samenwerkingsafspraken.

De focus is gericht op het brengen van samenhang in het zorgaanbod van alle in de keten betrokken hulp- en zorgverleners en -organisaties, zoals de huisartsen, praktijkondersteuners, geriaters, GGZ, dementieconsulenten, thuiszorg en verpleeghuizen, in afstemming met cliënten en mantelzorgers.

In het experiment worden door middel van registratie alle activiteiten van de casemanager in de gehele keten, met verschillende financieringsstromen, in beeld gebracht.

Door middel van registratie en onderzoek wordt inzicht verkregen in het aantal contacten en de soort activiteiten van de casemanager, de zorgconsumptie van de geïncludeerde cliënt (WMO-, zorgverzekeringswet- en AWBZ-gefinancierd) en ervaringen van casemanagers en het cliëntensysteem.

In het verloop van het ziekteproces bij mensen met dementie worden drie fasen onderscheiden. In elk van die fasen zijn/kunnen andere zorgverleners en organisaties betrokken zijn. Voor een overzicht, zie bijlage 2.

2.2 Hypothese

De hypothese van het experiment luidt:

“Het inzetten van de functie casemanagement draagt bij aan meer samenhang en betere coördinatie in de keten van zorg aan mensen met dementie in de regio Midden-Brabant.”

2.3 Onderzoeksvragen

De volgende vragen zijn relevant om in het experiment aan de orde te laten komen c.q. te onderzoeken:

- 1) Hoe ziet de keten aan zorg voor mensen met dementie in de regio Midden-Brabant eruit?
- 2) Hoe ziet de samenwerking in de keten aan zorg voor mensen met dementie in de regio Midden-Brabant eruit?
- 3) Wat zijn de voornaamste werkzaamheden die de casemanagers verrichten?
- 4) Op welke manier brengen deze werkzaamheden meerwaarde in de samenhang en coördinatie van zorg aan mensen met dementie?
- 5) Welke effecten ervaren cliënten (en hun mantelzorgers) van de inzet van casemanagers in de keten?
- 6) Welke effecten ervaren de betrokken professionals van de inzet van casemanagers in de keten?
- 7) Welke van deze effecten hebben betrekking op samenhang en coördinatie in de keten?

2.4 Randvoorwaarden

Om het experiment goed op te kunnen zetten worden door de gezamenlijke partijen de volgende randvoorwaarden gesteld.

- 1) In het experiment worden casemanagers ingezet. Voor deze nieuwe functie kunnen door alle acht de deelnemende zorgpartijen functionarissen worden aangedragen, mits ze voldoen aan vooraf bepaalde kwaliteitseisen (zie bijlage 3).
- 2) Het is de bedoeling dat de casemanagers die bij het experiment betrokken worden evenredig verdeeld worden over de deelnemende partners, om zodoende zo breed mogelijk in de regio ervaring te kunnen opdoen met de functie.
- 3) Er moet monitoring plaatsvinden van de inclusie van cliënten en toewijzing van casemanagers aan deze cliënten in het experiment. Dit met als doel om zicht te houden op het aantal cliënten dat wordt geïncludeerd en de evenredige verdeling van casemanagers over de acht contractpartijen. De monitoring moet zodanig worden ingericht dat tijdige bijsturing kan plaatsvinden. Deze monitoring is de verantwoordelijkheid van de hoofdaannemer die dit kan delegeren aan de projectleiding.
- 4) De casemanagers moeten tijdens het experiment voldoende de gelegenheid krijgen tot onderlinge intervisie, om ervaringen te delen, van elkaar te leren en leerpunten waar nodig en mogelijk te vertalen in de praktijk. Ook moet de scholingsbehoefte van de casemanagers gemonitord worden. Het scholen van de casemanagers, tot het in het experiment vereiste niveau, is de verantwoordelijkheid van de contractpartij waar deze casemanager werkzaam is.

- 5) In het experiment zal onderzoek plaatsvinden naar de ervaringen van cliënten/mantelzorgers en professionals in de keten. Dit gebeurt door middel van vragenlijsten en interviews bij een aantal van de cliënten/mantelzorgers en professionals die in het experiment betrokken zijn. Er wordt niet perse gewerkt met een controlegroep.
- 6) Er is behoefte aan het meten van een aantal kwantitatieve parameters waarvan verwacht wordt dat die iets zeggen over de kwaliteit van het functioneren van de keten. Deze parameters zijn: uitstel van opname in een verpleeghuis of zorgcentrum, ligduur bij ziekenhuisopname, afname van het aantal crisisopnamen. Er wordt gekeken of dit verder te operationaliseren is in het experiment/onderzoek, wellicht op basis van ervaringsgegevens in de pilot in Dongen.
- 7) Er wordt in het Experiment ook gekeken naar de ervaringen die al op verschillende plaatsen in de regio worden opgedaan met soorten van casemanagement. Deze ervaringsgegevens zullen ingebracht worden als (aanvullende) data ten behoeve van het onderzoek en om de positieve resultaten breed in de regio beschikbaar te stellen.
- 8) Omdat de inclusie van cliënten plaatsvindt in de diagnostiekfase en deze cliënten daarvoor vaak al langere tijd te maken hebben met professionele zorg/hulpverlening, wordt in het experiment retrospectief gekeken of er zicht te krijgen is op het verloop van die fase (dus een beeld van de keten voorafgaand aan de diagnose).
- 9) Ongeveer gelijktijdig aan de start van het Experiment start het Nivel een onderzoek naar de effecten van casemanagement in veertien koploperregio's. De regio Midden-Brabant gaat hier ook aan meedoen. In het plan van aanpak van het Experiment moeten de activiteiten van het Nivel-onderzoek en het onderzoek dat de regio in het kader van het Experiment wil gaan uitvoeren zoveel mogelijk met elkaar in samenhang gebracht worden. Voorkomen moet worden dat het niet meer helder is voor deelnemers aan welk onderzoek ze met welk doel deelnemen of onderzoeksmoe worden.

2.5 Methodiek

Uitgaande van de hypothese en onderzoeksvragen en met inachtneming van de randvoorwaarden, is een methodiek uitgewerkt waarlangs binnen het experiment gewerkt gaat worden.

Deze methodiek omvat twee hoofdelementen, namelijk:

- a) het implementeren van casemanagement, het monitoren van dat proces en het opzetten van een intercollegiale toetsing;
- b) het verzamelen en analyseren van data, ten behoeve van effectmeting en rapportage.

Onderstaand volgt een beschrijving van de activiteiten die worden uitgevoerd om a) en b) mogelijk te maken. Dit betreft het samenstellen van een pool van casemanagers, het includeren van cliënten en toewijzen van casemanagers aan deze cliënten, de intercollegiale toetsing van de casemanagers en het verzamelen van data ten behoeve van effectmeting en rapportage.

2.5.1 Pool van casemanagers

Om het onderzoek te kunnen starten moeten er bij de deelnemende partijen voldoende functionarissen zijn die voldoen aan de kwaliteitscriteria voor casemanagers. Voor de kwaliteitscriteria zie bijlage 3. Alle partijen leveren een lijst aan van casemanagers die inzetbaar zijn in het experiment. Deze lijsten worden samengevoegd en dit vormt de *pool van casemanagers*. Deze lijst is getoetst en gefiatteerd door twee leden van de begeleidingsgroep.

Overzicht 2: Pool van casemanagers

Plaats	Namen
Elisabeth Ziekenhuis	
GGZ Breburg	
De Wever	
Thebe Thuiszorg	
TweeSteden Ziekenhuis	
Het Laar	
Volckaert-SBO	
Schakelring	
Huisartsen	

2.5.2 Inclusie van cliënten en toewijzen casemanagers

De opzet is om in 2009 30 cliënten te laten deelnemen en in de jaren 2010 en 2011 184 cliënten/jaar. Al deze cliënten krijgen een casemanager toegewezen. De betreffende cliënten (of hun vertegenwoordiger) zullen toestemming moeten geven voor deelname.

Afgesproken is om cliënten in het experiment op te nemen vanaf de diagnostiekfase. De medische diagnose "dementie" kan binnen alle deelnemende partijen door professionals gesteld worden. Er wordt gewerkt volgens het pg-screeningsprotocol.

Met betrekking tot de routing in het experiment wordt afgesproken dat degene die de diagnose "dementie" heeft gesteld beslist of deze cliënt in aanmerking komt voor deelname aan het experiment. Aan de cliënt wordt schriftelijk toestemming gevraagd voorafgaand aan deelname. Cliënten met een levensverwachting korter dan drie maanden worden niet geïnccludeerd. Per deelnemende organisatie wordt één contactpersoon aangewezen die samen met de projectleiding volgt hoe de inclusie van cliënten en het toewijzen van casemanagers verloopt.

De werkwijze is als volgt. Er wordt een lijst met professionals gemaakt die werkzaam zijn bij de deelnemende partijen en die bij cliënten de diagnose dementie stellen. Zij worden geïnformeerd over het Experiment en het feit dat zij cliënten kunnen aandragen voor deelname. Vervolgens kunnen zij uit een pool van casemanagers (*zie onder: 2.4.3.: toewijzen van casemanagers aan cliënten*) een casemanager toewijzen aan de cliënt. De gegevens van de cliënt en de casemanager worden gefaxt naar een centraal coördinatiepunt (bij de hoofdaannemer). De hoofdaannemer houdt hier een registratie van bij en geeft de projectleiding de taak om deze inclusie van cliënten en toewijzing van casemanagers te monitoren op aantallen cliënten en evenredige verdeling van casemanagers over de contractpartijen. Als er bijsturing nodig is dan neemt de projectleiding contact op met de contactpersoon van de betreffende organisatie. In overleg wordt naar een oplossing gezocht.

2.5.3 Werkwijze/intercollegiale toetsing casemanagers

Vanuit het experiment zal gefaciliteerd worden dat de casemanagers die werkzaam zijn binnen het experiment elkaar kunnen ontmoeten ten behoeve van intercollegiale toetsing. Er zullen periodiek bijeenkomsten gepland worden waarin de casemanagers casuïstiek bespreken, ervaringen uitwisselen en hun kennis en kunde met elkaar delen. Deze bijeenkomsten leveren gegevens op die in de kwartaalrapportages aan het Zorgkantoor worden opgenomen.

Als uit de intercollegiale toetsing blijkt dat deelnemende casemanagers aanvullende scholing behoeven (om te kunnen voldoen aan de kwaliteitseisen die in het experiment gesteld zijn), dan is dit de verantwoordelijkheid van de zorgpartij waar deze casemanager in dienst is. Ook als blijkt dat er gaandeweg het experiment onvoldoende gekwalificeerde casemanagers zijn, dan wordt dit gemeld bij de projectleiding die samen met de contractpartijen naar een oplossing zoekt.

Het Zorgnetwerk Midden-Brabant zal een werkplan opstellen ten behoeve van de bijeenkomsten van de casemanagers.

2.5.4 Data verzamelen

De gang van zaken in het experiment wordt bestudeerd aan de hand van drie peilers, namelijk:

- een beschrijving van de operationalisering van casemanagement
- een beschrijving van de zorgconsumptie
- een beschrijving van de ervaringen met casemanagement en de zorgketen door patiënten/mantelzorgers en professionals

Er moeten data beschikbaar komen over:

- a. De betrokken zorgverleners en hun verrichtingen in de keten.
- b. De kenmerken van de samenwerking in de keten.
- c. De werkzaamheden van de casemanagers.
- d. De bijdrage van deze werkzaamheden aan de samenwerking in de keten.
- e. De ervaringen van cliënten (en mantelzorgers) met de werkzaamheden van de casemanagers.
- f. De ervaringen van de betrokken professionals met de werkzaamheden van de casemanagers.
- g. Een aantal kwantitatieve parameters, namelijk het aantal crisisopnamen, uitstel van opname in de tweede lijn (verpleeg- en verzorgingshuizen), ligduur bij ziekenhuisopname).

Op basis van de volgende acties/bronnen worden deze data verkregen:

- 1) Registratie door de casemanagers; casemanagers gaan hun eigen verrichtingen en de verrichtingen van de professionals die betrokken zijn in de keten gestructureerd registreren (a + c).
- 2) Meten van ervaringen van cliënten/mantelzorgers; het Nivel neemt vragenlijsten af onder mantelzorgers in de regio (eind 2009 en eind 2010). Het gaat om ongeveer veertig mantelzorgers. Er vindt eind 2010 een gespreksgroep plaats met ongeveer acht mantelzorgers over de ervaringen en succes- en faalfactoren bij casemanagement. In november 2009 gaat het Nivel aan de deelnemende regio's meer informatie verschaffen. Daarna kan worden ingeschat of dit onderzoek kan/moet worden aangevuld vanuit de regio. Vermoedelijk zal er behoefte zijn aan tenminste meer meetmomenten en wellicht ook aanvullende vragen. Aan Tranzo is gevraagd hierover te adviseren. (b + d + e).
- 3) Meten van ervaringen van professionals; door het Nivel wordt in het najaar van 2010 een gespreksgroep georganiseerd met huisartsen, casemanagers en regionale projectleiders. Hierover komt ook in november 2009 meer informatie vanuit het Nivel. Daarna moet worden bekeken of dit voldoende informatie gaat verschaffen ten behoeve van het Experiment. Vermoed wordt dat het nodig is een bredere groep professionals, op meer momenten, te bevragen. Aan Tranzo is gevraagd hierover te adviseren (a + b + d + f).
- 4) Ervaringen bij reeds bestaande (samenwerkings)projecten in de regio met betrekking tot casemanagement (b + g).
- 5) Bijeenkomsten met casemanagers ten behoeve van onder andere intervisie/intercollegiale toetsing vanuit de bijeenkomsten van de casemanagers vindt verslaglegging plaats over de ervaringen van de casemanagers. (a + b + c + d).

- 6) Er zal gekeken worden welke gegevens/resultaten uit het onderzoek van L. v.d. Bosch bruikbaar zijn ten behoeve van het experiment.

Met betrekking tot TRANZO en NIVEL zijn de volgende afspraken gemaakt:

NIVEL

Met Nivel wordt gesproken over hun dataverzameling voor de analyse van de functie van casemanager en de wijze waarop in het experiment daar (eventueel tussentijds) gebruik van gemaakt kan worden. Doublures in bevraging van cliënten/mantelzorgers en professionals moet voorkomen worden.

TRANZO

Vanuit het experiment is contact gelegd met de heer B. Vrijhoef, bijzonder hoogleraar Chronische Zorg bij Tranzo. Het onderzoeksthema van de heer Vrijhoef is de samenhang tussen vraag en aanbod van de zorg voor chronisch zieken en de invloed daarvan op de kwaliteit van de zorg.

Het contact heeft opgeleverd dat er aan beide zijden interesse bestaat tot het verder verkennen van mogelijke samenwerking. De bijdrage die Tranzo zou kunnen leveren moet aanvullend zijn op het onderzoek dat Nivel al gaat uitvoeren in (onder andere) deze regio. Geconcludeerd wordt dat het Nivel-onderzoek zich met name richt op de functie casemanagement. Er is in de regio behoefte aan informatie hierover, vandaar dat het passend is dat er in het experiment aansluiting is gezocht bij het Nivel-onderzoek. Daarnaast richt het experiment zich op ketenzorg. Dit terrein zou met aanvullend onderzoek verder kunnen worden verkend, vanuit het Chronic Care Model.

Aan de heer Vrijhoef is gevraagd, op zo kort mogelijke termijn, een opzet aan te leveren waaruit moet blijken hoe een onderzoek vanuit het Chronic Care Model eruit kan zien (zo concreet mogelijk), wat dat de regio aan informatie gaat opleveren en hoe zich dat verhoudt tot de inspanningen die al vanuit het onderzoek van Nivel gepleegd gaan worden.

Er zal in de opzet met het volgende rekening gehouden worden:

1. Het experiment voorziet zelf in een marginale beschrijving van de functie casemanager in deze regio.
2. Er is behoefte aan een voorstel met betrekking tot het beschrijven van de zorgconsumptie en een aantal parameters met betrekking de werking van de keten (bijvoorbeeld uitstel opname verpleeg-/verzorgingshuis, ligduur in het ziekenhuis, vermindering crisisopnamen).
3. Ervaringen van cliënten/mantelzorgers en professionals moeten worden meegenomen (gebeurt deels al door Nivel).
4. Ervaringen die in de regio al zijn opgedaan met soorten casemanagement moeten betrokken worden in het onderzoek en breder in de regio beschikbaar komen.

Ook zal vanuit Tranzo worden aangegeven wat het uitvoeren van een dergelijk onderzoek gaat kosten, waarbij er verschillende varianten mogelijk zijn voor wat betreft het (op onderdelen) door de regiopartners zelf uitvoeren van het onderzoek, danwel het geheel door Tranzo te laten verzorgen. Het betreft dan het opzetten van het onderzoek, de dataverzameling en –analyse en rapportage. Samenwerking met Tranzo op dit punt laat onverlet dat de door de gezamenlijke partijen in het experiment opgestelde doelen overeind moeten blijven en dat de hoofdaannemer daarop zal toezien.

2.6 Rapportage

De Wever zal als hoofdaannemer per kwartaal een rapportage aan het Zorgkantoor sturen. De rapportages moeten zicht geven op de voortgang van het Experiment, zowel procesmatig als inhoudelijk. Ze bevatten o.a. tussentijdse bevindingen op basis van de registraties van de casemanagers, de voortgang m.b.t. het includeren van cliënten en toewijzen casemanagers, gegevens over de ervaringen van cliënten/mantelzorgers en professionals (afhankelijk van de meetmomenten) en de ervaringen van de casemanagers op basis van de intervisiebijeenkomsten. De samenwerkende partners worden op de hoogte gehouden van de vorderingen conform het op te stellen communicatieplan (zie hoofdstuk 3).

Hoofdstuk 3 Communicatieplan

In het Communicatieplan moet inzichtelijk gemaakt worden hoe en op welke momenten er met de belangrijkste stakeholders in het Experiment wordt gecommuniceerd.

Stakeholders:

1. Zorgkantoor Midden-Brabant
2. Raden van Bestuur hoofdaannemer/onderaannemers (contractpartijen)
3. Stuurgroep Geriatrisch Netwerk
4. Participerende cliënten en hun mantelzorgers
5. Huisartsen in de regio
6. Alzheimer Nederland afdeling Midden-Brabant
7. Zorgbelang Noord-Brabant afdeling Midden-Brabant
8. Overige zorg- en hulpverleners in de keten (niet zijnde contractpartij of huisarts)
9. Gemeente Tilburg
10. Provincie Noord-Brabant

- Ad 1) Opdrachtgever. Is vertegenwoordigd in Stuurgroep GN en Begeleidingsgroep. Krijgt kwartaalrapportages en eindrapport.
- Ad 2) De contractpartijen zijn vertegenwoordigd in de stuurgroep GN en een aantal in de Begeleidingsgroep. Keuren via de stuurgroep GN het Plan van aanpak goed en worden geïnformeerd bij tussentijdse belangrijke wijzigingen (betreffende de begroting, verdeling van taken/verantwoordelijkheden). Ontvangen de kwartaalrapportages en de eindrapportage.
- Ad 3) Superviseert het experiment. Stelt het Plan van aanpak vast. Wordt in de reguliere vergaderingen op de hoogte gebracht.
- Ad 4) Worden schriftelijk gevraagd om toestemming om te worden betrokken in het onderzoek. Worden bij aanvang schriftelijk geïnformeerd over de doelen van het onderzoek en de werkwijze.
Krijgen vragenlijsten over hun ervaringen en worden (steekproefsgewijs) benaderd voor interviews (voor het verkrijgen van data).
- Ad 5) Worden gevraagd om actief deel te nemen aan het onderzoek. Worden geïnformeerd over de voortgang (o.a. nieuwsbrief).
- Ad 6) Worden periodiek geïnformeerd over de voortgang (o.a. nieuwsbrief).
- Ad 7) Worden periodiek geïnformeerd over de voortgang (o.a. nieuwsbrief).
- Ad 8) Worden periodiek geïnformeerd over de voortgang (o.a. nieuwsbrief).
- Ad 9) Samenwerking bevorderen door informatie en overleg, onder andere over afstemming AWBZ- WMO (ambtelijk).
- Ad 10) Algemene informatie over voortgang en resultaten.

Per stakeholder (groep) zal een meer uitgewerkt overzicht gemaakt worden van de communicatiedoelen en –middelen.

Hoofdstuk 4 Activiteiten en tijdpad

Wat	Door Wie	Wanneer
Plan van aanpak opstellen Brief aan huisartsen t.b.v. deelname aan experiment	Begeleidingsgroep Zorgkantoor	oktober 2009
Besluitvorming Plan van aanpak	Stuurgroep GN	3 november 2009
Vorbereidingen: <ul style="list-style-type: none"> • Pool van casemanagers samenstellen. • Pool van casemanagers fiatteren. • Lijst van contactpersonen (1 per organisatie) m.b.t. inclusie cliënten/toewijzen CM'ers. • Werkinstructies m.b.t. inclusie cliënten en toewijzen casemanagers opstellen. • Werkinstructies communiceren met deelnemende organisaties. • Registratie/administratie geïnccludeerde cliënten/CM'ers aanleggen. • Registratieformulier voor casemanagers uitwerken. • Bijeenkomst met casemanagers: werkafspraken. • Communicatieplan opstellen. • Start met samenstelling vragenlijsten voor cliënten en professionals. • Informatie vergaren over Nivel-onderzoek. • Acties n.a.v. Nivel-onderzoek coördineren. • Uitwerken werkplan CM'ers. • Delen van het communicatieplan uitvoeren 	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">}</div> <div style="text-align: center;"> <p>H. Maas en K. Veelenturf</p> <p>projectleider</p> <p>Zmbr</p> <p>In afstemming met Tranzo</p> <p>Zmbr</p> </div> </div>	november 2009
Checken t.b.v. start	Begeleidingsgroep	17 november 2009
Start Experiment: <ol style="list-style-type: none"> a. Inclusie cliënten/casemanagers b. Registratie door casemanagers c. Check werkwijze + 1^e evaluatie 2010 	<ol style="list-style-type: none"> a. Aanbrengers/Toewijzers b. Casemanagers c. Projectleider + begeleidingsgroep 	december 2009

<p>Voortgang Experiment:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inclusie cliënten/casemanagers en controle op aantallen en evenredige verdeling • Registratie van casemanagers en aanlevering aan projectleider • Bijeenkomsten CM'ers <p>Monitoring en evaluatie voortgang en evt. bijstelling</p> <p>1^e rapportage aan Zorgkantoor + GN/participanten</p>	<p>Aanbrengers/Toewijzers</p> <p>Casemanagers</p> <p>Zmbr + casemanagers</p> <p>Projectleider + Begeleidingsgroep</p> <p>Projectleider</p>	<p>januari t/m maart 2010</p>
<p>2^e, 3^e, 4^e kwartaal 2010: Idem</p>		
<p>2011: idem per kwartaal</p>		
<p>Eind 2011: Eindrapportage</p>		

Checklist:

De start van het Experiment is gepland voor 1 december 2009.

Onderstaande checklist kan gebruikt worden bij het besluit in de begeleidingsgroep om per die datum verantwoord te kunnen starten.

1. Goedkeuring stuurgroep GN met betrekking tot plan van aanpak?
2. Lijst met pool van casemanagers gereed en gefiatteerd?
3. Werkafspraken met aanbrengers van cliënten/toewijzers van casemanagers gemaakt?
4. Registratielijsten voor deze professionals gereed en beschikbaar?
5. Registratielijsten voor casemanagers gereed en beschikbaar?
6. Communicatie:
 - Schriftelijke toestemmingsverklaring ten behoeve van cliënten beschikbaar?
 - brief ten behoeve van cliënten met informatie over het Experiment beschikbaar?
 - bijeenkomst gehouden met casemanagers t.b.v. werkafspraken?

Hoofdstuk 5 Financiën

Budget – Administratie

5.1 Budget

Vanuit de Beleidsregel Innovatie Ketenzorg Dementie is een budget beschikbaar. Voor 2009 is budget aangevraagd en inmiddels toegekend. Voor 2010 en 2011 moet de subsidie nog worden aangevraagd.

De totale kosten van het experiment moeten binnen het toegekende budget blijven en worden ingezet op basis van een meerjaren begroting (2009, 2010, 2011), die zal worden opgesteld door de hoofdaannemer en worden voorgelegd aan de contractpartijen.

De Wever is als hoofdaannemer verantwoordelijk voor de besteding van het budget binnen de afgesproken kaders en zal optreden als kassier. De Wever ontvangt het budget en betaalt daaruit alle projectkosten. Dit zijn de kosten van de casemanagers die middels een afgesproken tarief worden vergoed aan de onderaannemers die casemanagers inzetten. En de overheadkosten waaronder de inzet van de projectleider, ondersteuning vanuit de UvT/Tranzo en de ondersteuning vanuit het Zorgnetwerk Midden-Brabant.

5.2 Administratie

De Wever stelt voor de declaraties van de casemanagers per instelling/onderaannemer, op factuurbasis, per jaar te laten verlopen.

Door deze werkwijze blijft de administratieve last voor De Wever beperkt en worden hiervoor door De Wever geen kosten doorbelast aan het project.

Bijlage 1 Deelnemers aan de begeleidingsgroep

H. Maas – medisch coördinator Netwerk Geriatrie – TweeSteden Ziekenhuis

I. v. Sprang – kernmanager Thebe Thuiszorg Dongen

E. v. Haperen – manager behandeling en begeleiding – Thebe

K. Veelenturf – hoofd medische dienst - De Wever

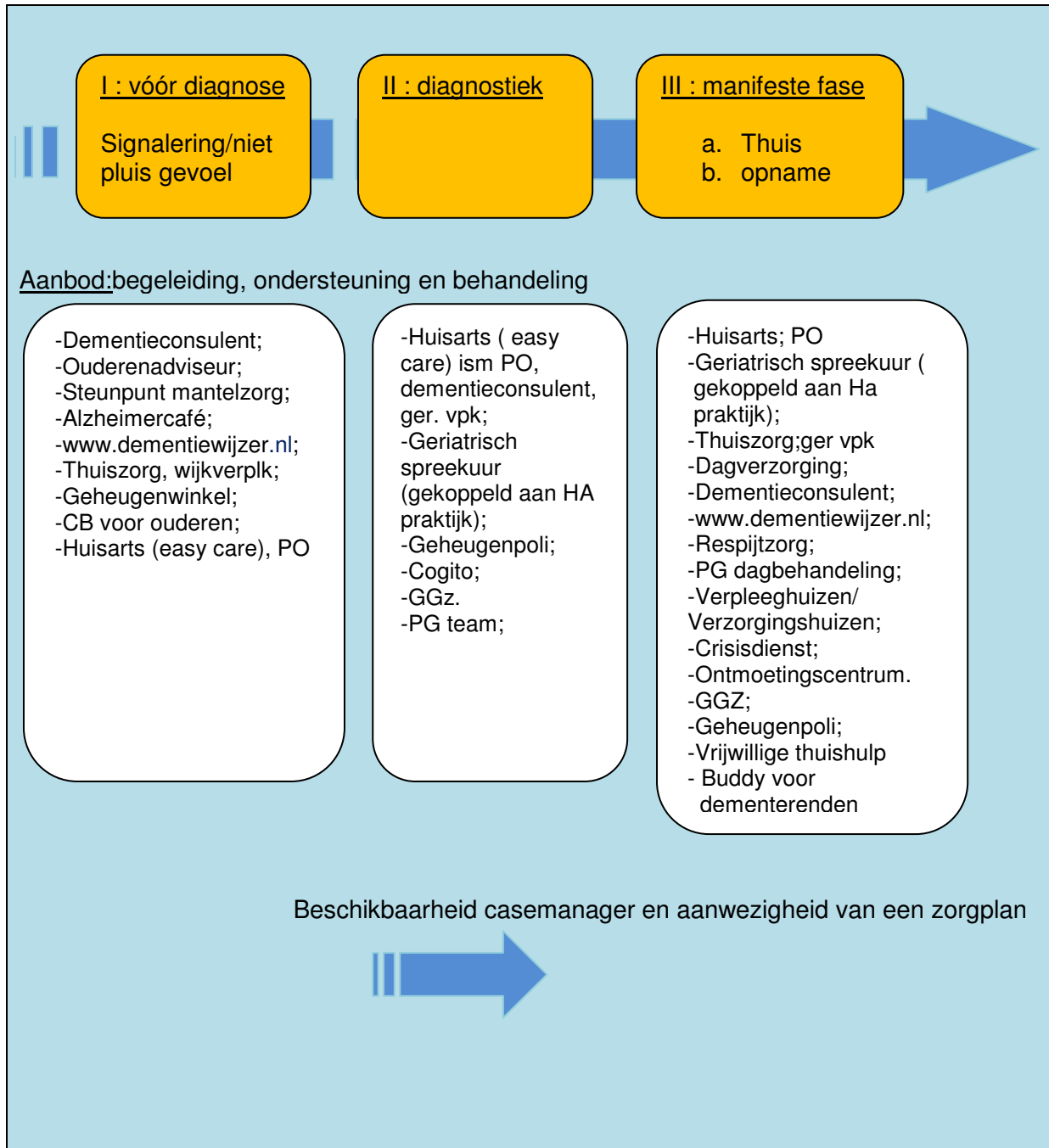
O. Smals – specialist ouderengeneeskunde - Thebe

E. de Schipper – projectmanager – Zorgnetwerk Midden-Brabant

J. Vrijsen – zorginkoper AWBZ, sector V&V – Zorgkantoor Midden-Brabant

V. Holtmaat – projectleider – Vero Zorgconsult

Bijlage 2 Fases in het dementieproces en betrokken zorg- en hulpverleners



Uit: Regionaal Actieplan Ketenzorg Dementie, d.d. 18.02.2009

Van: Zorgnetwerk Midden-Brabant, Alzheimer Nederland afdeling Midden- Brabant en Zorgkantoor Midden-Brabant

Bijlage 3

Vereiste kennis en vaardigheden van de casemanagers in het experiment.

Kennis:

- Hbo-niveau (verpleegkundig niveau 4 en 5) gericht op de gezondheidszorg (met de voorkeur naar een verpleegkundige achtergrond) of maatschappelijke dienstverlening;
- Kennis van en ervaring met dementie- en mantelzorgproblematiek (sociaal psychiatrische en /of geriatische deskundigheden, interventiemethodieken ter ondersteuning van het cliëntstelsel);
- Bekendheid met de onderdelen van het geriatrisch netwerk.

Vaardigheden

- Affiniteit met de doelgroep en de juiste mix tussen betrokkenheid en afstand bewaren;
- In staat zijn om een netwerk in het werkgebied te ontwikkelen en hierbinnen samen te werken met andere hulpverleners en disciplines;
- Is in staat om specifieke kennis met betrekking tot dementie over te dragen aan professionele zorgverleners;
- Kunnen omgaan met belangentegenstellingen zowel binnen het cliëntstelsel als tussen het cliëntstelsel en derden;
- Is in staat een vertrouwensband op te bouwen met cliënt en het cliëntstelsel;
- Beschikt over empathisch, motiverend, stimulerend en ondersteunend vermogen;
- Heeft het vermogen om planmatig te werken en creatief te kunnen denken;
- Kan zelfstandig werken en durft keuzes te maken;
- Beschikt over een uitstekende mondelinge en schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid;
- Doorzettingsvermogen, geduld, tact en improvisatievermogen zijn vereist bij het coördineren van de werkzaamheden;
- Werkt systematisch en ordelijk;
- Is integer, eerlijk en betrouwbaar in het omgaan met vertrouwelijke en privacygevoelige gegevens.

Uit: Werkplan Casemanagement, d.d. 23.06.2009
van: werkgroep casemanagement