



Ketenzorg Dementie koploperregio Midden-Brabant

Regionaal actieplan

September 2009

Contactpersoon: Ellen de Schipper, e.de.schipper@zibr.nl

Inleiding

Na afsluiting van het Landelijk Dementieprogramma (LDP) is deelname aan het landelijk programma Ketenzorg Dementie een logische vervolgstap waarbij de vraag van de cliënt en mantelzorger centraal staat en deelnemende organisaties dezelfde uitgangspunten voor goede dementiezorg onderschrijven. De regio Midden-Brabant heeft duidelijke afspraken gemaakt over borging van de resultaten van het LDP en er is bereidheid om met aanbieders, mantelzorgers en zorgkantoor door te gaan met het oplossen van gesignaleerde knelpunten in de dementieketen. Het onderwerp Casemanagement is in 2009 tot speerpunt verheven en zal als onderdeel van dit regionale actieplan worden uitgewerkt. Na het onderwerp casemanagement wordt respijtzorg een volgend speerpunt in de ontwikkeling Ketenzorg Dementie.

Doelstelling programma Ketenzorg Dementie

- Doel van het programma Ketenzorg Dementie is te komen tot een inkoopmodel voor vraaggerichte ketenzorg en een eerste implementatie van dit model bij de zorginkoop 2009/2010, door middel van afspraken tussen zorgkantoor en zorgaanbieders.
- Dit betekent dat er vanaf medio 2008 voorbereidingen zijn getroffen, zodat voor deze doelgroep in de koploperregio's de contractering van AWBZ-zorg vanaf 2009 integraal kan plaatsvinden vanuit een ketenbenadering.
- Ambitie is om dit inkoopmodel, ook in de andere zorgkantoorregio's te implementeren, aan de hand van de ervaringen in de koploperregio's, zo mogelijk voor de zorginkoop 2009.
- Het inkoopmodel focust zich op de inkoop in het kader van de AWBZ, maar zoekt tevens aansluiting bij de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).
- Het komen tot daadwerkelijke verbetering van de Ketenzorg Dementie in de regio Midden-Brabant.

1. Visie en Uitgangspunten van goede dementiezorg

Voorafgaand aan deelname aan het LDP is door het Geriatisch Netwerk in 2006 de volgende visie geformuleerd:

Voor inwoners van de regio Midden-Brabant is er een goed functionerende (zowel kwalitatief als kwantitatief) dementieketen op het gebied van diagnostiek, behandeling, zorgfaciliteiten en mantelzorgondersteuning. Een samenhangend zorgaanbod bestaat uit het verbinden van inzet van huisartsen, geriater, GGZ, dementieconsulenten, thuiszorg, cliënt+mantelzorgers en verpleeghuizen en er is duidelijkheid over de coördinatiefunctie en het casemanagement.

Uitgangspunten:

- Cliënt en zijn naaste krijgen de hulp die zij nodig hebben;
- Hulpverleners zijn op de hoogte van elkaars mogelijkheden, kennis en kunde en hebben een "wegwijsfunctie";
- Er is continuïteit in begeleiding, goede afstemming heldere communicatie en gerichte doorverwijzing;

- Voor iedere cliënt (en partner van) is een casemanager beschikbaar, als contactpersoon en vast aanspreekpunt. Bij opname van cliënt in het verpleeghuis blijft er een contactpersoon betrokken ter ondersteuning van de mantelzorg.

“ Casemanagement is een kwalitatieve verbetering van de zorgverlening als het de realisering is van vraaggericht en systeemgericht werken”.
(Visie Alzheimer Nederland/afdeling Midden-Brabant en stuurgroep Geriatrisch netwerk nov 2008)

2. Ketenzorg Dementie

Om goede ketenzorg te organiseren is het van belang te weten wat de behoeftes en wensen van cliënten en hun naasten zijn. Hiervoor worden 2-jaarlijks cliëntpanels gehouden door Alzheimer Nederland afdeling Midden-Brabant. Met de gesignaleerde knelpunten en verbeterwensen gaan we door als koploperregio om vraag en aanbod zo goed mogelijk bij elkaar te laten aansluiten.

Eind 2008 is er een brainstorm over het onderwerp casemanagement georganiseerd waarbij alle zorgaanbieders en Alzheimer Nederland, afdeling Midden-Brabant aanwezig waren.

Deze bijeenkomst is afgerond met de conclusie:

“na de diagnosestelling is er geen cliënt zonder casemanagement”

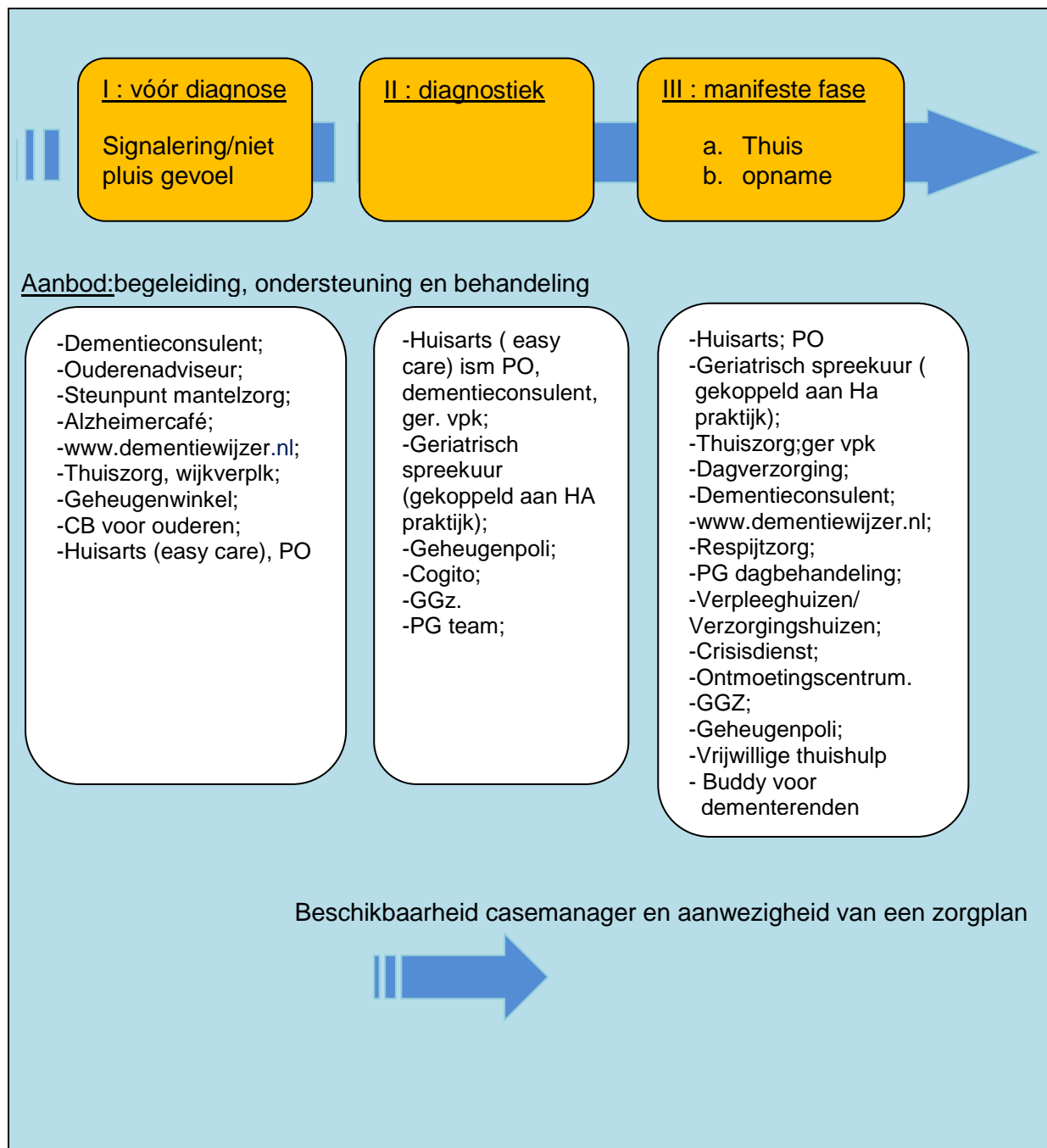
Het CIZ bij het proces betrekken kan van belang zijn om tot afstemming te komen in de keten. Het proces van functioneren, het uitgaan van het cliëntstelsel en de bejegening zijn dan afstemmings en mogelijk verbeterpunten.

De gemeenten zullen worden betrokken omdat hun rol relevant is aan het begin van de keten als het om informatie en advies gaat. De betrokkenheid van de gemeente is ook van belang bij respijtoorzieningen.

We starten met het beschrijven van de keten en de procesbeschrijving van het casemanagement vanaf de signaleringsfase tot en met de manifeste fase en de rol van verschillende organisaties en hulpverleners.

In onderstaand plaatje wordt de keten gevisualiseerd.

Het aanbod zoals in de witte vlakken opgenoemd, is een poging om het huidige aanbod inzichtelijk te maken, NB het is niet de ultieme opsomming.



2.1 fase I Vóór diagnose, signalering/ “ niet plus gevoel”

Uitgangspunten in de “niet plus’ fase”

- Informatie en advies is beschikbaar via laagdrempelige informatiepunten en websites; In de regio is voldoende bekend bij hulpverleners waar informatie over geheugenproblematiek beschikbaar is, en naar wie doorverwezen kan worden voor informatie en advies;
- Hulpverleners benaderen cliënten proactief. Zij houden er rekening mee dat beperkt

ziektebesef aanwezig kan zijn en dat de cliënt en/of de mantelzorger schroom heeft om hulp te accepteren;

Het stellen van de diagnose dementie in een vroeg stadium wordt nagestreefd;

- Ook vóór het stellen van de diagnose moeten mensen met vergeetachtigheid of verwardheid ondersteuning en begeleiding aangeboden krijgen.
- Maatschappelijke activering is van belang voor de maatschappijontwikkeling, de zorgverlening en de ondersteuning van het cliëntsysteem.

2.2 fase II, rondom de diagnosestelling.

Uitgangspunten in de fase rondom diagnostiek.

Na het vaststellen van de medische diagnose in de Ha praktijk (dmv Easy Care) of in de 2^e lijn bij de Geheugenpoli, GGZ, of Cogito vindt een uitslaggesprek met het cliëntsysteem plaats en wordt geïnventariseerd of er acuut hulp nodig is (PG screeningsprotocol).

Na het inventariseren van de zorg wordt door de behandelaar (in dit geval degene die de diagnose heeft gesteld) een casemanager aangewezen die een zorgplan opstelt. Dit wordt met de behandelaar (of multidisciplinair), cliënt en mantelzorgers besproken. De cliënt/mantelzorger geeft zijn/haar goedkeuring. De casemanager communiceert actief naar betrokken hulpverleners. Het streven is om een integraal zorgplan op te stellen en een bijbehorend integraal zorgdossier, waar alle hulpverleners in rapporteren.

2.3 manifeste fase III; deze fase gaat over de periode thuis met dementie, of de fase rondom opname.

Er vindt tijdens het ziekteproces regelmatig overleg plaats tussen de casemanager en de behandelaar. Afhankelijk van het ziekteproces kan de persoon van behandelaar variëren van huisarts, psycholoog, spv-er, klinisch geriater of sociaal geriater. De casemanager begeleidt het cliëntsysteem gedurende het hele zorgtraject tot opname of overlijden en heeft contact met alle spelers in het veld. Alle betrokken zorgaanbieders aanvaarden de coördinerende rol van de casemanager.

Er is een maal per twee maanden intercollegiaal overleg VB: in aansluiting bij MDO geheugenpoli TSZ, Cogito EZ , geriatisch spreekuur Dongen of de HA praktijk.

Uitgangspunten in de fase “thuis met dementie of rondom opname”.

- Betrokkenen worden geïnformeerd en kunnen gebruik maken van een breed aanbod aan zorg- en ondersteuningsmogelijkheden;
- Betrokkenen ervaren geen hinder indien de zorgverlening door verschillende organisaties geleverd wordt. Zorgverleners zijn waar nodig op de hoogte van reeds gegeven informatie en het opgebouwde dossier;
- De casemanager bewaakt het verloop van het ziekteproces door voortdurende psychosociale analyse. De focus is daarbij gericht op zowel cliënt als het sociale systeem. Voortdurend controleert de casemanager of verandering in het integrale aanbod gewenst is en regelt dit indien nodig. Ook is er regelmatig overleg met de huisarts en andere betrokken zorgverleners;
- De casemanager begeleidt zowel de cliënt als de mantelzorgers naar opname van de cliënt in een beschermde woonvorm;
- Goede overdracht van het integrale zorgplan wordt geregeld;
- Cliënt en mantelzorgers krijgen een vaste begeleider in de beschermde woonvorm;
- De casemanager dementie begeleidt de mantelzorgers nog 8 weken na opname, zonodig langer.

3. Doelstelling van de functie casemanager dementie

De rol van de casemanager is gericht op het coördineren van het hele traject van zorgverlening en behandeling, het (vroeg)signaleren, het regelen, opstellen evalueren en bijstellen van een zorgplan. Inzet van een casemanager levert een bijdrage aan:

- a. het verhogen van de kwaliteit van zorg in de thuissituatie, die aan de individuele dementerende en zijn mantelzorgers geboden wordt;
- b. het in stand houden of bevorderen van de kwaliteit van leven voor zowel de mantelzorgers (voorkomen van overbelasting) als de dementerende;
- c. het voorkomen van vroegtijdige of onnodige opname van de dementerende;
- d. het anticiperen op toekomstige ontwikkelingen en het in kaart brengen van zorgbehoeftes.

Inzet van een casemanager is bedoeld om de mantelzorgers te ondersteunen door continuïteit in begeleiding, goede afstemming en heldere communicatie.

3.1 Taken van de casemanager en werkwijze

In de “niet pluis fase”, wordt vanaf het begin van het dementeringsproces tot aan een eventuele opname het cliëntsysteem vanuit een vraaggerichte visie begeleid en ondersteund. Vanaf de diagnosestelling wordt er door de behandelaar een casemanager benoemd. Voor alle partijen, cliëntsysteem en aanbieders, is het vanaf dat moment duidelijk wie de casemanager is en wat er van deze persoon verwacht wordt.

De casemanager neemt deel aan intercollegiaal overleg. Voor de casemanagers wordt vanuit het Geriatriesch Netwerk, of Zorgnetwerk Midden-Brabant 2-maandelijks een praktijkoverleg georganiseerd waarbij ook andere professionals uit de keten worden uitgenodigd. Dit intercollegiaal overleg draagt bij aan de kwaliteit van zorg door kennis uitwisseling, intervisie en eventueel casuïstiekbespreking.

De casemanager is verantwoordelijk voor:

- a. Het cyclisch coördineren van zorg en behandeling;
- b. Het inhoudelijk ondersteunen en begeleiden van cliënt(systeem) en het geven van voorlichting en advies;
- c. Het opstellen en bijstellen van een integraal zorg/hulpverleningsplan iom behandelaar;
- d. Het aanbrengen van continuïteit en doelmatigheid;
- e. Het afstemmen en bewaken van de uitvoering van zorghulpverlening van alle betrokkenen.

De doelgroep bestaat uit dementerenden en hun naasten.



Behandelaars zijn in het hele traject niet steeds dezelfde. Dit hangt af van het verloop. Naast het dementeringsproces kan het multipiele problematiek zijn, passend bij ouder wordende mensen. Om de continuïteit te waarborgen blijft de casemanager zoveel mogelijk dezelfde persoon behalve als het voor het hulpverleningsproces wenselijk is om andere deskundigheid in te zetten. Alle bij de zorg van de cliënt betrokken zorgaanbieders accepteren de regisserende en coördinerende rol van de casemanager.

3.2 Opleidingsniveau en deskundigheid casemanager

Kennis:

- Hbo-niveau(niveau 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 geriatrische deskundigheden, interventiemethodieken ter ondersteuning van het cliëntsysteem);
- Bekendheid met de onderdelen van het geriatrisch netwerk.

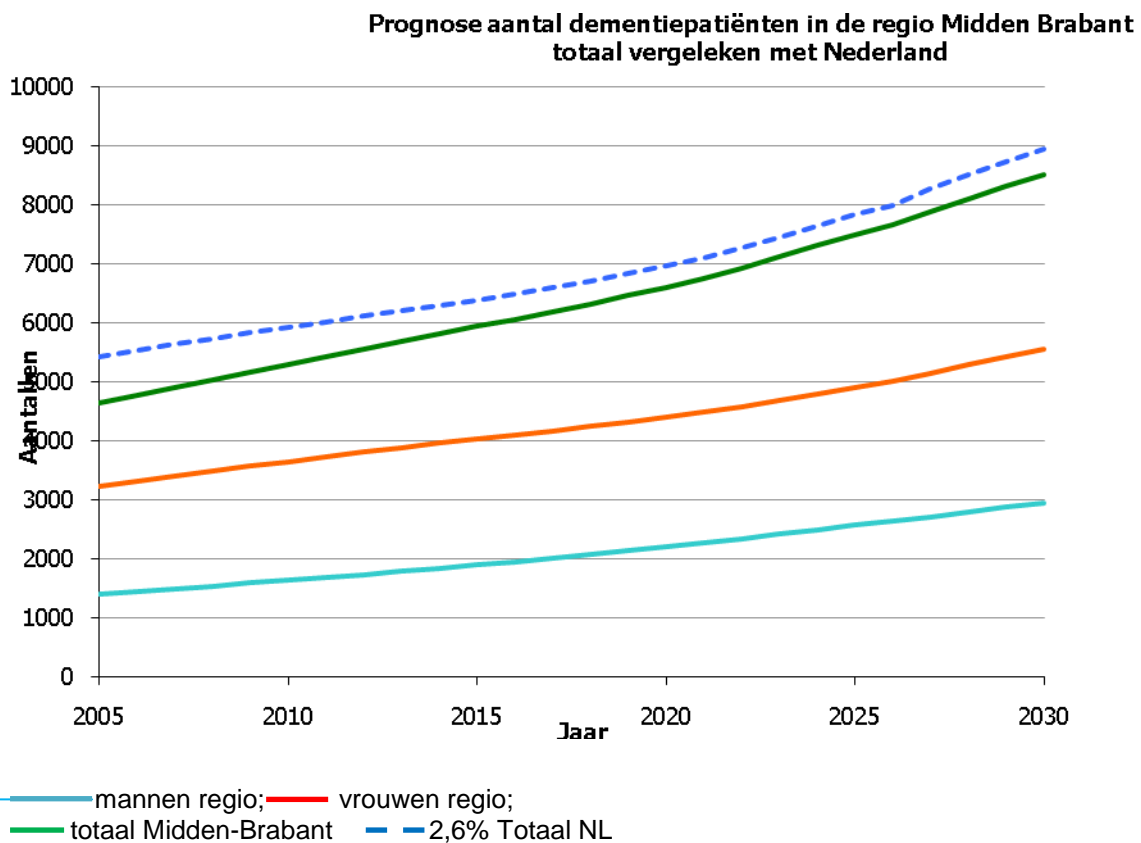
Vaardigheden

- 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 cliëntsysteem als tussen het cliëntsysteem en derden;
- Is in staat een vertrouwensband op te bouwen met cliënt en het cliëntsysteem;
- 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.

4. Aanbod afgestemd op patiëntenpopulatie regio Midden-Brabant

Het aantal mensen met dementie in de regio is bekend. TNO heeft hiervoor de kwantitatieve gegevens aangeleverd. Tevens is er een schatting van het aantal mensen, 40+ers met matige en gevorderde dementie per gemeente.



Bron : TNO 2006

	2010	65% thuis	Casemanagement/55 FTE	2015
Tilburg	2409	1566	28.5	2639
Dongen	318	207	3.8	363
Loon op Zand	314	204	3.7	349
Oisterwijk	386	251	4.5	449
Waalwijk	603	392	7	696
Hilvarenbeek	175	114	2	205
Goirle	290	188	3.4	346
Heusden	480	312	5.7	640
TOTAAL	5265	3234	58.6	5687

Bron: Programma Zorgvernieuwing, 2006- Zet

4.1 Caseload kosten en financiering casemanagement

Om een inschatting te maken van de benodigde casemanagers hanteert Alzheimer Nederland 1 fte per 50 cliëntsystemen.

Om tot een goede inschatting van de kosten van de functie casemanagement te kunnen komen is van belang dat er een goed inzicht is in de activiteiten van de casemanager. Voor zover de casemanager zich bezig houdt met regie en coördinatie van de zorg vindt bekostiging plaats door middel van productieafspraken ten behoeve van de zorgverlening aan dementerende cliënten tussen de betreffende zorgaanbieders en het zorgkantoor. Het zorgkantoor kan (in beperkte mate) meerkosten vergoeden door het beschikbaar stellen van bedongen tariefkortingen (voor extramurale zorg) aan de zorgaanbieder. Voor zover de casemanager geïndiceerde begeleiding en/of behandeling levert kunnen hiervoor (aanvullende) productieafspraken gemaakt worden met de betreffende zorgaanbieder.

De activiteiten op het vlak van informatievoorziening (advies, voorlichting) vallen onder de verantwoordelijkheid van gemeenten in het kader van de Wmo.

Ten behoeve van innovatieve producten/dienstverlening in het kader van ketenzorg dementie heeft het zorgkantoor een beperkt subsidiebudget beschikbaar op basis van de Beleidsregel innovatie dementiezorg (landelijk € 10 mln, per regio € 300.000,-).

Om tot een concrete begroting van kosten te kunnen komen is naast inzicht in de verschillende activiteiten noodzakelijk dat er ook een getalsmatig inzicht is in activiteiten, gebaseerd op de prevalentiecijfers van de regio.

5. Projectorganisatie en tijdpad koploperregio ketenzorg dementie

Opdrachtnemers: Stuurgroep Geriatrisch Netwerk, Alzheimer Nederland afdeling Midden-Brabant en Zorgkantoor
Projectleider Zorgnetwerk Midden-Brabant 16 uur per week
Werkgroepen : Casemanagement en Netwerkindicatoren

regionaal actieplan		Actie door	gereed
Experiment integrale ketenzorg dementie en prestatiebeschrijving	Tekenen van experimenteerovereenkomst door zorgaanbieders uit Geriatrisch Netwerk	Zorgkantoor	Juli 2009
Includeren van 185 cliënten in het exp.			
Aanmelden cliënten door aanbieder en casemanager bij hoofdaannemer /de Wever	Zie voor casemanager de kwaliteitseisen conform het regionaal actieplan en werkplan	Deelnemers aan experiment:	September 2009
Projectplan opstellen		ZMBR	Sept. 2009
Werkgroep registratie	Instellen van werkgroep met opdracht: het vaststellen van de dataverzameling; wat moet geregistreerd om inzicht te krijgen in het zorgaanbod/verrichtingen en de kosten ervan	Hoofdaannemer/ Zorgkantoor	September 2009
PVS-patiënten volgsysteem	Dit systeem (wordt nu regionaal gebruikt tbv CVA populatie) kan als internetapplicatie worden gebruikt en aangepast voor integrale ketenzorg dementie. Demo in Geriatrisch netwerk	ZMBR	Sept/okt
Bijeenkomst met deelnemers experiment/samenwerkingsverbanden in de regio	Introductie van het experiment	ZMBR	September /okt
Bijeenkomst met casemanagers	Afspraken over werkwijze (LESA) en opstellen werkplan	ZMBR	Oktober 2009
Onderzoek gedurende het experiment naar effectiviteit casemanagement	Onderzoek naar zorgconsumptie en cliëntervaring in de keten	ZMBR/UvT	2011
Afspraken over respijtzorg	Aanpak, inhoud en organisatie		November 2009
2-jaarlijkse monitoring gebruikerspanel	Afspraak met Alzheimer Nederland/afd Midden-brabant	Alzheimer afd.	2010

Bron: LDP regio Waardenlanden, augustus 2008
 Zorgprogramma dementie Haaglanden, 2008
 Plexus, indicatoren Ketenzorg Dementie, najaar 2008
 Casemanagement in Noord Holland Noord, CBO 2006

Bijlage 1

Projectbeschrijving Experiment Integrale Ketenzorg dementie regio Midden-Brabant

Inleiding

In de regio Midden-Brabant is begin 2009 een actieplan opgesteld met als doel te komen tot verdere verbeteringen in de zorg voor mensen met dementie. Belangrijkste onderdeel van het actieplan is het implementeren van een regionale structuur van samenwerking, waarbij de functie casemanagement wordt ingezet als instrument om te komen tot optimale afstemming en coördinatie van zorg.

Om tot een goed inzicht te komen in de werking van de afspraken is besloten om een experiment uit te voeren, waarin het gehele traject van dementiezorg wordt geregistreerd. Dit gaat gelden voor een groep cliënten die zorg ontvangt op basis van de nieuwe afspraken en een (controle)groep die de zorg ontvangt zonder de functie casemanagement. De beide groepen worden gerubriceerd in de deelgroepen laagcomplex, medium complex en hoog complex. Aan het eind van de experimentperiode verwachten we met de uitkomsten uitspraken te kunnen doen over de meerwaarde van de functie casemanagement.

Deze projectbeschrijving van het Experiment Ketenzorg dementie in de regio Midden-Brabant maakt deel uit van de aanvraag in het kader van de beleidsregel Innovatie Ketenzorg dementie (CA-356), verzonden aan de NZa bij brief d.d. 28 april 2009, Kenmerk JV/KO/MT/090428-01.

Doel van het experiment

Doel van het experiment is het opdoen van ervaring met de functie casemanagement bij de zorg aan mensen met dementie conform de regionale afspraken. We verwachten met de functie casemanagement te kunnen komen tot betere zorg tegen dezelfde kosten. 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.

Prestatiebeschrijving ketenzorg dementie

De concrete prestatie die vanuit het experiment bekostigd gaat worden is de functie casemanagement. Tegelijkertijd maken we met deelnemende partijen de afspraak (in de experimenteervereenkomst) dat alle verleende zorg aan geïnccludeerde cliënten wordt geregistreerd op verrichtingenniveau. Tevens wordt een controlegroep van cliënten gevormd, waarvoor hetzelfde gaat gelden, met dien verstande dat deze cliënten niet de functie casemanagement ter beschikking krijgen.

Daarmee wordt voldaan aan de voorwaarde dat de prestatiebeschrijving ziet op het integrale dementietraject. Alle verleende zorg (met uitzondering van de functie casemanagement) wordt in het traject geregistreerd, maar wordt op reguliere wijze bekostigd.

Op globale wijze worden in de prestatiebeschrijving de onderdelen opgenomen.

Basis voor de prestatiebeschrijving is het regionale actieplan waarin het regionale model ketenzorg dementie voor de regio is opgenomen.

Om tot een goede vergelijking van geleverde prestaties te kunnen komen worden de cliënten gerubriceerd in een drietal groepen: laag complexe problematiek, medium complexe problematiek en hoog complexe problematiek. Deze groepen worden nader gedefinieerd voor aanvang van het experiment.

Duur van het experiment

Het experiment start op 1 september 2009 en heeft een duur van maximaal 3 jaren, met dien verstande dat het experiment uiterlijk voortduurt tot 31 december 2011.

Experimenteerovereenkomst

Partijen leggen de voorwaarden waaronder het experiment wordt aangegaan en uitgevoerd vast in een experimenteerovereenkomst.