



Aanbiedingsformulier

Op grond van dit aanbiedingsformulier heeft Zorginstituut Nederland getoetst of de kwaliteitsstandaard voldoet aan de criteria uit het Toetsingskader. Dit document speelt een essentiële rol om tot een afgewogen oordeel over opname in het Register te komen. Publicatie van het ingevulde aanbiedingsformulier maakt transparant op welke manier de kwaliteitsstandaard voldoet aan de criteria van het Toetsingskader.

Algemene informatie

1. Naam van de kwaliteitsstandaard:

Zorgstandaard Dementie | Samenvatting ZS Dementie | Publieksversie ZS Dementie | Aanbiedingsformulier KS OUD

2. Zorgvraag/aandoening(en) waarop de kwaliteitsstandaard betrekking heeft:

Dementie, ICD-10 F00-F07, D9-202000

3. Gepland moment van revisie van de kwaliteitsstandaard:

31-12-2018

Naam:

Julie Meerveld (Alzheimer Nederland) en Corinne van Maar (Vilans)

Organisatie:

Alzheimer Nederland en Vilans

Email:

j.meerveld@alzheimer-nederland.nl

Telefoonnummer:

Overige algemene informatie over de kwaliteitsstandaard:

De zorgstandaard zal worden herzien in het praktijkverbeterprogramma dat gekoppeld aan het Deltaplan Dementie wordt uitgevoerd. Dit is voorzien voor 2015. Tevens zal dan de herziene richtlijn Dementie van de NVKG meegenomen worden. Doel van het praktijkverbeterprogramma is enerzijds de implementatie van de zorgstandaard te bevorderen en anderzijds een 'levende' zorgstandaard / kwaliteitsstandaard te bereiken, waarbij de kwaliteitsstandaard kaders aanreikt voor professioneel handelen in de praktijk en ervaringen opgedaan in de praktijk de kwaliteitsstandaard verrijken.

Wilt u gebruik maken van het overgangscriterium?

Nee



criterium 1: De relevante partijen zijn betrokken bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard of hebben er gemotiveerd van afgezien.

(Vertegenwoordigende organisaties van) zorgaanbieders:

Alzheimer Centrum Nijmegen, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Lentis, Vereniging voor psychogeriatric (VPG), Vrije Universiteit medisch centrum (VUmc), Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatric (NVFG), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), TinZ, Stichting Pantein, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), Geriant, Dementieketen Zuid-Kennemerland, Dementieketen West Achterhoek, Dementieketen Noord-Limburg, Dementieketen Almere, Dementieketen Zuid Holland Noord, Dementieketen Eindhoven, Dementieketen Drenthe, Dementieketen Westelijk Utrecht, Dementieketen Zuid Hollandse Eilanden, Dementieketen Midden Brabant, Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Altrecht, Slingeland Ziekenhuis, GGZ Midden Nederland

(Vertegenwoordigende organisaties van) cliënten:

Stichting Alzheimer Nederland, Mezzo, Coördinatiepunt Zorg Zoetermeer, Alzheimer Nederland Utrecht, Alzheimer Centrum Limburg, Pharos, LOC Zeggenschap in zorg

(Vertegenwoordigende organisaties van) verzekeraars:

Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Anders nl.:

Vilans, GG&GD Midden Brabant, Participe Delft, Kubiek, MOgroep, Actiz, Landelijk Netwerk Dementie (LND)

2. Zijn dit de relevante partijen? Licht uw antwoord toe.

Nee

Toelichting:

Nee. De VNG was vanaf het begin toevoorder. KING (Kwaliteitsinstituut Nederlandse Gemeenten) is niet gevraagd, wel hebben wethouders, een beleidsmedewerker en professionals vanuit gemeenten (MO-groep, steunpunten mantelzorg en GG&GD) deelgenomen in 1. de werkgroep vroegsignalering/preventie en 2. in de werkgroep samenwerking en organisatie.

3. Motiveer hoe is besloten welke partijen wel/niet relevant zijn. Als er meerdere organisaties waren die in aanmerking konden komen, is er dan sprake geweest van overleg om een goede vertegenwoordiging te realiseren:

Er is breed uitgenodigd. Alzheimer Nederland heeft alle professionele partijen en koepels benaderd en uitgenodigd om mee te werken aan de ontwikkeling van de zorgstandaard. Daarnaast zijn experts en deskundigen benaderd specifiek met het oog op werkgroep 4 over samenwerking & afstemming. Daarnaast is bij deskundigen en betrokken partijen aangegaan wie nog meer betrokken zou kunnen worden. Bij de V&VN zijn expliciet diverse afdelingen uitgenodigd zodat de diversiteit aan verschillende verpleegkundigen zoals casemanager, wijkverpleegkundigen geriatric verpleegkundige ed. betrokken zouden zijn.

4. Welke relevante partijen waren uitgenodigd en hebben gemotiveerd afgezien van betrokkenheid bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard?



Toelichting:

Partijen die gemotiveerd hebben afgezien van deelname zijn de klinisch geriater, neuroloog, psychiater en internist. Zij wilden eerst de eigen multidisciplinaire richtlijn afronden. Deze specialismen hebben wel meegewerkt aan de Zorgstandaard als vertegenwoordiger van een andere groep, bijvoorbeeld alzheimer centrum, of als expert op eigen titel.



De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in het proces van betrokkenheid en verantwoordelijkheid van partijen bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard.

5. Waren de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken partijen duidelijk? Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:

Ja. De partijen werden uitgenodigd deel te nemen in de werkgroepen en/of expertgroep die elk een onderwerp van de standaard voor hun rekening namen. Daarnaast waren er 3 feedbackgroepen: van mantelzorgers (focusgroep), dementieketens en experts. Met drie inhoudelijke werkgroepen is gewerkt aan de teksten van de Zorgstandaard. Hiervoor werden vertegenwoordigers van alle relevante professionals uitgenodigd. Het ging om de volgende werkgroepen: signalering & onderkenning, diagnostiek & toegang tot zorg, Levering van zorg & diensten. Er zijn bijeenkomsten georganiseerd en er is een digitaal platform opgetuigd. Deelnemers konden reageren op de opgestelde teksten en deze aanvullen en bijwerken. Discussies en uitgangspunten. Deelnemers hebben op deze manier zelf bijgedragen aan de inhoud. Werkgroep vier behandelde twee terreinen, namelijk effectieve samenwerking in de keten en de afstemming tussen de producten van de drie werkgroepen van professionals. Voor de vierde werkgroep werden wetenschappers, financiers, deskundigen en verschillend vertegenwoordigers van dementieketens uitgenodigd. In januari 2011 startten de eerste werkgroepbijeenkomsten. Er is een slotbijeenkomst van de werkgroepen geweest. Daarna is aansluitend in de periode oktober-december 2011 een feedbackronde geweest voor een bredere groep professionals en tien dementieketens in Nederland en aan mensen met dementie en hun naasten. De uitkomsten van deze rondes zijn verwerkt in de laatste versie. Voor enkele belangrijke discussiepunten is nog eenmaal een klein groepje van experts bij elkaar gekomen waarna de Zorgstandaard is herschreven. Het definitieve concept van de Zorgstandaard Dementie (versie 1) is op 31 mei 2012 gepresenteerd en rondgestuurd voor instemming van de betrokken organisaties. Na 31 mei zijn er 2 suggesties voor aanvullingen gedaan. Onder andere vanuit recent onderzoek naar medische dieetvoeding. Op 18 december 2012 is besloten deze aanvulling niet toe te voegen aan de tekst van de Zorgstandaard. Dit in afwachting van consensus tussen onderzoekers en specialisten van de multidisciplinaire richtlijn dementie die op dit moment in bewerking is. De Zorgstandaard Dementie is klaar en staat inclusief publieksversie online sinds 18 juli 2013.

6. Hebben alle betrokken partijen naar hun mening voldoende gelegenheid gekregen om naar behoren bij te dragen en is hun bijdrage naar behoren verwerkt? Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:

zie antwoord bij vraag 5 hierboven

7. Is de invloed van belangenverstrengeling naar de mening van betrokken partijen zoveel mogelijk beperkt? Zijn de verschillende belangen onderkend, zichtbaar en controleerbaar gemaakt? Bijvoorbeeld conform de Code Belangenverstrengeling van de KNAW et al (2012)? Licht uw antwoord toe.



Ja

Toelichting:

Er is niet expliciet gehandeld conform de Code Belangenverstrengeling van de KNAW.
Toelichting: De Code is van 2012 en de start van de ontwikkeling van de Zorgstandaard Dementie is 2009. Verzachtend: er is geen enkele partij die melding gedaan heeft van mogelijke belangenverstrengeling. Ook bij de autorisatie heeft geen enkele partij aangegeven dat er sprake was van belangenverstrengeling. Casus Nutricia bewijst zorgvuldige en onafhankelijke omgang met belangenverstrengeling. De Regiegroep heeft besloten om het voorstel tot herziening van de Zorgstandaard op het onderdeel Souvenaid niet op te volgen omdat het niet in de professionele richtlijnen was opgenomen (zie notulen Regiegroep december 2012).

8. Is de externe commentaarronde naar de mening van alle betrokken partijen zorgvuldig doorlopen? Licht uw antwoord toe.

Ja



De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in (de inbreng van) het cliëntenperspectief in de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard.

9. Komt het cliëntenperspectief naar de mening van de cliënten voldoende uit de verf? Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:

Bij de ontwikkeling van de Zorgstandaard waren Alzheimer Nederland en/of andere vertegenwoordiging van cliënten en hun naasten vertegenwoordigd in de werkgroepen. Het cliëntenperspectief is op verschillende manieren gewaarborgd. In iedere inhoudelijke werkgroep namen belangenbehartigers deel. Teksten zijn voorgelegd aan mantelzorgers. En Alzheimer Nederland heeft telkens de teksten aan experts uit haar achterban voorgelegd. Er is ook om feedback gevraagd aan mantelzorgers. Dit heeft door middel van een aantal focusgroepen plaatsgevonden. Alzheimer Nederland was tevens penvoerder van de Zorgstandaard.

10. Zijn de cliëntenvertegenwoordigers materieel en immaterieel in staat gesteld om hun rol bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard te vervullen en hun taken te realiseren? Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:

zie antwoord op vraag 7.



De volgende vraag geeft het Zorginstituut inzicht in de mogelijkheden voor handhaving van de kwaliteitsstandaard.

11. Beschrijft de kwaliteitsstandaard de grens tussen verantwoorde en onverantwoorde zorg?

Ja

Zijn er naar de mening van IGZ voldoende handvatten om de kwaliteitsstandaard te kunnen handhaven? Licht uw antwoord toe.

Ja

Overige toelichting bij Criterium 1:



criterium 2: Alle betrokken partijen dragen de kwaliteitsstandaard gezamenlijk voor

De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in de voordracht van de kwaliteitsstandaard door de partijen.

1. Is de procedure voor het gezamenlijk voordragen helder vastgesteld bij de aanvang van de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard? Licht uw antwoord toe.

Nee

Toelichting:

Nee, want bij de start van de ontwikkeling van de Zorgstandaard dementie in 2009 was er nog geen sprake van aanbieden van de standaard voor opname in het register. Bij aanbidding van de kwaliteitsstandaard/ Zorgstandaard is dit gezamenlijk door afvaardigingen van organisaties gedaan middels de Regiegroep. De Regiegroep Zorgstandaard dementie heeft een document opgesteld waarin de opdracht en samenstelling van de Regiegroep zijn beschreven.

2. Dragen alle betrokken partijen (partijen die betrokken zijn bij het opstellen van de kwaliteitsstandaard de kwaliteitsstandaard gezamenlijk voor? Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:

Het concept is samen met 29 organisaties opgesteld. De Regiegroep draagt voor voor registratie. Regiegroep is een afspiegeling van de betrokken partijen. In overleg met een breed platform van professionele en brancheorganisaties in de sector dementie is in 2012 de Regiegroep a.i. gestart. Doel: verbetering van de integrale kwaliteit van welzijn, zorg en behandeling. Middel is de Landelijke Zorgstandaard Dementie. De Regiegroep onderhoudt, actualiseert en implementeert de zorgstandaard en zorgt voor een zo groot mogelijk draagvlak van de zorgstandaard onder bij dementie betrokken organisaties, de dementiecommunity. De Regiegroep bestaat uit vijf tot zeven experts en een voorzitter om zo slagvaardig mogelijk te zijn. De voorzitter is onafhankelijk, gezaghebbend en bekend in de sector. Vijf experts zijn 'gewoon' lid en zullen gezamenlijk het gehele terrein van welzijn, zorg en behandeling bestrijken. Twee experts zijn 'adviserend' lid en komen uit de groep financiers, namelijk zorgverzekeraars en gemeenten. De leden van de Regiegroep hebben geen last- en ruggespraak met de organisaties uit de dementiecommunity. Wel is de Regiegroep dwingend gebonden aan het organiseren van stevig draagvlak bij een brede groep van betrokken professionele verenigingen en organisaties. De regiegroep is zorgvuldig tot stand gekomen. Alzheimer Nederland heeft informeel middels een rondgang bij alle betrokken partijen (die bij de zorgstandaard betrokken zijn) besproken en afgetast op welke wijze het goed is de autorisatie en start van implementatie aan te sturen (stel dat je zelf dit zou organiseren, hoe zou je het doen en wat niet?). De basis die besproken is, was een slagvaardig team te maken met leden die zonder ruggespraak aan de slag kunnen en waarbij de groep nauw contact onderhoudt met de partijen in het veld. Ook is gevraagd wie als gezaghebbende personen breder dan ook de eigen achterban gevraagd kan worden. Deze eerste gedachten zijn vervolgens besproken met de voorzitters van de werkgroepen (van de zorgstandaard). Gekozen is voor de voorzitters omdat zij het meeste contact hebben met de betrokkenen via de werkgroepen. Samen met de voorzitters is een voorstel gedaan hoe een sturingsgroep op te zetten en wie daar dan in zit. Dit voorstel is rond gestuurd aan alle betrokken partijen met de vraag als zij bezwaar hebben dan te reageren. Niemand heeft bezwaar gemaakt. Voor de



utwerking en opstelling van de regiegroep is gewerkt met een tijdspad en actiepunten. Voor de werkwijze van de Regiegroep is op 31 mei 2012 een bijeenkomst in Utrecht georganiseerd waar alle betrokken professionele partijen, koepels en deskundigen voor zijn uitgenodigd. Op deze bijeenkomst zijn de deelnemers geïnformeerd over de werkwijze van de Regiegroep. Om tot autorisatie en start van implementatie te komen. Alle partijen hebben geen kritiek op de inhoud van de Zorgstandaard. Enkele partijen die niet willen tekenen doen dat vanwege: - Vier organisaties (NVKG, NVN, NVvP en NIV) ontwikkelen momenteel een multidisciplinaire richtlijn en willen deze eerst afmaken voor zij overgaan tot autorisatie. De Richtlijn wordt voorjaar 2014 verwacht. Hierna willen deze organisaties de richtlijn en zorgstandaard vergelijken en indien nodig zal de zorgstandaard aangepast worden. Daarna willen ze tekenen. In de huidige conceptversie van de richtlijn wordt op verschillende plaatsen verwezen naar de zorgstandaard. Bovendien vindt de herziening van de richtlijn plaats in overleg met penvoerder van deze Zorgstandaard. - Actiz vanwege de onduidelijkheid / mogelijkheden om de Zorgstandaard te implementeren vanwege overheveling AWBZ-zorg naar WMO. - VNG omdat zij niet namens de gemeenten kan instemmen met een landelijke standaard vanwege de autonomie van gemeenten die samenhangt met het democratische toezicht per gemeente. Actiz en VNG hebben aangeboden te helpen om bij hun leden de Zorgstandaard onder de aandacht te brengen.



De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in het onderschrijven van de kwaliteitsstandaard door de partijen.

3. Onderschrijven alle betrokken partijen de kwaliteitsstandaard? Indien dat niet het geval is, wat zijn hiervoor de gronden? Licht toe onderverdeeld in de volgende categorieën van partijen

Nee

(Vertegenwoordigende organisaties van) zorgaanbieders:

Toelichting:

(Vertegenwoordigende organisaties van) cliënten:

Toelichting:

(Vertegenwoordigende organisaties van) verzekeraars:

Toelichting:

Anders nl.:

Actiz, Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)

Toelichting:

Resumerend: Vier beroepsorganisaties hebben de Zorgstandaard nog niet geautoriseerd omdat zij bezig zijn met de herziening van hun eigen richtlijn. Alzheimer Nederland is als vertegenwoordiger van mensen met dementie en hun mantelzorgers en als penvoerder van de Zorgstandaard betrokken in de kerngroep die de multidisciplinaire richtlijn herzielt en de Regiegroep ziet toe op een zorgvuldig proces voor aansluiting en afstemming van de richtlijn en de Zorgstandaard. De Zorgstandaard zal indien nodig blijkt, herzien worden op basis van de herziene richtlijn. Daarover is ook overleg tussen de voorzitter van de Regiegroep en de voorzitter van de kerngroep van de multidisciplinaire richtlijn. · (Vertegenwoordigende organisaties van) cliënten; onderschreven · (Vertegenwoordigende organisaties van) verzekeraars; onderschreven · Anders. Actiz: niet vanwege het niet kunnen garanderen dat hun leden de implementatie spoedig kunnen oppakken ivm overheveling AWBZ-zorg naar WMO en vanwege bezuinigingen in de zorg VNG: niet vanwege eigen beleidsvrijheid van gemeenten. Ze zullen wel helpen bij aanbieden van Zorgstandaard bij gemeenten.

4. Zijn alle onderwerpen die aan het begin van het traject zijn afgesproken naar de mening van alle betrokken partijen voldoende aan bod gekomen in de kwaliteitsstandaard? Licht uw



antwoord toe.

Ja

Toelichting:

In feedbackrondes is hier expliciet naar gevraagd, ook bij autorisatie zijn er geen aanvullingen gekomen op de tekst.

Overige toelichting bij Criterium 2:



criterium 3: De kwaliteitsstandaard bevat een adequate beschrijving van de inhoud van zorg en de organisatie van het zorgproces.

Afhankelijk van de zorg die de kwaliteitsstandaard beschrijft, kunnen bepaalde van onderstaande elementen klein of zelfs helemaal afwezig zijn. Bijvoorbeeld omdat ze in de beschreven situatie minder- of niet van toepassing zijn. Wanneer de kwaliteitsstandaard één van de onderstaande elementen niet bevat, kunt u het antwoord 'nee' aan vinken. Wij vragen u dan kort toe te lichten waarom het genoemde element niet aanwezig is. Het Zorginstituut benadrukt dat in deze gevallen het antwoord 'nee' geen afbreuk doet aan de kwaliteit van de kwaliteitsstandaard.

1. Bevat de kwaliteitsstandaard een beschrijving van het gehele zorgproces vanuit het perspectief van de cliënt, waarbij er voldoende uitspraken worden gedaan over het stellen van indicaties voor diagnostiek en behandeling? Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:

zie hoofdstuk 2,3,4,5 van de Zorgstandaard. Specifiek voor cliënt beschreven blijkt uit: uitgangspunt dat is genomen ('wensen en behoeften van mensen met dementie en hun naasten zijn uitgangspunt van optimale dementiezorg. Zij worden ondersteund zodat zij zelf zo lang mogelijk de regie over hun zorgtraject kunnen behouden. Deze Zorgstandaard omvat het complete zorgproces van de eerste signalen tot aan nazorg na overlijden. Op pagina 7 wordt verwezen naar de 14 probleemvelden waar mensen met dementie en hun naasten tegenaan lopen. De belangrijkste problemen waar mensen met dementie en hun naasten tegenaan lopen zijn: 1. Niet-pluisgevoel 2. Wat is er aan de hand en wat kan helpen? 3. Bang, boos en in de war 4. Er alleen voor staan 5. Contacten mijden 6. Lichamelijke zorg 7. Gevaar 8. Ook nog gezondheidsproblemen 9. Verlies 10. Het wordt me te veel 11. Zeggenschap inleveren en kwijtraken 12. In goede en slechte tijden 13. Miscommunicatie met hulpverleners 14. Weerstand tegen opname De publieksversie is afgeleid van de Zorgstandaard en biedt inhoudelijk dezelfde normen voor goede dementiezorg. Deze is op 18 juli 2013 verschenen. De zorg zoals beschreven in de Zorgstandaard sluit aan op wat mensen zelf nog kunnen. Een grote rol voor casemanagement is beschreven. Er zijn citaten opgenomen uit cliëntenpanels per hoofdstuk om het cliëntenperspectief voorop te stellen. Daarnaast is bij de analyse van de indicatoren naast de hoofdstukken uit de Zorgstandaard, ook het cliëntenperspectief als apart thema meegenomen. Dit maakt inzichtelijk in hoeverre netwerken en ketens dementie het cliëntenperspectief als uitgangspunt nemen in hun proces en prioriteitsstelling. De dementiemonitor Mantelzorg van Alzheimer Nederland en Nivel is een onderdeel. Met de monitor wordt het oordeel van mantelzorgers over de hulp van en de samenhang in de dementieketen gepeild. Specifiek indicatiestelling: Ja, Zie bij: 1.2, 1.3.2, 2.2, 3.2, 4.2, 5.1.2, 5.2.2,5.3.2, 5.4.2,5.5.2 van de Zorgstandaard. Ja, zie ook bij evaluatie/feedback op versies van de Zorgstandaard.

2. Bevat de kwaliteitsstandaard een beschrijving van het gebruik van gepaste zorg (doelmatigheid)? Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:

Stepped care, getrapte diagnostiek, maar ook nadruk op zorgpad. Daarnaast wordt in de



Zorgstandaard beschreven wat mensen met dementie en hun mantelzorgers zelf kunnen doen.

Consistent met:

Inconsistent met:

Toelichting:

De Zorgstandaard is gebaseerd op het format van het coördinatieplatform en is daarmee consistent met Zorgstandaarden die op basis van dit format zijn opgesteld. Gebruik van dit format staat ook in de inleiding beschreven, evenals afwijkingen van dit format. Daarnaast is zij gebaseerd op recente wetenschappelijke inzichten en geldende richtlijnen van verschillende professionele beroepsgroepen. Bronnenlijst Zorgstandaard Dementie (p80). Richtlijnen en regelgeving: - Alzheimer Nederland. Criteria voor Huishoudelijke Verzorging in de WMO voor mensen met dementie. - Beleidsregels indicatiestelling AWBZ, Ministerie van VWS. - Boomsma LJ, Boswijk DFR, Bras A, Kleemans AHM, Schols JMGA, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken Dementie. Lesa, 2009. - CBO-richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie. Evidence Based Richtlijn ontwikkeling, 2005. - Dautzenberg R, Kinderen M der, Meeusen R, Urlings H, Verhagen A, et al. Dementie in beeld, landelijke richtlijnen voor het vaststellen van dementie bij mensen met een verstandelijke beperking. Utrecht: Landelijk KennisNetwerk Gehandicaptenzorg, 2005. (Bouwsteen diagnostiek). - EASYcare richtlijn cognitie. - Groenewoud JH, Bosch HJH in den, Lange J de. Omgaan met afweergedrag bij eten en drinken van bewoners met dementie. Richtlijn voor verzorgenden niveau 3 in verpleegen verzorgingshuizen. Kenniskring transitie in zorg, 2009. (Behandeling). - Hogeschool Inholland, Stichting Geriant. Het verminderen van agitatie bij dementerende ouderen, Richtlijn voor verpleegkundigen en verzorgenden. Alkmaar: Hogeschool Inholland, 2007. - LHV-handreiking complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis op www.lhv.nl, >producten, >LHV-handreikingen - Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. Richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie. Utrecht: NVKG, 2005. - Nivel, Rivas zorggroep. Het begeleiden van mensen met dementie die apathisch zijn, richtlijn voor verzorgenden. Utrecht: Nivel, 2004. (Behandeling). - Nivel, Rivas zorggroep. Het begeleiden van mensen met dementie die depressief zijn, richtlijn voor verzorgenden. Utrecht: Nivel, 2006. (Herziene versie). (Werkgroep 3). - Normen verantwoorde zorg, 2010. - Radboud Universiteit Nijmegen. Richtlijn omgaan met gedragsproblemen bij patiënten met dementie (niet-medicamenteuze aanbevelingen), Richtlijn voor verpleegkundigen en verzorgenden. Nijmegen: 2008. (Behandeling). - Richtlijn gebruikelijke zorg, CIZ. - Richtlijn Mantelzorg, CIZ. - Richtlijn Respijtzorg, CIZ. - Vereniging van integrale kankercentra. Dementie Landelijke Richtlijn, versie 1.0. VIKC, 2010. - Verenso Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriater. Richtlijn probleemgedrag, Utrecht, 2008. - Verenso Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriater. Handreiking Diagnostiek van Dementie. Utrecht, 2008. - Verenso. Multidisciplinair werken aan probleemgedrag, een multidisciplinaire handreiking bij de NVVA-richtlijn probleemgedrag. Verenso, 2008. (Behandeling). - VU Amsterdam, Kwaliteitsindicatoren Geheugenpoliklinieken; ontwikkeling en validering. Alzheimer Centra in Nijmegen, Limburg. Januari 2006. www.geheugenpoli.com - Wind AW, Gussekloo J, Vernooij-Dassen MJFJ, Bouma M, Boomsma LJ, et al. NHGrichtlijn dementie. 2003;46(13):754-67. De Zorgstandaard zal samen gaan hangen met de module Levensvragen. Deze is in ontwikkeling. Er komen steeds meer aanwijzingen dat leefstijlinterventies het proces van hersendegeneratie kunnen uitstellen. Overgewicht, verhoogde bloeddruk in volwassenheid, roken, weinig lichaamsbeweging en suikerziekte verhogen de kans op de ziekte van Alzheimer.



De modules hieromtrent zoals staan in de Zorgstandaarden diabetes, en COPD zijn dan ook van belang, maar niet expliciet in deze richtlijn opgenomen. Verwijzing en samenhang hiermee in het register is wel van belang (module stoppen met roken, module bewegen, module preventie en leefstijladvies). Ook omdat dementie veel ouderen betreft en veel ouderen dus ook nadere ziekten zoals diabetes en hart- en vaatziekten kunnen hebben. Het aanhangen van deze Zorgstandaard in relatie tot anderen in het register is daarom van belang voor patiënt en professionals. Ook belangrijk is daarbij om goed onderscheid te blijven behouden tussen andere doelgroepen van kwetsbare ouderen en mensen specifiek met dementie.

4. Zijn er de gebruikte kernbegrippen gedefinieerd en is aangegeven wat zorgverleners documenteren en als informatie aan elkaar overdragen. Licht uw antwoord toe.

Nee

Toelichting:

De kwaliteitsstandaard bevat geen informatiestandaard en er zijn nog geen kernbegrippen gedefinieerd voor zorgverleners wat ze moeten registreren en aan elkaar moeten kunnen overdragen. Er zijn wel normen waaraan deze zouden moeten voldoen. Er is nog geen landelijk registratiesysteem. Vanuit het Deltaplan Dementie (gestart in 2012) wordt een register en zorgportaal ontwikkeld. Aan dit Deltaplan Dementie wordt in een achtjarig programma met alle relevante partijen gewerkt aan uniforme registratie. Daarnaast is voor het gebruik van de indicatoren in de Zorgstandaard Dementie een handleiding en invoertool opgesteld voor de uitvoering van de meting door de dementieketens door achtereenvolgens CBO, Plexus en Vilans. Het onderzoeks- en innovatieprogramma genaamd Memorabel is inmiddels van start gegaan. Het onderzoeks- en innovatieprogramma Memorabel richt zich op onderzoek en het ontwikkelen en toepassen van effectieve en doelmatige instrumenten, interventies en zorgmodellen. ZonMw voert het programma uit. Het onderzoek omvat de gehele kennisketen, van fundamenteel onderzoek tot benutting van kennis in de praktijk. Voor de eerste fase (2013-2015) van dit achtjarige programma, zijn vier thema's benoemd: 1. oorsprong en mechanisme van dementie 2. diagnostiek 3. behandeling en preventie 4. doelmatige zorg en ondersteuning. Begin oktober 2013 start de eerste subsidieronde met een omvang van €16 miljoen en kunnen onderzoekers voorstellen bij ZonMw indienen. De bijdrage vanuit Nederland aan het Europese JPND-programma (Joint Programme - Neurodegenerative Disease Research) via Memorabel zal dit jaar meer dan 3 miljoen euro bedragen. Zie ook www.deltaplاندementie.nl Op dit moment zijn het Deltaplan en Alzheimer Nederland overleg gestart met Nictiz over de ontwikkeling van de informatiestandaard in aansluiting op de ontwikkeling van de registratie, een van de drie pijlers van het Deltaplan Dementie.

5. Bevat de kwaliteitsstandaard een beschrijving van controlemomenten, evaluatiemomenten en overlegmomenten? Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:

Zie p 45, deel II Organisatie ketenzorg bij dementie, 1.3 criteria voor goed ketenmanagement en koppeling aan netwerkindicatoren 1.5.1 van de Zorgstandaard. Monitoren, evalueren en overleg binnen de Zorgstandaard is uitgewerkt op basis van het ontwikkelmodel voor ketenzorg van Minkman. Belangrijke elementen hierbinnen die zich hierop richten zijn: Resultaatsmanagement (zie hoofdstuk 1.4 en 1.5) Het cluster resultaatsmanagement gaat over het benoemen van prestatie-indicatoren en normen om vervolgens resultaten in de dementieketen te kunnen evalueren. Resultaten hebben betrekking op cliënt gerelateerde uitkomsten, cliëntwaardering, logistieke en financiële prestaties. Analyses van (bijna)fouten, feedbackmechanismen en



verbeterteams worden gebruikt om prestaties te verbeteren. Resultaatgericht leren (zie hoofdstuk 1.4 en 1.5) Het cluster resultaatgericht leren heeft betrekking op een leerklimaat dat gericht is op voortdurend verbeteren van resultaten in de dementieketen. Hierbij past het gezamenlijk in kaart brengen van de doelen, knelpunten en leemten in de keten en het delen van kennis in een open sfeer. Incentives belonen betere prestaties. Paragraaf 3.4 is gewijd aan het zorgplan welke is gekoppeld aan de casemanager.

6. Bevat de kwaliteitsstandaard een beschrijving van zelfmanagement? Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:

zeer uitvoerig. Zowel hoofdstuk casemanagement als een paragraaf over zelfmanagement. Zie respectievelijk hoofdstuk 3 en hoofdstuk 2.6 van de Zorgstandaard.

7. Bevat de kwaliteitsstandaard een toelichting op bewijsvoering? Beschrijf de methoden waarop de aanbevelingen in de kwaliteitsstandaard tot stand zijn gekomen. Licht uw antwoord toe.

Nee

Toelichting:

Een literatuurlijst en bronnenlijst zijn opgenomen in de kwaliteitsstandaard. Teksten zijn een samenvatting van gebruikte literatuur en samen met de werkgroepen tot stand gekomen. In overleg met de projectgroep en werkgroepleden is in verband met leesbaarheid en doel van de Zorgstandaard gekozen geen directe referenties op te nemen in de tekst. In de Zorgstandaard is de totstandkoming van de teksten beschreven evenals het gebruik van literatuur. Vanwege het brede bereik en doel van deze Zorgstandaard zijn verschillende methoden gebruikt. Ook is aan alle werkgroepleden gevraagd relevante literatuur aan te leveren. Het niveau van bewijs wordt niet via een specifiek graderingsstelsel aangegeven. Het is als volgt tot stand gekomen: Vanaf oktober 2010 is de projectgroep gestart met de voorbereiding van de Zorgstandaard dementie. In januari 2011 zijn werkgroepen gestart met een basistekst die wordt doorontwikkeld tot de Zorgstandaard Dementie. De basistekst is gebaseerd op bronnen en literatuur zoals vermeld in de bijlage van de Zorgstandaard. Via consensusbijeenkomsten in de afzonderlijke werkgroepen, via landelijke bijeenkomsten met alle werkgroepen en via het steeds herschrijven van de basistekst is gekomen tot de tekst en aanbevelingen van de Zorgstandaard. Vilans begeleidde de werkgroepleden bij het bespreken van de verschillende thema's met hun achterban tussen de werkgroepbijeenkomsten door. Daarnaast is er via een digitaal afgeschermd platform in co-creatie gewerkt aan teksten en aanbevelingen.



criterium 3: Organisatie van zorg

De inhoud en positie van een behandel- of zorgplan, een behandel- of zorgdoel. Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:

In deel III van de Zorgstandaard is de organisatie van ketenzorg bij dementie beschreven. Hier wordt ingegaan op informatievoorziening en middelen zoals financiën, onderzoek/kennis, ICT, deskundigheidsbevordering. In deel I dat gaat over ziektespecifieke zorg zijn voor elk onderdeel (is ook elk hoofdstuk van deel I) de elementen van organisatie beschreven. De inhoud en de positie van het zorgplan is in hoofdstuk 3.4 beschreven bij casemanagement. Bij de consultatieronde/feedbackrondes is hierop geen commentaar geleverd.

De benodigde informatie- en communicatiesystemen. Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:

De benodigde middelen. Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:

De regiefunctie. Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:

Dit staat beschreven in deel III van de Zorgstandaard over de organisatie van ketenzorg bij dementie: hoofdstuk 1.4 en in het hoofdstuk over casemanagement. Zie verder antwoord bij vraag 7. De meer precieze uitwerking op deze onderdelen vindt nu plaats bij de vertaling van de Zorgstandaard dementie in regionale zorgprogramma's. Inmiddels is het eerste regionale zorgprogramma klaar d.d. 26 september 2013. De eerste zorgprogramma's worden op 2 december in een bijeenkomst van het Landelijk Netwerk Dementieketens aan de directeur van het toekomstige Kwaliteitsinstituut worden aangeboden.

De verdeling van de verantwoordelijkheden tussen professionals onderling en tussen professionals en informele zorgverleners. Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:

De noodzakelijke coördinatiefunctie. Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:



Een toelichting over de van toepassing zijnde andere kwaliteitsstandaarden. Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:

De monitoring van het individuele behandelplan. Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:

10. Is voldoende beschreven op welke wijze de implementatie van de kwaliteitsstandaard zal plaatsvinden en aan welke voorwaarden daarvoor moet zijn voldaan? Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:

Ja en wordt aangevuld door Deltaplan Dementie en het daaraan gekoppelde praktijkverbeterprogramma. De implementatie en de mogelijkheden daarvoor zijn tijdens de ontwikkeling en daarna steeds besproken met betrokken inkopers (zorgkantoren, gemeenten en verzekeraars), toezichthouders, aanbieders en koepels. In de voorbereiding van de werkgroepen en bij bespreking in de werkgroepen is steeds aandacht geweest voor implementatie en het creëren van draagvlak bij de achterban en overige betrokkenen. Alzheimer Nederland, Vilans en de Regiegroep Zorgstandaard dementie a.i. hebben vervolgens op thema's met de verschillende stakeholders in de sector plannen voor de implementatie besproken. In 2012 is de implementatie in samenwerking met het toekomstige Kwaliteitsinstituut gestart in het project Pilots. Dit betreft de start van de implementatie van de zorgstandaard in 8 dementienetwerken door de standaard te vertalen in zorgprogramma's voor de betreffende regio's. Deze 8 netwerken zijn met alle netwerken verbonden in het Landelijk Netwerk Dementie (LND) waar voortgang over het ontwikkelen van zorgprogramma's wordt gecommuniceerd via daarvoor bestemde websites en via netwerkbijeenkomsten. Daarnaast heeft de IGZ de zorgstandaard ook meegenomen in haar thematische onderzoek naar de netwerken. Vervolg van implementatie zal plaats vinden via het praktijkverbeterprogramma dat aan het Deltaplan Dementie is gekoppeld. Concreet betekent dit dat implementatie via het LND en via het Deltaplan Dementie voortgang zal vinden. Het gebruik van de zorgstandaard en de ervaringen opgedaan in de pilot vanuit het Kwaliteitsinstituut worden gebruikt bij de opzet en inhoudelijke vormgeving van het praktijkverbeterprogramma. Tevens vindt via Alzheimer cafe's, huisartsen en geheugenpoli's de verspreiding van de publieksversie van de zorgstandaard plaats en gebruikt het transitiebureau VWS de zorgstandaard ten behoeve van het maken van een showcase van de zorgstandaard voor gemeenten. Het proces om stappen te nemen tbv implementatie vindt organisch plaats met het oog op het verkrijgen van een goede positionering van de zorgstandaard en het gaan gebruiken van de zorgstandaard door relevante betrokkenen. Activiteiten die tijdens of na gereedkomen van het concept door verschillende partijen zijn ondernomen om implementatie te bespoedigen zijn: 1. Thematisch onderzoek naar netwerkzorg dementie bij thuiswonende mensen door IGZ. 2. Twee keer per jaar overleg van belangenbehartigers van Alzheimer Nederland met alle inkopers van AWBZ zorg waarbij de ZSD als basisdocument geldt en focuspunten worden gekozen op basis van de resultaten uit de



meest actuele regionale dementiemonitor mantelzorg. 3. De opname van het definitieve concept van de Zorgstandaard als basisdocument in het inkoopbeleid van ZN. 4. De dementiemonitor mantelzorg van Alzheimer Nederland in samenwerking met Nivel om elke twee jaar. 5. De peiling met de indicatoren uit de ZSD in 2012 door Vilans Met – naar alle waarschijnlijkheid - vervolg in 2014 en 2016. 6. Evaluatieonderzoek van Trimbos en Nivel naar casemanagement met de ZSD als basis in 2011 en 2012. 7. CvZ advies in 2011 over casemanagement, gevolgd door een adviesaanvraag van het ministerie om de functie casemanagement op te nemen in de ZvW aanspraak en duiding thuisverpleging. 8. Vertaling van ZSD in 8 regionale zorgprogramma's. Acht dementieketens werken onder begeleiding van Vilans en Alzheimer Nederland in een pilot van het Kwaliteitsinstituut aan de ontwikkeling van regionale zorgprogramma's op basis van de Zorgstandaard. In de Zorgstandaard is beschreven "wat" goede dementiehulp is in 2012. In dementieketens maken de aanbieders, professionals en financiers afspraken over "wie" dit gaat doen in de dementieketen en "hoe". Dit noemen we een zorgprogramma. De volgende dementieketens doen mee: Zaanstreek Waterland, Zuid Kennemerland, Westelijke Mijnstreek, Haaglanden, dementienetwerk Breda e.o., Noordelijke Maasvallei, Noord Limburg en de Liemers. Op voorzet van Zaanstreek-Waterland heeft Vilans een handig invulformat gemaakt waarmee een nulmeting gemaakt kan worden. Zorgkantoor CZ heeft dit invulformat aanbevolen voor ketens in haar inkoopplan. De ontwikkelde zorgprogramma's zullen via het landelijk netwerk dementieketens worden verspreid als goede voorbeelden voor andere ketens. 9. Tijdens bijeenkomsten van het landelijk netwerk dementieketens, LND, wordt de voortgang van de implementatie besproken. Vilans doet de coördinatie van het netwerk in opdracht van VWS. De stuurgroep van het netwerk bestaat uit Alzheimer Nederland en enkele dementieketens

Overige toelichting bij Criterium 3:



Criterium 4: De kwaliteitsstandaard heeft een cliëntenversie, een samenvatting, een set met bijbehorende meetinstrumenten en een onderhoudsplan. Wanneer de kwaliteitsstandaard niet alle genoemde onderdelen heeft, dan hebben partijen een tijdspad geformuleerd waaruit blijkt wanneer de kwaliteitsstandaard wel volledig aan dit criterium zal voldoen.

De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in de volledigheid van de kwaliteitsstandaard.

1. Bevat de kwaliteitsstandaard een cliëntenversie of is er voldoende aandacht besteed aan correcte cliënteninformatie?

Ja

2. Bevat de kwaliteitsstandaard een samenvatting?

Ja

3. Bevat de kwaliteitsstandaard meetinstrumenten?

Ja

4. Bevat de kwaliteitsstandaard een onderhoudsplan of wordt er verwezen naar een algemeen onderhoudsplan?

Ja

Cliëntversie:

Datum:

Toelichting:

Samenvatting:

Datum:

Toelichting:

Set met bijbehorende meetinstrumenten:

Datum:



Toelichting:

Onderhoudsplan?

Datum:

Toelichting:

Overige toelichting bij Criterium 4:

Het onderhoudsplan is het praktijkverbeterprogramma dat onderdeel uitmaakt van het Deltaplan Dementie. Hierin zal de huidige Regiegroep opgaan in een nieuwe groep die de uitvoering van het onderhoudsplan aanstuurt. De onderdelen van de zorgstandaard zijn op het onderhoudsplan na volledig. Het onderhoudsplan wordt opgenomen in het praktijkverbeterprogramma dat start in 2014 en loopt tot 31 december 2017. Hiermee wordt een 'levende' zorgstandaard bereikt en implementatie van de zorgstandaard in 60% van de netwerken dementie.



Zorginstituut Nederland