

Vrijheid zonder vrijblijvendheid

Leidraad voor uitvoering van de Zorgstandaard Dementie 2020

**Henk Nies
Marcel Canoy
Karin Lieber
Diny Stekelenburg
Nathalie Stolwijk**

Utrecht, 30 november 2021

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	1
2. Context.....	4
3. Hoe wij de ZSD en deze leidraad zien	5
4. De regio en het regionale netwerk	7
5. Actiepunten voor de periode 2022 – 2025	8
I. Actiepunten regio's/regionale netwerken	8
II. Actiepunten Landelijk.....	10
III. Actiepunten buiten het kader van de Nationale Dementiestrategie.....	13
6. Epiloog.....	14
Bijlage 1. Geraadpleegde literatuur	15
Bijlage 2. Overzicht van geïnterviewde partijen	17
Bijlage 3. Overzicht van deelnemende organisaties co-creatiesessies.....	18

1. Inleiding

De herziene Zorgstandaard Dementie (verder: ZSD) is een zogeheten kwaliteitsstandaard die op 14 april 2020 is opgenomen in het register van het Zorginstituut. Dat was een belangrijke formele stap om te zorgen dat mensen met dementie zorg¹ en ondersteuning krijgen die hen het beste in hun leven steunt. Met die stap zijn we er nog niet. Er is nog veel te doen om te zorgen dat alle mensen met dementie die steun in hun dagelijkse leven ook daadwerkelijk ervaren.

Met deze leidraad richten we ons in de eerste plaats tot degenen die zorgdragen voor (het organiseren van) goede zorg voor mensen met dementie en hun naasten in de wijk en regio. Dit zijn netwerkcoördinatoren, bestuurders en uiteenlopende zorg- en hulpverleners in zorg en sociaal domein, zowel formeel als informeel. Zij zijn op basis van het instrument ‘zorgstandaard’ als eerste aan zet om de meerwaarde ervan voor mensen met dementie en hun naasten waar te maken. Zij worden gefaciliteerd door omliggende partijen zowel regionaal als landelijk. Zonder de steun van gemeenten, zorgverzekeraars, vrijwilligersorganisaties, belangenorganisaties van mensen met dementie, landelijke partijen en de landelijke overheid gaat het niet.

Gelukkig zijn er op allerlei plaatsen in het land al goede praktijken ontwikkeld waar we van kunnen leren. We zien daarmee dat goede zorg en ondersteuning voor mensen met dementie uitdagend maar haalbaar is. Dat vindt ook de minister van VWS. In zijn Nationale Dementiestrategie 2021-2030 schrijft hij: ‘Zo snel als mogelijk, maar uiterlijk in 2025 werken alle professionals in elk regionaal dementienetwerk volgens de zorgstandaard dementie, domeinoverstijgend en persoonsgericht, doelmatig, tijdig en proactief. Vanaf 2025 is elk regionaal dementienetwerk geborgd door middel van vastgelegde samenwerkingsafspraken en structurele financiering.’²

Met elkaar gaan we in Nederland de komende vier jaar aan de slag om deze ambitie waar te maken. Wij hebben daarom op 15 september 2021 van de zogeheten ‘kerngroep’ van 22 organisaties die de ZSD hebben ingediend de opdracht gekregen om een leidraad hiervoor te maken. In deze notitie beschrijven we hoe we naar de opdracht kijken en welke opgaven van belang zijn voor het werkveld en voor de instanties die bij invoering van de ZSD betrokken zijn. Dat alles doen we met mensen met dementie en hun naasten als vertrekpunt.

¹ Als we in dit stuk over ‘zorg’ spreken, bedoelen we daarmee ook behandeling.

² Nationale Dementiestrategie, 2020, p. 17.

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/09/21/nationale-dementiestrategie>

Wat staat in de Zorgstandaard Dementie? (uit: Zorgstandaard Dementie 2020. Samenwerken op maat voor personen met dementie en mantelzorgers)³

De ZSD beschrijft wat goede zorg en ondersteuning is voor mensen met dementie en hun mantelzorgers. De zorgstandaard bestrijkt alle domeinen van wonen, welzijn, zorg en behandeling. Hij richt zich op het hele continuüm van dienstverlening. De ZSD geeft een functionele beschrijving van de interdisciplinair georganiseerde zorg en ondersteuning en van de organisatie van het dementietraject. Vakinhoudelijke aanbevelingen maken daarvan geen deel uit en zijn voorbehouden aan de richtlijnen van afzonderlijke beroepsgroepen en deelsectoren. Uitgangspunt is dat de zorg op de juiste plek, op het juiste moment, door de juiste persoon, doelmatig en in goede samenhang wordt verleend. Dat uitgangspunt geldt ongeacht de financieringsbron.

De zorgstandaard is geschreven voor zorgverleners, bestuurders, beleidsmakers en toezichthouders. Daarnaast geeft de zorgstandaard mensen met dementie en hun mantelzorgers inzicht in wat ze kunnen verwachten gedurende het traject.

De gebruiksdoelen zijn:

- het voeren van een adequaat kwaliteitsbeleid;
- informatievoorziening over dementie en het daarbij passende aanbod voor alle betrokken doelgroepen (mensen met dementie en hun mantelzorgers, aanbieders, professionals, zorgverzekeraars, gemeenten en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd /IGJ);
- transparante communicatie tussen patiënten, mantelzorgers en zorgverleners;
- uitgangspunt voor het opstellen van regionale zorgprogramma's en individuele zorgleefplannen;
- uitgangspunt voor het aanpassen en ontwikkelen van relevante beroepsopleidingen.

De zorgstandaard bevat 25 aanbevelingen, waarvan 4 hoekstenen (gecoördineerde netwerkzorg, casemanagement, proactieve zorgplanning, één zorgleefplan) en 12 kwaliteitsindicatoren; meetbare aspecten die een indicatie geven over de kwaliteit van zorg en ondersteuning. De indicatoren zijn richtinggevend en vormen een hulpmiddel voor netwerken om te monitoren en waar nodig de zorg en ondersteuning te verbeteren. Ze zijn niet verplichtend en alleen bedoeld als middel voor leren en verbeteren (niet voor verantwoording). Er zijn proces-, structuur- en uitkomstindicatoren. De ZSD is een groeimodel dat zoveel mogelijk geworteld moet zijn in bestaande werkpraktijken en kaders.

³ Zorgstandaard Dementie. <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/dementie-zorgstandaard>

De zorgstandaard vormt ons uitgangspunt om de komende vier jaar mee aan de slag te gaan en tot invoering te komen in het hele land. Om het 'hoe en waarom' van ons advies te verhelderen, gaan we eerst in op de context waarbinnen invoering van de zorgstandaard speelt en op hoe wij de zorgstandaard zien. Daarna geven we aan hoe de zorgstandaard het beste ingevoerd kan worden, met actiepunten op regionaal niveau en op landelijk niveau.

We baseren ons op de gesprekken en co-creatie sessies die we de afgelopen periode gevoerd hebben met tientallen mensen uit de wereld van praktijk en beleid. Zij vertegenwoordigen meer dan vijftig landelijke en regionale partijen. Ook hebben we allerlei documenten geanalyseerd (o.a. materiaal proefimplementaties) en brengen we onze eigen kennis en ervaring van de praktijk en van de wetenschap in. Bij de weging van de inzichten hebben we kwaliteit voor mensen met dementie en hun naasten, haalbaarheid in praktijk en maatschappelijke aanvaardbaarheid als richtinggevende waarden opgevat.

2. Context

De invoering van de ZSD staat niet op zichzelf, maar is onderdeel van de Nationale Dementiestrategie. Rond integrale zorg thuis voor kwetsbare ouderen zijn veel ontwikkelingen gaande. Daarvoor zijn diverse handreikingen, standaarden en beleidsdocumenten beschikbaar (bijlage 1). Te denken valt aan de ontwikkeling van Dementievriendelijke gemeenten en de beweging 'Samen Dementievriendelijk', de 'Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde' (2020), de 'Handreiking kwetsbare ouderen thuis' die door dertien landelijke partijen binnen de context van het VWS-programma Langer Thuis is opgesteld (2019) en de 'Notitie kwetsbare ouderen thuis met een complexe zorgsituatie' (ZIN, juni 2021). Ook van belang is het rapport van de IGJ over de samenwerking tussen huisartsenzorg en de wijkverpleging bij de zorg voor kwetsbare ouderen (IGJ, 2020). Het 'wetsvoorstel domein-overstijgende samenwerking' (VWS, april 2021) en het advies over bekostiging van overleg- en afstemmingstijd (MDO c.a.) dat de NZa in voorbereiding heeft, bieden nieuwe perspectieven voor een goede organisatie van integrale zorg.

Verder zijn er andere kwaliteitsstandaarden zoals de Kwaliteitskaders Wijkverpleging 2018, Palliatieve zorg 2020, Verpleeghuiszorg 2021 en de Zorgstandaard Dementie op jonge leeftijd 2015 (bijlage 1). De verantwoordelijkheden voor deze ontwikkelingen liggen (ook) buiten de Nationale Dementiestrategie, maar staan niet los van elkaar.

We laten deze context hier grotendeels onbesproken. De verantwoordelijkheden daarvoor liggen op andere landelijke en regionale beleidstafels en staan daar ook op de agenda. Veel van deze ontwikkelingen ondersteunen de implementatie van de ZSD. Maar we attenderen ook op de risico's van dubbelingen en stapelingen. Landelijke regie daarop is geboden.

Overall speelt het thema arbeidsmarkt. De urgentie van de arbeidsmarktvragestukken is groot en toont zich in beleid en ontwikkelingen op allerlei niveaus, landelijk, regionaal en lokaal. De aanpak van de arbeidsmarktvragestukken gebeurt voor een belangrijk deel in samenwerking met het onderwijs en binnen het bereik van (het samenwerkingsverband van) regionale werkgeversorganisaties. Voldoende gekwalificeerde mensen zijn randvoorwaardelijk voor het slagen van de invoering van de ZSD. Er zijn aanwijzingen dat werken volgens de ZSD meer kwaliteit kan bieden voor mensen met dementie tegen lagere kosten en minder personele inzet. Dus het kan bij de personele uitdagingen ook helpen als de zorgstandaard goed wordt ingevoerd.

3. Hoe wij de ZSD en deze leidraad zien

Maatwerk voor mensen met dementie en hun mantelzorgers is het uitgangspunt van de zorgstandaard. Speelruimte voor zorg- en hulpverleners hoort daarbij. Hierbij past geen 'blauw', landelijk invoeringsplan, maar een leidraad met uitgangspunten, ruimte voor maatwerk, aanpasbaarheid in de tijd en hulp op maat (instrumenteel, financieel, sociaal en beleidsmatig). Deze leidraad beschrijft daarom hoe de inrichting van goede zorg en ondersteuning op te pakken, de voortgang te bewaken en bij te sturen, dit alles gericht op uitvoerbaarheid in de praktijk.

De technische term 'Zorgstandaard Dementie' dekt ons inziens niet helemaal de lading. Het gaat niet alleen om zorg, maar ook om ondersteuning. Het gaat meestal ook niet om mensen met uitsluitend dementie, maar om mensen met veel meer ingewikkelde vraagstukken in hun leven (die soms zwaarder wegen). En het gaat niet om standaardisering van de zorg, maar juist om zorg en ondersteuning die persoonlijk en op (de menselijke) maat moet worden geboden in het besef dat bewustzijn en ontvankelijkheid in de samenleving voor mensen met dementie van groot belang is.

Zorg en ondersteuning moeten aansluiten bij het leven van mensen met dementie: hun persoonlijke omstandigheden, hun levensgeschiedenis en de loop die het leven neemt, ook nadat dementie merkbaar is geworden. Mensen met dementie zijn niet hun ziekte (geen 'dementerenden' of 'demente mensen'), maar mensen met rechten, plichten en behoeften, net zoals ieder ander. Gewoon waar het kan, bijzonder waar het moet, geldt ook voor hen.

We vertrekken daarom vanuit de leefwereld van mensen met dementie. In de meeste gevallen wonen zij thuis, vaak - maar zeker niet altijd - met verwanten. Zorgvragen, maar ook problemen met betrekking tot participatie, zelfredzaamheid en dagelijkse bezigheden, spelen een rol.

In de professionele hulpverlening zijn vaak als eerste huisartsen, wijkverpleging, sociaal werkers in de wijk en casemanagers dementie in beeld. En dit gebeurt eigenlijk altijd nadat naasten, mensen in de persoonlijke omgeving en in de samenleving zich al lange tijd hebben ingezet.

Het zwaartepunt van deze leidraad ligt daarom op vraagstukken die verbonden zijn met het leven in en rondom de thuissituatie. Wat niet wegneemt dat er vaak een moment komt dat zorg in de tweede lijn aan de orde is. Een soepele overgang tussen verschillende professionals in verschillende fases is van groot belang. Mede hierom is een nauwe samenwerking tussen zorg en welzijn nodig. Voor sociale problematiek, zoals vereenzaming, gebrek aan zingeving en dagbesteding is samenwerking met onder meer sociaal werkers in de wijk en vrijwilligers noodzakelijk. Ook zijn in dementie gespecialiseerde functies voor behandeling (o.a. Specialist Ouderengeneeskunde/SO en GZ-psychooloog) van groot belang. Dit geldt eveneens voor voldoende en tijdige mogelijkheden voor onder meer dagbesteding, respijt/logeerszorg en crisisopvang.

Omwille van kwaliteit van zorg en ondersteuning, doelmatigheid, administratieve lasten en arbeidsmarktproblemen bepleiten we geen geïsoleerde werkwijze voor mensen met dementie en hun mantelzorgers, maar samenhang met de zorg en ondersteuning voor andere kwetsbare groepen. Dit laat vanzelfsprekend onverlet dat gespecialiseerde kennis en functies voor dementie beschikbaar moeten zijn. Maar voor diverse randvoorwaardelijke vraagstukken rond samenhang en infrastructuur (werken op basis van advance care planning, multidisciplinair overleg (MDO), zorgleefplan) is een bredere, integrale en algemene aanpak na te streven. Generiek waar het kan, specifiek waar het moet.

We zien in dit verband goede mogelijkheden voor aansluiting bij de - steeds vaker al - interdisciplinair georganiseerde zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen met een complexe situatie (inclusief cognitieve problemen) in de eigen omgeving. Deze mogelijkheden zien wij overigens ook voor mensen met een niet-aangeboren hersenletsel en voor mensen in de palliatief terminale fase. De op dit moment in diverse regio's al goed uitgewerkte aanpakken voor mensen met dementie kunnen model staan voor zorg en ondersteuning aan andere groepen mensen met langdurige complexe vraagstukken. De aansluiting bij andere doelgroepen moet de invoering van de ZSD niet vertragen, maar versnellen.

4. De regio en het regionale netwerk

De vraag is op welk niveau de geïntegreerde en gecoördineerde netwerkzorg voor mensen met dementie en hun naasten georganiseerd moet worden. Het begrip ‘regio’ blijkt in de praktijk niet eenduidig. We zien voor dementienetwerken grote verschillen in onder meer doelstelling, omvang, organisatiegraad en werkgebied. In veel gevallen gaat het om een netwerk voor uitsluitend mensen met dementie. Wat ons opviel is de beweging in de richting van regionale netwerken voor kwetsbare ouderen, die in een aantal regio’s wordt gemaakt.

Een belangrijke ontwikkeling is de gestructureerde en domeinoverstijgende samenwerking die zich tussen zorgverzekeraars en gemeenten ontwikkelt rond onder meer regioplannen en afstemming inkoopbeleid (vanaf hier duiden we deze aan als ‘werkstructuren gemeenten-zorgverzekeraars/zorgkantoren’).

Er is op grond van de Zvw een betaaltitel voor regionale netwerken. Echter, deze wordt (vrije vorm en vrij tarief) wisselend toegepast in het land en biedt daarmee onvoldoende houvast voor een duurzame integrale benadering van zorg en ondersteuning voor mensen met dementie. De Nationale Dementiestrategie stelt niet voor niets dat vanaf 2025 is elk regionaal dementienetwerk structureel geborgd moet zijn wat betreft samenwerkingsafspraken en financiering.

Het is zinvol te onderzoeken of de regio-indeling voor dementienetwerken overal in te passen is in de genoemde werkstructuren. Zo kunnen één of meer dementienetwerken binnen één werkstructuur bestaan. Dat kan helpen om directe en overzichtelijke lijnen te ontwikkelen met zorgverzekeraars/zorgkantoren en gemeenten. Regionale netwerken dementie kunnen deze op veel plaatsen ontluikende samenwerking voeden en stimuleren. Overigens blijkt deze ‘inpasbaarheid’ uit onderstaand overzicht al vaak het geval. Slechts in drie (geel omcirkelde) regio’s worden grenzen overschreden.

Figuur 1: Werkgebieden regionale dementienetwerken (links) en zorgkantoor regio’s (rechts)



5. Actiepunten voor de periode 2022 – 2025

Een blauwdruk voor een effectief samenwerkende regio blijkt niet te geven. Ieder regionaal netwerk loopt een eigen pad en maakt een bewuste keuze voor de best werkbare aanpak van samenwerking. Maar wel zodanig dat mensen met dementie in het hele land kunnen rekenen op samenhangend beleid en samenhangende praktijken.

Het is duidelijk dat gecoördineerde netwerkzorg in alle regio's noodzakelijk is. Deze draagt bij aan behoud en verbetering van de kwaliteit van leven, zelfredzaamheid, eigen regie, preventie van onnodige medicalisering, crisisonames en/of ziekenhuisopnames en aan doelmatigheid van geleverde zorg tegen lagere kosten. Bewijzen hiervoor en harde uitkomstmaten zijn beperkt beschikbaar. Wel toont recent wetenschappelijk onderzoek het grote belang aan om - ook al vanuit het perspectief van preventie - hier de kost voor de baat uit te laten gaan (DementieNet 2021; Vestjens-van der Mee 2020). De praktijk laat zien dat regionale netwerken de afgelopen jaren niet stil hebben gezeten. Op veel plaatsen zijn grote onderdelen van de ZSD in uitvoering genomen en er zijn diverse goede praktijken om van te leren.

Tegen deze achtergrond benoemen we de volgende actiepunten om er voor te zorgen dat overall deze goede praktijken ontstaan. Eerst (I) gaat onze aandacht uit naar partijen die zich lokaal en regionaal inzetten voor de organisatie van goede dementiezorg. Aansluitend (II) kijken we naar hoe landelijke partijen de uitvoeringspraktijk kunnen faciliteren. Tenslotte (III) geven we aan welke activiteiten buiten de directe invloedssfeer van de Nationale Dementiestrategie relevant zijn.

Daarbij willen we niet dat deze leidraad en de zorgstandaard voor mensen in de praktijk het zoveelste 'ding erbij' worden. Een goede implementatie moet uiteindelijk tijd en kwaliteit opleveren, geen invuloefening zijn of wéér een formulier erbij. We zetten in op pragmatische oplossingen om de opgaven niet ingewikkelder te maken dan nodig is. Doen wat werkt.

I. Actiepunten regio's/regionale netwerken

1. Samenwerken

- Het allerbelangrijkste in een netwerk zijn misschien wel de sociale relaties. Investeren in relaties loont: verbinden in vertrouwen, met een gezamenlijke taal en onderliggende waarden, aandacht voor dilemma's en belangentegenstellingen. Niet alleen inhoud, proces en structuur doen ertoe, maar vooral ook de cultuur van samenwerken. Die laatste vergt specifieke aandacht (o.a. teamontwikkeling, teamsamenstelling, interne evaluatie, elkaar leren kennen).
- Belangrijk is dat een regionaal dementienetwerk flexibel georganiseerd is, ofwel zich wat betreft schaal, inhoud en structuur ontwikkelt naar gelang interne en externe omstandigheden (o.a. andere netwerken). Zoals gezegd, doorloopt ieder netwerk een eigen pad en is de samenwerking (inhoud, structuur, cultuur en proces) niet voor altijd in beton gegoten. Netwerken kiezen een pad dat past binnen de gegeven wettelijke kaders en financieringsmogelijkheden. Zij stemmen dit af met zorgverzekeraars, gemeenten, (vertegenwoordigers van) mensen met dementie en hun naasten en samenwerkingsverbanden van zorgaanbieders en zorgverleners (bijvoorbeeld zorggroepen huisartsen).
- Zonder een kartrekker/netwerkcoördinator gaat het niet. Ook bestuurlijke loyaliteit en verantwoordelijkheid zijn voorwaarden voor een goed functionerend regionaal netwerk. Bestuurders, netwerkcoördinatoren, vertegenwoordigers van betrokken

organisaties, professionele en informele zorg, en mensen met dementie en hun naasten trekken samen op.

- Regionale netwerken agenderen domein-overstijgende zaken bij de in ontwikkeling zijnde werkstructuren gemeenten-zorgverzekeraars/zorgkantoren (o.a. afstemming inkoopbeleid). Deze laatste bouwen intussen - mede gevoed door ontwikkelingen in het kader van de ZSD - verder aan inrichting en toegevoegde waarde van de regionale werkstructuren.

2. Leren en verbeteren

- Het is van groot belang om - lokaal en in de regionale netwerken - ook degenen om wie het gaat nadrukkelijk aan het woord te laten, de mensen met dementie en hun naasten. Maak hen zichtbaar. Hun situatie is vaak het best en meest overtuigend in beeld te brengen via concrete casuïstiek, persona's en klantreizen. Daarbij passende werkvormen maken de menselijke maat voelbaar en leiden op basis van leer-en verbeterprocessen naar betekenisvolle oplossingen.
- De gegevens uit het 'Register Dementie en ondersteuning' (hierna Register te noemen) en andere beschikbare gegevens zijn behulpzaam om duidelijk te maken wat goed gaat, waar knelpunten liggen, wat nodig is en of dat daadwerkelijk tot verbeteringen leidt. Regionale netwerken kunnen kosteloos van deze gegevens gebruik maken.
- Om op alle niveaus te kunnen leren en verbeteren, is een systematische monitor (indicatoren) nodig die waarde toevoegt, en tegelijk de administratieve lasten zo beperkt mogelijk houdt. Het gesprek over het verzamelen van bruikbare gegevens moet op de agenda kunnen staan, maar ook over gegevens die niemand gebruikt moet ook gesproken worden. Af en toe opruimen helpt.
- Een periodieke zelfscan op de voortgang van ZSD in het werkgebied geeft voeding voor blijvend leren en verbeteren (o.a. met betrekking tot vroegsignalering, advance care planning, multidisciplinair overleg, zorgleefplan en samenwerking). De zelfscan zoals ontwikkeld in het programma Dementiezorg voor Elkaar kan worden ingebracht in het Register waardoor koppeling aan andere gegevens en vergelijking met andere regionale netwerken mogelijk wordt en verschillen in het eigen werkgebied zichtbaar worden.
- Er is veel kennis en ervaring beschikbaar. Goede kennis en ervaringen verdienen het om gedeeld te worden (o.a. via buddy-constructies, landelijke kennisbronnen, de landelijke ondersteuningsstructuur/II.2). Leren van elkaar is een effectieve vorm van verbeteren. Elk regionaal netwerk maakt expliciet hoe het aan dit leren en verbeteren vormgeeft.

3. Speciale aandachtspunten

- Om een vertaling van de ZSD te maken naar behoeften die in het werkgebied van een regionaal netwerk spelen is maatwerk nodig dat moet worden vastgelegd, idealiter in de vorm van een zorgprogramma. Daarin wordt voor het werkgebied uitgewerkt wie wat doet, waar en hoe (zie: Landelijke Zorgstandaard p. 5 en 6). Zo'n programma betreft niet alleen de zorg en ondersteuning, maar heeft ook oog voor de totstandkoming van een dementievriendelijke samenleving. Het zorg- en ondersteuningsprogramma legt onder meer afspraken vast over vroegsignalering, doorverwijzing, casemanagement, de inzet van specialisten ouderengeneeskunde, GZ-psychologen voor de eerste lijn en betrokkenheid van huisartsen. Ook is er aandacht voor dagbesteding, respijt/logeerszorg en crisisopvang. Niet alles kan tegelijk, maar expliciet worden er weloverwogen keuzes gemaakt.
- Hoe om te gaan met bijzondere doelgroepen, zoals mensen met een migratieachtergrond, jonge mensen met dementie en mensen met een verstandelijke beperking, is niet altijd eenvoudig. Daarvoor is vaak specifieke kennis nodig. Dat geldt ook voor mensen met dementie bij armoede, laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden. Mensen met lage inkomens zijn oververtegenwoordigd in de groep mensen met dementie en bij hen speelt multimorbiditeit en sociaal-

maatschappelijke problematiek verhoudingsgewijs vaker mee. Het helpt om te bezien welke kennis nodig is en gebruik te maken van de landelijke expertise/kenniscentra en de expertisecentra voor mensen uit bijzondere doelgroepen (zoals voor mensen met Dementie en Zeer Ernstig Probleemgedrag/D-ZEP). De invulling hiervan is regionaal verschillend. Het is nodig hierover afspraken te maken.

- Eén landelijk model voor een integraal zorgleefplan is op korte termijn niet beschikbaar (zie onder III). Toch kan integrale zorg voor mensen met dementie en hun naasten niet zonder een schriftelijk vastgelegde communicatie over ieders inzet en betrokkenheid (zorgverleners, mensen met dementie en hun naasten; wie heeft wat gedaan, wat moet er nog gebeuren en dergelijke). Hiervoor zijn goed werkbare communicatie-instrumenten beschikbaar (zoals VIP-live en OZO verbindzorg). Daarin worden met inachtneming van de overeengekomen privacy- en zorgvuldigheidseisen gegevens gedeeld. Regionaal kan, eventueel met landelijke hulp, een keuze worden gemaakt voor een instrument waar de betrokkenen informatie kunnen delen. Het Register kan mogelijk data uit deze instrumenten ontsluiten voor evaluaties in de regionale netwerken.

4. Structuur en werkwijze

- Ook besluitvorming in de regio/het regionale netwerk (governance) is maatwerk. Wel is het nodig om keuzes vast te leggen en duidelijk te maken welke rechtspersonen in de regio waarvoor verantwoordelijk zijn (bijvoorbeeld als contractpartner voor overheden en verzekeraars, als werkgever van onafhankelijke casemanagers en als werkgever voor netwerkcoördinatoren). Een reglement voor besturing en besluitvorming hoort bij een goede governance.
- De betrokkenheid van niet alleen partijen in de zorg en het sociaal domein is zinvol, maar ook van sectoren als wonen en andere maatschappelijke sectoren, inclusief het bedrijfsleven (bijvoorbeeld lokale middenstand). De beweging Samen dementievriendelijk speelt daarin een belangrijke rol. Zoals gezegd, de samenwerking hoeft niet in beton gegoten te zijn en ontwikkelt zich in de tijd. De ontwikkeling van deze relaties en invulling van betrokkenheid van deze sectoren hoort thuis op de agenda van de dementienetwerken.
- De werkstructuren gemeenten, zorgverzekeraars/zorgkantoren brengen regionale netwerken en de uitvoering van zorg en ondersteuning voor mensen met dementie verder, tenzij deze structuren zelf (nog) over onvoldoende daadkracht en regievermogen beschikken. In dat geval wenden regionale partijen (aanbieders, professionals en vertegenwoordigers van mensen met dementie) zich met hun regio overstijgende vragen tot het Operationeel overleg (zie hieronder II.1) .
- Landelijke afspraken leiden nogal eens tot regionale en lokale knelpunten. Het is belangrijk om deze terug te koppelen aan het Operationeel overleg van de Nationale Dementiestrategie (zie hieronder II.1).

II. Actiepunten Landelijk

1. Structuur en werkwijze

- Invoering van de ZSD maakt deel uit van de Nationale Dementiestrategie (thema's 'Steun op maat bij leven met dementie' en 'Mensen met dementie tellen mee'). Voor de uitvoering daarvan wordt een programmastructuur ingericht. Het ligt in de rede om de implementatie van de ZSD en daarmee het faciliteren van regionale netwerken op de agenda van het zogeheten Operationeel overleg te plaatsen. Het Operationeel overleg heeft een ondersteunende en stimulerende rol. Het volgende is van belang:
 - Bij de samenstelling wordt rekening gehouden met voor de invoering van de ZSD relevante partijen; met andere partijen wordt een open contact

onderhouden. Een kleine daadkrachtige kwartiermakersgroep bestaande uit tenminste Dementie Netwerk Nederland (DNN), Alzheimer Nederland en Zorgverzekeraars Nederland (daarmee de tripartiete insteek van de ZSD weerspiegeland) stelt de definitieve samenstelling en werkwijze voor in samenspraak met VWS, als ministerie dat verantwoordelijk is voor de Nationale Dementiestrategie. Daaronder valt het regelen van een voorzitter die door de betrokken partijen geaccepteerd wordt. Dat kan iemand zijn uit eigen geledingen of een externe, onafhankelijke voorzitter.

- Het Operationeel overleg hanteert een dienstverlenende en oplossingsgerichte werkwijze met als uitgangspunt het principe 'pas toe of leg uit'.
- Het Operationeel overleg voert een actieve communicatiestrategie in het kader van de Nationale Dementiestrategie. Het laat de achterbannen, de regionale netwerken en de regio's duidelijk zien wat verwacht wordt. Bovenal laat het ook zien aan Nederland, de vele professionals in zorg en welzijn, vrijwilligers en burgers, wat het belang is van het realiseren van de doelen en praktijken van de ZSD.
- Regionale werkstructuren of netwerken dementie kunnen zich met regio overstijgende problemen/vraagstukken wenden tot het Operationeel overleg. Vanuit een (in ieder geval) jaarlijkse inventarisatie van knelpunten en goede voorbeelden biedt het Operationeel overleg steun bij het leren en ontwikkelen van regionale werkstructuren/regionale netwerken en van landelijke partijen, en vertaalt deze door naar de werkprogrammering van de ondersteuningsstructuur (zie onder II.2). Korte termijn vraagstukken worden direct in behandeling genomen.
- Het Operationeel overleg signaleert regio's waar de samenwerkingsstructuur niet van de grond komt en draagt zorg dat in samenspraak met de werkstructuren gemeenten-zorgverzekeraars/zorgkantoren passende acties worden ondernomen (zie I.4).
- Deelname aan het Operationeel overleg wordt bekostigd uit de organisatiegelden van de deelnemende organisaties, tenzij vertegenwoordigers in hun beroepsuitoefening inkomstenderving ondervinden en de koepel niet over middelen beschikt om deze inkomstenderving te compenseren. Op dat moment wordt daarvoor een oplossing gevonden.
- Om draagvlak te creëren, wordt van de bij de ZSD betrokken landelijke partijen verwacht dat zij - net als de regionale partijen - proactief, lerend en in samenwerking vraagstukken van hun afzonderlijke achterbannen alsook de regionale netwerken faciliteren. Ook stimuleren zij hun achterbannen om tot een beleidsmatige en praktijkgerichte aansluiting te komen van de doelgroep mensen met dementie richting de doelgroep kwetsbare ouderen, dit vanzelfsprekend zonder de specificiteit van de problematiek van mensen met dementie uit het oog te verliezen.
- ZN (zorgverzekeraars/zorgkantoren) als ook de VNG (gemeenten) ondersteunen de implementatie van de ZSD. Dit betekent dat zij het werken volgens de ZSD (inclusief deze leidraad) binnen de context van het inkoopbeleid uitdragen. Ook hoort daarbij het opsporen van witte vlekken, regio's waarin zorg en ondersteuning nog niet in lijn met de zorgstandaard geboden worden. Tevens spannen zij zich in dat ongewenste variatie in inkoop en contractering over het land van netwerken, coördinatie overleg en casemanagement vermeden wordt.
- Het Operationeel overleg nodigt de VGN uit om in samenspraak de ZSD te vertalen voor de gehandicaptenzorg en te onderzoeken of en wat de behoefte is van samenwerking met de dementienetwerken.

2. Hulp bij implementeren, leren en ontwikkelen

- Van belang voor een goede implementatie van de ZSD is een tijdelijke landelijke ondersteuningsstructuur voor de periode 2022-2026. Doel is regionale netwerken

modulair te ondersteunen bij de opbouw/verdere ontwikkeling van de regionale samenwerking. De regio's en/of regionale netwerken kunnen op eigen verzoek en naar eigen behoefte een beroep hierop doen. Het Operationeel overleg zorgt in overleg met VWS dat een ondersteuningsstructuur beschikbaar is.

- Het Operationeel overleg voert de regie op de programmering van werkzaamheden van de ondersteuningsstructuur, onder meer met input van de vraagstukken vanuit de dementienetwerken. In het werkplan van de ondersteuningsstructuur kunnen activiteiten staan als (niet uitputtend):
 - Hands-on ondersteuning bij het inrichten van een passende organisatievorm, bij teamontwikkeling, bij het vertalen van de zorgstandaard naar een zorgprogramma, of bij het ontwikkelen van samenwerkingsmodellen (zoals herkenbaar en aanspreekbaar team in de wijk).
 - Overzichten maken van bruikbare communicatie-instrumenten (zodat zorg- en hulpverleners in hun werkgebied met één instrument kunnen werken).
 - Aansprekende persona's ontwikkelen (ook voor 'bijzondere doelgroepen') en ander ondersteunend materiaal verzamelen en toegankelijk maken.
 - De concretisering van de ZSD en goede voorbeelden van zorg en ondersteuning voor mensen met dementie grootschalig delen via congressen en netwerkbijeenkomsten.
 - Het inrichten van lerende netwerken voor regionale netwerken en voor werkstructuren gemeenten (ambtenaren en wethouders), zorgverzekeraars/zorgkantoren.
- Het ligt in de rede dat het ministerie van VWS zorgdraagt voor financiering van de bovengenoemde ondersteuningsstructuur. Het gaat om een substantiële investering in de orde van grootte van ca. 11 miljoen euro over een periode van vier jaar. Een concrete en gedetailleerde begroting op basis van een meerjarenplan zal daarvoor onder regie van het Operationeel overleg ontwikkeld worden.
- Het Register valt buiten deze ondersteuningsstructuur. Het kent een eigen financiering en aansturing met een stuurgroep en adviescommissie. Het ligt voor de hand dat het Operationeel overleg adviseert over programmering van werkzaamheden van het Register.
- Het Register ondersteunt de regionale netwerken bij het gebruik van stuurinformatie voor het eigen werkgebied (voor leren en verbeteren).
- Indicatoren die in het landelijk Register worden ingebracht moeten relevante vergelijkings- en sturingsinformatie opleveren. Het Register wordt daarom in samenspraak met mensen uit de praktijk en regionale netwerken ingericht en waar nodig aangepast. Hierbij doen zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens ertoe ('tellen en vertellen') om leren en verbeteren richting te geven. De effectiviteit van monitoring (indicatoren) in relatie tot het Register wordt periodiek, landelijk en in nauwe samenspraak met de regionale netwerken en beroepsbeoefenaren onder regie van het Operationeel overleg geëvalueerd.
- Kenniscentra voor specifieke doelgroepen zijn dienstbaar bij de landelijke ondersteuningsstructuur voor regionale dementienetwerken en kunnen desgewenst gevraagd worden om bij te dragen aan betrokkenheid van de dementie netwerken voor specifieke doelgroepen.

3. Beleids- en praktijkvraagstukken

- Het is een randvoorwaarde voor de implementatie van de ZSD dat de regionale dementienetwerken een eenduidige structurele financiële basis (aanspraak en tarief) hebben. Het is van belang uit te werken hoe aansluiting bij het sociale domein, de ondersteuningstaken en de financiering van gemeenten in het kader van de Wmo gewaarborgd zijn. Het Operationeel overleg spant zich in voor de financiële basis van de dementienetwerken. Deze moet in 2023 geregeld zijn. In de tussentijd (2022) moet

daar waar nodig een tijdelijke oplossing worden gevonden, bijvoorbeeld in de vorm van een stimuleringsregeling.

- Indien de activiteiten onder het vorige bullet point niet snel genoeg tot goede resultaten leiden, is het aan het ministerie van VWS om de regie naar zich toe te trekken. Wil de ambitie van de Dementiestrategie gehaald worden ('Vanaf 2025 is elk regionaal dementienetwerk geborgd door middel van vastgelegde samenwerkingsafspraken en structurele financiering'), dan is het aan het ministerie om te zorgen dat de randvoorwaarden door de verantwoordelijke partijen worden opgepakt.
- Een vergelijkbare opgave ligt er om structurele bekostiging van overleg en afstemmingstijd voor vroegsignalering, multidisciplinair overleg, advance care planning in de eerste lijn te bewerkstelligen. De NZa bereidt op dit punt een advies voor. In 2023 of 2024 zou implementatie daarvan aan de orde moeten zijn. Ook hier geldt weer dat een belangrijke inbreng van de regionale dementienetwerken vereist is opdat de oplossingen ook de praktijk daadwerkelijk ondersteunen. En ook hier kan het Operationeel overleg een voortrekkersrol nemen.
- Er is veel discussie over de uitvoering van casemanagement. De ZSD heeft daar een heldere lijn over uitgezet, maar de huidige uitvoeringspraktijk toont knelpunten die een beletsel lijken te vormen voor een blijvend duurzame inzet van casemanagers dementie. Onder regie van DNN worden deze knelpunten expliciet gemaakt en in het Operationeel overleg ter verdere bespreking en afwikkeling ingebracht.
- Er is op dit moment geen eenduidig instrument om de bijdrage van de netwerkzorg voor mensen met dementie aan hun kwaliteit van leven in beeld te brengen, de uitkomstmaat van wat goede dementiezorg is. Te overwegen valt dat het Operationeel overleg in 2022/2023 een waaier van instrumenten ontwikkelt (of laat ontwikkelen, analoog aan de waaier van Cliënt Ervaringsinstrumenten zoals de gehandicaptenzorg die kent). Tevens kan het Operationeel overleg nagaan of inbouw in het Register mogelijk is. Voor mantelzorgers is het instrumentarium al langere tijd beschikbaar (Nivel). Het Operationeel overleg bewaakt samen met de regionale dementienetwerken dat het instrumentarium voldoende bij de praktijk aansluit.

III. Actiepunten buiten het kader van de Nationale Dementiestrategie

Beleidsagenda 2022 e.v. (issues)

- Er is een dringende wens om onder landelijke regie tot standaardisatie van digitale systemen te komen en om een integraal zorgleefplan te ontwikkelen en in te voeren voor mensen met dementie. Hierbij is de ontwikkeling van PGO's (persoonlijke gezondheidsomgeving) van belang. Het is aan het Operationeel overleg om dit thema onder de aandacht te brengen van het Informatieberaad Zorg.
- Een generieke zorgstandaard complexe zorg wordt momenteel door het Zorginstituut overwogen, danwel een kwaliteitskader Passende zorg. Deze instrumenten kunnen ook voor de toekomst van de ZSD belangrijk zijn. Het Operationeel overleg zal deze ontwikkeling niet alleen volgen, maar er ook proactief in optreden. De ZSD en de implementatie ervan kunnen richtinggevend zijn in de zorg voor andere doelgroepen met een meervoudige complexe hulpvraag. Belangrijk is dat er condities komen voor toepassing van de wet- en regelgeving die meer ruimte maken voor integrale zorg en ondersteuning. Wij denken dat de integrale aanpak van complexe vragen 'gewoon' moet worden en dat het stelsel daarop ingericht moet zijn.

6. Epiloog

Toen we gevraagd werden een leidraad te maken voor de uitvoering van ZSD, was de eerste vraag: wanneer vinden we een uitvoering geslaagd? Op het meest fundamentele niveau is dat wanneer mensen met dementie en hun naasten het gevoel krijgen dat de zorg en ondersteuning de kwaliteit van hun leven verbetert en dat de ZSD daarbij een rol speelt. Maar hoe stel je zoiets vast?

Er worden op dit moment vooral indirecte manieren gebruikt om successen vast te stellen. Goed lopende samenwerkingen, tevreden personeel, korte wachtlijsten, crisissen onder controle, het zijn allemaal aanwijzingen dat er in de regio's dingen goed gaan. Maar uiteindelijk draait het om de vraag of mensen met dementie en hun naasten zich goed geholpen voelen op een manier dat zij zo goed mogelijk hun leven kunnen leiden.

Met dit besef hebben we in deze leidraad getracht drie soorten van balans te vinden. **Ten eerste** de balans tussen vrijheid en verantwoordelijkheid. Niet voor niets heet de leidraad 'Vrijheid zonder vrijblijvendheid'. Recht doen aan lokale en regionale voorkeuren, historie en verschillen is een groot goed, maar mag niet leiden tot willekeur of 'laat ons maar met rust' gedachten. Een begrip dat mooi past bij deze balans is het principe van 'pas toe of leg uit'. Voor alle betrokkenen geldt dat er bewuste keuzes gemaakt worden over bijvoorbeeld aanbevelingen en indicatoren. Afwijkingen zijn mogelijk, maar je moet er wel een verhaal bij hebben.

Een **tweede balans** is tussen ambitie en realisme. Er wordt - vaak met reden - geklaagd in de wereld van de zorg. De werkdruk is hoog, de arbeidsmarkt krap en de uitdagingen zijn complex. En dan nog zo'n standaard erbij. Moet dat nou? Ja het moet, maar niet *alles* moet en niet *alles* moest 'gisteren' klaar zijn. De leidraad probeert een balans te vinden tussen ambitie en realisme. We zijn realistisch, maar willen wel meters kunnen maken, doen wat werkt.

De laatste balans is tussen investeringen nu en baten later. Het is onmiskenbaar dat het uitvoeren van de ZSD een investering vergt. Geoliede samenwerkingen verschijnen niet door met een toverstafje te zwaaien. Ook zijn er dubbelingen en - erger nog - stapelingen van beleidsinstrumenten, indicatoren, kwaliteitseisen, verantwoordingen en is er extra administratieve ballast. De landelijke tafels hebben en voelen de plicht hier alert op te zijn en waar nodig dingen te schrappen, samen te voegen of te temporiseren. Meer is minder.

Slagen de regio's en regionale netwerken, ondersteund door landelijk, erin deze verschillende vormen van balans te vinden dan wacht een mooie beloning. Een goede samenwerking voorkomt mismatches in de zorg en is uiteindelijk efficiënt waardoor meer tijd voor mensen met dementie en naasten overblijft. Dat is goed voor de arbeidsvreugde, voor de arbeidsmarktproblematiek, voor de betaalbaarheid van de zorg en uiteraard de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun naasten.

Wij hebben gezien hoeveel kennis, gedrevenheid en inspiratie er is om voor mensen met dementie het goede te doen. Deze leidraad wil hen daarbij ondersteunen en stimuleren om verdere stappen te maken.

Bijlage 1. Geraadpleegde literatuur

Advies 'Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú'

<https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/adviezen/2020/11/30/advies-samenwerken-aan-passende-zorg-de-toekomst-is-nu>

De juiste zorg op de juiste plek <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/over-ons/>

Grote verschillen in samenwerking huisarts en wijkverpleging; kwetsbare ouderen krijgen niet overal goede zorg thuis

<https://www.igj.nl/onderwerpen/zorgnetwerken/documenten/rapporten/2020/11/30/zorgnetwerken-grote-verschillen-in-samenwerking-huisarts-en-wijkverpleging-kwetsbare-ouderen-krijgen-niet-overal-goede-zorg-thuis>

Handreiking kwetsbare ouderen thuis <https://www.nhg.org/actueel/nieuws/handreiking-voor-zorg-en-ondersteuning-van-kwetsbare-ouderen-thuis>

Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde

https://www.verenso.nl/_asset/_public/Praktijkvoering_handreikingen/Handreiking-Samenwerking-aug-2020.pdf

Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019 t/m 2022

https://vng.nl/files/vng/nieuws_attachments/2018/20180606_hoofdlijnenakkoord_wijkverpleging_2019_-2022_def.pdf

Houdbare Zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak

<https://www.wrr.nl/adviesprojecten/houdbare-zorg/documenten/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg>

Integrated primary care for community-dwelling frail older persons, Vestjens - van der Mee

<https://www.eur.nl/sites/corporate/files/2020-12/integrated-primary-care-for-community-dwelling-frail-older-persons.pdf>

Kwaliteitskader palliatieve zorg goede leidraad voor zorgverleners

<https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003911.pdf>

Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

<https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg---2021.pdf>

Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Zorg voor kwetsbare ouderen

https://richtlijnen.nhg.org/files/2020-05/hw06_lesa_zorg_voor_kwetsbare_ouderen_lr_1.pdf

Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/02/28/leidraad-herkenbare-en-aanspreekbare-wijkverpleging>

Momentum voor de menselijke maat

<https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/202106/Momentum%20voor%20de%20menselijke%20maat.pdf>

Naar reguliere integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis

https://www.spoedzorgnet.nl/sites/default/files/documents/startnotitie_naar_reguliere_integrale_zorg_voor_kwetsbare_ouderen_thuis_0.pdf

Nationale dementiestrategie

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/09/21/nationale-dementiestrategie>

Notitie kwetsbare ouderen thuis in een complexe zorgsituatie

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2021/06/30/verduidelijking-zorginstituut-zorg-voor-kwetsbare-ouderen-thuis-in-een-complexe-zorgsituatie>

Plan van aanpak programma Langer Thuis <https://www.programmalangerthuis.nl/over-het-programma/documenten/rapporten/2018/11/05/plan-van-aanpak-langer-thuis>

Psychosociale zorg bij somatische ziekte

<https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/psychosociale-zorg-bij-somatische-ziekte>

Samen Dementievriendelijk en dementievriendelijke gemeenten

<https://www.samendementievriendelijk.nl/dementievriendelijke-gemeente>

Verduidelijking standpunt casemanagement

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2018/03/22/verduidelijking-standpunt-casemanagement>

Visie Huisartsenzorg voor ouderen

https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/visie_huisartsen_voor_ouderen_2017_web_0.pdf

Wijkverpleging kwaliteitskader

<https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/wijkverpleging-kwaliteitskader>

Zo implementeer je de Zorgstandaard Dementie 2020

<https://www.dementiezorgvoorelkaar.nl/wp-content/uploads/2020/12/9-adviezen-implementatie-zorgstandaard.pdf>

Zorgstandaard dementie <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/dementie-zorgstandaard>

Zorgstandaard Dementie op jonge leeftijd

<https://www.kcdementieopjongeleeftijd.nl/wp-content/uploads/2018/05/Zorgstandaard-Dementie-op-Jonge-Leeftijd-2015.pdf>

Bijlage 2. Overzicht van geïnterviewde partijen

ActiZ
Aedes
Alzheimer Nederland
Amsterdam Data Collective
Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk
DementieNet
Dementiezorg voor Elkaar
Dementie Netwerk Nederland
Ergotherapie Nederland
Federatie Vaktherapeutische Beroepen
InEen
Kenniscentrum Dementie op Jonge Leeftijd
Dementieketen Noordelijke Maasvallei
Landelijke Huisartsen Vereniging
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Nederlands Instituut van Psychologen
Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners
Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
Nederlandse vereniging voor Logopedie en Foniatrie
Nederlandse Vereniging voor Neurologie
Nederlandse Zorgautoriteit
Netwerk dementie Salland
Netwerk Veerkracht Ouderen Achterhoek
NOOM
Patiëntenfederatie Nederland
RegioPlus, landelijk verband werkgeversverenigingen
SKILZ
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
Vereniging van Geestelijk Verzorgers
Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Verenso
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
Vilans
Zorginstituut Nederland
Zorgthuisnl
Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage 3. Overzicht van deelnemende organisaties co-creatiesessies

Co-creatie sessie 1	
Netwerk Dementie Eindhoven	Netwerkcoördinator
Netwerk Dementie Eindhoven	Netwerkcoördinator
Netwerk Dementie Eindhoven	Casemanager dementie
Netwerk 100	coördinator zorgtrajectbegeleiding
Rivierenland	Directeur Stichting Zorgcentra Betuwe
Zeeuwse Zorgschakel	Manager lerende netwerken en kwaliteit
Zeeuwse Zorgschakel	Netwerkcoördinator
Zuid Holland Noord	projectleider Expertise Centrum Dementie
Zuid Holland Noord	Specialist ouderengeneeskunde
Zuid Holland Noord	Programmaleider Netwerk Dementie & CVA
Co-creatie sessie 2	
Dementie/geriatrie en palliatieve zorg Oost Veluwe	Clustermanager VVT
Haaglanden	Alzheimer Nederland
Kcoetz Zuid Kennemerland	Huisarts, netwerkcoördinator
Midden Holland	Netwerkcoördinator
Midden Holland	Gespecialiseerd verpleegkunde geriatrie, ziekenhuis
Netwerk dementie Drenthe	Casemanager dementie
Netwerk dementie Drenthe	Casemanager dementie
Netwerk Rivierenland	Directeur Stichting Zorgcentra Betuwe
Zuid Holland Noord	Zorgkantoor Z&Z
Zuid Holland Noord	Programmaleider Netwerk Dementie & CVA