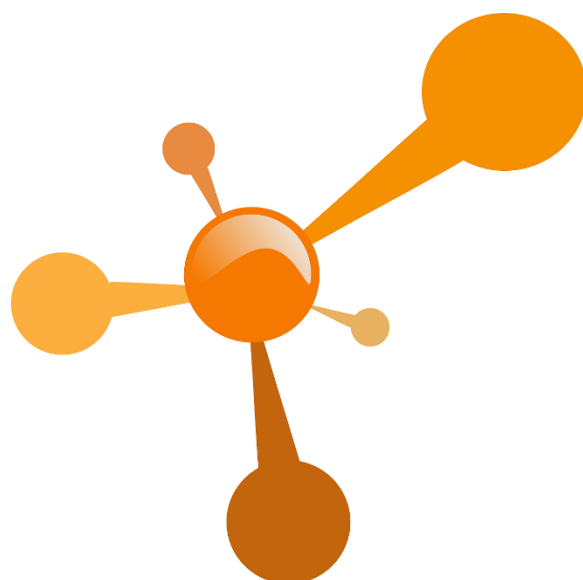


**Verkenning van samengaan  
Netwerken Dementie & Netwerken Kwetsbare Ouderen**



**Auteurs: Esther Tetteroo en Hetty Top**

**mei 2018**

**DEMENTIEZORG  
VOOR ELKAAR**

## Inhoud

<b>Samenvatting</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Inleiding</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Verkenning</b> .....	<b>5</b>
2.1 Dementie en kwetsbare ouderen.....	5
2.2 Samenwerkingsverbanden dementie en kwetsbare ouderen .....	5
a. Regionale Netwerken Dementie .....	5
b. Regionale Netwerken Kwetsbare Ouderen / BeterOud.....	6
c. Zorgnetwerken .....	6
2.3 Vormen van samenwerking en integratie .....	6
2.4 Mogelijke financiering van netwerkstructuren.....	7
<b>3. De praktijk</b> .....	<b>8</b>
3.1 Schets van een aantal gefuseerde netwerken en hun motieven voor samengaan .....	8
3.2 Actuele ontwikkelingen die het samengaan bevorderen.....	8
<b>4. Analyse</b> .....	<b>10</b>
4.1 Meerwaarde .....	10
4.2 Ervaren knelpunten .....	11
4.3 Geleerde lessen .....	14
<b>5. Conclusies</b> .....	<b>17</b>
<b>6. Bijlage Beschrijving samenwerkingsverbanden</b> .....	<b>19</b>
Interview 1: Kennisnetwerk Kwetsbare Ouderen West Achterhoek .....	19
Interview 2: Zeeuwse Zorgschakels.....	21
Interview 3: Noordelijke Maasvallei, Netwerk Veerkrachtige Ouderen .....	22
Interview 4: Netwerk 100 en platform dementie .....	23
Interview 5: Geriatrisch Netwerk Midden Brabant.....	24
Interview 6: Netwerk Kwetsbare Ouderen Drechtzorg.....	25
Interview 7: Netwerk Dementie / Geriatrie in Oost Nederland.....	26

## Samenvatting

Netwerken dementie worstelen met dit vraagstuk: moeten zij een apart netwerk voor mensen met dementie blijven of regionale aansluiting zoeken bij bredere netwerken rond kwetsbare ouderen. Vanuit de eerstelijns of gemeentelijke regio's zien we steeds vaker samenwerking ontstaan voor een bredere groep kwetsbare ouderen waar mensen met dementie onderdeel van uitmaken. Lees 7 praktijkervaringen.

De basis voor deze oriëntatie wordt gevormd door interviews met ketenregisseurs van zeven geïntegreerde netwerken. Een beschrijving van deze zeven netwerken en hun eigen geschiedenis treft u in de bijlagen.

In de interviews zijn we op zoek gegaan naar antwoord op de volgende vragen:

- Wat zijn de overwegingen en ervaringen van samenwerkingsverbanden dementie die ervoor hebben gekozen om op te gaan in een samenwerkingsverband kwetsbare ouderen?
- Waarom maken samenwerkingsverbanden deze keuze, hoe doen ze dit, welke doelen stellen ze zich en wat levert het op?

## Kantekeningen

- Behoud aandacht voor dementie als je verbreed naar kwetsbare ouderen. Er is een risico dat deze aandacht verslapt, doordat de partijen minder kennis hebben over en betrokkenheid bij dementie.
- Ketenregisseurs willen vooral geen blauwdruk geven voor hoe andere regio's hun samenwerking zouden moeten vormgeven. Dit is regionaal maatwerk.
- Fuseren kost tijd en energie.
- Essentiële randvoorwaarde genoemd dat dit netwerk werkt vanuit een duidelijke gezamenlijke visie

## Meerwaarde

Het samenvoegen van Netwerken Dementie en Netwerken Kwetsbare ouderen kan een grote meerwaarde hebben, zo blijkt uit ervaringen in gefuseerde netwerken. Samenvoeging vergroot in een aantal regio's de samenwerking rond individuele cliënten en daarmee neemt de kwaliteit van zorg en ondersteuning toe. Daarnaast neemt de (regionale) betrokkenheid van een aantal belangrijke spelers toe, zoals die van huisartsen.

Hoe beter voorbereid het proces verloopt om te komen tot een fusie, hoe groter de meerwaarde uiteindelijk is voor de cliënten en voor de deelnemende organisaties. Belangrijk is dat de motivatie en de daadwerkelijke te nemen stappen voortkomen uit een gedeelde visie op de wijze waarop de ouderenzorg wordt ingericht. Daarbij is de (vraag van) de oudere zelf het startpunt.

## 1. Inleiding

Dementiezorg voor Elkaar (DvE) ontving in 2017 de vraag of er een landelijk raamwerk of standpunt is over samenwerkingsverbanden kwetsbare ouderen en dementie. Regionaal speelt de discussie of er een apart netwerk dementie wenselijk is of dat dit netwerk aansluit op, dan wel opgaat in een netwerk kwetsbare ouderen. Er blijken meer regio's te zijn bij wie dit vraagstuk speelt. Diverse huisartsengroepen pleiten ervoor dat dementie binnen een samenwerking kwetsbare ouderen wordt gepositioneerd. Samenwerkingsverbanden dementie en kwetsbare ouderen zijn er in allerlei smaken en soorten. Er zijn netwerken die vooral insteken op een goede samenwerking tussen huisarts, wijkverpleegkundige en specialist ouderengeneeskunde. En er zijn netwerken die bestuurlijk of beleidsmatig samenwerken op regionaal niveau. Er zijn netwerken die enkel casemanagement regelen, maar ook netwerken die kennis willen delen, innovatief of verbindend zijn. De samenwerkingsverbanden verschillen qua grootte, scope, ontstaansgeschiedenis, functioneren en ambitie.

Met dit gegeven gaan we in deze verkenning op zoek naar gemene delers, succesverhalen, geleerde lessen en tips die overdraagbaar zijn voor ketens, netwerken en andere initiatieven, die hun dementiezorg en zorg voor kwetsbare ouderen meer als een geheel willen organiseren. In het verlengde daarvan wordt de vraag beantwoord in hoeverre het wenselijk is dat DvE daar een vorm van ondersteuning in ontwikkelt.

## Interviews

De basis voor deze oriëntatie wordt gevormd door interviews met ketenregisseurs van zeven geïntegreerde netwerken. Een beschrijving van deze zeven netwerken en hun eigen geschiedenis treft u in de bijlage.

In de interviews zijn we op zoek gegaan naar antwoorden op de volgende vragen:

- Wat zijn de overwegingen en ervaringen van samenwerkingsverbanden dementie die ervoor hebben gekozen om op te gaan in een samenwerkingsverband kwetsbare ouderen?
- Waarom maken samenwerkingsverbanden deze keuze, hoe doen ze dit, welke doelen stellen ze zich en wat levert het op?

We zoeken uit welke positieve en negatieve ervaringen en gevolgen er zijn, welke geleerde lessen en tips ze hebben voor het samengaan van dementienetwerken en geriatrische netwerken. Deze verkenning is niet uitputtend maar geeft een aantal indrukken uit de praktijk weer.

Het aangrijpingspunt voor deze verkenning en een mogelijk vervolg zijn de Netwerken Dementie, en niet Netwerk kwetsbare ouderen of samenwerkingsverbanden van professionals in de eerste lijn. Deze zijn echter wel beschreven en betrokken in de verkenning, om zo een helder beeld te schetsen van de omgeving waarin zich deze vraag afspeelt. Ook het bijwonen van een congres van InEen, professionals in de eerstelijnszorg, over multidisciplinaire samenwerking heeft bijgedragen aan deze verkenning.

## 2. Verkenning

### 2.1 Dementie en kwetsbare ouderen

Niet elke kwetsbare oudere heeft dementie. Niet elk mens met dementie is oud. En is iedereen die dementie heeft per definitie kwetsbaar<sup>1</sup>?

- a. Dementie is de naam voor een combinatie van symptomen (een syndroom), waarbij de hersenen informatie niet meer goed kunnen verwerken. Dit heeft ingrijpende gevolgen voor het dagelijks functioneren van mensen. Dementie is een verzamelnaam voor ruim vijftig ziektes.
- b. Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname en overlijden). Ouderen kunnen om verschillende redenen als kwetsbaar worden aangemerkt. Door problemen met: lichamelijk actief zijn, voeding, mobiliteit, evenwicht, zintuiglijke functies, kracht, uithoudingsvermogen (op het lichamelijk domein), cognitie, stemming, coping (psychische domein), sociale steun en sociale relaties (sociale domein).

Kwetsbare ouderen hebben een groter risico op dementie. Veel domeinen van kwetsbaarheid zijn risicofactoren en/of voorspellers van dementie.

- Iedereen met dementie > 65 jaar is per definitie ook een kwetsbare oudere
- 27% van de 65-plussers valt onder de definitie kwetsbare oudere
- 34% van kwetsbare ouderen heeft dementie (2014)
- Het aantal mensen met dementie stijgt sneller dan het aantal kwetsbare ouderen. In 2040 heeft 47% van de kwetsbare ouderen dementie

### 2.2 Samenwerkingsverbanden dementie en kwetsbare ouderen

Tot op heden bestaan netwerken dementie en netwerken kwetsbare ouderen veelal naast elkaar in een regio. Veel samenwerkingen zijn lokaal of regionaal georganiseerd en er is veel *couleur locale*. De ontstaansgeschiedenis van beide samenwerkingsverbanden is dan ook verschillend.

#### a. Regionale Netwerken Dementie

Nederland telt ongeveer 65 regionale samenwerkingsverbanden rond dementie. Deze zijn rond 2010 ontstaan, onder de naam Ketenzorg Dementie of Netwerk Dementie (we gebruiken in deze verkenning de benaming Netwerk Dementie). Deze netwerken ontstonden als gevolg van het Landelijk Dementie Programma (LDP). Daarnaast kwamen er vanuit de regionale zorgkantoren (AWBZ) middelen beschikbaar voor het opzetten van casemanagement bij dementie. Een voorwaarde voor het kunnen beschikken over deze middelen was het oprichten van een regionale samenwerkingsstructuur. Deze samenwerking startte veelal bij de grootste zorgaanbieders in de regio. De doelstelling is in de afgelopen jaren in de meeste samenwerkingsverbanden verbreed naar het leveren van goede zorg en ondersteuning in alle fasen aan ouderen met dementie en hun naasten, zoals beschreven in de Zorgstandaard Dementie (2013). Dit is een domein overstijgende

---

<sup>1</sup> Bron Alzheimer Nederland

doelstelling. Dit vertaalde zich ook naar verbreding van de samenstelling van de netwerken. Partners zoals de Alzheimerafdelingen, ziekenhuizen, GGZ, welzijnsorganisaties, gemeentes en huisartsen zijn inmiddels op veel plaatsen aangesloten. In 2015 is het casemanagement dementie onder de aanspraak wijkverpleging in de Zvw ondergebracht. In een aantal regio's heeft deze wijziging geleid tot het wegvallen van het samenwerkingsverband. Er zijn geen exacte aantallen en overzichten beschikbaar. Het cliëntperspectief wordt veelal ingebracht via de regionale afdelingen van Alzheimer Nederland.

#### **b. Regionale Netwerken Kwetsbare Ouderen / BeterOud**

Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) is gestart in 2008 en werd uitgevoerd door acht regionale netwerken. Sinds 2017 is dit programma geëindigd en overgegaan in het consortium BeterOud. Binnen het NPO kregen acht academische ziekenhuizen budget om de ouderenzorg in de regio's beter op te zetten. Daar zijn netwerken kwetsbare ouderen uit ontstaan. Ooit waren deze netwerken bijna landelijk dekkend. Regio's buiten de scope van de academische ziekenhuizen zijn inmiddels minder betrokken. In deze netwerken werken organisaties samen om ouderen te helpen hun leven zo zelfstandig en zo waardevol mogelijk te blijven leiden. Ook als iemand afhankelijk wordt van zorg of ondersteuning. Bij zorg en ondersteuning van ouderen zijn veel verschillende organisaties betrokken zoals huisartsen, apotheken, verpleeghuizen, ziekenhuizen, welzijnsorganisaties en gemeenten. De netwerken zetten zich in voor meer ouderenparticipatie in de zorg en welzijn. In onderzoeksprojecten, beleid, in het onderwijs, maar bijvoorbeeld ook bij de overgang van ziekenhuis naar thuis. De netwerken die ontstaan zijn vanuit het NPO hebben vanaf het begin sterk gefocust op het opzetten van doelgroeppanels. Ouderen hebben een belangrijke stem bij nieuwe projecten. Naast de netwerken kwetsbare ouderen die vanuit het NPO ontstaan zijn, zijn er diverse regionale initiatieven geweest, bijvoorbeeld onder de naam Netwerk Geriatrie.

#### **c. Zorgnetwerken**

Naast de hierboven beschreven netwerken ontstaan steeds meer samenwerkingsverbanden op wijkniveau en op het niveau van de huisartsenpraktijk. Hieraan ten grondslag ligt een Bestuurlijk Akkoord Eerstelijnszorg (2014), waarin gestreefd wordt naar meer multidisciplinaire en domeinoverstijgende samenwerking rond patiënten thuis. Ook het beleid van zorgverzekeraars is erop gericht om via modules kwetsbare ouderen de ouderenzorg thuis te verbeteren. In de samenwerking rond de individuele cliënt wordt soms gesproken over een zorgnetwerk. De focus in deze verkenning ligt op de regionale structuren, omdat zowel in de vraagstelling aan DvE als in de interviews blijkt dat daar de focus van de ketenregisseurs van de dementieketens en netwerken kwetsbare ouderen ligt.

### **2.3 Vormen van samenwerking en integratie**

De diversiteit op lokaal/regionaal niveau is zowel bij samenwerkingsverbanden dementie en samenwerkingsverbanden kwetsbare ouderen in kaart gebracht (Huijsman 2016, Linschoten e.a., 2016 en 2017). Huijsman onderzocht welke varianten van inzet van casemanagement dementie er zijn en is tot vier wenselijke modellen gekomen. Van Linschoten e.a. hebben onderzocht in welke varianten professionals betrokken zijn in de eerstelijnszorg rondom kwetsbare ouderen. In de meeste situaties blijkt er een vast team van huisarts, praktijkondersteuner, praktijkverpleegkundige en wijkverpleging te zijn, met ondersteuning van een specialist ouderengeneeskunde en soms een sociaal wijkteam. Er wordt nu een plan van aanpak ontwikkeld om huisartsenpraktijken te ondersteunen bij het verder implementeren van deze samenwerking. Deze onderzoeken geven

echter geen inzicht in het functioneren van samenwerkingsverbanden als geheel, qua doelstellingen, ambitie, organisatie en bestuur. Hier is geen informatie over gevonden.

In deze verkenning analyseren we enkele praktijkvoorbeelden uit het land. Hoe hebben zij hun integratie of verregaande samenwerking vormgegeven? Wat verstaan zij onder integratie?

Een interessante visie op geïntegreerde samenwerking komt van Hodes, Tibosch en Oude Ophuis (januari 2015). Zij beogen met hun 'zorgplan kwetsbare ouderen' de integratie van dementiezorg met de overige zorg die de cliënt nodig heeft, zodat er één zorgplan ontstaat. Geïntegreerde zorg met biopsychosociaal en multicausaal denken, in plaats van het opeenstapelen van zorgketens. Welke problematiek op de voorgrond staat, bepaalt welke zorgverlener de rol van casemanager op zich neemt. Zij spreken over case- en carecomplexity. Ouderenzorg kan complex zijn als gevolg van ingewikkelde problematiek (case). Ziekten, beperkingen en kwetsbaarheid zijn verweven en bemoeilijken de diagnostiek. En/of de zorg (care) van de cliënt is complex, door bijvoorbeeld een beperkt netwerk of combinaties van zorg.

- Bij case complexity ligt het accent op samenwerking van de huisartsvoorziening met medisch specialisten, specialisten ouderengeneeskunde, gespecialiseerde paramedici en psychologen voor de ziektediagnostiek en het benutten van nog aanwezige herstelmogelijkheden;
- Bij care complexity ligt het accent meer op samenwerking met wijkverpleegkundigen, maar ook met specialisten ouderengeneeskunde en in ouderenzorg gespecialiseerde paramedici, verpleegkundigen en psychologen, welzijn en WMO, nu gericht op het vertragen of compenseren van functionele beperkingen.

## **2.4 Mogelijke financiering van netwerkstructuren**

Mogelijkheden voor ketenfinanciering van dementie zijn vastgelegd in de zorgverzekeringswet. De zorgverzekeraars gaan hier verschillend mee om.

Vanaf 2018 komen middelen beschikbaar in de eerstelijns voor ondersteuning in de organisatie & infrastructuur (O&I), een nieuwe bekostigingsstructuur voor versterking van de organisatiegraad in de eerste lijn<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Bron: <https://ineen.nl/onderwerpen/organisatie-en-infrastructuur/>

### 3. De praktijk

#### 3.1 Schets van een aantal gefuseerde netwerken en hun motieven voor samengaan

In de bijlage zijn de zeven netwerken dementie/kwetsbare ouderen beschreven die zich hebben aangemeld voor deze verkenning. Deze netwerken maken in een aantal gevallen deel uit van een breder zorgnetwerk, een regionale paraplu waaronder ook andere ketens of samenwerkingsprojecten vallen zoals palliatieve zorg, CVA, transmurale zorgbrug etc. Het doel van deze constructies is veelal het delen van kennis, het verbinden van ontwikkelingen en verbeterprojecten en het stimuleren van innovatie. Het functioneren van deze overkoepelende netwerken is alleen ter sprake geweest in zoverre het de netwerken dementie/kwetsbare ouderen raakt, zoals afspraken over besluitvorming. In de beschrijving van de netwerken wordt aandacht besteed aan:

- aanleiding tot de integratie
- proces
- opbrengsten

Elk netwerk heeft een eigen (ontstaans)geschiedenis. Wat onder meer opvalt is dat de aanvangssituatie zo divers is. Dat geldt bijvoorbeeld voor de samenwerkingsstructuur in de regio. Soms is er sprake van een overkoepelend, breed opgezet zorgnetwerk waaronder de diverse ketens vallen. Dan is er al een zekere samenhang.

De belangrijkste motieven voor verdergaande samenwerking zijn geweest:

- Mensen met dementie maken onderdeel uit van de groep kwetsbare ouderen. Als de zorg voor kwetsbare ouderen goed geregeld is (screening, multidisciplinaire aanpak), is ook de zorg voor mensen met dementie goed geregeld (integrale zorg).
- Doelstellingen van netwerken dementie en kwetsbare ouderen overlappen gedeeltelijk.
- Veel ouderen hebben of krijgen meerdere aandoeningen, waaronder dementie. Vanuit generalistisch werkende professionals gezien is het apart benaderen van mensen met dementie minder logisch.
- Samenwerking levert grotere betrokkenheid op van partijen die zich niet alleen rond mensen met dementie willen organiseren (zoals huisartsen en gemeentes);
- Het realiseren van efficiëntere vergadercircuits en besluitvormingsprocessen.
- Meer mogelijkheden om beleid en projecten goed in samenhang te ontwikkelen.

Uit de interviews met de ketenregisseurs blijkt dat de netwerken zich vooral bezighouden met de samenwerking op regionaal niveau en dat de afspraken lokaal en rond de huisartsenpraktijken meer overgelaten worden aan de afzonderlijke professionals. Daarbij kunnen regionale samenwerkingsafspraken rond kwetsbare ouderen (screening, opvolging, MDO etc.) wel helpend zijn.

#### 3.2 Actuele ontwikkelingen die het samengaan bevorderen.

Uit zowel de ervaringen van de geïnterviewde ketenregisseurs als op het congres van Ineen blijkt dat onderstaande ontwikkelingen de noodzaak van verdergaande samenwerking voor de (regionale) partners zichtbaar maken. Het congres van Ineen, dd. 14 december 2017, liet zien dat dat



netwerkvorming op diverse niveaus, rondom de patiënt, in de wijk en in de regio steeds belangrijker wordt. Daaraan liggen de volgende oorzaken ten grondslag:

- a. De grote toename van het aantal ouderen, en in het bijzonder van ouderen die langer thuiswonen met complexe problemen, waaronder verlies van regie. Meer dan ooit is samenwerking en afstemming noodzakelijk, om crisissituaties en verkeerde-bedden-problemen te voorkomen. Huisartsen willen hun patiënten op het juiste moment naar de juiste plek begeleiden. Dat geldt in het bijzonder voor ouderen met verlies van regie. Samenwerking tussen eerstelijns en de zorgorganisaties en de ziekenhuizen wordt noodzakelijker en frequenter op patiëntniveau. Zoals de website van InEen het formuleert: *'Bij steeds meer patiënten is sprake van complexiteit, Multi morbiditeit, samenhangende zorg- en welzijnsvraagstukken. Dit zet druk op de huisartsenzorg en de eerste lijn in den brede, zowel overdag als in de avond-, nacht- en weekenduren. Voor die patiënten vereist de zorg een multidisciplinaire en domeinoverstijgende aanpak. Dát organiseren en het ondersteunen van zorgprofessionals bij die veranderingen is waar InEen en haar leden voor staan.'*
- b. Huisartsenpraktijken worden steeds actiever inzake de zorg voor kwetsbare ouderen. Dat betreft screening, diagnostiek, multidisciplinair overleg (MDO). Dit gebeurt mede onder invloed van de zorgverzekeraars die huisartsen willen bewegen tot meer aandacht voor kwetsbare ouderen, bijvoorbeeld via modules kwetsbare ouderen. Daarmee wordt de huisarts in staat gesteld om extra te investeren in bijvoorbeeld het aanstellen van een POH ouderen, opsporen en screenen van ouderen en opzetten van MDO. Deze beweging heeft tot gevolg dat de samenwerking op het niveau van de huisartsenpraktijk intensiveert, maar ook dat de huisartsen meer geïnteresseerd raken in regionale samenwerkingsafspraken met de zorgaanbieders. Dat betreft bijvoorbeeld afspraken rond gezamenlijke dossiervorming of protocollen voor inzet van een externe deskundige zoals een Specialist Ouderengeneeskunde (SO). De dementienetwerken zijn vanouds opgezet vanuit de zorgaanbieders en de netwerken zijn daarmee een relevante gesprekspartner voor huisartsen die de verbinding zoeken met de eerste en tweede lijn.
- c. De komst van de Eerstelijns Verblijf (ELV) in 2017, de regeling voor ELV onder regie van huisartsen, is een derde ontwikkeling die maakt dat de verbinding tussen huisartsen en zorgaanbieders regionaal wordt geïntensiveerd. Binnen deze regeling is het onderscheid tussen kwetsbare ouderen en mensen met dementie niet in eerste instantie aan de orde. Het gaat om passende zorg voor individuele ouderen.

## 4. Analyse

In dit deel van de verkenning beschrijven we de ervaringen die naar voren zijn gekomen uit de interviews met ketenregisseurs. De nummers bij de uitspraken verwijzen naar de afgenomen interviews.

### 4.1 Meerwaarde

De samenwerking rondom huisartsen is verbeterd. De betrokkenheid van huisartsen is groter bij kwetsbare ouderen dan bij alleen dementie. Er zijn MDO's waarin aan kennisdeling en signalering wordt gedaan, en de samenwerking met andere disciplines en ziekenhuis is verbeterd. De grotere betrokkenheid van de huisartsen wordt ook cruciaal genoemd.

- *De meerwaarde van Zeeuwse Zorgschakels ligt nu vooral op operationeel niveau: samenwerking in MDO, signalering, kennisdeling. (2)*
- *Goede start met de dementieketen, waar huisarts in zitten die betrokken waren en actief werden ingezet voor scholing en hun visie. En gezamenlijke afspraken maken m.b.t. bijv. diagnostiek en casemanagement, i.p.v. per HAP. Huisarts ervaren de meerwaarde van deze samenwerking. (2)*
- *Het gevolg van deze visie is dat HA andere soort consulten hebben. Hier krijgen ze extra middelen voor. Een patiënt vult een vragenlijst in die de huisarts tijdens het consult bespreekt. Een consult over bijv. rugpijn kan dan leiden tot een gesprek over andere zorgen, bijv. huurachterstand. Er is een welzijnsmedewerker betrokken bij de praktijk, een vaste ouderenverpleegkundige (casemanager) en een SO. Ook heeft het NVO een verpleegkundig specialist betrokken voor consulten bij gedragsproblematiek of psychiatrische problemen.*
- *Huisartsen zijn veel meer betrokken nu de samenwerking verbreed is naar kwetsbare ouderen. (5)*
- *Er is veel meer nauwere samenwerking ontstaan tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, eerstelijns en ziekenhuis. De huisarts legt meer nadruk op goede dementiezorg. (5)*
- *De betrokkenheid van de huisartsen is groter bij kwetsbare ouderen dan bij alleen dementie. (6)*

Projecten en afstemming van projecten worden regionaal beter geregeld. Er kunnen ook bredere resultaten worden behaald, omdat er binnen projecten rondom kwetsbare ouderen ook aandacht is voor dementie. En andersom blijkt dat thema's die voor mensen met dementie gelden, ook vaak gelden voor kwetsbare ouderen. Er vindt dus ont dubbeling plaats. Voorbeelden van resultaten die worden genoemd: helpdesk, afstemming via het KIS (digitaal patiëntensysteem), afspraken over vroegsignalering, voorkomen en organiseren van crisisopnames, en transmurale zorg.

- *Helpdesk kwetsbare ouderen (voorheen meldpunt dementie). Er is een ambulant team SO opgezet. Huisarts was/voelde zich niet gekwalificeerd hiervoor, nu kunnen ze SO inzetten en CMD. Aandacht voor dementie blijft hierdoor ook. (1)*
- *Met de huisartsenpraktijken is er verbinding via het digitale patiëntensysteem (KIS) en zit de casemanager bij de MDO's. Huisartsen in Zeeland zijn volop bezig om de ouderenzorg binnen hun praktijk te organiseren (modules kwetsbare ouderen). Samenwerking en afstemming met huisartsen moet op individueel niveau gebeuren, omdat de zorggroepen nog niet krachtig genoeg zijn in het maken van werkafspraken voor alle huisartsen. Verbinding tussen*

*kwetsbare ouderenzorg en het casemanagement dementie van Zeeuwse Zorgschakels gebeurt vooral in MDO's in de huisartsenpraktijken. (2)*

- *Vanwege het netwerk kunnen ze bredere resultaten halen, bijv. werkmodel kwetsbare ouderen beter en eerder in beeld, op huisarts-niveau. Bij 75% van de huisarts geïmplementeerd. Resultaat: eerder in beeld, minder naar geriater, minder multipharmica. Resultaten worden nu doorgerekend. Dit heeft ook positieve gevolgen voor mensen met dementie. (1)*
- *Regionaal is de meerwaarde dat door diverse projecten en afstemming bijv. crisisopnames worden voorkomen en beter georganiseerd. (2)*
- *Netwerk 100 heeft een sterk panel van ouderen. Bij de ontwikkeling of verdere implementatie van projecten is dit erg nuttig. Het dementieplatform heeft hier voordeel bij. Vb. Transmurale zorgbrug (onder Netwerk100): een ziekenhuis in de regio werd overtuigd door de bijdrage van ouderen.*
- *De samenhang met andere ontwikkelingen wordt veel duidelijker. Binnen algemene thema's kan aandacht gevraagd worden voor dementie. (Bijvoorbeeld: afspraken rond overdracht vanuit het ziekenhuis, intern en extern). En het Geriatrisch Netwerk kan thema's breder oppakken dan de dementieketen. (5)*
- *Bij nieuwe projecten zoals Ouderenzorg in veilige handen wordt vanaf het begin een goede verbinding gelegd naar de dementiezorg. (6)*
- *Vb van ontduubeling: organiseren scholing voor bijv. Wpvk, of Wmo medewerkers. Nu ook wijkgerichte scholingsbijeenkomsten. Dubbele slag: verschillende disciplines aan tafel, zo leren ze elkaar beter kennen en vinden over een onderwerp. En deskundigheidsbevordering. Thema dementie, alcohol, voeding, mondzorg, levenseinde. (1)*

Er is meer efficiëntie en effectiviteit, ook op bestuurlijk niveau. Er hoeft minder vergaderd te worden en aansturing is verbeterd.

- *Door alle netwerken binnen één organisatie onder te brengen kon er slimmer georganiseerd worden. De bundeling in één bestuur en de aansturing van de coördinatoren en netwerken vanuit één directeur bespaart tijd en kosten en geeft een meer duidelijke positie aan de netwerken en de coördinatoren. (2)*
- *Efficiëntie voor wat betreft het vergaderen (6)*

Twee netwerken geven aan dat de meerwaarde van hun intensieve samenwerking nog niet duidelijk is. (6, 7)

- *In algemeenheid zijn de voordelen nog niet zo duidelijk. (6)*
- *Nog niet heel concreet. (7)*

#### **4.2 Ervaren knelpunten**

De knelpunten betreffen zowel het proces om te komen tot samenwerking als de knelpunten na samengaan.

Oud zeer wordt als knelpunt genoemd, en het kan een tijd duren voordat mensen vertrouwen krijgen. Bepalend is hierbij de reden om te gaan samenwerken, of een gevoel van ongelijkwaardigheid bij één van de netwerken. (4,7)

- *Oud zeer. Het RNDN is onder netwerk100 gegaan in 2013, en heeft tijd gekost. Mensen hebben vertrouwen moeten krijgen. (4)*
- *Samenvoeging is in Oost Veluwe door een aantal partijen ervaren als een gedwongen huwelijk van bovenaf; (7)*
- *Ongelijkwaardigheid tussen het voormalig Netwerk Dementie en het netwerk geriatrie. Vanuit het voormalig netwerk dementie is er angst voor verlies van slagvaardigheid. (7)*

Afhankelijkheid van enkele bevlogen mensen en blijvende intrinsieke betrokkenheid bij de stakeholders, wordt ook als kwetsbare factor ervaren. Netwerken geven aan hier blijvend in te moeten investeren.

- *Intrinsieke motivatie is heel belangrijk: mensen die ervoor gaan, het belangrijk vinden. (1)*
- *Afhankelijkheid van enkele bevlogen mensen. Dat is kwetsbaar. (4)*
- *De betrokkenheid van de bestuurders / stuurgroep is afgenomen na verbreding. De coördinator ervaart verlies van draagvlak en betrokkenheid bij de dementiezorg. (6)*
- *Bereidheid tot samenwerking en financieel je steentje bij willen dragen is essentieel als netwerkpartner. (2)*

## Netwerk

Een breder netwerk vraagt om een andere organisatie. Uit meerdere interviews blijkt dat netwerken hiermee stoeien. Zij zien het als één van de grootste uitdagingen om een modus te vinden in het betrekken van de juiste mensen (en niet teveel), en hoe de dementiewerkgroepen zich bestuurlijk, organisatorisch en qua besluitvorming verhouden tot het grote netwerk.

- *Het is nog steeds lastig hoe je het organiseert. Stuurgroep behelst een grote regio: hoe bereik je iedereen? Het netwerk heeft nu regiooverleg met veel mensen aan tafel. Hierdoor kom je moeilijk tot inhoud, maar je wilt ze aan tafel hebben i.v.m. betrokkenheid. Diversiteit maakt dat niet elk onderwerp voor elke partij relevant is. Hier zijn ze zoekende in. (1)*
- *Procesmatig staan het Geriatrisch Netwerk en de werkgroep dementie nog wat los van elkaar. De werkgroep dementie heeft haar eigen dynamiek en processen mbt het opstellen van jaarplannen en afstemming in de regio. (5)*
- *Besluitvorming komt verder van de praktijk af te staan. Mensen begrijpen soms onvoldoende waarover ze besluiten nemen. (5)*
- *Coördinator krijgt taken erbij zonder extra middelen; (7)*
- *Het dementieprogramma vraagt naast kennisdeling en innovatie, ook om sturing en besluitvorming (ketenprogramma). Hier hoeven niet alle partijen bij betrokken te zijn die in Netwerk100 zitten. Met deze zoektocht is men nu bezig. (4)*
- *Vergadercycli zijn niet goed afgestemd, is ingewikkeld. (5)*
- *De inhoud van jaarplannen en werkplannen wordt nog op verschillende plekken ontwikkeld. Er is meer inhoudelijke oriëntatie nodig. (6)*

## Samenwerking

Landelijke richtlijnen en financiën blijven in beweging en maken mede dat de netwerken zich blijvend moeten ontwikkelen en zich hiertoe verhouden. Het beleid en de financiering voor (netwerken) dementie en kwetsbare ouderen zijn uiteenlopend, bijvoorbeeld wat betreft eisen van een zorgverzekeraar en jaarplan of meerjarenplan. Dit maakt het moeilijker om integraal beleid te

ontwikkelen. Ook samenwerking met het sociaal domein binnen de regio's blijft een zoektocht die overal weer anders verloopt.

- *Bestuurlijke druk is nodig, soms komt deze vanuit zorgverzekering en inspectie. Dit dwingt tot het maken van keuzes en besluiten. (4)*
- *Alleen als je financiering landelijk regelt, kun je eisen stellen t.a.v. een vaste structuur. (1)*
- *Jaarplannen moeten voor de zorgverzekeraar specifiek voor dementie worden opgesteld. Dat bevordert de samenhang niet. (7)*
- *De structuur is nog niet uitgekristalliseerd. Wie stelt bv het jaarplan dementie vast? (5)*
- *Er zijn nu gesprekken met gemeentes om hun bijdrage te leveren. De gemeente neigt sterk naar domein denken ipv domeinoverstijgend (1)*
- *Vraag is wat de zorgverzekeraar wil mbt registratie. In hoeverre blijft dementie apart van kwetsbare ouderen. (7)*
- *Ze willen een strakkere structuur neerzetten in het platform dementie, vanwege eisen van inspectie en verzekeraars. (4)*
- *Mooie aan dementiezorg: 1. Het is een recht voor de cliënt 2. Er worden kwaliteitseisen gesteld 3. Betaalbaarheid gaat waarschijnlijk gegarandeerd worden. Dat is bij kwetsbare ouderen nog niet het geval. Zou wel wenselijk zijn. (3)*
- *Samenwerking met MWO is heel divers. (3)*
- *Een sterk regionaal netwerk met heldere afspraken kan helpen om afzonderlijke gemeentes mee te krijgen in de afspraken.(5)*
- *Er is echter weinig geld beschikbaar om projecten op het gebied van kwetsbare ouderen te ontwikkelen. (6)*
- *Het probleem blijft echter dat het budget om én zorg én casemanagement uit het WLZ budget te financieren te klein is. (2)*
- *Het dementieketen had een eigen budget en ha hadden een eigen budget. (3)*
- *Financiering anders regelen! (...) Een huisarts mag ook declareren ongeacht waar iemand zich bevindt. (...) strikte registratie eisen, overal moet een handtekening onder. Minder bureaucratie, kost veel tijd. (3)*
- *Er is in 2015 een heel programma voor transmurale ouderenzorg ontwikkeld met alle netwerkpartners. In de praktijk bleken capaciteitsproblemen (o.a. tekort aan geriaters) en onvoldoende borging door een projectleider de implementatie van het project in de weg te staan. Er liggen plannen om in de toekomst dit project weer nieuw leven in te blazen en verder uit te rollen.. Cliënten profiteren nog niet optimaal van dit inhoudelijk goed doortimmerde plan. Uitvoering hangt af van de invulling van de netwerkpartners. (2)*

Eén netwerk geeft aan dat er meer inhoudelijke oriëntatie nodig is wat betreft de ambitie en doelen van het brede netwerk. Dit heeft gevolgen voor de betrokkenheid rondom dementie in de stuurgroep.

- *Er is meer inhoudelijke oriëntatie nodig. Wat is de ambitie van het Netwerk Kwetsbare ouderen, en met welk doel voeg je ketens samen? En hoe zorgen we voor kennis en betrokkenheid rond dementie in de stuurgroep die een veel breder terrein bestrijkt? (6)*

### 4.3 Geleerde lessen

Behoud aandacht voor dementie als je verbreed naar kwetsbare ouderen. Er is een risico dat deze aandacht verslapt, doordat de partijen minder kennis hebben over en betrokkenheid bij dementie.

- *Behoud aandacht voor dementie als je verbreedt. (1)*
- *Dementiezorg is een onderdeel van de agenda en wordt in minder tijd en met minder betrokkenheid en kennis van zaken besproken. (6)*
- *Met deze werkafspraken is de dementieketen goed verankerd en is er ook geen angst dat er onvoldoende aandacht voor dementie zou zijn na integratie van de ketens. (5)*
- *Tegelijkertijd bestaat de angst dat als dementiebeleid echt onderdeel wordt van beleid rondom kwetsbare ouderen, de slagvaardigheid die de dementieketen Oost Veluwe kende zal verminderen. (7)*

#### Geen blauwdruk

Ketenregisseurs willen vooral geen blauwdruk geven voor hoe andere regio's hun samenwerking zouden moeten vormgeven. Dit is regionaal maatwerk. Wel geven ze aan niet te denken vanuit structuren, maar vanuit een gezamenlijke visie, waarbij de cliënt centraal staat, en een duidelijke stip op de horizon. Er hoeft ook niet perse een nieuwe structuur opgezet te worden. Aansluiten bij bestaande, goedlopende initiatieven kan zeker ook een goede manier zijn.

- *De weg die je gaat, is per regio verschillend. Geen blauwdruk, i.v.m. geschiedenis en cultuur. Laveren tussen alle verschillende organisaties. Wel: in gesprek blijven met je partners en stip op de horizon duidelijk zien. Heb je een goed jaarplan en haal je je resultaten? Dat is belangrijker dan standaardiseren van de organisatie van netwerken. (1)*
- *Pak de samenwerking tussen netwerken op inhoud op.. Denk goed na welke thema's er spelen, waar de regio mee bezig is en welk toekomstperspectief de netwerken zien. Denk na over een gezamenlijke toekomst en stel gezamenlijk prioriteiten. (6)*
- *Elke regio en netwerksamenwerking is anders. Geen blauwdruk. Niet denken vanuit structuren, maar vanuit de behoefte van ouderen.. Wellicht is integratie van de 2 netwerken niet relevant, omdat dit structuren er gewoon niet zijn in een regio. Uitgangspunt is niet hoe het je structureert, maar wat de vraag van de klant is. (4)*
- *Vertrekpunt was de cliënt ipv structuren. (4)*
- *Toen het netwerk100 een platform dementie wilde gaan opzetten, zijn ze eerst interviews gaan houden bij de diverse stakeholders. Hun primaire vraag: wat zijn nou de problemen en vraagstukken bij ouderen (met dementie)? En welke werkvormen werken in deze regio om deze problemen aan te pakken? Neem niet aan dat je weet, als professional of bestuurder, wat de cliënt wil. Maar vraag het de oudere zelf. In plaats van de vraag: wat zijn nou onze structuuro oplossingen? (4)*

Er worden diverse tips gegeven om de samenwerking aan te gaan of te verbeteren. Het wordt zeker belangrijk gevonden om kartrekkers (diverse professionals en domeinen) te zoeken en met elkaar in gesprek te gaan. Spreek verwachtingen uit en maak duidelijke afspraken, die je bijv. vastlegt in een convenant. Hou het aantal overleggen beperkt, met een beperkt aantal mensen. Voorkom overlap. Fusieren kost tijd en energie.

- *Als veel dubbelingen en inefficiëntie: maak dat bespreekbaar met de partners en hoe je dit kunt verbeteren. Het moet overal net iets anders. (1)*



- *Trekkende figuren, kartrekkers, zijn heel bepalend voor de vorm en organisatie van het netwerk, samen met externe en klant eisen. Zoek kartrekkers en ga met hen in gesprek: 'wat zou je nou willen verbeteren? Wat mis je? Ken je anderen die dit ook ervaren?'* (4)
- *Kartrekkers, en een duidelijke gezamenlijke visie bij de netwerkpartners. Liefst verspreid vanuit de diverse domeinen.* (4)
- *Zorg voor dezelfde personen op de diverse posities. Omdat een aantal personen dezelfde zijn binnen de werkgroep dementie een het geriatrisch netwerk ontstaan dwarsverbindingen.* (5)
- *Laat de verschillende netwerken door dezelfde persoon ondersteunen / coördineren.* (7)
- *Maak een duidelijke start met heldere afspraken.* (7)
- *Bespreek wat je van elkaar verwacht en wat jouw bijdrage is als partner in het samenwerkingsverband.* (7)
- *Wees je bewust in welke fase van ontwikkeling een keten zich bevindt.* (5)
- *Hou het aantal overleggen klein, en zorg dat er mensen met mandaat aan tafel zitten.* (7)
- *Stel per keten een eigen convenant op, en zorg voor gelijkwaardige ondersteuning van diverse netwerken.* (5)
- *Definieer helder wat je bedoelt met het netwerk en op welk niveau zich de samenwerking afspeelt.* (5)
- *Ga niet fuseren omdat dat gemakkelijker zou zijn.* (6)
- *Kijk wie waar mee bezig is, en voorkom overlap.* (6)
- *Als je begint met de organisatorische kant van de samenvoeging gaat dat ten koste van de inhoud.* (6)

### **Naam en positie**

Als het regionale netwerk een goede naam heeft kan deze worden gebruikt als succesfactor. Hierbij wordt als essentiële randvoorwaarde genoemd dat dit netwerk werkt vanuit een duidelijke gezamenlijke visie, zoals positieve gezondheid, of starten bij de oudere zelf.

- *De meerwaarde van hun integratie is dat het KKO een goede naam heeft in de regio en dat ze daardoor overal goed bij worden betrokken. Hierdoor kunnen ze makkelijk lijnen leggen en er zijn minder dubbelingen.* (1)
- *De verbinding tussen sociaal en medisch domein krijgt steeds meer invulling. Door de verbindende rol van Zeeuwse Zorgschakels kan er overzicht van alle initiatieven blijven en van elkaar worden geleerd. Leren van best practices bij andere gemeentes.* (2)
- *Ook is Zeeuwse Zorgschakels een begrip in de regio, zodat het als een goede gesprekspartner wordt gezien door externe partners.* (2)
- *Netwerk100 heeft een goede naam en positie. Dat is ondersteunend aan de partijen in het dementieplatform. En andersom heeft Netwerk100 heeft het platform dementie nodig om dit thema binnen Kwetsbare ouderen vorm te kunnen geven.* (4)
- *Deze visie zorgt voor veel gemeenschappelijke taal en doelen, ipv handelen vanuit organisatiebelang. Het netwerk is heel fijnmazig, omdat het door de cliënten zelf meer wordt geweven. Als het NVO niet zou bestaan, zou de aandacht voor het werken vanuit positieve gezondheid waarschijnlijk verslappen. Ook zou het dementieteam ontwikkelingen missen in de zorg voor kwetsbare ouderen (bijv. nieuwe protocollen palliatieve zorg.)* (3)

- *Het Zorgnetwerk is een duidelijke paraplu. Als meerdere organisaties iets samen willen gaan doen gaan ze naar het Zorgnetwerk.*

Overige tips en opmerkingen van de geïnterviewde ketenregisseurs:

- *Cijfers inzichtelijk maken: van alle kwetsbare mensen heeft 75% dementie in deze regio. Dus eigenlijk grotendeels 1 doelgroep. (3)*
- *Casemanagement is binnen dementie heel goed ontwikkeld. Mensen met NAH e.d. hebben eigenlijk ook behoefte aan casemanagement. De meerwaarde expliciet maken ook voor andere kwetsbare ouderen. (3)*
- *Er wordt veel gewerkt met casusbijeenkomsten en kennisbijeenkomsten waarin mensen van verschillende disciplines en ouderen samen deelnemen. (4)*
- *Zorg voor uitwisseling van kennis en personen tussen diverse ketens. (5)*
- *Probeer op enkele onderdelen snel en zichtbaar resultaat te boeken. (7)*
- *Het belang van de oudere voorop: Een moeilijkheid in netwerken is vaak dat er diverse belangen spelen bij de partners. Netwerk100 heeft een doelgroeppanel (ongeveer 10 ouderen en iemand van Alzheimer NL. Alle projecten en voorstellen van Netwerk100 gaan hierlangs) en een klankbordgroep (grote groep van ouderen uit de samenleving. Zij voeden het doelgroeppanel). Het doelgroeppanel is mede sturend, en mag een veto op projectvoorstellen uitspreken. De ouderen brengen de gezamenlijke focus in beeld. het klantbelang, ipv organisatiebelangen. De ouderen zijn vertegenwoordigd in elk overleg of project. We doen dit werk voor hen, dus zij beslissen mee. Zij zijn kritisch t.a.v. relevantie en meerwaarde van projecten.  
Prioriteiten van het doelgroeppanel: 1. Welbevinden van mij als oudere. 2. Meedenken bij de start /het design van projecten (en niet alleen in de uitvoering).  
Alle NPO'-regio's hebben een ouderenpanel. . Dit doelgroeppanel van Netwerk100 zoekt een constructieve dialoog, , niet sec i.p.v. belangenbehartiging. (4)  
Bottom up benadering.  
Ipv bestuurders en managers bij elkaar zetten om te overleggen en analyseren, (waarbij je het risico loopt dat je niet de juiste mensen rond de tafel hebt zitten,) het doelgroeppanel betrekken bij ontwikkelingen.  
Vb.: project mbt niet-westerse migranten. Ze zijn op zoek gegaan naar mensen die affiniteit hadden met dit onderwerp, en de niet-westerse migrant zelf. Een enthousiaste groep, die zelforganiserend is en vele initiatieven ontplooit. (4)*



## 5. Conclusies

De geïnterviewde ketenregisseurs zien veel voordelen in het samenvoegen van de netwerken dementie en kwetsbare ouderen. In een aantal gevallen constateren zij ook dat de meerwaarde (nog) niet ten volle benut wordt.

Op basis van deze verkenning concluderen wij:

1. Samenvoeging van netwerken dementie en netwerken kwetsbare ouderen is een wenselijke ontwikkeling die de zorg voor ouderen en de samenhang in de regio ten goede kan komen. Hoe beter het proces van samenvoeging verlopen is, hoe groter de meerwaarde.
2. Samengaan van netwerken dementie en kwetsbare ouderen is kansrijk voor mensen met dementie thuis, mits de verbetering van de kwaliteit van dementiezorg verankerd is in de doelstellingen van het netwerk.
3. Het is aannemelijk dat de betrokkenheid van huisartsen wordt versterkt bij verbreding van de focus van dementie naar kwetsbare ouderen. Dit komt de zorg voor de oudere en de regio ten goede.
4. Het samenvoegen is een ingewikkeld proces, voor iedere regio verschillend, afhankelijk van de situatie en vraagt om een aanpak op maat;
  - zorgvuldigheid is geboden om mensen en doelstellingen tot hun recht te laten komen;
  - als het proces niet goed wordt doorlopen heeft dat een negatief effect op de meerwaarde;
  - als het proces niet goed wordt doorlopen heeft dat een negatief effect op de betrokkenheid van de partijen en personen.
5. Elementen van het zorgvuldig doorlopen van het proces van verdergaande samenwerking zijn:
  - oriëntatie op de visie en de inhoud van de zorg;
  - ouderen als uitgangspunt;
  - helder financieel kader m.b.t. ondersteuning van het netwerk en de taken van de ketenregisseur;
  - heldere overleg- en besluitvormingsstructuur;
  - goed aansluiten bij wat er al gaande is in de regio, en daarbij gebruik maken van de sterke elementen van de netwerken (zoals naamsbekendheid);
  - aansluiten bij landelijke ontwikkelen binnen het Deltaplan Dementie, InEen en BeterOud.
6. Daar waar geen afzonderlijk netwerk voor kwetsbare ouderen bestaat kan het netwerk dementie zich verbreden naar een netwerk kwetsbare ouderen. Stevige verankering van de aandacht voor dementie is een voorwaarde om draagvlak, betrokkenheid en kennis te behouden.
7. Zorgnetwerken op het niveau van de huisartsenpraktijk en/of de individuele cliënt worden gevormd door de zorgprofessionals. Het netwerk kan deze samenwerking wel bevorderen, ondersteunen en faciliteren door middel van het maken van overkoepelende afspraken, kennis delen, het faciliteren van de communicatie, het instellen van een helpdesk.

## Bronnen

### Literatuur

Hodes, E., C. Tibosch en M. Oude Ophuis, zorgplan kwetsbare ouderen, coöperatie Zorg Nu (2015).

Huijsman, R. Generalistisch en specialistisch casemanagement in de dementiezorg, Actieplan casemanagement dementie, juli 2017.

Linschoten, Dr. C.P. van en Drs. B.P. te Velde, Inventarisatie en analyse van de multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen, Argo, September 2016.

Linschoten, Dr. C.P. van en T. Til MSc, Hoe ervaren kwetsbare ouderen een 'zorgprogramma' van de huisartsenpraktijk?, Argo, september 2017.

### Internet

- <http://www.alzheimervrijwilligers.nl/nieuws/kwetsbare-ouderen-en-dementie> (datum raadpleging 14-12-17)
- <https://www.alzheimer-nederland.nl/dementie> (datum raadpleging 3-1-18)
- <http://docplayer.nl/amp/67328904-plan-van-aanpak-zorg-voor-kwetsbare-ouderen.html> (datum raadpleging 18-12-17)
- <http://www.lneen.nl>
- <http://www.beteroud.nl>

### Interviews

- Adrie Schimmel, Proscop / BeterOud (16-11-17)
- Minke Nieuwboer, DementieNet (30-11-17)
- Els Bremen, Netwerk100 en Trudy Jacobs, Platform Dementie (13-12-17)
- Karin Linssen, Noordelijk Maasvallei (11-1-18)
- Ineke Bennink, Kennisnetwerk kwetsbare ouderen West Achterhoek (18-1-18)
- Cisca Zuurveld, Zeeuwse Zorgschakels (23-1-18)
- Carlijn van Oosten, Netwerk dementie / geriatrie Oost Nederland (19-12-2017)  
geanonimiseerde casus
- Hansje Pontier, Netwerk Kwetsbare ouderen Drechtzorg (03-01-2018)
- Jan Lam, Netwerk geriatrie Midden-Brabant, (03-01-2018)

### Congres

Congres InEen, d.d. 14 december 2017

## 6. Bijlage Beschrijving samenwerkingsverbanden

### Interview 1: Kennisnetwerk Kwetsbare Ouderen West Achterhoek

Ineke Bennink (18-01-2018)

In West Achterhoek is een verbreding gemaakt naar het Kennisnetwerk Kwetsbare ouderen. Zij werken aan kennisdeling, vernieuwing en afstemming over de brede doelgroep kwetsbare ouderen. Onder de paraplu van het KKO is er ook een werkgroep dementie.

Voorheen was er een apart netwerk dementie. Er is toen casemanagement dementie opgestart en enkele andere projecten rondom dementie. Hiernaast ontstond er ook een netwerk Kwetsbare ouderen, ZOWELNWA (geïnspireerd op regio Nijmegen), gedreven vanuit de geriaters van het ZH. Vanaf dat moment functioneerden er 2 netwerken, waarbij dezelfde mensen elkaar troffen bij de verschillende overleggen.

Ineke is toen gestart als coördinator. Zij had de wens om beide netwerken samen te voegen, omdat ze beide netwerken goed kende. Ze heeft de bestuurders hiervan kunnen overtuigen, waar ze aan de slag is gegaan met het integreren van de twee netwerken en in overleg gegaan met de ketenpartners, op zoek naar betere samenwerking.

Motivatie om te integreren:

- Van alle kwetsbare ouderen heeft een grote groep mensen dementie.
- Doelstellingen van beiden netwerken overlappen: verbeteringen t.a.v. zorg en ondersteuning van mensen met dementie (zoals vroegsignalering), gelden eigenlijk voor alle ouderen.
- Samen overleggen en projecten uitvoeren is efficiënter en effectiever dan met 2 netwerken.

Het Kennisnetwerk Kwetsbare ouderen heeft 2 visies, waarop ze hun werkzaamheden toetsen: positieve gezondheid, en de gezondheidspiramide: bovenin specialistische zorg, onderin informele zorg, tussenin 1e lijn, Wmo e.d. Alle projecten moeten gericht zijn op kennis down managen. Zo min mogelijk opschalen naar specialistische zorg. Het doel is samenwerking op onderste lagen verbeteren, kennis makkelijk toegankelijk maken, zorgen dat specialistische kennis tijdig ingeschakeld kan worden (soms middels consult/advies, soms door een discipline toe te voegen aan de multidisciplinaire samenwerking)

Het is de ambitie van het netwerk om goede zorg in de regio te kunnen bieden aan alle kwetsbare ouderen, ondanks de vergrijzing. Vooral samen, over domeinen heen. Elk domein kan dat niet zelf uitvinden. Hun wens is nog meer samenwerken en ontdebelen. Steeds nieuwe initiatieven bij elkaar brengen, ipv versnippering.

Deze ambitie wordt in het jaarplan uitgewerkt, breed voor alle kwetsbare ouderen, waarbij dementie ook aparte aandacht krijgt. De werkgroep dementie bepaalt voor haar doelgroep specifieke punten, en verder richt het jaarplan zich op beter samenwerken rondom kwetsbare ouderen, pro actief plannen maken, preventie. Niet op ziektebeeld. Ineke benadrukt dat het samengaan met kwetsbare ouderen, er niet toe mag leiden dat ze aandacht voor dementie verslapt.

De meerwaarde van hun integratie is dat het Kennisnetwerk Kwetsbare Ouderen door innovaties op het brede domein van kwetsbare ouderen meer body heeft gekregen en daardoor een bekend

gezicht heeft in de regio, en dat ze daardoor overal goed bij worden betrokken. Hierdoor kunnen ze makkelijk lijnen leggen en zijn er minder dubbelingen (dus ook minder overleggen.)

Op operationeel niveau (1<sup>e</sup> lijn) merken de huisarts, casemanagers en wijkwerkers dat de samenwerking beter loopt, bijv. vanwege MDO's, vanwege vroegsignalering en doordat hun signalen in het netwerk worden opgepakt. Zij merken de veranderingen ingezet door de projecten: soms betekent dit een andere werkwijze, soms betekent dit scholing in de regio etc.

### **Aanloopproblemen, knelpunten, geleerde lessen, tips**

- Eigenlijk geen nadelen. Aandacht voor dementie is gebleven. Onder paraplu van kwetsbare ouderen.
- In de aanloop: Het is nog steeds lastig hoe je het organiseert. Stuurgroep behelst een grote regio: hoe bereik je iedereen? Het netwerk heeft nu regiooverleg met veel mensen aan tafel. Hierdoor kom je moeilijk tot inhoud, maar je wilt ze aan tafel hebben ivm betrokkenheid. Diversiteit maakt dat niet elk onderwerp voor elke partij relevant is. Hier zijn ze zoekende in.
- Er zijn al jaar gesprekken met gemeenten (die spraken liever niet over doelgroepenbeleid). Het is lastig om hen te motiveren om mee te doen. Weinig dementie, veel kwetsbare ouderen.
- Intrinsieke motivatie is heel belangrijk: mensen die ervoor gaan, het belangrijk vinden.
- Behoud aandacht voor dementie als je verbreed.
- De weg die je gaat, is per regio verschillend. Geen blauwdruk, i.v.m. geschiedenis en cultuur. Laveren tussen alle verschillende organisaties. Wel: in gesprek blijven met je partners en stip op de horizon duidelijk zien. Zorgverzekeraars willen volgens haar wel naar een blauwdruk. Visie van Ineke: Heb je een goed jaarplan en haal je je resultaten? Dat is belangrijker dan standaardiseren van de organisatie van netwerken. Als veel dubbelingen en inefficiëntie: maak dat bespreekbaar met de partners en hoe je dit kunt verbeteren. Het moet overal net iets anders.

### **Wat kan Dementiezorg voor Elkaar betekenen voor regio's die vergelijkbaar willen gaan werken?**

Je moet als regio zelf met je partners een weg bewandelen. DvE kan een adviseur aanbieden om het proces te begeleiden, en verder moet de regio het zelf doen. Netwerkcoördinatoren kunnen en moeten hun eigen jaarplannen en projecten doen. DvE kan als onafhankelijke partij ondersteunen.

Er is veel behoefte aan autonomie en vrijheid om het regionaal in te richten. Anders werkt het niet. Ook omdat financiering per regio anders is. Alleen als je financiering landelijk regelt, kun je eisen stellen t.a.v. een vaste structuur.

### **Praktijkervaringen**

- Vanwege het netwerk kunnen ze bredere resultaten halen, bijv. werkmodel kwetsbare ouderen beter en eerder in beeld, op HA-niveau. Bij 75% v.d. Ha geïmplementeerd. Resultaat: eerder in beeld, minder naar geriater, minder multipharmica. Resultaten worden nu doorgerekend. Dit heeft ook positieve gevolgen voor mensen met dementie.
- Helpdesk kwetsbare ouderen (voorheen meldpunt dementie). Er is een ambulante team SOG opgezet. HA was/voelde zich niet gekwalificeerd hiervoor, nu kunnen ze SOG inzetten en CMD. Aandacht voor dementie blijft hierdoor ook.

- Voorbeeld van ontubbeling: organiseren scholing voor bijv. wpvk, of Wmo medewerkers. Nu ook wijkgerichte scholingsbijeenkomsten. Dubbele slag: verschillende disciplines aan tafel, zo leren ze elkaar beter kennen en vinden over een onderwerp. En deskundigheidsbevordering. Thema dementie, alcohol, voeding, mondzorg, levenseinde e.d. Die scholingen worden betaald door beleidsregel dementie, of organisaties die dit als doelgroep/aandachtsgebied hebben. Bijv. Alcohol: door organisatie voor verslavingszorg. Kosten= creatief zoeken.

## **Interview 2: Zeeuwse Zorgschakels**

Ciska Zuurveld, coördinator dementie (23-01-2018)

Zeeuwse Zorgschakels is een stichting die netwerken dementie, palliatieve zorg en hersenletsel onder haar paraplu heeft. Er zijn 2 coördinatoren dementie, twee coördinatoren van het netwerk Hersenletsel, en een coördinator voor het palliatieve netwerk. Zeeuwse Zorgschakels houdt zich naast de coördinatie van de netwerken ook bezig met transmurale activiteiten ten behoeve van (nog betere) kwaliteit en afstemming van de zorg en ondersteuning voor cliënten. Ook ouderenzorg is een thema dat op verschillende manieren terugkeert binnen projecten en op de strategische agenda. Zeeuwse Zorgschakels organiseert deskundigheidsbevordering, zoals interne en externe scholing. Samenwerking met initiatieven als Odensehuis is ook geborgd bij Zeeuwse Zorgschakels.

Zeeuwse Zorgschakels is sinds 2013 aan het pionieren t.a.v. hun visie op samenwerking in de regio. Het uitgangspunt is dat mensen de juiste zorg krijgen, op het juiste moment en op de juiste plaats. Op dit moment wordt de discussie gevoerd dat 'zorg' te smal is. Ook begeleiding (en dus het sociaal domein) hoort in deze visie.

In het verleden werd ook al op verschillende manieren samen gewerkt en waren er meerdere stuurgroepen voor verschillende netwerken. Door alle netwerken binnen één organisatie onder te brengen kon er slimmer georganiseerd worden. De bundeling in één bestuur en de aansturing van de coördinatoren en netwerken vanuit één directeur bespaart tijd en kosten en geeft een meer duidelijke positie aan de netwerken en de coördinatoren.

In 2013 hebben de zorgaanbieders besloten dat casemanagement dementie beter onafhankelijk georganiseerd kon worden. Hierdoor is casemanagement dementie voor heel Zeeland bij Zeeuwse Zorgschakels onder gebracht. Naast de inkomsten uit de vergoeding voor casemanagement betalen alle netwerkpartners mee om deze manier van organiseren in stand te houden. Het bestuur wordt gevormd door bijna alle zorgaanbieders in de regio, zowel de thuiszorg als de verpleeghuiszorg, maar ook de huisartsen, het ziekenhuis, de ggz en de verstandelijk gehandicaptenzorg. Er zijn daarnaast volop contacten met partners uit sociaal domein en de gemeentes. Die zijn (nog) niet bestuurlijk vertegenwoordigd.

Elke huisarts heeft één casemanager om mee af te stemmen. Met de huisartsenpraktijken is er verbinding via het digitale patiënt systeem (KIS) en zit de casemanager bij de MDO's. Huisartsen in Zeeland zijn volop bezig om de ouderenzorg binnen hun praktijk te organiseren (modules kwetsbare ouderen). Cisca merkt dat de samenwerking en afstemming met huisartsen op individueel niveau moet gebeuren, omdat de zorggroepen nog niet krachtig genoeg zijn in het maken van werkafspraken voor alle huisartsen. Verbinding tussen kwetsbare ouderenzorg en het

casemanagement dementie van Zeeuwse Zorgschakels, gebeurt vooral in MDO's in de huisartsenpraktijken

De meerwaarde van Zeeuwse Zorgschakels ligt nu vooral op operationeel niveau: samenwerking in MDO, signalering, kennisdeling. Regionaal is de meerwaarde dat door diverse projecten en afstemming bijv. crisisopnames worden voorkomen en beter georganiseerd. Het is de ambitie van Zeeuwse Zorgschakels om afspraken over verwachtingen, afbakening en samenwerking verder te borgen. Het werkt versterkend dat de netwerk coördinatoren nauw samenwerken en optrekken bij projecten en samen scholing organiseren. Ook is Zeeuwse Zorgschakels een begrip in de regio, zodat het als goede gesprekspartner wordt gezien door externe partners.

Zeeuwse Zorgschakels is nauw betrokken bij de landelijke ontwikkelingen. Ze praten op diverse niveaus mee bij de diverse projecten die er zijn: Uitkomstindicatoren Dementie, Netwerkindicatoren dementie, Dementiezorg voor elkaar, Actieplan Casemanagement Dementie, Samen op Weg. Kwaliteit van leven: van meten naar verbeteren.

### **Interview 3: Noordelijke Maasvallei, Netwerk Veerkrachtige Ouderen**

Karin Linssen, projectleider DKT (11-01-18)

In de Noordelijke Maasvallei bestaat het Netwerk Veerkrachtige ouderen, met 3 subgroepen:

1. Kwetsbare ouderen
2. Dementie Keten Team
3. Palliatief netwerk

De dementieketen bestond al 11-12 jaar, en het palliatief netwerk een jaar of 10. De dementieketen liep erg goed, met betrokken huisartsen en gezamenlijke afspraken over werkprocessen. Ongeveer 2 jaar geleden is er intensiever overleg gestart tussen de netwerken dementie en palliatieve zorg, omdat ze signaleerden dat mensen met dementie steeds vaker overlijden thuis. Verder startte Syntein (HA zorggroep) met een module kwetsbare ouderen. Zij vroegen Karin om deelname aan hun stuurgroep, omdat veel kwetsbare ouderen ook dementie hebben, en ze graag goed samenwerken.

Deze vormen van samenwerking zijn opgepakt door de bestuurders in de regio (GGz, Pantein, Syntein, Dichterbij, GGD), die besloten hebben om als steungroep deze samenwerking te faciliteren. Hieruit is het Netwerk Veerkrachtige Ouderen (NVO) ontstaan. Er is ook nog samenwerking over jeugdzorg en geestelijke gezondheid. De steungroep is niet gericht op initiëren en besluitvorming, maar meer op facilitering. Aangezien in deze regio 75% van de kwetsbare ouderen ook dementie heeft, is dit ook een logische stap.

Gemeente, zorgverzekeraar en ondernemers zitten in Mooi Maasvallei (heette eerst Noordelijke maasvallei, en bestond al 15-20 jaar.) Daar zitten ook de bestuurders van de steungroep (NVO), en zij zitten apart in de samenwerking op het onderwerp gezondheidszorg.

Uitgangspunt binnen NVO is positieve gezondheid. Hun ambitie is om vanuit positieve gezondheid de regie bij de cliënt te laten. En mensen zo lang mogelijk en veerkrachtig mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Deze visie zorgt voor veel gemeenschappelijke taal en doelen, ipv handelen vanuit organisatiebelang. Het netwerk is heel fijnmazig, omdat het door de cliënten zelf meer wordt

geweven. Als het NVO niet zou bestaan, zou de aandacht voor het werken vanuit positieve gezondheid waarschijnlijk verslappen. Ook zou het dementieteam ontwikkelingen missen in de zorg voor kwetsbare ouderen (bijv. nieuwe protocollen palliatieve zorg.)

Het gevolg van deze visie is dat HA andere soort consulten hebben. Hier krijgen ze extra middelen voor. Een patiënt vult een vragenlijst in, die de huisarts tijdens het consult bespreekt. Een consult over bijv. rugpijn, kan dan leiden tot een gesprek over andere zorgen, bijv. huurachterstand. Er is een welzijnsmedewerker betrokken bij de praktijk, een vaste ouderenverpleegkundige (casemanager) en een SOG. Ook heeft het NVO een verpleegkundig specialist betrokken voor consulten bij gedragsproblematiek of psychiatrische problemen.

Deze manier van samenwerking loopt erg goed. Er zijn vooral goede ervaringen met casemanagers die niet alleen dementie, maar ook andere kwetsbare ouderen in een huisartsenpraktijk begeleiden. Zij werken onafhankelijk en hebben regelmatig overleg met de huisartsen. Het zou de wens van Karin zijn als alle casemanagers (ouderenverpleegkundige) zo zouden kunnen werken. Haar wens is dat alle kwetsbare ouderen recht hebben op een casemanager en dat de financiering hiervoor goed wordt geregeld.

#### **Interview 4: Netwerk 100 en platform dementie**

Trudy Jacobs, ketencoördinator dementie en Els Bremen, coördinator Netwerk100 (13-12-2017)

Netwerk100 is een verkennend netwerk in regio Nijmegen, gericht op kwetsbare ouderen, met accent op vernieuwen, ontwikkelen, aanjagen, kennisdelen. Netwerk100 verbindt diverse projecten rond ouderen in kwetsbare situatie, zoals EasyCare, DementieNet, Als ik ouder word (self-assesment) en migranten en dementie etc.. Het platform dementie valt in deze regio ook onder de paraplu van Netwerk100. Binnen dit platform is er een klein managementteam dat gaat over zorgtrajectbegeleiding (casemanagement dementie).

In de ontwikkeling van deze samenwerking zijn 3 fasen te onderscheiden:

Fase1: Aanvankelijk was er het Regionaal netwerk dementie Nijmegen (RNDN). Rond 2008 is , vanuit het landelijke NPO het regionale netwerk ZOWELNN ontstaan (later Netwerk100 genoemd), waarbij het academisch ziekenhuis penvoerder was. Zij moesten dit initiëren en neerzetten. Het netwerk is immers van alle partijen samen. De RNDN partijen meenden dat de dementiezorg het beste geborgd kon worden vanuit een apart netwerk.

Fase 2: De netwerken hebben een tijdje naast elkaar bestaan, totdat er een themagroep dementie kwam binnen Netwerk100 en daarmee viel het dementienetwerk onder de paraplu van netwerk100.

Fase 3: Nu maken ze een verdere ontwikkeling door naar een platform dementie, binnen Netwerk100. Het dementieprogramma vraagt naast kennisdeling en innovatie, ook om sturing en besluitvorming (ketenprogramma). Hier hoeven niet alle partijen bij betrokken te zijn, die in Netwerk100 zitten.. Ze willen een duidelijke structuur neerzetten in het platform dementie, mede vanwege eisen van inspectie en verzekeraars. Er komt een kerngroep met mandaat voor besluitvorming over hun eigen thema's. De coördinator heeft zelf geen bevoegdheden. Het platform informeert het bestuur van netwerk100 via de voorzitter.



Dit netwerk benoemt drie redenen om het dementienetwerk dichterbij het netwerk rond kwetsbare ouderen te positioneren:

- een dementerende is (ook) een kwetsbare oudere.
- Zorg en welzijn voor kwetsbare ouderen en dementerenden overlapt in sterke maten.
- Twee netwerken is meer bestuurlijke drukte.

Beide coördinatoren zijn erg tevreden over deze samenwerking. Netwerk100 heeft een goede naam en positie. Dat is ondersteunend aan de partijen in het dementieplatform. En andersom heeft Netwerk100 het platform dementie nodig om dit thema binnen de aandacht voor Kwetsbare ouderen vorm te kunnen geven.

Netwerk 100 heeft een sterk panel van ouderen. Bij de ontwikkeling of verdere implementatie van projecten is dit erg nuttig. Het dementieplatform heeft hier voordeel bij. Vb. Transmurale zorgbrug (onder Netwerk100): een ziekenhuis in de regio werd overtuigd door de bijdrage van ouderen.

Leden van dit panel worden namelijk uitgenodigd bij alle overleggen en als klankbord betrokken. Doordat een oudere mee aan tafel zit bij overleggen, verandert het gesprek. Iedereen weet dan waar je het voor doet. De oudere staat dan echt voorop.

#### **Interview 5: Geriatrich Netwerk Midden Brabant**

Jan Lam, ketenregisseur en programmamanager (03-01-2018)

Het Geriatrich Netwerk is één van de zes ketens die vallen onder Zorgnetwerk Midden-Brabant. Zorgnetwerk Midden Brabant is een stichting van zorgaanbieders in 9 gemeenten rondom Tilburg. Het Geriatrich Netwerk bestaat al sinds tenminste 20 jaar. De dementieketen is daarnaast ontstaan rond 2010 en vormde eerst een aparte keten die rechtstreeks onder het bestuur van het Zorgnetwerk viel. Sinds 2016 is de dementieketen geïntegreerd in het Geriatrich Netwerk.

Onder de stuurgroep van het geriatrich netwerk is nu de werkgroep dementie gevormd. Vanuit de werkgroep dementie worden het beleid en de activiteiten met betrekking tot dementie voortgezet. De verbinding tussen de stuurgroep en de werkgroep is sterk, mede doordat een aantal personen zitting heeft in beide overleggroepen.

Het geriatrich netwerk was in eerste instantie een vrij “low profile” netwerk, gericht op ontmoeting en samenwerking. Het Geriatrich Netwerk heeft haar ambities opnieuw geformuleerd, en wel als volgt:

*“Kwetsbare ouderen blijven meedoen.” Goede zorg, welzijn en diensten voor elke kwetsbare oudere in Midden-Brabant, zowel op lichamelijk en psychisch als op sociaal gebied. Toegankelijke, samenhangende ondersteuning, vanuit een netwerk met kennis van zaken en een menselijk gezicht.*

Daarbinnen past naadloos de zorg voor mensen met dementie, het was daarom logisch om de dementieketen onderdeel van het Geriatrich Netwerk te maken. Daarbij hielpen ook enkele andere ontwikkelingen, zoals het gegeven dat de huisartsen zich meer gingen richten op het ondersteunen van kwetsbare ouderen. Dit was mede het gevolg van het beleid van de zorgverzekeraars die de module kwetsbare ouderen aan huisartsen gingen aanbieden. Huisartsen vonden het belangrijk om



geïntegreerde zorg voor hun kwetsbare ouderen na te streven. Ook de opzet van het Eerstelijnsverblijf kreeg een duidelijke plek in het geriatriesch netwerk.

Vanuit de dementieketen gezien heeft de integratie enkel voordelen. De samenhang met andere ontwikkelingen wordt veel duidelijker. Binnen algemene thema's kan aandacht gevraagd worden voor dementie. (Bijvoorbeeld: afspraken rond overdracht vanuit het ziekenhuis, intern en extern). En het Geriatriesch Netwerk kan thema's breder oppakken dan de dementieketen.

Procesmatig staan het Geriatriesch Netwerk en de werkgroep dementie nog wat los van elkaar. De werkgroep dementie (waar professionals van negen organisaties in zitten) heeft haar eigen dynamiek en processen m.b.t. het opstellen van jaarplannen en afstemming in de regio. Zo is er het RDO, het Regionaal Dementie Overleg waarin zorgaanbieders, VGZ en CZ, de gemeenten en de cliëntenorganisaties elkaar regelmatig spreken over de inhoud (zoals inkoop, dementievriendelijk, etc.) Daarnaast is er een jaarlijks overleg met de managers van de casemanagers om afspraken te maken over de inzet, volume en financiën. Met deze werkafspraken is de dementieketen goed verankerd en is er ook geen angst dat er onvoldoende aandacht voor dementie zou zijn na integratie van de ketens. De ketencoördinator stelt het meerjarenbeleidsplan dementie op i.s.m. de werkgroep ketenzorg dementie.

Samenwerking met zorgnetwerken rond huisartsenpraktijken of in wijken: heeft weinig aandacht op ketenniveau.

Financiële aspecten: de samenvoeging van de beide ketens heeft geen gevolgen voor bekostiging infrastructuur. De ketenstructuur wordt gefinancierd uit een percentage van de vergoeding aan aanbieders van casemanagement bij dementie.

#### **Interview 6: Netwerk Kwetsbare Ouderen Drechtzorg**

Hansje Pontier, regiocoördinator ketenzorg Dementie (03-01-2018)

Het Netwerk Kwetsbare Ouderen is één van de ketens die vallen onder de Stichting Drechtzorg, een samenwerkingsverband van zorgorganisaties t.b.v. projecten en ketens in de regio. De regio beslaat de Drechtsteden, Alblasserwaard en Vijfherenlanden, een gebied in het zuiden van Zuid-Holland. Sinds 2017 zijn de keten voor kwetsbare ouderen en de dementieketen in elkaar geschoven.

De directe aanleiding om de ketens te laten samengaan was vrij pragmatisch. Beide ketens kenden een stuurgroep en een werkgroep, en in beide waren veel dezelfde organisaties en personen vertegenwoordigd. Om het aantal vergader- en overlegmomenten terug te dringen en efficiënter met de tijd om te gaan werd besloten deze ketens samen te voegen.

Daarnaast waren er inhoudelijke ontwikkelingen die deze keuze logisch maakten: De keten voor kwetsbare ouderen was zich vanaf 2015 aan het ontwikkelen vanwege de komst van de module kwetsbare ouderen voor huisartsen vanuit zorgverzekeraar VGZ. Daarnaast was er de behoefte bij alle partijen in de regio om de instroom en uitstroom van ouderen in diverse soorten van verblijf beter in beeld te krijgen. De betrokkenheid van de huisartsen was en is bij de doelgroep kwetsbare ouderen groter dan wanneer het alleen om dementie gaat. De behoefte van de huisartsen om patiënten op een goede manier "kwijt te kunnen" speelt daarbij een rol.

Een gevolg van de samenvoeging van de beide ketens is dat de stuurgroep heel groot geworden is en de betrokkenheid afneemt. Dementiezorg is een onderdeel van de agenda en wordt in minder tijd en met minder betrokkenheid en kennis van zaken besproken.

De coördinator van de keten geeft aan dat zowel procesmatig als op inhoud de samenvoeging nog niet is afgerond. De inhoud van jaarplannen en werkplannen wordt nog op verschillende plekken ontwikkeld. Er is meer inhoudelijke oriëntatie nodig. Wat is de ambitie van het Netwerk Kwetsbare ouderen, en met welk doel voeg je ketens samen? En hoe zorgen we voor kennis en betrokkenheid rond dementie in de stuurgroep die een veel breder terrein bestrijkt? Binnen het bestuur van de stichting Drechtzorg is een portefeuillehouder voor de ketenzorg dementie aangesteld, om zo de bestuurlijke betrokkenheid te vergroten. T.b.v. het opstellen van het Meerjarenbeleidsplan voor de dementiezorg wordt in februari 2018 een regiosymposium georganiseerd. Het is niet duidelijk hoe de zorgverzekeraar VGZ tegenover de samenvoeging van de ketens staat.

Samenwerking met zorgnetwerken rond huisartsenpraktijken of in wijken: heeft weinig aandacht op ketenniveau. Dat is overal weer erg verschillend.

Financiële aspecten: de samenvoeging heeft geen gevolgen voor bekostiging infrastructuur. De eerder bestaande financieringen worden voortgezet.

#### **Interview 7: Netwerk Dementie / Geriatrie in Oost Nederland**

Carlijn van Oosten, ketenregisseur (19-12-2017) – dit interview is geanonimiseerd

Het Netwerk Dementie/Geriatrie Oost Nederland is een samenvoeging van het Netwerk geriatrie en het (regionale) Netwerk Dementie Oost Nederland. Dit netwerk valt samen met het netwerk palliatieve zorg onder één bestuur van zorgaanbieders in 5 gemeenten.

*Visie en missie zijn als volgt geformuleerd: De regionale netwerken dementie, geriatrie en palliatieve zorg staan voor optimale kwaliteit van leven op het gebied van welzijn, wonen en zorg voor alle inwoners van Oost Nederland, waarbij patiënten zelf de regie voeren en op verzoek hierin worden ondersteund. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de netwerkpartners om gecoördineerde informatie, zorg, begeleiding en ondersteuning aan zowel patiënt als naasten/mantelzorgers te bieden door de juiste deskundige(n), op het juiste moment en op de gewenste plek.*

Het Netwerk Dementie Oost Nederland vormde sinds 2010 een krachtig zelf gefinancierd netwerk van zorgaanbieders, gericht op de uitvoering van een aantal concrete diensten zoals het casemanagement bij dementie en het opzetten van geheugensteunpunten. Het Netwerk Geriatrie was een iets diffuser samenwerkingsverband, gefinancierd vanuit een provinciaal subsidie. Sinds 2017 is er één gezamenlijk netwerk voor de regio, het Netwerk Dementie/Geriatrie Oost Nederland.

In de praktijk gaat momenteel de meeste aandacht uit naar de dementiezorg en zet de ketencoördinator haar taken op dit terrein voort. Vanuit de dementieketen gezien voelt het alsof men er de geriatrie heeft bijgekregen zonder duidelijke doelstellingen en zonder extra middelen om projecten te realiseren. De dementieketen werd vanaf het begin gefinancierd door de gezamenlijke zorgaanbieders. De zorgaanbieders willen op deze wijze niet afhankelijk zijn van de zorgverzekeraar

(die overigens tot op heden ook het beleid heeft om niet bij te dragen aan keteninfrastructuur). Er is echter weinig geld beschikbaar om projecten op het gebied van kwetsbare ouderen te ontwikkelen.

De samenwerking heeft last van het verleden. De ketens dementie en geriatrie waren niet gelijkwaardig op het moment van samenvoeging, en het wordt ervaren als een gedwongen huwelijk. De ontwikkelingen rond kwetsbare ouderen in de wijk, de grotere rol voor de huisarts en de samenwerking met de Specialisten ouderengeneeskunde kunnen mogelijk wel helpen om de doelstellingen rond kwetsbare ouderen verder te concretiseren.

Tegelijkertijd bestaat de angst dat als dementiebeleid echt onderdeel wordt van beleid rond kwetsbare ouderen de slagvaardigheid die de dementieketen in Oost Nederland kende zal verminderen.

Er is voor 2018 een geïntegreerd jaarplan opgesteld voor het Netwerk Dementie / Geriatrie. De doelen en voornemens worden daarbinnen afzonderlijk beschreven. Het feit dat er mbt dementie (meerjaren-)beleidsplannen worden gevraagd door de zorgverzekeraars bevordert de integratie niet.

Er is geen beleid m.b.t. samenwerking in de wijk vanuit zorgnetwerken rond de huisartsen.