



**NETWERK  
DEMENTIE  
GRONINGEN**  
Samenwerkende Organisaties

## Actieplan Netwerk Dementie Groningen 2023-2024

Renée Blaauw  
Netwerkcoördinator NDG

# Inhoudsopgave

<b>1. Samenvatting</b>	<b>3</b>
<i>Waarom is dit actieplan belangrijk?</i>	3
<b>2. Inleiding</b>	<b>5</b>
<i>Terugblik</i>	5
<i>Doelen</i>	6
<i>Het netwerk NDG</i>	6
<i>Verantwoordelijkheden in de keten</i>	6
<i>Samenwerking</i>	7
<i>Algemene randvoorwaarden voor succes</i>	7
<i>Leeswijzer</i>	7
<b>3. Vindbaarheid en toegankelijkheid</b>	<b>9</b>
<i>Inleiding</i>	9
<i>Prestatie doelstelling vindbaarheid en toegankelijk</i>	9
<i>Activiteiten en verantwoordelijken</i>	9
<i>Metten van succes</i>	10
<i>Randvoorwaarden voor succes</i>	10
<b>4. Kwaliteit in de keten</b>	<b>11</b>
<i>Prestatiedoelstelling Kwaliteit</i>	11
<i>Beoogd eindresultaat</i>	11
<i>Activiteiten en verantwoordelijken</i>	11
<i>Metten van succes</i>	12
<i>Randvoorwaarden voor succes</i>	12
<b>5. Professionaliteit van de dienstverlening</b>	<b>13</b>
<i>Prestatiedoelstelling professionaliteit</i>	13
<i>Beoogd eindresultaat</i>	13
<i>Activiteiten en verantwoordelijken</i>	14
<i>Metten van succes</i>	14
<i>Randvoorwaarden</i>	14
<b>6. Bestuurlijke borging van het netwerk</b>	<b>15</b>
<i>Prestatie doelstelling bestuurlijke borging</i>	15
<i>Beoogd resultaat</i>	15
<i>Activiteiten en verantwoordelijken</i>	15
<i>Metten van succes</i>	15
<i>Randvoorwaarden</i>	15
<b>7. Benodigde investeringen</b>	<b>16</b>

# 1. Samenvatting

Voor u ligt een aangepaste versie van het 2021-2022 van het Netwerk Dementie Groningen (NDG). Het NDG maakt voor 2023 een belangrijke keuze op welke wijze het NDG wil voortzetten en bekostigen. Menzis zal als financier de komende twee jaar nog maar voor een gedeelte in de kosten bijdragen. Het NDG wil door gaan doorgaan op de ingeslagen weg in afgeslankte vorm. Dit betekent dat het NDG er naar treft de dementieketen (lokaal en provinciaal) verder te versterken en te verankeren.

Dit actieplan is gestoeld op vier hoofdoelen. In onderstaand figuur wordt per doel aangegeven wat we willen bereiken en hoe we dat willen doen.

	Hoofdoelen 2023-2024	Wat gaan we doen?
Vindbaarheid en toegankelijkheid	Voor iedereen in Groningen is het duidelijk waar je terecht kunt met vragen over dementiezorg. Het is duidelijk voor mensen met dementie en hun naasten, mantelzorgers en beroepskrachten wie, wanneer, welke ondersteuning levert. De dementiezorg die geleverd wordt door verschillende ketenpartners is toegankelijk en eenduidig voor iedereen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informatievoorziening aan betrokkenen verbeteren (website, helpdesk, wegwijzers)</li> <li>• Betrokkenheid en informatievoorziening aan huisartsen verbeteren (inzetten van tools beslisbomen, infographics)</li> <li>• Communicatie en samenwerking tussen huisartsen en casemanagers verbeteren</li> </ul>
Kwaliteit in de keten	De Zorgstandaard 2020 biedt richtlijnen voor goede dementiezorg. Voor de implementatie van de Zorgstandaard dementie zijn lokale netwerken dementie nodig waar ketenpartners in alle fasen van het zorgtraject samenwerken. Samen bepalen ze de prioriteiten op welke onderdelen de Zorgstandaard (allereerst) te implementeren in de lokale dementiezorg.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiseren trainingen en bijeenkomsten voor gemeenten en andere partners</li> <li>• Scholing en ondersteuning lokale coördinatoren voor de implementatie van de Zorgstandaard</li> <li>• Uitvoeren jaarlijkse monitor over toegankelijkheid</li> <li>• Informatievoorziening aan ketenpartners verbeteren (jaarverslagen, actieplan)</li> <li>• Afspraken maken tussen huisartsen en zorgaanbieders</li> </ul>
Professionaliteit van de dienstverlening	Mensen met dementie hebben veel vragen die niet altijd door een huisarts worden beantwoord. Dementiezorg kan niet alleen vanuit een medisch model worden benaderd. De CMD biedt ondersteuning bij vragen op breed maatschappelijk terrein. De dementiezorg moet persoonsgericht en integraal zijn. Huisartsen en specialisten moeten CMD tijdig in gang zetten.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positioneren van CMD in de keten</li> <li>• Bepalen op welke onderdelen professionalisering moet plaatsvinden</li> <li>• Kwaliteit van dementiezorg bij specifieke groepen vergroten</li> </ul>
(Bestuurlijke) borging	Het NDG is een netwerk van gemeenten, zorgverleners en zorgaanbieders. Het bereiken van de gewenste doelen is een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Om de gewenste resultaten te halen is het belangrijk dat de initiatieven die vanuit het NDG in ontwikkeling zijn, zijn verankerd en geborgd op bestuurlijk en lokaal niveau.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creëren van draagvlak voor een implementatietraject van de Zorgstandaard onder bestuurders</li> <li>• Versterken van bestuurlijke samenwerking en afstemming op beleid</li> <li>• faciliteren van een éénduidige PR en communicatiestrategie</li> </ul>

Figuur 1: samenvatting actieplan NDG 2023-2024

Om de activiteiten in dit actieplan goed uit te kunnen voeren is samenwerking met alle ketenpartners essentieel. Daarnaast is bestuurlijk draagvlak en commitment nodig om samen te leren verbeteren en verantwoordelijkheid te dragen voor de ontwikkeling en uitvoering van dit actieplan. Dit moet bijdragen aan een betere vindbaarheid en toegankelijkheid van persoonsgerichte integrale dementiezorg in de provincie Groningen. Dit is nodig om mensen met dementie in de regio goed te kunnen (blijven) ondersteunen.

## Waarom is dit actieplan belangrijk?

In de komende jaren is de verwachting dat het aantal mensen met dementie gaat toenemen en dat de dementiezorg en de mantelzorg onder druk zal komen te staan. Goede informatievoorziening en signalering (door de huisarts) en de kennis vergroten van dementie onder de bevolking, zijn dan ook essentieel. Wanneer we dit niet goed inrichten kunnen er schrijnende situaties ontstaan bij thuiswonende mensen met dementie. Ook zullen de maatschappelijke kosten op meerdere terreinen toenemen wanneer diagnostiek, ondersteuning en begeleiding te laat op gang komen.

Om de kwaliteit te verbeteren is het noodzakelijk om te weten waar we moeten investeren qua dementiezorg in de regio. Om de kwaliteit van zorg te blijven waarborgen is het van belang dat ketenpartners in hun eigen organisaties blijven investeren in scholing van huisartsen, POH'ers en casemanagers dementie. Voor het verbeteren van integrale dementiezorg en samenwerking in de keten worden Multidisciplinaire Dementie Teams gedeeltelijke gefaciliteerd vanuit het NDG. We willen voorkomen dat organisaties zelf opnieuw het wiel gaan uitvinden wat ten kosten gaat van de eenduidigheid. Uiteindelijk willen we alle mensen met dementie in de Provincie Groningen adequate zorg verlenen en dit doen we door de Zorgstandaard goed te implementeren.

## 2. Inleiding

Voor u ligt het actieplan 2023 van het Netwerk Dementie Groningen (NDG). Dit actieplan is gebaseerd op het actieplan 2021-2022

Het NDG streeft ernaar de dementieketen verder te versterken en te verankeren. In 2023 wordt vooral de focus verlegd van een regionale rol naar een lokale rol van het NDG in de verdere ontwikkeling van lokale netwerken dementie. Door alle betrokken partijen in de keten dementie zoals zorgaanbieders, vrijwilligers, gemeenten, welzijnsinstellingen, huisartsen en ziekenhuizen, met elkaar te verbinden.

Deze verbinding is van belang op meerdere niveaus:

1. dichtbij de mensen met dementie door de betrokken professionals/ medewerkers én
2. op bestuurlijk en beleidsmatig niveau.

Om deze verbinding verder vorm te geven in de regio is dit actieplan opgesteld en dient als leidraad voor de regiocoördinator, de lokale netwerkcoördinatoren, gemeenten, zorgaanbieders en bestuur om richting en sturing te geven aan de activiteiten die op het gebied van dementiezorg uitgevoerd worden in de Provincie Groningen.

### Terugblik

Het NDG heeft de afgelopen periode een hoop bereikt. De hoogtepunten zijn:

- De dekkingsgraad van het aantal mensen dat casemanagement dementie ontvangt neemt ieder jaar toe;
- Meer dan 116 zorgprofessionals (1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn) leveren casemanagement dementie;
- Alle Groninger gemeenten werken mee aan het versterken van de lokale keten dementiezorg door de ontwikkeling van lokale netwerken dementie;
- In 8 van de 10 gemeenten legt een coördinator de verbinding tussen ketenpartners om samen te bouwen aan een lokaal netwerk dementie;
- Nieuwe instrumenten zijn ontwikkeld voor het versterken van de samenwerking tussen casemanagers en huisartsen zoals een routekaart voor diagnostiek bij cognitieve problemen en een checklist probleemgebieden;
- Een stappenplan Pro Actieve Zorgplanning is in voorbereiding met partners in de regio;
- Een pilot monitor maakt uitkomsten dementiezorg lokaal zichtbaar;
- Maandelijks is er gemeenschappelijke scholing en begeleide intervisie voor casemanagers dementie in de regio;
- Meer participanten werken samen met het NDG
- De website netwerk dementie Groningen biedt informatie en wegwijs over dementiezorg in de regio voor zorgprofessionals en burgers;
- Leergemeenschap Jonge Mensen met Dementie Opbouw Groningen Friesland en Drenthe voor bovenregionale samenwerking, uitwisseling van ervaringen en het opbouwen van expertise;
- 4 gemeenten hebben landelijke subsidies toegekend gekregen voor het ontwikkelen van initiatieven en activiteiten voor thuiswonende mensen met dementie.
- Regionale samenwerking met organisaties als Alzheimercentrum Groningen, Groninger Huisartsen Corporatie en Palliatief netwerk Groningen zijn versterkt.
- Deelname aan Dementie Netwerken Nederland zorgt voor uitwisseling van kennis en innovaties.

## Doelen

Dit actieplan is gestoeld op de volgende vier hoofdoelen:

1. Dementiezorg in alle Groninger gemeenten vindbaar, bereikbaar en toegankelijk (*vindbaarheid en toegankelijkheid*)
2. Dementiezorg uitgevoerd vanuit de Zorgstandaard Dementie (2020) (*kwaliteit in de keten*)
3. Kwaliteit van dementiezorg (*professionalisering van dienstverlening*)
4. (Bestuurlijke) borging van het regionale netwerk en lokale netwerken (*borging*)

In dit actieplan wordt per doel toegelicht hoe het NDG hier de komende twee jaar invulling aan gaat geven.

## Het netwerk NDG

Het NDG is een netwerk van gemeenten, zorgverleners en zorgaanbieders in de regio. Het bereiken van de gewenste doelen is daarmee een gezamenlijke verantwoordelijkheid. De netwerkcoördinator van NDG ondersteunt de lokale netwerken dementie. Het beschikbaar stellen van mensen en middelen is een verantwoordelijkheid van de ketenpartners. Menzis neemt in 2023 nog maar een deel van de financiering voor haar rekening. Momenteel zijn er 17 zorgaanbieders die casemanagement dementie leveren in de regio Groningen. Er zijn ruim 100 casemanagers dementie werkzaam bij de verschillende zorgaanbieders.

Om de activiteiten in dit actieplan goed uit te kunnen voeren is samenwerking met alle ketenpartners essentieel. Daarnaast willen we een aantal zaken ophelderen, zoals:

- Hoe gaan de lokale netwerken verder?
- Hoe worden deze (in de toekomst) gefinancierd?
- Hoe worden deze ondersteund?
- Hoe worden scholing en training bekostigd en georganiseerd?
- Hoe borgen we het beleid?

Deze onderwerpen zullen de komende tijd met het bestuur en ketenpartners verder besproken worden.

## Verantwoordelijkheden in de keten

Dementiezorg wordt door verschillende partijen in de keten geleverd. Om goede zorg te kunnen leveren moeten deze partijen samenwerken. Door de verschillende vormen van financiering en de onderlinge schotten is dit soms een complexe samenwerking.

Wie is waarvoor verantwoordelijk?

WMO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De gemeente is verantwoordelijk voor dienstverlening vanuit de WMO (het goed equiperen van WMO-consulenten om dementie te herkennen). Daarnaast hebben gemeenten afspraken gemaakt met de VNG over hoe een dementievriendelijke gemeente te worden (handreiking dementievriendelijke gemeente). Uitgangspunt is dat zij een lokaal netwerk ondersteunen en mede faciliteren zodat ketenpartners acties uitvoeren om de gemeente dementievriendelijk te maken.</li> </ul>
WMO en Zorgverzekeraars (ZV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vanuit de zorgverzekeringswet zijn zorgaanbieders (wijkverpleging), huisartsen (met inkoopmodule kwetsbare ouderen) en vanuit de WMO de gemeenten (algemene voorziening schoonmaak/ mantelzorgondersteuning/dagbesteding) gezamenlijk verantwoordelijk voor ketensamenwerking dementiezorg. De gemeente kan voor commitment en draagvlak zorgen (ouderenbeleid vraagstuk dementie en eenzaamheid) en partijen bij elkaar brengen en de noodzaak van samenhang dementiezorg onderschrijven.</li> <li>• De regiocoördinator van het NDG ondersteunt de lokale coördinatoren bij ontwikkeling en uitvoering van de implementatie van de Zorgstandaard in de lokale netwerken dementie.</li> </ul>
Zorgverzekeraars	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De huisartsen zijn verantwoordelijk voor diagnostiek en adequate verwijzing en afspraken over regio. De Groninger huisartsen coöperatie ondersteunt huisartsen</li> </ul>

	<p>en Zorgadvies Groningen ondersteunt huisartsen in netwerken ouderenzorg (waaronder ook dementie).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het NDG heeft een faciliterende rol naar alle ketenpartners om de werkwijze in alle fasen van het zorgtraject zichtbaar te maken en te verbeteren (Zorgstandaard Dementie 2020)</li> </ul>
Zorgverzekeraars en DBC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lokale zorgaanbieders en huisartsen werken samen aan Advanced Care Planning.</li> </ul>
WLZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Warme overdracht van extra- naar intramurale zorg</li> </ul>

Alle ketenpartners werken samen met een coördinator van het lokale en regionale netwerk dementie.

## Samenwerking

Samenwerking tussen de ketenpartners en elkaar kennen in de keten zijn de sleutel tot succes voor goede dementiezorg. Als de onderlinge schotten tussen organisaties blijven bestaan komt de samenwerking niet goed tot stand. We hebben met elkaar laten zien dat de samenwerking op gang komt in 9 lokale netwerken. Het lokale bestuur heeft een belangrijke rol om deze samenwerking te blijven steunen en bevorderen. Zij zijn verantwoordelijk voor het maken en borgen van afspraken tussen lokale gemeenten, provincies en zorgverzekeraars.

Op bestuurlijk niveau (NDG, GHC, Palliatief netwerk Menzis, Alzheimer Centrum Groningen en Zorgaanbieders) moeten organisatie blijvend met elkaar in gesprek omtrent het vraagstuk dementie. Het is wenselijk om meer eenduidigheid te verkrijgen over de werkwijze bij alle ketenpartners in de niet-pluis fase en diagnostische fase, conform afspraken volgens de Zorgstandaard Dementie. Alleen op deze manier zijn we in staat dementiezorg in de regio te blijven leveren.

Van het bestuur (NDG) wordt verwacht dat zij een actieve rol speelt in het verbinden van de verschillende ketenpartners in de dementiezorg. Zij organiseert daarvoor een jaarlijkse ketenpartnerraad

## Algemene randvoorwaarden voor succes

Bestuurlijk draagvlak en commitment om samen te leren verbeteren en verantwoordelijkheid te dragen voor de ontwikkeling en uitvoering van dit actieplan, dat bijdraagt aan een betere vindbaarheid en toegankelijkheid van persoonsgerichte integrale dementiezorg in de provincie Groningen. Dit is nodig om mensen met dementie en hun naasten in de regio goed te kunnen (blijven) ondersteunen.

Ons doel is dat alle ketenpartners vanuit dezelfde basis opereren met betrekking tot dementiezorg. De uitgangspunten hierbij zijn:

- Meer mensen met dementie langer thuis (wanneer mogelijk) met begeleiding van een casemanager dementie;
- Eenduidigheid in de aanpak van dementiezorg (implementatie van de Zorgstandaard Dementie 2020);
- Beroepskrachten kennen elkaar en weten elkaar te vinden, lokaal en in de regio;
- De formele en informele zorg werkt nauw samen en laat zien wat ze voor elkaar kunnen betekenen (gelijkwaardig samenwerken).

## Leeswijzer

In de volgende hoofdstukken worden achtereenvolgens de volgende onderwerpen toegelicht:

Hoofdstuk 2: verbeteren vindbaarheid en toegankelijkheid (doel 1)

Hoofdstuk 3: verbeteren kwaliteit in de keten (doel 2)

Hoofdstuk 4: professionaliseren van de dienstverlening (doel 3)

Hoofdstuk 5: (bestuurlijke) borging van het regionale netwerk en lokale netwerken (doel 4)

Hoofdstuk 6: benodigde investeringen

Hoofdstuk 7: wat gebeurt er als we dit allemaal niet doen

Hoofdstuk 8: waar staat het netwerk voor en hoe gaan we alle belangen behartigen?

Hoofdstuk 9: akkoordverklaring



### 3. Vindbaarheid en toegankelijkheid

In dit hoofdstuk worden de activiteiten die de vindbaarheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid van informatie over dementie helpen bevorderen toegelicht.

#### Inleiding

In de regio Groningen is van een groot deel van thuiswonende mensen met dementie (> 5000) niet bekend of er een vorm van ondersteuning geboden wordt. Hierover bestaan verschillende aannames, maar uit de praktijk blijkt dat mensen met dementie het moeilijk vinden om hulp te vragen. Anderen zijn onvoldoende bekend met mogelijkheden voor ondersteuning (informatie en advies). Omdat ziekte-inzicht bij mensen met beginnende dementie vaak vermindert, ligt er veel druk op de naasten/mantelzorger. Beiden zijn gebaat bij vroegtijdige onderkenning en erkenning van signalen en adequate ondersteuning.

#### Prestatie doelstelling vindbaarheid en toegankelijk

In alle gemeenten in de regio Groningen is voor burgers informatie over dementiezorg beschikbaar en vindbaar. Mensen met dementie, mantelzorgers en zorgprofessionals weten wie, wanneer, welke ondersteuning levert. De dementiezorg die wordt geleverd door verschillende ketenpartners is toegankelijk voor iedereen. De dementiezorg is eenduidig, het maakt niet uit in welke gemeente je woont.

Door:

- Ieder gemeente heeft een lokaal netwerk dementie dat zorgt voor samenhang, samenwerking en afstemming dementiezorg;
- Iedere gemeente heeft een lokaal netwerk dementie dat fungeert als helpdesk voor vragen;
- Iedere gemeente beschikt over een lokale wegwijzer dementiezorg;
- De website van het NDG ontsluit landelijke, regionale en lokale informatie;
- Het NDG heeft een up to date adressenbestand
- Alle gemeenten zijn dementievriendelijk

#### Beoogd eindresultaat

(beter) Vindbare informatie zal bijdragen aan:

- Het vergroten van kennis over dementie bij alle betrokkenen;
- Het vroegtijdig signaleren van dementie/het eerder in gang zetten van diagnostiek;
- Het beantwoorden van vragen;
- Het ondersteunen van de mantelzorg;
- Het eerder in gang zetten van ondersteuning door casemanagers voor mensen die thuis wonen met dementie;
- Het hanteren van dezelfde kernboodschap door ketenpartners;
- Het ondersteunen van wij-teams en WMO-consulenten.

Daarnaast is het wenselijk dat in alle gemeenten dezelfde dementiezorg wordt geleverd en gewaarborgd. Ketenpartners leveren dementiezorg op maat en stemmen werkzaamheden af en informeren en consulteren elkaar. Ketenpartners benoemen samen in het lokale netwerk thema's en formuleren ambities die ze omzetten in concrete uit te voeren acties.

Het beoogde resultaat eind 2023 is dat meer dan 35% van de mensen met dementie die thuis wonen begeleid worden door een casemanager dementie (CMD). Nu is dat 29%.

#### Activiteiten en verantwoordelijken

De volgende activiteiten zullen worden uitgevoerd om de vindbaarheid en toegankelijkheid te verbeteren:

#	Beschrijving activiteit	Wie
	Informatievoorziening algemeen	

#	Beschrijving activiteit	Wie
1	Voor mensen met dementie en allen die in aanraking komen met dementie de informatie over ondersteuning en zorg op maat beschikbaar maken (helpdesk, fysiek/digitaal en schriftelijk lokale nieuwsbrief )	ketenpartners en lokale netwerkcoördinatoren Regio coördinator
2	Onderhouden website NDG	NDG
3	Button op websites gemeenten die rechtstreeks doorklikt naar Alzheimer Nederland	Gemeenten en Alzheimer Nederland
4	De lokale en regionale wegwijzers vullen met informatie op alle onderdelen van dementiezorg op de website van het NDG	Lokale ketenpartners leveren aan, NDG houdt website up-to-date
5	Implementatie stroomschema disgnostiek CMD irt huisartsen	Casemanagers dementie
<b>Informatievoorziening huisartsen</b>		
6	Communicatie en samenwerking tussen huisartsen en casemanagers dementie verbeteren	lokale coördinatoren van NDG

### Meten van succes

Bovenstaande activiteiten hebben als doel de vindbaarheid en toegankelijkheid van informatie en dementiezorg te vergroten. Om het succes van de verschillende interventies te monitoren zullen de volgende metingen/evaluaties uitgevoerd worden:

- Meten van website gebruik (na doorvoering van wijzigingen).
- Doorverwijzingen van huisartsen naar CMD monitoren na verbeteren van informatievoorziening aan huisartsen.
- Bereikbaarheid en toegang tot ondersteuning dementiezorg evalueren.
- Evaluatie/enquête samenwerking huisartsen en casemanagers en effecten van tools
- Inzichtelijk maken van het aantal Multi Disciplinaire Overleggen MDO's (huisartsen, casemanager, POH, etc.)

### Randvoorwaarden voor succes

Om de informatievoorziening goed op te zetten is ondersteuning nodig van een websitespecialist die de huidige website kan verbeteren en interactiever kan maken. Aanvullende teksten zullen worden aangeleverd door de ketenpartners.

Om de informatievoorziening richting de huisartsen te verbeteren is deelname van de huisartsenkoepel essentieel. Het bestuur NDG heeft hier een belangrijke rol in om dit te realiseren.

Het vergroten van doorverwijzingen naar casemanagers dementie vereist dat er voldoende gekwalificeerde casemanagers dementie beschikbaar zijn. Dit moet door zorgverzekeraars en zorgaanbieders geregeld worden.

NB: de zorgverzekeraar heeft een belangrijke rol in het vaststellen waarin geïnvesteerd zal worden. Hier kunnen betere afspraken over gemaakt worden, meer regie en eenduidigheid. Huisartsen en zorgaanbieders zijn ondernemers, maar Menzis kan hierin besluiten nemen en doorvoeren, bijvoorbeeld door meer casemanagers in functie op te leiden. Kwaliteit en scholing van CMD's is een verantwoordelijkheid van de Zorgaanbieder.

## 4. Kwaliteit in de keten

In dit hoofdstuk worden de activiteiten die de kwaliteit van zorg in de keten helpen verbeteren toegelicht.

### Prestatiedoelstelling Kwaliteit

De Zorgstandaard Dementie (2020) biedt het kader voor goede dementiezorg. In 2025 moet de Zorgstandaard Dementie in alle regionale en lokale netwerken dementie zijn geïmplementeerd:

- Iedere gemeente heeft een lokaal netwerk dementie met een coördinator, die de verbinding legt tussen de verschillende ketenpartners in het hele traject van dementie.
- Ieder lokaal netwerk heeft een strategisch plan 2023- 2025 voor de implementatie van de Zorgstandaard dementie;
- Er is actieve deelname van ketenpartners dementiezorg in het lokaal netwerk dementie;
- Er is een regionale netwerkcoördinator beschikbaar ter ondersteuning van lokale en regionale ketenpartners;
- Er is landelijk aanbod voor scholing en ondersteuning beschikbaar.

Voor de implementatie zijn lokale netwerken dementie nodig waar ketenpartners in alle fasen van het zorgtraject samenwerken. Samen bepalen ze de prioriteiten op welke onderdelen de Zorgstandaard (allereerst) te implementeren in de lokale dementiezorg.

### Beoogd eindresultaat

Per jaar stellen de ketenpartners gezamenlijk vast welke onderdelen van de Zorgstandaard worden geïmplementeerd in de lokale netwerken.

### Activiteiten en verantwoordelijken

De volgende activiteiten zullen worden uitgevoerd om het gewenste doel te bereiken:

#	Beschrijving activiteit	Wie
<b>Communicatie en samenwerking</b>		
1	Actieve deelname huisartsenkoepel realiseren	Bestuur GHC en Bestuur NDG
2	Informeren ketenpartners (ketenpartnerraad, jaarverslagen, voortgang actieplan)	NDG
3	De 9 coördinatoren van de in ontwikkeling zijnde lokale netwerken dementie organiseren bijeenkomsten waar partners elkaar leren kennen (formeel en informeel) en samenwerkingsafspraken worden gemaakt, thema's worden benoemd, ambities geformuleerd en acties gezamenlijk uitgevoerd. (Eind 2023 werken in alle Groningen gemeenten beroepskrachten en vrijwilligers vanuit verschillende organisaties samen in de keten dementiezorg vanuit een lokaal netwerk dementie) In de gemeente Groningen is de ontwikkeling van het netwerk in voorbereiding.	NDG / lokale ketenpartners
4	Faciliteren en ondersteunen van ketensamenwerking in lokale netwerken en borgen van een lokale coördinator dementie (met als doel meer efficiëntie, meer eenduidigheid over aanpak en werken aan preventie)	Menzis zorgaanbieders en gemeente en regio coördinator NDG
<b>Rollen en verantwoordelijkheden</b>		
5	Er zijn afspraken over regie en zorgcoördinatie tussen huisartsen en zorgaanbieders en de rol van de POH en casemanager dementie m.b.t. diagnostiek, ondersteuning en regie <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is helderheid over rollen ketenpartners.</li> <li>• Er is bestuurlijk overleg tussen het NDG /Menzis en het GHC over de rol en positie van de huisarts in dementiezorg: wie heeft de lead?</li> <li>• Er is een instrument (beslisboom) beschikbaar die door alle huisartsen gebruikt wordt in de niet pluisfase en diagnostische fase van dementie (in ontwerp) en vooral bedoeld is om CMD in te kunnen zetten</li> <li>• De wensen van mensen met dementie worden gewaarborgd in het regionale stappenplan Advance Care Planning (ACP). (scholing)</li> </ul>	Menzis GHC Ketenpartners NDG
<b>Scholing en training</b>		

#	Beschrijving activiteit	Wie
6	Organiseren ondersteuning lokale coördinatoren voor de implementatie van de Zorgstandaard.	Alzheimercentrum Groningen, Team 290 Regio coördinatie NDG
7	Organiseren trainingen in alle gemeenten om daarmee de kennis over dementie onder de bevolking te vergroten.	St. Alzheimer Groningen/ Nederland
<b>Monitoring en Evaluatie</b>		
8	Een jaarlijkse evaluatie op proces, structuur en uitkomsten van lokale dementiezorg geeft informatie over hoe er in de keten lokaal wordt samengewerkt en hoe mensen met dementie en hun naaste de zorg ervaren. Met de uitkomsten van een jaarlijkse evaluatie dementiezorg die overigens ook als een nulmeting kan fungeren, kunnen ketenpartners samen leren de dementiezorg lokaal te verbeteren. (Met Zorgstandaard als leidend kader) De uitvoering van de Monitor in alle gemeenten zal waar kan in 2024 worden uitgevoerd. In samenwerking met st Alzheimer Groningen onderzoeken of met het instrument Klantarena meer inzicht krijgen in klanttevredenheid.	Coördinatoren lokale netwerken en Regio coördinator. De ketenpartners leveren input voor de monitor. St. Alzheimer Groningen

### Metten van succes

- Door het uitvoeren van een evaluatie wordt zichtbaar hoe er wordt samengewerkt in de keten dementiezorg in gemeenten. Mensen met dementie en/of hun naasten kunnen worden bevraagd op tevredenheid.
- Een jaarlijkse rapportage over de stand van zaken van de ontwikkeling en samenwerking in het lokale netwerk dementie. Deze rapportage wordt gepresenteerd aan het bestuur van het NDG
- Inzicht in het aantal afgenomen trainingen door gemeenten van Alzheimer Nederland.
- Inzichtelijk maken van het aantal lokale netwerkbijeenkomsten dat is georganiseerd en de resultaten.
- Inzichtelijk maken van het aantal lokale netwerken en de werking daarvan.
- Inzichtelijk maken van aantal lokale netwerkcoördinatoren en de effectiviteit.
- Evalueren betrokkenheid huisartsenkoepel in bestuur en dagelijkse uitvoering.

### Randvoorwaarden voor succes

Er zijn financiële middelen nodig voor de (door)ontwikkeling en uitvoering van de monitor (Menzis). Daarnaast is verdere investering in lokale netwerken dementie met lokale coördinatoren nodig (Menzis, Zorgaanbieders, gemeenten).

Ook is er financiering nodig vanuit Menzis om dementiezorg in de regio uit te voeren. En is er financiering nodig vanuit de WMO-begeleiding, ondersteuning van de mantelzorg en het leveren van respijtzorg.

Het is noodzakelijk dat de organisatorische en financiële kaders worden ontschot. Er zijn nu te veel belangen. We willen de slagkracht van de mensen in het veld optimaliseren en zorgen dat ze vertrouwen krijgen in elkaars expertise en kwaliteit (niet iedereen hoeft aan tafel te zitten).

Als laatste is de wens groot dat we het gezamenlijk beleidsmatig voor elkaar krijgen en niet blijven steken in de praktische haalbaarheid. Het is nodig dat er bestuurlijke afspraken worden gemaakt over eenduidige dementiezorg en implementatie van de zorgstandaard 2021.

## 5. Professionaliteit van de dienstverlening

In dit hoofdstuk worden de activiteiten die de professionaliteit van de dienstverlening helpen bevorderen toegelicht.

Mensen met dementie hebben meestal veel vragen. Vragen die niet altijd door een huisarts worden beantwoord. Dementiezorg kan niet alleen vanuit een medisch model worden benaderd. De casemanager dementie biedt ondersteuning bij vragen op breed maatschappelijk terrein. De dementiezorg moet persoonsgericht en integraal zijn. Huisartsen en specialisten moeten tijdig casemanagement dementie in gang zetten.

### Prestatiedoelstelling professionaliteit

- Meer dan 35% van mensen met dementie en hun naasten maken gebruik van een casemanager dementie;
- Iedere gemeente heeft een lokaal netwerk dementie met een coördinator als verbinder van de lokale keten dementiezorg;
- Casemanagers dementie in functie bij alle zorgaanbieders beschikbaar;
- Casemanagers dementie nemen deel aan de MDDT 's van het NDG;
- Ketenpartners maken gebruik van een regionaal en landelijk scholingsaanbod;
- In alle gemeenten werken ketenpartners samen aan goede dementiezorg en zorgen voor samenhang, samenwerking en afstemming.
- Alle casemanagers dementie gebruiken tools voor een betere samenwerking met de huisartsenpraktijk voor een betere instroom en doorstroom bij diagnostiek
- Alle ketenpartners werken mee aan de regionale introductie van een éénduidig stappenplan ACP

### Beoogd eindresultaat

- Huisartsen en specialisten schakelen altijd, wanneer nodig, voor-, tijdens of na een diagnosetraject een casemanager dementie in.
- Er zijn voldoende wijkverpleegkundigen beschikbaar met de functie dementie.
- Meer aandacht voor het mogelijk opschalen en afschalen van zorg (1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn) bij ketenpartners.
- Aanbieders maken (bij)scholing van casemanagers dementie mogelijk.
- Deelname van alle casemanagers dementie aan Multidisciplinaire Teams Dementie.
- Casemanagers werken regionaal samen aan de professionalisering van het casemanagement dementie, bijvoorbeeld door het ontwikkelen en implementeren van nieuwe tools.
- Er zijn veel wisselingen in het personeel van CMD-ers. Hoe borgen organisaties de continuïteit?

## Activiteiten en verantwoordelijken

De volgende activiteiten zullen worden uitgevoerd om het gewenste doel te bereiken:

#	Beschrijving activiteit	Wie
1	Bepalen op welke onderdelen professionalisering moet plaatsvinden (in de samenwerken tussen, casemanagers, huisartsen en specialisten dementie)	NDG ketenpartners
2	Positioneren van CMD in de keten	NDG Zorgaanbieders
3	Kwaliteit van dementiezorg bij specifieke groepen vergroten door scholing (migranten, jonge mensen met dementie, mensen met een beperking)	Zorgaanbieders, GHC, Alzheimer Nederland
4	Gezamenlijk vaststellen gewenste kwaliteit van CMD's (wijkverpleegkundige in rol CMD of in functie CMD)	Lokale netwerken, zorgaanbieders en zorgverzekeraar

Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor deze activiteiten.

### Metten van succes

- Door jaarlijkse registratie wordt zichtbaar of er een toename is van het aantal personen met dementie en hun naaste die ondersteuning krijgen van een CMD
- NDG verwerkt gegevens en maakt het verschil zichtbaar door rapportages)
- De ontwikkeling van een landelijk register dementie levert data op gebied van dementiezorg

### Randvoorwaarden

- Er moeten voldoende CMD's beschikbaar zijn en er moet geïnvesteerd worden in het opleiden van casemanagers dementie
- Verbinden van wetenschappelijk onderzoek en de praktijk van dementiezorg (Alzheimercentrum Groningen)
- Afspraken op bestuurlijk niveau tussen specialisten en huisartsen (0<sup>e</sup>, 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn)

## 6. Bestuurlijke borging van het netwerk

In dit hoofdstuk worden de activiteiten die de bestuurlijke borging van het netwerk helpen bevorderen toegelicht.

### Prestatie doelstelling bestuurlijke borging

- Zorgverleners en zorgaanbieders dementiezorg en gemeenten verbinden zich aan de lokale en regionale ketenzorg dementie;
- De uitvoering van het actieplan dementie is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle ketenpartners;
- Er is een regio coördinator van het NDG die de lokale netwerken dementie faciliteert en ondersteunt;
- Er is een boven regionale (bestuurlijke) samenhang, samenwerking en afstemming op gebied van dementiezorg
- Gemeenten en zorgaanbieders committeren zich aan de uitvoering van het actieplan 2023-2024.

Om de gewenste resultaten uit het netwerk te halen is het belangrijk dat de initiatieven die vanuit het NDG in ontwikkeling zijn, zijn verankerd en geborgd op bestuurlijk en lokaal niveau.

### Beoogd resultaat

Alle ketenpartners in het regionale netwerk dementie Groningen verbinden zich aan een verdere ontwikkeling en uitvoering van het actieplan 2023.

### Activiteiten en verantwoordelijken

#	Beschrijving activiteit	Wie
1	Periodiek organiseren van bestuurlijke overleggen waar verschillende inhoudelijke en bestuurlijk thema's besproken zullen worden	Regiocoördinator NDG en NDG Bestuur
1	Verder bouwen van lokale netwerken dementie door het versterken van relaties en het verbinden ketenpartners op de persoonsgerichte integrale zorg. En door het uitwerken van gezamenlijk geformuleerde ambities van in concrete actie in lokale en regionale focusgroepen	NDG ketenpartners, zorgaanbieders, gemeenten.
2	Versterken van bestuurlijke samenwerking en afstemming op beleid en uitvoering van acties op gebied van dementiezorg met externe relaties / andere netwerken (Alzheimercentrum Groningen, GHC, palliatief netwerk, netwerken eenzaamheid)	NDG bestuur en regio coördinator
3	Delen van kennis en initiatieven door ketenpartners in de ketenpartnerraad 1 keer per jaar	NDG Bestuur/ regio coördinator
4	Verder ontwikkelen en faciliteren van een éénduidige PR en communicatiestrategie door lokale netwerken dementie	Regiocoördinator NDG en lokale netwerk coördinatoren dementie

### Metten van succes

- Evaluatie en monitoren van acties in kwartaalrapportages en jaarverslagen
- Evaluatie acties in ketenpartnerraad 2x per jaar

### Randvoorwaarden

- Vaststellen actieplan door ketenpartners NDG
- Financiering voor bepaalde tijd
- Bestuurlijke afstemming Menzis en NDG

## 7. Benodigde investeringen

In de onderstaande tabel worden de benodigde investeringen voor de acties benoemd in dit actieplan uiteengezet.

<b>Personeelskosten</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
<i>Regionale netwerk coördinatie</i>	90.000	60.000	60.000
<i>Lokale netwerk coördinatie</i>	118.820	108.000	-
<i>Secretariaat/netwerkondersteuning</i>	15.000	7.500	7.500
<i>Ondersteuning scholing en ontwikkeling</i>	16.000	-	-
<b>Subtotaal personeelskosten</b>	<b>239.820</b>	<b>175.500</b>	<b>67.500</b>
<b>Overige personeelskosten</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
<i>MDDT /intervisie/coördinatie</i>	15.000	15.000	15.000
<b>Subtotaal overige personeelskosten</b>	<b>15.000</b>	<b>15.000</b>	<b>15.000</b>
<b>ICT Kosten</b>			
<i>Monitor ketenzorg</i>	-	-	10.000
<i>Website , infographic, helpdesk etc</i>	15.000	1.000	1.000
<b>Subtotaal ICT kosten</b>	<b>15.000</b>	<b>1.000</b>	<b>11.000</b>
<b>Algemene kosten</b>			
<i>Bijeenkomsten ketenpartnerraad</i>	2.000	-	2.000
<i>Lidmaatschap Dementie Netwerken Nederland</i>	500	500	500
<i>Leergemeenschap jonge mensen met dementie</i>	1.000	-	-
<i>Onvoorziene kosten</i>	9.460	5.000	5.000
<b>Subtotaal algemene kosten</b>	<b>12.960</b>	<b>5.500</b>	<b>7.500</b>
<b>Eindtotaal kosten</b>	<b>282.780</b>	<b>197.000</b>	<b>101.000</b>
<b>Resultaat</b>	<b>-37.362</b>	<b>3.000</b>	<b>-1.000</b>