

SAMEN WERKEN

aan dementiezorg

Mini-toolkit
voor gemeenten en zorgkantoren

Samenwerken aan zorg en ondersteuning



INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	2
1. Introductie en wettelijk kader	2
Dementie in Nederland	2
Ontwikkelingen in de dementiezorg	3
Ketenzorg dementie	4
De verdere uitrol van ketenzorg dementie	4
De rol van gemeenten en zorgkantoren	5
Samen aan de slag	6
2. Goede voorbeelden	6
2.1 Boxtel	6
2.2 Almere & Agis	8
2.3 Wageningen	10
3. Uitgangssituatie	11
Typeren van uw uitgangssituatie	11
4. Starten	11
Stap 1. Legitimeren: waarom willen we samenwerken?	11
Stap 2. Elkaar opzoeken en leren kennen	12
Stap 3. Analyseren	13
Stap 4. Plannen maken	15
Stap 5. Inrichten	17
Stap 6. Communiceren	18
5. Versterken en verbreden	19
Stap 1. Analyseren en verbeteren	19
Stap 2. Permanent verbeteren	20
Bijlage 1 Bouwstenen ketenzorg dementie en mogelijke financieringsbronnen	22

1



SAMEN WERKEN
aan zorg en ondersteuning

versie 1 - maart 2011

SAMENVATTING

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) zijn het traject 'Samen werken aan Zorg en Ondersteuning' gestart, met als doel de versterking van samenwerking tussen zorgkantoren/zorgverzekeraars en gemeenten. De opbrengsten van dat traject zijn onder andere een handreiking aan gemeenten en zorgkantoren over onderlinge samenwerking en een viertal 'mini-toolkits' die rondom concrete thema's uiteenzetten hoe samenwerking gestalte kan krijgen. Deze mini-toolkit is de concretisering rondom het thema dementiezorg. We beschrijven hierin hoe gemeenten en zorgkantoren samen ketenzorg dementie kunnen ontwikkelen. Goed lopende ketenzorg is belangrijk omdat daarmee kan worden bereikt dat een grote groep cliënten voldoende ondersteuning krijgt en dat zorg die geboden wordt efficiënt en kosteneffectief georganiseerd wordt. In deze mini-toolkit illustreren we hoe de zorgketen aan dementerenden en hun omgeving eruit kan zien en wat de winst van samenwerking is. We besluiten met een stappenplan dat gemeenten en zorgkantoren helpt om vanuit verschillende uitgangssituaties samenwerking aan te gaan of die verder te verdiepen.

2

1. INTRODUCTIE EN WETTELIJK KADER

DEMENTIE IN NEDERLAND

In Nederland lijden 230.000 mensen aan (een vorm van) dementie, in 2050 zijn dat er naar verwachting twee keer zoveel. Uit bijgaand staatje valt af te leiden dat de aantallen maar ook de verwachte groei van de aantallen van gemeente tot gemeente verschillen¹:

Gemeente	2010	2020	2030	Stijging 2010 - 2030
Almere	1107	1470	2542	130%
Amsterdam	8845	9534	12214	38%
Leek	295	380	499	69%
Leiden	1494	1721	2269	52%
Helden	254	387	580	128%
Tietjerksteradeel	519	673	934	80%
Wageningen	543	709	941	73%

De stijging van het aantal mensen met dementie hangt samen met de mate waarin vergrijzing in de toekomst een rol speelt. Dit doet vooral in plattelandsgebieden opgeld. Maar ook in een groeiende stad als Almere zijn de groeicijfers zeer hoog.

¹ Alzheimer Nederland

Dementie is niet één ziekte, maar een verzameling van verschijnselen zoals geheugenverlies, moeite met aangeleerde vaardigheden en verandering van gedrag. De ziekte van Alzheimer is de meest voorkomende vorm van dementie, zo'n 40-60% van alle dementiepatiënten heeft de ziekte van Alzheimer². De helft van het aantal dementiepatiënten maakt ook daadwerkelijk gebruik van zorg. Maar bij veel mensen met klachten die verband houden met dementie ontbreekt (nog) een diagnose zodat er geen adequate hulpverlening is.

In 2008 is bijna 5% van het totale budget voor gezondheidszorg besteed aan zorg voor dementerenden³. In de zorg aan dementerenden is een belangrijke rol weggelegd voor mantelzorg. Mantelzorg is echter kwetsbaar, het risico van overbelasting is groot.

ONTWIKKELINGEN IN DE DEMENTIEZORG

Vanwege deze grote aantallen, de ernst van de ziekte en de forse bedragen die met dementiezorg gepaard gaan, is het van groot belang de zorg aan dementerenden en hun directe omgeving goed en doelmatig te organiseren.

In 2005 gaf het ministerie van VWS daarom opdracht tot het Landelijk Dementie Programma⁴. In dit programma zijn in een groot aantal regio's de vragen en behoeften van mensen met dementie en hun mantelzorgers in kaart gebracht en geordend. Aan de hand van verschillende stadia van het ziekteverloop zijn veertien mogelijke 'probleemvelden' benoemd waarmee cliënten te maken kunnen krijgen, variërend van een "niet pluis gevoel" tot "gevaar".

Voortbordurend op het Landelijk Dementie Programma ging in 2008 het Programma Ketenzorg Dementie⁵ van start. Voor elk van de ontwikkelde probleemvelden zijn in dat programma 'bouwstenen' voor het zorg- en ondersteuningsaanbod verzameld die samen een zorgketen vormen. Elk van deze bouwstenen is vervolgens weer uitgewerkt in termen van mogelijk aanbod en indicatoren die kunnen helpen om het resultaat van het betreffende aanbod te bepalen. In het stadium voorafgaand aan de feitelijke diagnose, is bijvoorbeeld voor het 'niet pluis' gevoel informatie en voorlichting een belangrijke bouwsteen: zowel voor mensen en hun omgeving zelf als voor bijvoorbeeld huisartsen kan dat bijdragen aan het eerder onderkennen dat klachten verband kunnen houden met dementie.

² www.neurologie.nl

³ De kosten van dementiezorg bedroegen in 2005 met 3,25 miljard euro 4,7 % van het totale budget voor de gezondheidszorg (Bron: RIVM, 2008, www.kostenvanzorg.nl). Bijna driekwart van die kosten werden gemaakt in een verpleeghuis, ongeveer een kwart in verzorgingshuizen en een paar procent van het budget werd besteed aan zorg en ondersteuning voor thuiswonende patiënten.

⁴ Vilans, Alzheimer Nederland en CBO, het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg trokken dit programma.

⁵ Alzheimer Nederland, Actis, het Ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland waren initiatiefnemers van dit programma, dat concreet wordt uitgevoerd door Vilans.

Op die manier is een model voor 'ketenzorg dementie' ontwikkeld. Zie daarvoor ook bijlage 1, waarin de gehele keten is opgenomen. Ook is een 'Leidraad Ketenzorg Dementie' opgesteld waarin uiteen is gezet hoe zorgaanbieders en zorgkantoren de zorgketen gestalte kunnen geven. De voormalig staatssecretaris van VWS heeft het idee geopperd om de bouwstenen in deze Leidraad als basis te gebruiken voor een nieuw te ontwikkelen 'zorgstandaard'; een omschrijving van wat goede zorg inhoudt die kan dienen als leidraad bij de zorginkoop. Zo'n zorgstandaard zou daarmee de eerste zorgstandaard zijn die zowel het domein van de Wmo, Zvw en AWBZ omvat.

KETENZORG DEMENTIE

De aldus ontwikkelde ketenzorg moet de cliënt en de mantelzorgers ondersteunen in het zoeken en vinden van de benodigde zorg en ondersteuning. Met de ketenzorg kan de ondersteuning voor de mantelzorg beter worden afgestemd en kan ook sneller naar voren komen dat een mantelzorger extra steun nodig heeft om overbelasting te voorkomen. Het model van ketenzorg helpt echter ook de vele partijen die deel uitmaken van de dementieketen, zoals huisartsen, geriaters, GGZ- en thuiszorginstellingen, verpleeghuizen, gemeenten, Alzheimer Nederland, welzijns- en vrijwilligersorganisaties en respijtzorg, om overzicht te krijgen van de doelgroep en hoe het aanbod voor deze doelgroep zo goed mogelijk kan worden afgestemd.

Een belangrijke schakel in de ketenzorg is een zogeheten casemanager. De casemanager is een onafhankelijke en vaste begeleider die mensen met dementie en hun naasten gedurende het proces van diagnose tot het overlijden terzijde staat. Deze casemanager voert de regie over alle zorg en ondersteuning en zorgt daarmee voor de gewenste en noodzakelijke samenhang. Om samenhang in het aanbod te bevorderen wordt bij ketenzorg dementie ook de inkoop van zorg rondom dementie vanuit ketenperspectief geregeld. Waar die voorheen vanuit een sectoraal perspectief werd ingekocht, staat nu de hulpvraag van de cliënt die domeinoverstijgend en veranderlijk is centraal. Zo kunnen dementerenden en de mensen in hun directe omgeving beter geholpen worden en wordt de zorg efficiënter georganiseerd.

DE VERDERE UITROL VAN KETENZORG DEMENTIE

De doelstelling van het Programma Ketenzorg Dementie is dat in 2011 in heel Nederland een duurzaam en gestructureerd aanbod van samenhangende dementiezorg beschikbaar is. In het programma wordt daartoe in een groot aantal regio's de implementatie van de keten begeleid. Het verschilt van regio tot regio welke partijen betrokken zijn bij deze experimenten. Alzheimer Nederland is vaak de partij die de Alzheimer cafés organiseert waar mensen met dementie, maar ook familie, hulpverleners een aantal keren per jaar terecht kunnen voor informatie en advies en ervaringen kunnen uitwisselen. Vaak zijn zorgaanbieders de regisseur van

het ketenaanbod; op verzoek van het zorgkantoor hebben daartoe aangewezen zorgaanbieders ook tot taak om de keten zo goed mogelijk te organiseren en daarbij ook de gemeenten te betrekken.

DE ROL VAN GEMEENTEN EN ZORGCANTOREN

Ketenzorg dementie is de afgelopen jaren vooral opgepakt vanuit de AWBZ. Er is echter nog maar beperkt sprake van echte inkoop van ketenzorg die de financieringsdomeinen Wmo, Zvw en AWBZ omvat en zo een doelmatig en op de cliënt afgestemd aanbod in de volledige keten die de cliënt doorloopt mogelijk maakt. Dat is echter wel de richting, zo wordt in de Leidraad Ketenzorg Dementie gesteld, en is ook verankerd in de AWBZ-Inkoopleidraad, die zorgkantoren gebruiken om hun inkoopbeleid op te stellen. Die inkoopleidraad bevat de intentie van zorgkantoren om ketenzorg dementie in te kopen en daarbij afstemming te zoeken met gemeenten over uit de Wmo en AWBZ te bekostigen onderdelen van de dementieketen.

5

Gemeenten nemen sinds de invoering van de Wmo immers een zeer belangrijk onderdeel van de keten voor hun rekening. Het betreft de ondersteuning van vrijwilligers en mantelzorg, het aanbieden van welzijnsvoorzieningen en voorlichting aan inwoners. Ook vallen een aantal partijen die een belangrijke signalerende en ondersteunende rol kunnen spelen bij dementie (zoals aanbieders van huishoudelijke hulp en maatschappelijk werk) onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid. Tenslotte zijn gemeenten medeverantwoordelijk voor de fysieke infrastructuur aan zorg en welzijnsvoorzieningen.

In 2009 constateerde de toenmalige staatsecretaris Bussemaker dat mantelzorgers en gemeenten elkaar nog niet goed weten te vinden. Om die reden heeft de staatssecretaris het wenselijk geacht om enkele basisfuncties te formuleren waarop alle mantelzorgers moeten kunnen rekenen, zoals vormen van ondersteuning zoals respijtzorg en informatieverstrekking. Zij wil dat in 2011 deze basisfuncties in 75% van de gemeentelijke Wmo-plannen (die in de meeste gemeenten in 2011 opnieuw geformuleerd worden) terug te vinden zijn. Dat is niet voor niets: de betrokkenheid van gemeenten is cruciaal om de zorgketen aan dementerenden goed en doelmatig vorm te kunnen geven.

Zorgkantoren zien het ook als hun opdracht om via de AWBZ-zorginkoop de (regionale) netwerken te prikkelen om de keten breed vorm te geven. Zorgkantoren zoeken nog naar manieren hoe zij als inkoper en financier van de zorg de afstemming met gemeenten kunnen organiseren. Zo heeft Agis in juni 2010 een informatie- en discussiebijeenkomst georganiseerd voor gemeenten in de Utrechtse regio, waarin de keten is geïntroduceerd en waarin het belang van samenwerking is benadrukt. Meerdere zorgkantoren ontplooiën dergelijke initiatieven.

Het netwerk "Dementie^{PLUS} Noordwest Veluwe" was een van de 57 koploperregio's van het Landelijk Dementie Programma. Dit netwerk wil goede dementiezorg bevorderen. Met de bouwstenen van de keten is voor de verschillende gemeenten in de regio in kaart gebracht in hoeverre bewoners al kunnen rekenen op goede lokale voorzieningen voor dementie. Het resultaat van de inventarisatie is vastgelegd in een rapport per gemeente. In het rapport staat naast de stand van zaken ook een overzicht van gewenste verbeterpunten. Dat is gedaan in de vorm van beoogde resultaten zodat gemeenten zelf kunnen kiezen hoe zij dat gestalte willen geven. De betrokken gemeenten willen lokale afspraken over de verschillende stappen in de keten, zoals bijvoorbeeld de informatieverstrekking en de signalering. Het netwerk Dementie^{PLUS} Noordwest Veluwe concludeert dat de afstemming met gemeenten moet inspelen op de lokale situatie en het gemeentelijk beleid.

SAMEN AAN DE SLAG

Voor Alzheimer Nederland, kennisinstellingen en zorgaanbieders hebben aan de wieg hebben gestaan van de ontwikkeling van ketenzorg dementie. Zorgkantoren hebben zichzelf vervolgens de opdracht gegeven om ketenzorg ook daadwerkelijk in te kopen en gemeenten daarbij te betrekken. Met de keten hebben zij immers een stramen in handen om de inkoop van aan dementie gerelateerde zorg gestalte te geven. Deze mini-toolkit zet uiteen hoe gemeenten en zorgkantoren deze bouwstenen kunnen gebruiken om gezamenlijk de volgende stap te zetten naar samenhangende, meerdere domeinen omvattende, ketenzorg dementie. In het vervolg van deze mini-toolkit wordt daartoe allereerst een aantal voorbeelden beschreven van samenwerking tussen zorgkantoren en gemeenten rondom ketenzorg dementie. Vervolgens volgt een stappenplan dat gemeenten en zorgkantoren in staat stelt om gezamenlijk ketenzorg dementie te ontwikkelen.

2. GOEDE VOORBEELDEN

2.1 BOXTEL

In de gemeente Boxtel loopt sinds enige tijd het project Woon Wijs met Dementie, met als subtitel 'Houvast'. Eerst spande alleen het zorgkantoor zich in om de zorg aan dementerenden te verbeteren. Men maakte een gids van AWBZ-dementievoorzieningen, zette Alzheimercafés op (overigens kent de regio inmiddels ook het eerste Alzheimer-theehuis in 's Hertogenbosch) en ontwikkelde de functie van casemanager bij een V&V-zorgaanbieder. Men concludeerde echter dat men met de AWBZ-benadering maar een deel van de keten bestreek – de welzijnscomponent en de signalering door professionals in andere domeinen werd gemist. Dat was aanleiding om contact te zoeken met de gemeente. Die werd ook op het belang van de materie gewezen door een presentatie van een

vertegenwoordiger van Alzheimer Nederland voor wethouders in de regio. De aanwezigen werden getroffen door het grote aantal dementerenden in de regio, de hiaten in het zorgaanbod en de mogelijkheden om de zorg cliëntvriendelijker en doelmatiger te organiseren. "Toen werd duidelijk dat dementiezorg een vraagstuk is dat de komende tijd veel aandacht vraagt" zegt Arnold van den Broek, werkzaam bij de gemeente Boxtel en projectleider Wmo aldaar.

In het kader van het project heeft men de gehele 'keten' van zorg aan dementerenden doorgelicht en bepaald welke elementen verbetering verdienen. Een belangrijk verbeterpunt was de signalering van dementie door professionals én vrijwilligers; zij moeten een zogeheten 'niet-pluis'-gevoel ontwikkelen. Van den Broek: "We rekenen op signalering door personen die al over de vloer komen bij oudere burgers, zowel professionals, waaronder huishoudelijke hulpen, als vrijwilligers, zoals van de Zonnebloem of het Rode Kruis die in onze gemeente projecten uitvoeren om eenzaamheid tegen te gaan, ook onder de paraplu van het Woon Wijsconcept." Om die doelstelling te realiseren zijn voorlichtingen voor burgers en vrijwilligers georganiseerd en krijgen professionals cursussen, deels betaald uit de middelen die de gemeente heeft gekregen ter compensatie van de pakketmaatregel uit 2009. Als bij cliënten eenmaal een diagnose is vastgesteld krijgen ze een inhoudsdeskundige casemanager. Anne-Mieke Wensing van het zorgkantoor (gevoerd door UVIT): "Er moet wel een onderscheid bestaan tussen een signaleerder en een inhoudsdeskundige; er is namelijk veel kennis voor nodig om goed met een dementerende om te gaan."

Bij de uiteindelijke hulpverlening is veel aandacht voor een brede benadering. Anne-Mieke Wensing van het zorgkantoor (gevoerd door UVIT): "De vraag van de cliënt én z'n sociale omgeving moet centraal staan. Het is daarbij de opgave om die niet vanuit de koker van zorg of welzijn – toch twee verschillende werelden – te bezien maar breed." Een dementerende oudere heeft immers niet alleen behoefte aan sec zorg, maar ook aan steun, afleiding of frisse lucht. Het zorgkantoor heeft deze benadering opgenomen in haar inkoopkaders en bevrucht er ook zorgaanbieders op. Om dat te realiseren is samenhang in de zorgketen belangrijk. Om dit concreet te realiseren werden reeds in het veld opererende organisaties op het terrein van zorg en welzijn gestimuleerd zich tot elkaar te verstaan. De regie is daarmee bij het veld gelegd. Er is een projectgroep met alle betrokken organisaties, voorgezeten door de grootste zorgaanbieders. "Dat ligt ook op hun weg", zegt Van den Broek, "zij zijn deskundiger op deze materie dan wij. Bovendien leidt regie zonder zeggenschap, waar anders toch sprake van zou zijn, alleen maar tot frustraties." Wensing vertelt dat onderlinge communicatie niet vanzelf ging. "Ook huisartsen zijn langzaam betrokken geraakt. Hun vertrouwen is uiteindelijk gewonnen door te laten zien dat er resultaat wordt geboekt, dat mensen gewoon goed geholpen worden."

Zorgkantoor en gemeente proberen zo goed mogelijk de mogelijkheden uit de verschillende wettelijke regimes op elkaar aan te laten sluiten. Wensing: “De AWBZ is niet de gemakkelijkste financieringsbron, maar er is altijd wel een manier te vinden om een initiatief gefinancierd te krijgen. Dit wil je natuurlijk alleen als het initiatief bijdraagt aan de doelstellingen van de AWBZ en als het echt wat oplevert en dat is hier het geval. Daarnaast zetten we ons sturingsinstrumentarium, zoals ons inkoopbeleid, in om inhoudelijke voorwaarden aan bestaande en nieuwe aanbieders te stellen.” Ook de gemeente financiert een belangrijk deel van de keten, te weten het domein van welzijn waar men toch al verantwoordelijk voor is. Maar het gezamenlijk tot initiatieven komen gaat niet vanzelf. Van den Broek: “We hebben ieder onze eigen cijfers en beelden bij hoe het gaat. Maar de gezamenlijke visieontwikkeling moet leidend zijn en dat is vooral te zien als een proces van loslaten: loslaten van eigen werkwijzen, loslaten van monopolies, loslaten van opvattingen over bijvoorbeeld zoets als de betekenis van professionals in relatie tot de inzet van vrijwilligers.”

8

Inmiddels komen gemeente en zorgkantoor ook rondom andere thema's tot afstemming, bijvoorbeeld de planning van infrastructuur. Van den Broek: “we proberen aan het begin van het beleidsproces op het terrein van wonen, welzijn en zorg tot gezamenlijke afstemming te komen met partijen in het veld.” Hoe vaak gebeurt het niet dat een AWBZ-gefinancierde zorgaanbieder bij de gemeente komt met een vergunningaanvraag die eigenlijk niet in de gemeentelijke plannen past maar die ook niet geweigerd kan worden, waarop de gemeente even later op eigen initiatief een paar honderd meter zelf met eigen voorzieningen aan de slag gaat? In Boxtel voorkomt men dat door vroegtijdig afstemming te bereiken over de uitgangspunten en intenties en dat geeft ook aanbieders houvast. Wensing: “Ik zeg altijd ‘ik doe niks alleen’, eerst overleg met de gemeente.”

2.2 ALMERE & AGIS

Begin 2007 ging het transitieproject Thuis met Dementie in Almere van start. Zorggroep Almere, veruit de grootste zorgaanbieder in Almere, verbeterde en stroomlijnde de dementiezorg in het kader van het project. Belangrijke onderdelen van de ketenzorg zijn een geriatrisch steunpunt, een persoonlijk begeleider voor cliënten, en de betrokkenheid van huisartsen en hun praktijkondersteuners aan de diagnostiek in het speciaal in het leven geroepen multidisciplinair overleg. Dat zijn zaken waarvoor het zorgkantoor de verantwoordelijkheid draagt en betaalt. Maar ook de gemeente is erg betrokken. In Almere draagt de gemeente zorg voor diners of andere verwenactiviteiten voor mantelzorgers, individuele dagbesteding en heeft men zich fors ingespannen om de vroegsignalering door professionals te verbeteren. Beide partijen spanden zich in om de samenwerking tussen betrokken professionals én mantelzorgers en vrijwilligers te bevorderen.

In 2009 werd het project beëindigd, maar een belangrijk deel van de werkzaamheden zijn nu ingebed en geborgd in de reguliere werkzaamheden. Dat ging niet vanzelf, zegt Trees van der Maat, projectleider Innovaties WMO bij de gemeente Almere: "Samenwerking met de organisaties voor mantelzorgers en vrijwilligers was iets dat wel met de mond werd beleden maar niet altijd gebeurde. Partijen hebben toch de neiging veel dingen zelf te doen – dat is voor hen vaak ook makkelijker of lucratiever." Door een gezamenlijke inspanning van zorgkantoor en gemeente wordt er nu extra voor gemaakt dat samenwerking met anderen ook daadwerkelijk plaatsvindt. "Via de financiën valt makkelijker te sturen", zegt van der Maat.

De samenwerking tussen het zorgkantoor en de gemeente beperkt zich in Almere overigens niet tot ketenzorg dementie. Men heeft een zogeheten Wmo-coalitie, waarin zorgkantoor en gemeenten én aanbieders en cliënten in een drietal themagroepen structureel overleggen over vraagstukken rondom de AWBZ en de Wmo. Zo komen voortdurend problemen, in de vorm van concrete casuïstiek, op het grensvlak AWBZ en Wmo aan het licht. Daarvoor worden oplossingen gezocht in de vorm van nieuwe geïntegreerde praktijken, waarbij ook de financiering van zorgkantoren en gemeenten wordt afgestemd. Trees van der Maat, projectleider Innovaties Wmo van de gemeente Almere: "We gaan met het zorgkantoor de volledige zorginkoop voor een vijftal onderwerpen gezamenlijk doen: ouderen, en dan specifiek dementie, preventie, Maatschappelijke Opvang, jeugd en de zorginfrastructuur op wijkniveau. Bij dat laatste thema willen we op wijkniveau en mogelijk zelfs op straatniveau gezamenlijk de zorgbehoefte in kaart brengen en daar het zorgaanbod aan spiegelen. In 2011 slaan we een nietje door alle aanvragen en beoordelen we die gezamenlijk, in 2012 willen we het gehele zorginkoopproces gezamenlijk doorlopen."

Van der Maat is zeer te spreken over de samenwerking. "Er is soms sprake van dubbele financiering van project-onderdelen – ten eerste kun je dat er gemakkelijk uithalen. Ten tweede kun je gezamenlijk aanbieders uit de sectoren waar je mee te maken hebt met meer kracht bijsturen. En ten derde kun je ook besparen op sommige zorg als je het gezamenlijk vormgeeft. Ouderen krijgen bijvoorbeeld beweegactiviteiten en dat gebeurt nu vaak door fysiotherapeuten. Dat kan echter net zo goed én goedkoper door het welzijnswerk." Bij het voorbeeld dat ze noemt moet de gemeente zich extra inspannen en komen de besparingen ten goede van het zorgkantoor. Is dat niet oneerlijk? Van der Maat: "Bij andere onderwerpen moet het zorgkantoor er juist extra geld insteken. En juist omdat we veel onderwerpen in gezamenlijkheid doen middelt het op een gegeven moment wel uit. Dat meten we wel maar het is ook een kwestie van vertrouwen. Dat moet groeien en dat duurt natuurlijk wel even."

2.3 WAGENINGEN

In Wageningen is een vitaliteitscentrum voor zelfstandige wonende ouderen vanaf 55 jaar. Dit centrum bestaat sinds juli 2008 en ouderen kunnen er informatie en advies krijgen op het gebied van wonen, zorg, welzijn en participatie. Ook is er de mogelijkheid om een 'gezondheidscheck' te doen. In deze check wordt gekeken naar het sociaal, fysiek en psychisch welbevinden. Bij het vitaliteitscentrum zijn een ouderenadviseur, een verpleegkundige en vrijwillige ouderenadviseurs werkzaam. Het vitaliteitscentrum nodigt ouderen uit maar werkt ook pro-actief d.m.v. onaangekondigde huisbezoeken. Vincent Raats van de gemeente Wageningen ziet het centrum als serviceverlening aan burgers, maar er gaat ook een zekere preventieve werking vanuit: "Dingen eerder kunnen zien betekent sneller kunnen ingrijpen. Dat helpt om zwaardere en duurdere interventies te voorkomen of uit te stellen."

In de praktijk blijkt het ook echt zo te werken. Mensen vinden het prettig om hun verhaal kwijt te kunnen, en het gebeurt vaak dat zo verholde of verzwegen problemen aan de oppervlakte komen. Zoals dementie of eenzaamheid. Daar wordt vervolgens actie opgezet. Uit de evaluatie van het project blijkt dat dat voor een groot deel van de bezoekende ouderen is gebeurd. Vanwege het succes is het project gecontinueerd voor een periode van 3 jaar en financiert het zorgkantoor van Menzis samen met de gemeente dit project. Nico Moorman van het zorgkantoor van Menzis: "Wij zijn in veel gemeenten betrokken bij de ontwikkeling om tot één zorgloket te komen. Hun voorkeur is ook onze voorkeur. Het is belangrijk dat mensen gewezen worden op de mogelijkheden vanuit de AWBZ. Maar we willen ook meedenken met de klant en oog hebben voor de verschillende mogelijke alternatieven en zetten dan ook in op vormen van informele zorg en ondersteuning van mantelzorg."

Om die reden wil Menzis ook graag betrokken zijn bij de ontwikkeling van het Wmo-denken in brede zin. Dit wordt door de gemeente gewaardeerd. Projectleider Martin Doeve geeft aan dat de gemeente Wageningen anticipeert op de ontwikkelingen en daardoor is gestart met het project 'Ouderenparticipatie: een integrale aanpak'. In het projectteam nemen welzijns- en zorgorganisaties, de gemeente en de ouderenbonden deel. In dit project wordt antwoord gegeven op de volgende vraag: Hoe komen we tot een integrale aanpak van ouderenzorg, -participatie en – welzijn waarin de gemeente regievoerder is? Het doel is om te komen tot een éénduidige manier van 'breed kijken' (integrale vraagverheldering), breed denken en breed doen (samenwerken). Het beoogd resultaat is meer zelfredzame en participerende ouderen en minder aanspraak op zorg. Het sluit aan op het compensatiebeginsel van de Wmo.

3. UITGANGSSITUATIE

Dit hoofdstuk bevat in aanvulling op de algemene leidraad een concreet stappenplan om samenwerking rondom ketenzorg dementie van de grond te krijgen.

De stappen die gezet moeten worden hangen af van de staat van ontwikkeling van de lokale samenwerking rondom dementie. Dit stappenplan is zowel ondersteunend voor gemeenten en zorgkantoren die voor het eerst spreken over ketenzorg dementie, als wanneer al sprake is van een gegroeide praktijk. De eerste stap die gezet dient te worden is het in kaart brengen van de lokale uitgangssituatie. Wanneer deze inzichtelijk is kunnen vervolgens de stappen gekozen worden die aansluiten op uw specifieke situatie.

TYPEREN VAN UW UITGANGSSITUATIE

Bij een inventarisatie van de staat van samenwerking hoort allereerst een analyse van welke taken u zelf als gemeente of zorgkantoor vervult in de ketenzorg aan dementerenden. Dat geeft u een beeld van waar u zelf eigenlijk staat. De volgende vragen zijn van belang:

- Is voldoende zicht op wat van u wordt gevraagd en wettelijk vereist is, zijn al uw taken binnen de organisatie belegd en heeft u overzicht over het geheel?
- Hoe typeert u de huidige samenwerking met de zorgverzekeraar of gemeente? Wilt u gaan starten of werkt u al samen? Zijn er andere dossiers waarop u elkaar al heeft gevonden?

4. STARTEN

De volgende stappen zijn bedoeld voor zorgkantoren en gemeenten die nog geen samenwerkingsrelatie rondom dementie hebben opgebouwd. Het gaat dan om ofwel (doorgaans kleine) gemeenten die nog geen samenwerkingsrelatie met de zorgverzekeraar in hun regio hebben opgebouwd ofwel om gemeenten die al wel een samenwerkingsrelatie hebben maar het thema dementie nog niet hebben 'beetgepakt'. Alle zorgverzekeraars hebben al wel een relatie met één of meerdere (grotere) gemeenten opgebouwd; voor hen is dit stappenplan relevant indien zij meer gemeenten bij de samenwerking willen betrekken ofwel indien zij met gemeenten met wie al wordt samengewerkt aan de slag willen met ketenzorg dementie.

STAP 1. LEGITIMEREN: WAAROM WILLEN WE SAMENWERKEN?

De eerste stap is de meerwaarde van samenwerking helder krijgen, zodat u met een duidelijk doel de gesprekken met uw beoogde samenwerkingspartner in kunt

gaan. Dat helpt ook om vooraf te bepalen wat de samenwerking voor uw eigen organisatie kan opleveren en zo intern draagvlak te verkrijgen. Het gedeelde belang en uitgangspunt is dat door ketensamenwerking dementerenden betere zorg en ondersteuning krijgen.

Een goed lopende zorgketen draagt substantieel bij aan de kwaliteit van leven van dementerenden. Met name de begeleiding en steun van de casemanager, de verbeterde informatievoorziening en de grotere samenhang in het zorgaanbod worden sterk gewaardeerd. Het is de reden waarom cliëntenorganisatie Alzheimer Nederland zich sterk maakt voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie. Ketenzorg dementie kan daarnaast leiden tot kostenbesparing. Doordat mantelzorgers worden ontlast en er ondersteuning in de directe (thuis) omgeving van dementerenden beschikbaar is, kan een beroep op intramurale zorg uitgesteld of soms voorkomen worden. De Erasmus Universiteit becijferde, in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland, dat een goed lopende zorgketen met casemanagement zo een besparing van 3300 euro per cliënt kan betekenen (op collectief niveau gaat het dan om 200 miljoen euro per jaar).

Gebruik deze aangrijpingspunten om voor uw eigen regio de volgende vragen te beantwoorden:

- Hoe kan ik door de nieuwe samenwerking wettelijke zorgtaken effectiever en efficiënter vervullen?
- Wat zijn de meest urgente problemen die door samenwerking kunnen worden opgelost? Op welke punten kan ik de kwaliteit van zorg en ondersteuning verbeteren? Waar valt mogelijk kostenbesparing te realiseren?

Een scherp beeld hiervan helpt bij het creëren van draagvlak binnen de organisatie en fungeert ook als vertrekpunt van de gesprekken. Tegelijkertijd is het niet wenselijk om gedurende het gehele proces aan deze beoogde 'eigen winst' vast te blijven houden. Dat kan de samenwerking frustreren: hoe meer oplossingen worden voorgeschreven door de een, hoe minder geneigd de ander is om daaraan mee te werken.

STAP 2. ELKAAR OPZOEKEN EN LEREN KENNEN

Nu begint de samenwerking echt: het gesprek aangaan. Hoe dat het beste aan te pakken hangt af van de gegroeide praktijk van samenwerking in uw gemeente of regio. Het kan voor gemeenten die overleg zoeken met de 'eigen' zorgverzekeraar geen kwaad om zich tevoren te vergewissen welke verbanden en overlegstructuren rondom dementie in de praktijk tot ontwikkeling zijn gekomen en wat de mogelijkheden zijn om daarbij aan te sluiten. En een zorgverzekeraar kan gemeenten die ze graag wil betrekken bij de samenwerking proberen te verleiden om aan te sluiten bij hetgeen reeds gegroeid is.

Nadat u elkaar gevonden heeft is het zaak een goed beeld te vormen van waar de gesprekspartner voor staat. Want begrip voor elkaars positie en belangen maakt het gesprek een stuk gemakkelijker. Verdiep u daarom in de wereld, werkwijze en sturingsmogelijkheden van uw gesprekspartner.

STAP 3. ANALYSEREN

De volgende stap is het gezamenlijk formuleren op welke onderdelen van de dementieketen het gemeenschappelijk oppakken en uitvoeren van taken tot meer resultaat leidt. Wat loopt nu niet goed en wat moet worden verbeterd? Op basis van deze analyse stelt u later een samenwerkingsagenda op waarin u uw gezamenlijke ambitie voor de zorg aan dementerenden beschrijft en de activiteiten die nodig zijn om deze ambitie te realiseren.

a. Inventariseren van bestaande voorzieningen

Inventariseer daartoe gezamenlijk de bestaande voorzieningen en breng behoeften van dementerenden en hun directe omgeving in beeld. Beantwoord daarom de volgende vragen:

- Hoeveel dementerenden zijn er nu en straks in uw verzorgingsgebied? (U kunt dit vinden op www.alzheimer-nederland.nl/gemeenten)
- Hoe verhoudt het aanbod zich tot hun vragen en behoeften?
- Zijn voorzieningen beschikbaar op de plaats en de schaal die nodig is?
- Wat weet u over de kwaliteit en de effectiviteit van de diverse voorzieningen?

Uit onderzoek van Alzheimer Nederland blijkt dat veel onderdelen van de dementiezorg goed op orde zijn. Er is een breed aanbod aan zorg en cliënten zijn over het algemeen tevreden over begeleiding en steun, behandeling en activiteiten. Maar er zijn ook onderdelen die om verbetering vragen. Een voorbeeld is de vroegsignalering van dementie of (dreigende) overbelasting van mantelzorgers. Daarnaast is nog onvoldoende aandacht voor preventieve voorzieningen, zoals informatievoorziening bij huisartsen en leefstijlgerichte activiteiten.

Ook de uitwisseling van cliëntgegevens en de begeleiding van cliënten die gebruikmaken van verschillende voorzieningen kunnen worden verbeterd. Meer fundamenteel is het, in de woorden van een zorginkoper van een zorgkantoor, een probleem dat zorgaanbieders en welzijnsorganisaties "de vraag te veel vanuit hun eigen koker bezien": cliënten hebben juist behoefte aan breed georiënteerde ondersteuning, met oog voor alle aspecten van hun problematiek.

Loop de 'bouwstenen' van een goed functionerende zorgketen langs om het zorgaanbod te evalueren. Deze bouwstenen zijn te vinden in de leidraad die is ontwikkeld in het kader van het Zorgprogramma Dementie⁶ en in bijlage 1 van deze mini-toolkit. Ze zijn opgedeeld in drie fasen: signalering en onderkenning, diagnose

⁶ Te vinden op www.zorgprogrammadedementie.nl. Zie hoofdstuk 4 van de leidraad voor een toelichting op de bouwstenen en bijlage 5 voor een uitgebreide uitwerking ervan.

en toegang tot zorg en levering van zorg en diensten. Bepaal voor iedere bouwsteen:

- Is deze aanwezig?
- Wat weten we over de kwaliteit ervan? Wat zijn daarvan de indicatoren?
- Hoe beoordelen cliënten deze bouwsteen?
- Hoe zijn de verantwoordelijkheden tussen zorgkantoor en gemeente verdeeld en is dat een wenselijke verdeling?
- Hoe lopen de geldstromen? Wie betaalt wat en hoe is de verhouding tussen investeringen en opbrengsten (kosteneffectiviteit)?

Op deze manier ontstaat een beeld van verbeterpunten. Stel vervolgens prioriteiten: wat zijn de belangrijkste verbeterpunten, en op welke punten leidt gezamenlijke inspanning tot het grootste resultaat?

b. De betrokkenheid van cliënten en aanbieders

Bij het maken van deze analyse dienen ook aanbieders en cliënten te worden betrokken. De deelnemende regio's aan het programma Ketenzorg Dementie doen dat op verschillende manieren. Dit kan zijn door middel van:

- een gezamenlijke 'tafel' van cliënten, aanbieders en financiers waar wordt bepaald waar behoefte aan is.
- het gebruik maken van zorgconsumptie-, behoefte- of tevredenheidscijfers, bijvoorbeeld uit een te houden enquête. Deze aanpak werpt een 'objectief' licht op wat nodig is en hoe dat wordt gewaardeerd, maar geeft minder informatie over ervaren problemen en de behoefte 'achter de vraag' dan een gesprek met betrokkenen.

De algemene leidraad bevat een aantal varianten en afwegingen die u op dit punt kunt maken. Het betreft hier een element waarvan het belang niet onderschat mag worden; door burgers of cliënten vroegtijdig in het proces te betrekken en ook betrokken te houden is het mogelijk hen ook drager te maken van initiatieven (bijvoorbeeld als vrijwilliger) en ontstaat ook een veel scherper beeld van wat er nu écht in een wijk of gebied nodig is. En aanbieders beschikken over veel kennis over wat wel en niet werkt en moeten uiteindelijk ook optreden als drager of trekker van uw ambities.

Het belang van wederzijds inlevingsvermogen

Neem, bij het maken van deze analyse, ook de tijd u in elkaars belang en context te verdiepen. Begrip voor elkaars werelden en (on)mogelijkheden maakt het gesprek gemakkelijker. In de woorden van een medewerker van een zorgkantoor: "omdat wij louter op basis van CIZ-indicaties kunnen financieren, is onze beleidsruimte beperkt. De Wmo biedt meer beleidsruimte en dat brengt een ander denken met zich mee. Dat moet er niet toe leiden dat 'wij kunnen niet' wordt verstaan als 'wij willen niet' en dat is te voorkomen als je je verdiept in elkaars wereld." De algemene handreiking over samenwerking tussen zorgkantoren en gemeenten kan hierbij behulpzaam zijn en bevat ook informatie over de uitvoering van de Wmo en AWBZ.

STAP 4. PLANNEN MAKEN

Maak op basis van de analyse nu een plan voor de gewenste situatie. De volgende elementen bieden een kapstok voor de 'inhoudsopgave' van de samenwerkingsagenda.

a. Doelen

Gebruik de bouwstenen in de Leidraad Ketenzorg Dementie om gezamenlijk de gewenste situatie te definiëren. Welke verbeteringen in de zorgketen moeten, gebaseerd op de analyse, aangebracht worden? En wilt u uitbreiding of eerder verbetering van voorzieningen? Op www.zorgprogrammadedementie.nl, in de Leidraad Ketenzorg Dementie en in deze mini-toolkit staan ideeën en succesvolle voorbeelden van mogelijke voorzieningen en oplossingen voor problemen. Probeer ook kennis en ervaring bij andere gemeenten of zorgverzekeraars in uw regio te verzamelen.

b. Partners

Bepaal welke uitvoeringspartijen betrokken zijn en doordenk hun gewenste rol. De leidraad somt mogelijk te betrekken partijen per 'bouwsteen' op. Ook hier geldt: bezin u op de vraag of u hun wilt positioneren als opdrachtnemer of als 'partner' die actief meepraat bij de beleidsontwikkeling.

De regie op de keten wordt dikwijls bij zorgaanbieders gelegd vanwege hun kennis. Zij worden dan verantwoordelijk gesteld voor de gehele zorgketen. Wanneer in een regio verschillende aanbieders actief zijn, kan dat leiden tot discussies over hoofd- en onderaannemerschap en de bijhorende verantwoordelijkheden. Verschillende oplossingen zijn mogelijk. In veel gevallen wordt ervoor gekozen om 'ketenzorg' te contracteren bij één hoofdaannemer. Met die aanbieder wordt een contractuele relatie aangegaan en deze krijgt de beschikbare middelen en moet er vervolgens voor zorgen dat alle ketenpartners bijdragen aan het aanbod, de kwaliteit en de organisatie van de zorgketen. Om dit nog te bevorderen stellen zorgkantoren en gemeenten ook weer inhoudelijke eisen aan de verschillende aanbieders. Ook worden er convenanten getekend.

De ene partij moet op een andere manier betrokken worden dan de ander, al was het maar omdat niet alle met partijen een directe sturingsrelatie bestaat. In Bostel bijvoorbeeld participeerden huisartsen, die toch een cruciale rol spelen in de zorgketen niet vanzelf en om hen te verleiden is vooral het tonen van resultaten van belang geweest. Zorgaanbieders in de AWBZ kunnen op een meer 'directieve' manier, met beloningen en prikkels, gestimuleerd worden tot participatie. En vrijwilligersorganisaties moeten weer op een geheel andere manier betrokken worden.

c. Taakverdeling

Benoem de verantwoordelijkheidsverdeling voor de betreffende onderdelen van de keten. Bijlage 1, met de bouwstenen en de verantwoordelijkheidsverdeling, kan daarbij helpen. Inventariseer daarvoor hoe de taken voor die onderdelen nu zijn verdeeld. Wilt u daaraan vasthouden of ligt herverdeling (binnen de wettelijke kaders) voor de hand?

d. Financiering

Inventariseer de betreffende financieringsstromen en bepaal waar zich knelpunten in de financiering voordoen. Zijn daar (tijdelijke) oplossingen voor te vinden? Kunt u tot gemeenschappelijke afspraken komen over de inzet van middelen en hoe worden die afspraken vastgelegd?

U zult zien dat de meeste onderdelen van de keten uit bestaande middelen kunnen worden gefinancierd. Ook is voor veel voorzieningen geen extra geld nodig; er gebeurt vaak al veel in een wijk of dorp en bestaande voorzieningen kunnen een nieuwe rol ook op zich nemen. Er kan zelfs kostenbesparing optreden, bijvoorbeeld doordat overlap in het zorgaanbod aan het licht komt. Voor onderdelen die niet uit reguliere bronnen gefinancierd kunnen worden, zijn verschillende financieringsbronnen beschikbaar die ook op verschillende manieren worden ingezet. Hieronder vallen Wmo-gelden, innovatiegelden uit de ZvW (op basis van de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit), middelen uit de AWBZ-beleidsregels Innovatie Care, Ketenzorg Dementie en het Nationaal Programma Ouderenzorg, provinciale subsidies of middelen uit 'goede doelen'.

De financiering van het casemanagement ligt ingewikkeld, omdat daar geen duidelijke financieringstitel voor is. Mogelijke financieringsbronnen zijn de Wmo-middelen voor cliëntondersteuning, de marges van de AWBZ-functie begeleiding (uiteeraard louter na een CIZ-indicatie) en de bovengenoemde innovatiebudgetten. De financiering hangt af van de vorm die gekozen wordt voor casemanagement maar met enige creativiteit is financiering vrijwel altijd te vinden.

16

Het geld volgt de inhoud

Bij onderdelen op het 'grensvlak' tussen de verschillende regelingen ontstaan vaak financieringsdiscussies. De financieringsvraag moet in ieder geval in de verdere invulling van de ketensamenwerking worden beantwoord. Voor elke partners moet duidelijk zijn hoe onderdelen van de samenwerking worden bekostigd, hoe daarover verantwoording wordt afgelegd en wat de baten zijn. De verleiding is groot om vooral aandacht te besteden aan wat de ander betaalt, en de ander daarop aan te spreken, maar dat is geen productieve insteek. Als het gesprek juist wordt aangevlogen vanuit het inhoudelijk, gemeenschappelijk belang komt men doorgaans verder: wat is er nodig voor dementerenden en hoe krijgen we dat

gezamenlijk van de grond? Daarbij hoort ook bij beide partijen de bereidheid om soms iets meer te doen dan de ander, erop vertrouwend dat dat op andere wijze weer 'gecompenseerd' wordt. Vanzelfsprekend moet dat vertrouwen zich op den duur wel waarmaken.

Een andere factor om in de samenwerking rekening mee te houden is de concurrentie in de AWBZ en Wmo. Op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg, bewaakt de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) de concurrentie in de zorgsector. De richtlijnen van de NMa⁷ zijn belangrijk bij de verdere invulling van de samenwerking tussen gemeenten en zorgkantoren. Het is goed mogelijk is om, binnen die kaders, ketenzorg van de grond te krijgen. Dit door in de inkoopplannen inhoudelijke eisen op te nemen waaraan geïnteresseerde aanbieders moeten voldoen. Die eisen kunnen liggen op het vlak van kwaliteit, maar ook op aspecten als samenwerking. Een goed voorbeeld daarvan is het inkoopplan van het UVIT Zorgkantoor in Noord Oost Brabant⁸, dat het zorgkantoor in staat stelt om louter aanbieders toe te laten die willen deelnemen aan ketenzorg dementie.

17

e. Indicatoren

Bepaal hoe de voortgang wordt bewaakt en de resultaten zichtbaar worden gemaakt. Bedenk hierbij of u prestatie-indicatoren wilt formuleren en neem die dan op in de samenwerkingsagenda (in de Leidraad Ketenzorg Dementie⁹ kunt u een uitgebreide standaardset indicatoren vinden). U kunt ook kiezen voor kwaliteitsbewaking in de vorm van voortgangsgesprekken. Ook op dit punt bevat de algemene leidraad een aantal overwegingen bij het doordenken van de beste vorm van prestatie monitoring.

STAP 5. INRICHTEN

De plannen zijn nu uitgekristalliseerd en vastgelegd, nu is het zaak om de samenwerking ook daadwerkelijk te organiseren. Het doel van deze fase is bepalen wat de meest effectieve structuur voor samenwerken is, of de werkprocessen in uw eigen organisatie zijn ingericht op ketensamenwerking en of er in algemene zin een cultuur van openheid en bereidheid tot samenwerking is.

a. Onderlinge samenwerking

Doordenk de wijze van onderling overleg en de structuur daarvoor. Sluit u aan bij reeds gegroeide onderlinge overlegstructuren of start u een nieuwe structuur? Bepaal ook wie er aan tafel zitten, hoe vaak u elkaar treft, en wat de agenda is. Een breed gezelschap kan tot voordeel hebben dat de (onderlinge) betrokkenheid

⁷ De richtsnoeren van de NMa zijn te vinden op www.zorgprogrammadedementie.nl.

⁸ Dit inkoopplan is te vinden op <http://www.uvitzorgkantoren.nl/LinkClick.aspx?fileticket=uT0oKxi0VGs%3D&tabid=184>. De inhoudelijke criteria voor de dementiezorg zijn te vinden vanaf pagina 15.

⁹ Leidraad Ketenzorg Dementie, hoofdstuk 5 (toelichting) en bijlage 8 (uitgebreide indicatorenset)

van ketenpartners groter wordt. Maar bedenk dat de structuur niet een doel op zich is: uiteindelijk gaat het erom de praktijk in beeld te houden en bij te sturen en structuren moeten daar volgend aan zijn.

Blijf hoe dan ook uw onderlinge relatie doordenken. Samenwerking wordt alleen dan tot een succes als er een cultuur heerst waarin iedereen bereid is maatregelen goed in te voeren, hierin samenwerkt en elkaar aanspreekt op het nakomen van afspraken en resultaten. Ook investeren in relaties of 'accountmanagement' hoort bij deze cultuur. Continuïteit is daarbij belangrijk en de rolopvatting van medewerkers: betrokkenheid, deskundigheid, nieuwsgierigheid. Inspanningen om kennis te vergaren over het veld, de aard van dementie en elkaars werelden is eveneens van groot belang.

b. Interne werkprocessen

Aandacht voor de binnenwereld van uw beide organisaties is van groot belang, mede omdat vanwege een brede benadering de betrokkenheid van veel organisatie-onderdelen relevant is.

Daarnaast kan een gebrek aan ruggesteun vanuit uw eigen organisatie voor zowel uzelf als anderen zeer frustrerend zijn. Belangrijke succesfactoren daarbij zijn:

- beheer en doorvoer van processen in uw organisatie
- interne doorzettingsmacht: is er een directe lijn tussen wat uw vertegenwoordigers toezeggen en wat in uw organisatie wordt besloten?
- de rol van bestuurders. Zijn zij betrokken en zijn de lijnen kort? Bieden ze voldoende steun bij de uitvoering van de agenda?
- de 'horizontale' lijnen: weten beide partijen collega's te bereiken die aan de doelen kunnen bijdragen?

STAP 6. COMMUNICEREN

U kunt ervoor kiezen om het nieuwe samenwerkingsproject te 'lanceren', bijvoorbeeld door een convenant met de afspraken te presenteren, om de gemeenschappelijke agenda en de beoogde veranderingen in de dienstverlening aan cliënten breed bekend te maken. Wordt daar niet voor gekozen dan is nog wel noodzakelijk om af te spreken hoe u op het niveau van cliënten en ketenpartners communiceert over de samenwerking. Wat verandert er voor hen en voor uw eigen organisatie? Hoe communiceert u over voortgang en resultaten?

5. VERSTERKEN EN VERBREDEN

Dit stappenplan is bedoeld voor zorgkantoren en gemeenten die reeds samenwerken aan ketenzorg dementie. Binnen de gegroeide samenwerking is het van belang met regelmaat te reflecteren op de samenwerking met de nu betrokken ketenpartners en op veranderingen in de omgeving die invloed hebben op de agenda en waarop moet worden ingespeeld. Daarnaast is het te overwegen om de samenwerking uit te breiden naar andere thema's op het grensvlak Wmo-AWBZ.

STAP 1. ANALYSEREN EN VERBETEREN

Het doel van deze fase is in beeld brengen op welke onderdelen van de dementieketen de samenwerking verder kan worden versterkt om gezamenlijk tot een betere aanpak van knelpunten te komen. Opbrengst van deze stap is een herijking van de agenda en mogelijk bijstelling van het ambitieniveau en de activiteiten die moeten worden ondernomen (het 'wat' en het 'hoe'). Onderstaande vragen kunnen hierbij helpen.

a. De keten

Evalueer de zorgketen, op basis van de bouwstenen en informatie over de behoefte van cliënten. Hoe verhoudt het aanbod zich tot hun behoeften? Zijn voorzieningen beschikbaar op de plaats en de schaal die nodig is? Wat weet u over de kwaliteit en de effectiviteit? Bereikt u de resultaten die waren beoogd? Wat zou anders en beter moeten? Houd hierbij ook rekening met politieke, maatschappelijke of economische veranderingen.

Bezin u ook op de kennis die wordt gebruikt om de successen te meten. Is er sprake van resultaatgerichtheid? En welke kennis wisselt u onderling uit om te bepalen hoe het gaat? Gebruikt u de indicatoren uit de leidraad? Een andere belangrijke vraag is in welke mate cliëntgerichtheid het uitgangspunt is voor samenwerking in de keten dementie. De ervaring leert dat op deze punten vaak veel verbetering te behalen valt. Zo beschikt één van beide partijen vaak over waardevolle informatiebronnen die lang niet altijd gedeeld of benut worden.

Reflecteer ook op de ketenpartners die nu betrokken zijn. Is uitbreiding of verandering gewenst? Hoe kijken de reeds betrokken partijen hier tegenaan?

b. Onderlinge verhoudingen

Houd de onderlinge verhoudingen tegen het licht. Zijn er in de loop van het proces wijzigingen gekomen in de formele verantwoordelijkheidsverdeling voor de betreffende onderdelen van de keten waarop wordt samengewerkt? Hebben die invloed op de bestaande verdeling van taken? Is herverdeling wenselijk of nodig?

c. Financiering

Evalueer de inzet van middelen. Zijn die voldoende om de gewenste verbeteringen in de ketenzorg uit te kunnen voeren? Wat is nodig om, in geval van onduidelijke of ontoereikende financiering, tot heldere afspraken te komen over de inzet van middelen? U kunt overwegen om bij hardnekkige problemen samen op te trekken naar kaderstellende partijen (zoals het Rijk). Ook Alzheimer Nederland is hier zeer actief in.

d. Interne werkprocessen

Evalueer of de samenwerking daadwerkelijk heeft geleid tot een andere werkwijze bij uw eigen organisatie. Wat heeft ze betekend voor de eigen organisatie en voor het handelingsrepertoire van medewerkers? Zijn veranderingen structureel geworden? Is een vorm van (intercollegiale) ondersteuning of verdere kennisdeling nuttig? Wordt het belang van de ketensamenwerking organisatiebreed gedeeld? Gebruik de uitkomsten van de analyse om de samenwerkingsagenda aan te passen.

20

STAP 2. PERMANENT VERBETEREN

Echt goed werkende samenwerkingsverbanden verkeren permanent in een 'verbeteringsproces': ze vinden zichzelf telkens opnieuw uit, in reactie op in de praktijk voorkomende problemen. Het is de moeite waard om de zorgketen met regelmaat 'tegen het licht te houden' en ook te beoordelen op toekomstbestendigheid bij politieke en beleidsmatige verschuivingen. Hoe zorgt u dat u hiervan op de hoogte bent en actie kunt ondernemen? Hoe bouwt u de samenwerking verder uit om aan te kunnen sluiten bij actuele ontwikkelingen? Bepaal gezamenlijk welke structuur u hiervoor in het leven wilt roepen, welke rol de betrokken partijen daarin in spelen en hoe vaak u bijeen komt. Punten die daarbij aan de orde kunnen komen zijn de genoemde inhoudelijke en procesmatige vragen.

Stap 3. Overdragen

Benut de succesvolle ervaringen bij de samenwerking in de dementieketen als startpunt om ook op andere terreinen de samenwerking te zoeken. De opgezette overlegstructuren en de opgedane kennis kan daarvoor zeer ten dienste zijn. Raadpleeg de andere mini-toolkits in deze handreiking voor de mogelijkheden voor samenwerking aan preventie, de AWBZ-functie begeleiding en de ontwikkeling van woonservicezones. In verschillende regio's ontstaan ook thema-overstijgende coalities tussen zorgkantoren en gemeenten op het grensvlak AWBZ-Wmo.

Met uw kennis kunt u uw collega's daarbij goed van dienst zijn. Het is dan ook van belang dat u de ervaringen die u heeft opgedaan 'transporteert' naar andere

collega's. Welke elementen van de aanpak lenen zich voor overdracht naar vergelijkbare vraagstukken, wat werkt in uw ervaring wel en niet? Beantwoord voor uzelf bijvoorbeeld de volgende vragen:

- Wat zijn in uw ogen de randvoorwaarden voor een goede verdeling van taken en verantwoordelijkheden? Wat zijn bestuurlijke en financiële randvoorwaarden? Wat is nodig om, in geval van onduidelijke of ontoereikende financiering, tot heldere afspraken te komen over de inzet van middelen?
- Welke kennis over de zorgbehoefte of over de andere partij is noodzakelijk om productief samen te werken?
- Tot welke veranderingen in het handelen van medewerkers en in de werkprocessen heeft de samenwerking geleid? Zijn die structureel geworden? Is een vorm van (intercollegiale) ondersteuning of verdere kennisdeling nuttig?

Beperk u niet tot schriftelijke of eenmalige mondelinge informatie, maar organiseer bijvoorbeeld een bijeenkomst met collega's en ketenpartners om te bepalen in welke fase u 'instapt' en waar u mee aan de slag wilt.

BIJLAGE 1

BOUWSTENEN KETENZORG DEMENTIE EN MOGELIJKE FINANCIERINGSBRONNEN

Behoeften van mensen met dementie en hun mantelzorgers		1. Voor de diagnose	2. Diagnosefase ²	3. Manifeste fase	
				thuis	opname
1. Informatie en voorlichting	Informatie en voorlichting				
	Meldpunt				
2. Participatie	Educatie en scholing (niet regulier)				
	Ontmoeting				
	Lotgenotencontact				
	Ontspanning				
	Sociale dagopvang				
	Sociale dagopvang en toezicht				
	Belangenbehartiging				
	Burgerparticipatie en beleidsontwikkeling				
3. Specifieke preventie	Bemoezorg				
4. Wonen	Aangepaste woonomgeving				
	Fysieke woningaanpassing				
	Veiligheidstechniek in de woning				
	(Verpleeg-) hulpmiddelen				
	Aangepaste woonvorm				
5. Financiële/administratieve	Adviserende en administratieve hulpverlening				
	Financiële tegemoetkoming				
	Inkomensondersteuning				
6. Het verkrijgen voorzieningen op maat	Consultatie en advies				
	Bemiddeling				
	Indicatie, toewijzing indiv. Wmo-voorzieningen				
	Indicatie van toewijzing van AWBZ-functies				
	Indicatie verkrijgen materiële/ financiële hulp				
	Regie en coördinatie				
	Client(-systeem) ondersteuning				
7. Mobiliteit	Individuele vervoers-/verplaatsingshulpmiddelen				
	Aangepast vervoer buitenshuis				
8. Service	Haaf- en brengservice-diensten				
	Servicediensten thuis				
	Overige servicediensten				
9. Voeding	Ondersteuning bij bereiding van de maaltijd				
	Maaltijdlevering thuis				
	Eetpunt				
10. Screening, diagnostiek en behandeling	Screening en diagnostiek				
	Behandeling				
	Crisisinterventie				
11. Steun en hulp van mantelzorg	Steun en hulp van mantelzorg				
	Begeleiding en ondersteuning van mantelzorg				
	Verlichting van zorgtaken				
	Financiële ontlasting				
	Ontheffing van inkomensverwerving				
12. Zorg en thuis wonen	Ondersteunende begeleiding en behandeling ⁴				
	Huishoudelijke hulp				
	Persoonlijke verzorging				
	Verpleging				
13. Onzelfstandig wonen	Activerende begeleiding en behandeling (dagstructurering en activering) ⁴				
	Tijdelijk verblijf				
	Langdurig verblijf				

Mogelijke financieringskaders voor beantwoording van de behoeften

■ Privaat
 ■ Wmo
 ■ Zorgverzekeringswet (eventueel in aanvullend pakket)
 ■ AWBZ
 ■ Wet werk en bijstand/Belastingwetgeving