

DEMENTIENET



**Eerstelijns zorgnetwerken voor ouderen:
feiten en verhalen**



Colofon

Tekst Joanna van den Bergh, Jeroen de Blij,
Minke Nieuwboer, Dorien Oostra, Marieke Perry, Toine
Remers, Marcel Olde Rikkert, Fred Wolters

Projectcoördinatie en redactie Sanne van Slooten

Fotografie Joep van Aert

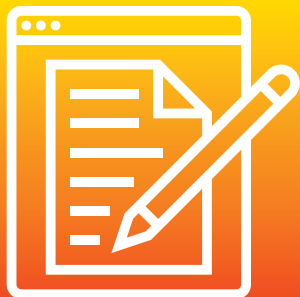
Vormgeving Studio Stof - Jolijn Ceelen

Oplage 1000

DementieNet
Reinier Postlaan 4 (route 925)
6500 HB Nijmegen
www.dementienet.com

© 2021 DementieNet

De inhoud van deze uitgave mag enkel voor niet-
commerciële doeleinden worden vermenigvuldigd, dan
wel gepubliceerd, onder vermelding van naam van auteur
en organisatie.



Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Het opbouwen van een netwerk	6
Leiderschap in zorgnetwerken	10
Netwerktrekkers aan het woord	12
Verandering via een gestandaardiseerde verbetercyclus	16
Onderzoek en resultaten	20
Evaluatie van het effect van DementieNet op zorgkosten	26
Infographic	30
Over ons team	32



Netflix of internet: wat heb je het liefst? Het zijn waarschijnlijk de meest gebruikte netwerken ter wereld. Toch verdwaal je er snel en tref je er veel rommel aan. Het kan zelfs onveilig zijn vanwege de criminaliteit die je er tegenkomt. Dit wil je juist voorkomen wanneer je goed wil zorgen voor een naaste met cognitieve beperkingen. Toch kan een netwerk dan erg behulpzaam zijn: een mensennet van personen die elkaar weten te vinden als het nodig is en informatie geven die er toe doet. Waardoor het een veilig en betrouwbaar vangnet is. Dat is DementieNet rond mensen met dementie en hun naasten. Je zou het kunnen zien als een prothese die nodig is wanneer je je been hebt gebroken. Het verbindt op een veilige manier mensen die je kent en die voor je zorgen, maar die je zelf moeilijk verbonden weet te houden. Je neuronale netwerk dat het hier en daar laat afweten, wordt geholpen door een netwerk van buiten dat zorgvuldig tot stand is gebracht. Net zoals een visnet: dit lijkt eenvoudig te maken, maar knoop de draden maar eens aan elkaar. Dan weet je hoe complex het is.



Voorwoord

Voor zorgverleners helpen de netwerkverbindingen in DementieNet het werk effectiever en doelmatiger te maken. En leuker! Want hoe beter je netwerk, hoe minder zoektijd en frustratie. DementieNet werkt dan in het dagelijks werk als vang- en sleepnet voor zaken die anders verloren gaan bij het haastig uitwisselen van wat allemaal in een werkdag moet gebeuren.

Maar hoe vorm je dan een DementieNet? Dat lees je in dit boekje. Bovendien beschrijven we wat het oplevert. En het kan je inspireren en energie geven om zelf een DementieNet te bouwen of te onderhouden. Dit boekje laat zien dat DementieNet een mensennetwerk is, want er komen veel mooie, kleurrijke mensen in beeld die dagelijks DementieNetten maken. Mensen die daarmee mensen met dementie en andere kwetsbare ouderen en hun naasten verzorgen. Inmiddels zijn er immers meer dan veertig van die DementieNetten actief in Nederland en het worden er meer en meer. Dat ze effectief kunnen zijn, hebben we met wetenschappelijk onderzoek al kunnen aantonen.

Maar een DementieNet maken vraagt ook wat: vertrouwen in elkaar en de wil om samen verbonden te zijn in het zorgen voor kwetsbare medemensen. Juist ook als het moeilijk is en een crisis dreigt. Als het erop aan komt. Om dat te ondersteunen, bieden we graag deze leidraad aan. Hopelijk kun je er zelf veel zinvolle verbindingen mee knopen!



Marcel Olde Rikkert
Hoogleraar klinische geriatrie Radboudumc
Projectleider DementieNet

Het opbouwen van een netwerk



Waarom is lokale netwerkzorg voor ouderen zo belangrijk? In 2014, toen we startten met het DementieNet programma, waren er verschillende aanleidingen. Het aantal mensen met dementie neemt toe door dubbele vergrijzing, van ongeveer 270.000 mensen op dit moment naar 520.000 mensen in 2040 in Nederland. Meer dan 70% van hen woont thuis. Mensen met dementie blijven steeds langer thuis wonen met een groter aantal interacterende problemen op sociaal, psychisch en lichamelijk gebied. De zorg voor mensen met dementie die thuis wonen is daardoor veel complexer geworden. Interprofessionele samenwerking wordt daarom als onmisbaar beschouwd voor het leveren van geïntegreerde, persoonsgerichte zorg aan mensen met dementie. In een eerstelijns context is samenwerking echter niet vanzelfsprekend. Onderlinge communicatie lijdt onder hiërarchische verhoudingen en het spreken van een verschillende taal. Andere praktijkproblemen die eerstelijns professionals ervaren, zijn onbekendheid met elkaar en onduidelijke onderlinge verwachtingen, en gebrek aan gedeelde zorgplannen. Dit resulteert voor mensen met dementie en hun mantelzorgers in onduidelijkheid over het zorgaanbod: voor wat moet je bij wie zijn? Daarnaast bestaat de kans dat mantelzorg overbelast raakt en dat crisissituaties ontstaan, wanneer bijvoorbeeld probleemgedrag niet voldoende wordt begeleid.

In het DementieNet programma hebben we een aanpak ontwikkeld om duurzame lokale netwerken te bouwen, waarin de deelnemende professionals goed samenwerken, goede kwaliteit van zorg leveren en met trots kunnen kijken naar hun gezamenlijke resultaten. De basiselementen van de aanpak (samenwerking, leiderschap, kort-cyclisch verbeteren en interprofessionele scholing) en de gebruikte tools (MDO, gezamenlijk zorgplan, geriatisch assessment) zijn echter niet dementie-specifiek. Daarom hebben we deze netwerkaanpak ook al met succes toegepast bij de oprichting van netwerken voor eerstelijnszorg voor kwetsbare ouderen.

Hieronder wordt uiteengezet hoe de opbouw van een netwerk volgens de DementieNetaanpak eruit ziet.

Opbouw van een lokaal netwerk = maatwerk

Het startpunt van een netwerk is altijd de mate van samenwerking en kennis die er op dat moment in een lokale situatie (wijk, buurt, dorp) al is. Je begint namelijk nooit bij nul. Belangrijk is om aan te sluiten bij een al bestaande samenwerking, afspraken vanuit de regionale dementieketen en zorgprogramma's van huisartsen en/of wijkverpleging. Zo maak je optimaal gebruik van bestaande kennis en kunde. Het inrichten van een netwerk is namelijk net zo integraal en 'op maat' als de persoonsgerichte zorg die we via interprofessionele samenwerking proberen te realiseren.

Het evaluatieonderzoek laat zien dat de DementieNet aanpak leidt tot meer netwerksamenwerking, betere kwaliteit van zorg en hoge tevredenheid onder de betrokken zorgverleners. Succesfactoren zijn onder andere: betrokkenheid van een huisartsenpraktijk, kleinschaligheid en de aanwezigheid van een competente netwerktrekker. We weten uit onderzoek ook dat veel netwerktrekkers deze rol het liefst als duo of trio oppakken. Dat maakt het minder kwetsbaar. En als het twee of drie professionals uit verschillende organisaties zijn, dan is er ook al een interprofessionele verbinding in het leiderschap tot stand gebracht. Al deze elementen komen terug in onze aanpak die bestaat uit de volgende 4 stappen:



STAP 1

Klinisch leiderschap: Netwerktrekkers nemen zelf initiatief of worden geworven

STAP 2

Netwerkvorming: Netwerktrekkers stellen netwerk samen

STAP 3

Kortcyclisch verbeteren: Plannen opstellen en uitvoeren met behulp van PDCA

STAP 4

Interprofessionele training in netwerk

STAP 1 >> Klinisch leiderschap: Netwerktrekkers nemen zelf initiatief of worden geworven

Een netwerk ontstaat niet vanzelf. Het initiatief ligt meestal bij één of twee professionals in een wijk, buurt of dorp, die gemotiveerd zijn om de zorg voor mensen met dementie te verbeteren. Vaak zijn dit casemanagers dementie, wijkverpleegkundigen of praktijkverpleegkundigen ouderenzorg. Zij hebben last van de versnipperde zorgverlening. De initiatiefnemers zijn 'klinische leiders', dat wil zeggen dat ze als professional knelpunten in de zorg actief agenderen en willen verbeteren. In het netwerk krijgen zij de rol als netwerktrekker: zij verbinden de verschillende netwerkdeelnemers met elkaar.

STAP 2 >> Netwerkvorming: Netwerktrekkers stellen netwerk samen

Ieder lokaal netwerk is anders. De netwerktrekkers bepalen welke andere professionals of informele zorgverleners in de wijk belangrijk zijn om de zorg aan mensen met dementie samen te verbeteren. Belangrijke uitgangspunten zijn: a) er is een gezamenlijke caseload; b) minstens één huisartsenpraktijk doet actief mee; c) de omvang van het netwerk is niet te groot (tussen 6 en 12 deelnemers); d) streven om ook welzijnswerkers te betrekken. Deze professionals of informele zorgverleners worden door de netwerktrekkers actief uitgenodigd voor deelname aan het netwerk, bijvoorbeeld door iedereen persoonlijk te bellen of te mailen. Vervolgens nodigt de netwerktrekker alle potentiële netwerkdeelnemers uit om samen de lokale situatie in kaart te brengen en iedereen te informeren over het voornemen om een netwerk te starten. Een netwerk is namelijk geen vrijblijvende samenwerking: er is commitment nodig en er liggen wel degelijk enkele werkafspraken onder, bijvoorbeeld: wie doet mee, hoe vaak kom je bij elkaar en wat is de inhoudelijke verbeteragenda. Vervolgens organiseert de netwerktrekker een startbijeenkomst. In de startbijeenkomst komt altijd het volgende aan de orde: 1) exploreren visie en belangen van de netwerkdeelnemers, 2) bepalen van de verbeterpunt(en) en 3) prioriteren van één verbeterpunt dat het netwerk daadwerkelijk gaat verbeteren.

STAP 3 >> Kortcyclisch verbeteren: Plannen opstellen en uitvoeren met behulp van PDCA

Indien bij stap 2 voldoende draagvlak blijkt bij professionals in de wijk, gaat de daadwerkelijke verbetercyclus van start. Eerst zal het netwerk zicht moeten krijgen op hoe goed de netwerkzorg al is geregeld. Worden de diverse kwaliteitsstandaarden bijvoorbeeld al gevolgd? Er is hiervoor een kwaliteitsindicatoren-set ontwikkeld. De kwaliteit kan aan de hand van deze indicatoren door de netwerktrekker worden bepaald via gegevens van patiënten uit het Huisartsinformatie Systeem (HIS). De prestaties van het netwerk worden weergegeven in een plaatje waarin ze vergeleken worden met die van andere netwerken, dat gebruikt kan worden als spiegelinformatie. Er is hiervoor een Excel-sheet beschikbaar bij Netwerk 100. Je kunt dit aanvragen per e-mail: netwerk100@netwerk100.nl. Ook kunnen indicatorensets van de dementieketen worden gebruikt. Vervolgens wordt een verbeterplan opgesteld en gaat het netwerk actief aan de slag met de uitvoering van het verbeterplan (wij raden aan: minimaal één per jaar). De PDCA cyclus volgen is daarvoor een handige methode. Zorg ervoor dat je een haalbaar doel formuleert en in kleine stappen de weg naar het doel uitzet, met regelmatig evaluaties tussendoor.

STAP 4 >> Interprofessionele training in netwerk

Om de onderlinge samenwerking te verbeteren, is het raadzaam om als netwerk interprofessionele trainingen te volgen, idealiter passend bij het onderwerp van je verbeterplan. Dit heeft meerwaarde op twee niveaus: je hebt meer zicht op elkaars werk en elkaars visie op gezondheid en ouderenzorg en je verbetert de gedeelde kennis op een specifiek relevant onderwerp. Een voorbeeld: een netwerk wil het aantal valincidenten terugbrengen en organiseert een training over valpreventie. Belangrijk is om in deze trainingen patiëntcasuïstiek te gebruiken van cliënten aan wie het netwerk gezamenlijk zorg biedt. Zo kan de training direct van waarde zijn voor de dagelijkse zorgverlening.

Ondersteuning bij uitvoering van deze stappen

AD 1.

Omdat de rol van netwerktrekker zo cruciaal is, is het raadzaam om ondersteuning te zoeken voor professionals die deze rol vervullen. Vraag advies en/of persoonlijke coaching op leiderschapscompetenties bij je organisatie. Een aantal zorggroepen voor huisartsen heeft deze ondersteuning al ingericht. Ook is er leiderschapsgroepstraining voor netwerktrekkers ontwikkeld, zie daarvoor hoofdstuk 3 van dit boekje.

AD 2.

Je kunt gebruikmaken van de brochure “Wie is wie in de wijk”, uitgegeven door BeterOud, om voor jouw wijk alle spelers in kaart te brengen. Ook kan een SWOT analyse helpen om te analyseren wat de kansen en belemmeringen zijn om een netwerk te starten.

AD 3.

Zoek eventueel ondersteuning bij de zorggroep voor huisartsen, die in het kader van hun zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen ook netwerkontwikkeling stimuleren. Of zoek contact met de coördinator van de regionale dementieketen. Zij hebben vaak mensen in dienst die je kunnen helpen bij de startbijeenkomst. Ook kunnen ze begeleiding bieden bij het opstellen van verbeterdoelen en verbeterplan volgens PDCA of een andere verandermethodiek.

AD 4.

Het DementieNet heeft een 20-tal scholingsmodules ontwikkeld, die lokaal, op locatie voor de netwerkdeelnemers georganiseerd kunnen worden. De gids waarin de modules zijn beschreven, is beschikbaar op de website www.netwerk100.nl en kan als voorbeeld dienen voor de organisatie van de scholing.

Stappenplan Procesbeschrijving



Zorgverlener neemt initiatief



Uitnodigen potentiële deelnemers



Kennismakingsbijeenkomst



Spiegeldata verzameling



Startbijeenkomst



Leiderschapscoaching/training



Verbeterplan opstellen



Plan Do Check Act



Interprofessionele training



Jaarlijkse spiegeldata verzameling

Leiderschap in zorgnetwerken: een trainingsprogramma voor DementieNet



Leiderschap is allang niet meer gebonden aan een formele rol of positie. Dat geldt zeker voor de zorgsector en nog eens extra in informele netwerken. De organisatiepsycholoog Jaap Boonstra noemt in zijn publicaties leiderschap ook wel 'de kunst van het verleiden'. Een omschrijving die goed past bij de netwerken van DementieNet. Ze moeten het vaak hebben van één of meerdere 'trekkers', mensen die bereid zijn het initiatief te nemen om anderen in beweging te krijgen en houden. En dat gaat altijd over het laten zien en ervaren wat het voor deelnemers oplevert. Dat er door samenwerking meer kan. Dat het makkelijker kan. En dat het voor de goede zaak is, namelijk de doelen van de patiënt. Kortom, verleiden.

Maar waar te beginnen? Netwerktrekkers zijn mensen waar het gevoel en de bereidheid tot het nemen van de leiding zeker aanwezig is. Neemt niet weg dat er een leven lang te ontwikkelen valt als het gaat over leiding nemen en geven. Voor DementieNet is een compact programma ontworpen om deze ontwikkeling te helpen. Vanuit de gedachte dat de basiscompetenties er zijn, maar dat het helpt om die gericht te versterken met inzicht en vaardigheid. In een 'drieluik' van middagen/avonden zijn de thema's stijlflexibel, verbindend en persoonlijk leiderschap getraind.

Stijlflexibel leiderschap

Netwerktrekkers hebben een diversiteit aan collega's te betrekken en motiveren. En daarnaast is hetgeen dat wordt gevraagd aan deze collega's nogal uiteenlopend. Het vraagt van de trekkers 'situationeel leiderschap' (Hersey & Blanchard), oftewel het balanceren van de mate van sturing en de mate van ondersteuning op hetgeen de situatie vraagt. Combinatie van deze beide levert een viertal 'stijlen' op: directief sturend, coachend, ondersteunend en delegerend. In het trainingsprogramma onderzoeken deelnemers aan de hand van deze benadering waar hun voorkeursstijl zit. Realistische casussen worden uitgespeeld met een trainingsacteur. Deelnemers kiezen daarbij letterlijk positie in een levensgroot model op de vloer, waardoor het onderscheid in de stijlen fysiek wordt ervaren. Afsluitend worden de netwerken als geheel 'gepositioneerd' en de verschillende behoeftes onderzocht, vaak samenhangend met de fase waarin het netwerk zich bevindt.

Verbindend leiderschap

Het gedrag van de netwerktrekkers bepaalt in grote mate op welke manier anderen in beweging komen, of er richting de doelen gewerkt wordt en in welke snelheid, met welke kwaliteit en efficiency. Kortom, voor een belangrijk deel het kunnen redeneren vanuit de ander. Of

anders gezegd, hoe trekkers met hun leidend gedrag de doelen van het netwerk verbinden met de deelnemers. De vaardigheid in het stellen van de beste vragen is daarbij een onderschatte kracht. In de training wordt een serie goed toepasbare vraagtypes behandeld en op verschillende manieren praktisch geoefend. Een voorbeeld is dat het in beweging krijgen van de ander letterlijk wordt uitgespeeld. Een trainingsacteur mag worden verleid om een denkbeeldige rivier over te steken, waarbij de acteur wel wil maar niet kan en in een tweede situatie wel kan, maar niet wil. Deelnemers worden geprikkeld om per situatie andersoortige vragen en vraagtypes in te zetten en onderzoeken. Het onderdeel sluit af met de vraag wat er morgen al anders gedaan kan worden in het netwerk.

Persoonlijk leiderschap

Ondanks alle context, modellen en theorie over leiderschap, uiteindelijk is de set aan persoonlijke drijfveren en de unieke eigenheid van de trekker allesbepalend. Het is logisch dat het drieluik besluit met een verkenning naar de individuele gedragsaspecten en wat de 'persoonlijke handleiding' is om daar optimaal gebruik van te maken. In een dynamische, interactieve werkvorm worden 4 kleuren gebruikt, die staan voor voorkeursgedragingen (Discovery Insights). Het onderdeel sluit intensief af met het maken en presenteren van een persoonlijk wapenschild. Daarin is, naast het letterlijk staan voor de eigen inkleuring van leiderschap, aandacht voor hetgeen er ontbreekt, waar hulp benodigd is. Deelnemers spreken uit wat er bij hen gehaald kan worden en vooral wat er nodig is van anderen en hoe ze dat wensen te organiseren. Kortom, een serie uitnodigingen voor intensieve samenwerking en onderlinge versterking.

Het blijkt waardevol om met een groep professionals stil te staan bij de gezamenlijke opgave van het leiden van zorgnetwerken. Het in creatieve vormen samen aangaan, oefenen en onderzoeken wat er te ontwikkelen valt en hoe deelnemers elkaar daarin versterken levert inspiratie en energie. Nodig om de doelen van zorgnetwerken en uiteindelijk die van de patiënt te realiseren!

“Er zijn weinig groepen zo gedreven, betrokken en inspirerend als een groep zorgverleners. Het is een feest om de netwerken van DementieNet te helpen ontwikkelen.”



Jeroen de Blij
Eigenaar trainingsbureau De Blij Trainen & Acteren

Netwerktrekkers aan het woord



Netwerk Enschede Glanerbrug en Ribbelt: Tamara van de Griendt

Even voorstellen

Ik ben Tamara van de Griendt en ik werk als ergotherapeut bij zorgorganisatie Liberein. Ons netwerk in Glanerbrug is in april 2016 gestart met het DementieNet programma. In de voorafgaande maanden hebben we geprobeerd een brede groep mensen te interesseren en inspireren om deel te nemen aan dit mooie initiatief. Ik ben in eerste instantie alleen als netwerktrekker gestart. Later heeft collega Karin Koers, werkzaam in ontmoetingscentrum Glanerbrug, zich bij mij gevoegd en sindsdien trekken we samen op als netwerktrekker.



Zorgprofessionals weten elkaar beter te vinden

Ons netwerk is vrij groot en zeer divers: praktijkondersteuner huisarts ouderenzorg, manager huisartsengroep Glanerbrug, wijkverpleegkundigen (van drie verschillende zorgaanbieders), casemanagers, wijkcoach, ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist, psycholoog, diëtist, medewerker ontmoetingscentrum, ketenregisseur Dementie Twente. Door deelname aan DementieNet zijn deze (zorg)professionals bij elkaar gebracht. Zij weten elkaar gemakkelijker te vinden. De sociale kaart is opgesteld en inzichtelijk gemaakt, zodat zorgaanbieders- en diensten snel in te schakelen zijn bij een vraag of knelpunt. En we hebben door scholing onze deskundigheid met betrekking tot zorgmijders vergroot.

Het begint met verbinden

De meerwaarde van DementieNet is volgens mij in eerste instantie het verbinden van de juiste personen, zodat de zorgvraag van de cliënt en diens mantelzorger snel en zo goed mogelijk kan worden beantwoord. Dat verbinden, daar begint het mee: elkaar vertrouwen, elkaar weten te vinden over de grenzen van je eigen organisatie heen en weten wat de kracht van je collega-netwerker is. Dat doet DementieNet op een mooie en constructieve manier. Door het stellen van gezamenlijke doelen om de zorg zo optimaal mogelijk te maken, vergroten we de kennis en vaardigheid van iedere deelnemer. Maar ook van ons als groep. En we worden gestimuleerd meer samen te werken en elkaar op te zoeken. DementieNet ondersteunt dit. De meting met behulp van kwaliteitsindicatoren laat ons zien waar we al goed op weg zijn, maar ook waar nog verbeterpunten liggen. Hier baseren we met name onze doelstellingen op.



Netwerk Beek: Èlja de Wildt en Mirna Reijmers

Even voorstellen

Ik ben Mirna Reijmers en ik werk sinds 2015 als verpleegkundige in de wijk bij ZZG zorggroep in team Beek-Ubbergen. Daarnaast ben ik aandachtsvelder dementie.

En ik ben Èlja de Wildt, ik ben sinds 2008 werkzaam als casemanager dementie bij Netwerk 100. Van huis uit ben ik wijkverpleegkundige.

Taakverdeling: organisatie vs. communicatie

Sinds 2016 doen wij als netwerktrekkers mee met het DementieNet programma. Mirna regelt voornamelijk organisatorische zaken, zoals planning rondom cliënten en het MDO. Èlja regelt de communicatie met de verschillende disciplines en stemt met hen af. Daarnaast zijn wij inhoudelijk betrokken bij het MDO voor cliënten met dementie. Wij gebruiken hierbij een planning en samenvatting op basis van het SFMPC model. Tijdens het MDO bespreken we de patiëntsituaties altijd samen met de casemanager dementie, huisarts en wijkverpleegkundige. We brengen de cliënt en mantelzorger op de hoogte en we vragen hen wat zij willen bespreken.

Betere afstemming met collega's en familie

De organisatorische zaken rondom het MDO zijn verbeterd sinds wij ons hebben aangesloten bij DementieNet. Dit geldt ook voor het gezamenlijk zorgplan. Voorheen waren deze zaken onduidelijk geregeld of werd er weinig aandacht aan besteed. Wij merken nu dat de afspraken vanuit het MDO beter vastgelegd worden. Hierdoor kunnen we ook beter afstemmen met de verschillende disciplines en met de familie van de cliënt. Naast (medische) zorg krijgen wonen en welzijn ook een plek in het zorgplan. Meegenomen wordt hoe de cliënt naar de toekomst kijkt: wat wil de cliënt nog wel aan behandeling en zorg en hoe wordt dit vastgelegd met hulpverleners en contactpersonen?

Coaching en training

Een meerwaarde van het DementieNet programma is de coaching door de coördinatoren van het project. Zij stimuleren ons in onze rol als netwerktrekker. Ook de scholingen en bijeenkomsten met andere netwerktrekkers zijn waardevol. Hierdoor kunnen we onze kennis en ervaring uitwisselen. Wij hebben beiden diverse scholingen en bijeenkomsten van DementieNet gevolgd. De leiderschapstrainingen vonden wij het meest zinvol, omdat we hier hebben geleerd om verschillende disciplines bij ons netwerk te betrekken. En wij hebben onze rol als netwerktrekker verbeterd.



Netwerk Nijmegen West: Moniek Hanegraaf

Even voorstellen

Ik ben Moniek Hanegraaf en ik ben praktijkondersteuner huisarts (POH) ouderenzorg. Daarnaast werk ik als POH voor diabetes mellitus en hart- en vaatziekten bij Medisch Centrum Oud-West in Nijmegen.

In kaart brengen van ouderenzorg: waar begin je?

In 2015 zijn wij in onze huisartsenpraktijk begonnen met het in kaart brengen van de ouderenzorg. Dit bleek lastiger dan gedacht: waar begin je? En hoe geef je het vorm? Toen kwamen we in contact met DementieNet. Zij hebben ons gecoacht en samen hebben we bekeken met welke verbeterpunten we aan de slag zouden kunnen gaan. Naar aanleiding daarvan hebben wij in onze praktijk een netwerk opgezet van artsen, POH's en een casemanager dementie.

Samen met de casemanager dementie ben ik de netwerktrekker. DementieNet heeft ons in deze rol extra begeleid. Zo hebben wij leiderschapstrainingen en masterclasses gevolgd. Het heeft ons in eerste instantie geholpen in de begeleiding van het netwerk, maar daarnaast zijn wij als hulpverlener zelf ook gegroeid.

“De DementieNet scholingen hebben ons geholpen om dementie in kaart te brengen en de diagnose beter te kunnen stellen in de eerste lijn.”

Meer draagvlak door netwerkzorg

Doordat ons netwerk is georganiseerd binnen onze praktijk, creëren we meer draagvlak voor het thema ouderenzorg en dementie. We hebben telkens gezamenlijk de verbeterpunten gekozen. De DementieNet scholingen hebben ons geholpen om dementie in kaart te brengen en de diagnose beter te kunnen stellen in de eerste lijn. De juiste disciplines zijn nu aanwezig bij het multidisciplinair overleg (MDO), waardoor het qua structuur en inhoud verbeterd is.

Uitwisseling van kennis en ervaring met andere netwerken

Voor mij is de meerwaarde van DementieNet de duidelijke structuur, waardoor we de ouderenzorg beter in kaart kunnen brengen. Het was niet nodig om het wiel opnieuw uit te vinden. Ook zijn we in contact gekomen met andere netwerken en zo wisselen we kennis en ervaring met elkaar uit. We werken met steeds meer disciplines samen die betrokken zijn bij de ouderenzorg. Daar waar we twee jaar geleden zoekende waren, zijn we nu goed op weg. In de praktijk zien we een verdubbeling van mensen die de diagnose dementie hebben, iets wat aanvankelijk zo onderbelicht was. Het is nu voor ons mogelijk veel eerder passende zorg en begeleiding in te zetten voor een patiënt en zijn of haar mantelzorgers.



“Sinds deelname aan het DementieNet programma weet men elkaar beter te vinden. Dit geldt voor hulpverleners onderling, maar ook voor bewoners in de wijk: het wordt steeds duidelijker bij welke hulpverleners je terecht kunt.”

Netwerk Nijmegen Dukenburg: Fem Groen

Mijn naam is Fem Groen en ik werk als ouderenadviseur vanuit Sterker sociaal werk in het Sociaal Wijkteam in Nijmegen Dukenburg en Lindenholt.

Zorg en welzijn in evenwicht

Sinds 2017 ben ik als netwerktrekker betrokken bij het DementieNet in Nijmegen Dukenburg. In mijn ogen bevordert het DementieNet programma de expertise op het gebied van zorg en welzijn in het netwerk. De levensgebieden van ouderen kunnen nu vanuit diverse invalshoeken benaderd en besproken worden. Bijvoorbeeld met betrekking tot het aanbod in een wijk: welke zorg- en welzijnsactiviteiten zijn er? En missen we nog iets?

Meer verbinding in de wijk

Sinds deelname aan het DementieNet programma weet men elkaar beter te vinden. Dit geldt voor hulpverleners onderling, maar ook voor bewoners in de wijk: het wordt steeds duidelijker bij welke hulpverleners je terecht kunt.

Informatie over nieuwe ontwikkelingen op het gebied van dementie wordt vaker gedeeld. Zo is er een vroeg-signaleringskaart ontwikkeld en verspreid onder hulpverleners in de wijk. En hebben we een sociale kaart gemaakt met namen van hulpverleners met wie je contact kunt opnemen als je vragen hebt over dementie.

Een veilige omgeving voor mensen met dementie

Doordat we een DementieNet vormen, is er commitment van de netwerkdeelnemers en worden we gesteund door onze eigen organisaties om hier uren voor vrij te maken. Het is prettig dat je kennis en ervaringen met elkaar kunt delen. Het is een waardevolle aanvulling dat ook een bewoner deelneemt aan ons overleg. We staan open voor nieuwe contacten, om te voorkomen dat we een eilandje worden.

Daarnaast vind ik het belangrijk dat de wijkbewoners bekend zijn met dementie en dat ze weten waar ze met hun vragen terecht kunnen. Zodat uiteindelijk mensen met dementie veilig en langer thuis kunnen blijven wonen.

Veranderen via een gestandaardiseerde verbetercyclus



Ieder netwerk kiest minstens één keer per jaar een verbeterpunt uit om gezamenlijk aan te werken. Dat kan bijvoorbeeld op basis van de feedback over de kwaliteitsindicatoren, of andere knelpunten die spelen in de wijk. Het netwerk gaat dan gezamenlijk een verandering implementeren. In de DementieNet aanpak hebben we een veranderaanpak uitgewerkt en we gebruiken daarvoor de PDCA cyclus. Verbeteracties worden via deze aanpak aantoonbaar gemonitord en continu verbeterd.

De PDCA cyclus

De PDCA cyclus beschrijft vier activiteiten die op alle verbeteringen van toepassing zijn. Het cyclische karakter garandeert dat de kwaliteitsverbetering continu onder de aandacht is. Dit zijn de stappen:

• PLAN

Kijk naar huidige werkzaamheden en ontwerp een plan voor de verbetering van deze werkzaamheden. Stel voor deze verbetering doelstellingen vast. Doe dit SMART = Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden.

• DO

Voer de geplande verbetering uit.

• CHECK

Meet het resultaat van de verbetering en vergelijk deze met de oorspronkelijke situatie en toets deze aan de vastgestelde doelstellingen, zoals in de PLAN fase gedefinieerd.

• ACT

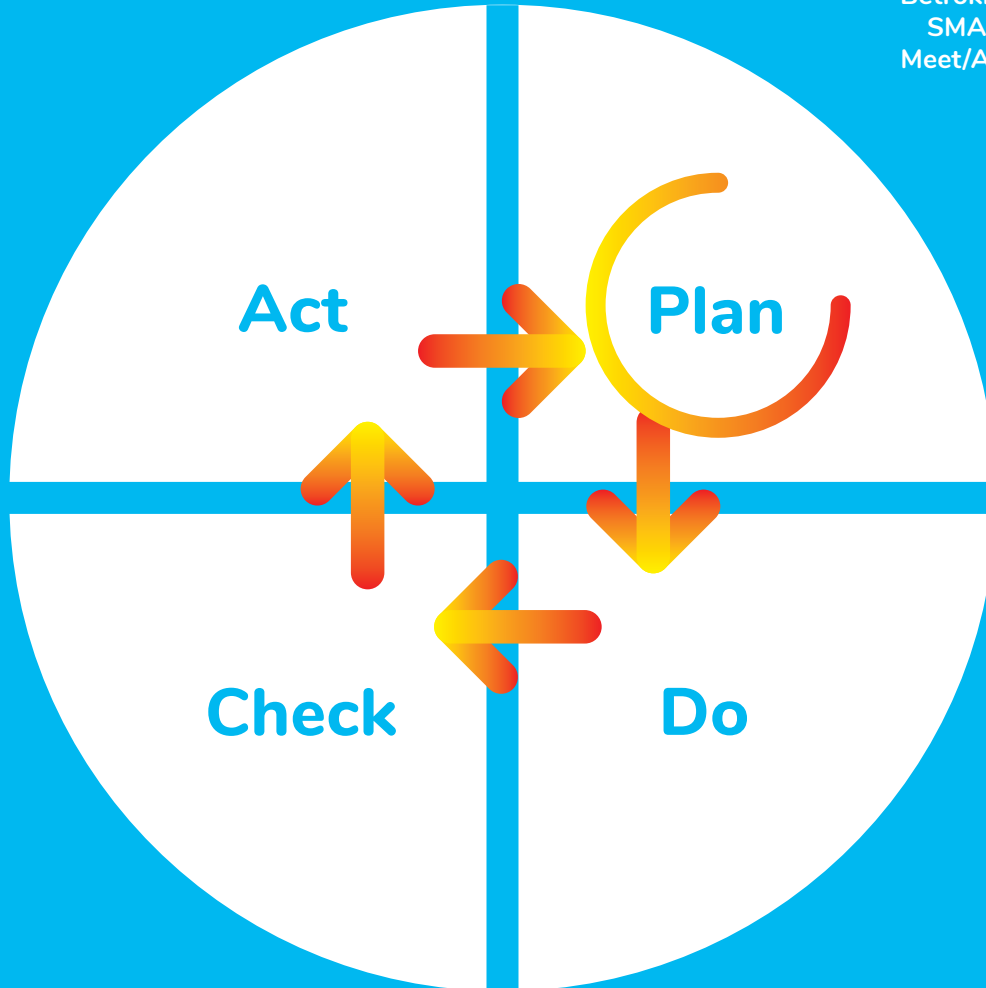
Bijstellen aan de hand van de gevonden resultaten bij CHECK.



Aanpassen plan
Interventies



Focus
Betrokken medewerkers
SMART doelstellingen
Meet/Analyse methoden
Normen



Resultaten meten en analyseren
Stand van zaken



Uitvoering

We gebruiken in de netwerken een vast format om de verbeterplannen op te stellen, zodat de netwerken steeds handiger worden in het opstellen van PDCA plannen.

FORMAT VERBETERPLAN (naam) van netwerk (naam), versienummer:

datum:



Doelen en indicatoren

Hieronder is ruimte voor het plaatsen van de door het team gekozen doelen en indicatoren.

Doel (SMART formuleren)

Doelgroep

Acties en afspraken over [wat je wil gaan veranderen]

Hier worden voor elk doel afspraken en acties beschreven. Deze lijst kan elke vergadering op de agenda staan en kan gebruikt worden om te zien of afspraken zijn nagekomen.

Vul gezamenlijk in: Welke stappen zijn nodig om het betreffende doel te realiseren? Wie doet wat en wanneer?

NB: Beschrijf ook de methode van meten/evalueren als aparte stap.

STAP	ACTIE	WIE	WANNEER	✓
1				
2				
3				
enz.				

Als voorbeeld hebben we hieronder een verbeterplan uitgewerkt over het implementeren van een gestructureerd multidisciplinair overleg (MDO) in het netwerk.



Doelen en indicatoren

Doel per 1 december 2021 zijn er minimaal 6 MDO's gehouden waarbij minimaal de volgende drie hulpverleners aanwezig zijn: huisarts, POH en wijkverpleegkundige.

Per 1 juni 2022 is minimaal 50 % van de ouderen met een diagnose dementie besproken in een MDO.

Doelgroep de ouderen met een diagnose dementie, die wonen in wijk X en zijn ingeschreven bij huisartsenpraktijk A en B.



Acties en afspraken over implementatie MDO

POH= praktijkondersteuner, HA= huisarts, MDO = multidisciplinair overleg

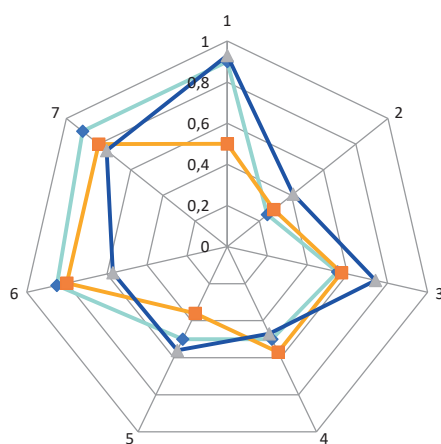
STAP	ACTIE	WIE	WANNEER	✓
1.	Inventariseren van patiënten op diagnose dementie vanuit het Huisarts Informatie Systeem.	HA/POH i.s.m. casemanager	Binnen 1 maand	
2.	Een lijst samenstellen met mogelijke deelnemers aan het MDO + benaderen van deze professionals voor deelname aan het MDO.	HA/POH	Binnen 1 maand	
3.	In overleg met de deelnemers van het MDO een geschikt moment en locatie voor het MDO vaststellen + wie er bij de MDO's standaard aanwezig moet zijn en wie facultatief. Afspraken maken over voorzitterschap van het MDO. Zo nodig vastleggen in werkafspraken.	POH + deelnemers MDO	Binnen 1 maand	
4.	Een jaarplanning maken voor de MDO's, inplannen van de eerste 12 ouderen (3-4 per MDO) en jaarplanning verspreiden aan deelnemers MDO.	POH	Binnen 2 maanden	
5.	Agenda maken met datum, tijdstip, locatie en patiënten die besproken worden, wie de patiënt inbrengt, welke deelnemers aanwezig moeten zijn en versturen naar MDO deelnemers.	POH	4 weken voor 1e MDO	
6.	De zorgcoördinator bezoekt patiënt (+ mantelzorg), vraagt toestemming en bespreekt behoeften en eigen doelen.	Zorgcoördinator	3 weken voor MDO	
7.	MDO uitvoeren volgens afspraken bij stap 3.	Deelnemers MDO	Volgens planning stap 4	
8.	De zorgcoördinator noteert afspraken en stelt patiënt (+ mantelzorg) op de hoogte.	Zorgcoördinator	Na afloop van het MDO	
9.	POH noteert in een overzichtsbestand of de minimaal vereiste deelnemers bij het MDO aanwezig waren.	POH	Na afloop van ieder MDO	
10.	Evaluatie inplannen in netwerkoverleg over de bevindingen van de eerste twee MDO's.	Netwerktrekker	Na 2 MDO's	
11.	N.a.v. evaluatie werkafspraken (stap 3) bijstellen + verspreiden aan deelnemers MDO.	POH + deelnemers MDO	Na 1e evaluatie MDO	
12.	Tellen aantal MDO's en aantal patiënten die besproken zijn. Deze gegevens bespreken in netwerkoverleg en toetsen aan doelstelling.	POH i.s.m. netwerktrekker	Na 6 maanden	

Onderzoek en resultaten



Jaarlijks hebben de netwerken gegevens verzameld over hun gezamenlijke dementie patiënten om daarmee de kwaliteit van zorg in kaart te brengen, door het invullen van een aantal kwaliteitsindicatoren per patiënt. Deze kwaliteitsindicatoren gaan onder andere over het aanwezig zijn van een casemanager, of de persoon met dementie in een MDO is besproken en door wie de diagnose is gesteld. Alle indicatoren gaan over het afgelopen jaar, zie overzicht pagina 21. Met deze gegevens werd een spinnenweb gemaakt zodat de

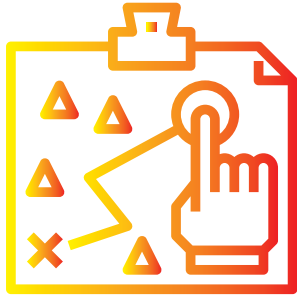
netwerken een duidelijk overzicht kregen van hun huidige kwaliteit van zorg vergeleken met die van het voorgaande jaar en met de benchmark (het gemiddelde van alle netwerken op dat tijds punt). Zie hieronder een voorbeeld van een spinnenweb. Netwerken konden deze informatie gebruiken als startpunt voor het identificeren van een nieuw verbeterdoel. Al deze gegevens werden ook gebruikt voor het onderzoek naar de effecten van de DementieNet aanpak.



1 = Casemanager
2 = Diagnose in 1e lijn
3 = Recent MDO
4 = FTO/PFC
5 = Gesprek over behandelwensen
6 = Ondersteunende interventies aangeboden aan mantelzorger
7 = Welzijnsdoelstelling

In alle gevallen geldt: 1 is de maximale score en een hoge score is positiever dan een lage.

◆ Network X - nu
■ Network X - vorig jaar
▲ Benchmark



Indicatoren kwaliteit van zorg

(per patiënt invullen)

- Casemanager betrokken?
- Besproken in een MDO?
- Besproken in een FTO?
- Gesprek geweest over behandelwensen?
- Interventies aangeboden aan de mantelzorg?



Netwerkgorg indicatoren

(per netwerk invullen)

- Vertegenwoordiger van welzijn in het netwerk?
- Taakverdeling en communicatie:
 - Is er een sociale kaart?
 - Is er een netwerktrekker?
 - Zijn er werkafspraken?
- Heeft het netwerk aan één succes/uitdaging gewerkt?
- Is er een informele activiteit (zoals een borrel) georganiseerd?



Welzijnsindicatoren

(per patiënt invullen)

- Welzijnsgerelateerde doelstelling in het netwerk voor deze persoon?



Indicatoren voor kosten/doelmatigheid

(per patiënt invullen)

- Diagnose dementie in de eerste lijn gesteld?
- Heeft de persoon met dementie een spoedopname gehad (SEH of ELV)?
- Is er een WLZ indicatie?

Resultaten onderzoek

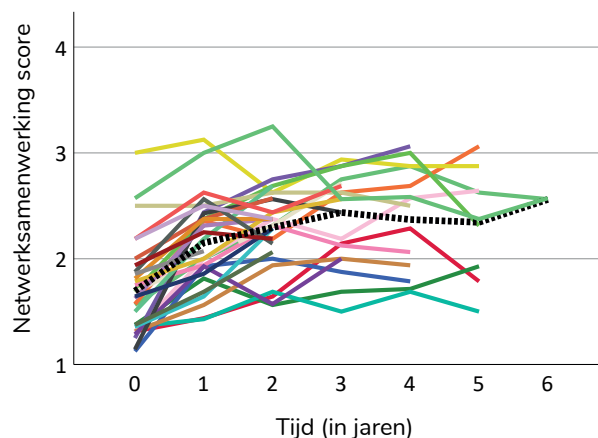
Toen DementieNet in 2014 begon waren we als team heel benieuwd naar de meetbare effecten van deze nieuwe manier van samenwerken. We zijn daarom alle netwerken gaan volgen. Bijna alle netwerken hebben elk jaar gegevens verzameld over hun gezamenlijke dementie patiënten. Deze data werd allereerst gebruikt om een terugkoppeling voor de netwerken te maken, maar werd daarnaast ook voor het wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van DementieNet gebruikt. Anke Richters heeft in 2017 al een eerste evaluatie gedaan waaruit naar voren kwam dat de samenwerking, kwaliteit van zorg en tevredenheid onder de zorgverleners toe was genomen in de eerste 1-2 jaar van 13 netwerken die meededen aan de DementieNet aanpak.

Voor de lange termijn evaluatie, waar ik de afgelopen jaren aan heb gewerkt, hebben we data van 34 DementieNet-netwerken die tussen 2015 en 2020 gestart zijn mee kunnen nemen (zie tabel 1). Een aantal van de netwerken is dus al 6 jaar bezig!

Actief vanaf	Aantal netwerken
2015	4
2016	7
2017	5
2018	9
2019	7
2020	2

Tabel 1. Startjaar netwerken.

Netwerksamenwerking



Figuur 1. Netwerksamenwerking in de DementieNet netwerken over de tijd.

Jaarlijks hebben we de netwerktrekkers geïnterviewd om te horen hoe de samenwerking binnen het netwerk verliep. De resultaten van deze interviews staan grafisch weergegeven in figuur 1. Het figuur laat zien dat ieder netwerk een eigen ontwikkeling heeft doorgemaakt, maar gemiddeld genomen is de netwerksamenwerking verbeterd door de jaren heen. Dit is typerend voor de DementieNet-netwerken, want ze hebben allemaal een eigen uitgangssituatie en ontwikkelproces gehad. Vooral netwerken die bestonden uit een nieuw samenwerkingsverband en waarbij de deelnemers elkaar nog niet goed kenden voordat ze van start gingen, zijn sterk verbeterd in hun netwerksamenwerking.

Factoren die bijdroegen aan deze positieve resultaten waren: in het eerste jaar investeren in het elkaar leren kennen en het opbouwen van vertrouwen. Daarnaast hebben veel netwerken actief gewerkt aan het organiseren of beter structureren van MDO's en hebben ze duidelijke werkafspraken gemaakt voor het vroeg signaleren van mensen met dementie.

Netwerken gaven aan het soms lastig te vinden om te gaan met zaken die buiten de eigen invloedssfeer liggen maar wel de netwerksamenwerking aantasten, zoals nieuwe financieringsregelingen. Ook de afwezigheid van leiderschap, een actief deelnemende huisarts of veel veranderingen in de samenstelling van het netwerk waren factoren die het bemoeilijkten om de samenwerking op gang te krijgen. Deze factoren zijn dan ook extra belangrijk bij het opzetten van nieuwe netwerken. Bij de meeste netwerken is de netwerksamenwerking flink verbeterd door de jaren heen. Deze bevindingen laten zien dat de DementieNet aanpak in staat is om netwerksamenwerking te verbeteren en daarmee beter gecoördineerde zorg te leveren.

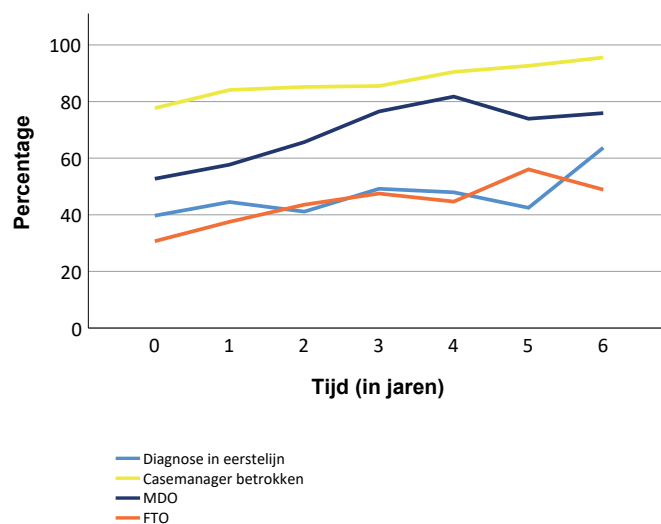
Kwaliteit van zorg

Tijd:	Gemiddeld aantal personen met dementie per netwerk:
Start	18
Na 1 jaar	20
Na 2 jaar	19
Na 3 jaar	22
Na 4 jaar	22
Na 5 jaar	25

Tabel 2. Gemiddeld aantal personen met dementie per netwerk per jaar.

De registratiebestanden ingevuld door de netwerken hebben we gebruikt voor het analyseren van de kwaliteit van zorg. Opvallend was dat het aantal mensen met dementie voor wie het registratiebestand werd ingevuld elk jaar hoger werd (zie tabel 2). Dit betekent waarschijnlijk dat de netwerken het aantal mensen met dementie in hun werkgebied beter in beeld hebben gekregen. Daarnaast zagen we dat door de jaren heen het aantal mensen dat in de eerstelijns de diagnose dementie kreeg is gestegen. Dit zou kunnen komen door de gebruikte indicatorenset waarin dat nadrukkelijk wordt nagevraagd of door bijvoorbeeld het stimuleren van samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde. Een belangrijk onderdeel van goede

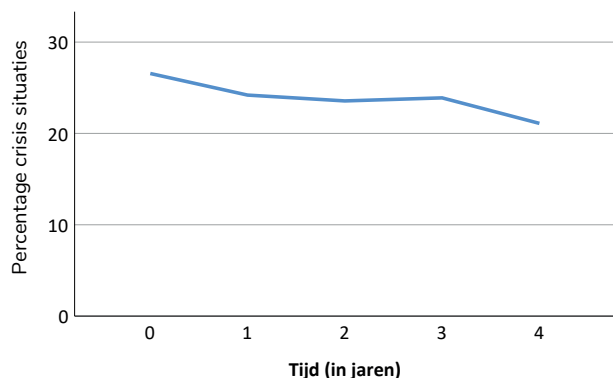
netwerksamenwerking is een gezamenlijk MDO en op dit punt is de meest duidelijke verbetering te zien over de tijd. Het aantal mensen met dementie dat jaarlijks in een MDO is besproken is gestegen van 55% tot bijna 80%. Ook werd er vaker een farmacotherapeutisch overleg (FTO) gedaan naarmate netwerken langer bezig waren met de DementieNet aanpak. Het aantal mensen met dementie die een casemanager hebben, is licht gestegen. Echter, bij start van het netwerk hadden al 80% van de mensen met dementie een casemanager. Sterke stijging was dus niet meer mogelijk. Deze resultaten zijn grafisch weergegeven in figuur 2.



Figuur 2. Resultaten van DementieNet op kwaliteitsindicatoren.

Crisissituaties

Naast bovengenoemde kwaliteitsindicatoren werd er ook jaarlijks gevraagd naar het aantal spoedconsultaties/opnames. Figuur 3 laat zien dat er minder crisissituaties zijn bij netwerken die langer bezig zijn met de Dementie-Net aanpak. In figuur 3 is te zien dat bij startende netwerken jaarlijks 27% van de mensen met dementie één (of meer) crisissituaties hebben gehad en na vier jaar is dit gedaald tot 21% van de mensen.



Figuur 3. Percentage crisissituaties in DementieNet netwerken per jaar.

Uit interviews en groepsgesprekken met de netwerk-trekkers kwam naar voren dat men door de verbeterde netwerksamenwerking een crisissituatie soms eerder aan zag komen. Een crisis is niet altijd te voorkomen, maar het helpt wel om beter voorbereid te zijn. Daardoor kon er sneller gehandeld worden en zorgde dit ervoor dat, zoals letterlijk verwoord door een zorgverlener: *'de crisissen op de vrijdagmiddag minder vaak voorkomen'*. Het werd ook als prettig ervaren dat zorgen meer gedeeld konden worden met elkaar, *'je hebt een sparring-partner'*.

Daardoor hadden zorgverleners tijdens een crisissituatie minder het gevoel het alleen te moeten doen, maar er samen voor te staan.

Ervaringen zorgverleners en mantelzorgers

Verscheidene netwerkdeelnemers en mantelzorgers van mensen met dementie zijn afgelopen jaar geïnterviewd. Hieruit kwam naar voren dat de samenwerking die door het DementieNet netwerk is gekomen als heel positief wordt ervaren en dat de zorg daardoor beter gecoördineerd kan worden omdat de communicatielijnen kort zijn. Mantelzorgers noemden dat zorgverleners laagdrempelig te bereiken zijn en dat er daardoor gemakkelijk contact is. Veel wisselingen in het netwerk maakten de samenwerking soms wel lastiger.

'De lijntjes zijn kort, we weten elkaar allemaal goed te vinden. Het mooie is ook, vind ik, dat er een grote verscheidenheid is in de achtergronden van de deelnemers, dus je vult elkaar daarin mooi aan. Iedereen bekijkt de situatie vanuit een andere invalshoek.'

Een groot voordeel dat werd genoemd is het wijkgericht werken. Een zorgverlener noemde daarover: *'We moeten afleren om te denken dat we het als organisatie voor de cliënt op kunnen lossen, ik denk dat we juist wijkgericht moeten gaan werken en op die manier de zorg moeten bieden.'*

Netwerkdeelnemers gaven aan dat de onderlinge competitie tussen organisaties minder is geworden omdat mensen vooral met elkaar wilden werken en geen onderlinge wedstrijd wilden hebben. De netwerkdeelnemers gaven aan dat de aanwezigheid van welzijn in het netwerk heel fijn is, maar ook werd aangegeven dat deze rol idealiter nog iets prominenter aanwezig mag zijn.

'We moeten de zorg niet de boventoon laten voeren, dat is wat ik binnen het DementieNet heb geleerd, dat welzijn echt heel belangrijk is.'

Mantelzorgers gaven aan dat zorgverleners goed op de hoogte waren van de situatie en dat ze daardoor niet alles hoefden te herhalen als er een andere zorgverlener over de vloer kwam. Ook werd door hen als positief benoemd dat er welzijnsdoelen opgenomen worden in het zorgplan.

‘Ik vind het heel prettig dat ze meteen weten wie je bent en wat de situatie is bij mijn moeder.’

Het organiseren van trainingen en scholingen door DementieNet was een van de belangrijkste elementen van het programma volgens de netwerkdeelnemers; op deze manier konden ze hun kennis verbreden. Ze hadden ook het gevoel dat deze trainingen bijdroegen aan het versterken van de onderlinge samenwerking en het duidelijker maakte wie ze in bepaalde situaties in kunnen schakelen.

‘En het verbindt als je met elkaar dan een training doet en dan ook ziet hoe een ander werkt. We zijn allemaal natuurlijk anders opgeleid en daarin kunnen we juist van elkaar leren, dat is het mooie van een netwerk.’

Netwerktrekkers werden genoemd als zeer waardevol omdat zij degene zijn die het netwerk samenbrengen en de leiding nemen tijdens bijeenkomsten.

‘We hebben 2 hele sterke kartrekkers die allebei ook heel veel kennis en kunde hebben. Ze hebben buiten het DementieNet netwerk ook een sterk netwerk, ze hebben eigenlijk lijntjes naar alle kanten. Zij vervullen deze rol heel goed!’

Conclusie

Deze resultaten laten zien dat de DementieNet aanpak voor betere netwerksamenwerking en kwaliteit van zorg heeft gezorgd bij de deelnemende netwerken en een positieve invloed heeft op zorgverleners en mantelzorgers. Daarnaast zien we dat netwerken in staat zijn deze positieve effecten vast te houden ook nadat de coaching vanuit DementieNet is gestopt (omdat netwerken langer dan 2 jaar bezig zijn).

Natuurlijk waren deze resultaten niet voor alle deelnemende netwerken hetzelfde en heeft elk netwerk zijn eigen traject gehad, soms met ups en downs. Er waren ook veel factoren die een succesvolle samenwerking bemoeilijkt hebben zoals wisselingen in het netwerk, afwezigheid van een netwerktrekker of afwezigheid van een participerende huisarts. Uit al deze resultaten hebben wij als projectteam veel lessen geleerd die we daarna weer konden toepassen bij het opstarten van nieuwe netwerken en hopelijk kan deze kennis ook in de toekomst gebruikt blijven worden. Wij hopen hiermee te laten zien wat voor mooie resultaten geboekt kunnen worden met lokale eerstelijns samenwerking zodat dit een mooi vervolg mag krijgen op andere plekken en voor meerdere doelgroepen.

Kortom, er zijn veel mooie resultaten behaald met de DementieNet aanpak! Nogmaals dank aan alle netwerken voor jullie inzet bij het verzamelen van de data, anders hadden wij deze resultaten niet op deze manier kunnen laten zien.

Dit onderzoek is uitgevoerd door Dorien Oostra, promovenda DementieNet.

Evaluatie van het effect van DementieNet op zorgkosten



We hebben zorgen om de houdbaarheid en toegankelijkheid van onze zorg: we zien aanhoudende stijgingen in de zorgkosten, toenemende vergrijzing en tekorten op de arbeidsmarkt. Allemaal zaken die bijdragen aan een toenemende druk op de Nederlandse gezondheidszorg. Dementie is nu al verantwoordelijk voor een aanzienlijk aandeel van de gemaakte zorgkosten in Nederland, maar verwacht wordt dat dit door vergrijzing alleen maar verder toe zal nemen. Schattingen over de huidige incidentie lopen uiteen van 175.000 tot 280.000 en de nationale dementiestrategie heeft het over toenames tot 420.000 personen in 2030 en 520.000 in 2040. Het is dus noodzakelijk om te zoeken naar mogelijkheden om zorg voor patiënten met dementie doelmatiger te maken om zorgkosten te besparen en de druk op de zorg betaalbaar en qua menskracht uitvoerbaar te houden. Dementie gaat bovendien vaak gepaard met een complex patroon van meerdere (vaak chronische) ziekten en een breed spectrum aan gedrag- en zelfredzaamheidsproblemen, waarvoor goede coördinatie tussen zorgprofessionals essentieel is. Wanneer deze coördinatie tekortschiet, kan dit leiden tot niet-gepaste zorg en crisissituaties die

leiden tot vroege opname in het verpleeghuis. Verbeteren van deze coördinatie is dus van essentieel belang om de zorg in Nederland betaalbaar te houden. Onderzoek heeft aangetoond dat DementieNet leidt tot verbeterde kwaliteit van zorg en betere netwerk-samenwerking. In samenwerking met IQ healthcare en zorgverzekeraar VGZ is nu ook onderzocht of zorg geleverd vanuit DementieNet geleid heeft tot lagere zorgkosten.

Hiervoor is uitgebreid onderzoek gedaan op declaratiedata van alle zorgactiviteiten tussen 2015 en 2019 van alle patiënten met dementie van zorgverzekeraar VGZ. We hebben data geanalyseerd van zowel de zorgverzekeringswet- als de langdurige zorg. Zo is een compleet beeld ontstaan van het totale zorggebruik van patiënten met dementie over alle domeinen heen, en het mogelijke effect wat DementieNet heeft gehad op de ontwikkeling in deze zorgkosten. De groep patiënten die DementieNet begeleiding kregen, zijn vergeleken met alle andere patiënten die dat niet kregen. Daarbij is gekeken naar zorgkosten, kansen op opname, spoedopname, IC-opname, (toegenomen) verblijfsduur en eerstelijnsopname (crisis). Uit deze vergelijking is gebleken dat DementieNet heeft geleid tot een statistisch significante en klinisch relevante verlaging van de ziekenhuiskosten en een statistisch significante en relevante, maar minder grote, stijging van huisartsenkosten. We vonden ook een verlaagde kans op toename in de opnameduur in het ziekenhuis. Significante effecten op andere uitkomstmaten, waaronder totale zorgkosten over alle domeinen heen, vonden we niet. De resultaten uit deze studie laten zien dat zorg georganiseerd volgens de integrale DementieNet aanpak in staat is om ziekenhuiskosten voor patiënten met dementie te verlagen. Daarbij werd een kleine stijging in

huisartsenkosten waargenomen die waarschijnlijk te wijten is aan een toegenomen aantal multidisciplinaire overleggen of extra controleafspraken. Het uitblijven van significante stijgingen in andere kostensoorten laat zien dat deze besparingen in ziekenhuiszorg niet behaald zijn door toenames in andere kostensoorten. Samen met de positieve resultaten van het onderzoek naar de impact van DementieNet op kwaliteit van zorg is nu dus aangetoond dat DementieNet in staat is om de kwaliteit van zorg voor patiënten met dementie te verbeteren, zonder toename van de zorgkosten.

Dit onderzoek is uitgevoerd door IQ healthcare in samenwerking met de afdeling geriatrie van het Radboudumc en Coöperatie VGZ. Veel dank aan mijn coauteurs: Florian Kruse, Simone van Dulmen, Martijn Maessen, Patrick Jeurissen en Marcel Olde Rikkert.



Door: Toine Remers, promovendus betaalbare zorg voor mensen met multimorbiditeit

Zo trots

Gecomponeerd en geschreven door Roos Blufpand

Dapper als een ridder
Je zwaard altijd op zak
Je harnas dan wel vergeten
Toch kordaat op pad
Soms zul je moeten steken
Al wil je het liever niet
Soms zul je moeten vechten, tegen demonen
Of tegen je verdriet

En toch ga je door
Stapje voor stapje
Kijk niet achterom
Blik op vooruit
Zo trots, zo trots op jou
Zo trots, zo trots op jou

Soms zijn er van die dagen
Dat je geen stappen maar sprongen maakt
De wind lijkt je te sturen
Alles gaat vanzelf vandaag
Morgen kan alles weer anders zijn
Geen bomen om te schuilen, geen schouder om te huilen
Tranen in de regen

En toch ga je door
Stapje voor stapje
Kijk niet achterom
Blik op vooruit
Zo trots, zo trots op jou
Zo trots, zo trots op jou

© 2020 Copyright Roos Blufpand



TOP 5 VERBETERPLANNEN

1



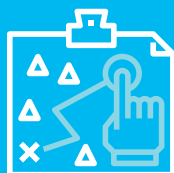
Sociale kaart/zorgpad

2



Vroegsignalering
cognitieve problemen/kwetsbaarheid

3



Verbeteren MDO

4



(Digitale) communicatie

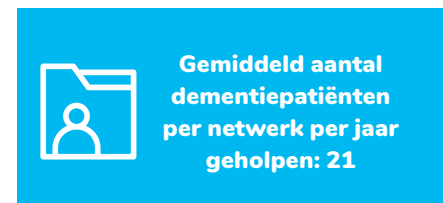
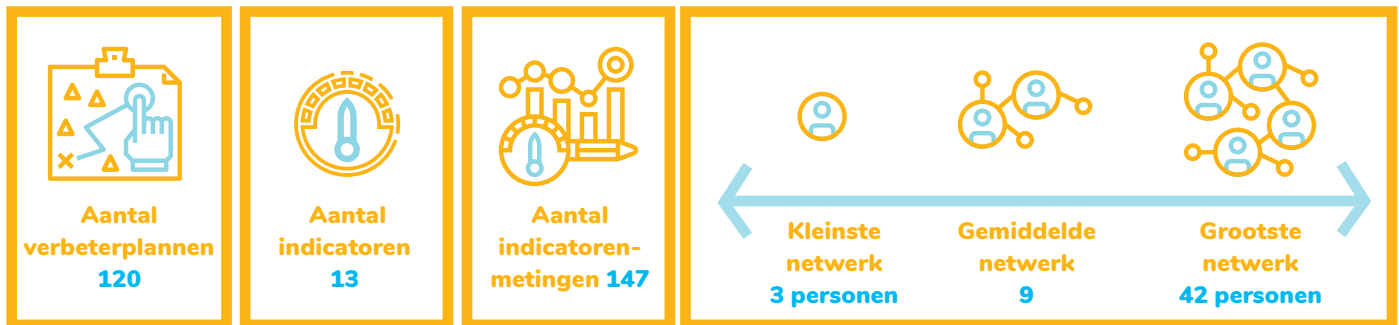
5



Diagnostiek bij dementie

DEMENTIENET

Netwerken



Over ons team



Dorien Oostra
Promovenda DementieNet

Ik ben sinds 2018 betrokken bij DementieNet als onderzoeker. Het evalueren van de DementieNet aanpak is onderdeel van mijn promotietraject. Ik ben vooral bezig geweest met het onderzoek dat gekoppeld is aan het DementieNet project, om de effectiviteit van de DementieNet aanpak aan te tonen. De afgelopen jaren heb ik daarom jaarlijks data verzameld bij de netwerken. We volgen de netwerken over de tijd door jaarlijks de

netwerktrekkers te interviewen en kwaliteitsindicatoren te verzamelen. Na deze dataverzameling stuur ik de netwerken een terugkoppeling waar ze verbeterpunten uit kunnen halen om weer mee aan de slag te gaan. Wij gebruiken deze informatie om de netwerkaanpak te evalueren en de meerwaarde ervan aan te tonen.

De factoren die in het onderzoek naar voren komen, kunnen ook direct toegepast worden. Bijvoorbeeld bij het opzetten van nieuwe netwerken. Ik vind het ontzettend mooi om te zien hoe dit project een direct effect heeft op de werkwijze in de dagelijkse praktijk en daarmee de zorg voor mensen met dementie en hun naasten ten goede komt. Al zijn er veel barrières om een succesvol netwerk te worden (en blijven) en heeft het wat tijd nodig, de resultaten hebben laten zien dat het absoluut de moeite waard is.



Joanna van den Bergh

Projectmedewerker DementieNet

Ik ben sinds 2016 betrokken bij DementieNet, als projectassistent en communicatiemedewerker. De afgelopen jaren heb ik in nauwe samenwerking met Minke de verschillende masterclasses en scholingsbijeenkomsten georganiseerd. Daarnaast was ik verantwoordelijk voor alle praktische zaken in dit project, waaronder de in- en externe communicatie.

Het is erg mooi om te zien wat netwerksamenwerking teweegbrengt: kortere lijnen, kennisuitwisseling, beter gebruik maken van elkaars expertise en elkaar beter informeren. Dit is absoluut niet makkelijk en kost veel tijd, maar uiteindelijk loont het echt! Ik heb gemerkt dat er veel behoefte is aan deskundigheidsbevordering op het gebied van dementie en handvatten om de samenwerking te verbeteren. Daar kan het DementieNet programma heel goed bij helpen en dat zie je terug in de praktijk.



Fred Wolters

Programmaleider dementie en ambassadeur wijkverpleging

In het DementieNet programma heb ik mij gericht op de rol van wijkverpleegkundigen en casemanagers dementie in de netwerken. De opstart van het programma was best lastig, omdat we de netwerken niet goed van de grond kregen. Er bleek weinig animo te zijn en de netwerktrekkers stonden niet meteen in de rij. We wisten niet precies waar dit aan lag, waardoor we ons afvroegen: kunnen we dit eigenlijk wel? Kunnen wij ons enthousiasme voor dit programma nog wel overbrengen? Achteraf gezien dachten we misschien ook wel te makkelijk over netwerksamenwerking. Stukje bij beetje leerden we wat er onder andere komt kijken bij professioneel leiderschap en welk profiel daar bij past en dat onderlinge relaties, binnen een netwerk, zo ontzettend belangrijk zijn.

De afgelopen jaren heb ik gemerkt dat interprofessionele samenwerking echt iets toevoegt aan de kwaliteit van zorg en ondersteuning. Tegelijkertijd is dat ook de grootste uitdaging.

Marcel Olde Rikkert

Hoogleraar klinische geriatrie, projectleider
DementieNet

Samen met enthousiaste collega's heb ik de afgelopen jaren geprobeerd een start te maken met het bouwen, verbeteren en evalueren van de netwerkfunctie rond mensen met dementie.

Het was daarbij heel bevredigend om te zien dat het formele en informele netwerk rond mensen met dementie op een directe manier versterkt kan worden door training in netwerkvaardigheden en specifieke vaardigheden en kennis rond dementie. Het is een grote uitdaging om de effectiviteit van zo'n complexe interventie als netwerkverbetering rond kwetsbare mensen met dementie hard te maken: dit hangt namelijk ook af van het kunnen maken van persoonlijke verbindingen. Een even grote uitdaging is training en proces- en structuurvoorwaarden te borgen in verzekerde zorg. Allebei adresseren is de grootste uitdaging.

Mijn belangrijkste les in dit project? Goed luisteren naar de problemen in de praktijk loont bij het opzetten van interventies en interventiestudies. Ook de samenwerking met mantelzorgers en casemanagers en hen de gelegenheid geven tot aanpassing van de strategie was erg waardevol.





Minke Nieuwboer

Adviseur en onderzoeker, projectcoördinator
DementieNet

Ik ben de coördinator van DementieNet, dat wil zeggen dat ik het eerste aanspreekpunt ben voor het reilen en zeilen van de ontwikkeling van de netwerken. Ik geef onder andere advies bij de opstart van nieuwe netwerken, ik coach netwerktrekkers in hun rol en ik help mee met het opstellen van verbeterplannen. Ook organiseer ik samen met Joanna de netwerkscholingen en masterclasses.

Landelijk probeer ik bij verschillende partijen als ZonMw, Vilans de DementieNet aanpak onder de aandacht te brengen. Ik denk mee over verschillende innovaties die we proberen op te zetten en ik help de netwerken bij het aanvragen van subsidie.

Bij de start van het programma in 2014 hadden we niet het meest handige momentum te pakken. In 2015 werd de zorgverzekeringswet ingevoerd en hierdoor waren de eerstelijns professionals wat afwachtend. Ze konden niet overzien wat dit zou betekenen voor het dagelijks werk. Daardoor hadden we moeite om de eerste netwerken aan de gang te krijgen. Toen we de eerste flow te pakken hadden met vijf netwerken, en positieve voorbeelden hadden, ging het ineens veel sneller. Ook kregen we zelf

beter zicht op wat de netwerken precies nodig hadden. Dit hebben we echt gaandeweg geleerd. Het was heel fijn dat we in ons projectteam hierover konden sparren en zo werkende weg ons programma hebben verbeterd. We konden elkaars expertise en ervaringen goed gebruiken.

Waar ik blij van word? Dat we concrete tips kunnen geven door de ervaring die we inmiddels hebben. Daarmee help je netwerktrekkers ook echt op weg. We weten inmiddels welke kleine stappen je moet nemen om tot resultaten te komen. Dat komt ook door de kennis die we hebben opgedaan over alle verschillende onderwerpen die spelen in de netwerken, bijvoorbeeld signaleren van cognitieve problemen en probleemgedrag. Die kleine stappen zijn belangrijk zodat de netwerken zich niet vertillen aan een veel te groot plan wat niet haalbaar is. Mijn boodschap: kies in je netwerk gezamenlijk een actie uit waar je zin in hebt en waar je blij van wordt, dat werkt heel goed.



Marieke Perry

Senior onderzoeker en huisarts

Bij de start van het project was mijn rol om samen met Minke het DementieNet programma te bedenken en te implementeren. We hebben startbijeenkomsten begeleid, netwerktrekkers gecoacht en trainingen gegeven. Samen met Jeroen de Blij bedachten en gaven we workshops aan de netwerktrekkers. Gedurende het project is mijn rol verschoven richting het onderzoek. We schreven een subsidieaanvraag om het project door te zetten en meer bewijs te kunnen leveren voor de meerwaarde van het programma.

Duidelijk maken dat de DementieNet werkwijze een benadering is die je op veel kwetsbare patiëntengroepen kunt toepassen, was voor mij de grootste uitdaging. Bij de generalisten in de eerstelijns riep de naam DementieNet weerstand op: "Weer een ziektegericht programma, we kunnen niet voor elke ziekte bij een samenwerkingsverband betrokken zijn". Doordat de DementieNetten vaak door casemanagers dementie, praktijkondersteuners en/of wijkverpleegkundigen getrokken worden, namen huisartsen (in eerste instantie met wat tegenzin) toch deel om vervolgens na een jaar de werkwijze te omarmen. Ze moesten het dus ervaren om de meerwaarde te kunnen zien.

DementieNet heeft voor mij echt laten zien dat netwerkzorg een transitie is en niet iets wat je even kunt implementeren. Het is een werkwijze die moet groeien, mensen moeten elkaar leren kennen en vertrouwen, je moet elkaar weten te vinden. Samen structureel voor patiënten zorgen en aan concrete verbeterplannen werken helpt hierbij. Dat het zo werkt, zagen we ook in het onderzoek: in het eerste jaar na de start van een netwerk verbetert de samenhang, het jaar daarna neemt pas de kwaliteit van zorg toe. Dat verklaart voor mij ook dat eerdere onderzoeken naar de effectiviteit van gestructureerde ouderenzorg, die meestal een jaar duurden, nooit duidelijke verbeteringen konden aantonen.

Mijn belangrijkste les: ten eerste hoe belangrijk expliciete communicatie is. Er blijven altijd belangrijke zaken onuitgesproken. Als dit wel expliciet op tafel komt en ook naar patiënt en mantelzorger wordt gecommuniceerd, geeft dat enige rust ook al kan het probleem misschien niet direct worden opgelost. Dit was voor mijzelf als huisarts ook een belangrijke les.

Daarnaast zie ik de interesse bij beleidsmakers voor het DementieNet programma. Allemaal benadrukken ze het belang van samenwerking en afstemming. Alleen tot nu toe is niemand bereid om juist ook de indirecte (overleg) tijd die hiermee gepaard gaat fatsoenlijk te vergoeden. Laat staan de tijdsinvestering die nodig is om op overstijgend niveau het netwerk op te starten en aan de gang te houden. Hopelijk kunnen positieve uitkomsten van de eindevaluatie van DementieNet een bijdrage leveren aan een integratie op beleidsniveau.

DEMENTIENET

Het DementieNet programma is mogelijk gemaakt met financiële steun van:
Gieskes Strijbis Fonds, ZonMw, Alzheimer Nederland en VGZ,
namens de gezamenlijke zorgverzekeraars.



DementieNet is een initiatief van het Radboudumc Alzheimer Centrum. Een aantal onderdelen van het DementieNet programma wordt ondergebracht bij Netwerk 100.



