



**NETWERK
DEMENTIE
GRONINGEN**
Samenwerkende Organisaties

Netwerk Dementie Groningen Jaarplan 2024

Geraldine Gort
Provinciaal coördinator Netwerk Dementie Groningen
november 2023

Inhoudsopgave

0. Samenvatting	4
<i>Waarom is dit actieplan belangrijk?</i>	4
1. Inleiding	5
<i>Doelen</i>	5
<i>Het netwerk NDG</i>	5
<i>Verantwoordelijkheden in de keten</i>	6
<i>Samenwerking</i>	6
<i>Algemene randvoorwaarden voor succes</i>	7
<i>Leeswijzer</i>	7
2. Vindbaarheid en toegankelijkheid	8
<i>Inleiding</i>	8
<i>Prestatie doelstelling vindbaarheid en toegankelijk</i>	8
<i>Activiteiten en verantwoordelijken</i>	9
<i>Meten van succes</i>	9
<i>Randvoorwaarden voor succes</i>	9
3. Kwaliteit in de keten	10
<i>Prestatiedoelstelling Kwaliteit</i>	10
<i>Beoogd eindresultaat</i>	10
<i>Activiteiten en verantwoordelijken</i>	10
<i>Meten van succes</i>	11
<i>Randvoorwaarden voor succes</i>	11
4. Professionaliteit van de dienstverlening	12
<i>Prestatiedoelstelling professionaliteit</i>	12
<i>Beoogd eindresultaat</i>	12
<i>Activiteiten en verantwoordelijken</i>	12
<i>Meten van succes</i>	13
<i>Randvoorwaarden</i>	13
5. Bestuurlijke borging van het netwerk	14
<i>Prestatie doelstelling bestuurlijke borging</i>	14
<i>Beoogd resultaat</i>	14
<i>Activiteiten en verantwoordelijken</i>	14
<i>Meten van succes</i>	14
<i>Randvoorwaarden</i>	14
6. Benodigde investeringen	15
7. Wat als we dit allemaal niet doen?	16

8.	Ten slotte	17
9.	Akkoordverklaring	18

0. Samenvatting

Voor u ligt een aangepaste versie van jaarplan 2023-2024 van Netwerk Dementie Groningen. Menzis zal als financier de komende jaren alleen nog voor het provinciaal netwerk in de kosten bijdragen. Met als gevolg een sterk afgeslankt provinciaal netwerk dementie vanaf 2023. Het NDG maakt in het jaar 2024 een belangrijke keuze op welke wijze het NDG het provinciaal netwerk dementie wil voortzetten en bekostigen. Dit betekent dat het NDG op zoek zal moeten naar toekomstbestendige financiële stromen om kwaliteit van provinciaal netwerk te behouden. Financiering van de lokale netwerken dementie ligt vanaf 2024 bij de gemeenten.

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"> • Informatievoorziening aan betrokkenen verbeteren (website, helpdesk, wegwijzers) • Betrokkenheid en informatievoorziening aan huisartsen verbeteren (inzetten van tools beslisbomen, infographics) • Communicatie en samenwerking tussen huisartsen en casemanagers verbeteren
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"> • Organiseren trainingen en bijeenkomsten voor gemeenten en andere partners • Scholing en ondersteuning lokale coördinatoren voor de implementatie van de Zorgstandaard • Uitvoeren jaarlijkse monitor over toegankelijkheid • Informatievoorziening aan ketenpartners verbeteren (jaarverslagen, actieplan) • Afspraken maken tussen huisartsen en zorgaanbieders
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"> • Positioneren van CMD in de keten • Bepalen op welke onderdelen professionalisering moet plaatsvinden • Kwaliteit van dementiezorg bij specifieke groepen vergroten
(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"> • Creëren van draagvlak voor een implementatietraject van de Zorgstandaard onder bestuurders • Versterken van bestuurlijke samenwerking en afstemming op beleid • faciliteren van een éénduidige PR en communicatiestrategie

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 neemt het aantal mensen met dementie toe en daardoor zal de druk op dementiezorg en mantelzorg onder druk komen te staan. Goede informatievoorziening en signalering (door de huisarts) en de kennis vergroten van dementie onder de bevolking, is dan ook essentieel. Wanneer we dit niet goed inrichten kunnen er schrijnende situaties ontstaan bij thuiswonende mensen met dementie. Van de mensen met de diagnose dementie woont 79% thuis! Ook zullen de maatschappelijke kosten op meerdere terreinen toenemen wanneer diagnostiek, ondersteuning en begeleiding te laat op gang komen.

1. Inleiding

Voor u ligt het jaarplan 2024 van Netwerk Dementie Groningen. Dit jaarplan is gebaseerd op het actieplan 2021-2022.

Het NDG streeft ernaar de dementieketen verder te versterken en te verankeren. In 2024 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 provinciale coördinator, de coördinatoren van de lokale netwerken dementie, 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.

Doelen

Dit actieplan is gestoeld op de volgende vier hoofddoelen:

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 jaren invulling aan gaat geven.

Het netwerk NDG

Het NDG is een netwerk van gemeenten, (thuis)zorgaanbieders en welzijnsorganisaties in de provincie Groningen. 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 vanaf 2023 nog maar een deel van de financiering voor haar rekening. Momenteel zijn er 20 (thuis)zorgaanbieders die casemanagement dementie leveren in de provincie Groningen. Er zijn 90 casemanagers dementie 1^e lijn werkzaam bij de verschillende vvt organisaties en 30 casemanagers dementie 2^e lijn bij Team290.

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?

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">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.
WMO en Zorgverzekeraars (ZV)	<ul style="list-style-type: none">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 (dementiebeleid) en partijen bij elkaar brengen en de noodzaak van samenhang dementiezorg onderschrijven.De provinciale coördinator van het NDG ondersteunt de lokale coördinatoren bij ontwikkeling en uitvoering van de implementatie van de Zorgstandaard 2020 in de lokale netwerken dementie.
Zorgverzekeraars	<ul style="list-style-type: none">De huisartsen zijn verantwoordelijk voor diagnostiek, adequate verwijzing en afspraken over regie. De Groninger huisartsen coöperatie (nu DokNoord) ondersteunt huisartsen en Zorgadvies Groningen ondersteunt huisartsen in netwerken ouderenzorg (waaronder ook dementie).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)
Zorgverzekeraars en DBC	<ul style="list-style-type: none">Lokale zorgaanbieders en huisartsen werken samen aan Advanced Care Planning.
WLZ	<ul style="list-style-type: none">Warme overdracht van extra- naar intramurale zorg

Alle ketenpartners werken samen met de coördinator van het lokale en provinciale 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 8 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 (thuis)zorgaanbieders) moeten organisaties blijvend met elkaar in gesprek omtrent het vraagstuk dementie. Het is wenselijk om meer eenduidigheid te verkrijgen over de werkwijze bij alle ketenpartners in alle fasen van het dementieproces volgens richtlijnen van de Zorgstandaard Dementie 2020.

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

2. Vindbaarheid en toegankelijkheid

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

Inleiding

In de provincie Groningen is van een groot deel van thuiswonende mensen met dementie niet bekend of er een vorm van ondersteuning wordt geboden. 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, het stellen van een diagnose en adequate ondersteuning.

Prestatie doelstelling vindbaarheid en toegankelijk

In alle gemeenten in de provincie 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, provinciale 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 mantelzorger;
- Het eerder in gang zetten van ondersteuning door casemanagers voor mensen met dementie die thuis wonen;
- 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, 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 2024 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		
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 provinciaal 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
Informatievoorziening huisartsen		
6	Communicatie en samenwerking tussen huisartsen en casemanagers dementie verbeteren	lokale coördinatoren provinciaal coördinator

Metten 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 worden geregeld.

3. Kwaliteit in de keten

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

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 provinciale netwerkcoördinator beschikbaar ter ondersteuning van lokale en provinciale 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
Communicatie en samenwerking		
1	Actieve deelname huisartsenkoepel realiseren	Bestuur GHC en Bestuur NDG
2	Informeren ketenpartners (ketenpartnerraad, jaarverslagen, voortgang actieplan)	NDG
3	De coördinatoren van de lokale netwerken dementie organiseren bijeenkomsten waar partners elkaar leren kennen (formeel en informeel), samenwerkingsafspraken worden gemaakt, thema's worden benoemd, ambities geformuleerd en acties gezamenlijk uitgevoerd. (Eind 2024 werken in alle gemeenten beroepskrachten en vrijwilligers vanuit verschillende organisaties samen in de keten dementiezorg vanuit een lokaal netwerk dementie) Gemeente Groningen heeft projectleider aangesteld om 'Aanpak dagactiviteiten voor thuiswonenden met dementie' te concretiseren tot uitvoerbare projecten.	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 provinciaal coördinator NDG
Rollen en verantwoordelijkheden		
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"> • Er is helderheid over rollen ketenpartners. • 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? • 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 • De wensen van mensen met dementie worden gewaarborgd in het regionale stappenplan Advance Care Planning (ACP). (scholing) 	Menzis GHC Ketenpartners NDG

#	Beschrijving activiteit	Wie
Scholing en training		
6	Organiseren ondersteuning lokale coördinatoren voor de implementatie van de Zorgstandaard.	Alzheimercentrum Groningen, provinciaal coördinator NDG
7	Organiseren trainingen in alle gemeenten om daarmee de kennis over dementie onder de bevolking te vergroten.	St. Alzheimer Groningen/ Nederland
Monitoring en Evaluatie		
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 dementie 2020 als leidend kader) De uitvoering van de Monitor in alle gemeenten zal waar mogelijk is in 2024 worden uitgevoerd.	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 (ketenpartners, 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 mantelzorger en het leveren van respijtzorg.

Het is noodzakelijk dat de organisatorische en financiële kaders worden ontschot. Er zijn nu te veel eigen organisatie belangen. We willen de slagkracht van de professionals in het werkveld optimaliseren en zorgen dat ze vertrouwen krijgen in elkaars expertise en kwaliteit.

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 dementie 2020.

4. Professionaliteit van de dienstverlening

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

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 zorg 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 en scholingen 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

Beoogd eindresultaat

- Huisartsen en specialisten schakelen altijd in de niet pluis fase een casemanager dementie 1^e lijn in.
- Er zijn voldoende casemanagers dementie in de functie CMD.
- Meer aandacht voor het mogelijk opschalen en afschalen van zorg (1^e en 2^e 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 samenwerking 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 met dementie, jonge mensen met dementie, mensen met verstandelijke beperking met dementie)	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^e, 1^e en 2^e lijn)

5. Bestuurlijke borging van het netwerk

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

Prestatie doelstelling bestuurlijke borging

- Zorgverleners en zorgaanbieders dementiezorg en gemeenten verbinden zich aan de lokale en provinciale ketenzorg dementie;
- De uitvoering van het actieplan dementie is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle ketenpartners;
- Er is een provinciale coördinator van het NDG die de coördinatoren van lokale netwerken 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 2024.

Activiteiten en verantwoordelijken

#	Beschrijving activiteit	Wie
1	Periodiek organiseren van bestuurlijke overleggen waar verschillende inhoudelijke en bestuurlijk thema's besproken zullen worden	provinciale coördinator 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, geriatrische netwerken)	NDG bestuur en provinciaal coördinator
3	Delen van kennis en initiatieven door ketenpartners in de ketenpartnerraad eenmaal per jaar	NDG Bestuur/ provinciaal coördinator
4	Verder ontwikkelen en faciliteren van een éénduidige PR en communicatiestrategie door lokale netwerken dementie	Provinciaal coördinator NDG en coördinatoren lokale netwerken 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

6. Benodigde investeringen

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

Personele kosten	2022	2023	2024
<i>Provinciale netwerk coördinatie</i>	90.000	60.000	66.000
<i>Lokale netwerk coördinatie</i>	118.820	108.000	
<i>Secretariaat/netwerkondersteuning</i>	15.000	7.500	8.000
<i>Ondersteuning scholing en ontwikkeling</i>	16.000	-	-
Subtotaal personele kosten	239.820	177.500	74.000

Algemene kosten	2022	2023	2024
<i>Bijeenkomsten ketenpartnerraad</i>	2.000	-	2.000
<i>Lidmaatschap Dementie Netwerken Nederland</i>	500	500	500
Subtotaal algemene kosten	2.500	500	2.500

Kosten kwaliteit	2022	2023	2024
<i>Deskundigheidsbevordering casemanagers dementie 1^e lijn MDDT /intervisie/coördinatie</i>	15.000	15.000	25.000
<i>Leergemeenschap jonge mensen met dementie</i>	1.000	-	-
Subtotaal kosten kwaliteit	16.000	15.000	25.000

Communicatie kosten	2022	2023	2024
<i>Website , infographic, helpdesk etc</i>	15.000	1.000	2.000
Subtotaal communicatie kosten	15.000	1.000	2.000

Onvoorziene kosten	2022	2023	2024
<i>Onvoorziene kosten</i>	9.460	5.000	5.000
Subtotaal Onvoorziene kosten	9.460	5.000	5.000

Eindtotaal kosten	282.780	199.000	108.500
--------------------------	----------------	----------------	----------------

7. Wat als we dit allemaal niet doen?

In de komende jaren neemt het aantal mensen met dementie dat thuis woont toe. In 2022 was dat 75%, eind 2023 is dat gestegen naar 79% (bron: Alzheimer Nederland). Daardoor zal de dementiezorg en de mantelzorg nog meer onder druk 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 zien we de volgende risico's:

- Wanneer er geen vroegtijdig herkenning en erkenning is van dementie en er niet in een vroeg stadium ondersteuning wordt geboden zullen er schrijnende situaties ontstaan bij thuiswonende mensen met dementie (o.a. kunnen er onveilige situaties, eenzaamheid of ondervoeding ontstaan).
- Wanneer mensen de informatie over dementiezorg niet makkelijk kunnen vinden of iemand laagdrempelig kunnen consulteren kan de ondersteuning die nodig is te lang op zich laten wachten. Dit kan bijvoorbeeld leiden tot gezondheidsschade bij mensen met dementie en bij mantelzorgers.
- Wanneer mensen niet in het hele zorgtraject van dementie ondersteuning krijgen en plotseling moeten worden opgenomen in een ziekenhuis kan dit tot veel rouw en verlies leiden en leidt tot hogere zorgkosten.
- De maatschappelijke kosten op meerdere terreinen zullen toenemen wanneer diagnostiek, ondersteuning en begeleiding bij personen met dementie te laat op gang komt. Niet alleen voor de personen met dementie, maar ook voor de mantelzorger (ziekte door overbelasting, geen werk en toekomstperspectief, sociale armoede).
- Wanneer er te veel beroepskrachten bij een persoon met dementie en mantelzorger over de vloer komen en de zorg onvoldoende wordt afgestemd krijgen mensen verschillende boodschappen waardoor ze nog meer in de war raken met als gevolg dat ze zorg gaan mijden.
- Wanneer we niet investeren in scholing van huisartsen, POH'ers en casemanagers dementie kan de kwaliteit van zorg onvoldoende gewaarborgd worden.
- Wanneer we niet samenwerken in de keten dementiezorg is het niet mogelijk om de Zorgstandaard dementiezorg goed te implementeren.
- Wanneer alle betrokken organisaties steeds weer opnieuw zelf het wiel gaan uitvinden gaat dit ten koste van adequate en eenduidige zorg (waardoor de kosten alleen maar oplopen).
- Wanneer er onvoldoende CMD's werkzaam zijn zal de caseload bij een kleiner aantal toenemen en komt de kwaliteit van zorg voor mensen met dementie die thuis wonen onder hoge druk te staan.

8. Ten slotte

Het NDG streeft de volgende doelen na:

- Het bevorderen van de continuïteit en kwaliteit van leven voor thuiswonende mensen met dementie en hun naasten/mantelzorgers.
- Het integraal en samenwerken en organiseren van dementiegericht aanbod en kennisdeling, met de netwerkpartners vanuit de diverse domeinen (zorg, welzijn en medisch) in onze provincie.
- Het organiseren van een divers, transparant en toegankelijk aanbod van ondersteuning en zorg.
- Het bevorderen van de deskundigheid en kennisdeling van alle betrokken ondersteuners in de extramurale dementiezorg.
- Aansluiten bij landelijke en provinciale ontwikkelingen betreffende dementie.

Elke ketenpartner heeft haar eigen belangen om deel te nemen aan het netwerk. Deze belangen zijn niet altijd even scherp en expliciet gemaakt. Om de samenwerking te bevorderen willen we daarom met alle gemeenten en ketenpartners lokaal om tafel om een gezamenlijk vertrekpunt te verkrijgen.

Door de verschillende belangen duidelijk te maken hopen we de onderlinge samenwerking te bevorderen en betere zorg kunnen bieden aan mensen met dementie en hun naasten/mantelzorgers die thuis wonen in de provincie Groningen.

9. Akkoordverklaring

Dit actieplan is goedgekeurd door:

- Bestuur van het NDG, namens ...
- Politiek bestuur lokale gemeenten, namens ...
- Besturen van Groninger zorgaanbieders dementiezorg
- Menzis
- St. Alzheimer Groningen

Datum

Ondertekening