

## Ketenzorg Dementie Midden-Brabant

### Zorgpad 1 en 2 dementie

Eén plaatje zegt meer dan duizend woorden. We besteden hier daarom weinig woorden aan het zorgpad, het plaatje moet voldoende zijn. Toch plaatsen we enkele opmerkingen over het ontstaan, het draagvlak en de invoering.

**1. Opdrachtgevers en initiatiefnemers**

VGZ, de zorgaanbieders en -professionals, cliënten vertegenwoordigd door Alzheimer NL afd. Midden-Brabant.

**2. In samenspraak ontwikkeld**

Het zorgpad is ontwikkeld in de periode juli 2015 – februari 2016 door casemanagers dementie, dementieconsulenten, Alzheimer NL afd. Midden-Brabant, specialist ouderengeneeskunde, leden werkgroep ketenzorg dementie van instellingen voor V & V, ketenregisseur Ketenzorg Dementie Midden-Brabant, geriater, huisarts c.q. kaderarts ouderengeneeskunde, GGZ en Zorggroep RCH Midden-Brabant.

**3. Zorgstandaard dementie**

Dit zorgpad vertaalt zaken uit de (landelijke) Zorgstandaard Dementie – zoals het kluwenmodel, elke persoon met dementie een diagnose, spilfunctie voor de huisarts enz. – naar de praktijk van onze regio.

**4. Drie fasen**

Fase 1: vóór de diagnose. Fase 2: rond de diagnose. Fase 3: ná de diagnose.

**5. Twee niveau's van casemanagement**

Zorgpad 1, basis- of 1<sup>ste</sup> lijns casemanagement: door wijkverpleegkundige of huisarts/poh.  
Zorgpad 2, specialistisch casemanagement: door casemanagers dementie.

**6. Leren in en van de praktijk**

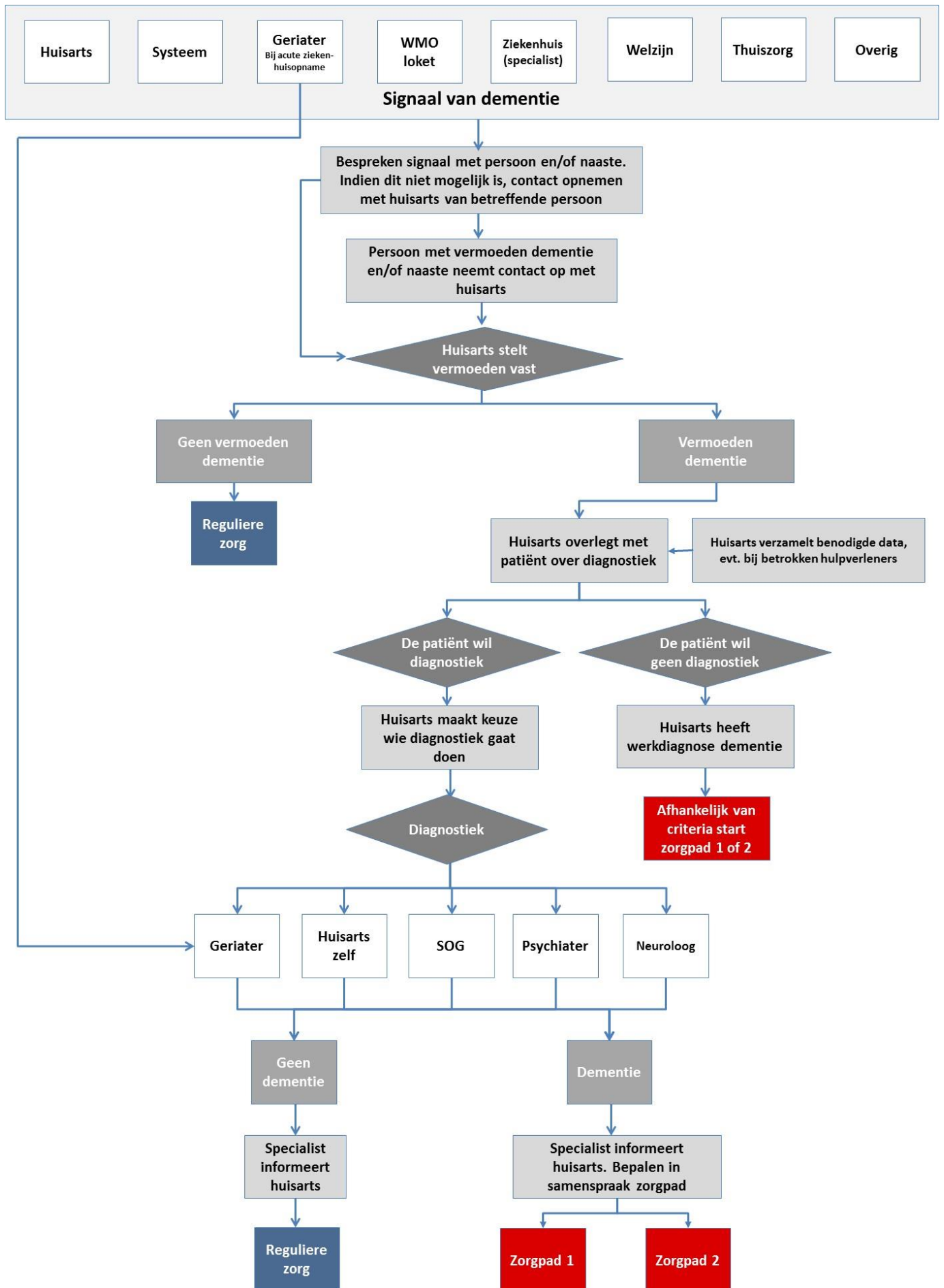
In 2016 en 2017 gaan we de zorgpaden implementeren. Ook al is niet elk onderwerp al tot in de finesses uitgewerkt. Daar is de werkelijkheid te ingewikkeld voor. We gaan nu liever eerst met elkaar leren ermee te werken. De ervaring in de praktijk benutten we om te evalueren en verbeteringen door te voeren.

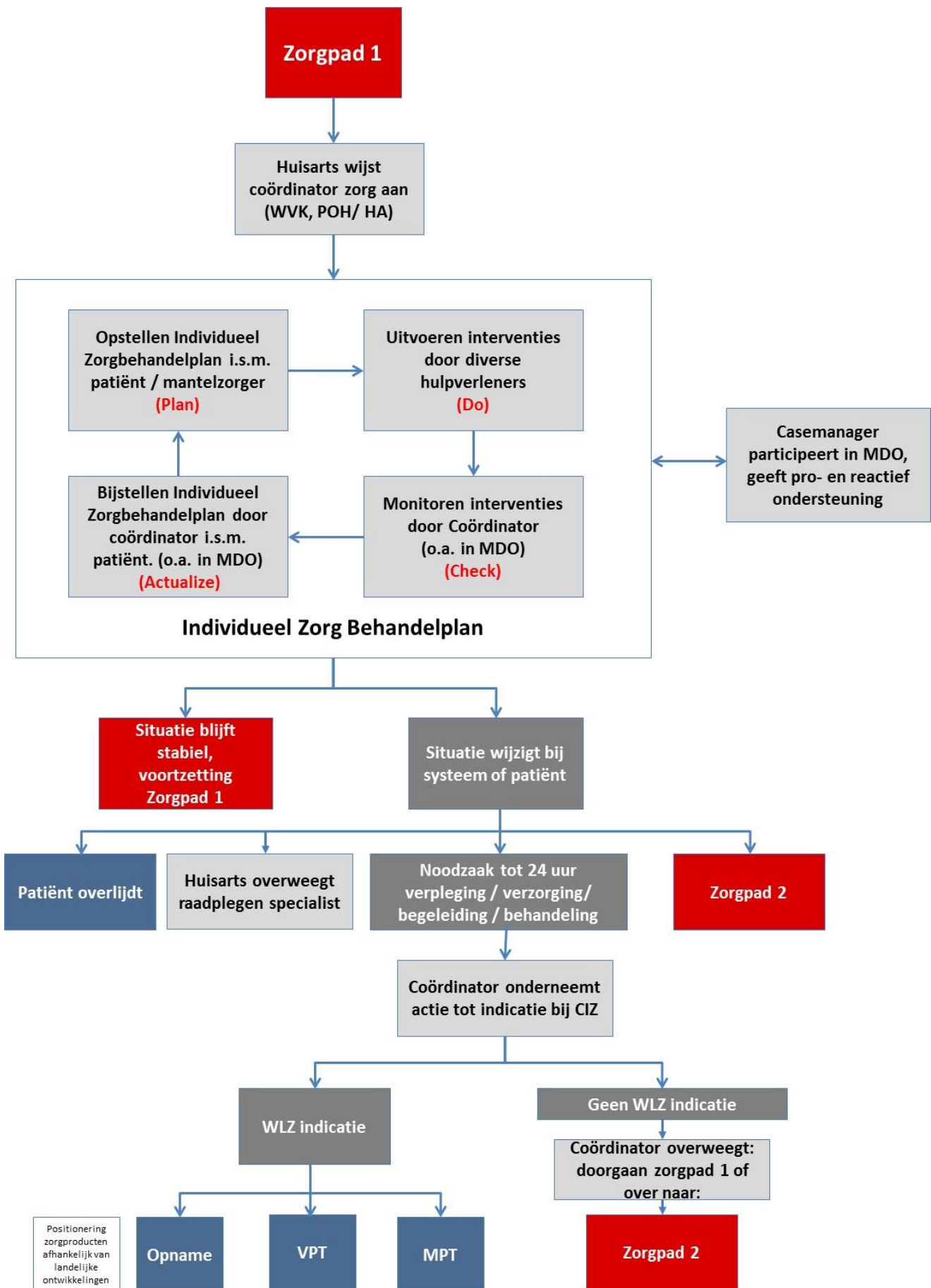
Jan Lam

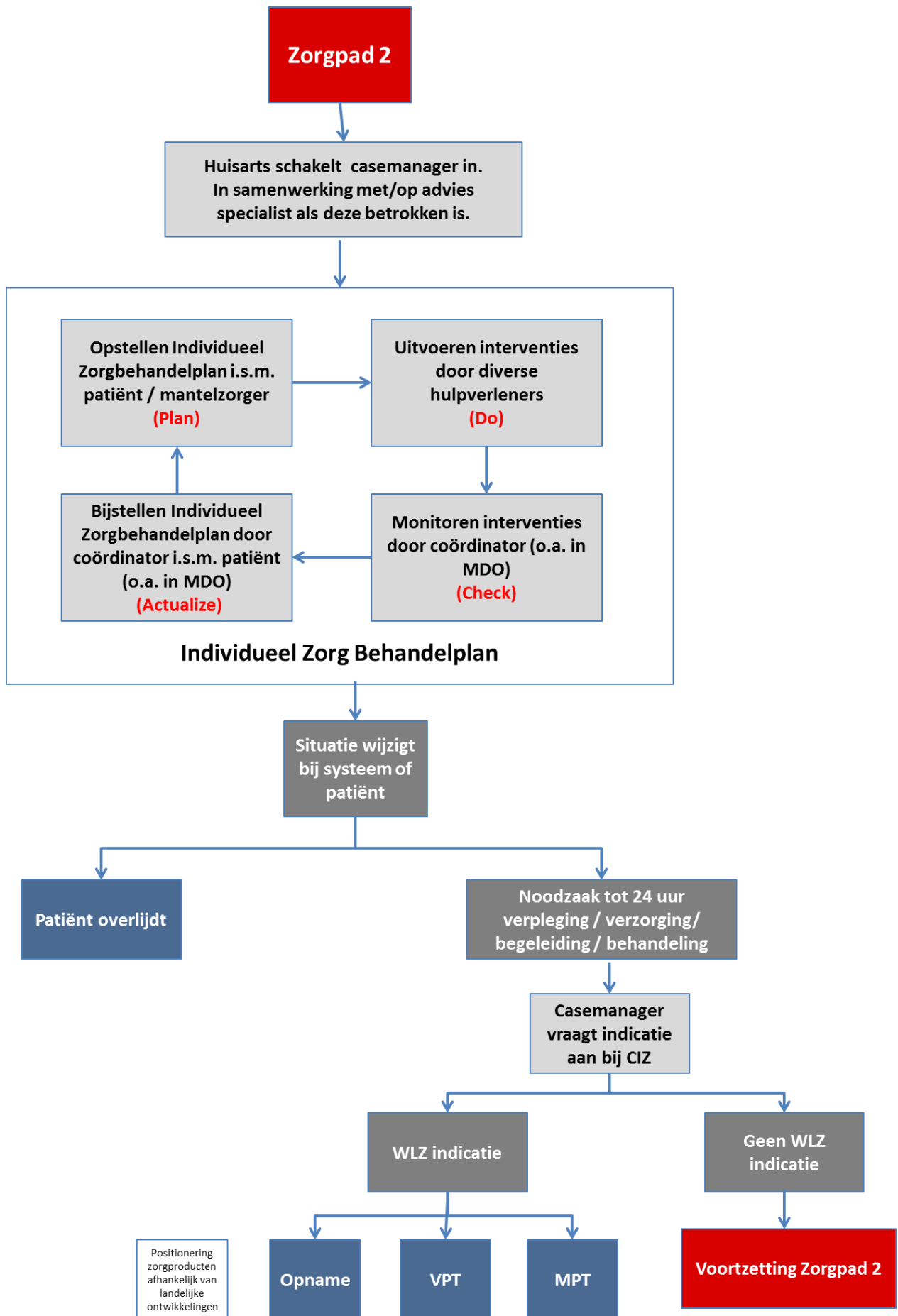
31 maart 2016

[j.lam@zembr.nl](mailto:j.lam@zembr.nl)









## Karakterisering van de twee zorgpaden

<b>Zorgpad 1</b>	<b>Zorgpad 2</b>
<b><i>Kenmerken cliënt en/of diens systeem</i></b>	<b><i>Kenmerken cliënt en/of diens systeem</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enkelvoudige dementie, laagcomplex</li> <li>• Stabiele situatie, d.w.z.:</li> <li>• Cliëntsysteem heeft <i>voldoende</i> draagkracht:</li> <li>• Sociaal netwerk voldoende aanwezig, geen overbelaste mantelzorger(s), familie communiceert onderling en stemt met zorgverlener(s) de inzet adequaat af</li> <li>• Betrokkenen weten op een natuurlijke manier met de dementie om te gaan</li> <li>• Er is bereidheid zorg te accepteren</li> <li>• Er is een beperkt aantal zorgverleners betrokken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dementie: hoog complex</li> <li>• Kwetsbaar evenwicht</li> <li>• Cliënt is alleenstaand</li> <li>• Cliënt met persoonlijkheidsproblematiek, vertoont gedragsproblemen</li> <li>• mijden van zorg, afweren van hulp</li> <li>• comorbiditeit</li> <li>• Systeemproblematiek. Kwaliteit sociaal netwerk: weinig tot geen contacten, of contacten ver weg, geringe draaglast mantelzorger / cliëntsysteem / sociaal netwerk; moeizame samenwerking binnen sociaal netwerk en tussen familie en zorgverleners</li> <li>• Veel betrokken zorgverleners / instanties, evt. moeizame samenwerking</li> </ul>
<b><i>Aard begeleiding</i></b>	<b><i>Aard begeleiding</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Op weg helpen van de cliënt en mantelzorger(s)</li> <li>• (lokale) welzijnsvoorzieningen inschakelen</li> <li>• 1<sup>e</sup> uitleg geven van dementie</li> <li>• Omgang met mantelzorger(s) die voldoende draagkracht heeft (hebben)</li> <li>• Mantelzorger helpen om inzet zorg te accepteren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensieve(re) coördinatie van verschillende vormen van zorg en begeleiding</li> <li>• Intensievere aandacht voor het verkrijgen van indicatie(s)</li> <li>• Actieve rol naar alle betrokkenen, directief(ver) optreden, het voortouw nemen bij en intensieve begeleiding van het sociaal netwerk, de ontwikkeling en borging ervan als de dementie voortschrijdt (psycho-educatie)</li> <li>• Onderhandelen</li> <li>• Intensiever contact met huisarts/POH of wijkverpleging</li> </ul>
<b><i>Regie en samenwerking</i></b>	<b><i>Regie</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bij huisarts/POH of wijkverpleegkundige</li> <li>• huisarts/POH of wijkverpleegkundige kan als centrale zorgverlener de casemanager raadplegen;</li> <li>• mogelijkheid om casemanager bij MDO KO (deels) te laten aansluiten</li> <li>• coördinatie van de zorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• huisarts/POH of wijkverpleging verzoeken, evt. in samenspraak met specialist 2<sup>e</sup> lijn – meestal de geriater - casemanager de regie te voeren</li> <li>• Samenwerking casemanager met huisarts/POH en/of wijkverpleegkundige blijft</li> <li>• Gestructureerde rapportage van cm-er → huisarts/PHO of wijkverpleegkundige</li> <li>• Neemt deel aan MDO K(wetsbare) O(udere) voor het onderdeel patiënten met dementie</li> <li>• Inschakelen en coördineren van de inzet van specialistische voorzieningen</li> <li>• Kan leiden tot een 'zorgpad 3', of tot opname (wordt hier niet verder uitgewerkt)</li> </ul>