

# Regio Nijmegen

## Meerjarenplan dementie 2022-2024



## INHOUDSOPGAVE

|   |    |
|---|----|
| 1. Inleiding  | 3  |
| 1.1. Aanleiding   | 3  |
| 1.2 Doelen van het dementieprogramma                      | 3  |
| 1.3 Landelijke en regionale ontwikkelingen, beleidskaders | 4  |
| 1.4 Voldoende deskundig personeel                         | 5  |
| 1.5 Opbouw van het meerjarenplan                          | 6  |
| 2. Visie en maatschappelijk opgave dementieplatform       | 7  |
| 2.1 Visie   | 7  |
| 2.2 Missie  | 7  |
| 3. Analyse  | 8  |
| 3.1 Aantal mensen met dementie in de regio                | 8  |
| 3.2 Inventarisatie van behoeften en vragen                | 9  |
| 3.3 Analyse van de regio, knelpunten en kansen            | 9  |
| 3.3.1 Preventie   | 9  |
| 3.3.2 Vroegsignalering                                    | 10 |
| 3.3.3 Medische diagnostiek                                | 10 |
| 3.3.4 Zorgdiagnostiek                                     | 11 |
| 3.3.5 Zorg thuis, behandeling, begeleiding en steun       | 11 |
| 3.3.6 Ziekenhuiszorg                                      | 13 |
| 3.3.7 Woonvormen  | 13 |
| 3.3.8 Inzet technologie                                   | 13 |
| 3.3.9 Overdracht en nazorg                                | 13 |
| 3.3.10 Verbinding met onderzoek en innovatie              | 13 |
| 3.4 Speerpunten en doelen                                 | 14 |
| 4. Evaluatie en monitoring                                | 15 |
| BIJLAGEN  | 16 |
| Bijlage 1: structuur dementieplatform en Netwerk 100      | 16 |
| Bijlage 2: EPOS project                                   | 18 |
| Bijlage 3: project/netwerk i.o. ZONE                      | 20 |
| Bijlage 4: aanvullende cijfers zorgtrajectbegeleiding     | 21 |

## 1. INLEIDING

### 1.1 Aanleiding

Geschat wordt dat er in Nederland op dit moment ongeveer 290.000 mensen met dementie zijn (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM], 2021). De verwachting is dat dit oploopt tot 500.000 gevallen in 2040 en 620.000 gevallen in 2050 (Alzheimer Nederland, 2021). Gemiddeld zijn er per huisartsenpraktijk dertien mensen met dementie en per jaar komen daar gemiddeld twee mensen met dementie bij. De kans om dementie te krijgen stijgt met de leeftijd: in de leeftijdsgroep 60-64 jaar is de incidentie 0,4 per 1.000 mensen met dementie per jaar en in de leeftijdsgroep boven 85 jaar is dat 26,5 per 1.000 mensen met dementie per jaar<sup>1</sup>. Het is belangrijk om hier zo goed mogelijk op te anticiperen en te zorgen voor goede kwaliteit van zorg voor deze patiëntengroep.

In de afgelopen jaren heeft Netwerk 100 zich via de themagroep dementie onder andere gericht op casemanagement dementie, dementievriendelijke samenleving en migranten en dementie. Dit meerjarenplan dementie gaat over de periode 2022-2024 en geeft richting aan de activiteiten die onder regie van het dementieplatform plaatsvinden. Voor de samenstelling van het dementieplatform zie bijlage 1. We nemen de externe eisen (zorgverzekeraars, inspectie) mee in de doelen van dit meerjarenplan.

### 1.2 Doelen van het dementieprogramma

Het dementieplatform verwoordt als hoofddoel van het dementieprogramma in de regio: verantwoorde welzijn en zorg, rond de mensen met dementie en mantelzorgers, in afstemming tussen de organisaties, waarbij centraal staat:

- het opsporen van mensen met dementie,
- het bieden van een integrale aanpak die aansluit bij de vraag van de oudere, zodat zij hun leven op hun eigen wijze vorm kunnen blijven geven,
- het delen van kennis: ervaringskennis, praktijkkennis, onderzoekkennis,
- implementatie van de herziene zorgstandaard dementie,
- het stimuleren en ondersteunen van een dementievriendelijke samenleving.

Deze doelen worden in samenwerking met ouderen, het Doelgroepspanel van Netwerk 100, de regionale afdeling van Alzheimer Nederland en de Dementieadviesgroep (waarin personen met dementie participeren) van het Radboudumc Alzheimer Centrum vastgesteld.

In het overleg van het dementieplatform worden de doelen geconcretiseerd aan de hand van een actieplan. In dit actieplan staan specifieke doelen vermeld. Het dementieplatform monitort en stelt deze doelen bij volgens de PDCA cyclus. *Het actieplan 2022-2024 is binnenkort beschikbaar.*

---

<sup>1</sup> NHG standaard 2020

### **1.3 Landelijke en regionale ontwikkelingen, beleidskaders**

Uniek in Netwerk 100 is dat welzijn, zorg én onderwijs bijeenkomen. Participatie van de doelgroep staat bij Netwerk 100 hoog in het vaandel. Het Doelgroeppanel denkt mee over de inhoud van dit meerjarenplan. Daarnaast is een stevige cliëntparticipatie gerealiseerd binnen het dementieplatform. Binnen het Doelgroeppanel houden twee leden zich actief bezig met het onderwerp dementie. Er is een linking pin constructie tussen Doelgroeppanel, dementieplatform en de regioafdeling Nijmegen van Alzheimer Nederland.

In dit meerjarenplan gaan we uit van wensen en behoeften van cliënten en mantelzorgers. Meer en meer samenwerkingsprocessen met de ouderen en (aankomende) professionals worden ontwikkeld met o.a. de Hogeschool Arnhem Nijmegen en ROC Nijmegen. Er zijn tevens relaties met het geneeskunde onderwijs. Het netwerk stelt de vraag aan de onderwijsorganisaties hoe zij zich inspannen om actueel onderwijs voor én met ouderen (ook ouderen met een dementie en mantelzorgers) te ontwikkelen.

Met dit meerjarenbeleidsplan komen we, naast het verwoorden van de eigen doelen vanuit de regionale ontwikkelingen, tegemoet aan de eisen van zorgverzekeraars en inspectie en sluiten we actief aan op de landelijke ontwikkelingen en kennisuitwisselingen.

#### **Afstemming met gemeenten Gelderland-Zuid**

Diverse gemeenten en aanbieders in ons werkgebied zijn geïnteresseerd of al doende met de dementievriendelijke samenleving. We hebben een zeer actieve regionale afdeling van Alzheimer Nederland, waar we goede contacten mee hebben. Ook nemen we deel aan de stuurgroep Gezond Ouder Worden van de gemeente Nijmegen.

Een afvaardiging van het dementieplatform gaat jaarlijks in gesprek met alle beleidsmedewerkers zorg en welzijn van de 8 gemeenten in de regio Gelderland-Zuid. Ook spreekt een afvaardiging van Netwerk 100 jaarlijks met iedere gemeente afzonderlijk. Onder andere de thema's dementievriendelijk en mantelzorgondersteuning komen aan de orde.

Het overheidsbeleid zoals verwoord in de notitie 'Juiste zorg op de juiste plek' is een goed denkkader voor onze regio en past ons goed. Daarnaast stimuleren we vanuit het dementieplatform alle initiatieven richting een dementievriendelijke samenleving. Denk hierbij aan een lokale aanpak dementievriendelijkheid in de buurt, de wijk en/of het dorp, waarin aandacht en steun van burgers, winkeliers, verenigingen, dienst- en hulpverleners en meer, voor mensen met dementie en hun mantelzorgers iets vanzelfsprekend wordt. Gestimuleerd onder andere door kennisbevordering en trainingsmogelijkheden (wat is dementie en hoe moet je ermee omgaan). We achten dit van groot belang in een samenleving die sterk vergrijsd en relatief gezien minder zorgpersoneel beschikbaar heeft. Zie ook [www.samendementievriendelijk.nl](http://www.samendementievriendelijk.nl). Het stimuleert ons in de uitwerking van de doelen en acties in dit meerjarenplan.

Veel van de bovengenoemde ontwikkelingen zien we terug in het kwaliteitskader voor de verpleeghuiszorg (persoonsgerichte zorg, voldoende professioneel personeel, interdisciplinair leren) en het hoofdlijnen akkoord wijkverpleging.

Onderzoek en innovatie worden gestimuleerd vanuit het Radboudumc Alzheimer Centrum.

### Stijl van werken: netwerkleaderschap

In de realisatie van onze plannen werken we vanuit de vier pijlers van netwerksamenwerking (zie afbeelding 1), zoals in het DementieNet onderzoek geconcludeerd wordt:

- Lokale netwerken formeren tussen professionals uit zorg- en welzijnssector, mantelzorgers en in nauwe samenwerking met burgerinitiatieven in de wijk,
- (Klinisch) Leaderschap organiseren en verbeteren via zogenoemde netwerkverbinders,
- Kort cyclisch verbeteren,
- Verbeteren van kennis door middel van interprofessioneel leren<sup>2</sup>.

De DementieNet aanpak is geïntegreerd in meer dan 30 netwerken voor ouderenzorg in de regio Gelderland-Zuid en wordt actief ondersteund door NEO Huisartsenzorg en Netwerk 100. Met VGZ zijn er gesprekken gaande over hoe de zorgverzekeraar deze netwerken verder kan faciliteren aangezien de DementieNet aanpak zowel de doelmatigheid als kwaliteit van zorg en samenwerking verbetert.



Afbeelding 1: vier pijlers van netwerksamenwerking

### 1.4 Voldoende deskundig personeel

Er worden personeelstekorten verwacht in zorg en welzijn. In de regio Gelderland-Zuid worden hier plannen voor ontwikkeld aan de WZW tafel. Het dementieplatform houdt zich bezig met deskundigheid en kwaliteitsvraagstukken (zie daarvoor het actieplan) en heeft geen invloed op werving en behoud van personeel. Wel zijn de tekorten reden te meer om de dementievriendelijke samenleving breeduit te stimuleren. Dat lost gebrek aan personeel niet op, maar biedt meer kans op aandacht en ondersteuning thuis voor mensen met dementie (denk daarbij ook aan het toenemend aantal alleenstaanden) en hun mantelzorgers, gegeven door buurtbewoners en andere ‘bekenden’ uit de sociale leefomgeving/maatschappelijke context.

<sup>2</sup> Proefschrift A. Richters, 2018, Network-based care for people with dementia: a complex transition

### **1.5 Opbouw van het meerjarenplan**

Dit meerjarenplan is als volgt opgebouwd: in hoofdstuk 1 worden aanleiding, behoeften van mensen met dementie en mantelzorgers alsmede de doelstellingen uiteengezet.

In hoofdstuk 2 wordt de visie, missie en de maatschappelijke opgave van het dementieplatform beschreven als ook de samenwerking met het Doelgroeppanel, de Klankbordgroep, regionale afdeling en Dementie Adviesgroep van Netwerk 100.

Hoofdstuk 3 bevat de feiten en cijfers over het aantal mensen met een dementie.

In hoofdstuk 4 wordt in het kort beschreven hoe het dementieplatform en het netwerk de evaluatie en monitoring gaan vormgeven en welke tools worden gebruikt.

## 2. VISIE EN MAATSCHAPPELIJKE OPGAVE DEMENTIEPLATFORM

### 2.1 Visie

De bevolking vergrijst en daarmee neemt het aantal ouderen met een dementie toe. Door verbetering van zorg en beter (minder ingrijpend) medisch beleid leven mensen met dementie langer en is er sprake van dubbele vergrijzing, ook onder mensen met dementie. Ouderen ontwikkelen zich meer en meer tot kritische zorgvragers met uitgesproken wensen ten aanzien van welzijn en de aard en kwaliteit van aangeboden zorg. Als gevolg daarvan verandert de ouderenzorg mee. Daarom is het belangrijk om met een divers en flexibel zorgaanbod in te spelen op de gevarieerde vraag.

Ook krijgen we meer en meer zicht op jonge mensen met dementie: het opsporen van mensen met dementie op jonge leeftijd en hun specifieke behoeften.

Ons streven is erop gericht mensen met dementie met de benodigde welzijn, zorg en (professionele) ondersteuning zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen met een zo groot mogelijke mate van welbevinden en eigen regie. Het uitgangspunt is altijd een menswaardig bestaan; menswaardig in de beleving van de oudere zelf. Wat iemand als menswaardig thuis/zelfstandig wonen ervaart, is het uitgangspunt. Dat kan alleen worden bereikt als de zorg- en welzijnsinstellingen in de regio samenwerken op het gebied van dementie, met inbreng van mantelzorgers en burgers. Het is van belang dat welzijn en zorg voor alle stadia van de dementie goed op elkaar aansluiten.

### 2.2 Missie

Het dementieplatform stelt het belang van de cliënt met dementie en zijn/haar mantelzorger voorop. Vanuit die betrokkenheid heeft het dementieplatform zich tot doel gesteld de beste geïntegreerde zorg en welzijn voor alle stadia van dementie te leveren. Dementiezorg die voldoet aan landelijke kwaliteitseisen en die zoveel mogelijk is afgestemd op elkaar en op de wensen van de cliënten met dementie en zijn/haar mantelzorger. Het ultieme doel is dat cliënten met dementie zolang mogelijk in hun eigen huis en hun vertrouwde omgeving kunnen wonen en functioneren.

Kernwaarden die Netwerk 100 bindt en uitdraagt: **welbevinden, oudere aan het stuur, menswaardigheid, inleven en co-creatie**. Deze kernwaarden zijn ontwikkeld met ouderen van Netwerk 100.

Onze werkwijze is gebaseerd op participatie, verbinding, kennisdeling en gezamenlijke verantwoordelijkheid.

### 3. ANALYSE

In dit hoofdstuk geven we de regionale cijfers weer, o.a. van het casemanagement. We bespreken welke kansen en knelpunten dit oplevert, in relatie tot de geïnventariseerde behoeften en de landelijke richtlijnen.

#### 3.1 Aantal mensen met dementie in de regio

Onderstaande cijfers geven een indicatie van het aantal mensen met dementie in 2015. Op basis van voorspellingen van de toekomstige bevolkingsopbouw, is ook een prognose gemaakt van het aantal mensen met dementie in de toekomst.

Deze cijfers zijn berekend door TNO in opdracht van Alzheimer Nederland

##### Aantal mensen met dementie in Nederland

| Jaar      | 2025    | 2030    | 2035    | 2040    |
|-----------|---------|---------|---------|---------|
| Nederland | 360.000 | 430.000 | 490.000 | 550.000 |

##### Aantal mensen met dementie in de provincie Gelderland

| Jaar       | 2025   | 2030   | 2035   | 2040   |
|------------|--------|--------|--------|--------|
| Gelderland | 44.000 | 53.000 | 61.000 | 69.000 |

##### Aantal mensen met dementie in regio Nijmegen

| Jaar              | 2025  | 2030  | 2035  | 2040  |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|
| Nijmegen          | 2.800 | 3.200 | 3.700 | 4.100 |
| West Maas en Waal | 400   | 470   | 560   | 630   |
| Beuningen         | 500   | 600   | 730   | 860   |
| Druten            | 370   | 460   | 560   | 660   |
| Heumen            | 430   | 520   | 600   | 660   |
| Wijchen           | 920   | 1.100 | 1.300 | 1.500 |
| Berg en Dal       | 950   | 1100  | 1300  | 1500  |
| Mook en Middelaar | 230   | 290   | 340   | 380   |

#### Cijfers zorgtrajectbegeleiding 2021

##### *In begeleiding*

Er zijn op peildatum 31 december 2021: **1444** cliënten in begeleiding.

##### *In begeleiding: jonge mensen met dementie*

Er zijn op peildatum 31 december 2021: **78** cliënten in begeleiding.



### *Zorgtrajectbegeleiders*

Er zijn op 1 januari 2021 in totaal **41** zorgtrajectbegeleiders.

Zie verder ook bijlage 4.

### **3.2 Inventarisatie van behoeften en vragen**

Op basis van de dementiemonitor, het regiobeeld, de signalen vanuit de regionale afdeling van Alzheimer Nederland en de partners van Netwerk 100 komen de volgende behoeften en vragen naar voren:

#### *Behoeften van ouderen, van mensen met dementie en mantelzorgers*

1. Deskundige zorgtrajectbegeleiding met extra aandacht voor proactieve zorgplanning<sup>3</sup> en gezamenlijke besluitvorming
2. Dementievriendelijke wijk
3. Mantelzorgondersteuning
4. Voorbereiden (als mens met dementie) inclusief levenstestament, euthanasie, reanimatie
5. Overdracht uit en naar het ziekenhuis goed verlopen

#### *Behoeften van professionals:*

1. Overgang domeinen Wmo/ZVW en WLZ en Juiste Zorg op de Juiste Plaats
2. Respijtzorg voor ouderen en mantelzorgers
3. Zorgtechnologie bij dementie
4. Het voorkomen van crisis

In het actieplan worden deze onderwerpen gespecificeerd en geoperationaliseerd.

### **3.3 Analyse van de regio, knelpunten en kansen**

Aan de hand van onder andere het zorgpad dementie (zie hiervoor <https://www.netwerk100.nl>) is de actuele situatie in onze regio beschreven:

#### **3.3.1 Preventie**

In de regio Gelderland-Zuid is informatievoorziening over dementie gerealiseerd op verschillende manieren. Met deze informatievoorziening willen we burgers breed informeren zodat ze beter om kunnen gaan met dementie. Goede informatie helpt om symptomen te herkennen en om beter om te gaan met veranderingen. Hiermee worden problemen in een latere fase voorkomen. We hebben hiervoor het volgende gerealiseerd: cursus 'Duidelijkheid over dementie' (door ZZG zorggroep), de Alzheimer Cafés, het alzheimer care programma (door Home Instead) en mantelzorgondersteuning door de welzijnsorganisaties in de verschillende gemeenten.

---

<sup>3</sup> ACP = een proces dat individuen met beslissingsbevoegdheid in staat stelt hun waarden te identificeren, na te denken over de betekenissen en gevolgen van ernstige ziektescenario's, doelen/wensen/voorkeuren voor toekomstige medische behandeling en zorg te definiëren, en deze te bespreken met familie en zorgverleners.

### 3.3.2 Vroegsignalering

Onze regio heeft een sterk ouderenprogramma dat door NEO/OCE (organisatie voor eerstelijnszorg) is ontwikkeld en door een groeiende groep huisartsenpraktijken wordt uitgevoerd. Casefinding maakt hiervan onderdeel uit en signalen van dementie worden steeds beter in een vroeg stadium herkend. In dit programma is het geriatrisch assessment Easycare geïntegreerd. De praktijken toetsen de kwaliteit van zorg reeds met een set van indicatoren waarin ook netwerksamenwerking wordt meegenomen. Met kort cyclische verbeterprogramma's en interprofessionele trainingen worden de netwerken versterkt en wordt een persoonsgerichte aanpak voor mensen met dementie en mantelzorgers geïmplementeerd.

Naast bovenstaande sterke punten in onze regio is de behoefte aan meer deskundigheid en voorlichting groot (zie ook paragraaf 3.2). Burgers willen beter kunnen omgaan met iemand met dementie in de buurt, ondernemers vragen om trainingen. Hiervoor heeft Netwerk 100 een trainingsgids ontwikkeld die verspreid is in alle netwerken ouderenzorg en de gemeenten in de regio Gelderland-Zuid. Het beheer en bijstellen van deze gids is in ontwikkeling.

In 2021 is een [regionale vroegsignaleringskaart](#) verspreid aan alle partners van Netwerk 100, om daarmee professionals en vrijwilligers vanuit zorg en welzijn handvatten te geven voor vroegsignalering. In het CWZ is deze kaart beschikbaar gemaakt voor de poli Geriatrie omdat daar al veel vroegsignalering plaatsvindt in de pre-behandel-poli en post-delier-poli. In het Radboudumc is de vroegsignaleringskaart daarnaast breed verspreid onder alle vrijwilligers.

Ook zorgtrajectbegeleiders, praktijkondersteuners en wijkverpleegkundigen spelen bij vroegsignalering een belangrijke rol en zorgen voor verbinding in de wijk.

### 3.3.3 Medische diagnostiek

Afspraken over diagnostiek zijn te vinden in het zorgpad dementie. Het beschrijft wie wanneer in beeld komt (stepped-care). Het verwijlsbeleid gaat ervan uit dat specialisten ouderengeneeskunde ingezet kunnen worden om de huisarts te helpen bij de diagnostiek. Daar waar de diagnostiek complex wordt, kan worden verwezen naar de geheugenpoliklinieken van het CWZ en Radboudumc of naar de geheugenpoli Neurologie van het CWZ. De samenwerking tussen specialisten ouderengeneeskunde en huisartsenpraktijken wordt geïntensiveerd via het EPOS project. Zie hiervoor bijlage 2.

Netwerk 100 biedt in samenwerking met NEO Huisartsenzorg trainingsmogelijkheden voor interprofessionele lokale netwerken (huisarts, POH, ZTB en wijkverpleging). Uit onderzoek<sup>4</sup> blijkt dat diagnostiek in de eerste lijn goed mogelijk is. In de NEO/OCE netwerken voor ouderenzorg is tot juli 2021 jaarlijks het aantal diagnoses van de huisarts in de eerste lijn gemonitord door de zorgtrajectbegeleider. De coördinator ZTB verspreidt deze gegevens maandelijks binnen het dementieplatform. Mogelijk pakt NEO Huisartsenzorg de monitoring in 2023 op.

Diagnostiek voor de groep migrantenouderen kan plaatsvinden zowel in het CWZ als in het Radboudumc. Om een indicatie voor langdurige zorg aan te kunnen vragen, is duidelijkheid nodig omtrent het cognitief functioneren. Deze diagnostiek, die vaak complex is bij deze patiëntencategorie,

<sup>4</sup> Richters A, Nieuwboer M, Olde Rikkert M, Melis R, Perry M, van der Marck M. Longitudinal multiple case study on effectiveness of network-based dementia care towards more integration, quality of care, and collaboration in primary care. PloS one. 2018;13(6):e0198811

kan plaatsvinden op de polikliniek geriatrie. Daar kan ook meegedacht worden over de mogelijkheden voor passende zorg.

### **3.3.4 Zorgdiagnostiek**

Zorgdiagnostiek wordt uitgevoerd door praktijkondersteuners ouderenzorg en wijkverpleegkundigen in samenwerking met zorgtrajectbegeleiders. Dit is in de regio Gelderland-Zuid via het ouderenzorgprogramma van NEO/OCE en het zorgpad dementie geborgd.

### **3.3.5 Zorg thuis, behandeling, begeleiding en steun**

De dementievraagwijzer wordt door Sterker sociaal werk geüpdatet en gemonitord. Naast de dementievraagwijzer hebben gemeenten in de regio ook schriftelijke en telefonische vraagbaakfuncties ingericht (o.a. de Dementiewijzer van Wijchen/Druten) en heeft de regioafdeling Nijmegen van Alzheimer Nederland ook een telefonische informatiefunctie.

#### Deskundigheid

De deskundigheid voor behandeling en begeleiding is een belangrijk aandachtspunt in de regio. Vier keer per jaar wordt een themabijeenkomst georganiseerd waarbij aan de hand van casuïstiek welzijns- en zorgprofessionals en ouderen van elkaar leren. In het actieplan is dit een prioriteit.

In samenwerking met NEO Huisartsenzorg is een trainingsgids ontwikkeld waarin interprofessionele modules met betrekking tot zorg aan mensen met dementie en kwetsbare ouderen is opgenomen. Zie [www.dementienet.com](http://www.dementienet.com).

#### Casemanagement

Bij de zorg thuis vervult de casemanager (zorgtrajectbegeleider) een centrale rol. In onze regio wordt gewerkt met casemanagers die in afstemming met wijkverpleegkundigen, welzijnswerkers en praktijkondersteuners ouderenzorg werken.

#### *Stand van zaken zorgtrajectbegeleiding*

Zorgtrajectbegeleiders hebben een onafhankelijke rol ten aanzien van thuiszorgorganisaties. Het team van zorgtrajectbegeleiders wordt door een coördinator aangestuurd en begeleid. Het managementteam zorgtrajectbegeleiding (MT ZTB) zet de beleidslijnen uit. Er wordt gezorgd voor voldoende training en intercollegiaal overleg.

Het Doelgroeppanel van Netwerk 100 heeft een werkgroep geïnstalleerd die input geeft aan het team zorgtrajectbegeleiders wat betreft hun wensen en behoeften.

Gestimuleerd wordt om zorgtrajectbegeleiders vast te koppelen aan lokale netwerken voor ouderenzorg/huisartsenpraktijken. Daarnaast wordt zorgtrajectbegeleiding efficiënt ingezet door de samenwerking tussen zorgtrajectbegeleider, wijkverpleegkundige en praktijkondersteuner ouderenzorg vorm te geven. Zie ook '[Hoe organiseer je casemanagement dementie](#)'. De wachtlijst wordt tweemaandelijks gemonitord in het dementieplatform, waar eventueel naar oplossingen wordt gezocht. VGZ monitort de wachtlijst. De wachtlijst is tot op heden onder controle.

#### Integrale welzijn en zorg

In de lokale netwerken voor ouderenzorg wordt gestreefd naar samenwerking tussen (medische) zorg, welzijn en burgerinitiatieven.

In de VVT organisaties wordt het gedachtengoed van belevingsgerichte of persoonsgerichte zorg via een integraal zorgleefplan tot stand gebracht.

#### Mantelzorg

Elke gemeente in de regio heeft een actief beleid van mantelzorgondersteuning. Zorg- en welzijnsorganisaties (o.a. de Waalboog, Sterker sociaal werk, Radboudumc, Hulpdienst Nijmegen, MeerVoormekaar, Perspectief, Forte Welzijn, Malderburch) hebben zelf een actieve mantelzorgondersteuning georganiseerd.

In de gemeenten Nijmegen, Heumen/Mook en Middelaar, Wijchen en Beuningen is een Alzheimer café. In Berg en Dal is een tweede Alzheimer café in oprichting. In Nijmegen is de intentie om ook een Alzheimer theehuis voor mantelzorgers met een migratie achtergrond op te zetten. Een keer per twee jaar doen we mee aan de mantelzorg monitor van Alzheimer Nederland, om daarmee zicht te krijgen op de behoeften van mantelzorgers. We doen mee aan innovatieve projecten zoals REMIND, waarbij een app ontwikkeld wordt om mantelzorg te monitoren op overbelasting.

De zorgtrajectbegeleiders gebruiken het instrument EDIZ om de overbelasting van de mantelzorgers in kaart te brengen.

#### Niet westerse migranten met dementie

Er is een nieuwe overleggroep gestart over langdurige zorg voor oudere migranten (OZOM), op initiatief van het Doelgroeppanel van Netwerk 100.

Daarnaast is een beweging gestart door Sterker sociaal werk met ZZG zorggroep en De Waalboog om te komen tot een woonzorgvoorziening of community care voor oudere migranten.

Er is in samenwerking met UKON en TVN Zorgt een aanvraag ingediend en gehonoreerd door ZonMw. Het project beoogt om het netwerkleren rondom oudere migranten op een hoger plan te brengen en het aanbod voor oudere migranten te verbeteren.

#### Cliëntinformatie

In het kader van het regionale ZONE programma zijn afspraken gemaakt over uitwisseling van cliëntinformatie. Dit is inclusief clientinformatie van mensen met dementie. De verantwoordelijkheid van ZONE ligt bij het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis. Zie verder bijlage 3.

#### Crisisopnames

In de regio zijn meerdere projecten geweest om de determinanten die een crisis uitlokken of die beschermend zijn bij crisis, in kaart te brengen. De uitkomsten van deze projecten moeten nog worden doorvertaald naar de professionals in de regio. Het onderwerp crisis blijft de komende jaren wel actueel. Crisis kan verband houden met gebrekkige vroegsignalering, ACP of diagnostiek. Daarom zijn er voor deze drie onderwerpen doelen gesteld in het actieplan. In het eerder genoemde EPOS project willen we de inzet van specialisten ouderengeneeskunde intensiveren onder andere om crisisopnames te voorkomen.

#### Wet zorg en dwang

Netwerk 100 monitort het onderwerp regelmatig en brengt de scholingsbehoeften in kaart. Sanneke Bolder (De Waalboog) is in de regio Gelderland-Zuid projectleider voor implementatie voor deze wet in de eerste lijn. Zowel binnen de huisartsen- als binnen de wijkverpleegkundige zorg is implementatie van

deze wet nog onvoldoende tot stand gekomen. Dit onderwerp heeft de komende jaren extra prioriteit nodig.

#### Laatste levensfase

Er is op dit moment veel aandacht voor advance care planning bij dementie. NEO/OCE is een project gestart waarbij het vroegtijdig voeren van gesprekken over proactieve zorgplanning bij kwetsbare ouderen wordt gestimuleerd, om te komen tot een regionale werkwijze. In dit ACP gesprek worden ook vragen rondom wilsverklaring en euthanasie besproken. Dit project loopt tot 1 januari 2023.

#### **3.3.6 Ziekenhuiszorg**

In het Radboudumc richt de geheugenpoli zich op diagnostiek van dementie bij complexe problematiek. Gedacht kan worden aan fronto-temporale dementie, jonge mensen met dementie en migranten met dementie. In het CWZ wordt op de Neurologie geheugenpolikliniek diagnostiek uitgevoerd bij enkelvoudige geheugenproblematiek. De meervoudige/complexere dementieproblematiek (bijvoorbeeld met gedragsproblemen, uitgebreide lichamelijke ziekten en medicatie, met name bij oudere patiënten) vindt plaats op de geriatriepoli van het CWZ.

#### **3.3.7 Woonvormen**

Netwerk 100 heeft een werkgroep ingericht die zich bezighoudt met woonbeleid voor ouderen, inclusief kwetsbare ouderen. Dit is jaarlijks onderwerp van gesprek in de gespreksronde met gemeenten in de regio, om te stimuleren dat gemeenten werk maken van een goed aanbod voor wonen ten behoeve van de doelgroep mensen met dementie en hun mantelzorgers. We zijn aangehaakt bij de Taskforce wonen en zorg van de regio Nijmegen en omgeving. Via de taskforce monitoren we of er voldoende aandacht is voor wonen voor mensen met dementie. De voorzitter van Netwerk 100 is de contactpersoon voor de taskforce.

#### **3.3.8 Inzet technologie**

In samenwerking met de HAN en ZZG zorggroep loopt een onderzoeksproject om te inventariseren wat de behoeften zijn op het gebied van zorgtechnologie/leefstijlmonitoring, met het doel mensen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen. Dit project gaat de tweede fase in en loopt door tot eind 2022.

#### **3.3.9 Overdracht en nazorg**

De overdracht vanuit het ziekenhuis naar huis of VVT en vice versa is belegd bij de werkgroep Zone. Aan Zone nemen de huisartsen, de VVT, de apothekers en de vier ziekenhuizen (Radboudumc, CWZ, SMK en Pantein) deel. Daar zijn de afspraken gemaakt over de inhoud van de medische, verpleegkundige en medicatie overdracht en wordt gemonitord hoe de situatie met betrekking tot de overdracht verloopt.

De zorgtrajectbegeleiding stopt formeel bij opname in een beschermde woonvorm of Wlz thuis. Veel professionals voelen zich verantwoordelijk voor een goede nazorg.

Na overlijden hebben de aanbieders van intramurale zorg de nazorg georganiseerd.

We hebben geen overzicht van de daadwerkelijke praktijk in de diverse organisaties.

### **3.3.10 *Verbinding met onderzoek en innovatie***

Meer verbinding met onderzoeks- en innovatieprojecten van het Radboudumc Alzheimer Centrum zou wenselijk zijn. Onderzoek zou nog meer gestuurd kunnen worden door praktijkvragen en terugkoppeling van kennis uit onderzoeksprojecten zou gestimuleerd kunnen worden. Op dit moment neemt de coördinator van het Radboudumc Alzheimer Centrum al deel aan het dementieplatform. Daarnaast wordt dit onderwerp in het actieplan opgenomen.

### **3.4 Speerpunten en overall doelen**

Jaarlijks worden de speerpunten en doelen in het dementieplatform bepaald. Daarvoor geldt als input de mantelzorgmonitor, het maandelijks overzicht van dementiepatiënten in de regio, de regiobeelden, de bespreking van de werkconferentie van Netwerk 100 en de discussies die in themabijeenkomsten plaatsvinden.

Het actieplan wordt eens per drie maanden geëvalueerd en is binnenkort te vinden op de website van Netwerk 100.

We streven ernaar de volgende overall doelen in de beleidsperiode 2022-2024 verder vorm te geven:

1. De samenwerking tussen zorg en welzijn en de samenwerking met burgerinitiatieven in de samenleving intensiveren om te voorkomen dat dementie voortijdig tot een zorgvraag leidt. Met burgerinitiatieven bedoelen we initiatieven die gericht zijn op gezond leven in een dementievriendelijke wijk.
2. Het vergroten van inzicht in beïnvloedende factoren bij de inzet van technologie bij zelfstandig wonende mensen met een dementie. Aan de hand van dit inzicht experimenteren met en uitbreiden van de inzet van (thuis)zorgtechnologie bij deze doelgroep.
3. De benodigde capaciteit, deskundigheid en diversiteit van zorgtrajectbegeleiding in verhouding tot de wensen, behoeften en mogelijkheden van mensen met dementie en hun mantelzorgers op elkaar afstemmen en als de huidige financiering daarvoor niet toereikend is zoeken naar mogelijkheden om dit te financieren.
4. De toenemende complexiteit van de zorgsituaties in de eerste lijn zo goed mogelijk kunnen hanteren door samenwerking tussen specialisten (SO, verpleegkundig specialist, etc.), en generalisten (huisartsen, wijkverpleging, etc.) te intensiveren, en door bij ieder afgerond project een regionaal implementatieplan op te stellen en uit te voeren (o.a. ACP project, EPOS project, project veerkrachtig samen beslissen).

Deze overall doelen geven sturing aan de concrete doelen in het actieplan.

## 4. EVALUATIE EN MONITORING

Een meerjarenplan is een “programma”. Gedurende het proces is het onderhevig aan veranderingen, waar door het netwerk permanent op wordt ingespeeld. Het is een cyclisch proces. Het is belangrijk de voortgang in de gaten te houden en op tijd te evalueren of doelen behaald worden.

### **Monitoring**

Per thema gaat het kernteam een plan van aanpak opstellen waarin ze aandacht besteden aan de monitoring en evaluatie op ieder onderdeel inhoudelijk.

De projectleiders monitoren de voortgang en koppelen dit minimaal 2 x per jaar terug naar het dementieplatform. Urgente vraagstukken worden ook hierin besproken.

De ketencoördinator houdt dit proces in de gaten en vraagt eventueel tussentijds om een rapportage of nodigt de projectleiders uit om zitting te nemen in het dementieplatform.

### **Evaluatie**

- Bespreken op tweejaarlijkse netwerkbijeenkomsten.
- Evaluatie met zorgtrajectbegeleiders dementie.
- Tussentijdse evaluatie in de werkgroepen
- Thema's met regelmaat laten terugkeren in de bijeenkomsten van het dementieplatform

Aan het eind van de periode zal het netwerk terug kijken op de behaalde resultaten. Er zijn verschillende tools die hierbij behulpzaam kunnen zijn in het proces van evalueren en monitoren, zoals;

- Uitkomstenindicatoren Dementie
- Netwerkindicatoren Dementie
- Dementiemonitor mantelzorg

Het dementieplatform maakt gebruik van bovenstaande tools. Indien er externe audits worden gehouden door inspectie of zorgverzekeraar, dan werkt Netwerk 100 daar constructief aan mee.

## BIJLAGEN

### Bijlage 1: structuur dementieplatform en Netwerk 100

In de regio Gelderland-Zuid is het dementieplatform onderdeel van Netwerk 100. Bestuurlijke besluitvorming vindt plaats in Netwerk 100. Welzijn en zorg voor mensen met dementie wordt echter door meer organisaties en maatschappelijke groepen verzorgd. Om deze reden is het dementieplatform breder en streeft het ernaar (de input van) zowel mensen met dementie, mantelzorgers en relevante organisaties met elkaar in contact te brengen, om vandaar uit welzijn en zorg vorm te geven.

Het dementieplatform werkt nauw samen met het Doelgroeppanel van Netwerk 100, de Dementie Adviesgroep van het Radboudumc Alzheimer Centrum en de regionale afdeling Nijmegen van Alzheimer Nederland, omdat Netwerk 100 het belangrijk vindt om ouderen en mantelzorgers te betrekken bij het netwerk. Het Doelgroeppanel van Netwerk 100 is samengesteld uit vertegenwoordigers van ouderen- en mantelzorgorganisaties en ouderen die op persoonlijke titel lid zijn. Het Doelgroeppanel is mede sturend in het beleid van Netwerk 100.

In brede netwerkbijeenkomsten, open voor iedere vrijwilliger, professional, onderzoeker, manager etc. die actief zijn in dementiewelzijn en -zorg, haalt het dementieplatform input op en stimuleert ervarings- en professionele kennis.

#### **Taken**

Het dementieplatform heeft de volgende taken:

- Bereidt voorstellen voor ten behoeve van dementiezorg, ter besluitvorming voor het Dagelijks Bestuur;
- Bespreekt haalbaarheid, draagvlak en urgentie;
- Zorgt voor samenhang tussen projecten en initiatieven aangaande het thema dementie;
- Fungeert als denktank voor het Bestuurlijk Overleg;
- Adviseert gevraagd en ongevraagd het Bestuurlijk Overleg;
- Zorgt voor communicatie binnen het netwerk over dementie;
- Destilleert conclusies uit bijeenkomsten;
- Initieert kennis- en informatiebijeenkomsten;
- Zorgt voor heldere communicatielijnen naar andere betrokkenen bij dementiezorg en de coördinator van Netwerk 100;
- Informeert gevraagd en ongevraagd het Dagelijks Bestuur over uitvoering, voortgang, realisatie, kwaliteit en afronding van activiteiten aangaande dementie.

#### **Bevoegdheid**

Het dementieplatform adviseert gevraagd en ongevraagd het Bestuurlijk Overleg aangaande het thema dementie en formuleert voorstellen ten behoeve van het netwerk voor gezamenlijk inhoudelijk beleid.

#### **Samenstelling**

- Het dementieplatform is ingesteld voor belangrijke speerpunten van het netwerk en bestaat uit een voorzitter en vertegenwoordigers van lid-organisaties die betrokken zijn bij dit thema en



experts zijn op dit gebied en doelgroepvertegenwoordigers, aangevuld met de coördinator dementie.

- Het dementieplatform heeft een permanent karakter.
- Het Bestuurlijk Overleg stelt de samenstelling van het dementieplatform vast.
- Deelnemers dienen in staat te zijn diverse rollen te scheiden.
- De voorzitter en de deelnemers van het dementieplatform worden aangesteld door het Bestuurlijk Overleg.
- Het voorzitterschap van het dementieplatform wordt roulerend uitgevoerd.

### ***Besluitvorming***

Het dementieplatform besluit op basis van een gewone meerderheid. Ieder aanwezig lid heeft één stem. De besluiten worden schriftelijk vastgelegd en voldoende gemotiveerd.

### ***Coördinatie zorgtrajectbegeleiding***

Voor de operationele aansturing van zorgtrajectbegeleiders die opereren onder Netwerk 100 is een managementteam geformeerd. Samenstelling: management/bestuurders van organisaties waar zorgtrajectbegeleiders in dienst zijn. Coördinator Netwerk 100 en/of coördinator dementieplatform zijn als adviseur betrokken.

## Bijlage 2: EPOS project

### Aanleiding

Door vergrijzing en overheidsbeleid wonen steeds meer kwetsbare ouderen thuis of in geclusterde woonvormen. Hierdoor is er een toenemende vraag naar de expertise van de specialist ouderengeneeskunde (SO) in de eerste lijn. Echter, deze vraag staat op gespannen voet met de daadwerkelijke beschikbaarheid. In de regio Gelderland-Zuid is er een tekort aan SO's. Daarom is een efficiënte extramurale inzet van de SO essentieel.

### Doel EPOS

Het ontwikkelen van een model voor een extramurale SO praktijk gericht op een optimale inzet van de beschikbare expertise en capaciteit van SO's in de regio Gelderland-Zuid.

Gericht op:

- Optimalisatie van de inhoudelijke inbreng van de SO;
- Een efficiënt model met benodigde randvoorwaarden;
- Ouderen die thuis of VPT geclusterd wonen, met of zonder Wlz indicatie.

### Methode

- Selectie van best practices op basis van deskresearch bestaande uit literatuur onderzoek en expert opinion;
- Identificatie van belemmerende- en bevorderende factoren per geselecteerde best practice door middel van interviews met huisarts, SO en ten minste een andere eerstelijns zorgprofessional (zoals POH-O, geriatrieverpleegkundige of Verpleegkundig Specialist (VS));
- Model ontwikkeling gevoed door de opgehaalde resultaten in deskresearch, interviews, een vragenlijst onder stakeholders uit de praktijk, en groepsdiscussies met experts en bestuurders uit de regio Gelderland-Zuid.

### Resultaat

- Deskresearch: uit literatuuronderzoek en telefonische gesprekken met 20 landelijke experts kwamen er 88 landelijke initiatieven naar voren waarbij de SO structureel wordt ingezet in de eerste lijn. Deze initiatieven zijn ingedeeld in 7 verschillende modellen: SO werkzaam in de 1e lijn:
  - 1) vanuit een zelfstandig behandelcentrum;
  - 2) vanuit een poli, (behandel)afdeling of Consultatiecentrum/-team VVT instelling/zorgorganisatie;
  - 3) vanuit een VVT instelling;
  - 4) vanuit een detachingsbedrijf of zelfstandige zorginstelling zonder bedden die SO's en andere paramedici levert;
  - 5) als ZZP'er (vanuit coöperatie);
  - 6) vanuit VVT instelling als netwerkpartner/lid van kernteam van zorggroep of huisartsencoöperatie;
  - 7) vanuit Universitair samenwerkingsverband met mogelijkheid tot kortdurende opname.
- *Interviews*: uit de 88 landelijke initiatieven zijn er 7 geïncludeerd als best practices waarvan 22 zorgprofessionals betrokken bij deze best practices zijn geïnterviewd. Met behulp van de uitkomsten van de interviews zijn beïnvloedende factoren als basis voor het concept model EPOS uitgewerkt.
- *Groepsdiscussie*: gedurende het EPOS project zijn er 3 bijeenkomsten geweest met de bestuurlijke kerngroep en 5 bijeenkomsten met de EPOS projectgroep. Tijdens deze

bijeenkomsten hebben de leden van deze groepen meegedacht over de vertaling van de resultaten naar een model voor de inzet van de SO in de regio Gelderland-Zuid, de haalbaarheid en randvoorwaarden daarvan.

- Op basis van het deskresearch, de interviews en groepsdiscussie is er een concept model EPOS uitgewerkt, welke tijdens een *vragenlijst* onder stakeholders en *telefonische interviews* met bestuurders uit de regio is voorgelegd op relevantie en haalbaarheid. Uit de reacties van 80 respondenten bleek dat het EPOS concept model op een breed draagvlak kan rekenen onder huisartsen, SO's en (eerstelijns) verpleegkundigen. Op basis van de uitkomsten en groepsdiscussie werd het EPOS model daarna uitgewerkt tot een voorlopige versie voor een pilotimplementatie tijdens EPOS deel 2 in de regio Gelderland-Zuid.

### EPOS model

Oprichting van een Consultatiecentrum eerstelijns ouderenzorg met centraal digitaal loket, waarbij de huisarts kan kiezen uit twee werkwijzen bij het inschakelen van ouderenzorg expertise:

1. structurele samenwerking met een SO team in een Netwerk kwetsbare ouderen rondom huisartsenpraktijk, of
2. verwijzing op consultbasis, waarbij de SO niet solistisch, maar in een multidisciplinair (MD) team met bijvoorbeeld een VS en psycholoog vanuit de intramurale setting wordt ingezet in de eerste lijn.

Het Consultatiecentrum wordt gevormd door een regionaal MD consultatieteam bestaande uit: SO's, verpleegkundige zorgprofessionals (zoals een VS, op basis van de aanwezige expertise in het Netwerk kan dit ook een Physician Assistent of een andere verpleegkundige zorgprofessional), psychologen, (kader)huisartsen (Ouderengeneeskunde), en casemanagers uit verschillende instellingen. Daarbij kunnen in de toekomst paramedici (ergotherapeut, diëtist, fysiotherapeut, logopedist) beschikbaar worden gesteld door de betrokken VVT instellingen die indien nodig 'invlogen' kunnen worden in het regionale MD consultatieteam. Hierover moeten op patiëntniveau afspraken gemaakt worden.

Dit is een voorlopig model dat in de komende jaren in fasen opgebouwd moet worden, waaraan een pilot implementatie verdere ontwikkeling en invulling zal geven. Tijdens de implementatie van het EPOS model zal er aandacht moeten zijn voor 'de onderstroom gericht op: o Elkaar kennen en vertrouwen;

- Motivatie;
- Gedeelde verantwoordelijkheid;
- Gelijkwaardig partnerschap.

### **Bijlage 3: project/netwerk i.o. ZONE**

Het doel van het project/netwerk in oprichting ZONE is dat de juiste informatie over de juiste patiënt op het juiste moment voor de juiste professional beschikbaar is.

#### **Achtergrond**

De aanleiding van het project/netwerk i.o. ZONE is gelegen in de oproep in 2015 van de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) om de overdracht van zorg voor kwetsbare ouderen in de regio te verbeteren. Na de goedkeuring van de IGJ voor onze eerste ronde van afspraken en implementatie in 2017 hebben de netwerkpartners besloten verder samen op te trekken om de overdracht van zorg te verbeteren. Het is een onderwerp dat continu aandacht verdient en waar nog altijd veel in te verbeteren valt.

De coördinatie over dit project wisselt elke twee jaar over de partners (eerst CWZ, vervolgens Radboudumc, nu weer CWZ). In januari 2019 is door de bestuurders van ZONE de noodzaak vastgesteld om voor het netwerk een structurele organisatie te realiseren om de versnelling van implementatie te bevorderen.

#### **Huidige situatie**

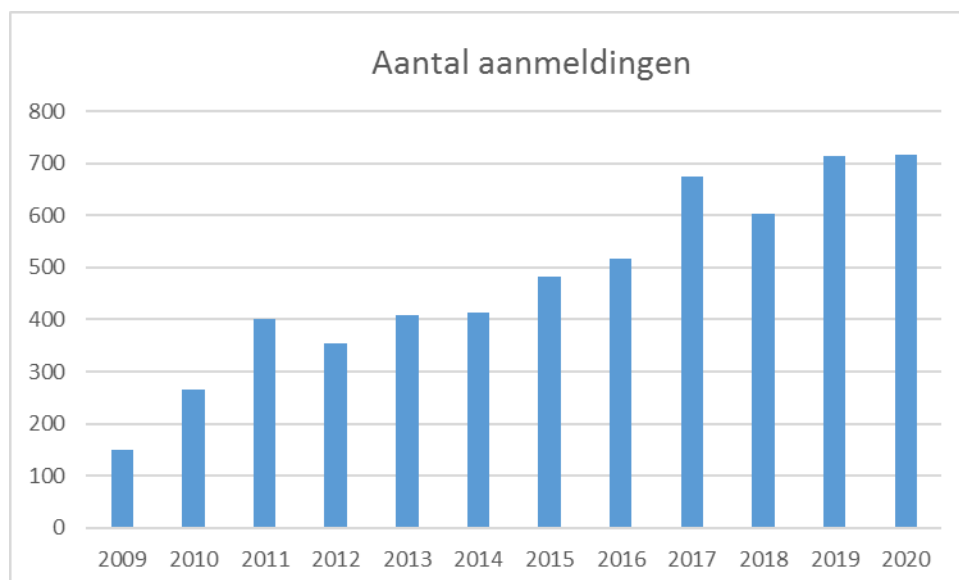
Afspraken over klinische en poliklinische overdracht van zorg die in de afgelopen jaren zijn gemaakt worden door de leden van de stuurgroep geïmplementeerd. De fase van implementatie waarin de leden van ZONE zich bevinden varieert, ook de mate van ondersteuning die beschikbaar is voor de implementatie varieert.

Tijdens tweemaandelijks ZONE bijeenkomsten wordt deze implementatie en de uitdagingen waar men tegenaan loopt besproken. Er gaat ook aandacht naar het verder vormgeven en organiseren van het netwerk. Kwalitatief goede en tijdige overdracht van zorg vraagt om structurele aandacht en ondersteuning binnen de huidige context van de partners, waarbij sprake is van continuïteit in beleid, organisatie, ondersteuning en monitoring.

**Bijlage 4: aanvullende cijfers zorgtrajectbegeleiding 2020**

**Aantal aanmeldingen vanaf januari 2009 tot 31 december 2020 voor zorgtrajectbegeleiding**

|    | Periode                             | Aantal aanmeldingen | Aantal aanmeldingen per maand |
|----|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------|
| 1  | 2009 vanaf april                    | 150                 |                               |
| 2  | 2010                                | 265                 | 22 per maand                  |
| 3  | 2011 tot 10 december 2011           | 400                 | 33 per maand                  |
| 4  | januari 2012 tot 31 december 2012   | 354                 | 29 per maand                  |
| 5  | 1 januari 2013 tot 31 december 2013 | 409                 | 34 per maand                  |
| 6  | 1 januari 2014 tot 31 december 2014 | 414                 | 34,5 per maand                |
| 7  | 1 januari 2015 tot 31 december 2015 | 483                 | 40,25 per maand               |
| 8  | 1 januari 2016 tot 31 december 2016 | 516                 | 43 per maand                  |
| 9  | 1 januari 2017 tot 31 december 2017 | 676                 | 56,33 per maand               |
| 10 | 1 januari 2018 tot 31 december 2018 | 603                 | 50,25 per maand               |
| 11 | 1 januari 2019 tot 31 december 2019 | 715                 | 59,58 per maand               |
| 12 | 1 januari 2020 tot 31 december 2020 | 716                 | 59,66 per maand               |
|    | <b>Totaal aantal aanmeldingen</b>   | <b>5701</b>         |                               |



**Aantal cliënten in begeleiding**

Er zijn 5701 aanmeldingen gedaan vanaf april 2009 tot 31 december 2020. Er zijn op peildatum 31 december 2020 1329 cliënten in begeleiding. Het aantal mensen dat in begeleiding is geweest in 2020 is 2045 (het aantal aanmeldingen van 1 januari tot 31 december 2019 + het aantal mensen dat in begeleiding is op peildatum 31 december 2020).



### Wie zijn de zorgtrajectbegeleiders naar aantal en uren/FTE

#### ***Overzicht van het aantal ZTB naar organisatie en aantal uren die zij werken als ZTB***

- Op peildatum 31 december 2019 zijn er 40 zorgtrajectbegeleiders die in totaal **752** uur werken (**20,88 FT**).
- 6 ZTB zijn gestart vanuit ZZG zorggroep.
- 3 ZTB zijn gestart met een ontwikkelingstraject.
- 3 ZTB zijn gestopt (1 pensioen, 1 andere interesse, 1 andere baan).

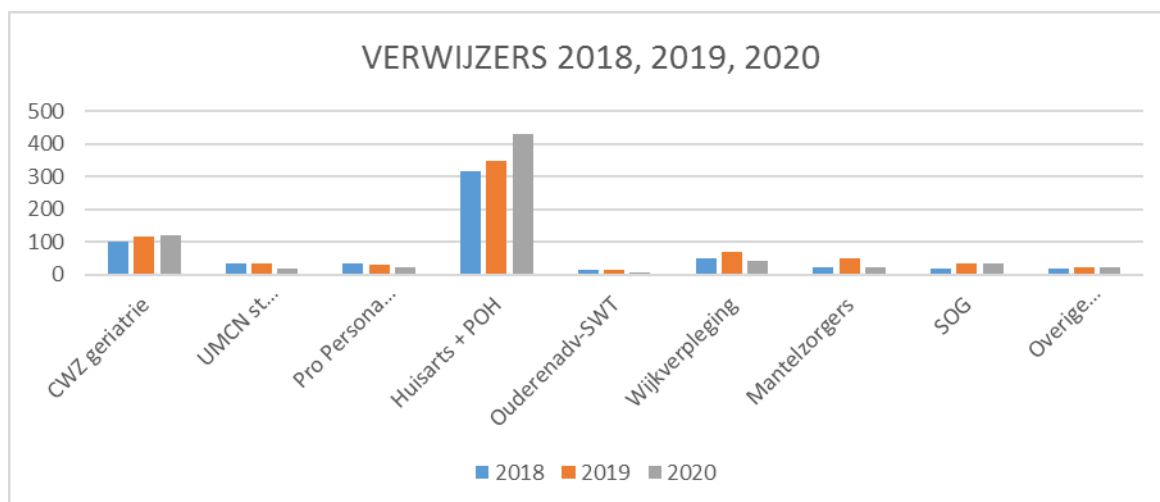
#### ***Onderscheid per organisatie***

- ZZG zorggroep heeft **33** ZTB. Totaal **598 uur**.
- Welzijn heeft **2** personen ZTB in de gemeente Heumen/Malden + Sterker sociaal werk in Nijmegen totaal **24 uur**.
- GGZ Pro Persona Nijmegen **1** ZTB, **8 uur**.
- Vanuit zorggroep Maas en Waal (ZMW) **2** ZTB voor **62 uur**.
- Interzorg thuiszorg **1** ZTB voor **24 uur**.
- Vanuit De Waalboog is **1** ZTB werkzaam voor **36 uur**.

### Verwijzers

Wie zijn degenen die de aanmeldingen hebben gedaan voor ZTB, van de **716** cliënten?

| Verwijzers  | 2018       | 2019       | 2020       |
|---|------------|------------|------------|
| CWZ geriatrie   | 99         | 115        | 121        |
| Radboudumc geriatrie* (zij laten veelal de huisarts de verwijzing doen) | 32         | 35         | 19         |
| Pro Persona Nijmegen  | 35         | 30         | 21         |
| Huisarts + POH  | 318        | 348        | 431        |
| Ouderenadviseur SWT   | 15         | 13         | 5          |
| Wijkverpleging  | 48         | 69         | 40         |
| Mantelzorgers   | 21         | 50         | 21         |
| SOG   | 18         | 32         | 35         |
| Overige (geheugenpoli, neuroloog, herstelcentrum, onbekend)             | 17         | 23         | 23         |
| <b>Totaal</b>   | <b>603</b> | <b>715</b> | <b>716</b> |

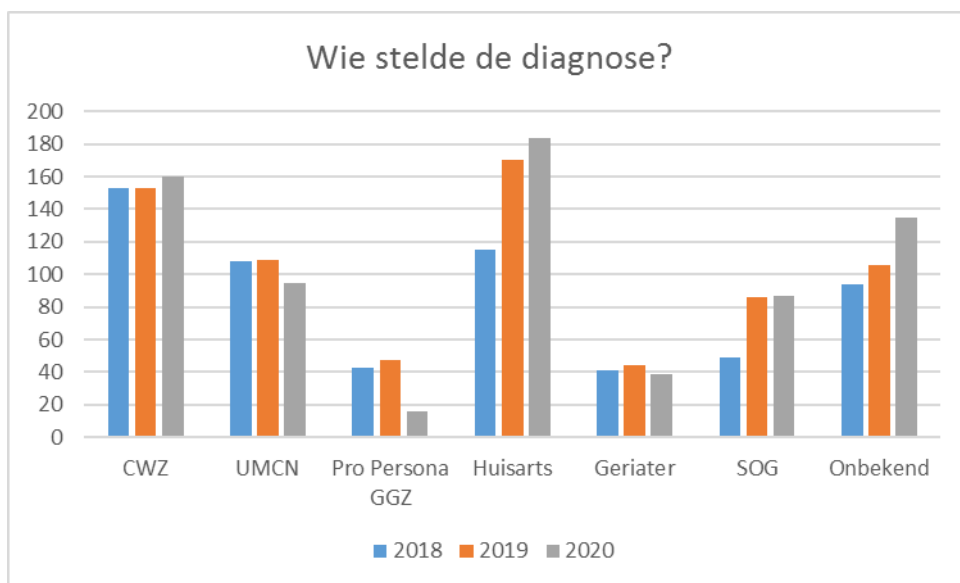


### Diagnostiek

Door wie is de diagnose dementie gesteld van de cliënten die aangemeld zijn voor zorgtrajectbegeleiding?

Van de 716 aanmeldingen is een diagnose gesteld door verschillende personen of instanties. Degene die de diagnostiek heeft verricht, is niet altijd degene die ook de aanmelding heeft gedaan. De aanmelding kan in een later stadium door anderen gedaan zijn, zoals een mantelzorger of iemand van de thuiszorg.

| Organisatie     | 2018       | 2019       | 2020       |
|-----------------|------------|------------|------------|
| CWZ             | 153        | 153        | 160        |
| RUMCN           | 108        | 109        | 95         |
| Pro Persona GGZ | 43         | 47         | 16         |
| Huisarts        | 115        | 170        | 184        |
| Geriatier       | 41         | 44         | 39         |
| SOG             | 49         | 86         | 87         |
| Onbekend        | 94         | 106        | 135        |
| <b>Totaal</b>   | <b>603</b> | <b>715</b> | <b>716</b> |



### **Wachlijst**

In 2020 was er helaas een wachlijst voor ZTB.

Het aantal mensen dat op de wachlijst staat, wisselt per maand en is afhankelijk van gemeente of wijk in de gemeente Nijmegen waar de cliënt woont.

#### ***De oorzaak van de wachlijst:***

- Vertrek of onverwachte uitval van een ZTB (er is dan niet direct een nieuwe ZTB of vervanger voorhanden, omdat het specialistisch werk is en een nieuwe ZTB vinden en weer inwerken tijd kost).
- In bepaalde wijken of gemeenten zijn relatief veel aanmeldingen.

#### ***Wat wordt er gedaan voor de mensen met dementie die op de wachlijst staan?***

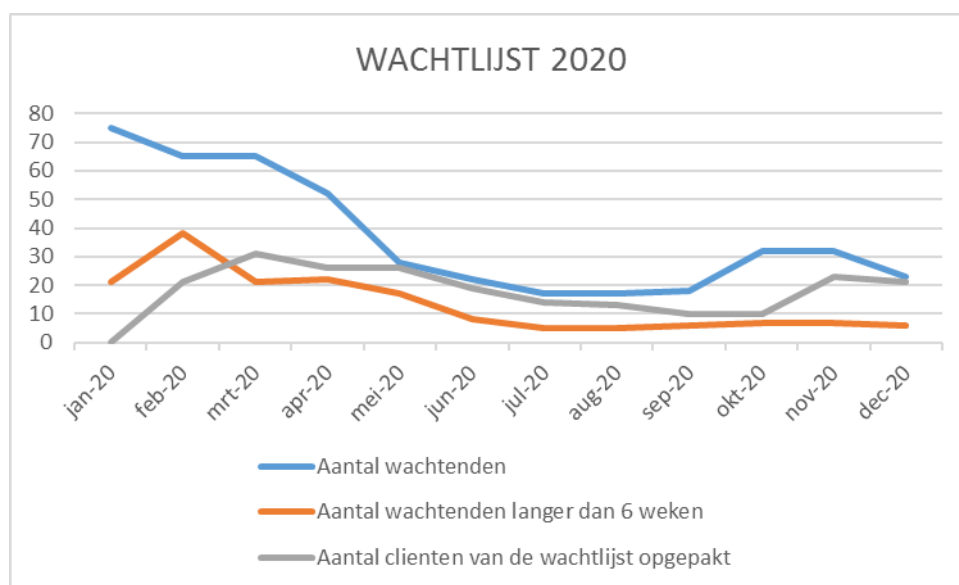
- Triage, door contact op te nemen met de aanmelder om de urgentie in te schatten.
- Triage, door contact op te nemen met de mantelzorger en na te vragen of er zorg of hulp betrokken is, inschatten of deze eerst ingezet kan worden, navragen urgentie en wat er nodig is om die tijd te overbruggen.
- Er worden afspraken gemaakt met de mantelzorger wie zij kunnen bellen als de situatie verandert en na 4-6 weken is er wederom contact.
- Indien de begeleiding niet langer kan wachten wordt gekeken wat het meest noodzakelijk is, soms is dat hulp bieden met een WLZ aanvraag, soms wordt er met voorrang een ZTB ingezet.



**Overzicht wachtlijst per maand**

Cijfers worden maandelijks aangeleverd bij Vektis.

| Maand          | Aantal wachtenden | Aantal wachtenden langer dan 6 weken | Aantal cliënten van de wachtlijst opgepakt |
|----------------|-------------------|--------------------------------------|--|
| Januari 2020   | 75                | 21                                   | 0  |
| Februari 2020  | 65                | 38                                   | 21   |
| Maart 2020     | 65                | 21                                   | 31   |
| April 2020     | 52                | 22                                   | 26   |
| Mei 2020       | 28                | 17                                   | 26   |
| Juni 2020      | 22                | 8                                    | 19   |
| Juli 2020      | 17                | 5                                    | 14   |
| Augustus 2020  | 17                | 5                                    | 13   |
| September 2020 | 18                | 6                                    | 10   |
| Oktober 2020   | 32                | 7                                    | 10   |
| November 2020  | 32                | 7                                    | 23   |
| December 2020  | 23                | 6                                    | 21   |



**Mensen op jonge leeftijd met dementie**

Op peildatum 1 januari 2021 zijn er 59 mensen op jonge leeftijd met dementie in begeleiding (vanaf 2009: 286 aanmeldingen). Nu zijn deze cliënten nog verdeeld over alle ZTB. Er zijn nu 2 ZTB gespecialiseerd (1 vacant) voor deze doelgroep en het is wenselijk dat zij in 2021 de opleiding casemanagement voor mensen met dementie op jonge leeftijd gaan volgen.

Vanaf januari 2021 wordt bij alle nieuwe aanmeldingen van deze doelgroep de begeleiding opgepakt door de ZTB specifiek voor deze doelgroep. Van de cliënten die nu al in begeleiding zijn, kan de huidige ZTB ervoor kiezen deze over te dragen aan de specialistische ZTB of haar in consult te vragen. In 2021 willen we ook aparte casuïstiek bespreking gaan organiseren voor deze doelgroep i.s.m. Unicity/De Waalboog.