



Instructie bij de vragenlijst Ketenindicatoren 2011

Deze instructie geeft u een overzicht van de vragen voor de registratie gegevens van de keten in 2011. Gebruik deze instructie voor de verzameling van de gevraagde gegevens voordat u start met de digitale vragenlijst, zodat u de gegevens paraat heeft bij de invulling. De meetperiode is het jaar 2011 en de peildatum is 31 december 2011.

We stellen het op prijs wanneer u alle vragen in de digitale versie beantwoordt.

Bij sommige vragen hebben we in deze instructie voor de duidelijkheid een toelichting toegevoegd.

!! Het is de bedoeling dat u alle gegevens in de vragenlijst invult. Wanneer u iets openlaat kunt u niet verder in de digitale versie van de vragenlijst. Alle ja/nee vragen moeten worden beantwoord. Mocht het zo zijn dat u bepaalde cijfermatige gegevens niet weet dan kunt u dit oplossen door bij een percentage **99** in te vullen en bij een gevraagd aantal **999**. Wilt u aan het einde van de vragenlijst vermelden dat u dit heeft gedaan? Dan nemen wij die gegevens niet mee in de analyse.

U kunt door de lijst bladeren zonder verlies van gegevens wanneer u een pagina volledig ingevuld heeft.

!! Aan het einde van de digitale vragenlijst kunt u uw antwoorden downloaden in een pdf bestand. Let op: u moet eerst op de button 'verstuur' klikken en dan verschijnt het scherm waar u de pdf kunt downloaden.

Introductie

Vilans, kenniscentrum voor de langdurende zorg, maakt jaarlijks inzichtelijk hoe de dementieketens op verschillende themagebieden zijn opgezet en worden uitgevoerd. De resultaten van deze vragenlijsten en de gemaakte opmerkingen bij de eerdere metingen zijn verwerkt in deze nieuwe lijst.

De resultaten uit deze vragenlijst laten zien hoe uw keten er voor staat als het gaat om de volgende zes domeinen:

1. Vroege ondersteuning en preventie
2. Diagnostiek
3. Casemanagement
4. Behandeling, begeleiding en steun
5. Levering zorg en diensten
6. Ketenzorg bij dementie

De basis van deze vragenlijst zijn de *indicatoren ketenzorg dementie* die eerder zijn ontwikkeld vanuit het Programma Ketenzorg Dementie en aangepast door Vilans in opdracht van het Kernteam Dementie met daarin als deelnemende partijen: VWS, Alzheimer Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Actiz en de VNG. Om te komen tot een goed beeld van het proces in de dementieketens op basis van uw ervaringen, recente publicaties en vooruitlopend op de indicatoren uit de Zorgstandaard Dementie hebben we enkele indicatoren aangepast en/of worden er aanvullende vragen gesteld.

De vragenlijst bestaat uit de volgende onderdelen:

A: Algemene gegevens

B: Ketenindicatoren dementie

C: Benodigde informatie en ondersteuning

Het invullen van deze vragenlijst kost ongeveer 45 minuten. Per indicator treft u in deze instructie de vragen en een omschrijving aan.

A: Algemene gegevens

Wij verzoeken u onderstaande gegevens aan te vullen en/of te wijzigen

Naam

Functie, organisatie

Contactgegevens Adres

Telefoon

E-mail

Naam regio / keten

In een regio kunnen meer ketens actief zijn. Vul de naam in van de keten(s) of regio waarvan u de gegevens over de meetperiode 2011 in deze vragenlijst invult

Betrokken zorgkantoor

Betrokken gemeenten (alle namen vermelden)

B: Ketenindicatoren Dementie

Indicator 1: Informatievoorziening rondom vroegsignalering

Goede voorlichting kan de angst voor dementie verminderen en kan in de dementieketen een stimulans zijn voor vroegsignalering en/of vroegdiagnostiek. De doelstelling van deze indicator is het bevorderen van de (verscheidenheid aan) activiteiten in de dementieketen om mensen met een vermoeden op dementie van informatie te voorzien en te verleiden tot het laten stellen van de diagnose en het informeren van naasten daarbij. Daarnaast stimuleert deze indicator een actieve samenwerking met de gemeente op dit gebied. De verwachting is dat een actieve samenwerking bovendien de structuur van de dementieketen borgt.

	Aantal
Hoeveel gemeenten bedient de keten?	
Met hoeveel gemeenten is er een samenwerkingsverband met betrekking tot informatievoorziening rondom dementie?	
Bij hoeveel gemeenten is er sprake van een actief samenwerkingsverband?	
Zijn over de hieronder genoemde onderwerpen met betrekking tot informatie, voorlichting en steun in de regio aantoonbaar afspraken gemaakt tussen de dementieketen en de gemeente?	
- (Tweejaarlijkse) campagne gericht op herkenning van dementie en taboeverkleining	ja/nee
- Schriftelijke voorlichting met folders over dementie bij alle maatschappelijke en gezondheidsorganisaties;	ja/nee
- Telefonische hulpdienst, 24-uur bereikbaar (bijvoorbeeld Alzheimer telefoon);	ja/nee
- Laagdrempelige bijeenkomsten, psycho-educatie en lotgenotencontact over dementie (bv. Alzheimer Café)	ja/nee
- Informatiecentrum/ loket	ja/nee
- Publieksvoorlichting in artikelen, website en berichten via regionale media	ja/nee
- Sociale kaart	ja/nee

Gebruikte definities

Campagne: het massaal onder de aandacht brengen van een onderwerp met als doel een gedragsverandering teweeg te brengen en/of een discussie opgang te brengen. Over het algemeen wordt in een korte periode (een week) extra aandacht besteed aan een bepaald onderwerp.

Laagdrempelige bijeenkomsten: Bijeenkomsten, die worden georganiseerd voor geïnteresseerden, die gemakkelijk bereikbaar zijn en waarvoor vrijwel geen inspanning vanuit de bezoeker nodig is. Bijvoorbeeld informatiebijeenkomsten, psycho-educatie, lotgenotencontact over dementie (bijv. een Alzheimer café).

Actief samenwerkingsverband: Met actief samenwerkingsverband wordt bedoeld dat gezamenlijk een doel is vastgesteld, dat er afspraken zijn gemaakt over de activiteiten en verantwoordelijkheden van de verschillende ketenpartijen.

Aantoonbaar: Indien gewenst kan een keten laten zien dat er afspraken zijn gemaakt bijvoorbeeld in een protocol of "contract"

Aanvullende vragen

Mensen met vragen over geheugenproblemen (van zichzelf of van een naaste) weten waar ze terecht kunnen voor informatie	ja/nee
Professionals weten waar ze met vragen over geheugenproblemen terecht kunnen	ja/nee

Noem activiteiten die in de keten zijn ontwikkeld om dementerenden op te sporen:

Indicator 2: Gediagnosticeerde cliënten met dementie

Het stellen van een tijdige diagnose bij mensen met een vermoeden van dementie is belangrijk. De behandeling van cliënten met dementie en de ondersteuning van de mantelzorg kan zo tijdig worden gestart. Op basis van het inzicht in het percentage gediagnosticeerde dementerenden kan een keten gericht actie ondernemen op het gebied van vroegsignalering wanneer blijkt dat het aantal dementerenden achterblijft ten opzichte van het geschatte aantal dementerenden.

Het percentage nieuw gediagnosticeerde extramurale cliënten met dementie in de keten in meetperiode ten opzichte van de geschatte incidentie in meetperiode. (NB. deze indicator wordt op ketenniveau berekend)

	Aantal
T:Totaal aantal nieuwe cliënten met dementie in de dementieketen in de meetperiode	
N:Het geschatte incidentie cijfer voor dementie in de keten in de meetperiode	

Voor meer achtergrondinformatie zie gegevens in het Wereld Alzheimer Dag Rapport 2011 dat u als bijlage is gemaïld. Daarin staan prognoses van het aantal mensen met dementie per gemeente.

Aanvullende vragen

In de keten zijn ziekte- en zorgdiagnostiek aan elkaar gekoppeld ja/nee

Het percentage mensen dat na een diagnosetraject (voor de zorgcoördinatie) een vervolgggesprek heeft ten opzichte van het totaal aantal diagnoses (=incidentie in de meetperiode) %

Het percentage mensen bij wie periodiek de diagnose dementie wordt geëvalueerd ten opzichte van het totaal aantal diagnoses (=incidentie in de meetperiode) %

Indicator 3: Gediagnosticeerde jong dementerenden

Bij mensen jonger dan 65 met geheugenproblematiek wordt vaak niet gedacht aan dementie, maar aan depressie of een andere psychiatrische aandoening. Wanneer dementie gediagnosticeerd wordt bij iemand die jonger is dan 65 jaar, is er sprake van een jong dementerende. Omdat deze mensen en hun mantelzorgers in een andere levensfase verkeren en vaak nog werken, is er een andere behoefte aan zorg en begeleiding. Doelstelling van deze indicator is het krijgen van inzicht in de tijdige signalering binnen de keten van jong dementerenden.

Het percentage nieuwe jong dementerende cliënten (jonger dan 65 jaar) in de keten in 2011 (jaar van meting) ten opzichte van de geschatte incidentie in 2011 (NB. deze indicator wordt op ketenniveau berekend)

%

Aantal

T: Totaal aantal nieuwe jong dementerende cliënten (jonger dan 65 jaar) in de dementieketen in de meetperiode

N: Het geschatte incidentie cijfer voor jong dementerenden in de keten in de meetperiode

Gebruikte definities

Nieuwe jong dementerende cliënten: cliënt jonger dan 65 jaar bij wie voor het eerst de diagnose "dementie" wordt gesteld. Dus geen cliënten jonger dan 65 jaar met diagnose dementie die nieuw in de keten zijn.

(geschatte) Incidentie: aantal geschatte nieuwe cliënten met dementie in de regio die de keten bedient per afgesproken tijdsperiode.

Aanvullende vragen

Noem activiteiten die in de keten zijn ontwikkeld om jong dementerenden op te sporen:

Het percentage jong dementerenden dat na een diagnosetraject voor de zorgcoördinatie een vervolgesprek heeft ten opzichte van het totaal aantal diagnoses jong dementerenden

%

Het percentage jong dementerenden bij wie periodiek de diagnose dementie wordt geëvalueerd ten opzichte van het totaal aantal diagnoses jong dementerenden

%

Indicator 4: Ervaren problemen en wensen van mantelzorgers en afgestemd aanbod behandeling, begeleiding en steun

Voor mantelzorgers van mensen met dementie is een vragenlijst ontwikkeld: de monitor van het Landelijk Dementieprogramma (LDP). De LDP monitor heet sinds 2011 Dementiemonitor Mantelzorg (en wordt in deze lijst verder ook zo genoemd). Deze vragenlijst gaat in op de ervaren problemen van mantelzorgers en hun wensen voor meer professionele ondersteuning en wordt sinds april 2006 gebruikt. Doelstelling van deze indicator is het structureel evalueren van de ervaren problemen van mantelzorgers en hun wensen en aanzetten tot het verbeteren van de tevredenheid van de mantelzorgers in de dementieketen. In tweede instantie kan de monitor dan worden gebruikt om de afstemming tussen

Wordt de Dementiemonitor Mantelzorg tweejaarlijks in samenwerking met Alzheimer NL uitgevoerd? ja/nee
Worden de resultaten van de monitor tweejaarlijks geëvalueerd? ja/nee/n.v.t.
Zijn er acties / verbeterplannen ondernomen naar aanleiding van de evaluatie van de vorige monitor? ja/nee/n.v.t.

Gebruikte definities

Dementiemonitor Mantelzorg: is een vragenlijst om de ervaren problemen van de mantelzorgers en het belang van deze problemen inzichtelijk te maken. Alzheimer Nederland voert dit onderzoek uit in samenwerking met NIVEL.

Evalueren: Het bespreken van de uitkomsten van de monitor met alle ketenpartners

Aanvullende vragen

Graag aangeven over het volgende aanwezig is/wordt gedaan:

- Een overzicht van de behandeling, begeleiding en steun voor mensen met dementie en/of hun naaste beschikbaar per fase van de ziekte ja/nee
- Het meten van de tevredenheid van mensen met dementie en/of hun naaste over de behandeling, begeleiding en steun ja/nee
- Opsporen van witte vlekken vanuit een behoeftemeting bij mensen met dementie en hun mantelzorgers en het geboden aanbod in de regio ja/nee
- Samenwerkingsafspraken tussen alle disciplines over de geboden behandeling, begeleiding en steun ja/nee
- Samenwerkingsafspraken tussen professionals van intra- en extramurale zorg ja/nee
- Een meldpunt ouderen mishandeling met vertegenwoordiging van de betrokken zorgaanbieders en instanties ja/nee
- Een vast aanspreekpunt voor huishoudelijke hulp en hulp bij ADL voor mensen met dementie en hun naasten ja/nee
- Afspraken over minimalisering van aantal verschillende zorgverleners voor huishoudelijke hulp en ADL ja/nee
- (Aantoonbare) deskundigheid van alle disciplines rondom mensen met dementie en hun naasten ja/nee
- Scholing voor alle disciplines rondom mensen met dementie en hun naasten ja/nee

Indicator 5. Beschikbaarheid Casemanager en aanwezigheid zorgplan

Casemanagement draagt bij aan het verhogen van de kwaliteit van zorg voor de dementie patiënt en de mantelzorg. De rol van casemanager mag niet blijven steken bij de organisatie van de zorg, maar er moet een actieve ondersteuning worden geboden aan de cliënt en de mantelzorg. Doelstelling van deze indicator is het stimuleren van het inzetten van casemanagement en het gebruik van (multidisciplinaire) zorgplannen in de dementieketen.

Heeft u een cliëntvolgende registratie ja/nee

Indien aanwezigheid cliëntvolgende registratie:

Het percentage extramurale cliënten met dementie in de dementieketen dat een casemanager heeft.

%

Aantal

T: Het aantal extramurale cliënten met dementie in de dementieketen dat een casemanager heeft in de meetperiode.

N: Het totale aantal extramurale cliënten met dementie bekend in de dementieketen in de meetperiode.

Indien afwezigheid cliëntvolgende registratie:

Het percentage mensen dat binnen vier weken na start van een diagnosetraject casemanagement krijgt toegewezen ten opzichte van het totaal aantal diagnoses
 Het percentage mensen met dementie dat door casemanagement wordt ondersteund, met op de achtergrond een multidisciplinair team ten opzichte van het totaal aantal diagnoses

%

%

Aantal

T: Het aantal extramurale cliënten met dementie in de keten dat een casemanager heeft.

N: Het geschatte prevalentie cijfer voor dementie in de keten in de meetperiode.

Vanaf hier weer alle respondenten:

Aantal

Wat is de gemiddelde caseload per casemanager?

T: Het aantal cliënten met dementie in de keten met een casemanager.

N: Het totaal aantal FTE casemanagers in de dementieketen.

Gebruikt u één geïntegreerd zorgplan ja / nee

Indien aanwezigheid geïntegreerd zorgplan:

Het percentage extramurale cliënten met dementie dat één actueel geïntegreerd zorgplan heeft.

%

Aantal

T: Het aantal extramurale cliënten met dementie in de dementieketen dat één actueel zorgplan heeft in de meetperiode.

N: Het totale aantal extramurale cliënten met dementie in de keten.

Het percentage mensen met dementie bij wie vanaf de diagnose één zorgplan aanwezig is ten opzichte van het totaal aantal diagnoses

%

Het percentage mensen met dementie bij wie het zorgplan twee keer per jaar door het multidisciplinair team wordt geëvalueerd ten opzichte van het totaal aantal mensen met dementie met een zorgplan

%

Het percentage mensen met dementie met een zorgplan waarvan de uitvoering wordt gecoördineerd ten opzichte van het totaal aantal mensen met dementie met een zorgplan

%

Het percentage mensen met dementie dat jaarlijks/periodiek een medicatiebeoordeling heeft gehad ten opzichte van het totaal aantal mensen met dementie in de keten

%

Ten aanzien van het gebruik van één geïntegreerd zorgplan moeten in ieder geval heldere werkafspraken worden gemaakt over het beheer (wie schrijft wat), het delen van het zorgplan en de eindverantwoordelijkheid. Graag per zorgverlener aangeven of deze eindverantwoordelijk is, betrokken is bij het beheer en/of het delen van het zorgplan.

	Eindverantwoordelijk	Beheer	Delen het zorgplan
Cliënt	ja/nee	ja/nee	ja/nee
Mantelzorger			
Casemanager			
Huisarts			
Verpleegkundige			
Specialist			
Psycholoog			
Geriatr			
Paramedici			
Specialist Ouderengeneeskunde			
Ziekenhuis specialist incl. klinisch geriatr			

Gebruikte definities

Eindverantwoordelijkheid: hieronder kan o.a. het volgende worden verstaan: zorgen dat het zorgplan past bij behoefte van cliënt, verantwoordelijke voor volledigheid, up-to-date en juist zorgplan.

Delen van het zorgplan: per cliënt zijn afspraken gemaakt met de betreffende zorgverlener of hij/zij het zorgplan mag inzien, dan wel bijwerken

Beheer: denk hierbij bijvoorbeeld aan het beheer van de instellingen (autorisaties, wie schrijft wat)

Casemanagement: het LDP definieert casemanagement als volgt: „het systematisch aanbieden van gecoördineerde zorg en benodigde ondersteuning op het terrein van behandeling, zorg en welzijn door een vaste professional die onderdeel uitmaakt van een lokaal samenwerkingsverband, gericht op thuiswonende mensen met dementie en hun naasten gedurende het hele traject van „niet plus“ of de diagnose tot aan opname of overlijden“.

Fase van behandeling: De staatssecretaris heeft duidelijk beschreven dat het in het programma ketenzorg dementie gericht is op het moment vanaf diagnose. De indicator richt zich dan ook op dit deelgebied van het casemanagement.

De indicator richt zich op extramurale cliënten vanaf de “diagnose”.

Caseload: het aantal patiënten dat onder begeleiding staat van een casemanager.

Casemanager: In de praktijk worden verschillende termen gehanteerd: casemanagers, dementieconsulenten, zorgtrajectbegeleiders, etc.. Wanneer het volgde profiel overeenkomt met een functie kan deze aangeduid worden als casemanager. Profiel:

- HBO opgeleide hulpverlener
- In dienst van samenwerkende organisaties op het gebied van zorg, welzijn en cure.
- Zorgt voor continuïteit en afstemming van het zorgaanbod.
- Begeleidt en ondersteunt dementerenden en hun mantelzorgers.

Actueel geïntegreerd zorgplan: één zorgplan dat in het afgelopen jaar aangemaakt of aangepast is.

Zorgplan: Wanneer het volgende profiel overeenkomt kan dit aangeduid worden als zorgplan. Verder moet het plan voldoen aan de eisen die de WGBO stelt en besluit 131 in het staatsblad (Besluit van 2 maart 2009, houdende verplichtstelling van een bespreking over het zorgplan bij verlening van zorg als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg)).

In het plan zijn minstens opgenomen:

- Zorgdiagnose
- Zorgverlening
- Ondersteuning cliënten
- Ondersteuning mantelzorger
- Medicatie
- Behoeften van de cliënt
- Evaluatie data

Vanaf hier weer alle respondenten:

Aanvullende vragen

De organisatie bij wie de casemanager in dienst is:

- | | |
|--|--------|
| - Zorgaanbieder (VVT) | ja/nee |
| - Welzijnsinstelling | ja/nee |
| - Onafhankelijke organisatie | ja/nee |
| - GGZ-instelling | ja/nee |
| - Gemeente | ja/nee |
| - Eerstelijnsaanbieder (bv. huisarts, poh) | ja/nee |
| - Keten Dementie | ja/nee |

De wijze van financiering van het casemanagement:

Verdeel 100 %

AWBZ	%
Wmo	%
Zvw	%

Is er sprake van structurele (niet gebaseerd op de NZA beleidsregel) financiering voor het casemanagement? ja/nee

Wordt de tevredenheid van mensen met dementie en hun naasten over het casemanagement als integraal onderdeel van het hulpverleningsproces periodiek gemeten? ja/nee

Wordt effectiviteit van casemanagement als integraal onderdeel van het hulpverleningsproces gemeten? ja/nee

Indicator 6. Monitoren mantelzorgers

Het (structureel) monitoren van de mantelzorgers speelt een belangrijke rol in het voorkómen van overbelasting bij mantelzorgers. De doelstelling van deze indicator is het stimuleren van ketens om een structuur op te zetten om mantelzorgers structureel te kunnen monitoren met betrekking tot mogelijke overbelasting.

Zijn de volgende aspecten over het monitoren van mantelzorgers m.b.t. belasting aantoonbaar vastgelegd in de vorm van afspraken binnen de dementieketen?

- Te gebruiken instrument ja/nee
- Verantwoordelijkheden ja/nee
- Frequentie van monitoren ja/nee

Gebruikte definities

Te gebruiken instrument: Om de belasting van de naasten in kaart te brengen kan bijvoorbeeld gebruik gemaakt worden van het Zorgkompas of de Inventarisatielijst Draagkracht/draaglast centrale verzorger(s) (LESA, 2005). Andere instrumenten zijn de EDIZ, Burden Interview, de Gevoel van Competentieschaal (CBO richtlijn, 2005).

Aanvullende vragen

- Wordt de belasting en stress bij mantelzorgers periodiek gemeten? ja/nee
- Zijn er afspraken gemaakt over het gebruik van instrumenten om de stress bij mantelzorgers te meten? ja/nee
- Zijn er afspraken over het gebruik van instrumenten om de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun naasten te meten? ja/nee

Indicator 7. Centraal registratiepunt

Om inzicht te krijgen in de populatie die de dementieketen bedient, is het belangrijk om een centraal registratiepunt te hebben, zodat de dementieketen de voorzieningen kan afstemmen met de grootte van de populatie. De doelstelling van deze indicator is het motiveren van dementienetwerken om een centraal registratiepunt in te richten om patiënten met de diagnose dementie te registreren. De gegevens die verzameld worden op het registratiepunt kunnen voor verschillende doeleinden gebruikt worden, bijvoorbeeld voor het monitoren van de regio (gebruik van crisisbedden) en het effect van interventies op gebied van de vroegdiagnostiek.

Kent de keten een centraal registratiepunt voor (nieuwe) cliënten met dementie? ja/nee
Wordt in de dementieketen door alle ketenpartners gebruik gemaakt van dit registratiepunt? ja/nee

Gebruikte definities

Centraal registratiepunt: een registratie waar alle ketenpartners (zorgverleners) hun cliënten met nieuwe diagnose dementie aanmelden. Dit registratiepunt zorgt voor eenduidige registratie van de cliënten met dementie in de keten.

Nieuwe cliënt: cliënt bij wie voor het eerst de diagnose “dementie” wordt gesteld. Dus geen cliënten met diagnose dementie die nieuw in de keten zijn.

Indicator 8. (Crisis)opname

Iedere keten heeft te maken met crisisopnamen (=on geplande opnamen binnen 24 uur). Door goede afspraken te maken over respijtzorg en monitoren van cliënten en mantelzorgers kunnen ketens het aantal crisisopnamen zo laag mogelijk houden. Bijvoorbeeld door voorkoming van overbelasting van de mantelzorg (vermijdbare opname). Internationaal zijn ook aanwijzingen voor deze uitkomstmaat van geïntegreerde zorg te vinden (Bedford et al, 1996; Sampson et al 2008). Een deel van de crisisopnamen blijft altijd bestaan, bijvoorbeeld als gevolg van acute aandoeningen van cliënt of mantelzorg (onvermijdbare opname). Een hoog percentage crisisopnamen kan desalniettemin een aanwijzing zijn voor een groot aandeel vermijdbare opnamen.

Het percentage crisisopnamen van cliënten met dementie in de keten	%
	Aantal
T: Totaal aantal crisisopnamen van cliënten met dementie in de keten in de meetperiode	
N: Totaal aantal opnamen van cliënten met dementie in de keten in de meetperiode	
	Aantal
Aantal crises waarbij binnen 24 uur een oplossing op de juiste plek is gevonden	
24 uur per dag kan een beroep op crisishulp voor mensen met dementie worden gedaan bestaande uit:	
- Een noodbeddenregeling	ja/nee
- Acute zorg aan huis	ja/nee
- Opname in een instelling voor somatische of psychiatrische zorg	ja/nee

Gebruikte definities

crisisopname = ongeplande opname, die binnen 24 uur niet was voorzien, van cliënten met dementie; zowel vermijdbaar als onvermijdbaar.
 vermijdbare opnames= bijvoorbeeld te gevolge van overbelasting van de mantelzorg. Dit kan indirect leiden tot toename van gedragsproblemen bij de dementerende en vervolgens tot een negatieve spiraal met als gevolg een acute opname
 onvermijdbare opnames= nodig ten gevolge van acute aandoeningen (hartinfarct, herseninfarct, collumfractuur) bij cliënt of bij diens primaire verzorger, acute uitval primaire mantelzorg door ziekenhuisopname of ziekte en overlijden.

Aanvullende vragen:

De crisishulp is in de keten ingebed: alle ketenpartners kennen het aanbod	ja/nee
In de regio zijn verschillende woonvormen die voldoen aan de uitgangspunten voor optimale dementiezorg aanwezig	ja/nee
90% van de mensen met dementie met een indicatie voor opname is binnen een maand geplaatst in de woning van hun voorkeur	ja/nee
De keten heeft afspraken gemaakt over de inzet van zorg op afstand en gebruik van technologie/domotica	ja/nee

Indicator 9. Respijtzorg

In de toekomst zullen cliënten met dementie steeds vaker en langer thuis blijven wonen. Om dit ook voor de mantelzorgers behapbaar te houden is het belangrijk dat de mantelzorgers op bepaalde tijdstippen de zorg over kan dragen aan andere zorgverleners om zelf rust te nemen. Deze indicator beoogt een gevarieerd en voldoende aanbod van voorzieningen gericht op respijtzorg in het dementienetwerk. Het gaat daarbij om een goede afstemming tussen het beschikbare aanbod en de vraag naar respijtzorg.

Er is een gevarieerd, dekkend en toegankelijk aanbod van respijtzorg dat voorziet in de behoeften van mensen met dementie en hun naasten en tenminste bestaat uit:

- Respijtzorg aan huis ja/nee
- Respijtzorg buitenshuis ja/nee
- Een combinatieaanbod voor mensen met dementie en hun naasten ja/nee

Welke vormen van respijtzorg voor mantelzorgers van cliënten met dementie worden in de keten aangeboden?

- Dagbehandeling ja/nee
- Oppasservice ja/nee
- Mogelijkheid tot tijdelijk verblijf (incl. overnachtingen) ja/nee
- Mogelijkheid van vakantie-opnames (incl. overnachting) Ja/nee
- Ontmoetingscentra ja/nee
- Individuele begeleiding bij activiteiten thuis ja/nee
- Welzijnsactiviteiten en sport ja/nee
- Religieuze en spirituele activiteiten ja/nee
- Ondersteunende technologie ja/nee

Gebruikte definities

Respijtzorg is de tijdelijke en volledige overname van de zorg van een mantelzorger met het doel om die mantelzorger vrijaf te geven (EIZ, 2003a).

Een respijtzorgvoorziening is een organisatorisch verband, dat als expliciet doel heeft tijdelijk vrijaf van zorg te bieden aan mantelzorgers door (het organiseren van) volledige zorgovername (EIZ, 2003a).

- Er is voldoende aanbod van activiteiten dat de naasten van mensen met dementie ontlast ja/nee
- Er is voldoende aanbod van activiteiten voor de persoon met dementie en diens naaste gezamenlijk ja/nee
- Mensen met dementie beleven plezier aan de geboden activiteiten ja/nee

Aanvullende vragen

- Er wordt periodiek voorlichting gegeven over respijtzorg in de regio ja/nee
- Professionals hebben voldoende kennis van het aanbod respijtzorg ja/nee
- De tevredenheid over respijtzorg wordt periodiek gemeten ja/nee
- Over het algemeen zijn mensen met dementie en hun naasten tevreden over het aanbod respijtzorg ja/nee
- Het aanbod respijtzorg is afgestemd op het aantal mensen met dementie en hun naasten in de regio ja/nee

Indicator 10. Bestuurlijke borging

Het woord ketenzorg impliceert dat meerdere organisaties betrokken zijn bij het aanbieden van zorg. Het gezamenlijk aanbieden van zorg vergt niet alleen afstemming tussen de betrokken zorgverleners, maar vooral ook tussen de betrokken bestuurders. Alleen als bestuurders zich committeren aan de ketenzorg en tijd en middelen ter beschikking stellen, zijn zorgverleners in staat ketenzorg vorm te geven.

Beschikt de keten over bestuurlijk draagvlak bij (een):

- | | |
|-------------------------|--------|
| - Zorgaanbieders | ja/nee |
| - Welzijnsaanbieder | ja/nee |
| - Gemeente | ja/nee |
| - Ziekenhuis | ja/nee |
| - Eerstelijnsaanbieders | ja/nee |
| - GGZ-instelling | ja/nee |

Geef aan of de volgende uitspraken wel of niet van toepassing zijn op uw keten:

- | | |
|---|--------|
| - Alle ketenpartijen hebben een gezamenlijk doel geformuleerd voor dementiezorg. | ja/nee |
| - Het gezamenlijk doel is door alle ketenpartijen ondertekend. | ja/nee |
| - De keten in z'n geheel en de afzonderlijke ketenpartijen hebben geformuleerd aan welke cliënten zorg wordt verleend. | ja/nee |
| - Voor de keten is 1 ketenregisseur benoemd. | ja/nee |
| - De taken en verantwoordelijkheden van de ketenpartijen en de ketencoördinator/regisseur zijn benoemd en aan de keten partijen toegewezen. | ja/nee |
| - Binnen de keten zijn afspraken gemaakt over hoe de ketenpartijen elkaar kunnen aanspreken op de taken en verantwoordelijkheden. | ja/nee |
| - De ketenpartijen hebben afspraken gemaakt over verwijzing en transfer van cliënten onderling. | ja/nee |
| - Er zijn afspraken gemaakt over procedures voor uitwisseling cliënt informatie. | ja/nee |

Gebruikte definitie

Ketenregisseur: Ketenregie is het organiseren en ontwikkelen van (betere) dienstverlening zoals ervaren door de cliënt, door de (potentiële) ketenpartners te verleiden tot betere afstemming van hun activiteiten. Ketenregie verbindt de partners aan de wensen van de cliënt door van te voren afspraken te maken over het gewenste resultaat.

Aanvullende vragen

In de keten zijn afspraken over:

- | | |
|--|--------|
| - Signaleren en verwijzen bij cognitieve problemen | ja/nee |
| - De route van verwijzingen | ja/nee |
| - De organisatie en invulling van bemoeizorg | ja/nee |

Geef aan of de volgende uitspraken wel of niet van toepassing zijn op uw keten:

- | | |
|---|--------|
| - In de keten wordt met elkaar actief ingespeeld op de overgang AWBZ Wmo | ja/nee |
| - De keten is voldoende toegerust om te kunnen inspelen op de overgang AWBZ Wmo | ja/nee |
| - In de keten zijn lange termijn afspraken gemaakt (langer dan een jaar) | ja/nee |
| - De afspraken die zijn gemaakt, zijn geborgd door alle ketenpartners | ja/nee |
| - Er is sprake van structurele financiering voor de keten | ja/nee |

In de keten en de stuurgroep van de keten zitten vertegenwoordigers van de volgende partijen:

Vertegenwoordiger	Ketenpartner	Stuurgroep
Gemeente(n)	ja/nee	ja/nee
Zorgaanbieders VVT		
Zorgverzekeraar/zorgkantoor		
Ziekenhuizen		
Welzijnsinstellingen		
Vrijwilligersorganisaties		
Belangenbehartigers (cliëntorganisaties)		
GGZ instellingen		
Eerstelijnsaanbieders		

De wijze van financiering van de keten in uw regio:

Wanneer u dit niet weet, kunt u deze vraag overslaan.

Verdeel 100 %

AWBZ	%
Wmo	%
Zvw	%

Geef aan of de volgende uitspraken wel of niet van toepassing zijn op uw keten:

- In de keten is goed zicht op de omvang van de doelgroep dementerenden en hun zorgvraag ja/nee
- De keten beschikt over een plan van aanpak waarin de doelstellingen voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie voor de komende periode zijn benoemd ja/nee
- In de keten zijn formele afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders over de levering van dementiezorg (bijv. afstemming van werkprocessen) ja/nee
- In de keten zijn formele afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders over financiering van dementiezorg (bijv. afstemming van werkprocessen) ja/nee
- In de keten zijn formele afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders en gemeenten in het kader van dementiezorg (bijv. informatieverstrekking, oprichting van Alzheimer cafés) ja/nee
- In de keten zijn formele afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de levering van dementiezorg (bijv. afstemming van werkprocessen) ja/nee
- In de keten zijn formele afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders en nog andere partijen in het kader van dementiezorg ja/nee

Zijn er bij de inkoop in 2011 door uw organisatie of andere zorgverleners in de regio (ketenpartners) met het zorgkantoor afspraken gemaakt over ketenzorg dementie? ja/nee

Ligt aan deze afspraken een ketenplan ten grondslag ja/nee
 Zijn alle ketenpartners betrokken in de uitvoering van ketenzorg? ja/nee
 Zijn alle partners betrokken bij de inkoop? ja/nee

In welke fase bevindt uw keten dementie zich? Aankruisen welke fase van toepassing is

- Fase 1: Initiatief- en ontwerpfase:
- Fase 2: Experiment- en uitvoeringsfase:
- Fase 3: Uitbouw- en monitoringsfase:
- Fase 4: Verduurzamings- en transformatiefase

In welke fase bevond uw keten dementie zich in 2010

- Fase 1: Initiatief- en ontwerpfase:
- Fase 2: Experiment- en uitvoeringsfase:
- Fase 3: Uitbouw- en monitoringsfase:
- Fase 4: Verduurzamings- en transformatiefase

Wat heeft de keten het meest geholpen bij het doorgroeien?

Wat is in de keten als grootste uitdaging ervaren het afgelopen jaar?

Ontwikkelingsfasen van Ketenzorg

Fase 1: Initiatief- en ontwerpfase

De ketensamenwerking is gestart of wordt geïntensiveerd. Er wordt gesproken over een gezamenlijk erkend probleem of een kans en de noodzaak en (on)mogelijkheden om hier gezamenlijk mee aan de slag te gaan. De doelgroep en het ketenproces zijn in kaart gebracht, evenals behoeften van klanten en diverse stakeholders. Het ambitieniveau, de motivatie van betrokkenen en de inzet van leiders bepalen de voortgang. Op basis van de ontstane ideeën en het aanwezige vertrouwen maakt een multidisciplinair team een ontwerp voor een experiment of een project en legt men de samenwerking eventueel vast in een samenwerkings- of intentieverklaring.

Fase 2: Experiment- en uitvoeringsfase

Er worden projecten of experimenten uitgevoerd. De doelen en inhoud van de ketensamenwerking worden aangescherpt en vastgelegd in afspraken en zorgpaden. Er is afstemming tussen ketenpartners door middel van een ketenoverleg en het benoemen van een persoon met een coördinerende rol. Gegevens over werkwijzen, doelgroepen en kennis en kunde worden uitgewisseld. Resultaten worden geëvalueerd waarna bijstelling plaatsvindt. Randvoorwaarden voor projecten zijn afgewogen en middels gezamenlijke afspraken of middelen gedekt.

Fase 3: Uitbouw- en monitoringsfase

De projecten zijn ingebed in of volgroeid tot een ketenprogramma. Afspraken over inhoud, taken en rollen en de organisatie van zorg zijn helder en liggen vast. Samenwerking is niet vrijblijvend. De resultaten worden systematisch gemonitord en verbeterpunten opgepakt. De bereikte populatie is in kaart gebracht. Er ontstaan meer initiatieven tot gezamenlijkheid zoals scholingsprogramma's. Financiering van de zorg op basis van structurele en reguliere middelen is het uitgangspunt. Er is een blijvend commitment aan de benodigde inzet en ambitie.

Fase 4: Verduurzamings- en transformatiefase

De ketenzorg vormt de reguliere werkwijze en zorg. Een coördinatiepunt op ketenniveau is operationeel, informatie wordt gedeeld, overgedragen en teruggekoppeld. Organisatorische structuren transformeren of zijn nieuw ontworpen rondom de ketenzorg. Financiering is geregeld in integrale ketencontracten tussen aanbieder(s) en financiers. Er is sprake van continue verbetering en analyse van klant- en stakeholderbehoeften. Op succesvolle resultaten wordt verder gebouwd. Nieuwe samenwerkingsmogelijkheden worden verkend en gewogen. Een monitorings- en benchmarksysteemaat periodiek zien waar resultaten geborgd zijn en waar verbetering mogelijk is.

C: Benodigde informatie en ondersteuning

Geef aan over welke van onderstaande onderwerpen u meer informatie nodig heeft bij het ontwikkelen van ketenzorg dementie in uw regio (meerdere antwoorden mogelijk):

- Bestuurlijke Organisatie van de keten (o.a. zorgstandaarden)
- Casemanagement
- Indicatoren
- Het inkoopproces
- Samenhang tussen AWBZ, Wmo en ZVW
- Bekostiging en dan met name van
- De rol van de eerste lijn in de keten
- Samenwerking in de keten versus concurrentie (NMa-vraagstukken)
- De rol van cliëntenorganisaties
- Anders, namelijk:

Op welke manieren zou u deze informatie bij voorkeur ontvangen (meerdere antwoorden mogelijk):

- Via themabijeenkomsten
- Via de goede voorbeelden, veel gestelde vragen op de website
- Via reguliere e-mailberichten aan u persoonlijk toegezonden
- Anders, namelijk:

Aan welke ondersteuning heeft uw keten behoefte?

Heeft uw keten een ketenregisseur?

ja/nee

Indien ja, graag onderstaande vragen beantwoorden:

- Bij welke organisatie is de ketenregisseur in dienst?
- Financiering ketenregisseur:
- Aantal uren per week:
- Taken:
- Is er een functiebeschrijving?
- Is de functie structureel geborgd?

ja/nee*
ja/nee

*Indien ja graag de functiebeschrijving sturen aan netwerkdementie@vilans.nl

Behoeft u ondersteuning /scholing / informatie of uitwisseling met collega's
Zo ja vermeld hier uw e-mailadres zodat we contact kunnen opnemen

ja/nee

Wat kan Vilans voor u betekenen in de ondersteuning van het proces?

Tot slot

Graag willen wij een totaalrapportage maken van alle ketens, zodat het ook mogelijk is uw gegevens te vergelijken met het de ketens dementie in Nederland (benchmark). Hiermee is het mogelijk om vanuit het Landelijk Netwerk Dementie een krachtig signaal te zenden naar financiers, beleidsmakers, lokale overheden en andere belanghebbenden.

Mogen we uw gegevens gebruiken voor het uitvoeren van een benchmark? ja/nee
Zo ja: u ontvangt zoals u van ons gewend bent een concept waarop u kunt reageren voordat het definitief wordt

Heeft u nog aanvullende opmerkingen of vragen?

We danken u heel hartelijk voor het invullen, de rapportage van uw keten is beschikbaar op de Landelijke Netwerk Bijeenkomst van 14 juni in Altrecht, Zeist. De landelijke rapportage zal in september verschijnen. Voor vragen over het Landelijk Netwerk Dementie kunt u contact opnemen via de mail met netwerkdementie@vilans.nl of voor specifieke vragen met de coördinator Margje Mahler via m.mahler@vilans.nl.