

## Werkplan proefimplementatie Zorgstandaard Dementie 2019 -2020

### 1. Inleiding

Dementiezorg voor Elkaar (in vervolg genoemd DvE) is een praktijkverbeterprogramma dat uitgevoerd wordt door een consortium van vijf kennisinstituten, namelijk: Vilans, Nivel, Trimbos Instituut, Movisie en Pharos. Het programma wordt gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en heeft als doel om bij te dragen aan het verbeteren van de dementiezorg in Nederland (<https://www.dementiezorgvoorelkaar.nl>). Het herzien van de Zorgstandaard Dementie is één van de werkpakketten binnen het programma Dementiezorg voor Elkaar (<https://www.dementiezorgvoorelkaar.nl/herziening-zorgstandaard-dementie/>). De tekst voor de herziene Zorgstandaard is geschreven in samenwerking met een werkgroep en een adviesgroep met patiënt- en mantelzorgervertegenwoordigers (o.a. vanuit Alzheimer Nederland), vertegenwoordigers vanuit Zorgverzekeraars Nederland, brancheorganisaties en beroepsverenigingen.

Van november 2017 – mei 2019 is door de projectgroep DvE en de werk- en adviesgroep ZSD gewerkt aan de herziening van de Zorgstandaard Dementie (ZSD) uit 2013. De ZSD geeft normen/aanbevelingen voor goede dementiezorg en is primair bedoeld voor professionals en aanbieders in zorg en welzijn. Het is een functionele beschrijving van proces en organisatie van de zorg en gaat daar mee over het 'wat' en 'waar' en niet over 'wie' en 'hoe'.

De ZSD heeft de volgende gebruikersdoelen:

1. Het voeren van een adequaat kwaliteitsbeleid
2. Het bevorderen van transparante communicatie tussen personen met dementie, mantelzorgers en zorgverleners
3. Is het uitgangspunt voor het opstellen van regionale (zorg)programma's
4. Uitgaan van een gedeelde visie op wat de persoon met dementie en mantelzorger(s) nodig hebben om het leven zo goed mogelijk te leven
5. Het geven van de juiste hulp door de juiste persoon op het juiste moment

De autorisatieversie bestaat uit de volgende onderdelen:

1. Een beschrijving van gebruikersdoelen en van de gehanteerde werkwijze
2. Een beschrijving van de visie op de kwaliteit van de dementiezorg en ondersteuning in Nederland zijnde persoonsgerichte integrale dementiezorg
3. Een set van 25 aanbevelingen + toelichting geordend naar randvoorwaarden en het gehele dementietraject over de domeinen van Zorg en Welzijn heen. De aanbevelingen zijn zodoende verdeeld over 7 thema's (gecoördineerde netwerkzorg, integraal zorgleefplan, casemanagement, proactieve zorgplanning, niet pluis, diagnose, leven met dementie en stervensfase & nazorg)
4. Een beschrijving van een onderbouwde set van 12 kwaliteitsindicatoren (proces, structuur en uitkomst) bedoeld voor leren & verbeteren binnen de dementienetwerken
5. Een infographic met:
  - a. de set van 25 aanbevelingen
  - b. de set van 12 kwaliteitsindicatoren (zie bijlage 1)

Momenteel hebben 19 van de 22 partijen de ZSD geautoriseerd.

Actiz, V&VN en ZN hebben de volgende bezwaren:

- De ZSD is voor professionals moeilijk leesbaar en daardoor niet goed bruikbaar (Actiz)
- De kwaliteitsindicatoren kunnen gebruikt worden om organisaties ter verantwoording te roepen over de geboden kwaliteit van de dementiezorg (Actiz)
- Zorggebruikers kunnen de ZSD gebruiken om ZV zorg te laten vergoeden (ZN)
- De methodologische onderbouwing dient te worden aangescherpt (V&VN)

Om aan deze bezwaren tegemoet te komen is in de werkgroepbijeenkomst van 9 sept jl. besloten dat de implementatiefase een proefimplementatiefase wordt. Hieronder beschrijven we de doel- en vraagstelling, het resultaat, de doelgroep, het stappenplan en de planning van de proefimplementatie. De proefimplementatie wordt uitgevoerd door DvE i.s.m. proefregio's.

## Doel

Het doel van de proefimplementatie is om te verifiëren in hoeverre de set van aanbevelingen (gerubriceerd aan de hand van de 7 thema's) en de 12 kwaliteitsindicatoren (structuur, proces en uitkomst) bruikbaar zijn voor het persoonsgericht en integraler maken van de Dementiezorg- en ondersteuning in Nederland.

## Vraagstelling:

1. Vinden gebruikers binnen de proefregio's de aanbevelingen en de kwaliteitsindicatoren per thema uit de ZSD bruikbaar voor het verbeteren van de kwaliteit van de dementiezorg?
  - a. Welke concrete acties zijn er ondernomen om binnen het netwerk aan de geselecteerde aanbevelingen te werken?
  - b. Wat ging er goed bij het implementeren van de aanbevelingen? En waar liepen de netwerken tegenaan?
  - c. Dragen de indicatoren per thema bij aan het monitoren en verbeteren van de regionale zorg en ondersteuning voor mensen met dementie? Zo nee, waarom niet? Zo ja, op welke manier?
    - i. Welke bestaande of nieuwe gegevens kunnen nu al gebruikt worden om scores op kwaliteitsindicatoren te kunnen berekenen? En welke (nog) niet?
    - ii. Hoeveel tijd en inspanning kost het verzamelen en verwerken van de gegevens voor de kwaliteitsindicatoren? Wegen de verwachte baten van het gebruik van de indicatoren op tegen de inspanningen? Waarom wel of niet?
2. Wat hebben de dementienetwerken in de proefregio's nodig om de aanbevelingen en indicatoren te kunnen gebruiken voor 'leren en verbeteren' ?

## Resultaat

De proefimplementatie levert twee producten op:

1. Een goed leesbare en bruikbare versie van de zorgstandaard voor professionals in zorg en welzijn.
2. Een op de praktijk gebaseerd implementatieplan.

## Doelgroep

De proefimplementatie vindt plaats bij vijf dementienetwerken in de volgende proefregio's:

- Dementienetwerk Drenthe
- Dementienetwerk Noord-Holland Noord
- Dementienetwerk Eindhoven
- Dementienetwerk Den Haag
- Samenwerkingsverband dementiezorg voor migranten (OLVG en SAG)

De proefimplementatie vindt per dementienetwerk/samenwerkingsverband plaats onder begeleiding van twee ervaren DvE implementatie-adviseurs (een senior en een junior). Zij beschikken over gedegen kennis van en ervaring met verander- en implementatietrajecten. Daarnaast hebben zij een hands-on mentaliteit en zijn in staat om goed aan te sluiten op de wensen en behoeften van desbetreffende regio.

## 2. Stappenplan

De proefimplementatie bestaat uit de volgende onderdelen:

### Stap 1: Het maken van een foto (najaar 2019)

In deze stap wordt een 'foto' gemaakt van de dementiezorg in elke testregio's aan de hand van een vragenlijst voor een zelfscan en een prioritering van de hoofdthema's (Casemanagement; Gecoördineerde netwerkzorg; Proactieve zorgplanning; Integraal zorgleefplan; Niet-pluis; Diagnose; Leven met dementie en Stervensfase & nazorg) en de daarmee samenhangende aanbevelingen en kwaliteitsindicatoren waar een netwerk mee aan de slag wil:

#### a. Ontwikkelen van een digitale vragenlijst (september-oktober 2019):

Doelen:

1. Netwerken/organisaties kunnen een antwoord geven op de vraag: In welke mate voldoe ik aan de aanbevelingen in de ZSD 2019?
2. Netwerken/samenwerkingsverbanden bepalen een top 3 van thema's voor de proefimplementatie:  
Welke 3 thema's met bijbehorende aanbeveling(en) en kwaliteitsindicatoren hebben prioriteit? Om tot deze top 3 te komen kunnen vragen gesteld worden als:
  - Waar schaam je je het meest voor dat het niet goed is geregeld?
  - Wat moet echt snel worden opgepakt?
  - Snel succes (quick wins): waarmee kunt je op korte termijn succes boeken? Snel succes pept mensen op.
  - Welke thema's met bijbehorende aanbevelingen zijn in lijn met het meerjarenplan en/of jaarplan? Dit punt is van belang om er voor te zorgen dat de verandering niet als iets losstaand wordt ervaren

#### b. Uitzetten van de vragenlijst onder de bij de netwerken en samenwerkingsverbanden (oktober-november 2019)

De vragenlijst wordt uitgezet onder de relevante stakeholders van het netwerk.

### c. Analyseren van de uitkomsten van de vragenlijst (november-december 2019)

De uitkomsten worden vergeleken en op basis hiervan wordt een overzicht gemaakt van de thema's en indicatoren waarmee netwerken/samenwerkingsverbanden aan de slag willen. Als bepaalde thema's nergens geprioriteerd zijn, dan gaan we in gesprek met de netwerken of het mogelijk is een extra thema in de proefimplementatie te implementeren en/of dat er gewisseld wordt van thema.

## Stap 2: Het werkplan

De netwerkcoördinator zorgt ervoor dat de belangrijkste partijen bij elkaar komen om de uitkomsten uit de vragenlijst met elkaar te bespreken. Voor de 3 geprioriteerde thema's maakt ieder netwerk een werkplan met doelen, activiteiten, resultaten, kansen en knelpunten (zie bijlage 4: format werkplan) onder begeleiding van de DVE-adviseurs.

Er wordt een overzicht gemaakt van de verschillende ingrediënten van de werkplannen, zodat we een gedetailleerd beeld hebben van de wijze waarop er gewerkt gaat worden aan de geprioriteerde thema's.

## Stap 3: Aan de slag met de implementatie

- De thema's en daarbij behorende aanbevelingen en kwaliteitsindicatoren worden geïmplementeerd. Hiertoe worden ook de kennisdossiers per thema gebruikt. Voor de thema's 'Niet-pluis' en 'Diagnose' zijn de kennisdossiers reeds ontwikkeld. De kennisdossier bestaan uit relevante handreikingen en instrumenten waarmee het thema kan worden geïmplementeerd. Het volgende dossier waaraan gewerkt wordt is 'Leven met Dementie'. Het is de bedoeling dat de bestaande dossiers worden aangevuld met handreikingen en instrumenten uit de proefregio's en dat de nog te ontwikkelen dossiers in samenwerking met de proefregio's tot stand komen. De netwerkcoördinator en de DvE-adviseurs ondersteunen dit proces. Elk netwerk krijgt maximaal 100 uur DvE-ondersteuning van de proefimplementatie.
- Per thema wordt ook bepaald welke kwaliteitsindicatoren van belang zijn om de kwaliteit van persoonsgerichte en integrale dementiezorg op het niveau van regionale netwerken te monitoren. Voor de meeste netwerken is dit nog geen gemeengoed. Tijdens de proefimplementatie staan 2 vragen centraal:
  - Wat wordt er al geregistreerd om geselecteerde indicatoren te berekenen?
  - Wat moet er aanvullend geregistreerd gaan worden in de ICT-systemen?
- DVE adviseurs begeleiden de evaluatie van geformuleerde en uitgevoerde acties. Wanneer de acties van het werkplan uitgevoerd worden om de gestelde doelen te bereiken, is het belangrijk om tussentijds te evalueren of de gestelde doelen behaald worden. In welke mate is de beoogde praktijkverbetering bereikt? Werkt het? Ga er mee door. Werkt het niet? Stop ermee. Leren behelst een continue afwisseling tussen denken en doen. Kortom, de aanpak van trial en error. Dit geeft inzicht in welke mate moet worden doorgegaan op de ingeslagen weg, of dat het plan aangepast moet worden. Tijdens de evaluatie is het belangrijk na te gaan of er eventuele knelpunten zijn ontstaan het behalen van het doel in de weg staan (zie bijlage 2). Is er bijvoorbeeld een te hoge tijdsdruk of een probleem met de financiering? Of bemerk je verwarring, onzekerheid, weerstand of

frustratie bij degenen die betrokken zijn bij de implementatie. Zo ja, dan moet eerst gekeken worden of de visie, vaardigheden, prikkels, middelen en plan van aanpak duidelijk genoeg zijn om dit weg te nemen (zie bijlage 3). Wanneer dit op orde is, is de kans groter dat de door de gestelde doelen behaald worden. In de derde bijeenkomst worden de ervaringen en resultaten van de proefimplementatie met elkaar uitgewisseld en worden conclusies getrokken t.b.v. de versie van de ZSD voor professionals. Om de evaluatie systematisch plaats te laten vinden wordt door de projectgroep een format aangereikt. In dit format worden tevens benoemd wat de DVE-adviseurs hebben gedaan om de netwerken bij de implementatie te begeleiden.

#### Stap 4: Landelijke bijeenkomsten van het kennis/leernetwerk: Uitwisseling tussen de testregio's en met andere geïnteresseerde regionale netwerken

Ervaringen delen in het landelijk kennis/leernetwerk:

- Bijeenkomst 1: delen van werk- en meetplannen
- Bijeenkomst 2: delen van ervaringen met kennisdossiers
- Bijeenkomst 3: Evalueren van de proefimplementatie in bijeenkomsten van het kennis/leernetwerk.
- Bijeenkomst 4: delen van proces en resultaat van werken met indicatoren

Van de bijeenkomsten worden opnames gemaakt en op basis daarvan wordt een gedetailleerd verslag gemaakt. Deze worden direct geanalyseerd en meegenomen als tussentijdse resultaten die worden teruggekoppeld aan het kennis/leernetwerk. De vorm van deze terugkoppeling wordt in overleg met de projectgroep en kennis/leernetwerk bepaald.

#### Stap 5: Beschrijven van de geleerde lessen

De finale analyses worden in deze stap uitgevoerd, waarbij de bevindingen uit de verschillende stappen worden geïntegreerd, inclusief de informatie die is opgehaald tijdens de bijeenkomsten van het kennis/leernetwerk. In deze laatste stap worden categorieën en thema's die verband houden met de onderzoeksvragen definitief vastgesteld in overleg tussen de onderzoekers van het Nivel en voorgelegd aan de projectgroep. Op basis hiervan zullen de geleerde lessen in een beknopte rapportage beschreven worden.

#### Stap 6 : Verspreiden van geleerde lessen uit het kennis/leernetwerk

- Ten behoeve van de verspreiding van de geleerde lessen in de regio's worden factsheets gemaakt en wordt eind 2020 een werkconferentie voor alle dementienetwerken in Nederland georganiseerd.
- De geleerde lessen worden ook in de vorm van een artikel door DvE aangeboden worden aan het tijdschrift Denkbeeld.
- Met behulp van de ervaringen in de regio's wordt de versie van de ZSD voor professionals gemaakt en het op de praktijk gebaseerd implementatieplan.

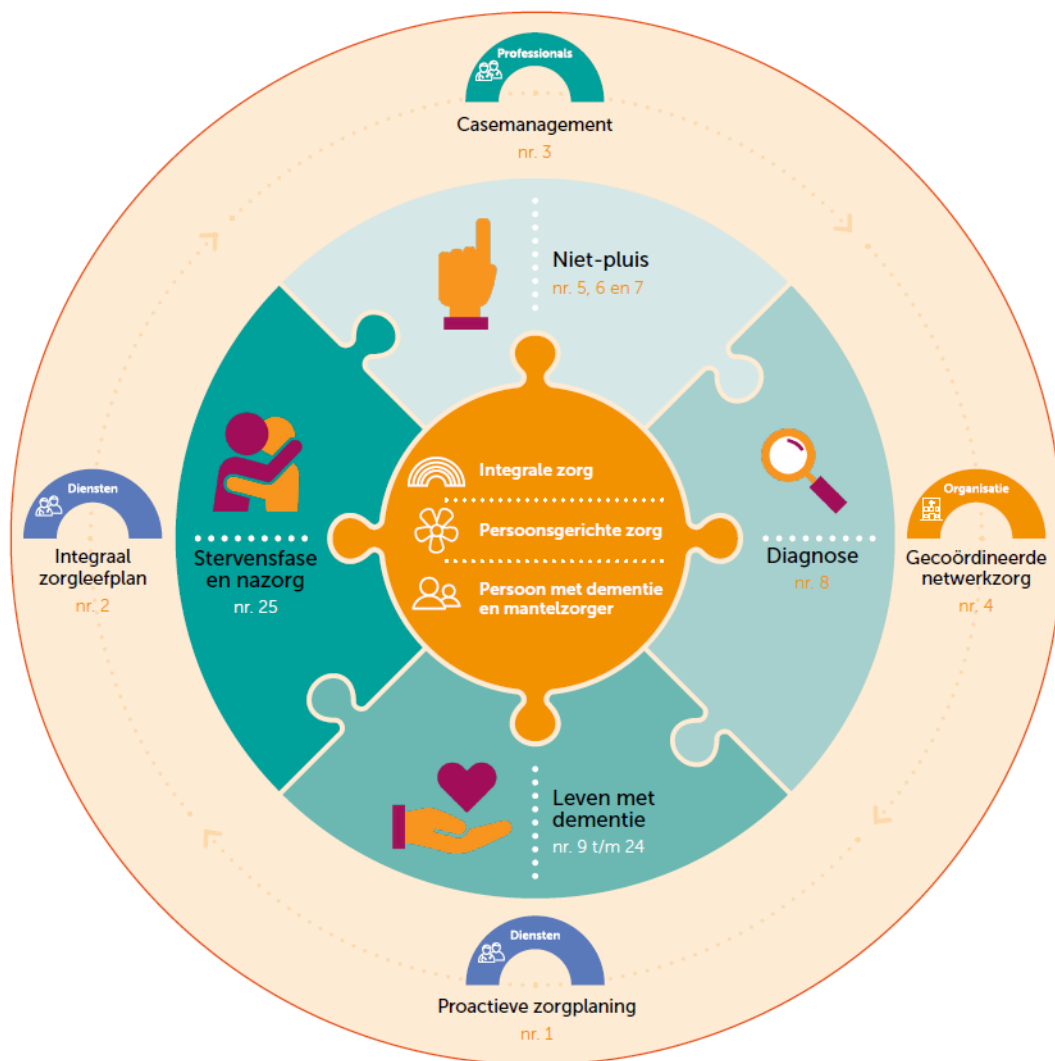
### 3. Planning proefimplementatie ZSD 2019 - 2020

| WAT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | WANNEER                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Op basis van aanscherping (feedback V&VN en ZN) indiening van ZSD bij ZIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | zsm in 2020             |
| <p>Stap 1: Voorbereidingen proefimplementatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zelfscan &amp; prioritering thema's/aanbevelingen en indicatoren o.b.v. een door DvE te ontwerpen vragenlijst</li> <li>- overzicht van geprioriteerde aanbevelingen en gesprek over mogelijke aanvullingen met als doel in de proefimplementatie alle thema's aan bod te laten komen</li> <li>- Samenwerkingsovereenkomst afsluiten met testregio's</li> <li>- Bijeenkomst voor betrokken DvE-adviseurs organiseren (12 november 2019)</li> </ul> | Oktober – December 2019 |
| Organisatie 1 <sup>e</sup> bijeenkomst kennis/leernetwerk: Delen van werk- en meetplannen (zie stap 2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Eind januari 2020       |
| Organisatie 2 <sup>e</sup> bijeenkomst kennis/leernetwerk: Delen van ervaringen met de implementatie van de kennisdossiers                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Maart 2020              |
| Organisatie 12 <sup>e</sup> bijeenkomst Werkgroep ZSD: Bespreking conceptversie ZSD voor professionals<br>Reflectie op werk- en meetplannen<br>Vaststellen kennisdossiers                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | April 2020              |

|                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Organisatie 3 <sup>e</sup> bijeenkomst kennis/leernetwerk:<br>Bespreken proces en resultaat implementatie                                                                                                                                             | Mei 2020        |
| Organisatie 4 <sup>e</sup> bijeenkomst leergemeenschap:<br>Delen van (ingrediënten voor) afgeleide producten                                                                                                                                          | Begin sept 2020 |
| Organisatie 13 <sup>e</sup> bijeenkomst Werkgroep ZSD:<br>Bespreken van de geleerde lessen uit de proefimplementatie verwerkt in:<br>- concept ZSD-versie voor professionals<br>- op de praktijk gebaseerd implementatieplan t.b.v. indiening bij ZIN | November 2020   |
| Aanscherpen implementatieplan ZSD voor DVE-programma 2021-2023                                                                                                                                                                                        | December 2020   |

Bijlage 1:

Handout Zorgstandaard 2019 (infographic, aanbevelingen & kwaliteitsindicatoren)





## Aanbevelingen

### Randvoorwaarden voor goede dementiezorg

#### **Proactieve zorgplanning**

##### Aanbeveling 1:

Proactieve zorgplanning wordt door de aangewezen professional direct na de diagnose of zodra de persoon met dementie en mantelzorger hiervoor open staan gestart, wordt voortgezet gedurende het gehele ziekteproces en minstens twee keer per jaar geëvalueerd.

#### **Integraal zorgleefplan**

##### Aanbeveling 2:

De persoon met dementie heeft één integraal zorgleefplan, met als uitgangspunt de eigen regie, behoeften en voorkeuren van de persoon met dementie én aandacht voor de behoefte en rol van de mantelzorger.

#### **Casemanagement**

##### Aanbeveling 3:

Alle mensen met (een vermoeden van) dementie krijgen vanaf de start van het diagnostisch traject een vast coördinatie- en aanspreekpunt (casemanagement dementie) voor zichzelf, mantelzorger(s) én betrokken professionals, aangeboden.

#### **Gecoördineerde netwerkzorg**

##### Aanbeveling 4:

De samenwerkingspartners in het dementienetwerk maken concrete samenwerkingsafspraken, leggen deze afspraken vast in een overeenkomst en monitoren deze afspraken periodiek.

### Het dementietraject

#### **Niet-pluis**

##### Aanbeveling 5:

Er is een regionale structuur van waaruit op laagdrempelige wijze begrijpelijke publieksinformatie en individuele voorlichting wordt geboden, cultuursensitief, in diverse communicatievormen, gericht op vier groepen: personen met dementie zelf en diens mantelzorgers, vrijwilligers, professionals, samenleving.

##### Aanbeveling 6:

Bij signalering is er naast alertheid op geheugenproblemen ook alertheid op andere signalen. De signalen worden serieus genomen, ongeacht of de persoon met een mogelijke dementie of diens naaste deze uit.

##### Aanbeveling 7:

De signalering van dementie is bij personen op jonge leeftijd, personen met een verstandelijke beperking en migranten gericht op specifieke kenmerken.

### **Diagnose**

#### Aanbeveling 8:

Het diagnostisch onderzoek bij een vermoeden van dementie omvat zowel ziekte- als zorgdiagnostiek en wordt integraal uitgevoerd, gericht op het lichamelijke, psychische, functionele en sociale domein.

## **Ondersteuning op psychisch, sociaal, spiritueel en fysiek gebied bij leven met dementie**

### **Palliatieve zorg**

#### Aanbeveling 9:

Palliatieve zorg bij dementie wordt ingezet vanaf de diagnose, waarbij de focus in het begin ligt op levensverlenging en naarmate de dementie vordert verschuift naar functiebehoud en het bieden van optimaal comfort.

### **Ondersteuning bij omgaan met blijvende gevolgen**

#### Aanbeveling 10:

In overleg met de persoon met dementie en diens mantelzorgers adviseert de professional hoe adequaat omgegaan kan worden met de (blijvende) cognitieve, sociale, gedragsmatige en emotionele gevolgen van dementie in verschillende stadia.

### **Ondersteuning bij huishoudelijke en persoonlijke verzorging**

#### Aanbeveling 11:

Een zo vast en klein mogelijk team van hulpverleners, die voor personen met dementie en hun mantelzorgers herkenbaar zijn, biedt (assistentie bij) huishoudelijke zorg of ondersteuning bij Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL).

### **Betekenisvolle activiteiten**

#### Aanbeveling 12:

Professionals ondersteunen personen met dementie en mantelzorgers in behoud van en zoeken naar betekenisvolle activiteiten.

### **Veiligheid bevorderende maatregelen**

#### Aanbeveling 13:

Om zoveel mogelijk het behoud van en balans tussen veiligheid, zelfbeschikking en privacy van de persoon met dementie te waarborgen, worden risico's, behoeften en eventuele maatregelen besproken met de persoon met dementie en zijn mantelzorger.

### **Crisis zorg**

#### Aanbeveling 14:

Ziekenhuizen, thuiszorgorganisaties, eerstelijnsverblijven, verpleeg-, revalidatie- en verzorgingshuizen en mantelzorgers organiseren de crisishulp voor personen met dementie, waarbij de aard van de zorgvraag meeweegt waar de persoon met dementie wordt opgevangen.

### **Adequaat medicatiegebruik**

#### Aanbeveling 15:

Indien noodzakelijk en gewenst worden basiszorg en hulp bij medicatie-inname thuis geboden door de mantelzorg, door wijkverpleegkundige of andere professional en - indien nodig - in een institutionele omgeving (dagbehandeling, verpleeghuis).

#### Aanbeveling 16:

De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het maken van de juiste afwegingen wat betreft medicamenteuze en niet-medicamenteuze interventies. In voorkomende situaties wordt gebruik gemaakt van de consultatiefunctie van specialistisch geriatrische en/of psychiatrische expertise.

### **Poliklinische ziekenhuiszorg**

#### Aanbeveling 17:

In het ziekenhuis is poliklinische zorg afgestemd op de behoeften van personen met dementie en is overdracht naar huisarts en/of casemanagement professional geregeld.

### **Tijdelijke opname in een ziekenhuis of instelling voor psychiatrie**

#### Aanbeveling 18:

Bij opname in het (psychiatrisch) ziekenhuis moet het zorgleefplan met de korte- en langetermijndoelen bekend zijn.

#### Aanbeveling 19:

Er zijn geschikte, voldoende en op maat gesneden (flexibele) respijtoorzieningen in de buurt, afgestemd op behoeften en (culturele) achtergronden van mantelzorgers en personen met dementie.

#### Aanbeveling 20:

De betrokken extramurale professionals en professionals in het verpleeghuis dragen gezamenlijk verantwoordelijkheid voor een warme overdracht met achtergrondinformatie en actueel zorgleefplan.

#### Aanbeveling 21:

Uitgangspunt voor verpleeghuiszorg is dat de persoon met dementie bewoner van het verpleeghuis is.

#### Aanbeveling 22:

In het verpleeghuis dient voor personen met dementie aandacht te zijn voor omgevingszorg.

#### Aanbeveling 23:

Het verpleeghuis is toegerust op de diversiteit van de populatie om zoveel mogelijk tegemoet te komen aan de behoeften van haar bewoners met dementie met verschillende achtergronden.

Aanbeveling 24:

Mantelzorgers participeren waar door hen gewenst in de verpleeghuiszorg voor de persoon met dementie.

**(Na)zorg voor mantelzorgers**

Aanbeveling 25:

Er is (na)zorg voor mantelzorgers ten behoeve van een adequate verlies- en rouwverwerking.

## Kwaliteitsindicatoren

### procesindicatoren

|     |                                                                                                                                                                     |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| P1. | Het percentage personen met de diagnose dementie dat casemanagement ontvangt.                                                                                       |
| P2. | Het percentage personen met de diagnose dementie over wie het levensverhaal, de wensen en behoeften en gewoonten zijn gedocumenteerd.                               |
| P3. | Het percentage personen met de diagnose dementie met een zorgleefplan waarin doelen zijn opgenomen voor zowel de persoon met dementie als de primaire mantelzorger. |

### structuurindicatoren

|     |                                                                                                                                                                                                               |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| S1. | Percentage organisaties dat officieel verbonden is aan het netwerk en voor de zorg voor deze doelgroep gebruik maakt van één integraal elektronisch zorgdossier dat gecertificeerd is (NEN 7510 / ISO 27001). |
| S2. | Het percentage personen met de diagnose dementie met een Wlz-indicatie voor verhuizing naar een verpleeghuis dat binnen zes weken na het stellen van de indicatie geplaatst wordt.                            |
| S3. | Het percentage regionale netwerken dat de samenwerking heeft geformaliseerd EN de taken en verantwoordelijkheden van de netwerkpartners heeft vastgelegd.                                                     |

### uitkomstindicatoren

|     |                                                                                                                                                                     |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| U1. | Het percentage personen met de diagnose dementie dat een goede kwaliteit van leven ervaart.                                                                         |
| U2. | Het percentage personen met de diagnose dementie dat aangeeft voldoende eigen regie te ervaren.                                                                     |
| U3. | Het percentage personen met de diagnose dementie dat aangeeft tevreden te zijn met zijn/haar sociale leven.                                                         |
| U4. | Het percentage mantelzorgers van personen met de diagnose dementie dat aangeeft het een jaar of langer vol te kunnen houden als de situatie blijft zoals die nu is. |
| U5. | Het percentage personen met de diagnose dementie dat ervaart dat de zorg en ondersteuning goed aansluit bij zijn of haar behoeften en mogelijkheden.                |
| U6. | Het percentage personen met de diagnose dementie tevreden is over de zorg en ondersteuning die geboden wordt vanuit het netwerk.                                    |

Bijlage 2: Bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie Zorgstandaard

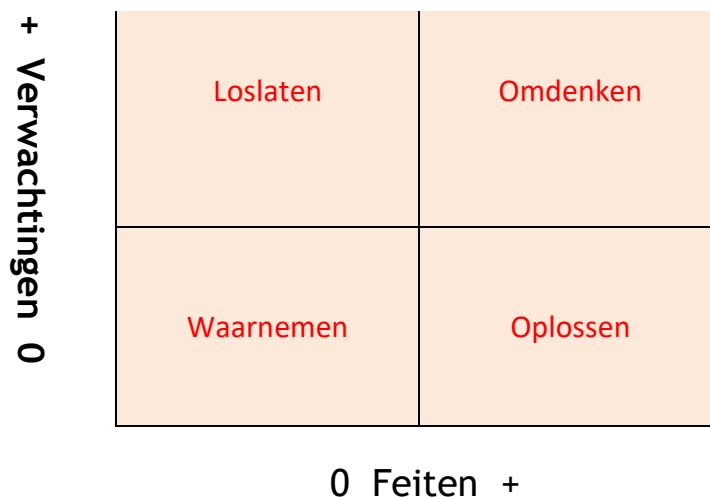
**Schema 1: Beïnvloedende implementatiefactoren (van Splunteren e.a., 2011)**

| Positieve invloed                                                                                                                                                                                                                                                                 | Negatieve invloed                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Draagvlak                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Betrokken management</li> <li>- Gemotiveerd team</li> <li>- Sterke projectleider</li> </ul> </li> <li>• Goede voorbeelden</li> <li>• Goede ICT</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tijdsdruk</li> <li>• Te hoge doelen</li> <li>• Geen financiering voor indirecte uren/overlegtijd die nodig is</li> <li>• Kennislacunes</li> <li>• Rigide organisaties</li> </ul> |

**Omgaan met de onderstroom**

Onderzoek de belemmerende factoren cq. ervaren knelpunten in het licht van de verwachtingen van de diverse partijen in het netwerk/samenwerkingsverband. In de uitwerking van deze stap is gebruik gemaakt van de omdenkmatrix en achterliggende theorie van Berthold Gunster (2018) 'Zoals verwacht loopt alles anders'.

**Schema 2: De omdenkmatrix (Gunster, 2018)**



Het is zinvol om deze omdenkmatrix te gebruiken, omdat we hiermee een bewuste keuze kunnen maken uit de verschillende benaderingswijzen van een knelpunt/probleem.

De matrix brengt vier verschillende benaderingen in beeld waarmee je op een voor het netwerk bevredigende manier met een probleem kunt omgaan:

1. Oplossen = feiten aanpassen aan je verwachtingen;

2. Loslaten = feiten kun je niet veranderen, maar wel verwachtingen bijstellen;
3. Omdenken = zowel feiten als verwachtingen veranderen: probleem transformeren tot nieuwe mogelijkheid;
4. Waarnemen = acceptatie van het probleem. Dat verlost je van de stress dat je per se direct iets moet doen. Als je probeert iets op te lossen terwijl je daarop geen invloed hebt, dan wordt het probleem alleen maar groter. Het is dus belangrijk de feiten te onderzoeken: wiens probleem is het? Daarvoor is namelijk de probleemhebber verantwoordelijk. Het is dus belangrijk om de verwachtingen te expliciteren, en te onderzoeken:
  - a. of de verwachtingen realistisch zijn?
  - b. de onderlinge verwachtingen zijn/worden gecommuniceerd?
  - c. welk verlangen er verscholen ligt achter de verwachtingen?

### Bijlage 3: Elementen van een goed werkplan

Voor het maken van een succesvol werkplan is het schema van Lippitt (1987) een goed uitgangspunt. Wanneer alle blauwe blokken aanwezig zijn, vergroot dit de kans op een succesvolle implementatie. Maar wanneer bijvoorbeeld een visie ontbreekt, zal dit leiden tot verwarring bij de betrokkenen. En als de betrokkenen niet het gevoel hebben over voldoende vaardigheden te beschikken, leidt dit tot onzekerheid bij hen. En als er niet voldoende middelen aanwezig zijn, zal dit leiden tot frustratie bij de betrokkenen. De witte vlekken staan een succesvolle verandering dus in de weg en moet je zien te vermijden.

#### Schema van Lippitt (1987)





Bijlage 4: Format werkplan

| SMART Doelen                                                                                                                                                                                         |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Een doel gaat over wat je wilt bereiken. Hieronder staan de (SMART) ambities/doelen waaraan gaat worden gewerkt. Deze doelen zijn dus: specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden. |  |
| Doel 1                                                                                                                                                                                               |  |
| Doel 2                                                                                                                                                                                               |  |
| Doel 3                                                                                                                                                                                               |  |

Ga na of jullie denken met deze doelen een echte verandering te bereiken m.b.t. de geprioriteerde aanbeveling. Hebben jullie het idee dat de zorg echt verbetert door deze acties? Wat heeft de persoon met dementie en diens mantelzorger hieraan?

| Acties en afspraken over:<br>Interventies en veranderingen                                         |       |     |         |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|---------|---|
| Hier komt te staan wat er nodig is om het betreffende doel te realiseren, wie dat doet en wanneer. |       |     |         |   |
| Doel                                                                                               | Actie | Wie | Wanneer | √ |
| 1                                                                                                  |       |     |         |   |
| 2                                                                                                  |       |     |         |   |
| 3                                                                                                  |       |     |         |   |

Een goed actieplan leidt tot goed kunnen aansturen. Inventariseer daarom zorgvuldig wat er nodig is om van de huidige situatie naar de gewenste situatie te komen.

| Acties en afspraken over:<br>Hoe om te gaan met knelpunten (zie schema 2)                                                                                    |       |     |         |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|---------|---|
| Gedurende de implementatie worden knelpunten tegengekomen. Hier wordt opgeschreven welke acties er worden ingezet om deze op te lossen, wanneer en door wie. |       |     |         |   |
| Doel                                                                                                                                                         | Actie | Wie | Wanneer | √ |
|                                                                                                                                                              |       |     |         |   |
|                                                                                                                                                              |       |     |         |   |

| Acties en afspraken over:<br>borging en verspreiding                                                                                                                          |       |     |         |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|---------|---|
| Gedurende het traject formuleert het team ideeën/adviezen over de manier waarop gerealiseerde positieve veranderingen in de organisatie verspreid en verankerd kunnen worden. |       |     |         |   |
| Nieuwe werkwijze                                                                                                                                                              | Actie | Wie | Wanneer | √ |
|                                                                                                                                                                               |       |     |         |   |
|                                                                                                                                                                               |       |     |         |   |

Zorg dat je vanaf het begin stil staat bij de borging en verspreiding, zodat direct afgestemd kan worden met andere ontwikkelingen en daar ook tijd en middelen voor gereserveerd kunnen worden.

**Bijlage 5: Goal Attainment Scale (GAS)**

|                                                                                                                             |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>GAS-schaal (plan van aanpak-gesprek)</b>                                                                                 |                            |
| Bepaal samen met het samenwerkingsverband wat het doel is van het implementatietraject en vul onderstaande niveaus in:      |                            |
| <b>Doel:</b>                                                                                                                |                            |
| <b>Niveau</b>                                                                                                               | <b>SMART beschrijving:</b> |
| -3 achteruitgang                                                                                                            |                            |
| <b>-2 uitgangssituatie</b>                                                                                                  |                            |
| -1 minder dan het doel                                                                                                      |                            |
| <b>0 doel</b>                                                                                                               |                            |
| +1 meer dan doel                                                                                                            |                            |
| +2 veel meer dan doel                                                                                                       |                            |
| <b>Wijze van meten</b>                                                                                                      |                            |
| <b>3 maandelijks scoren van GAS</b>                                                                                         |                            |
| Bepaal samen met het samenwerkingsverband wat score is van de GAS. Schrijf dit op en geef ook aan waarom het deze score is. |                            |
| <b>Datum:</b> <b>GAS score:</b>                                                                                             | <b>Reden:</b>              |
| <b>Datum:</b> <b>GAS score:</b>                                                                                             | <b>Reden:</b>              |
| <b>Datum:</b> <b>GAS score:</b>                                                                                             | <b>Reden:</b>              |