

# MEERJAREN PLAN 2024-2026

Netwerk Dementie Fryslân

Samenwerking van  
Thuiszorg Het Friese Land  
KwadrantGroep  
Antonius  
ZuidOostZorg  
Alliade  
Buurtzorg  
Aardema Zorggroep  
Zorggroep Liante  
Zorggroep Sint Maarten

Auteur  
Marije Effing  
Ketenregisseur  
Datum  
24-10-2023



## Inhoudsopgave

---

Inleiding .....	2
Missie, visie en ambitie .....	3
Trends en ontwikkelingen.....	4
Focuspunten 2024 - 2026 .....	7
Focuspunt 1: Samen werken aan preventie.....	7
Focuspunt 2: Optimale ondersteuning in de thuissituatie .....	10
Focuspunt 3: Positionering van CMD en NDF .....	12
Netwerk Dementie Fryslân .....	14
Organisatie .....	14
Samenwerkingen .....	15
Actiepunten 2024 - 2026 .....	16
Focuspunt 1: Samen werken aan preventie.....	16
Focuspunt 2: Optimale ondersteuning in de thuissituatie .....	18
Focuspunt 3: Positionering van CMD en NDF .....	19
Actiepunten Netwerk Dementie Fryslân .....	21

## Inleiding

---

In de afgelopen jaren hebben we als Netwerk Dementie Fryslân (NDF) grote stappen gezet waar we trots op zijn. NDF heeft zich doorontwikkeld en versterkt in de provincie als samenwerkingspartner. De uitgangspunten en werkwijze van NDF zijn geformuleerd en er is kritisch gekeken naar de inzet van de gespecialiseerde casemanager dementie (CMD). Maar ook heeft NDF ingespeeld op de financiële veranderingen. De samenwerking met organisaties, die ook gespecialiseerde CMD in dienst hebben, is aangegaan en wordt bezegeld in een samenwerkingsovereenkomst.

In de komende jaren willen we de investeringen in domeinoverstijgende samenwerkingen omzetten in concrete acties. Dit zal gezien de ontwikkelingen onontkoombaar zijn om de dementiezorg te kunnen blijven organiseren. De deskundigheid en ervaring van de CMD is van onschatbare waarde om processen te verbeteren waarbij er efficiënt(er) omgegaan wordt met de beschikbare capaciteit.

Vanuit NDF zetten we de CMD in zijn of haar kracht, faciliteren we hen en kijken we wat zij nodig hebben om de best mogelijke, persoonsgerichte zorg in Fryslân te kunnen bieden.

Dit meerjarenplan beschrijft de missie, visie en ambitie van NDF en specifieke focuspunten voor de komende jaren. Hiervoor is input opgehaald bij CMD en bij samenwerkingspartners. Onze activiteiten stemmen we af op basis van wat we bereikt hebben en veranderende omgevingsfactoren. We kijken er naar uit om de activiteiten samen met de betrokken partijen de komende jaren te gaan realiseren.

## Missie, visie en ambitie

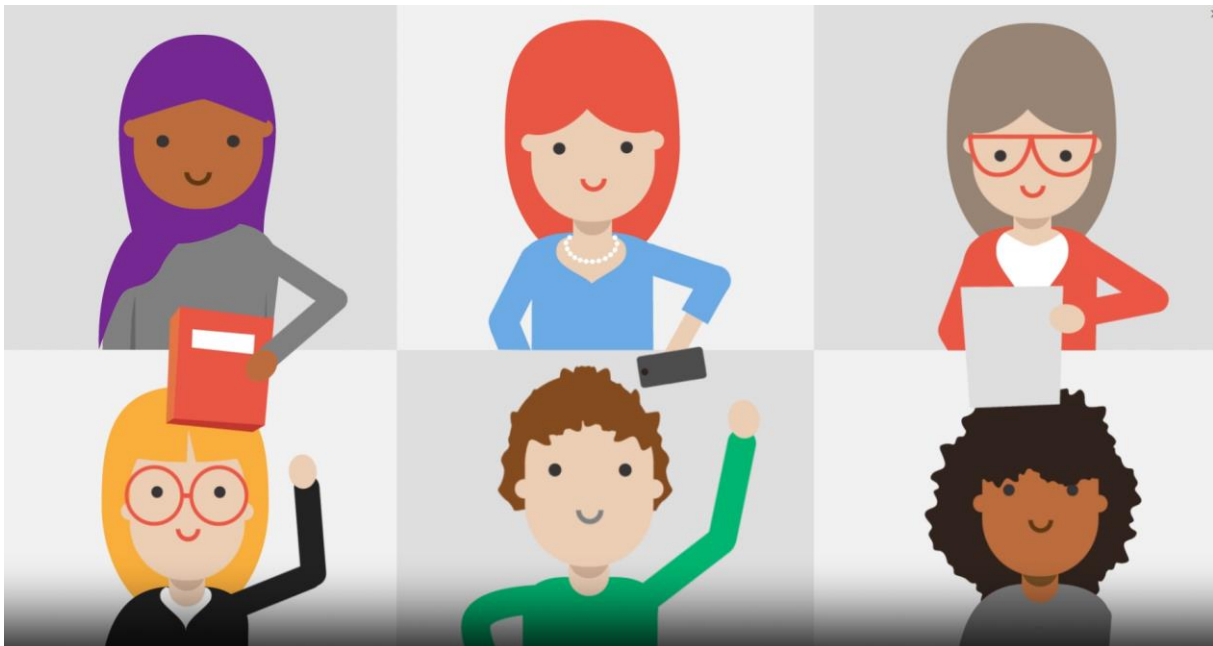
---

Binnen NDF delen de CMD hun werkwijzen, ervaringen, successen en valkuilen. Ze zijn op een natuurlijke manier verbonden met elkaar, ze versterken elkaar. Ze beschikken over specifieke kennis en ervaring om de persoon met dementie en de naaste optimaal te begeleiden in het proces. Om ervoor te zorgen dat elke persoon met dementie kan rekenen op dezelfde kwaliteit van zorg, ongeacht de betrokken organisatie, wordt er zoveel mogelijk eenduidig gewerkt binnen de hele provincie.

De **missie** van het netwerk is om gespecialiseerde CMD in Fryslân te faciliteren in hun dagelijkse werk. Hierdoor kunnen zij tijd en energie steken in het bouwen van een sterk netwerk rondom de persoon met dementie en hun naasten. Door CMD te ondersteunen en ruimte te geven voor verbeteringen en ontwikkelingen, zullen de persoon met dementie, hun naasten en verwijzers baat hebben bij het netwerk.

Onze **visie** is om provinciaal samen te werken en het gespecialiseerd casemanagement dementie goed in de keten te positioneren. Gezamenlijk, zonder concurrentie, de zorg en werkwijzen op elkaar afstemmen.

De verwachting is dat het aantal mensen met dementie in 2040 in Friesland op zal lopen naar 21220 mensen<sup>1</sup>. De **ambitie** van NDF is om met de huidige beschikbare capaciteit kwalitatief goede zorg te blijven leveren aan de persoon met dementie en hun naasten. Hierbij zal vooral de focus liggen op het efficiënt inzetten van de gespecialiseerde CMD.



---

<sup>1</sup> [Alzheimer Nederland prognosecijfers per regio 2023 \(alzheimer-nederland.nl\)](https://www.alzheimer-nederland.nl/prognosecijfers-per-regio-2023)

## Trends en ontwikkelingen

Door de dubbele vergrijzing stijgt niet alleen de groep ouderen maar ook de levensverwachting. In Fryslân zal in 2040 29,5% van de bevolking ouder zijn dan 65 jaar<sup>2</sup>. In de komende jaren zal het aantal mensen met dementie een forse groei laten zien.

Jaar	Aantal mensen met dementie in Fryslân	% van de bevolking	Verwachte stijging in %
2022	12350	1,89%	
2030	16330	2,49%	132% (t.o.v. 2022)
2040	21220	3,28%	172% (t.o.v. 2022)
2050	24500	3,92%	198% (t.o.v. 2022)

Tabel 1: De verwachte groei van het aantal mensen met dementie in Fryslân<sup>3</sup>.

### Arbeidsmarktproblematiek

We staan voor een enorme uitdaging om mensen met dementie te blijven begeleiden omdat er tekorten ontstaan in het zorgpersoneel. De arbeidsmarktproblematiek is en wordt nog een groter probleem in Fryslân. Het personeelstekort binnen de sector zorg en welzijn in de provincie loopt op van 4,5% in 2021 naar 9,4% in 2030<sup>4</sup>. Tegelijkertijd vindt 43.8% van de medewerkers binnen de Verpleeghuis- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT) in Fryslân de werkdruk (veel) te hoog. Daarnaast is de uitstroom groter dan de instroom.

Onderzoek laat zien dat de dementiezorg een complex veld is met veel verschillende partijen. Het veld wordt omschreven als versnipperd en gefragmenteerd wat versterkt wordt door de schotten in financiering. 44% van de CMD geeft aan niet de juiste hulp te kunnen regelen voor mensen met dementie.<sup>5</sup>

In de afgelopen jaren is het gebruik van zorg en ondersteuning sterk toegenomen. Hierdoor zijn de grenzen van de beschikbare capaciteit bereikt. De focus wordt hierdoor meer gelegd op het stimuleren van de gezondheid van burgers, zodat voorkomen kan worden dat mensen een beroep doen op de zorg<sup>6</sup>. Samenwerking over domeinen heen is van groot belang om de zorg en ondersteuning te kunnen blijven bieden. Maar de gefragmenteerde financiering, taken en verantwoordelijkheden maken dat domeinoverstijgende zorg moeilijk van de grond komt. Een belangrijke stap hierin is de ontwikkeling van het Integraal Zorg Akkoord. Inzetten op gezondheid en welzijn door middel van preventie is een belangrijk onderdeel hierin. Maar ook het optimaal inzetten van de beschikbare capaciteit van zorgpersoneel, werkplezier en het verminderen van de administratieve lasten. Daarnaast speelt het verbeteren van elektronische uitwisseling en de inzet van e-health een belangrijke rol.

<sup>2</sup> [Regiobeelden \(dejuistezorgopdejuisteplek.nl\)](https://www.regiobeelden.nl/dejuistezorgopdejuisteplek.nl)

<sup>3</sup> [Alzheimer Nederland prognosecijfers per regio 2023 \(alzheimer-nederland.nl\)](https://www.alzheimer-nederland.nl/prognosecijfers-per-regio-2023)

<sup>4</sup> [Home | Prognosemodel Zorg en Welzijn \(prognosemodelzw.nl\)](https://www.prognosemodelzorg.nl/)

<sup>5</sup> [Onderzoeksresultaten Doolhof Dementie \(bisnez.com\)](https://www.bisnez.com/onderzoeksresultaten-doolhof-dementie)

<sup>6</sup> [Met de stroom mee | Advies | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving \(raadvsvs.nl\)](https://www.raadvsvs.nl/met-de-stroom-mee)

## Familieparticipatie

De samenwerking met en de inzet van het sociale netwerk zal steeds belangrijker worden. Een gelijkwaardige samenwerking, afstemming en betrokkenheid zullen meer een vanzelfsprekendheid moeten worden. Samen kijken naar wat mogelijk is vanuit reablement, zorgtechnologie, inzet van familie en omgeving. En daarna pas kijken naar wat er nodig is vanuit de formele zorg. Dit vraagt een omslag in denken maar ook een zorgvuldigheid richting de informele zorg. In Fryslân geeft 12% van de inwoners mantelzorg. Echter het mantelzorgpotentieel in Friesland daalt van 8,2 personen (tussen de 50 en 64 jaar) per 85-plusser in 2023 naar 3,2 personen in 2024; dit is meer dan een halvering<sup>7</sup>. Daarbij komt naar voren dat bijna de helft van de mantelzorgers zich tamelijk, zeer zwaar of overbelast voelt bij de zorg voor iemand met dementie<sup>8</sup>. Ondersteuning van mantelzorgers is van groot belang.

Het project Familiezorg heeft binnen NDF laten zien dat familiegesprekken, geleid door een gespecialiseerd CMD, meer rust geeft, meer open communicatie, een betere taakverdeling en daardoor minder gevoel van (over)belasting. CMD zetten door de inzichten vanuit het project nu eerder en breder een familiegesprek in.<sup>9</sup>



Afbeelding 1: Familie in gesprek met een gespecialiseerd casemanager dementie.

Inzetten op onderlinge verbinding tussen burgers, Mienskip, is essentieel en verdient meer aandacht en waardering. Hierbij zal er extra focus gelegd moeten worden op kwetsbare inwoners. Want juist de kloof tussen kwetsbare en zelfredzame ouderen wordt steeds groter. De zelfredzame ouderen en hun netwerk nemen regie over wat zij nodig hebben in elke levensfase. Bij kwetsbare ouderen zal het sociale netwerk en de ondersteuning juist steeds kleiner worden<sup>7</sup>. In de komende jaren zal het bespreken van wensen, behoud van eigen regie, verwachtingen, woonmogelijkheden steeds belangrijker worden. Proactieve zorgplanning zal de rode draad worden in de begeleiding en zorg voor de toekomst.

## Complexiteit neemt toe

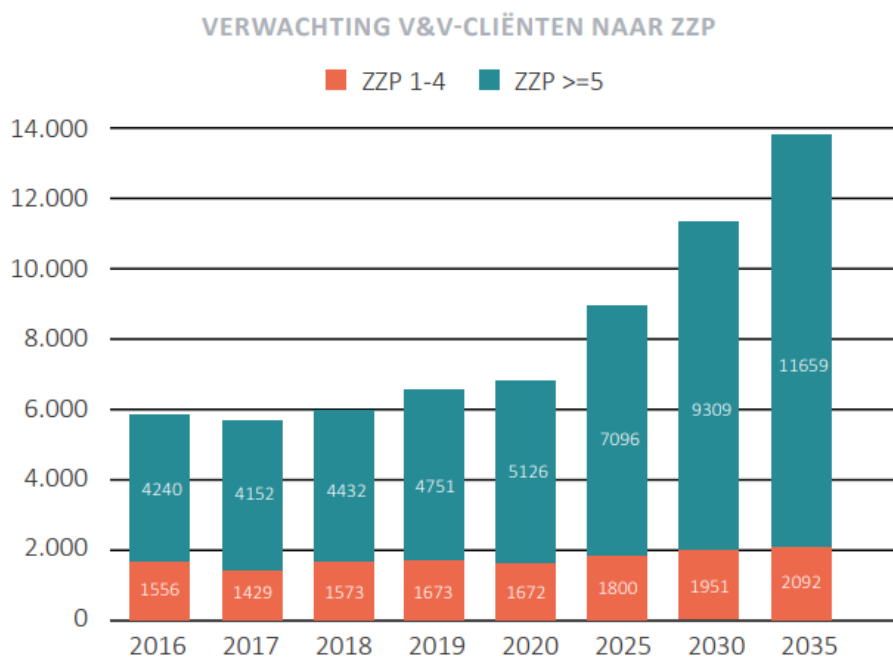
Daarnaast groeit de groep ouderen met een complexere zorgvraag. Afbeelding 2 laat het aantal cliënten zien verdeeld naar zorgzwaarte. Waar het aantal cliënten met een zorgvraag van een zorgzwaartepakket (ZZP) 1 t/m 4 nagenoeg gelijk blijft, neemt het aantal cliënten met een zorgvraag van ZZP5 of hoger flink toe.<sup>10</sup>

<sup>7</sup> [Regiobeelden \(dejuistezorgopdejuistepiek.nl\)](https://dejuistezorgopdejuistepiek.nl)

<sup>8</sup> [Alzheimer Nederland Dementiemonitor Friesland 2022\(alzheimer-nederland-production.s3.amazonaws.com\)](https://alzheimer-nederland-production.s3.amazonaws.com/central-1.amazonaws.com)

<sup>9</sup> [Factsheet Familiezorg \(netwerkdementiefryslan.nl\)](https://netwerkdementiefryslan.nl)

<sup>10</sup> [regiovisie-friesland \(waardigheidentrots.nl\)](https://waardigheidentrots.nl)



Afbeelding 2: De zorgzwaarte in kaart gebracht voor de komende jaren.

Mensen met dementie hebben te maken met zorg vanuit verschillende wetten. Ook kunnen er problemen op andere vlakken spelen die van invloed zijn op de situatie of op het netwerk van de persoon. Juist complexe situaties vraagt een nauwe samenwerking en afstemming tussen professionals vanuit verschillende domeinen. Laagdrempelige en goed toegankelijke ondersteuning is van belang om complexere problemen te voorkomen.<sup>11</sup>

### Zorgtechnologie

Ontwikkelingen op het gebied van zorgtechnologie hebben een vlucht genomen maar tegelijkertijd is de praktijk ook weerbarstig. Verschillende factoren spelen mee om zorgtechnologie op een juiste manier te introduceren, te gebruiken en te implementeren. Hierbij moet niet alleen de focus gelegd worden op het product zelf maar meer op de werkwijze en de toepassing ervan. Bijvoorbeeld een stappenplan waarmee gekeken kan worden welke technologie passend is in een specifieke situatie en behoefte. Juist dit kan bijdragen aan de opschaling van technologie in de zorg<sup>12</sup>. Aan de andere kant zijn sommige technologieën al zover ingebed en worden deze al (standaard) toegepast in de zorg. De uitdaging ligt in het kiezen van kansrijke zorgtechnologieën, hiervan een overzicht creëren en ervaring opdoen in de praktijk. De (praktische) knelpunten die dan ontstaan moeten opgepakt worden om de toepassing ervan te stimuleren.

Belangrijk is om zorgtechnologie in een vroeg stadium te introduceren. Familie, welzijn en andere professionals zoals de thuiszorg spelen een rol om zorgtechnologie te integreren in het dagelijks leven. In de komende tijd zullen de digitale vaardigheden van ouderen toe gaan nemen<sup>13</sup>. Voor mensen met dementie kan technologie bijdragen aan meer bewegingsvrijheid, langer zelfstandig wonen, ondersteuning in de dagstructuur en meer sociale contacten<sup>14</sup>. Dit vraagt echter een grotere mate van opschaling van innovaties, scholing van professionals en een brede implementatie.

<sup>11</sup> [Met de stroom mee | Advies | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving \(raadrvs.nl\)](#)

<sup>12</sup> [9 inzichten voor opschaling zorgtechnologie in de GHZ \(vilans.nl\)](#)

<sup>13</sup> [WOZO Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

<sup>14</sup> [regiovisie-friesland \(waardigheidentrots.nl\)](#)

## Focuspunten 2024 - 2026

---

### Focuspunt 1: Samen werken aan preventie

CMD zijn betrokken vanaf de start van het diagnostisch traject waarbij er een sterk vermoeden is op dementie of dat de diagnose al gesteld is. Maar voordat de CMD in beeld is, kunnen er al meerdere vragen zijn rondom informatie, ondersteuning en ontmoeting. Juist in het voortraject is het van belang om degene met een vermoeden van dementie en hun naaste in beeld te krijgen. Het sociaal domein speelt hierbij een belangrijke rol waarbij NDF zich in wil zetten om de verbinding tussen sociaal domein en CMD te stimuleren. Samenwerking vanuit zorgorganisaties met welzijn en gemeenten is essentieel om op tijd te investeren in het sociale netwerk, ontmoeting, preventie en voorlichting. Het gaat om het verbinden van de verschillende betrokkenen in alle fasen zodat de persoon met dementie en hun naasten zich optimaal ondersteund voelen tijdens het gehele dementieproces.

#### a) Verbinding met sociaal domein

##### Blijven meedoen

Blijven participeren in de samenleving is voor iedereen belangrijk zo ook voor mensen met dementie. Naast inzetten op een dementievriendelijk Fryslân is het creëren van laagdrempelige ontmoetingsplekken essentieel om onderling contact in de buurt te bevorderen. Mee blijven doen binnen (sport)verenigingen, kerk en bij culturele activiteiten helpt om het sociale netwerk te behouden.

##### Informatievoorziening en ondersteuning

Een voorbeeld van samenwerking met welzijn en gemeenten, is het organiseren van partnersgespreksgroepen. Uit ervaring blijkt dat onderling contact zeer gewaardeerd wordt en dat men ook contact met elkaar houdt na de gespreksgroep<sup>15</sup>. Deze opzet zal ook in andere regio's geïmplementeerd worden. Daarnaast gaan we kijken naar waar de behoefte ligt bij familie en naasten voor andere (nieuwe) vormen van ontmoeting/ gespreksgroepen.

Samen met gemeenten willen we toegankelijke informatievoorziening realiseren zodat mensen in het voortraject de juiste informatie ontvangen en weten welke ondersteuning zij wanneer in kunnen schakelen.

#### **Zorgstandaard Dementie - 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 en samenleving.

Hierbij is het van belang om extra aandacht te geven aan de specifieke doelgroepen dementie op jonge leeftijd, mensen met een migratieachtergrond of een verstandelijke beperking.

#### **Zorgstandaard Dementie - Aanbeveling 7:**

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

---

<sup>15</sup> [Infographic enquête partnersgespreksgroep \(netwerkdementiefryslan.nl\)](#)



### Efficiëntere processen

Vanuit een inventarisatie onder CMD en beleidsmedewerkers van gemeenten zijn een aantal knelpunten en actiepunten geformuleerd rondom dementievriendelijke gemeente en samenwerking in de keten<sup>16</sup>. Om de ondersteuning toegankelijk en betaalbaar te houden moeten processen rondom Wmo indicaties geoptimaliseerd worden. Een efficiënter proces voorkomt wachttijden en administratieve lasten. Vertrouwen, gebruik maken van elkaars expertise en opgehaalde informatie tijdens het huisbezoek, dienen hiervoor als basis. NDF ondersteunt CMD in het verbeteren van de processen binnen een gemeente. En zal vervolgens aandacht vestigen op een duurzame borging hiervan.

### Daginvulling en respijtzorg

Binnen Fryslân is meer inzicht en overzicht nodig in de mogelijkheden van daginvulling. Het aanbod zal mee moeten groeien met het aantal mensen met dementie maar ook passend moeten zijn bij de wensen en behoeften. Hierbij is extra aandacht nodig voor specifieke doelgroepen zoals mensen met dementie op jonge leeftijd, met een migratieachtergrond of een verstandelijke beperking.

#### Zorgstandaard Dementie - Aanbeveling 12:

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

Daarnaast zal binnen Fryslân de mogelijkheden voor respijtzorg inzichtelijk moeten zijn. Dit om verlichting te geven aan naasten en familie. Hierin is domeinoverstijgende samenwerking noodzakelijk waarbij het perspectief van de persoon met dementie en hun naaste leidend is.

#### Zorgstandaard Dementie - Aanbeveling 19:

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

## b) Samenwerking met andere zorgprofessionals

### Wijkverpleegkundigen

Er is binnen NDF geïnvesteerd in de samenwerking, deskundigheid en afstemming met wijkverpleegkundigen. Tijdens de begeleiding wordt de inzet van de gespecialiseerde CMD afgewogen (met behulp van een afwegingskader) en in afstemming overgedragen aan de wijkverpleegkundigen. Wanneer de situatie complexer wordt, kan er laagdrempelig een beroep gedaan worden op de gespecialiseerde CMD. Om deze werkwijze te borgen is het van belang dat CMD en wijkverpleegkundigen elkaar blijven zien op kantoor of tijdens structurele overleggen.

### Huisartsen en POH

Per huisartsenpraktijk zijn er vaste CMD gekoppeld. Hierdoor is de verbinding tussen de CMD, huisarts en Praktijkondersteuner Huisarts (POH) versterkt. Deze werkwijze wordt zeer gewaardeerd door huisartsen en POH.

In de komende periode zal meer uitgewisseld worden tussen CMD en POH over wie wanneer in het proces betrokken is en wie welke taken op zich neemt. Meer inzicht en afspraken in elkaars

<sup>16</sup> [Friese samenwerkingsagenda \(netwerkdementiefryslan.nl\)](https://www.friesland.nl/onderwerpen/16-friese-samenwerkingsagenda-netwerkdementiefryslan.nl)

rol draagt bij aan tijdige begeleiding van mensen met dementie maar ook aan een efficiëntere inzet van zorgpersoneel.



### Proactieve zorgplanning

Een belangrijke randvoorwaarde voor goede dementiezorg is proactieve zorgplanning. In samenwerking met huisarts, geriater en wijkverpleegkundigen en andere professionals, zal de CMD actief aandacht hebben voor proactieve zorgplanning. Dit vindt multidisciplinair plaats in de keten in samenwerking met Netwerken Palliatieve Zorg Fryslân.

#### **Zorgstandaard Dementie - Aanbeveling 1:**

Proactieve zorgplanning wordt door de aangewezen professional direct na de diagnose gestart of zodra de persoon met dementie en de mantelzorgers hiervoor openstaan. Dit wordt voortgezet gedurende het gehele ziekteproces.

## Focuspunt 2: Optimale ondersteuning in de thuissituatie

Door de toename van mensen met dementie maar ook door toenemende schaarste van plekken in woonzorglocaties, is het een grote uitdaging om mensen thuis te kunnen blijven begeleiden. NDF wil samen met CMD interventies en stappen in kaart brengen die men hierin kan zetten. Denk aan meer inzetten op reablement, zorgtechnologie en familiegesprekken. We willen het proces rondom de verhuizing naar een woonzorglocatie verbeteren. Het gaat hierbij om het realiseren van een warme overdracht tussen thuis naar een nieuw 'thuis'.

### a) Zelfredzaamheid bevorderen

#### Reablement

CMD zullen aansluiten bij de ontwikkeling rondom reablement. Hierin zullen we optrekken met andere organisaties in Fryslân. Dit om samen met betrokken professionals dezelfde aanpak en uitgangspunten te hanteren en bij te dragen aan een hogere kwaliteit van leven en meer regie bij degene met dementie.

#### Zorgtechnologie

Op dit moment ervaart een deel van de CMD dat zij over onvoldoende informatie hebben over wat er precies mogelijk is rondom zorgtechnologie. NDF wil CMD hierover informeren, overzicht bieden en de ruimte geven om hierin ervaring op te doen en het eigen te maken. NDF zal de uitwisseling tussen CMD en andere professionals stimuleren. De meerwaarde van de technologie moet eerst zichtbaar zijn en ervaren worden om de mensen thuis zo optimaal mogelijk te kunnen adviseren. Daarmee zal de motivatie groeien om (nieuwe) mogelijkheden aan te bieden in de thuissituatie en gezamenlijk hierin op te trekken met wijkverpleegkundigen, POH en medewerkers van sociaal domein. Daarnaast speelt de haalbaarheid een rol, het moet passend zijn bij de situatie en de fase van de dementie. Juist in een vroeg stadium is het belangrijk om zorgtechnologie te introduceren.

CMD zullen tegelijkertijd hun kennis en ervaring met de doelgroep inzetten in projecten en werkgroepen om zorgtechnologie passender en toegankelijker te maken voor de doelgroep.

#### Familiegesprekken

Door het project Familiezorg betrekken CMD eerder en breder de familie. Deze investering 'verdient' zich terug verderop in het proces. De familie wordt in hun kracht gezet om gezamenlijk de zorg met elkaar te bespreken en te verdelen. Tegelijkertijd is juist dit proces, het begeleiden van de persoon met dementie en de familie, hetgeen wat CMD werkplezier en voldoening geeft. Het voeren van familiegesprekken zal steeds verder geïntegreerd en geïmplementeerd worden in de werkwijze van de CMD. Vanuit NDF willen we CMD faciliteren om informatie vanuit familiegesprekken te integreren in de rapportages, maar ook om het gedachtegoed verder uit te dragen richting andere professionals.

### b) Delen van kennis en expertise

CMD hechten veel waarde aan de expertiseoverleggen waarbij ze advies kunnen vragen aan een psycholoog en/of Specialist Ouderengeneeskunde (SO). Door schaarste van behandelaren willen we gezamenlijk kijken hoe deze samenwerking toekomstbestendig gemaakt kan worden. Daarbij is ook verbreding van samenwerking met professionals met specifieke kennis van belang. Bijvoorbeeld met het expertisecentrum Dementie en Zeer Ernstig Probleemgedrag (D-ZEP) en de GGZ- instellingen in de provincie. Gebruik maken van elkaars expertise, sparren en een goede

overdracht met elkaar realiseren. Samenwerken binnen de provincie met als doel, de beste zorg en ondersteuning voor degene met dementie en hun naaste. Maar tegelijkertijd ook met elkaar durven uitspreken waar de grens ligt binnen je eigen functie. Door uitwisseling en scholing hou je elkaar scherp en up to date op het gebied van wet- en regelgeving, vormen van dementie, psychiatrische problematiek en gesprekstoets. NDF investeert en faciliteert daarom in deze uitwisseling en deskundigheidsbevordering.

### c) Warme overdracht

Wanneer de doorstroom van thuis naar een woonzorglocatie stagneert, kan de ondersteuning en complexiteit in de thuissituatie toenemen. Het is voor de persoon met dementie en hun naasten van belang dat zij passende ondersteuning ontvangen. Voor de CMD is het van belang om inzicht en duidelijkheid te hebben over de beschikbare plekken in de provincie. Hierbij is samenwerking en afstemming tussen organisaties essentieel.

Een ander knelpunt waar CMD tegenaanloopt bij de overdracht van thuis naar een woonzorglocatie, is dat een schriftelijke overdracht nog geen warme overdracht is. Bovendien bereikt de schriftelijke/digitale overdracht niet altijd de professionals die betrokken zijn.

#### **Zorgstandaard Dementie - Aanbeveling 20:**

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

Daarnaast geven CMD aan dat zij bij een deel van de situaties niet op een natuurlijke manier de begeleiding af kunnen ronden. Er zijn geen mogelijkheden om een nazorggesprek met de naaste te registreren na verhuizing of overlijden van de persoon met dementie. Met een maatwerktraject brengen we de processen rondom warme overdracht en nazorggesprekken in kaart. We willen hiermee een eenduidige werkwijze voor CMD realiseren, de effecten en meerwaarde van een warme overdracht in kaart brengen en onderzoek doen naar de financieringsmogelijkheden.

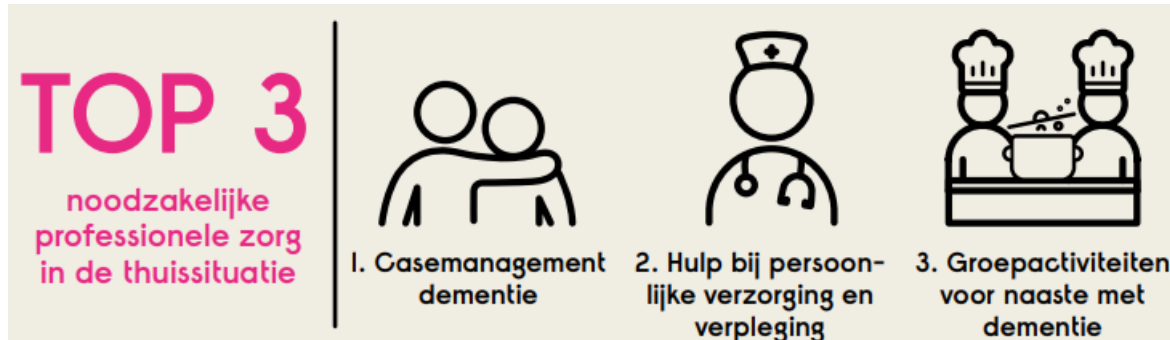
#### **Zorgstandaard Dementie - Aanbeveling 25:**

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

Buiten dit project zullen we bij de professionals op de woonzorglocaties ophalen welke scholingsbehoefte zij hebben. Samen met de betrokken organisaties en CMD wordt vervolgens gekeken hoe de deskundigheidsbevordering georganiseerd kan worden. Bij de overdracht zal familiezorg en -participatie ook een belangrijke rol spelen. Op welke manier kunnen families betrokken blijven als hun familielid verhuist naar een woonzorglocatie. Door de focus te leggen op de overdracht van thuis naar een nieuw 'thuis' willen we meer verbinding leggen tussen extramuraal en intramuraal. We willen de samenwerking versterken tussen CMD en de professionals op de woonzorglocaties zoals de verpleegkundige gerontologie geriatrie (VGG'er) en de eerste verantwoordelijke verpleegkundige (EVV'er).

## Focuspunt 3: Positionering van CMD en NDF

Bijna tweederde (64%) van de mantelzorgers vindt casemanagement noodzakelijk, het staat daarmee op 1 voor de noodzakelijke professionele zorg in de thuissituatie (zie afbeelding 3).<sup>17</sup> Het is daarom van groot belang dat het casemanagement dementie landelijk meer onder de aandacht gebracht. De dementierapporteur, heeft in opdracht van Alzheimer Nederland, naar voren gebracht dat het inzetten van een CMD kosten bespaart gedurende het levenspad van mensen met dementie en hun naasten.<sup>18</sup>



Afbeelding 3: Top 3 van noodzakelijke professionele zorg in de thuissituatie

Mantelzorgers met een CMD voelen zich vaker:

- professioneel ondersteund in hun rol als mantelzorger (73% vs. 43% zonder CMD)
- ondersteund door hun omgeving (64% vs. 52% zonder CMD)
- voorbereid op veranderingen in de toekomst (64% vs. 45% zonder CMD)<sup>19</sup>

### a) Toekomstbestendig casemanagement dementie

NDF ziet het faciliteren van CMD als belangrijke voorwaarde om toekomstige dementiezorg te kunnen garanderen. Dit is ook één van de aanbevelingen vanuit landelijk onderzoek<sup>20</sup>. Binnen NDF ontwikkelen CMD in themagroepen oplossingen voor knelpunten in de praktijk. Dit wordt per regio of provinciebreed opgepakt. Input van CMD is essentieel om processen te verbeteren en om in te spelen op nieuwe ontwikkelingen.

Ook in de samenwerking met betrokken partijen in Fryslân brengen we de stem van de CMD duidelijk naar voren. Deze samenwerkingen willen we in de komende periode gaan versterken en uit gaan breiden. De zichtbaarheid van NDF gaan we vergroten door gezamenlijke bijeenkomsten te organiseren. Dit om thema's en acties te agenderen en gezamenlijk stappen te zetten ter verbetering van de dementiezorg. Ook zullen CMD meer zichtbaar zijn binnen de organisaties waar zij werkzaam zijn.

Binnen Fryslân blijven we inzetten, samen met de aangesloten organisaties, op een eenduidige werkwijze in het gespecialiseerd casemanagement dementie. De uitgangspunten en werkwijze van NDF worden aan de start van 2024 ondertekend door alle aangesloten zorgorganisaties.

<sup>17</sup> [Alzheimer Nederland Dementiemonitor Friesland 2022 \(alheimernederland-production.s3.eu-central-1.amazonaws.com\)](https://alheimernederland-production.s3.eu-central-1.amazonaws.com)

<sup>18</sup> [Rapportage van één jaar als dementierapporteur \(alzheimer-nederland.nl\)](https://alzheimer-nederland.nl)

<sup>19</sup> [Rapport Casemanager dementie \(alzheimer-nederland.nl\)](https://alzheimer-nederland.nl)

<sup>20</sup> [Onderzoeksresultaten Doolhof Dementie \(bisnez.com\)](https://bisnez.com)

#### Zorgstandaard Dementie - Aanbeveling 4:

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

We gaan actief aan de slag om het casemanagement dementie op een toekomstbestendige manier te organiseren. Als wendbaar netwerk passen we ons aan bij de wensen en behoeften van degene met dementie, van hun familie en van de CMD. We zullen ons sterk maken om de inzet en financiering van het casemanagement dementie te waarborgen in de toekomst. We zullen de landelijke ontwikkelingen hierin nauw volgen. Vanuit Fryslân participeren we actief in landelijke werkgroepen en maken we de vertaalslag naar de regio. De Zorgstandaard Dementie is hierbij leidend. Via de netwerkanalyse gaan we de mate van implementatie van de aanbevelingen van de Zorgstandaard Dementie monitoren.

#### b) Balans van CMD - nu en in de toekomst

CMD hebben steeds meer te maken met complexere situaties. Deels komt dit doordat, bij stabiele situaties, de wijkverpleegkundige meer op de voorgrond staat en de CMD op de achtergrond. Maar soms wordt een CMD laat betrokken in het proces, kunnen er complexe zaken spelen binnen de familie, of is er sprake van een Rechterlijke Machtiging (RM) of Inbewaringstelling (IBS). Naast het regelen van administratieve zaken kunnen deze, soms heftige situaties, ook veel invloed hebben op jezelf als zorgprofessional. Dit verdient aandacht zodat men plezier heeft in het werk, zich ondersteund voelt en grip heeft op zijn of haar werk(druk). Vanuit een themagroep kijken CMD naar wat zij als professional nodig hebben om hun werk goed te kunnen blijven doen, ook in de toekomst. Het ontvangen van handvaten, tools en scholing dragen hieraan bij, net als het kunnen sparren en delen van ervaringen met je collega's. Kaders, handreikingen en afspraken zullen binnen NDF geëvalueerd worden om mee te bewegen in deze ontwikkeling. Hierbij zal aandacht zijn voor de caseload, (neven)taken en balans in het werk van de CMD.

#### c) Deskundigheidsbevordering

Voor CMD is het noodzakelijk om op de hoogte te blijven van de laatste ontwikkelingen, gevoed en geïnspireerd te worden met kennis en innovatieve ideeën. Onderzoeksopdrachten vanuit CMD kunnen in de praktijk getoetst worden en netwerkbreed geïmplementeerd worden binnen de werkwijze van CMD. Vanuit NDF, of in samenwerking met betrokken partijen, worden themagerichte bijeenkomsten en scholingen in de provincie georganiseerd. Daarnaast worden CMD gefaciliteerd om deel te nemen aan landelijke symposia en congressen.

# Netwerk Dementie Fryslân

## Organisatie

NDF is een samenwerkingsverband van negen organisaties. Dit zijn Thuiszorg Het Friese Land, KwadrantGroep, Antonius, ZuidOostZorg, Alliade, Buurtzorg, Aardema Zorggroep, Zorggroep Liante en Zorggroep Sint Maarten. Dit zijn in Fryslân de organisaties die gespecialiseerde CMD in dienst hebben. Deze CMD zijn opgeleid bij één van de opleidingen genoemd in het kwaliteitsregister van V&VN<sup>21</sup> of BPSW<sup>22</sup>. Deze voorwaarden staan ook benoemd in het inkoopbeleid van Zilveren Kruis.



Afbeelding 4: Organogram van Netwerk Dementie Fryslân (<https://www.netwerkdementiefryslan.nl/wie-zijn-wij>)

Binnen Netwerk Dementie Fryslân zijn er verschillende overlegvormen:

Overleggen:	Frequentie:	Doelstellingen:
Drie ketencoördinatoren, ketenregisseur en accountmanagers van Zilveren Kruis.	1 x per jaar	- Verantwoording voortgang jaarplan elk kwartaal - Afstemming toekomstige ontwikkelingen
Bestuurders, drie ketencoördinatoren en ketenregisseur.	3 x per jaar	- Vaststellen en verantwoording begroting en jaarplan - Afstemming toekomstige ontwikkelrichting - Klankborden over strategische en tactische vraagstukken

<sup>21</sup> <https://www.venvn.nl/media/ifbchw5n/expertisegebied-dementieverpleegkundige.pdf>

<sup>22</sup> <https://www.bpsw.nl/publicaties/expertiseprofiel-casemanager-dementie-sociaal-werk-zorg/>

Ketencoördinatorenoverleg: drie ketencoördinatoren en ketenregisseur.	12 x per jaar	- Afstemmen tactisch beleid - Verbinding tussen de organisaties versterken
Procesteamoverleg: drie CMD, drie ketencoördinatoren en ketenregisseur.	12 x per jaar	- Toetsen van voorstellen vanuit de themagroepen - Proactief vraagstukken voorleggen aan themagroepen - Operationaliseren jaarplan
Een themagroep bestaat uit CMD vanuit de verschillende organisaties en wordt gecoördineerd door de projectleider. In totaal zijn er acht themagroepen.	4 tot 5 x per jaar	- Landelijke ontwikkelingen volgen op het betreffende thema en dit delen met andere CMD - Voorstellen formuleren voor processen en implementatie
Vakgroepbijeenkomst voor alle CMD, georganiseerd door drie CMD.	2 x per jaar	- Professionalisering, leren en ontwikkelen - Onderlinge contacten en verbinding

## Samenwerkingen

Er vindt samenwerking en uitwisseling plaats met vrijwilligers en medewerkers van Alzheimer Friesland en Zorgbelang Fryslân. Elkaar op de hoogte houden is belangrijk om vanuit verschillende perspectieven ontwikkelingen goed te kunnen blijven volgen. In gezamenlijkheid zal input opgehaald worden bij mensen met dementie en hun familie. Dit doen we door bijvoorbeeld een klantarena bijeenkomst te organiseren rondom een thema.



Afbeelding 5: De klantarena bijeenkomst die eerder door NDF georganiseerd is voor het thema dementie op jonge leeftijd.

Informatie over gespecialiseerd casemanagement dementie is te vinden via de website [www.netwerkdementiefryslan.nl](http://www.netwerkdementiefryslan.nl), zowel voor mensen met dementie en hun naasten als voor professionals. Voor uitgebreide ziekte-informatie, publieksinformatie en mantelzorgondersteuning zal verwezen worden naar websites zoals Alzheimer Nederland.

NDF onderdeel van de Friese Samenwerkingsagenda, werkt samen met de Friese Huisartsen Vereniging, huisartsen, poli's Geriatrie van ziekenhuizen, GGZ-instellingen, gemeenten, welzijnsorganisaties, Zilveren Kruis, Odense huizen en andere netwerken zoals ROS Friesland, Netwerken Palliatieve Zorg Fryslân. Netwerk Dementie Fryslân is actief lid van Dementie Netwerk Nederland.



## Actiepunten 2024 - 2026

### Focuspunt 1: Samen werken aan preventie

Actie	Hoe	Wie	Wanneer
<b>Ontmoeting</b>	-Aansluiten en stimuleren van (nieuwe) laagdrempelige ontmoetingsplekken	CMD + sociaal domein + Odense huizen	Doorlopend
	- Samen met welzijnsorganisatie en gemeente partnersgespreksgroepen organiseren in regio's	Projectleider + CMD	Doorlopend
	Gespreksgroepen voor kinderen organiseren met een ouder met dementie op jonge leeftijd (DOJ)	Projectleider + CMD DOJ + Noorderbreedte	Doorlopend
	- Behoefte in kaart brengen naar ontmoetingsvormen/ gespreksgroepen	Ketenregisseur + projectleider + Alzheimer Friesland	Q2 – Q3 '24
	- Nieuwe ontmoetingsvormen opzetten	Ketenregisseur + lokale samenwerking + Alzheimer Friesland	Q1 – Q3 '25
	<b>Toegankelijke informatievoorziening</b>	- Afstemming over informatievoorziening	Ketenregisseur + gemeenten
- Informatie op website toevoegen over dementie op jonge leeftijd (Levenspad)		Ketenregisseur + themagroep DOJ	Q2 – Q3 '24
Informatie toevoegen over dementie en migratieachtergrond (Levenspad)		Ketenregisseur + gemeenten en welzijn	Q4 – '24
Informatie toevoegen over dementie en verstandelijke beperking (Levenspad)		Ketenregisseur + Alliade	Q1 – '25
<b>Proces rondom indicaties optimaliseren</b>	- Per regio samenwerken met betrokken partijen	Projectleider + themagroep CMD	Doorlopend
	- Knelpunten en successen delen binnen Friese Samenwerkingsagenda (FSA)	Projectleider + ketenregisseur +CMD	Bijeenkomsten Q2 '24 Q2' 25 Q2 '26

	- Processen evalueren, stroomlijnen en eenduidigheid stimuleren	Projectleider + ketenregisseur	Q3 – Q4 '25
<b>Daginvulling en respijtzorg</b>	- Aanbod in kaart brengen en vergroten i.s.m. lokale partijen	Projectleider + themagroep CMD + ketenregisseur	Q3 – Q4 '24
	- Daginvulling voor specifieke doelgroepen stimuleren	Ketenregisseur + projectleider	Q2 – Q4 '25
	-Input van CMD meenemen in organiseren van nieuwe daginvulling	Ketenregisseur + projectleider + themagroep CMD	'26
	- Inzicht en aandacht voor respijtzorg	Zilveren Kruis + gemeenten + ketenregisseur + CMD	Q1 – Q2 '25
<b>Samenwerking met wijkverpleegkundigen</b>	- Structurele overleggen en ontmoeting stimuleren	Procesteam + CMD	Doorlopend
<b>Samenwerking met huisartsen en POH</b>	- Vaste koppeling van CMD aan huisartsenpraktijk updaten	Ketenregisseur	Q1 '24 Q1 '25
	- Afstemming met POH over taken, samenwerking, deskundigheidsbevordering	Procesteam + CMD	Q1 – Q2 '24
	-Proces en werkwijze van POH en CMD afstemmen en integreren met elkaar	Procesteam + CMD	Q3 – Q4 '24
<b>Proactieve zorgplanning</b>	-Afstemming over gespreksvoering, taken en producten rondom ACP.	Procesteam + themagroep CMD + Netwerken Palliatieve Zorg Fryslân. Multidisciplinair in de keten.	Doorlopend
	-Bijeenkomsten organiseren i.s.m. Netwerken Palliatieve Zorg Fryslân	Projectleider + ketenregisseur + programmamanager	Q2 '24 en afhankelijk van provinciale ontwikkelingen

## Focuspunt 2: Optimale ondersteuning in de thuissituatie

Actie	Hoe	Wie	Wanneer
<b>Reablement</b>	-Aansluiten bij landelijke ontwikkelingen en vanuit de betrokken zorgorganisaties	Procesteam	Doorlopend
<b>Zorgtechnologie</b>	- Praktijkervaring opdoen en delen via intranet	CMD + projectleider	Doorlopend
	-Stappenplan ontwikkelen met mogelijke opties als handreiking voor CMD	Procesteam	Q2- Q4 '24
	- Deelnemen aan projecten van de zorgorganisaties rondom zorgtechnologie	CMD	Doorlopend
<b>Familiezorg</b>	-Familiegesprekken integreren in dossier	Ketenregisseur + projectleider + themagroep CMD	Q3 - Q4 '24
	-Nieuwe tools onderzoeken en toepassen	Themagroep CMD	Doorlopend
<b>Expertiseoverleggen</b>	-Toekomstbestendig organiseren -Afspraken en samenwerking borgen	Procesteam	Q2 – Q3 '24
<b>Afstemming met D-ZEP</b>	- Uitwisseling en samen optrekken in casussen	Ketenregisseur + CMD	Doorlopend
<b>Afstemming met GGZ</b>	- Provinciaal en regionaal afstemmen over samenwerking/ taakverdeling/ casussen	Ketenregisseur + CMD	Doorlopend
<b>Delen van kennis en expertise</b>	- Bijeenkomsten organiseren rondom wet- en regelgeving, complexe casussen, psychiatrische problematiek	Programmamanager + ketenregisseur	Q3 '24 Q3 '25 Q3 '26
<b>Warme overdracht</b>	-CMD inzicht geven in beschikbare plekken in woonzorglocaties	Procesteam	Q4' 25 - Q1 '26
	-Scholingsbehoefte in kaart brengen bij professionals woonzorglocaties	Programmamanager + projectleider	Q1 - Q2 '25
	-Deskundigheidsbevordering organiseren i.s.m. zorgorganisaties	Programmamanager + ketenregisseur	'26

### Focuspunt 3: Positionering van CMD en NDF

Actie	Hoe	Wie	Wanneer
<b>Bijeenkomsten organiseren</b>	-Netwerkmiddag om samenwerkingsovereenkomst te tekenen	Ketenregisseur + programmamanager	Q1 '24
	- Bijeenkomsten organiseren met samenwerkingspartijen, afhankelijk van thema	Programmamanager + ketenregisseur	Doorlopend
<b>Dementiemonitor</b>	- 2 jaarlijks onderzoek onder mantelzorgers en mensen met dementie	Ketenregisseur + CMD	Q2 '24 Q2 '26
<b>Zichtbaarheid CMD binnen organisatie vergroten</b>	- Samen optrekken met communicatieafdelingen (interviews, Wereld Alzheimer Dag)	Ketenregisseur	Q3 '24 Q3 '25 Q3 '26
<b>Toekomstbestendig CMD</b>	- Landelijke ontwikkelingen volgen via Dementie Netwerk Nederland en vertalen naar de regio	Procesteam	Doorlopend
	-Financiering van NDF en CMD agenderen	Ketenregisseur + ketencoördinatoren + bestuurders + Zilveren Kruis	Jaarlijks
	-Wachttijden registreren en volgen. Onderlinge afstemming over inzet/ formatie van CMD	Ketenregisseur + ketencoördinatoren	Elk kwartaal
	Aansluiten bij Regioplannen	Ketenregisseur + ketencoördinatoren	Doorlopend
	Gebruik maken van data vanuit dementiekaart.nl en dashboards van Planbureau Fryslân	Ketenregisseur + ketencoördinatoren	Doorlopend
<b>Eenduidige werkwijze CMD behouden</b>	-Afstemming met de aangesloten organisaties	Ketenregisseur + ketencoördinatoren	Doorlopend
	Werkwijze en uitgangspunten van NDF evalueren	Procesteam	Q4 '24 Q4 '25 Q4 '26
<b>Balans</b>	-Aandacht voor balans en werkdruk	Projectleider + themagroep CMD	Doorlopend

<b>Deskundigheidsbevordering</b>	- Themagerichte scholingen organiseren zoals zorgtechnologie, reablement	Programmamanager + ketenregisseur	Jaarlijks in Q2 of Q4
	-Mogelijk aanvullende opleiding aanbieden voor CMD over dementie en migratieachtergrond	Programmamanager + ketenregisseur	Q2 '26
<b>Cursussen en congressen</b>	-Aanmeldingen van CMD bijhouden en beoordelen	Programmamanager	Doorlopend
	-Presentaties en scholingsmateriaal updaten op intranet	Programmamanager	Q3 '24 Q3 '25 Q3 '26

## Actiepunten Netwerk Dementie Fryslân

Actie	Hoe	Wie	Wanneer
<b>Informatievoorziening</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Website uitbreiden met informatie waaronder het Levenspad</li> <li>- Folders up tot date houden, mogelijk aanvullend voorlichtingsmateriaal ontwikkelen</li> <li>- Beheer van LinkedIn pagina</li> </ul>	Ketenregisseur	Doorlopend
<b>Deskundigheidsbevordering</b>	- Vakgroepbijeenkomsten organiseren	CMD in samenwerking met programmamanager	2x per jaar
	- Presentaties/ scholingen geven aan betrokken professionals zoals wijkverpleegkundigen	CMD	Doorlopend
<b>Themagroepen faciliteren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thema's en actiepunten vanuit de praktijk oppakken</li> <li>- Voortgang bewaken, resultaten netwerkbreed delen en implementeren</li> </ul>	Projectleider en ketenregisseur	Doorlopend
<b>Samenwerking Alzheimer Friesland en Zorgbelang Fryslân</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afstemming en overleg</li> <li>- Klantarena bijeenkomsten organiseren</li> </ul>	Ketencoördinatoren + ketenregisseur	Doorlopend
<b>Samenwerking met UNO UMCG, hogescholen en lectoraten</b>	- Uitwisseling van innovatieve projecten en onderzoek	Ketencoördinatoren + ketenregisseur + talentgroepen	Doorlopend
<b>Intranet voor casemanagers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doorontwikkeling</li> <li>- CMD faciliteren</li> </ul>	Ketenregisseur	Doorlopend
<b>Deelname aan landelijke netwerken</b>	- Aansluiten bij overleggen en werkgroepen van Dementie Netwerk Nederland	Ketencoördinatoren + ketenregisseur	Doorlopend
	- Netwerkanalyse + zelfscan uitvoeren (inzicht in implementatie Zorgstandaard Dementie)	Ketenregisseur	Jaarlijks
<b>Leergemeenschap Jong Dementie Noord Nederland</b>	- Samenwerking met dementienetwerken Groningen en Drenthe (bustour, symposia)	Ketenregisseur + CMD DOJ	Doorlopend
	- Samenwerking met Noorderbreedte en MCL	Ketenregisseur + CMD DOJ	Doorlopend

<b>Familiezorg</b>	-Inspiratiesessie Familiezorg organiseren	Programmamanager	Q2 '24 Q2 '25 Q2 '26
	-Nieuwe CMD 3-daagse training Familiezorg aanbieden, gegeven door Hanzehogeschool Groningen	Programmamanager + ketenregisseur	Bij voldoende aanmeldingen
<b>Samenwerking gemeenten</b>	- Deelname aan netwerkoeverleggen van gemeenten	Ketenregisseur + projectleider + CMD	Doorlopend
	- Deelnemen aan werkgroep Friese Samenwerkingsagenda	Ketenregisseur + projectleider	Doorlopend + jaarlijkse bijeenkomst