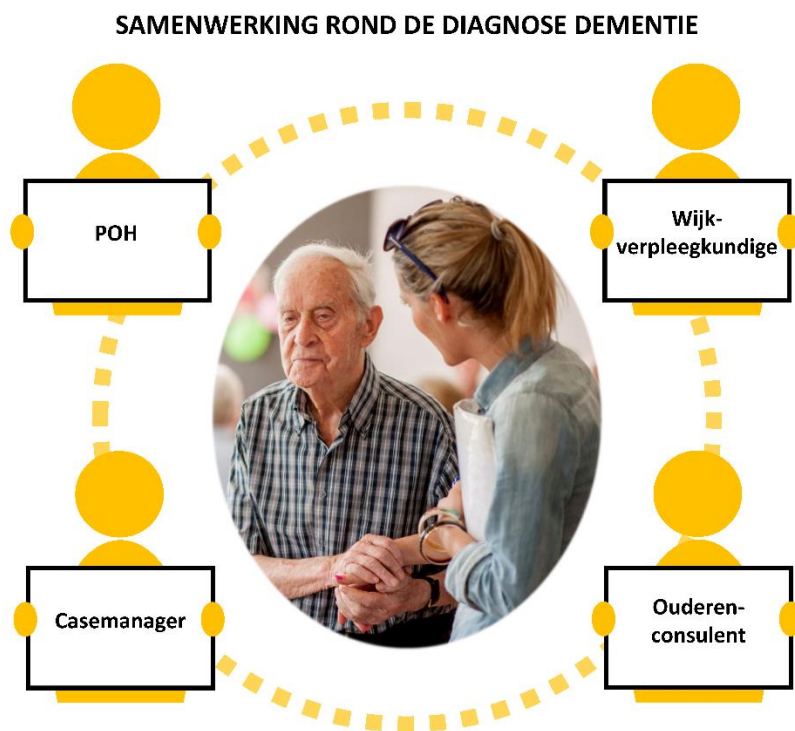


Rapportage “Netwerksamenwerking rond de diagnose dementie”



Roshnie Kolste, Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. (Roshnie.Kolste@transmuralezorg.nl)

Derkje Andréé Wiltens, Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. (Derkje.Andree.Wiltens@transmuralezorg.nl)

Marjolein Veerbeek, Dementiezorg voor Elkaar/Trimbos-Instituut (mveerbeek@trimbos.nl)

Egbert Hartstra, Dementiezorg voor Elkaar/Trimbos-Instituut (ehartstra@trimbos.nl)

Maart 2019

1. Aanleiding/situatieschets

In het jaarplan 2018 van het Netwerk Dementie van Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. (STZ) stond het signaal dat er betere afstemming nodig is tussen ouderenconsulent, praktijk ondersteuner huisarts (POH) en wijkverpleegkundige (generalistische zorgverleners) met de casemanager dementie (specialistische zorgverlener) bij mensen waarbij een vermoeden van dementie is, of net een diagnose dementie is gesteld (niet-pluis-fase en diagnostische fase).

In het huidig geldende stroomschema in de regio staat dat wanneer er sprake is van een vermoeden van dementie er direct een casemanager dementie ingeschakeld moet worden. Onder andere door de sterke opkomst van de POH Ouderen in de regio en wachtlijsten voor casemanagement dementie, en de preferente zorgverzekeraar die erop stuurt dat de casemanager pas wordt ingeschakeld zodra het echt nodig is (generalistische zorg waar kan en inzet specialistische zorg waar nodig), zijn de taken en verantwoordelijkheden tussen genoemde zorgverleners (wie doet wat) in genoemde fase minder helder. Hierdoor is de zorg voor de cliënt minder efficiënt (worden dingen dubbel gedaan door de verschillende zorgverleners) en is voor hen, maar ook voor de zorgverleners zelf, minder duidelijk wie wanneer verantwoordelijk is voor de zorg.

2. Aanpak

Als eerste stap om te komen tot betere samenwerking, is het belangrijk om in kaart te brengen hoe de huidige samenwerking tussen casemanagers, wijkverpleegkundigen, POH en ouderenconsulenten verloopt. Wat ziet iedere groep zorgverleners als zijn of haar taken en rollen in de fase voor de diagnose en erna en welke overlap zit hier eventueel in? Waar liggen knelpunten in de samenwerking? Wat gaat goed in de samenwerking?

Dit overzicht helpt STZ Den Haag e.o. om verdere plannen te maken om de samenwerking tussen genoemde zorgverleners in de regio meer te stroomlijnen.

Om tot het overzicht te komen zijn twee bijeenkomsten in de regio georganiseerd, op 15 en 26 november 2018. Om een zo compleet mogelijk beeld van de regio te krijgen en om deelname van zorgverleners uit de randgemeenten te bevorderen was de eerste bijeenkomst in Den Haag en de tweede bijeenkomst in Rijswijk. Voor de bijeenkomsten zijn alle vier de beroepsgroepen uitgenodigd.

Bij de bijeenkomst op 15 november waren 11 casemanagers aanwezig en 1 ouderenconsulent. Daarom hebben we deze bijeenkomst vooral vanuit het perspectief van de casemanager gevraagd wat zij denken dat de taken en rollen van alle beroepsgroepen zijn en wat knelpunten en krachtpunten in samenwerking zijn (zie bijlage 1 voor het programma).

Bij de bijeenkomst op 26 november waren 8 casemanagers (waarvan 1 daarnaast ook maatschappelijk werker was), 7 POH (waarvan 1 daarnaast ook wijkverpleegkundige was) en 1 ouderenconsulent (die ook wijkverpleegkundige was) aanwezig. Tijdens deze bijeenkomst konden de beroepsgroepen gezamenlijk met elkaar om tafel om taken, rollen, knelpunten en krachtpunten te bespreken (zie bijlage 2 voor het programma).

3. Resultaten

In wat volgt bespreken we de resultaten van de twee bijeenkomsten vanuit het perspectief van de bovengenoemde beroepsgroepen.. Aangezien uit het jaarplan 2018 van STZ naar voren kwam dat met name betere afstemming gewenst is tussen deze beroepsgroepen in de fase niet-pluis en net na de diagnose, is in de bijeenkomsten op deze fase gefocust. We hebben de resultaten van de twee bijeenkomsten samengevoegd. Allereerst zullen we de ervaren taken en rollen tijdens de niet-pluis-fase en net na de diagnose dementie van de verschillende beroepsgroepen bespreken. Daarna komen de knel-en krachtpunten in de samenwerking zoals die ervaren worden door de verschillende beroepsgroepen aanbod.

3.1. Taken en rollen casemanager, POH, ouderenconsulent en wijkverpleegkundige voor de diagnose

De overlap en de verschillen in ervaren taken en rollen van de casemanager, POH, ouderenconsulent en wijkverpleegkundige voor de diagnose zijn weergegeven in diagram 1.

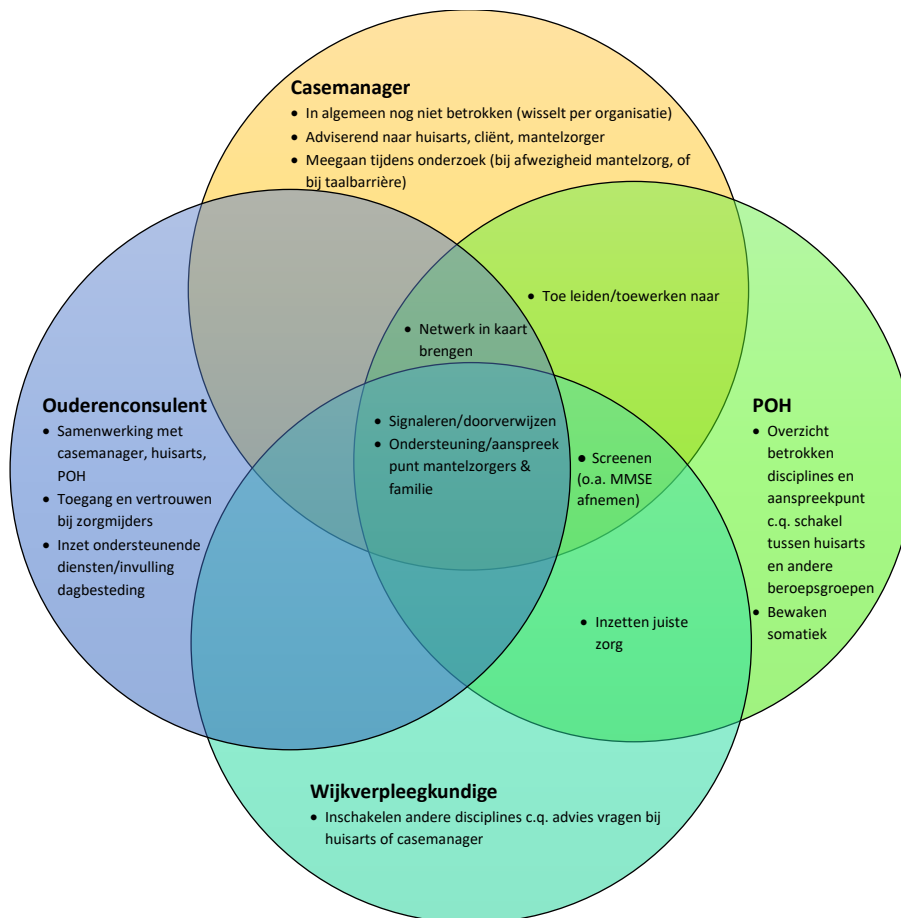


Diagram 1. Overlap en verschil in aangegeven taken en rollen van iedere beroepsgroep voor de diagnose/tijdens de niet-pluis-fase. Diagram geeft overlap/verschil in taken en rollen weer tussen de Casemanager (gele cirkel, boven), POH (groene cirkel, rechts), Wijkverpleegkundige (blauwe cirkel, onder) en Ouderenconsulent (paarse cirkel, links). Het gebied van overlap tussen de cirkels geeft aan waar de rollen en taken hetzelfde zijn voor de beroepsgroepen.

Kijkend naar diagram 1 valt op dat tijdens de niet-pluis-fase de casemanager over het algemeen nog niet ingezet of zeer beperkt ingezet wordt. Tijdens het plenaire gedeelte van de bijeenkomsten kwam naar voren dat wanneer de casemanager wel ingezet werd de tijd vooral opgaat aan screening en informeren van de cliënt en naasten waardoor er geen tijd is om in kaart te brengen welke zorgverleners nog meer betrokken zijn. Het al dan niet inzetten van casemanagement tijdens deze fase verschilt per zorgorganisatie. Wanneer een casemanager niet ingezet mag worden in de niet-pluis fase kan deze soms wel adviseren aan de POH of wijkverpleegkundige. In de niet-pluisfase doet de POH Ouderen vaak de coördinatie. Als een POH Ouderen daarnaast ook POH Somatiek is, blijft deze na de diagnose vaak nog wel betrokken indien er ook sprake is van

bijvoorbeeld diabetes of hartfalen. Het niet inzetten van een casemanager tijdens deze fase is niet in lijn met de Zorgstandaard Dementie en het huidige stroomschema van STZ Den Haag e.o. Tijdens de gesprekken kwam overigens naar voren dat het idee heerst bij de verschillende groepen dat casemanager meer kan betekenen in de niet-pluis fase dan ze nu mogen doen.

In de diagram is ook duidelijk te zien dat alle groepen, op de ouderenconsulent na, betrokken zijn bij het screenen. Daarnaast zijn alle vier de beroepsgroepen betrokken in het signaleren, doorverwijzen en ondersteuning bieden voor familie en naasten. Uit de plenaire gesprekken kwam naar voren dat de afstemming hierover onderling niet (altijd) goed verloopt. Doordat de verschillende beroepsgroepen hun rol niet op dezelfde manier invullen, ontstaan er onduidelijkheden in de samenwerking. Door de hoeveelheid aan betrokken zorgaanbieders rond één cliënt is het vaak niet duidelijk wat iedereen doet. Hierdoor komt het voor dat verschillende taken, ook de screening, dubbel worden uitgevoerd. Er werd aangegeven dat door wet- en regelgeving het voor de verschillende zorgaanbieders moeilijker is om te communiceren over een cliënt, wat de samenwerking bemoeilijkt.

Tijdens de bijeenkomst werd ook duidelijk dat waar een POH Ouderen aanwezig is, deze een duidelijke rol in de screening en coördinatie in de niet-pluis fase heeft. Wel kwam naar voren dat POH Ouderen een relatief nieuwe rol is waardoor het nog niet bekend is wat deze precies doet en het nog zoeken is in de samenwerking. Daarbij heeft niet iedere huisarts een POH Ouderen.

Wanneer wel een casemanager ingezet kan worden in de niet-pluisfase, zijn bijvoorbeeld in Wassenaar duidelijke afspraken tussen casemanager en POH wie welke rol heeft in bijvoorbeeld de screening. In Den Haag zijn deze afspraken er niet, waardoor het gevaar van dingen dubbel doen op de loer ligt. Wat in het geval van dubbele screening ook belastend is voor de cliënt. Er werd geopperd dat de huisarts de regie in de voorfase zou moeten hebben en overzicht hebben wie betrokken is. Iedereen die betrokken is in de zorg zou dan aan de huisarts terugkoppelen.

Als aanvulling op de rollen en taken zoals weergegeven in diagram 1 werd het tijdens de bijeenkomsten duidelijk dat Welzijn als laagdrempeliger wordt ervaren in situaties waarin iemand nog niet aan een diagnose wil. Ook kwam naar voren dat de ouderenconsulent uitgebreider de tijd kan nemen om bij een cliënt binnen te komen en vertrouwen te wekken, iets wat waardevol is bij zorgmijding. Verder is de ouderenconsulent op de hoogte van de relevante partijen in het veld en kan andere disciplines inschakelen waar nodig.

3.1.1 Tussentijdse conclusie

De VVT-organisaties in de regio hanteren verschillend beleid of een casemanager ook in de niet-pluisfase ingezet kan worden. In de niet-pluisfase overlappen de taken en rollen van de vier beroepsgroepen op het gebied van screening, signalering, ondersteuning bieden en het aanspreekpunt zijn van de familie. Hierdoor worden verschillen taken dubbel uitgevoerd, vaak ook terwijl beroepsgroepen dit niet van elkaar weten, wat weer voor extra belasting zorgt bij de persoon met dementie. Het is belangrijk dat in de regio eenduidigheid wordt gecreëerd in het moment van betrekken van een casemanager dementie, en bij wie de regie ligt om overzicht te hebben in wie betrokken is bij een cliënt en welke taken zij uitvoeren, om het risico op dubbel uitvoeren van taken te verkleinen.

3.2 Taken en rollen casemanager, POH, ouderenconsulent en wijkverpleegkundige na de diagnose

In diagram 2 wordt duidelijk dat na de diagnose er vooral nog overlap zit in taken en tussen POH, wijkverpleegkundige en casemanager. Op het gebied van regie is de overlap tussen deze drie beroepsgroepen het grootst. Tijdens de bijeenkomsten kwam naar voren dat het onderling niet altijd duidelijk is wie welk deel van zorg coördineert, terwijl het voor de cliënt goed is als er één iemand de coördinatie heeft. Deze overlap in regie en coördinatie taken komt ook voort uit hoe de zorg georganiseerd is. Zo blijft de huisarts verantwoordelijk voor een cliënt, ook bij de aanstelling van een casemanager, dus een POH moet sommige zaken ook blijven doen. Wel zou de communicatie tussen POH en de casemanager verbeterd kunnen worden. Zo kwam er bijvoorbeeld naar voren dat de POH acties uit zet, maar dat de casemanager hier vaak geen weet van heeft, of andersom. Wanneer een casemanager in een gebied werkt met veel huisartsen kent men elkaar niet altijd en weet men niet goed van elkaar wat er gedaan wordt. Tijdens de bijeenkomsten kwam ook het gevoel naar boven dat het geen zin heeft om terugkoppeling te geven "want de ander leest het toch niet".

Tussen wijkverpleegkundige en casemanager is er soms frictie na de diagnose over wie wat coördineert en wat er dan gecoördineerd wordt. De casemanager heeft ook vaak ideeën over de zorg die ingezet moet worden, terwijl wijkverpleegkundige daar soms andere ideeën over heeft.

Verder bleek dat casemanagers nu weinig kunnen vinden over activiteiten in een wijk. Hier kan een ouderenconsulent wel van op de hoogte zijn (maaltijdprojecten, kleine buurtinitiatieven) en kortere lijntjes tussen deze twee beroepsgroepen zouden hier behulpzaam zijn.

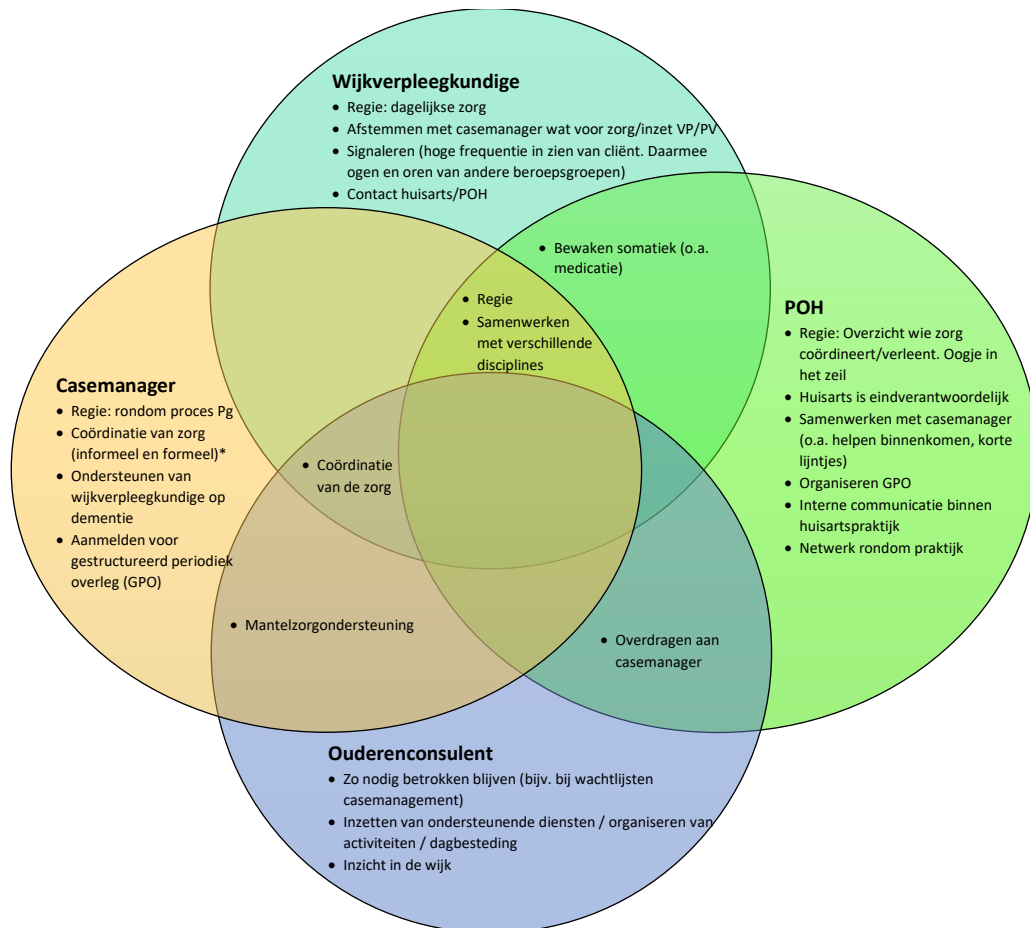


Diagram 2. Overlap en verschil in aangegeven taken en rollen van iedere beroepsgroep na de diagnose dementie.

Diagram geeft de overlap/verschil in taken en rollen weer tussen de Casemanager (gele cirkel, links), POH (groene cirkel, rechts), Wijkverpleegkundige (blauwe cirkel, boven) en Ouderenconsulent (paarse cirkel, onder). Het gebied van overlap tussen de cirkels geeft aan waar de rollen en taken hetzelfde zijn voor de beroepsgroepen. *De coördinatie van zorg zoals uitgevoerd door de casemanager omvat de volgende taken: inzetten/aanpassen van zorg en ondersteuning; monitoren proces; indiceren /beschikkingen/aanvragen WLZ/WMO; vangnet opzetten; wegwijs in regel/wetgeving richting cliënten; goed en veilig thuis; kwaliteit van leven waarborgen.

Het werd tijdens de plenaire discussies duidelijk dat wanneer een organisatie ‘alles’ in huis heeft (casemanager, wijkverpleegkundige) de samenwerking onderling en het inzetten van bepaalde zorg makkelijker is.

Ook kwam naar voren dat in de situatie dat een diagnose is gesteld en een cliënt op een wachtlijst komt voor casemanagement er een grijs gebied ontstaat waarin onduidelijkheid ontstaat over wie de cliënt helpt.

3.2.1 Tussentijdse conclusie

Tijdens de fase net na de diagnose is het vooral belangrijk dat communicatie tussen degenen die betrokken zijn bij de zorg verbetert. Dat makkelijker duidelijk wordt wie er betrokken is bij de zorg en wat iedereen dan

doet bij de cliënt. De wachtlijsten voor het casemanagement en het ontbreken van overzicht hierin draagt bij aan onduidelijkheid en lastige communicatie.

3.3 Knelpunten in samenwerking

Tijdens de bijeenkomsten hebben we ook expliciet gevraagd welke knelpunten er worden ervaren in de samenwerking tussen de verschillende beroepsgroepen. De input hierop hebben we geclusterd in drie factoren (zie tabel 1): knelpunten in de communicatie tussen de verschillende zorgverleners (Communicatie), knelpunten die voortkomen in de manier hoe de zorg is georganiseerd in de regio (Organisatie) en als laatste knelpunten die te maken hebben met de inhoud van het werk (Inhoud).

Tabel 1. Ervaren knelpunten, onderverdeeld naar cluster (Communicatie, Organisatie en Inhoud)

Communicatie	Organisatie	Inhoud
<ul style="list-style-type: none"> • Als er een casemanager is, wordt dit niet altijd teruggekoppeld aan de huisarts/POH, waardoor die niet altijd weet wie er betrokken is. • Communicatie tussen zorgverleners rondom een cliënt. • Informatie-uitwisseling onderling; heimwee naar papieren dossier bij cliënt thuis dat voor alle betrokkenen toegankelijk is. • Het KIS-systeem biedt een kans maar nu groot verschil in wie bij welke informatie kan. • Overzicht mist op allerlei terreinen (o.a. dagbesteding/activiteiten, wachtlijsten casemanagement) in regio. • Gefragmenteerd werken, zonder te kijken wat andere hulpverleners eventueel al doen. • Onoverzichtelijk dat iedereen betrokken is. Vaak niet van elkaar weten wie bij een cliënt zit. • Teveel mensen betrokken die allemaal hetzelfde doen. Onoverzichtelijk voor cliënt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Teveel aanmeldpunten voor casemanagement, waardoor overzicht kwijtraakt. Niet één loket voor alle casemanagers. • Wachtlijsten voor casemanagement, het zicht hierop en dubbele aanmeldingen (cliënt staat bij verschillende organisaties op de wachtlijst). • Bij sommige organisaties mag de casemanager een aantal uren ingezet worden in de niet-pluifase. Bij de meeste organisaties mag de casemanager pas worden ingezet vanaf de diagnose. Geeft onduidelijkheid voor andere beroepsgroepen of ze casemanager kunnen inschakelen. • Financiering (o.a. welzijnswerkers mogen contact niet altijd blijven houden, financiering casemanagement onder wijkverpleging). • Soms teveel op organisatie gericht i.p.v. op cliënt. Inzetten van casemanager of zorg van eigen organisatie heeft voorrang. • Concurrentie tussen V&V-organisaties, waardoor zij niet makkelijk cliënten voor casemanagement onderling overdragen en zorg vaak binnen de organisatie gehouden wordt, ongeacht of dit de best passende zorg is voor de cliënt. • Casemanagers moeten met veel verschillende huisartsen samenwerken. Verschillende praktijken hebben verschillende werkwijzen, of er is soms geen POH Ouderen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Iedere zorgverlener inventariseert over alle levensdomeinen. • Onduidelijkheid tussen casemanager en wijkverpleegkundige wie regievoering doet. • Overbelasting bij wijkverpleegkundige en casemanager. • Deskundigheid van betrokken zorgverleners wisselend • Visie verschil tussen cliënt-familie-hulpverlener over opname

3.3.1 Tussentijdse conclusie

Kijkend naar de knelpunten valt vooral op dat de meeste knelpunten worden ervaren in de communicatie tussen de verschillende beroepsgroepen en de manier hoe de zorg georganiseerd is. De combinatie van onduidelijkheid over taken (wie doet wat) en het, soms, gebrek in communicatie tussen verschillende zorgverleners kan ervoor zorgen dat iedereen hetzelfde doet bij een cliënt. Tijdens de bijeenkomsten kwam

naar voren dat iedereen het erover eens is dat het niet uitmaakt wie wat doet, als iemand het maar doet, de cliënt moet de leidraad zijn in de samenwerking zijn en niet de zorgorganisatie.

Het blijkt dat er overlap is in taken en rollen en dat het overzicht ontbreekt op verschillende terreinen (beschikbaarheid casemanagement, wie is betrokken bij een cliënt, inzet van zorg) en er een veelheid is aan zorgverleners/organisaties waardoor het overzicht bewaren nog meer bemoeilijkt wordt. Tijdens de bijeenkomsten werd het ook duidelijk dat men het hebben van één aanmeldpunt voor casemanagement mist (deze was er vroeger wel), waardoor er nu geen goed overzicht is op de wachtlijsten en er dubbele aanmeldingen zijn (een cliënt staat bij verschillende organisaties op de wachtlijst).

3.4 Krachtpunten in samenwerking

Buiten de knelpunten werden de volgende krachtpunten in de samenwerking benoemd:

- Beroepsgroepen/zorgverleners willen echt wel met elkaar communiceren en samenwerken.
- Waar er gewerkt wordt met een Keten Informatie Systeem (KIS) zijn beroepsgroepen tevreden dat ze zo van elkaar kunnen zien wat ze doen. Als wordt het niet altijd als prettig ervaren dat de regie van het KIS bij de huisartsenpraktijk ligt en dat die bepaalt wat een toegevoegde hulpverlener wel of niet kan inzien.
- Lokaal netwerkbijeenkomsten m.b.t. ouderenzorg organiseren, waardoor lokaal een dynamische sociale kaart bestaat.
- Gestructureerd periodiek overleg.
- Samen op huisbezoek, warme overdracht.
- Signaleren en doorverwijzen naar elkaar.

Wat opviel was dat het benoemen van krachtpunten moeilijker werd gevonden dan het benoemen van knelpunten. Dit kan meerder oorzaken hebben, zo vallen zaken die niet goedlopen in het algemeen meer op en kan het zo zijn dat er in het algemeen de focus vooral op de eigen taken en rollen liggen en minder op de samenwerking tussen verschillende beroepsgroepen.

Waar het Keten Informatie Systeem (KIS) wordt gebruikt lijkt er een beter overzicht rondom de cliënt en de georganiseerde zorg te zijn. Het op lokaal niveau elkaar kennen en elkaar ontmoeten rondom cliënten bevordert de onderlinge samenwerking, doordat professionals elkaar dan van gezicht kennen.

3.5 Overige zaken die zijn meegegeven

Tijdens de bijeenkomsten kwamen buiten de bovengenoemde taken, rollen, knel- en krachtpunten nog andere zaken aanbod die we belangrijk vinden om te vermelden:

- WMO-wijkteam / WMO-consulenten gaan niet op advies casemanager af en komen nog een keer bij cliënt langs om te beoordelen over ondersteuning inderdaad nodig is. Indicatie aanvragen duurt erg lang. In de tijd kan een cliënt nog geen gebruik gaan maken van bijvoorbeeld dagbesteding. Er kan niet snel geschakeld worden als er ondersteuning nodig is.
- Den Haag opdelen in wijken waarin vaste casemanagers, ouderenconsulenten, wijkverpleegkundigen en POH werken, zodat iedereen elkaar kent en er kortere lijntjes zijn. In Scheveningen zijn casemanagers aan een huisartspraktijk gekoppeld, waardoor ze elkaar beter kennen. Ook idee voor rest van Den Haag?
- ELV-bedden (crisisbedden) zou ook één centraal aanmeldpunt voor moeten zijn.
- Overzicht mist op allerlei terreinen: casemanagers, ELV-bedden, dagbesteding, kenmerken en eisen van woonvormen.

3.6 Conclusie

In dit adviestraject hebben we in kaart gebracht hoe de huidige samenwerking tussen casemanagers, wijkverpleegkundigen, POH en ouderenconsulenten verloopt in de regio van STZ Den Haag e.o. tijdens de niet-pluifase en de fase net na de diagnose dementie.

Uit de bijeenkomsten blijkt dat de wil bij de vier beroepsgroepen om in deze fasen samen te werken en de zorg en ondersteuning voor de persoon met dementie en de naaste zo overzichtelijk en efficiënt mogelijk in te richten er zeker is. Maar dat samenwerking bemoeilijkt wordt door onder meer:

- Veelheid aan organisaties en partijen in de regio, die verschillen in omvang van aanbod en niet altijd dezelfde visie hebben op, of dezelfde middelen beschikbaar hebben voor zorg en ondersteuning. Dit leidt tot onduidelijkheid over wat verwacht kan worden van wie (bijv. het wel of niet kunnen inschakelen van een casemanager dementie in de niet-pluifase).
- De relatief nieuwe functie van POH Ouderen, die niet door iedereen op dezelfde manier wordt ingevuld, wat onduidelijk maakt wat van iemand verwacht kan worden, of wat iemand wel of niet oppakt. En daarnaast hebben niet alle huisartsen een POH Ouderen.
- Ontbreken van een (digitaal) systeem waardoor betrokken in de zorg rondom een persoon met dementie in de niet-pluifase en fase net na de diagnose niet snel duidelijk hebben wie betrokken is en wat diegene doet.
- Het ontbreken van duidelijke afspraken over wie in welke fase de regie/coördinatie over de geboden zorg en ondersteuning heeft.
- Wachtlijsten voor casemanagement dementie, waardoor POH of wijkverpleegkundigen ook dingen oppakken ter overbrugging en daarna mogelijk voortzetten.
- Het ontbreken van een centraal aanmeldpunt voor casemanagement, waardoor niet snel duidelijk is welke casemanager bij een cliënt betrokken is.
- Het ontbreken van (regelmatige) ontmoetingen tussen de vier beroepsgroepen, om met elkaar uit te wisselen en elkaar te leren kennen.

Een kanttekening bij de bevindingen is dat een relatief kleine groep van de vier beroepsgroepen in de regio van STZ Den Haag e.o. aanwezig waren bij de bijeenkomsten, waardoor het mogelijk is dat we niet een compleet beeld van de huidige samenwerking hebben kunnen vormen.

4. Advies voor vervolg (hoe de samenwerking tussen zorgverleners geïntensiveerd kan worden)

Op basis van de eerder besproken bevindingen komen we tot de volgende adviezen die STZ Den Haag e.o. kunnen helpen in het meer stroomlijnen en intensiveren van de samenwerking tussen de POH, wijkverpleegkundige, ouderenconsulent en casemanager.

- Om de communicatie te verbeteren tussen de verschillende beroepsgroepen is het advies om meer in het organiseren van ontmoetingen tussen de beroepsgroepen te investeren. Structurele gezamenlijke ontmoetingen waarin rollen en taken en ervaringen in de samenwerking tussen de verschillende beroepsgroepen aanbod komen lijken op basis van de ervaring in de huidige twee bijeenkomsten behulpzaam.
- Waar er met het KIS gewerkt werd, was men hier tevreden over, omdat op deze manier in elk geval zicht was op wie er betrokken zijn en wat de andere zorgverleners doen. Het rapporteren in eenzelfde soort systeem waar betrokken zorgverleners toegang tot hebben wordt als helpend ervaren in het stroomlijnen van de samenwerking en in het bewaren van het overzicht in het ondersteuningstraject van de persoon met dementie. Onderzoek naar uitrol in de hele regio is de moeite waard.
- Een centraal aanmeldpunt voor casemanagement zou samenwerking bevorderen. Dan is helder hoe lang wachtlijsten zijn (of niet) en kan centraal nagevraagd worden welke casemanager betrokken is bij een cliënt. Ook voorkomt dit dubbele wachtlijsten en bevordert dit indirect het werken over zorgorganisaties heen waarbij de zorg voor de cliënt centraal staat.
- Daarbij is het ook belangrijk om in de regio tot eenduidigheid te komen over wanneer een casemanager wordt ingeschakeld tijdens de niet-pluifase. In de huidige situatie is er verschil tussen organisaties wanneer de casemanager in het spel komt. Onduidelijkheid over de rol van casemanagement werkt belemmerend voor de samenwerking. Hierbij is het belangrijk om ook te kijken naar de specifieke taken en rollen van de POH ouderen en hoezeer deze overlappen met die van de casemanager. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat, zoals aangegeven in de Zorgstandaard Dementie, de inzet van casemanagement dementie vanaf de niet-pluifase de voorkeur heeft.
- Nu de geluiden van de uitvoerend professionals zijn gehoord, is het belangrijk om dit ook te spiegelen aan hun leidinggevendenden, omdat zij ook een rol spelen in het al dan niet tot stand komen van samenwerking op de werkvloer.
- Een voortzetting van het onderzoek kan plaatsvinden door de tussenresultaten voor te leggen aan een bredere afvaardiging van de genoemde beroepsgroepen. De wijkverpleging en de professionals in de randgemeenten zijn iets minder vertegenwoordigd in dit 'onderzoek'.