

Zorgstandaard Dementie 2020

Aanbevelingen en indicatoren

Aanbevelingen

Randvoorwaarden

Proactieve zorgplanning

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

Integraal zorgleefplan

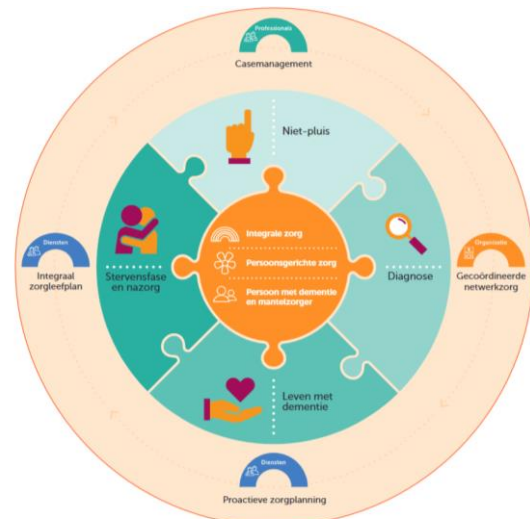
2. De persoon met dementie heeft één integraal zorgleefplan, met als uitgangspunt de eigen regie, behoeften en voorkeuren van de persoon met dementie én aandacht voor de behoeften en rol van de mantelzorgers.

Casemanagement

3. Het streven is om alle mensen met (een vermoeden van) dementie vanaf de start van het diagnostisch traject een vast coördinatie- en aanspreekpunt (casemanagement dementie) aan te bieden voor zichzelf, mantelzorgers én alle betrokken professionals.

Gecoördineerde netwerkzorg

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



Het dementietraject

Niet-pluisfase

5. Er is een regionale structuur vanwaaruit op laagdrempelige wijze begrijpelijke publieksinformatie en individuele voorlichting wordt geboden, cultuursensitief, in diverse communicatievormen, gericht op vier groepen: personen met dementie zelf en diens mantelzorgers, vrijwilligers, professionals en samenleving.
6. Bij signalering is er naast alertheid op geheugenproblemen ook alertheid op andere signalen. De signalen worden serieus genomen, ongeacht of de persoon met een mogelijke dementie of diens naaste deze uit.
7. De signalering van dementie is bij personen op jonge leeftijd, personen met een verstandelijke beperking en migranten gericht op specifieke kenmerken.

Diagnostiek

8. Het diagnostisch onderzoek bij een vermoeden van dementie omvat zowel ziekte- als zorgdiagnostiek en wordt integraal uitgevoerd, gericht op het lichamelijke, psychische, functionele en sociale domein.

Ondersteuning op psychisch, sociaal, spiritueel en fysiek gebied bij leven met dementie

Palliatieve zorg

9. Palliatieve zorg bij dementie wordt ingezet vanaf de diagnose, waarbij de focus in het begin ligt op levensverlenging en naarmate de dementie vordert verschuift naar functiebehoud en het bieden van optimaal comfort.

Ondersteuning bij omgaan met blijvende gevolgen

10. In overleg met de persoon met dementie en diens mantelzorgers adviseert de professional hoe adequaat omgegaan kan worden met de (blijvende) cognitieve, sociale, gedragsmatige en emotionele gevolgen van dementie in verschillende stadia.

Ondersteuning bij huishoudelijke en persoonlijke verzorging

11. Een zo vast en klein mogelijk team van hulpverleners, die voor personen met dementie en hun mantelzorgers herkenbaar zijn, biedt (assistentie bij) huishoudelijke zorg of ondersteuning bij Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL).

Betekenisvolle activiteiten

12. Professionals ondersteunen personen met dementie en mantelzorgers in behoud

van en zoeken naar betekenisvolle activiteiten.

Veiligheid bevorderende maatregelen

13. Om zoveel mogelijk het behoud van en balans tussen veiligheid, zelfbeschikking en privacy van de persoon met dementie te waarborgen, worden risico's, behoeften en eventuele maatregelen besproken met de persoon met dementie en zijn mantelzorger.
14. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het maken van de juiste afwegingen wat betreft medicamenteuze en niet-medicamenteuze interventies. In voorkomende situaties wordt gebruik gemaakt van de consultatiefunctie van specialistisch geriatrische en/of psychiatrische expertise.

Adequaat medicatiegebruik

15. Indien noodzakelijk en gewenst wordt hulp bij medicatie-inname thuis geboden door de mantelzorg, door wijk-verpleegkundige of andere professional en - indien nodig - in een institutionele omgeving (dagbehandeling, verpleeghuis).

Crisis zorg

16. Ziekenhuizen, thuiszorgorganisaties, eerstelijnsverblijven, verpleeg-, revalidatie- en verzorgingshuizen en mantelzorgers organiseren de crisishulp voor personen met dementie, waarbij de aard van de zorgvraag meeweegt waar de persoon met dementie wordt opgevangen.

Poliklinische ziekenhuiszorg

17. In het ziekenhuis is poliklinische zorg afgestemd op de behoeften van personen met dementie en is overdracht naar huisarts en/of casemanagement professional geregeld.

Tijdelijke opname in een ziekenhuis of instelling voor psychiatrie

18. Bij opname in het (psychiatrisch) ziekenhuis moet het zorgleefplan met de korte- en langetermijndoelen bekend zijn.

Respijtzorg

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

Verpleeghuiszorg

20. De betrokken extramuraal professionals en professionals in het verpleeghuis dragen gezamenlijk verantwoordelijkheid voor een warme overdracht met achtergrondinformatie en actueel zorgleefplan.
21. Uitgangspunt voor verpleeghuiszorg is dat de persoon met dementie bewoner van het verpleeghuis is.
22. In het verpleeghuis dient voor personen met dementie aandacht te zijn voor omgevingszorg.
23. Het verpleeghuis is toegerust op de diversiteit van de populatie om zoveel mogelijk tegemoet te komen aan de behoeften van haar bewoners met dementie met verschillende achtergronden.
24. Mantelzorgers participeren waar door hen gewenst in de verpleeghuiszorg voor de persoon met dementie.

(Na)zorg voor mantelzorgers

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

Kwaliteitsindicatoren

Procesindicatoren

1. Het percentage personen met de diagnose dementie dat casemanagement ontvangt.
2. Het percentage personen met de diagnose dementie over wie het levensverhaal, de wensen en behoeften en gewoonten zijn gedocumenteerd.
3. Het percentage personen met de diagnose dementie met een zorgleefplan waarin doelen zijn opgenomen voor zowel de persoon met dementie als de primaire mantelzorger.

Structuurindicatoren

1. Percentage organisaties dat officieel verbonden is aan het netwerk en voor de zorg voor deze doelgroep gebruik maakt van één integraal elektronisch zorgdossier dat gecertificeerd is (NEN 7510 / ISO 27001).
2. Het percentage personen met de diagnose dementie met een Wlz-indicatie voor verhuizing naar een verpleeghuis dat binnen zes weken na het stellen van de indicatie geplaatst wordt.
3. Het percentage regionale netwerken dat de samenwerking heeft geformaliseerd EN de taken en verantwoordelijkheden van de netwerkpartners heeft vastgelegd.

Uitkomstindicatoren

1. Het percentage personen met de diagnose dementie dat een goede kwaliteit van leven ervaart.
2. Het percentage personen met de diagnose dementie dat aangeeft voldoende eigen regie te ervaren.
3. Het percentage personen met de diagnose dementie dat aangeeft tevreden te zijn met zijn/haar sociale leven.
4. Het percentage mantelzorgers van personen met de diagnose dementie dat aangeeft het een jaar of langer vol te kunnen houden als de situatie blijft zoals die nu is.
5. Het percentage personen met de diagnose dementie dat ervaart dat de zorg en ondersteuning goed aansluit bij zijn of haar behoeften en mogelijkheden.
6. Het percentage personen met de diagnose dementie dat tevreden is over de zorg en ondersteuning die geboden wordt vanuit het netwerk.