

# **Zorgprogramma dementie Regio Haaglanden**

<b>Inhoudsopgave</b>		<b>blz</b>
1.	Inleiding	1
	1.1 Achtergrond	1
	1.2 Demografische cijfers en prognoses dementie	2
2.	Ketenzorg dementie regio Haaglanden	5
	2.1 Uitgangspunten voor goede dementiezorg	5
	2.2 Casemanager dementie	5
3.	Zorgprogramma dementie	7
	3.1 Beschrijving indeling in fasen	7
	3.2 Beschrijving behoeften en aanbod per fase	7
	3.2.I Signalerings of “niet plus” fase	7
	3.2.II Fase “rondom de diagnosestelling”	9
	3.2.III Fase “levering van zorg en diensten”	11
	3.2.IIIa Fase “thuis met dementie”	11
	3.2.IIIb Fase “rondom opname in beschermde woonvorm”	13
	3.2.IIIc Fase “wonend in beschermde woonvorm”	15
	3.3 Richtlijnen en protocollen	17
	3.4 Zorgproces	18
4.	Regionale structuur ketenzorg dementie	19
5.	Financiering ketenzorg dementie	19
6.	Beschrijving leemten en knelpunten in het aanbod	19
Bijlage 1	Begrippen	
Bijlage 2	Leden projectgroep Mozaïek	

## 1. Inleiding

Dementiezorg kan zich de laatste jaren in toenemende aandacht verheugen. Niet alleen landelijk (Landelijk Dementie Programma) maar ook in onze regio worden sinds vele jaren initiatieven ontplooid om deze zorg te verbeteren en in delen van de regio zijn al samenhangende afspraken gemaakt. Om regiobreed tot afstemming van de zorg en ondersteuning voor de cliënt met dementie en diens mantelzorgers te komen is door een breed samengestelde projectgroep (projectgroep Mozaïek, verbetering van de zorg aan mensen met dementie, zie bijlage 2) dit zorgprogramma ontwikkeld. Uitgangspunt van dit programma is de cliënt en diens mantelzorgers. Doel van het zorgprogramma is continue zorg en ondersteuning op maat bieden vanaf de eerste fase van vergeetachtigheid (niet pluisfase) tot en met de palliatieve fase.

Hoofdstuk 1 van dit zorgprogramma gaat in op de achtergrond van het project, op de begrippen die gehanteerd worden en op de prognoses van het volume van dementiezorg dat nodig is. Het tweede hoofdstuk beschrijft de uitgangspunten voor goede dementiezorg en de inhoud van en de eisen die aan de functie casemanager gesteld worden in de regio. In hoofdstuk 3 wordt het zorgprogramma dementie uitgewerkt. In hoofdstuk 4 komt de regionale structuur aan bod. Hoofdstuk 5 is gewijd aan de financiering van ketenzorg dementie en in hoofdstuk 6 komen de leemten en knelpunten in het zorgaanbod in de regio aan bod. Deze vormen de basis voor verbetertrajecten die de komende jaren ingezet worden.

### 1.1 Achtergrond

Dementie is een syndroom dat verschillende oorzaken kent. Kenmerkende verschijnselen zijn ernstige vergeetachtigheid, problemen met denken, plannen, organiseren, oriëntatie en gedragsveranderingen als apathie en agressie. Het is per cliënt verschillend wanneer en in welke mate de verschijnselen optreden. De hulpbehoefte verschilt hierdoor sterk per cliënt. Dementie treft niet alleen de cliënt. De mantelzorgers worden geconfronteerd met een naaste die niet alleen toenemend hulpbehoevend wordt maar die ook verandert als persoon. Hierdoor kunnen tegenstellingen ontstaan bij de begeleiding tussen de belangen van de demente cliënt en de belangen van diens mantelzorgers. Al met al is de zorg voor een naaste met dementie een zeer intensieve en zware belasting. Het omgaan met en het ondersteuning bieden aan een demente naaste vereist dan ook professionele begeleiding.

Dit betekent dat de hulpbehoefte bij dementie niet alleen bepaald wordt door de ziektesymptomen van de cliënt maar ook afhankelijk is van de mate waarin de mantelzorgers ondersteuning en hulp kunnen bieden aan de cliënt en de behoefte die de mantelzorgers zelf hebben aan begeleiding. Uit de inventarisatie naar dementiezorg in de regio Haaglanden uit 2005 werd duidelijk dat op het gebied van dementie een ruim en divers hulp- en zorgaanbod aanwezig is in deze regio, maar ook dat door zorgvragers een tekort aan zorgverlening wordt ervaren. Daarnaast is gesignaleerd dat samenhang en afstemming tussen instellingen, die zorg bieden aan cliënten met dementie in deze regio nog niet regiobreed aanwezig is. Dit sluit aan bij het rapport over dementie (2002) van de Gezondheidsraad waarin staat dat gebrek aan samenhang tussen bestaande voorzieningen voor mensen met dementie en hun mantelzorgers een groot probleem is; de doelgroep in kwestie verdwaalt in de zorg (Schumacher et al., 2006).

Uit al deze signalen kan geconcludeerd worden dat in de regio Haaglanden de zorg aan mensen met dementie en hun mantelzorgers nog verder verbeterd kan worden. Het gaat hierbij dan met name om afstemming van zorg en samenwerking door instellingen voor wonen, zorg en welzijn in ketens.

## 1.2 Demografische cijfers dementie regio Haaglanden en prognoses dementie

Om inzicht te krijgen in de benodigde omvang van dementiezorg waar in de regio Haaglanden de komende jaren behoefte aan is, zijn getallen gebruikt uit verschillende prognoses.

In dit overzicht wordt eerst een aantal prognoses over bevolkingsopbouw of aantal dementerenden weergegeven. Vervolgens wordt het aantal Pgplaatsen in de regio benoemd en tot slot worden op grond van deze gegevens berekeningen gemaakt over het aantal te verwachten demente cliënten en worden conclusies getrokken

### A. Prognoses

#### a. Inschatting zorg dementie VWS:

Het zorgkantoor maakt een beeld van de zorgvraag. Hiervoor zijn landelijke en regionale cijfers beschikbaar; onder meer over prevalentie van dementie in de bevolking. Globaal aangeduid is het beeld als volgt:

- Dementie is geconcentreerd in de leeftijdscategorie van 75-plussers. Maar komt ook voor in andere leeftijdsgroepen, soms ook beneden de leeftijd van 65 jaar ("jongdementerend").
- De totale prevalentie kunnen we niettemin uitdrukken als een percentage ten opzichte van alle 75-plussers; dat geeft een bruikbare indicatie van 'dementie' in de bevolking. Het aantal 75-plussers wordt geschat door 7% van het totaal van de bevolking van de regio te nemen
- De mate waarin enige vorm van dementie – van licht tot zwaar – voorkomt, correspondeert met +/- 20% van de 75-plussers in een regio. Het betreft mensen met enigerlei vorm van dementie, variërend van lichte geheugenstoornissen tot zware zorgafhankelijkheid.
- De mate waarin dementie gepaard gaat met een behoefte aan dagelijkse begeleiding en/of verzorging correspondeert met gemiddeld 10% van alle 75-plussers.
  - Van deze laatstgenoemde groep woont op dit moment ruim de helft in een verblijfsvoorziening (= 5% a 6% van alle 75-plussers).
  - Het andere deel (= gemiddeld 4,5% van alle 75-plussers) heeft intensieve *zorg thuis*, op basis van AWBZ en/of informele hulp.

#### b. Prognose dementie regio Haaglanden TNO

Regio Haaglanden						
	Mannen			Vrouwen		
	Aantal	Incidentie	Prevalentie	Aantal	Incidentie	Prevalentie
2005	355902	484	3169	375054	1299	8318
2006	358625	490	3224	377063	1300	8324
2007	359713	488	3216	377782	1295	8283
2008	360903	488	3209	378632	1284	8204
2009	362202	489	3210	379710	1276	8139
2010	363438	489	3204	380780	1265	8051
2011	364585	491	3207	381974	1251	7975
2012	365678	492	3213	383271	1242	7924
2013	366799	494	3227	384621	1230	7849
2014	367896	500	3254	385992	1219	7777
2015	368876	507	3287	387223	1211	7711
2016	369796	514	3327	388572	1205	7651
2017	370717	527	3388	389862	1203	7628
2018	371686	538	3453	391122	1201	7602

<b>2019</b>	372615	552	3528	392463	1202	7605
<b>2020</b>	373464	566	3600	393859	1210	7641
<b>2021</b>	374373	578	3664	395250	1210	7656
<b>2022</b>	375217	604	3790	396561	1237	7763
<b>2023</b>	376119	625	3901	397870	1261	7859
<b>2024</b>	376969	644	4015	399211	1287	7993
<b>2025</b>	377726	664	4132	400470	1313	8149
<b>2026</b>	378645	679	4228	401889	1336	8257
<b>2027</b>	379338	704	4398	403072	1368	8544
<b>2028</b>	380177	724	4531	404377	1397	8796
<b>2029</b>	381147	740	4651	405747	1428	9030
<b>2030</b>	382145	756	4787	407108	1461	9248

### c. Bevolkingsprognose Provincie Zuid-Holland:

aantal 75+ ers:	Den Haag	Leidschendam- V'burg	Rijswijk	Wassenaar	Zoetermeer	Totaal
2008	32.562	7262	5324	2988	6272	54408
2010	29.947	7288	5086	2648	6502	51471
2015	28020	7008	4843	2604	7008	49842
2020	28911	7090	4839	2825	8318	52583

### B. PG plaatsen in verpleeg- en verzorgingshuizen in de regio Haaglanden 2008

Aantal pgplaatsen:

Verpleeghuizen 2329

Verzorgingshuizen 643

Totaal: 2972

### C. Berekeningen aantal demente cliënten obv de verschillende prognoses en schattingsmethode voor dementie van VWS:

#### a. prognose obv schatting bevolking:

bevolking regio Haaglanden: 725.000

7% is 75+: 50.750

20% heeft dementie 10.150

De helft heeft AWBZzorg nodig: 5.075

PG plaatsen intramuraal 2.972

Schatting AWBZ zorg extramuraal 2.103

#### b. prognose obv TNO:

Aantal demente cliënten in 2008: 11.400

Berekening VWS: de helft heeft AWBZzorg nodig: 5.700 zorgvragers

pgplaatsen intramuraal 2008: 2.972

Schatting AWBZzorg extramuraal 2.728

**c. prognose bevolking Zuid Holland:**

Aantal 75+ in de regio in 2008:	54.408
Berekening VWS: 20% enige vorm van dementie:	10.882
De helft van deze groep heeft AWBZ zorg nodig:	5.441
Pgplaatsen intramuraal 2008	2.972
Schatting AWBZzorg extramuraal	2.469

**d conclusies**

Op grond van de prognoses wordt geconcludeerd dat het aantal mensen met dementie in de regio Haaglanden +/- 11.000 bedraagt.

Van deze 11.000 dementerenden verblijft +/- 3000 intramuraal.

Volgens de schatting van VWS hebben 2100-3000 mensen extramuraal AWBZzorg nodig.

Dit betekent dat 5000 - 5500 mensen met enige vorm van dementie zorg via de WMO of geen zorg ontvangen

## 2. Ketenzorg dementie regio Haaglanden

Het organiseren van de zorg vanuit de vraag van de cliënt en diens mantelzorgers staat centraal bij de ketenzorg dementie in de regio. Hiervoor is nodig dat de zorgverlening van verschillende instellingen goed op elkaar aansluit en dat goede afspraken gemaakt zijn over overdracht en samenwerking. Daarom is het van belang dat deelnemende instellingen dezelfde uitgangspunten voor goede dementiezorg onderschrijven. In de eerste paragraaf worden de uitgangspunten voor goede dementiezorg geformuleerd. Daarnaast vervult de casemanager een centrale rol in de zorg voor de demente cliënt en zijn mantelzorgers. De bespreking van de inhoud van de functie, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden volgt in de 2<sup>e</sup> paragraaf.

### 2.1 Uitgangspunten voor goede dementiezorg

Als algemene uitgangspunten voor goede dementiezorg in elke fase van het proces van dementie zijn vastgesteld:

- Uitgangspunt van zorg en begeleiding zijn de behoeften, wensen, mogelijkheden en opvattingen van de cliënt en diens mantelzorgers;
- Zorg en begeleiding gaan waar mogelijk uit van eigen regie en stimulering van zelfstandigheid;
- De mantelzorgers worden ondersteund en begeleid en waar nodig wordt vervangende zorg aangeboden, waarbij het doel is om de zorgkracht en het welbevinden zo optimaal mogelijk te houden;
- Zorg en ondersteuning moeten minimaal voldoen aan de normen verantwoorde zorg;
- Zorg en begeleiding worden doelmatig en flexibel ingezet, reagerend op veranderingen in de problematiek en situatie van de cliënt en de mantelzorgers;
- Continuïteit van zorg en begeleiding wordt gewaarborgd. Organisaties stemmen zorg en begeleiding goed op elkaar af en wisselen de noodzakelijke informatie uit;
- Iedere cliënt bij wie de diagnose dementie wordt gesteld, krijgt een casemanager toegewezen;
- Er wordt één gezamenlijk zorgplan aangelegd, gecoördineerd door de casemanager en bij voorkeur digitaal.

In hoofdstuk 3 worden per fase nog specifieke uitgangspunten voor de betreffende fase benoemd.

### 2.2 Casemanager dementie

Zoals in de inleiding beschreven is, is de problematiek voor demente cliënten en hun mantelzorgers complex. Gaandeweg het dementeringsproces neemt de complexiteit toe. De noodzaak van een casemanager dementie als vast contactpersoon gedurende het hele traject vanaf de diagnose tot en met de eerste periode na opname in een beschermde woonvorm wordt inmiddels algemeen erkend.

De casemanager dementie ondersteunt en begeleidt zowel de cliënt als diens mantelzorgers. Daarnaast bewaakt de casemanager de onderlinge samenhang in de zorgverlening, zodat kwalitatief breed verantwoorde zorg geleverd kan worden vanuit de vraag en de behoefte van de cliënt. Daarbij is het nodig om continu een vinger aan de pols te houden om nieuwe problemen tijdig op te sporen, waarbij telkens dient te worden overwogen of aan de vraag nog steeds adequaat tegemoet wordt gekomen.

Verder kan de mantelzorger, in aanvulling op nog eigen bestaande mogelijkheden, door de casemanager worden ondersteund en geactiveerd.

Casemanagement wordt ingezet als de diagnose dementie gesteld is. Inzet van de casemanager voor de diagnose dementie is nog onderwerp van bespreking in de regio Haaglanden

De casemanager heeft verschillende taken:

- Is de “spin in het web”(regisseur) in de afstemming van alle vormen van zorg zoals verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling (door huisarts, verpleeghuisarts en psycholoog) en welzijn;
- Is overlegpartner voor alle partijen in zijn rol als regisseur;

- Waarborgt een goede communicatie met en tussen hulpverleners;
- Is het aanspreekpunt voor cliënt, familie en hulpverleners;
- Brengt de zorg en de aanwezige problematiek in kaart d.m.v. het afnemen van een anamnese;
- Stelt een (zorg)plan op, in samenspraak met de cliënt/mantelzorger;
- Verzorgt indien nodig de aanvraag van een nieuwe indicatie;
- Organiseert een multidisciplinair overleg (MDO) en zorgt voor de verslaglegging hiervan;
- Is bereikbaar in acute situaties;
- Pleegt zonodig crisisinterventie;
- Geeft mantelzorgbegeleiding of draagt er zorg voor dat er mantelzorgbegeleiding gegeven wordt;
- Handelt en denkt instellingsoverschrijdend, waarbij de voorkeur van de cliënt centraal staat;
- Signaleert hiaten in de (afstemming van de) zorgverlening, is steeds op de hoogte van de actuele situatie en handelt op grond daarvan proactief;
- Legt verantwoording af over de aantallen en de aard van de geleverde zorg aan de leidinggevende van de organisatie d.m.v. rapportage.

Om deze taken adequaat uit te kunnen voeren worden de volgende functie-eisen gesteld aan een casemanager dementie:

a. Kennis en ervaring

- HBO niveau, relevante opleiding met zowel kennis van de somatiek als de psychogeriatric;
  - Minimaal 3 jaar relevante ervaring in de zorgverlening;
  - Heeft een goede kennis van de sociale kaart;
  - Is bekend met de belangrijkste culturele verschillen.

b. Vaardigheden

- Heeft goede communicatieve en sociale vaardigheden;
- Is in staat de zorgvraag te verhelderen en te analyseren;
- Heeft goede coördinerende vaardigheden;
- Is in staat weerstanden en tegenstellingen te overbruggen.

In de regio Haaglanden worden de volgende voorwaarden gesteld aan casemanagement:

- De casemanager dient deel uit te maken van een psychogeriatric team;
- De caseload van een casemanager is 50-60 cliënten per Fte;
- Cliënten krijgen een vaste casemanager.

### 3. Zorgprogramma dementie

Eerst volgt een beschrijving van de onderverdeling in fasen die gehanteerd wordt binnen dit zorgprogramma. Vervolgens wordt het stramien uitgewerkt per fase. Daarna volgen de protocollen en richtlijnen en tot slot de procesbeschrijving van gehele traject vanaf de signalering tot en met de fase levering van zorg en diensten.

#### 3.1 Beschrijving indeling in fasen met onderverdeling

Schematisch kan een overzicht gegeven worden van de fasen die de demente cliënt doorloopt. Deze indeling sluit aan bij de indeling in fasen die in de leidraad ketenzorg dementie (Ministerie VWS, Alzheimer Nederland en Zorgverzekeraars Nederland) gehanteerd wordt. Hierbij moet worden opgemerkt dat niet iedere cliënt alle fasen zal doorlopen:

I Fase Signalering/ "niet pluis gevoel"	II Fase rondom de diagnosestel- ling	III Fase : levering van zorg en diensten a. thuiswonend met dementie b. fase rondom opname in beschermde woonvorm c. permanent verblijf in beschermde woonvorm
---	--	--

In 2008 en 2009 richten we ons op de oudere cliënt met dementieklachten (vanaf 65 jaar), de jong dementerenden blijven eerst buiten beschouwing.

Door deze afbakening wordt de zorg in kaart gebracht voor de grootste groep dementerenden, namelijk de oudere met dementie.

Per fase wordt een vast stramien beschreven. Hierin wordt aangegeven, vanuit de situatie en behoefte van de cliënt en de mantelzorgers denkend, welke zorg, behandeling en diensten beschikbaar zouden moeten zijn in elke fase en welke kwaliteit hiervoor vereist is.

Dit overzicht biedt inzicht in de zorg, behandeling en diensten die in een keten dementie aanwezig behoren te zijn. Het stramien beschrijft:

- a. Wat is de situatie van de cliënt en de mantelzorgers in deze fase? Vanuit de ervaringen vanuit het Landelijk Dementie Programma wordt deze situatie beschreven
- b. Wat zijn de behoeften en wensen van de cliënt en de mantelzorgers in deze fase?
- c. Wat zijn de uitgangspunten voor "goede zorg" voor deze fase?
- d. Welke kwaliteitsindicatoren kunnen benoemd worden in deze fase?
- e. Zorg en hulpaanbod:
  - a. Welke zorgvragen hebben cliënten en hun mantelzorgers in deze fase
  - b. Welke vormen van zorg/ behandeling en diensten zijn nodig
  - c. Welke zorg/ hulpaanbod kan geleverd worden in onze regio
  - d. Welke leemten in aanbod en/ of locatie worden gesignaleerd in elke fase

De kwaliteitsindicatoren worden of in concept benoemd of er worden onderwerpen voor kwaliteitsindicatoren vermeld. Dit onderwerp heeft nog verdere uitwerking in keuze van indicatoren en afspraken over praktische uitvoering, registratie en terugkoppeling.

#### 3.2 Beschrijving behoefte en aanbod per fase

##### 3.2.1 Signalerings of "niet pluis" fase

###### a. Situatie van cliënt en de mantelzorgers in de "niet pluis" fase

In het begin van het ziekteproces bestaat vaak een gevoel van onbehagen en onduidelijkheid over wat er aan de hand is.

De cliënt kan in deze fase tegen de volgende problemen aanlopen:

- Vergeetachtigheid

- Twijfel "wat is er aan de hand"
- Gedragsveranderingen: vermoeidheid, angst, depressie: tekenen van psychische belasting.
- Onbegrip van de omgeving
- Geen mantelzorg beschikbaar

Bij de mantelzorgers kunnen zich de volgende symptomen voordoen:

Problemen met gedrag cliënt

- moeilijk gedrag van de cliënt
- schaamte voor gedrag van de cliënt
- cliënt onderkent klachten niet

Eigen problemen:

- boosheid over verlies van de eigen partner
- zorgen voor de toekomst
- gevoel te kort te schieten
- onbegrip van de omgeving

Relatieproblemen

**b. Behoeften en wensen van de cliënt en de mantelzorgers de “niet pluis’ fase**

- Deskundige ondersteuning
- Begripvolle benadering en serieus nemen van de klachten en signalen
- Toegankelijke informatie en adviezen die aansluiten bij de behoefte van de cliënt en de mantelzorgers

**c. Uitgangspunten voor goede dementiezorg in de “niet pluis’ fase**

- Informatie en advies is beschikbaar via laagdrempelige informatiepunten en websites
- In de regio is voldoende bekend bij hulpverleners waar informatie over geheugenproblematiek beschikbaar is en naar wie doorverwezen kan worden voor informatie en advies
- Hulpverleners benaderen cliënten proactief. Zij houden er rekening mee dat beperkt ziektebesef aanwezig kan zijn en dat de cliënt en/of de mantelzorgers schroom heeft om hulp te accepteren.
- Het stellen van de diagnose dementie in een vroeg stadium wordt nagestreefd.
- Ook vóór het stellen van de diagnose moeten mensen met vergeetachtigheid of verwardheid ondersteuning en begeleiding aangeboden krijgen.

**d. Concept kwaliteitsindicatoren voor de “niet pluis’ fase**

- Zijn over informatie, voorlichting en steun in de regio afspraken gemaakt tussen het dementienetwerk en de gemeente?
- Beschikbaarheid van verschillende mogelijkheden voor informatie en advies

**e. Zorgaanbod in de “niet pluis’ fase**

**Behoeften cliënt en mantelzorgers**

	<b>Vormen van hulp</b>	<b>Aanbod</b>	<b>Leemten/knelpunten in aanbod</b>
Ondersteuning	<b>Zorg</b> Ondersteuning in thuissituatie	<b>Zorg</b> Thuiszorg	
Begripvolle benadering			
Serieus nemen van de klachten			Contact houden met zorgmijders
	<b>Behandeling</b> Zorgcoördinatie	<b>Behandeling</b> Huisarts	

Behoeften cliënt en mantelzorger	Vormen van hulp Diensten	Aanbod Diensten	Leemten/knelpunten in aanbod
Informatie en advies	Laagdrempelige informatie(voorzieningen)	Ouderenadviseurs Huisarts Thuiszorg  Alzheimercafé's Praten over dementie Thematafels  Geheugensteunpunten  (Thuis)zorgwinkels  Steunpunten mantelzorg  Consultatiebureaus voor ouderen	Financiering laagdrempelige informatievoorzieningen       Niet in Laak, Leidschenveen-Yp, Scheveningen, Segbroek   Alleen in Den Haag, Leidschendam-Voorburg
	Publieksvoorlichting	Websites, folders	Financiering

### 3.2.II Fase rondom de diagnosestelling

#### a. Situatie van de cliënt en de mantelzorgers in de fase “rondom de diagnosestelling”

Ook in deze fase bestaat vaak een gevoel van onbehagen en onduidelijkheid over wat er aan de hand is. De noodzaak tot actie neemt toe. In deze fase dient de cliënt toegeleid te worden naar de diagnose. Deze periode eindigt na het stellen van de medische diagnose.

Bij de cliënt kunnen zich de volgende problemen voordoen:

- Vergeetachtigheid;
- Gedragsproblematiek:
  - onzekerheid
  - zich moeilijk kunnen uiten
  - angstig, zich alleen voelen, zich terug trekken
  - tegendraads, afwerend, boos
  - handelingen niet goed uit kunnen voeren
  - verandering van de relatie met de mantelzorgers
- De cliënt heeft geen ondersteuning van een mantelzorger

De mantelzorger kan tegen de volgende problemen aanlopen:

Gedragsproblematiek van de cliënt:

- moeilijk gedrag van de cliënt
- schaamte voor gedrag van de cliënt
- cliënt onderkent klachten niet en wil geen zorg of hulp aanvaarden
- isolement van de cliënt

Daarnaast heeft de mantelzorgers mogelijk zelf de volgende problemen:

- zorgen voor de toekomst
- uitputting
- gevoel te kort te schieten
- onbegrip van de omgeving
- verdriet/ boosheid over de veranderde relatie met de cliënt

- botsen van eigen belang met het belang van de cliënt
- vragen over hoe verder en hoe kan ik ondersteuning krijgen?

**b. Behoeften en wensen van de cliënt en de mantelzorgers in de fase “rondom de diagnosestelling”**

- Vaste begeleider/ aanspreekpunt voor de zorg
- Wegnemen van onzekerheid, duidelijkheid bieden over wat er aan de hand is
- Informatie en advies, voorlichting over ziektebeloop
- Begeleiding van de mantelzorgers bij zorg voor cliënt en invulling van “eigen” leven

**c. Uitgangspunten voor goede dementiezorg in de fase “rondom de diagnosestelling”**

- Het stellen van de diagnose in een vroeg stadium wordt nagestreefd;
- De huisarts start bij de waarschijnlijkheidsdiagnose dementie het onderzoek per direct op, voert zelf het onderzoek uit volgens de richtlijnen van de NHG of verwijst door naar een gespecialiseerde organisatie of specialist;
- Indien bijzonder vervolgonderzoek noodzakelijk is, verwijst de huisarts in ieder geval door naar een gespecialiseerde organisatie of specialist om optimaal gebruik te maken van de beschikbare deskundigheid;
- In het eerste consult waarin de mogelijkheid van dementie wordt onderzocht, wordt nagegaan of er acute behoefte aan zorg en ondersteuning is ook voor de mantelzorgers. Indien noodzakelijk krijgt een casemanager dementie het verzoek de zorgvraag te analyseren en te regelen. Een huisbezoek is onderdeel van deze analyse;
- De resultaten van het onderzoek en de diagnose dementie worden aansluitend of tenminste binnen 1 week met de cliënt en de mantelzorgers besproken waarbij afspraken gemaakt worden over behandeling, zorg en ondersteuning;
- De cliënt en de mantelzorgers geven aan wat zij als doel zien van de zorg. De casemanager formuleert op grond van deze wensen en behoeften de zorgdoelen samen met de cliënt en de mantelzorgers;
- Als de diagnose dementie gesteld is wordt een integraal zorgplan opgesteld op basis van de behoeften. Dit zorgplan wordt gezamenlijk vastgesteld. Ook worden afspraken gemaakt over de zorgcoördinatie.

**d. Concept kwaliteitsindicatoren voor de fase “rondom de diagnosestelling”**

- Aanwezigheid van een diagnostiek- en verwijsprotocol in de regio
- Wie heeft het diagnostiek- en verwijsprotocol ondertekend?
- Welke afspraken zijn hierin vastgelegd?
- Iedere cliënt met diagnose dementie heeft een casemanager dementie
- Zorgplan is opgesteld in samenspraak met en ondertekend door de cliënt/ mantelzorgers

**e. Zorgaanbod in de fase “rondom de diagnosestelling”**

Behoeften cliënt en mantelzorgers	Vormen van hulp	Aanbod	Leemten/ knelpunten in aanbod
Ondersteuning thuissituatie	<b>Zorg</b> Ondersteuning in de thuissituatie	<b>Zorg</b> Thuiszorg	
Vaste begeleider	Vaste begeleider	Casemanagement	
Wegnemen onzekerheid Duidelijkheid bieden over wat er aan de hand is	<b>Behandeling</b> Diagnostiek	<b>Behandeling</b> Huisarts  Psychogeriatrisch team	In beeld houden cliënten na diagnose maar zonder zorg

Behoeften cliënt en mantelzorgers	Vormen van hulp Diensten	Aanbod Diensten	Leemten/ knelpunten in aanbod
Informatie en advies	Laagdrempelige informatie(voorzieningen)	Huisarts Thuiszorg	
		Alzheimer café's Praten over dementie Thematafels	
		Gespreksgroepen Stichting Alzheimer	
		Ondersteuningsgroepen mantelzorgers	
		Steunpunten mantelzorg	
		Lotgenotencontact	Alleen in Zoetermeer aanwezig ontmoetingscentra
	Toeleiding naar diagnose	Geheugensteunpunten	Financiering laagdrempelige informatievoorzieningen
		Bemoeizorg Specifieke wijkoverleggen voor signalering probleemsituaties	Helderheid wie en waar

### 3.2.III Fase “levering van zorg en diensten”

Deze fase wordt gesplitst in 3 onderdelen: fase thuis met dementie; fase rondom opname in een beschermde woonvorm en de fase permanent verblijf in een beschermde woonvorm.

#### 3.2.III a. fase “thuis met dementie”

##### a. Situatie van de cliënt en de mantelzorgers in de fase “thuis met dementie”

De dementie neemt toe. In deze periode kan zich een diversiteit aan problematiek voordoen. Problemen die de cliënt in deze fase kan ondervinden, zijn:

- gedragsproblemen
- zorgproblematiek
- belevingsproblemen
- lichamelijke problemen
- beperkingen
- woning wordt ongeschikt
- geen mantelzorg beschikbaar
- niet meer in staat tot zelfstandig beslissen
- isolement

De mantelzorger kan tegen de volgende problemen aanlopen:

- Omgang met problemen cliënt:
  - gedragsproblemen cliënt
  - schaamte voor gedrag van de cliënt
  - niet op z'n gemak voelen bij de cliënt
  - cliënt weigert hulp/ behandeling

- isolement van de cliënt
- Zorgen voor de toekomst
- Eigen draagkracht/ uitputting
- Tegenstelling tussen belangen van de cliënt en eigen belangen
- Gevoel te kort te schieten
- Onbegrip van de omgeving
- Dreigend isolement van de mantelzorger

**b. Behoeften en wensen van de cliënt en de mantelzorgers in de fase “thuis met dementie”**

- Een deskundige vraagbaak die aansluiting zoekt bij de eigen opvattingen, wensen en welzijn van de cliënt en de mantelzorgers en die hun belangen behartigt;
- Informatie over de ziekte, de ziekteverschijnselen en het beloop;
- Advies en begeleiding om om te gaan met gedragsproblemen en andere verschijnselen van dementie en met de gewijzigde relatie met de cliënt;
- Adequate hulpverlening die steeds aangepast wordt aan de veranderende zorgbehoefte.

**c.. Uitgangspunten voor goede dementiezorg in de fase “thuis met dementie”**

- Betrokkenen worden geïnformeerd en kunnen gebruik maken van een breed aanbod aan zorg- en ondersteuningsmogelijkheden;
- Betrokkenen ervaren geen hinder indien de zorgverlening door verschillende organisaties geleverd wordt. Zorgverleners zijn waar nodig op de hoogte van reeds gegeven informatie en het opgebouwde dossier;
- De casemanager bewaakt het verloop van het ziektebeeld door voortdurende psychosociale analyse. Voortdurend controleert de casemanager of verandering in het integrale aanbod gewenst is en regelt dit indien nodig. Ook is er regelmatig overleg met de huisarts en andere betrokken zorgverleners;
- Aan de mantelzorgers wordt ter voorkoming van overbelasting aparte begeleiding door de casemanager/ consulente mantelzorg aangeboden met name als de belangen van het cliëntensysteem niet dezelfde zijn als die van de cliënt

**d. Concept kwaliteitsindicatoren voor de fase “thuis met dementie”**

- Er is één integraal zorgplan waar alle hulpverleners in rapporteren
- De casemanager heeft minimaal 1 keer per maand contact met de cliënt/cliëntensysteem
- Er is een protocol aanwezig over crisisopnamen in de regio.
- Welke mogelijkheden voor respijtzorg worden aangeboden in de regio?

**e. Zorgaanbod in de fase “thuis met dementie”**

Behoeften cliënt en mantelzorgers	Vormen van hulp	Aanbod	Leemten/ knelpunten in aanbod
Zorg die steeds aangepast wordt aan de wisselende behoefte	<b>Zorg</b>	<b>Zorg</b>	
	PG thuiszorg	PG thuiszorg	Meten van zorgwaarde van de mantelzorger, inzicht in overbelasting
	PG dagverzorging	PG dagverzorging	
	Tijdelijk verblijf	PG verpleeghuizen/ verzorgingshuizen met PG indicatie	

<b>Behoeften cliënt en mantelzorgers</b>	<b>Vormen van hulp</b>	<b>Aanbod</b>	<b>Leemten/ knelpunten in aanbod</b>
	Respijtzorg (vrijwilligers)	Respijtzorg door opgeleide vrijwilligers	Alleen in Zoetermeer mogelijk
Deskundige vraagbaak Advies en begeleiding	<b>Behandeling</b> Zorgcoördinatie Casemanagement	<b>Behandeling</b> Huisarts Psychogeriatrisch team	Afstemming casemanager thuiszorg- casemanager GGZ
	PGdagbehandeling	PG dagbehandeling	
	Tijdelijk verblijf	PG verpleeghuizen/ verzorgingshuizen met PG indicatie	
	Behandeling bij psychiatrische problematiek	Behandeling GGZ	
	Crisisinterventie	Acute Dienst  Noodbeddenregeling	
		Kortdurende opname crisisinterventie	Alleen in Leidschendam- Voorburg, Rijswijk, Wassenaar
Informatie en advies	<b>Diensten</b> Laagdrempelige informatievoorzieningen	<b>Diensten</b> Alzheimercafé Praten over dementie Thematafel	
		Steunpunten mantelzorg	
	Ondersteuningsgroepen	Ondersteuningsgroepen	ontmoetingscentrum kopgroepen: gespreksgroep voor licht dementerenden
	Lotgenotencontact	Lotgenotencontact	alleen in Zoetermeer
	Praktische ondersteuning	Maaltijdvoorziening  Ergotherapie thuis	
		Thuisopvang door vrijwilligers	Alleen in Zoetermeer, Leidschendam-Voorburg

### 3.2.IIIb. Fase “rondom opname in beschermde woonvorm”

#### a. Praktijksituatie in de fase “rondom opname in beschermde woonvorm”

De cliënt heeft zoveel zorg nodig dat thuis wonen niet langer mogelijk is.

In deze periode wordt toegewerkt naar een opname in een beschermde woonvorm

De begeleiding door de casemanager blijft de eerste periode na opname voortduren

De cliënt kan te maken krijgen met de volgende problemen:

- verzet tegen opname
- verslechterde, kwetsbare gezondheid
- problematisch gedrag: geen inzicht/gevaarlijke situaties/ geen zinvolle dagbesteding
- geen mantelzorg beschikbaar
- aanpassingsproblematiek na opname
- continuïteit/ overdracht van zorg na opname

Bij de mantelzorgers kunnen de volgende problemen een rol spelen:

- beperkte draagkracht
- moeite met opname:
  - steeds maar uitstellen van opname
  - verzet tegen opname
  - negatief beeld over verzorgings/ verpleeghuizen
  - verschil van mening in familie over opname
  - sociale druk op de mantelzorgers om cliënt op te nemen
  - keuze eigen belang- belang cliënt
- moeite met zelfbeschikkingsrecht cliënt indien deze hulp en zorg weigert
- Betrokkenheid van de mantelzorgers na opname
- Aanpassingsproblematiek na opname
- Oppakken van "eigen" leven na opname
- Financiële afhandeling

#### **b. Behoeften en wensen van de cliënt en de mantelzorgers “rondom opname in beschermde woonvorm”**

- Begeleiding bij beslissing voor opname in beschermde woonvorm
- Aanwezigheid van de casemanager bij opname en overdracht aan vaste begeleider
- Begeleiding van de mantelzorgers door de casemanager in eerste periode na opname
- Adequate hulpverlening die steeds aangepast wordt aan de veranderende zorgbehoefte
- Interventie bij crises

#### **c. Uitgangspunten voor goede dementiezorg in de fase “rondom opname in beschermde woonvorm”**

- De casemanager begeleidt zowel de cliënt als de mantelzorgers naar opname van de cliënt in een beschermde woonvorm
- Goede overdracht van het integrale zorgplan wordt geregeld
- Cliënt en mantelzorgers krijgen een vaste begeleider in de beschermde woonvorm.
- De casemanager dementie begeleidt de mantelzorgers nog 8 weken na opname van de cliënt in de beschermde woonvorm

#### **d. Conceptkwaliteitsindicatoren voor de fase “rondom opname in beschermde woonvorm”**

- Er is een protocol aanwezig over crisisopnamen in de regio.
- Overdracht
- Vaste begeleider

#### **e. Zorgaanbod in de fase “rondom opname in beschermde woonvorm”**

<b>Behoeften cliënt en mantelzorgers</b>	<b>Vormen van hulp Zorg</b>	<b>Aanbod Zorg</b>	<b>Leemten/knelpunten in aanbod</b>
	PG thuiszorg	Thuiszorg	Financiering casemanagement bij cliënten in het verzorgingshuis Opvang voor echt)paren

<b>Behoeften cliënt en mantelzorgers</b>	<b>Vormen van hulp</b>	<b>Aanbod</b>	<b>Leemten/knelpunten in aanbod</b>
	tijdelijk verblijf	PG verpleeghuizen	
	<b>Behandeling</b> Zorgcoördinatie	<b>Behandeling</b> Huisarts	
Begeleiding bij beslissing opname aanwezigheid casemanager bij opname	Casemanagement	Psychogeriatrisch team	
Adequate hulpverlening aangepast aan behoefte	PG dagbehandeling	PG dagbehandeling	
	Behandeling bij psychiatrische problematiek	Behandeling GGZ	
		Collegiale consultatie	
		Geestelijk verzorger	
Interventie bij crises	Crisisinterventie	Noodbedden regeling	
		Acute Dienst	
	<b>Diensten</b> Laagdrempelige informatiesystemen	<b>Diensten</b> Alzheimercafé	
Informatie en advies		Steunpunten mantelzorg	
		Ondersteuningsgroepen mantelzorgers	
Ondersteuning mantelzorger	Ondersteuningsgroepen		
	Lotgenotencontact	Lotgenotencontact	Alleen in Zoetermeer Ontmoetingscentrum
	Geestelijk ondersteuning	Geestelijk verzorger	
	Praktische ondersteuning	Maaltijdvoorziening	
		Thuisopvang door vrijwilligers	Alleen in Zoetermeer

### **3.2.IIIc Fase “wonend in beschermde woonvorm”**

#### **a. Praktijksituatie in de fase “wonend in beschermde woonvorm”**

In deze fase woont de cliënt definitief in een beschermde woonvorm

De cliënt kan tegen de volgende problemen aanlopen:

- verzet tegen verblijf
- gevoelens van angst, verdriet
- verlies van zelfstandigheid
- achteruitgang van fysieke en psychische mogelijkheden

- gedragsproblematiek
- zorgproblematiek
- moeite met accepteren van de ziekte
- het ontbreken van een mantelzorger

Voor de mantelzorgers kunnen de volgende problemen een rol spelen:

- ervaart hulp als betuttelend
- conflicten met hulp/zorgverleners
- tegenstrijdige opvattingen van hulp/zorgverleners
- psychosociale problemen
- grenzen / mogelijkheden betrokkenheid zorg
- cliëntvertegenwoordiging
- aanpassingsproblemen (verlies, financieel, wonen)

**b. Behoeften en wensen van de cliënt en de mantelzorgers in de fase “wonend in beschermde woonvorm”**

- voldoende aandacht en tijd voor cliënt
- vast aanspreekpunt in instelling voor de mantelzorgers
- ondersteuning van de mantelzorgers
- zinvolle invulling van de dag
- voldoende privacy

**c. Uitgangspunten voor goede dementiezorg in de fase “wonend in beschermde woonvorm”**

- Cliënt en de mantelzorger (eerste contactpersoon) hebben een vaste begeleider in de beschermde woonvorm
- Helder zorgplan optimaal afgestemd op de behoefte van de cliënt
- De mantelzorger is op de hoogte van het zorgplan
- De mantelzorger is op de hoogte van de hulp die de instelling kan bieden bij mantelzorggerichte problematiek

**d. Conceptkwaliteitsindicatoren voor de fase “wonend in beschermde woonvorm”**

*Onderwerpen:*

- Vaste begeleider
- Zorgplan
- Afspraken over mantelzorger als zorgpartner

**e. Zorgaanbod in de fase “wonend in beschermde woonvorm”**

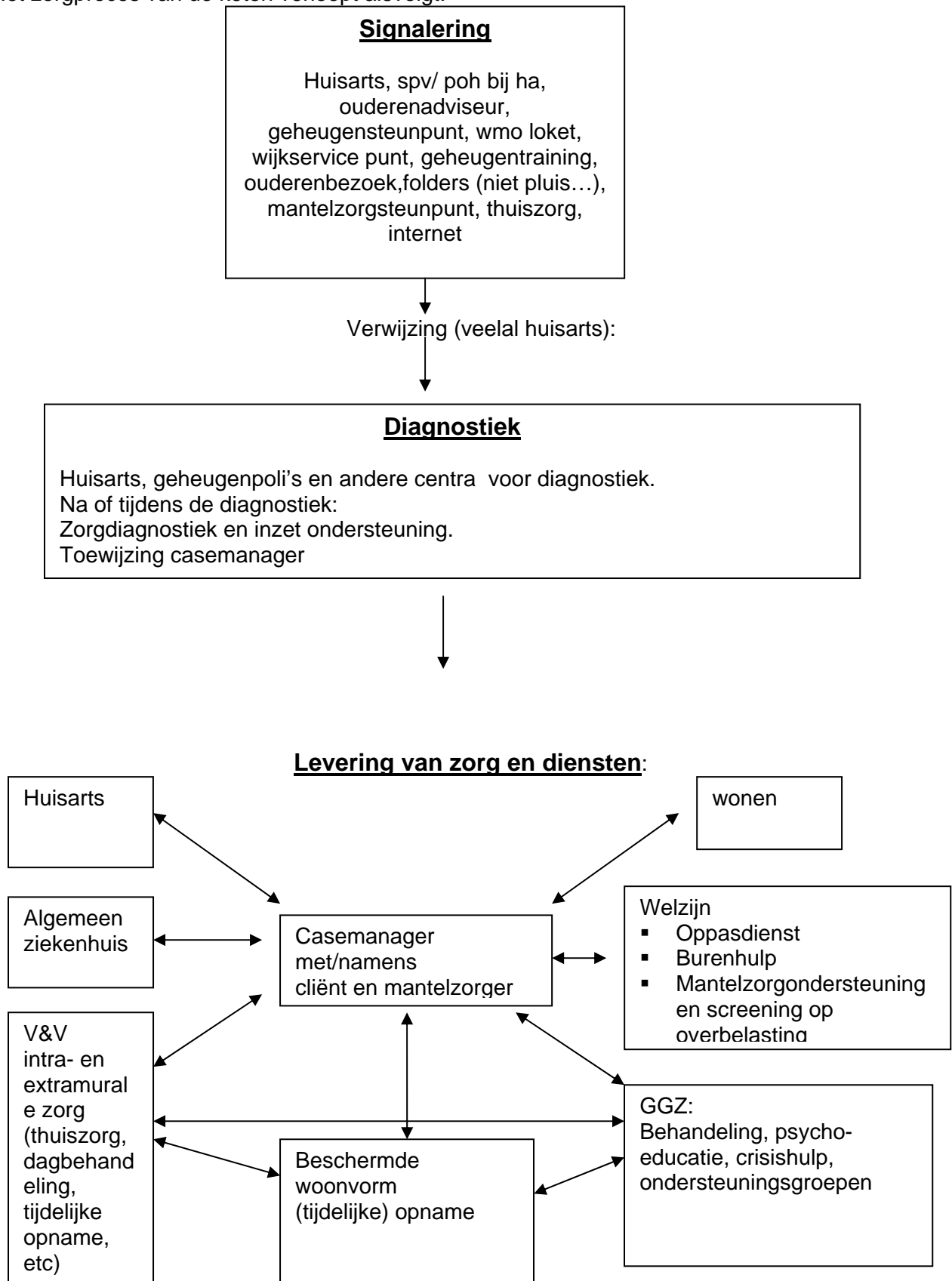
<b>Behoeften cliënt en mantelzorger</b>	<b>Vormen van hulp</b>	<b>Aanbod</b>	<b>Leemten/knelpunten in aanbod</b>
Voldoende aandacht en tijd voor cliënt	<b>Behandeling</b>	<b>Behandeling</b>	
	PG verpleeghuiszorg	Kleinschalig wonen/ wonen met verpleeghuiszorg	
Ondersteuning mantelzorg	<b>Diensten</b>	<b>Diensten</b>	
	Casemanagement afronding	PG verpleeghuizen	Casemanagement
	Informatie en advies	Psychogeriatrisch team	
		Mantelzorgondersteuning	
		Ondersteuningsgroepen mantelzorg	

### **3.3 Richtlijnen, protocollen, afspraken en instrumenten**

- Wijkverpleegkundige standaard dementie
- NHG standaard dementie
- LESA dementie
- CBO richtlijn dementie
- Normen verantwoorde zorg
- Richtlijn dementie NVVA
- Testbatterij (psycholoog)

### 3.4 Zorgproces

Het zorgproces van de keten verloopt als volgt:



#### **4. Regionale structuur ketenzorg dementie in de regio Haaglanden**

In de regio is al een aantal ketens ontwikkeld. Deze ketens worden verder ontwikkeld met behulp van het model wat hiervoor beschreven is. Daarnaast zullen in de regio nieuwe ketens ontwikkeld kunnen worden. Alle ketens maken deel uit van het netwerk dementie regio Haaglanden. Een stuurgroep zal het netwerk dementie aansturen door afspraken uit het zorgprogramma te monitoren, door regionale contacten tussen casemanagers te bevorderen en door regionale verbeterplannen voor dementiezorg uit te werken.

In de regio worden verschillende modellen gehanteerd voor casemanagement en vindt aansturing van de casemanagers op verschillende wijze plaats. Afsproken is om in de regio niet één model voor casemanagement te hanteren maar uit te gaan van de bestaande werkwijzen. Wel zal bekeken worden hoe de contacten tussen casemanagers in de regio bevorderd kunnen worden

#### **5. Financiering ketenzorg dementie**

De uitvoering van het zorgprogramma dementie en de organisatie in ketens en een regionaal netwerk kent een aantal verschillende kostenaspecten:

- Financiering van zorg, behandeling en diensten. Deze wordt nu grotendeels gedekt door ofwel WMO, zorgverzekering of de AWBZ
- Voor een aantal al bestaande voorzieningen is nog geen structurele financiering gevonden;
  - Casemanagement
  - Geheugensteunpunten
- Innovatie van dementiezorg (verbeterprojecten)
- Invulling van de witte vlekken
- Netwerkcoördinatie
- Monitoren van kwaliteit van zorg en afspraken gemaakt in het zorgprogramma

#### **6. Beschrijving leemten en knelpunten in het aanbod**

Per fase zijn steeds de leemten en knelpunten benoemd. Deze leemten zijn ofwel “witte vlekken” in de regio of vormen van zorg of ondersteuning, aangedragen door projectgroepleden.

De volgende verbeterpunten zijn aangedragen voor de organisatie van de ketens:

- Diagnostiek- en verwijfsprotocol
- Protocol voor crisissituaties
- Afstemming casemanagement thuiszorg en casemanagement GGZ

Een aantal onderwerpen zijn genoemd om de dienstverlening in de ketens uit te breiden:

- Uitbreiding keten naar jong dementerenden
- Kopgroepen
- Ontmoetingscentra
- Lotgenotencontact (mogelijkheden uitbreiden in de regio)
- Respijtzorg door opgeleide vrijwilligers
- Opvang voor echtparen
- Afspraken/ protocol bemoeizorg
- Afspraken over het in beeld houden van zorgmijders
- In beeld houden van cliënten bij wie wel de diagnose dementie gesteld is maar die verder geen zorg hebben
- Starten van een centraal meldpunt voor dementie
- Casemanagement in het verzorgingshuis
- Casemanagement in het verpleeghuis

Dit overzicht van verbeterpunten wordt voorgelegd aan de projectgroep Mozaïek en aan een cliëntenpanel, georganiseerd door Alzheimer Nederland. Ook op de conferentie ketenzorg dementie voor managers en bestuurders wordt dit onderwerp besproken.

Aan de verschillende groepen wordt gevraagd prioriteiten aan te geven en op grond hiervan zal een meerjarenverbeterplan voor dementie in de regio worden opgesteld.

## Bijlage 1      Begrippenlijst

Cliënt	de persoon met dementie.
Bemoeizorg	zorg voor mensen die hulp nodig hebben maar zelf deze niet willen, kunnen of durven te vragen.
Diagnostisch team	minimaal een arts (geriater, verpleeghuisarts en/of psychiater) en een psycholoog (neuro psycholoog of geronto psycholoog).
Geheugensteunpunt	een laagdrempelige voorziening waar iedereen die vragen heeft over geheugenproblemen terecht kan voor informatie en advies.
Ketenzorg	een samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders onder een herkenbare regiefunctie wordt geleverd, waarbij het cliëntproces centraal staat. In de zorgketen bestaan gradaties van eenvoudig en strikt volgtijdelijk tot complexe zorg.
Kopgroep	mensen met Alzheimer hebben een probleem in hun 'kop'. Daarom zijn er nu kopgroepen met therapie voor mensen die nog goed beseffen wat er met hen gebeurt. Doel is de dementerende weerbaarder te maken door aan te sluiten bij wat hij nog wel kan. Het bestaat uit een combinatie van gesprekstherapie en bewegetherapie. De kopgroep wordt begeleid door psychologen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en psychomotorisch therapeuten.
Lotgenotencontact	contact tussen mensen met een bepaalde handicap, aandoening of problematiek, ter ondersteuning van elkaar.
Mantelzorgers	mensen uit de naaste omgeving die zorg en ondersteuning bieden aan de cliënt
Mantelzorgondersteuning	emotionele, technische en/of praktische ondersteuning en deskundigheidsbevordering voor mantelzorgers, bijvoorbeeld via cursussen bij steunpunten mantelzorg of thuiszorginstellingen, met als doel het vergroten van hun draagkracht en het verminderen van de draaglast.
Ondersteuningsgroepen mantelzorgers	het doel is het bieden van informatie, adviezen en steun door het uitwisselen van ervaringen met mensen die in eenzelfde situatie zitten.
Ontmoetingscentra	laagdrempelige voorzieningen, veelal ingebed in een buurt-, wijk- of dienstencentrum, voor mensen met dementie en hun mantelzorgers die onder meer informatieve bijeenkomsten, gespreksgroepen, recreatieve activiteiten en hulp bij het regelen van zorg thuis bieden.
PG plaatsen	plaatsen voor ouderen met dementie die niet langer thuis kunnen wonen.
Psychogeriatrisch team (Pgteam)	een casemanager, een psycholoog en een verpleeghuisarts of geriater vormen samen een psychogeriatrisch team mogelijk zijn meerdere disciplines betrokken.
Regio Haaglanden	Den Haag, Leidschendam-Voorburg, Rijswijk, Wassenaar en Zoetermeer
Respijtzorg	Respijtzorg is een <i>tijdelijke</i> overname van zorg. Dat kan eenmalig zijn (een vakantie voor de patiënt) of periodiek (een dagdeel per week oppas aan huis voor een dementerende). Daarnaast gaat het om de <i>complete</i> overname van de zorg

zodat de mantelzorg ook echt vrijaf heeft. Dat betekent dus dat alle taken van de mantelzorg worden overgenomen, van persoonlijke verzorging tot afwassen, wandelen, spelletjes doen en waken. De *expliciete bedoeling* van respitzorg is om de mantelzorg de ruimte te geven voor vrije tijd en maatschappelijke participatie.

Thematafel

De Thematafel is speciaal voor partners, kinderen en andere betrokkenen van ouderen met een dementiesyndroom. In een gemoedelijke sfeer kunnen zij herkenning vinden bij lotgenoten. het totaal pakket aan zorg voor een specifieke doelgroep

Zorgprogramma

## Bijlage 2 Leden projectgroep Mozaïek

Alzheimer Nederland afdeling Haaglanden	Adri van Dijk Bestuurslid
Alzheimer Nederland afdeling Haaglanden	Niset Schlotter- Sax Voorzitter bestuur Alzheimer Nederlanden
Coördinatiepunt Zorg Zoetermeer	Riet Middelhoek Manager Coördinatiepunt Zorg Zoetermeer en Ketenregisseur PG
Florence	Ann Schipper Beleidsmedewerker Bik
Gemeente Den Haag	Karen Duys Senior Beleidsmedewerker
GGZ Haagstreek	Pascal Hoogenboom Manager externe relaties
Hagaziekenhuis, loc. Leyweg/ Sportlaan	Lenie de Ruiter Verpleegkundig consulent geriatrie
Meavita	Sijtje Bouricius Case manager
Meavita Woonzorg	Norbert Kemp Verpleeghuisarts, Hoofd behandelen Cluster Verpleeghuizen Meavita Woonzorg
Parnassia	Frank van Loo Afd. hoofd bedrijfsvoering ACO Zuid
Respect Zorggroep Scheveningen	Saskia Dekker Manager Extramurale zorg
Respect Zorggroep Scheveningen	Nelleke van Sprundel, Maatschappelijk werker Respectzorg en Ouderenadviseur Welzijn Scheveningen
Saffier Haaglanden	Wil van der Steen Zorgmanager
Stichting MantelZorg	Anneke Overvoorde Stedelijk coördinator
Stichting Rondom Mantelzorg	Jolanda van Dijk Directeur

Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o.	Mia van Leeuwen Directeur
Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o.	Truus Leinders Projectleider
WZH	Ria Hofstede Directeur wonen & zorg
Zorgkantoor Haaglanden	Francine Ernster Beleidsmedewerker
Zorgkantoor Haaglanden	Evelien Wensing Beleidsmedewerker