



Aanvraag verkort voorbereidend maatwerktraject 'Zachte landing na verhuizing'

Naam netwerk: **Netwerk Dementie Noordwest-Veluwe**





Naam netwerkcoördinator/ ketenregisseur	Mark Clarijs
Betrokken organisaties in het netwerk	<p>Alle leden van het netwerk staan hieronder, de leden die in ieder geval bij dit maatwerktraject zijn betrokken zijn <u><i> cursief onderstreept</i></u></p> <p>Gemeenten: Oldebroek, Elburg, Nunspeet, Harderwijk, Ermelo, Putten, Zeewolde</p> <p>Zorgorganisaties: Verian, <u><i>Buurtzorg</i></u>, Zorggroep NW-Veluwe, Allertzorg, <u><i>Icare</i></u>, <u><i>WZU Veluwe</i></u>, Coloriet, <u><i>RST Zorgverleners</i></u>, Curadomi, <u><i>Zorgverlening Het Baken</i></u>, GGZ Centraal, Medicamus (huisartsencoöperatie), Coop. Apotheken NW-Veluwe, Ziekenhuis St Jansdal, HomeInstead</p> <p>Welzijnsorganisaties: <u><i>Welzijn Oldebroek</i></u>, <u><i>Stichting WIEL</i></u>, Het Venster, Welzijn Nunspeet, Zorgdat, Welzijn Ermelo, Welzijn Putten, Welzijn Zeewolde</p> <p>Overig: Espria ledenvereniging, <u><i>Alzheimer Nederland afd. NW-Veluwe</i></u>, Odensehuis Harderwijk</p>
Naam bestuurlijk vertegenwoordiger	<p>Bestuurlijk portefeuillehouder: Gertjan J.A.Vening, bestuurder Zorggroep NW-Veluwe</p> <p>(De Zorggroep NW-Veluwe is ook de kassier van het Netwerk Dementie NW-Veluwe)</p>
Beoogde startdatum	01 mei 2024



Onderbouwing waarom een verkort voorbereidend traject nodig is om te komen tot de maatwerkaanvraag

Bij veel mensen met dementie neemt de hulp- en zorgvraag in de loop van de tijd zodanig toe dat in ons Nederlandse zorgsysteem thuis wonen niet meer mogelijk is. Een verhuizing naar een verpleeghuis is dan nodig.

Sinds 2022 is er bij de casemanagers dementie en een aantal intramurale zorgverleners in ons netwerk dementie NW-Veluwe overeenstemming dat de warme overdracht van thuis naar verpleeghuis verbeterd kan en moet worden. De meerwaarde van een verbeterde warme overdracht zit in meerdere aspecten:

- voor de persoon met dementie geeft het een grotere kans op snellere gewenning en minder stress in de nieuwe woonsituatie. Er is aandacht voor persoonlijke rustgevende aspecten.
- voor de mantelzorger(s) helpt het bij de omschakeling van '24/7 zorgen voor' naar 'zorgen op afspraak'. Ook dit is een gewenning die persoonlijke aandacht behoeft.
- voor de intramurale zorgverleners geeft het snellere en betere kennismaking met de client met dementie én met de mantelzorger(s). Iedere persoon met dementie is anders, en iedere persoon met dementie reageert anders op verhuizen. Het kennen van de persoonlijke rustpunten en aanpak van de persoon met dementie helpt in ontspannen interactie tussen zorgverleners, de persoon met dementie en de mantelzorgers. Ook het betrekken van mantelzorgers intramuraal kan een tweede natuur worden van zowel zorgverleners als mantelzorgers.
- voor de casemanager zit de meerwaarde in het goed en volledig kunnen overdragen van de 'eigen-aardigheden' van de persoon met dementie en het cliëntsysteem naar de collega's.

We krijgen dit verbetertraject echter niet goed vlot getrokken. Knelpunten zijn het echt helder krijgen van de probleem- en doelstelling, de afbakening van de omvang van de betrokken groep deelnemers in ons netwerk, de omvang van de pilot in tijd en aantallen, de evaluatie en de uitrol van geleerde lessen naar de rest van ons netwerk. De netwerkregisseur heeft ook te weinig uren om aan deze aanvraag voldoende tijd, prioriteit, en aandacht te geven.

Het maatwerktraject en de daarin uit te werken pilot zal plaatsvinden binnen de gemeenten Oldebroek en Elburg, en mogelijk Nunspeet. Daar is het initiatief genomen, en op het resultaat zit eigenlijk de rest van het netwerk te wachten. Een verkort maatwerktraject helpt om de doelstellingen, plannen en planning voor het maatwerktraject scherp te krijgen.



Welk onderwerp wordt beoogd om een maatwerktraject voor aan te vragen?	De warme overdracht: een zachte landing voor client en mantelzorgers na de verhuizing van huis naar verpleegthuis.
Motiveer waarom dit onderwerp voor het netwerk relevant is	<p>Ons Netwerk Dementie is in 2008 jaar geleden gestart als een zorgnetwerk vooral, vanuit een thuiszorggedachte. Ondertussen is de wereld van denken en doen rondom dementie sterk veranderd. De overgang tussen thuis en verpleeg(t)huis is nog echter regelmatig meer een scheiding dan een natuurlijke verbinding.</p> <p>Niet iedere zorgvraag kan en hoeft echter met zorg te worden beantwoord. De rol van mantelzorgers in het verpleegthuis kan veel concreter ingevuld worden.</p> <p>De nazorg van casemanagers dementie is ook een knelpunt omdat deze nazorg niet wordt vergoed. De nazorg is de afronding van een hulptraject wat de casemanager vaak langere tijd geleden zorgvuldig heeft gestart, is gevuld met vertrouwen en wat een zorgvuldige afsluiting en overgang verdiend. Nu wordt het belang van die nazorg door iedereen onderkend. De nazorg wordt ook gegeven. Maar iedere casemanager dan wel zorgorganisatie kent een eigen administratieve route om die nazorg al dan niet te registreren. En de ene organisatie krijgt er zo een vergoeding voor en de andere niet.</p> <p>We willen dat er een werkwijze rondom de warme overdracht ontwikkeld wordt die gebruikt kan gaan worden in ons hele netwerk. Het doel is dat een gedeelde, gemeenschappelijke planmatige en persoonlijke aanpak van de verhuizing mensen met dementie, hun hulp- en mantelzorgers, de casemanagers dementie en de zorgverleners in het verpleeghuis helpt om elkaar makkelijker, sneller en beter te leren kennen zodat in het verpleeghuis de hulp en zorg eenvoudig persoonlijker gegeven kan worden. Onnodige stress wordt vermeden.</p>
Benodigd aantal uren netwerkcoördinator gedurende de looptijd van maximaal 4 maanden	16
Verwacht aantal uren adviseur (in overleg met DNN vast te stellen)	85