

### Met hulp van

De volgende personen hebben meegewerkt aan het opstellen van dit plan:

- Alzheimer NL, afdeling Midden-Brabant: Harri Aarts (voorzitter bestuur)
- Brabantse proeftuin dementie: Elise Boone (projectleider)
- casemanagers: Maaike Veldkamp, Karin Horvers, Mirna Goesten, Monique Dirks, Marianne de Jongh, Marlies Smulders, Marjan van Dijk, Rianne Pijnenburg, Mária Bajjens, Chayenna van de Pol (allen ook wijkverpleegkundige, zorgadviseur, dementieconsulent of praktijkverpleegkundige)
- Dementiezorg voor elkaar: Kiyomid van der Veer (adviseur Vilans)
- gemeenten: Wendy Schellekens (Gilze en Rijen), Anja van de Westelaken (Hilvarenbeek), Gisela Verduijn (Loon op Zand), Chantal Martens (Heusden) en Mary Peijnenburg (Tilburg)
- Gezondheidscentrum Reeshof en HAP Tuindorp: Marieke Dooremalen (praktijkverpleegkundige ouderenzorg)
- GGZ Breburg: Martien Pepping (directeur centrum senioren)
- Het Laar: Carolien Gaakeer (sectormanager zorg)
- pen en potlood: Leonie Soemers (communicatie)
- PG-raad/Zet: Wies Arts, programmamanager
- Schakelring: Tijn Kloet (adviseur afdeling behandeling en begeleiding)
- Thebe: Marijke Megens (raad van bestuur) en Noor van Rooy (wijkverpleegkundige)
- De Wever: Fons van de Gevel (locatiemanager), Adrie Gerritsen (specialist ouderengeneeskunde), Jan van Gils (teammanager gespecialiseerde begeleiding) en Annelein van Sluijs (programmamanager)
- Zorgacademie: Marloes van de Poel (projectleider strategisch personeelsbeleid)
- Zorggroep RCH Midden-Brabant (huisartsen): Ellen Struijcken (programmacoördinator ouderenzorg), Marleen Everaars (consulent)
- Zorgkantoor: Lizan Trommelen (zorginkoper Langdurige Zorg)



### In een notendop

In de negen gemeenten van Midden-Brabant wonen zeventuizend mensen met dementie, waarvan driekwart thuis, soms met een of meer naasten. De samenleving, vrijwilligers en professionals ondersteunen deze mensen zo goed mogelijk. Maar we moeten het meer en beter doen, want er zijn onvoldoende voorzieningen, de bestaande zijn niet altijd goed bekend en samenwerking tussen iedereen die mensen met dementie helpen kan beter. We waren al bezig om iedereen die mensen met dementie bijstaat (bij) te scholen en afspraken over samenwerking te maken of te verbeteren. Bij gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoor gaan we aandringen op betere bekendmaking of verruiming van middelen voor laagdrempelige inlooplekken, dagbesteding en respijtzorg. Thema's: kennis vergroten, bestaande voorzieningen beter benutten en met elkaar verbinden, doorgaan met verbeteren en uitbreiden van ondersteuning.

### Inhoud

1. ambitie/missie/visie: waar gaan we voor?	2
2. trends en ontwikkelingen	2
3. karakteristieken van ons netwerk	2
4. uitgangspunten	3
5. bestaande ondersteuning en zorg + initiatieven ter verbetering hiervan	3
6. problemen in en vragen vanuit ons netwerk	4
voorwaarden voor goede Dementiezorg	5
7. ideeën en adviezen voor nieuwe of uitbreiding van bestaande initiatieven	6
8. risico's	7
9. diversen	7
10. over dit plan	8
actieplan	9

### Bijlagen

- Dementie3hoek Hart van Brabant
- notitie Casemanagement Dementie Midden-Brabant
- samenstelling Regionaal Overleg Dementie
- samenstelling Werkgroep Ketenzorg Dementie

## 1. Ambitie/missie/visie: waar gaan we voor?

### Algemeen

- kwaliteit!: beste zorg voor cliënt + systeem
- kwaliteit van leven bepaalt cliënt zelf
- transparantie, heldere afspraken
- positieve gezondheid: aandacht hiervoor in opleidingen/ bij beroepsbeoefenaren; holistisch mensbeeld > géén scheiding zorg-welzijn
- Klemtoon op welzijn in plaats van op op zorg; zorg staat in de laatste fase van het proces meer op de voorgrond
- Dementievriendelijke beweging verder brengen

### Ondersteuning en zorg

- vloeiende overgangen = 'integrale zorg': betere afstemming en samenwerking lokaal met huisartsen en poh-ers
- integraal + samenhang: is ieders verantwoordelijkheid
- duidelijkheid/continuïteit cliënt en mantelzorger in de begeleiding

### Kennis

- gekwalificeerd (geschoold) personeel, iedereen basiskennis over dementie; ook in de huisartsenpraktijk, zoals praktijkverpleegkundigen en -ondersteuners
- kennis over het 'herkennen van' is belangrijk: kennisverbetering begint bij inwoners; zorgen dat inwoners signalen van dementie herkennen en mensen met dementie blijvend betrekken bij sociale verbanden,
- doelgroepengerichte aanpak: winkels, horeca, vrijwilligers, handhavers

## 2. Trends en ontwikkelingen

### In relatie tot visie en missie

- gelukfactor positieve gezondheid biedt kansen om écht vorm te geven aan eigen regie
- eigen regie
- inwoners staan steeds meer centraal
- mensen met dementie blijven langer thuis wonen

### Demografisch

- regionale toename incidentie dementie (volksziekte nr. 1)
- mensen met dementie blijven langer thuis wonen, waardoor mantelzorgers (waaronder ook vergrijzing gaande is) een grotere rol spelen bij de zorg en ondersteuning; verwachte toename overbelasting.
- de 'wijk' krijgt meer met dementie te maken

### In ondersteuning en zorg

- versterking sociale netwerken dementievriendelijke samenleving
- zorg op maat
- Samenwerken aan innovatie: zorgtechnologie, de professionals als onafhankelijk adviseur
- intramurale voorzieningen zoeken manieren om bewoners meer 'vrijheid' te geven, meer onderdeel van de maatschappij te laten zijn
- betrekken van wetenschap en onderzoek
- inzet maatjes-projecten voor mensen met dementie
- meer beleid met gemeenten: 1% van inwoners heeft dementie (extramuraal); per persoon 3 mantelzorgers! dus voor gemeenten geen vraag maar een must om dementie in beleid te gieten
- cultuursensitieve zorg: geen nadruk op aannemen van casemanagers van een andere afkomst, maar op het kunnen bieden van cultuursensitieve (niet: cultuurspecifieke) zorg, los van je eigen afkomst en achtergrond

## 3. Karakteristieken van ons netwerk

### In woorden

- de cliënt staat centraal
- we bieden casemanagement dementie: begeleiding van mensen met dementie op Zorgpad 1 en 2; afwijken hiervan moet kunnen
- stakeholders: professionals en -instellingen voor zorg en welzijn, zorgverzekeraars, overheden (gemeenten, provincie; er wordt steeds meer samengewerkt, huisartsen vervullen steeds meer de spilfunctie zoals in de zorgstandaard bepleit.
- overlegtafels: 1) Geriatrich Netwerk; 2) werkgroep Ketenzorg Dementie; 3) Regionaal Overleg Dementie; 4) jaaroverleg besturen aanbieders casemanagement; 5) werkgroep Dementievriendelijke gemeenschappen (ondersteund door PG-raad/Zet)
- belangrijk: de functie van ketenregisseur, zonder hem/haar géén netwerk.
- begin in het stroomlijnen is gemaakt, zaak is om de 'orde in de chaos' te behouden
- Brabantse proeftuin dementie als een beweging om innovatie te bevorderen
- korte lijnen, we kennen elkaar
- wat zijn onze succesfactoren: die benoemen en onthouden

### In cijfers

- 9 gemeenten, 440.000 inwoners
- 6.600 mensen met dementie, waarvan 4.440 thuiswonend en 700 begeleiding krijgen van een casemanager dementie
- meeste organisaties en professionals in welzijn en zorg, eerste en tweede lijn, extra- en intramuraal betrokken

### 4. Uitgangspunten

#### Overstijgend/algemeen

- binnen het bestaande stelsel en wetten (Wmo, Wlz, Zvw)
- deze uitgangspunten óók in convenanten tussen gemeenten en zorgverzekeraars terug laten komen
- resultaten: concreet en zichtbaar, dat geeft inzicht
- doelgroepen: burgers met dementie én hun naasten die zo lang en gelukkig mogelijk thuis willen blijven wonen
- € niet leidend laten zijn, maar inhoud
- afspraak = afspraak
- aandacht voor medische, psychische en sociale domein

#### Voor ondersteuning en zorg

- versterken sociale netwerken rond mensen met dementie
- relationeel werken: driehoek cliënt, familie, professional als basis voor zorgverlening
- aansluiten bij de behoefte van de cliënt
- positieve gezondheid (M. Huber)
- kritisch blijven kijken naar Wlz/Zvw en continuïteit bij de klant
- in samenwerking: tussen mensen met dementie, mantelzorgers, vrijwilligers, professionals en welke combinatie hieruit ook maar nuttig is
- minder aanbodgericht denken, telkens afvragen: 'Wat heeft iemand nodig?'
- eigen regie voor mensen met dementie, door middel van de kijk op positieve gezondheid, onder andere 'spinnewiel' in plaats van 'zorgplan'

#### In verband met de aanpak van dit plan

- samen met Alzheimer NL, afdeling Midden-Brabant en met ervaringsdeskundigen; voor iedereen geldt: cliënt (bewoner) staat centraal
- gebruikmaken van bestaande bronnen, overlegtafels, plannen en projecten
- niet te veel tegelijk, realistisch zijn, kijken wat regionaal haalbaar is: elk mens en elke regio is anders; wél kijken wat bij elkaar past, of wat van de ander bruikbaar is
- verder bouwen op de basis die er al is, aansluiten bij wat er is aan bestaande projecten, geen nieuwe plannen a.u.b., wél concretiseren, innoveren, doorgaan met wat er al loopt aan initiatieven voor verbetering en tegelijk ook openstaan voor nieuwe ideeën
- rust brengen: bestaande zaken verbeteren, niet te veel aanpassen
- goede afbakening: wat kan lokaal, wat moet op grotere schaal, met name vanuit de normalisatie (betekenis hiervan navragen)

### 5. Bestaande ondersteuning en zorg + initiatieven ter verbetering hiervan

#### Voor mensen met dementie en mantelzorgers

- functie van dementieconsulent belangrijk!: meer tijd en aandacht voor cliënt en mantelzorgers, luisterend oor blijft erg belangrijk
- de functie van dementieconsulent en casemanager in één persoon verenigd: super! , houden zo
- laagdrempelige instap tot voorzieningen in de niet-pluis fase en bij beginnende dementie
- verschillende kleine, lokale initiatieven: DemenTalent en Atelier 'Beeldkracht' (Oisterwijk), Geheugenwerkplaats (Kaatsheuvel), Gespreksgroep (pilot) lotgenoten in samenwerking met fysiopraktijk, Wandelgroep - wekelijks, voor mensen met een beperking (integratie: bij alleen dementie bleef de groep te klein; plaats: onbekend), ondersteuningsgroepen voor mantelzorgers, partners, kinderen (Waalwijk, Loon op Zand, Goirle), Mantelmatch (Loon op Zand), Thuis met dementie (Waalwijk), thema-avonden (Goirle), Community Care met een leefcoach (Dongen)
- diverse inloophuizen/-plaatsen/ontmoetingspunten voor mensen met vergeetachtigheid en beginnende dementie; mensen die niet mee kunnen in regulier welzijnsaanbod, maar (nog) niet toe zijn aan of in aanmerking komen voor geïndiceerde dagbesteding, voorbeeld: 'Ontmoetingskamer vergeet me niet' in de Reeshof
- idem Rode Loper Kaatsheuvel, willen we uitbreiden naar elke wijk

#### Voor en door professionals en organisaties

- zorgprogramma kwetsbare ouderen (Zorggroep RCH Midden-Brabant) → onder andere elke huisarts een vaste casemanager
- DVG (dementievriendelijke gemeenschappen) in alle negen gemeenten, met medewerking van vrijwilligers
- scholing van poh-ers en wijkverpleegkundigen
- project implementatie zorgstandaard jonge mensen met dementie in de regio
- uitvoering van het regionale plan 'Casemanagement dementie: beleid 2017-2018'
- Brabantse proeftuin dementie: bereiken van migranten, via de cop 'Bouwen aan vertrouwen', uitrol 3 à 4 x zoveel prevalentie dementie; via de cop 'smakelijk' zoeken naar en werken aan een oplossing voor problemen rondom voeding bij alleenstaande mensen met dementie (onder meer schotten tussen 3 financieringsbronnen Wmo, Wlz, Zvw); uitproberen van zorgtechnologie door cliënten en professionals via de cop 'techniek zoekt thuis'; (stage)mogelijkheden voor Transmuraal opleiden in de keten met dementie als rode draad
- deelname ketenzorg aan landelijke initiatieven: Samen op weg; Dementiezorg voor elkaar; Uitkomstindicatoren dementiezorg; Dementiemonitor; Netwerkmontor

## 6. Problemen in en vragen vanuit ons netwerk

### Problemen, onduidelijkheden, onbekendheid

- A. algemene opmerkingen
  - iedereen kijkt/denkt vanuit eigen referentiekader
  - signalering en actie zonder diagnose dementie verloopt nog moeizaam
  - verdeling van beschikbare middelen over meer aanbieders
  - 12 jaar gedaan om dementieconsulenten in Midden-Brabant een gezicht te geven, nu weten huisartsen en cliënten/mantelzorgers de weg en wordt de subsidie gestopt voor individuele begeleiding, daardoor gaat er veel deskundigheid verloren
  - aangehaakt blijven van stakeholders terwijl veranderingen zich blijven voordoen?
  - verbindingen tussen medisch ← → sociaal en tussen voorliggend veld ← → daaropvolgende inzet
- B. ten aanzien van voorzieningen
  - jammer van de 'knip' in de begeleiding met de komst van Zorgpad 1 en 2, hoe begrijpelijk ook, continuïteit is belangrijk, vertrouwen opbouwen; jammer dat die knip niet alleen administratief kan, mensen met dementie en hun systeem kunnen mijns inziens met 1 persoon te maken hebben die de begeleiding administratief zelf splitst in Zorgpad 1 en 2: kwaliteit blijft dan gewaarborgd
  - intramurale dagbesteding verdwijnt meer → sluit niet aan bij behoefte extramuraal
  - gemeenten moeten hun verantwoordelijkheid nemen, met name met betrekking tot dagbesteding en de vergoeding hiervoor, die is veel te laag, dagbestedingen zijn daardoor nu niet rendabel
  - algemene afdelingen van ziekenhuizen zijn niet toegankelijk
- C. in verband met samenwerking tussen professionals
  - veel verschillende regionale systemen → overbodige administratie
  - in verband met huisartsen: verschillende rapportagesystemen bij hen belastend voor casemanager; verder: het zou makkelijk zijn als de huisartsen maar met 1 à 2 casemanagers te maken zouden hebben; en: link casemanager – huisarts versterken, hoe?
  - bij de deelnemers: meer samen
  - beter aansluiten bij aanbieders casemanagement in de 'grensgebieden' (bijvoorbeeld gemeente Heusden)
  - flinke verschillen in de werkwijzen van toegangsteams en samenwerking met wijkverpleegkundigen en casemanagers, dat is voor huisartsen/poh-ers soms onduidelijk
- D. cliënten en mantelzorgers
  - niet voldoende duidelijk waar mantelzorgers of cliënten hun ideeën kwijt kunnen., misschien 1 of 2 x per jaar een uitnodiging om hun stem/idee te laten horen? DVG-groep?
- E. onbekendheid met
  - Midpoint/Care Avenue
  - behoeften doelgroepen de combi van dementie en/in/met migrantenachtergrond/psychiatrie/verstandelijke beperking (pilot ZONMW)/laatste levensfase
  - elkaars initiatieven tot verbetering
  - wachtlijsten: verborgen, versnipperd inzicht
  - begeleiding mensen met dementie op Zorgpad 1; versnipperd inzicht
  - personeelsvoorziening: is er voldoende, is de deskundigheid zoals die zijn moet, is de bijscholing adequaat?
  - overdrachten tussen de organisaties: is die vloeiend?
  - de bestaande mogelijkheden van ondersteuning:
    - weinig zicht op wat er voor mantelzorgers wordt gedaan
    - aanbod ondersteuningsgroep komt alleen bij mensen van Zorgpad 2 via casemanager, terwijl poh-ers en wijkverpleegkundigen heel veel mensen en mantelzorgers begeleiden
    - schrappen van doelgroepenbeleid bij gemeenten + welzijnsorganisatie, gevolg is voor mantelzorgers dat ze geen zicht hebben op beschikbare voorzieningen
    - zichtbaarheid van ondersteuningsgroepen
    - geen overzicht sociale kaart na diagnose, wie wijst de weg?
- F. problemen vanwege het stelsel (vooral landelijk)
  - PGB's Wlz zijn alleen geschikt voor hoogopgeleiden, helaas
  - bureaucratie bij PGB = knelpunt voor mantelzorger, via de gemeente wordt vaak ervaren als moeizaam en relatief prijzig; via zorgverzekeraar en Wlz gaat het beter
  - wetgeving: Wmo → CAK; Wlz → CAK; 1) MPT; 2) VPT intra- en extramuraal; 3) intramuraal; 4) PGB: het is allemaal té ingewikkeld
  - BOPZ wetgeving
  - de zorgval (fricties tussen Wmo, Zvw en Wlz door complex stelsel van wetgeving): complexiteit bij overgang financiering begeleiding cliënt Wmo naar Wlz

### Vervolg 6. problemen in en vragen vanuit ons netwerk

#### Wat wordt er gemist, een tekort aan

- casemanagers (wachtlIJst): de vraag naar casemanagement is groter dan het aanbod, graag uitbreiding
- logeefunctie/respijtzorg voor mensen met dementie om mantelzorgers te ontlasten: eerstelijns verblijf (ELV)
- kennis bij sommige poh-ers: bij poh-ers/WVP mis ik soms misschien wat kennis van, maar zeker ervaring in het omgaan met mensen met dementie, ze hebben wel kennis over cure, maar niet over care
- capaciteit thuiszorg is momenteel een grote zorg
- wijkverpleegkundigen, breder: krapte arbeidsmarkt
- realistische budgetten
- ontbreken van panel/focusgroep van mensen met dementie en mantelzorgers, nu alléén voor professionals
- duidelijkheid in begeleiding, veel mensen willen in de niet-pluis fase een rol spelen; voor de klant niet overzichtelijk
- verbinding van de huisartsenpraktijken met de DVG-en

#### Vragen

- Wie is 'verantwoordelijk' voor de niet-pluis fase?
- Wie begeleidt de mensen: casemanager dementie, dementieconsulent, poh-ers/ wijkverpleegkundige?
- Gebeurt afschalen adequaat, bijvoorbeeld naar sociaal wijkteam/informele zorg?
- Hoe leggen we nog meer de verbinding tussen de diverse initiatieven?
- Hoe kom ik te weten wie ik waarvoor nodig heb?
- Thuiszorg is regelmatig Code Rood, wie is uiteindelijk verantwoordelijk dat dit beter geregeld wordt?
- Al diegenen die in de ketenzorg werken, werken met andere tools, hoe verwerken we de zorgvragen en hoe communiceren we dat?
- Wie is er verantwoordelijk voor de implementatie van de ketenzorg Dementie? En wie kan waarop worden aangesproken?
- Hoe gaan we om met alle verschillende zorgaanbieders die wijkverpleegkundigen hebben? Wat zou het gemakkelijk zijn als er maar 1 zorgaanbieder is.
- Past dagbesteding intramuraal ook extramuraal klanten ('wennen' aan Wlz)?

### Voorwaarden voor goede dementiezorg

bron: landelijke Zorgstandaard Dementie

1. zorgvuldige omgang
2. tijdige en duidelijke informatie
3. signaleren én actief verwijzen
4. snelle en juiste diagnostiek
5. vaste begeleider en persoonlijk zorgplan
6. behandeling, **hulp** en begeleiding
7. activiteiten afgestemd op persoonlijke leefstijl en mogelijkheden
8. tijdelijke, volledige overname van zorg
9. veilig en vertrouwd wonen
10. crisishulp
11. financiering



### 7. Ideeën en adviezen voor nieuwe of uitbreiding van bestaande initiatieven en voorzieningen

#### Behoud, uitbreiding of verbetering van bestaande ondersteuning

- duidelijkheid waar cliënt met vragen terecht kan en wie daar verantwoordelijk voor is
- casemanagers (= verhogen budget!)
- 'familiebegeleiding'/coaching
- laagdrempelige instap in de niet-pluis fase, meer initiatieven bij beginnende dementie, (financiële) verduurzaming van de initiatieven
- versterken sociale netwerken; buddy-projecten
- duidelijkheid en aanbod goede respijtzorg en logeerbedden door middel van dagbesteding én óók 24-uurs arrangementen
- alzheimercafé's en -café-achtige bijeenkomsten, thematisch en lokaal/dichtbij
- diversiteit aanbrenge in begeleidingsmogelijkheden
- ondersteuning meer op maat aanbieden, net als bij de Wlz (MPT)
- ondersteuningsgroepen/gespreksgroepen
- inhoud dagbesteding: 1) openheid; 2) aansluiten + meenemen; 3) niet te veel 'zorgen voor'; 4) andere vorm en inhoud, bijvoorbeeld Odensehuis/ontmoetingscentra (inloop Goirle), in elk geval: mensen met dementie en mantelzorgers, professional op de achtergrond/inkorten procedure afhandeling aanvraag bij gemeenten, zoals in Heusden
- relatie met DVG-activiteiten
- gebruik deskundigheid casemanager voor invulling DVG: zet ze daarbij in
- (moeilijke) keuzemomenten in de fasen van de dementie expliciet en bespreekbaar maken
- behoud voordeel van combinatie dementieconsulent/casemanager dementie
- ziekenhuizen meer betrekken en andersom
- tol van vrijwilligers: zij kunnen niet de professional vervangen maar wél aanvullen, zij zijn niet dé oplossing voor knelpunten
- beschikbare middelen beter afstemmen op de behoefte lokaal
- demografische gegevens leidend laten zijn (bij verdeling regionale capaciteit casemanagement bijvoorbeeld) en niet inwoneraantallen
- duidelijkheid geven over de diverse soorten tijdelijke bedden
- warme overdracht van Zvw/Wmo naar Wlz
- betere benutting van de diverse mogelijkheden voor Wlz-geïndiceerde mensen zoals logeerplaatsen
- bij overgang cliënt Zvw → Wlz: uitbreiding financiën MPT (verkleining Zorgval)

#### Met cliënten en mantelzorgers

- oprichten van een focusgroep vanuit de mantelzorgers en persoon met dementie, als klankbord en vraagbaak
- ervaringsdeskundigheid van mantelzorgers kan nog beter ingezet worden; benut ervaring van mensen met (beginnende) dementie ook
- mantelzorgers en cliënten hebben behoefte aan contact met elkaar, meer plaatsen creëren voor lotgenotencontact op 'fijne' plekken → laagdrempelig ontmoeten, kosteloos
- patiëntenvereniging oprichten waar mensen met dementie zelf kunnen meedenken (voorbeeld Schotland)

#### Kennis

- scholing: samenleving/poh-ers/bijbscholing casemanagers om kennis actueel te houden
- met de Zorgacademie: meer kennis en aandacht voor dementie in initiële (zorg)opleidingen: dementie in het curriculum van verpleegkundige en verzorgende opleidingen mbo (in ontwikkeling) en hbo-V (in algemene zin aanwezig); welzijn is in het mbo opgenomen in de combi-opleiding 'verzorgende' en 'maatschappelijke zorg'; vertaling naar dementie relevant
- transmuraal opleiden (in verband met ketenzorg), combineren met het thema 'dementie'
- aandacht voor: cultuursensitiviteit/positieve gezondheid/holistisch mensbeeld/geén scheiding zorg en welzijn
- intervisie regio casemanagers
- scholing van Thebe voor wijkverpleegkundigen óók voor poh-ers en andere wijkverpleegkundige teams
- inzicht in de mogelijkheden eHealth en domotica, direct toepasbare tools ter beschikking stellen; bij arbeidsbesparing: koppelen aan Zorgacademie
- blijven ijveren voor casemanagement door maatschappelijk-/sociaal werkenden met post-hbo

#### Ideeën voor vernieuwde aanpak en nieuwe voorzieningen

- casemanager in een autonome/onafhankelijke organisatie (nationaal, regionaal?)
- alzheimercafé in de wijk
- aanbod waarin dagbesteding met respijtzorg/mantelzorgondersteuning gecombineerd worden (voor inwoner en mantelzorgers)
- migranten: lokaal aandacht voor de migrantendoelgroep → cultuursensitieve zorg
- aansluiting lokale activiteiten op gebied van sport en cultuur (verenigingsleven/mensen met dementie nemen deel aan de samenleving, bijvoorbeeld bewegen in de openbare ruimte)
- flexibele tijden dagopvang/-besteding, niet alleen van 10 tot 16 uur
- andere woonvormen met begeleiding en toezicht en níet behandeling centraal (zoals in veel verpleeghuizen)

### 8. Risico's

#### Algemeen

- smalle blik op welzijn & zorg & het gewone leven
- te snel doorgaan, niet borgen
- vertrek van betrokken wethouders en daardoor soms minder draagvlak bij, of steun voor bepaalde initiatieven
- druk op langdurige betrokkenheid van mensen binnen ons dementienetwerk terwijl ze het soms 'erbij' moeten doen
- landelijke eisen die gesteld worden (hou vast aan onze aanpak, die begint nu te landen)
- ieder voor zich, te weinig samen
- niet weer alles veranderen, iedereen begint te snappen hoe het zit
- onduidelijkheid in werkwijzen in de 'grensgebieden', dit geldt voor huisartsen en aanbieders buiten het werkgebied van Zorgnetwerk Midden-Brabant
- te veel initiatieven/overleggen waardoor door de bomen het bos niet meer wordt gezien; we zijn ook goed bezig, tel je zegeningen

#### in verband met samenwerking

- Houd medewerkers Zorgpad 1 en 2 in 'verband' met elkaar, zodat ze niet 2 eilanden worden die zich verder van elkaar verwijderen
- verantwoordelijkheid is verdeeld in het netwerk

#### wachlijsten

- wachlijsten bij casemanagement vergroten de kans op overbelasting mantelzorgers
- wachlijsten voor mensen met dementie vind ik een risico, hierdoor kunnen we de mensen die het nodig hebben niet de juiste zorg bieden, we stappen er als casemanager te laat in, waardoor we voornamelijk brandjes blussen
- wachttijden = tekort casemanagement = tekort geld
- Zorgkantoor onderzoekt wachlijsten

#### financieel, het stelsel, de wetten/macroniveau

- uitblijven van structurele financiering als een pilot succes blijkt te zijn, maar gefinancierd is met incidentele middelen die na de pilot wegvallen
- versnippering
- continuïteit en specialiteit voor mensen met dementie dreigt door de verschillende geldstromen tussen wal en schip te komen (afschuifstelsel)

### 9. Diversen

#### Tips, adviezen, suggesties en opmerkingen die niet bij één bepaald onderwerp passen, of juist op meer dan 1 onderwerp zijn gericht; verzuchtingen, zich afvragen of...

- financiën blijven helaas altijd leidend, de betaler bepaalt meestal, het wordt achter een bureau bedacht: meer naar de praktijk luisteren en dat erbij betrekken
- goed bezig, maar puntjes op de i
- wetenschap en onderzoek
- naam 'mantelzorg' = afstandelijk
- netwerk zelf té weinig, méér betrekken van het systeem
- thuiszorg is meer dan Thebe
- productieafspraken maken en declaraties indienen: niet centraal, maar bij zorgaanbieders die casemanagement leveren



### 10. Over dit plan

- in opdracht, met ondersteuning via landelijk programma 'Dementiezorg voor elkaar'
- ter verbetering van ondersteuning voor mensen met dementie en hun mantelzorgers
- werkgebied: de negen gemeenten die regio Hart van Brabant (=Midden-Brabant) vormen
- het is een foto van ons netwerk zoals dat er in mei 2018 uit ziet
- resultaten: ook het ontstaan van afstemming, het beter lopen van processen van samenwerking zijn resultaten; soms halen we ze, soms niet, maar we pakken óók kansen die niet in dit plan genoemd zijn maar zich wel gaan aandienen
- er is draagvlak voor het plan: het is namelijk tot stand gekomen met hulp van cliëntvertegenwoordiging/mensen met dementie en van professionals; zij verbeteren en vernieuwen al en gaan ook helpen de in dit plan aangedragen problemen te verkleinen, op te lossen of ermee leren om te gaan
- een regionaal plan; sluit aan bij landelijke tendensen en regionale en lokale initiatieven, het is er een bundeling van
- financiering: deels met bestaande middelen/deels uitbreiding middelen nodig, wordt per onderdeel bekeken en uitgewerkt, met ingang 1-9-2018 8 uur per week planregie nodig van nieuwe middelen, extern te krijgen
- de volgende stappen (derde kwartaal 2018):
  - kennis nemen van reactie landelijke partijen
  - concreet maken met een actieplan met tijdspaden en verantwoordelijken
- over het maken van dit plan:
  - inkooppeisen VGZ vroegen om een meerjarenplan
  - 2,5 maand de tijd, gekozen voor praktische aanpak met veel draagvlak
  - ondersteuning aangevraagd vanuit Dementiezorg voor Elkaar om landelijke lijn te informeren en tegenlezen
  - thema's bepaald waarop we ideeën wilden vragen voor het plan
  - inloopweek gehouden waarbij alle betrokkenen (zie bladzijde 2) informatie hebben geleverd over de verschillende thema's
  - alle opmerkingen zijn geordend en in de verschillende thema's ondergebracht
  - op 5 en 7 juni zijn er bijeenkomsten met betrokkenen geweest om te checken of het plan klopt
  - in het derde kwartaal komt er een bijeenkomst om acties op te gaan pakken, zie pagina 9 voor de aanpak





Actieplan voor de uitvoering van het Meerjarenplan Dementie 2019-2021

Onderwerp	Doel	Informatie over de aanpak: is er een plan/acties/termijn	Verantwoordelijke organisaties(s) en contactpersonen	Status	Rapportage

**Toelichting op het actieplan**

1. na reactie van landelijke partijen op dit Meerjarenplan Dementie gaan invullen: derde kwartaal 2018
2. initiatief: ketenregisseur dementienetwerk
3. te gebruiken om:
  - a. acties te starten
  - b. de voortgang te volgen
  - c. resultaten vast te stellen
4. voorstel: 10 onderwerpen kiezen
  - waar we al aan werken en die we volgen (bijvoorbeeld 5)
  - die vaak genoemd zijn en om prioriteit vragen, bijvoorbeeld voldoende dagbestedingen en betere bekendheid bij verwijzers van beschikbare voorzieningen (bijvoorbeeld 5)