



SAMEN GERICHT OP DE TOEKOMST

Een onderzoek over de samenwerking binnen de
dementienetwerken

8 Augustus 2018

institute of
Health Policy
& Management

Erasmus

Tim Hartman

Student Zorgmanagement
Erasmus Universiteit Rotterdam
334968

Thesisbegeleider: Prof. Dr. Robbert Huijsman
Meelezer: Prof. dr. Werner B.F. Brouwer

Voorwoord

Voor u ligt het eindresultaat van het onderzoek '*Samen gericht op de toekomst*'. Dit onderzoek is geschreven voor de masteropleiding van de Erasmus School of Health Policy & Management (ESPHM). Na het afronden van de pre-master in juli 2016 ben ik het daarop volgende studiejaar gestart met deze deeltijdmaster. Ik heb voor deze master gekozen omdat de zorg de sector is waar mijn passie ligt. Ik hoop in de toekomst een bijdrage te kunnen leveren aan de verbetering van de zorg in Nederland.

Zelf ben ik werkzaam in de jeugdpsychiatrie, een onderzoek binnen de dementiezorg was voor mij dan ook een ontdekkingsreis binnen een geheel nieuw onderdeel van de zorg. Wat het voor mij een stuk makkelijker maakte is, dat iedereen, die ik heb gesproken erg enthousiast is over zijn of haar werk. Het thema samenwerking heeft altijd al mijn aandacht en ik vond het erg leerzaam om dit onderzoek op organisatieniveau te doen. Samenwerking is in de zorg een belangrijk thema. Zeker met de huidige landelijke ontwikkelingen, zoals het tekort aan personeel wordt samenwerken tussen organisaties steeds belangrijker. Ik hoop door middel van dit onderzoek hieraan een kleine bijdrage te leveren.

Ik wil graag een dankwoord richten aan Prof. Dr. Robbert Huijsman, mijn begeleider bij dit onderzoek. Dankzij zijn eerlijke feedback, contacten en kennis op het gebied van de dementiezorg in Nederland ben ik tot dit eindproduct gekomen. Tijdens de scriptiebijeenkomsten heb ik veel geleerd zowel op het gebied van academische vaardigheden als inhoudelijk. Ook wil ik mijn groepsgenoten bedanken omdat zij mij regelmatig hebben voorzien van nuttige adviezen. Het schrijven van een scriptie was voor mij een grote opgave, en hoewel het nooit mijn hobby zal worden ben ik tevreden met het eindresultaat. Ik wil alle respondenten bedanken voor hun deelname aan dit onderzoek. Ik ben dankbaar voor het enthousiasme waarmee ik ben ontvangen en de leerzame en leuke interviews. De interviews heb ik als het leukste onderdeel van het onderzoek ervaren. Ik wil graag de netwerkregisseurs van de deelnemende dementienetwerken extra bedanken voor hun hulp bij het leggen van de contacten met andere mogelijke respondenten binnen hun dementienetwerken.

Ik hoop dat u met veel plezier mijn masterscriptie leest en er mogelijk ook nog iets van opsteekt.

Tim Hartman
Den Hoorn, 30 juli 2018

Samenvatting

Het doel van dit onderzoek is: door inzicht te krijgen in de samenwerking binnen de dementienetwerken aan de hand van de succes- en faalfactoren en de rol van de financiering van de dementienetwerken, aandachtspunten aan te dragen die eventueel kunnen worden meegenomen bij de invulling van de meerjarenplannen. De onderzoeksvraag die hierbij geformuleerd is: Hoe ervaren de verschillende partijen de samenwerking binnen de dementienetwerken en hoe kan dit eventueel verbeterd worden met behulp van onder andere de meerjarenplannen?

Om tot een antwoord te komen op de onderzoeksvraag is er een kwalitatief exploratief onderzoek gehouden. De sociale systeemtheorie is het theoretische perspectief van waaruit er naar het onderwerp wordt gekeken. Aan het onderzoek hebben de dementienetwerken Waardenland, Midden-Holland en de Oost-Achterhoek deel genomen. Er zijn interviews gehouden met de netwerkregisseurs van de drie deelnemende dementienetwerken, maar ook met andere actoren die deelnemen aan het dementienetwerk of hier mee in contact staan. Naast de interviews is er ook een documentenanalyse gedaan. De verzamelde data zijn geanalyseerd en daaruit zijn een aantal concepten naar voren zijn gekomen zoals de bekostiging van de zorg.

Uit de interviews is naar voren gekomen dat de dementienetwerken verschillend zijn ingericht en dat er diverse veranderingen hebben plaatsgevonden binnen de dementienetwerken, zoals de omvang van de stuurgroep en de financiering. Het casemanagement is nauw verbonden met de dementienetwerken, de samenwerking tussen de aanbieders van casemanagement wordt als positief ervaren. De samenwerking met de gemeentes en de huisartsen is een terugkerend thema, dat voor verbetering vatbaar is. De netwerkregisseur speelt een belangrijke rol in de samenwerking. Er zijn een aantal succes- en faalfactoren op het gebied van de samenwerking naar voren gekomen, die ook terug te vinden zijn in de literatuur. Daarnaast zijn er ook "nieuwe succes- en faalfactoren" genoemd in de interviews zoals het meten van resultaten. De succes- en faalfactoren zijn deels ook terug te vinden in de meerjarenplannen die ontwikkeld zijn. Over de haalbaarheid van de meerjarenplannen zijn twijfels, veroorzaakt door de ontwikkelingen op landelijk politiek gebied en de financiering van de dementienetwerken. De financiering speelt een belangrijke rol binnen dit onderzoek. Zo heeft de financiering van de dementienetwerken invloed op de samenwerking maar ook de bekostiging van de zorg. Opvallend is dat respondenten uit hetzelfde dementienetwerk erg uiteenlopende ervaringen hebben over een zelfde thema.

Naar aanleiding van de resultaten worden er diverse aanbevelingen gedaan voor zowel vervolgonderzoeken als de praktijk. Op het gebied van de meerjarenplannen, de succes- en faalfactoren en de samenwerking in combinatie met de achterliggende belangen worden er vervolgonderzoeken aanbevolen. Voor de verschillende stakeholders van de dementienetwerken worden er ook aanbevelingen gedaan, zo worden er aanbevelingen gedaan voor de netwerkregisseurs en voor het onderwijs. De belangrijkste aanbeveling is gericht op het creëren van betrokkenheid en het denken in het gezamenlijke belang.

Inhoudsopgave

1. Introductie	5
1.1 Dementienetwerken en de toekomst	5
1.2 Onderzoeksdoel en hoofd- en deelvragen	6
1.3 Relevantie	6
1.4 Leeswijzer	7
2. Theoretisch kader	8
2.1 Samenwerking en netwerken	8
2.2 Organisatiekundig perspectief op netwerken	9
2.3 Het ontwikkelingsmodel voor ketenzorg	10
2.4 Succes- en faalfactoren voor de samenwerking binnen netwerken	10
2.5 Netwerkregisseur	12
2.6 Conceptueel model	14
3. Onderzoeksstrategie	15
3.1 Onderzoeksmethode	15
3.2 Dataverzameling	15
3.2.1 Literatuurstudie	15
3.2.2 Documentanalyse	15
3.2.3 Interviews	16
3.3 Respondenten	16
3.4 Data analyse	17
3.5 Kwaliteit van het onderzoek	18

4. Resultaten	19
4.1 Dementienetwerken	19
4.1.1 Waardenland	19
4.1.2 Midden-Holland	20
4.1.3 Oost-Achterhoek	21
4.2 De faal- en succesfactoren van de samenwerking binnen de dementienetwerken	22
4.2.1 De strategische factoren	23
4.2.2 De sociale factoren	24
4.2.3 De overige factoren	24
4.2.4 De samenwerking met partijen buiten de aanbieders van het casemanagement	25
4.3 De netwerkregisseur	26
4.4 De financiering	28
4.4.1 De financiering van het dementienetwerk en de netwerkregisseur	28
4.4.2 De bekostiging van de zorg	30
4.5 De meerjarenplannen	31
4.5.1 De totstandkoming van de meerjarenplannen	31
4.5.2 De inhoud	31
4.5.3 De haalbaarheid van de meerjarenplannen	33
5. Conclusie, discussie en aanbevelingen	35
5.1 Conclusie	35
5.2 Discussie	37
5.2.1 Theoretische reflectie	37
5.2.2 Methodische reflectie	39
5.2.3 Reflectie op het veld	39
5.3 Aanbevelingen	40
5.3.1 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	40
5.3.2 Aanbevelingen voor de praktijk	40
Bibliografie	42
Bijlage	
Topiclijst respondenten	45

1. Introductie

1.1 Dementienetwerken en de toekomst

Het aantal ouderen in Nederland is de afgelopen jaren gestegen en zal de komende jaren blijven stijgen (CBS 2015). Als gevolg hiervan is het aantal Nederlanders met dementie toegenomen en zal dit aantal ook blijven toenemen. Alzheimer Nederland schatte in 2017 dat er ruim 270.000 mensen lijden aan dementie, in de periode 1990-2015 is het aantal dementerende mannen met 96% gestegen en het aantal dementerende vrouwen met 65% (Papma, et al. 2016). De verwachting is, dat het aantal dementerenden in 2055 zal zijn opgelopen tot 690.000 (Alzheimer-Nederland 2017). Om kwalitatieve goede zorg aan deze steeds groter wordende populatie te bieden, is het belangrijk dat organisaties samenwerken. Dit is van belang omdat dementie een progressieve ziekte is. Dat wil zeggen een ziekte waarbij alleen maar achteruitgang optreedt (Alzheimer-Nederland sd). Dementie kan een jarenlang proces zijn. Hierdoor is de zorgzwaarte wisselend, en zijn er verschillende soorten zorg nodig, die door verschillende organisaties wordt geleverd (Alzheimer Nederland & Vilans 2013).

Een leidraad voor hulpverleners/organisaties op het vlak van dementie is de Zorgstandaard Dementie uit 2013. Eén van de onderdelen is casemanagement, dit onderdeel is ook vastgelegd in de Zorgverzekeringswet uit 2015. De samenwerking tussen de organisaties is in Nederland georganiseerd in de vorm van ketenzorg oftewel dementienetwerken. De definitie van ketenzorg die wordt gehanteerd in dit onderzoek is: een gecoördineerd zorgverleners- en organisatie-overstijgend zorgproces, gericht op samenhang, afgestemd op de behoefte van de cliënt (Raak 2003). Dementie is in Nederland de ziekte die de meeste kosten met zich meebrengt, alleen de verpleeghuiszorgkosten waren in 2015 al 4,68 miljard euro (Alzheimer-Nederland 2017).

Nederland kent 58 netwerken in de dementiezorg, deze ketens zijn regio-gebonden. Binnen deze dementienetwerken werken verschillende organisaties en partijen samen om kwalitatief goede zorg te leveren aan mensen met dementie. Voorbeelden van samenwerkende organisaties zijn: aanbieders van wijkverpleging, welzijnsorganisaties, patiëntenorganisaties, huisartsen, ggz, gemeentes en zorgverzekeraars (Hofman, Reitsma, et al. 2016). Deze veelsoortige organisaties hebben verschillende doelen en visies, maar werken wel samen in een dementienetwerk. In de samenwerking is er in een groot deel van de dementienetwerken een belangrijke rol weggelegd voor de netwerkregisseur. Deze functie bestaat uit een aantal taken gericht op het waarborgen van de samenwerking binnen het netwerk. Er is een verschil tussen de dementienetwerken wat betreft de inhoud van de functie van netwerkregisseur, en van welke organisatie deze afkomstig is. Uit het onderzoek blijkt dat relatief gezien de meeste netwerkregisseurs afkomstig zijn vanuit een VVT-organisatie (Hofman, Reitsma, et al. 2016). Naast de netwerkregisseur is de samenwerking binnen de dementienetwerken erg divers geregeld. Een aantal dementienetwerken heeft de afspraken wel formeel vastgelegd bijvoorbeeld in de vorm van een convenant (Trompper 2015), terwijl andere netwerken dit niet hebben gedaan (Hofman, Reitsma, et al. 2016). De diverse partijen met verschillende doelen en belangen zullen waarschijnlijk verschillende ervaringen van de samenwerking binnen de dementienetwerken hebben. Uit de rapportage Netwerkindicatoren Dementie 2016 blijkt dat de netwerkregisseurs de samenwerking redelijk positief ervaren (Hofman, Reitsma, et al. 2016), maar de ervaringen van de deelnemende partijen binnen de netwerken zijn hierin niet meegenomen.

Tussen de dementienetwerken zitten ook verschillen in de financiering (Francke en Peeters 2015). De financiering is een onderdeel waarmee de ketens de afgelopen jaren moeite hebben gehad. Er zijn diverse ketens failliet gegaan door een tekort of door onduidelijkheid over de financiering. De afgelopen jaren is er veel veranderd in de financiering want daar waar eerst dementie-zorg werd

gefinancierd vanuit de AWBZ wordt dit nu door de zorgverzekeraars gefinancierd. Per 1 januari 2017 zijn tevens de extra financiën vanuit de beleidsregel Ketenzorg Dementie vervallen waardoor er minder geld beschikbaar is voor dementienetwerken. Onder andere Alzheimer Nederland vraagt aandacht van de zorgverzekeraars voor de financiering van de dementienetwerken, zodat deze geborgd kan worden (Alzheimer Nederland 2017). Zorgverzekeraars Nederland wil dat de dementienetwerken voor 1 juli 2018 een meerjarenplan aanleveren in verband met de toekomstige zorginkoop (dementiezorgvoorelkaar 2017). In dit meerjarenplan wil Zorgverzekeraars Nederland een aantal onderwerpen terug zien komen namelijk hoe een netwerk bijdraagt aan de continuïteit van een voor de cliënt deskundig aanspreekpunt, hoe de kennis van de zorgprofessionals wordt gewaarborgd en op welke wijze het dementienetwerk een eenduidige wijze van communiceren ontwikkelt naar de betrokken partijen over de mogelijkheden van casemanagement dementie (Bransen 2017).

1.2 Onderzoeksdoel en hoofd- en deelvragen

Het doel van dit onderzoek is: inzicht te krijgen in de samenwerking binnen de dementienetwerken aan de hand van de succes- en faalfactoren en de rol van de financiering van de dementienetwerken. En vanuit dit inzicht eventueel aandachtspunten aandragen die kunnen worden meegenomen bij de invulling van de meerjarenplannen.

De onderzoeksvraag van dit onderzoek is: hoe ervaren de verschillende partijen de samenwerking binnen de dementienetwerken en hoe kan dit eventueel worden verbeterd met behulp van onder andere de meerjarenplannen?

Om tot een antwoord te komen op de hoofdvraag is er een aantal deelvragen opgesteld die in dit onderzoek worden beantwoord:

1. Hoe kan samenwerking tussen organisaties in een dementienetwerk worden geconceptualiseerd vanuit wetenschappelijke theorieën?
2. Hoe is de samenwerking binnen de dementienetwerken in de loop van de tijd vorm gegeven en ingericht en hoe wordt dit nu door de verschillende partijen ervaren?
3. Welke rol speelt de netwerkregisseur in de samenwerking binnen de dementienetwerken?
4. Hoe is de financiering van de dementienetwerken geregeld en hoe wordt dit ervaren door de samenwerkende organisaties?
5. Hoe kan de samenwerking binnen de dementienetwerken worden verbeterd volgens de deelnemende organisaties en welke rol spelen de nieuwe meerjarenplannen daarin?

1.3 Relevantie

Dit onderzoek is maatschappelijk relevant omdat het aantal mensen met dementie stijgt. Om kwalitatief zo goed mogelijke zorg te leveren aan deze groeiende doelgroep is het belangrijk dat organisaties zo goed mogelijk samenwerken. Er zijn verschillende disciplines op wisselende momenten tijdens het ziektebeloop nodig, dit vergt afstemming en coördinatie. Dit onderzoek geeft inzicht in de samenwerking binnen dementienetwerken, met eventuele verbeterpunten om de samenwerking te optimaliseren. Naast bovengenoemde onderwerpen worden de actuele veranderingen in het financieringsmodel van de Nederlandse zorg meegenomen in dit onderzoek. Dit is een onderwerp, dat op dit moment erg speelt binnen de dementienetwerken maar ook bij de zorgverzekeraars. Dit onderzoek kan ondersteunend zijn voor de dementienetwerken op het gebied van de ontwikkelingen van de meerjarenplannen. Mede aan de hand van de meerjarenplannen zal er met de zorgverzekeraars onderhandeld worden over de financiering van de dementienetwerken voor 2019.

Op wetenschappelijk gebied is dit onderzoek relevant omdat er nog weinig tot geen onderzoek is gedaan naar de samenwerking binnen dementienetwerken waarbij ook andere partijen naast de netwerkregisseur worden gehoord. Tevens is de wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek dat er vanuit een sociaal systeem benadering naar netwerken wordt gekeken. Het gros van de onderzoeken vanuit deze benadering is gericht op een enkele organisatie of op andere systemen dan organisaties.

1.4 Leeswijzer

In het tweede hoofdstuk, het theoretisch kader, wordt aandacht besteed aan het definiëren van een aantal concepten zoals het netwerk. Tevens zal er verder worden ingegaan op de sociaal systeem theorie, vanuit dit theoretisch perspectief worden de dementienetwerken bekeken binnen dit onderzoek. De keuzes die gemaakt zijn op het gebied van de theoretische onderbouwing zullen belicht worden. Er zullen eerdere onderzoeken worden aangehaald, waarin de ontwikkeling van de samenwerking en een aantal slaag- en faalfactoren voor het samenwerken in netwerken naar voren komen. Op basis van de hiervoor genoemde onderwerpen wordt er een conceptueel model gepresenteerd.

In hoofdstuk drie, over de onderzoeksstrategie, wordt beschreven op welke wijze het onderzoek is uitgevoerd en welke afwegingen hier ten grondslag aan liggen. Om tot een antwoord te komen op de onderzoeksvraag is er gebruik gemaakt van interviews en documentenanalyses om de benodigde data te verzamelen. De wijze van analyseren van de data wordt ook besproken. De resultaten van de data-analyse zal worden besproken in hoofdstuk vier.

De koppeling tussen de resultaten, de onderzoeksvraag en het theoretische kader wordt gemaakt in hoofdstuk vijf aan de hand van de conclusie en de discussie. Het conceptueel model zoals gepresenteerd in het tweede hoofdstuk zal worden bediscussieerd aan de hand van de resultaten van het onderzoek.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden de begrippen samenwerking en netwerk gedefinieerd, vervolgens wordt het theoretische perspectief beschreven van waaruit de dementienetwerken worden bekeken. Daarna wordt er aandacht geschonken aan een ontwikkelingsmodel voor dementienetwerken, waarin een aantal slaag- en faalfactoren voor samenwerking binnen dementienetwerken naar voren komen. In de vierde paragraaf wordt verder ingegaan op deze factoren. In de vijfde paragraaf staat de netwerkregisseur centraal en tenslotte zal er een conceptueel model worden gepresenteerd.

2.1 Samenwerking en netwerken

Centraal in dit onderzoek staat de samenwerking binnen netwerken, maar hoe wordt samenwerking gedefinieerd en wat is een netwerk? Samenwerking vindt plaats wanneer een groep van autonome probleemhouders deelnemen in een interactief proces, gebruikmakend van gezamenlijke regels, normen en structuren, samen handelen of beslissen gerelateerd aan het domein van het probleem (Gray en Wood 1991). Samenwerken kan op verschillende niveaus plaatsvinden. Bij het samenwerken tussen organisaties zal de samenwerking georganiseerd moeten worden. Organiseren tussen organisaties is een vorm van organiseren waarbij mensen uit autonome organisaties ertoe overgaan duurzame afspraken te maken en zo delen van het werk op elkaar af te stemmen. Het leidt tot diversiteit aan samenwerkingsrelaties die een duurzame intentie hebben, maar wel eindig zijn (Kaats en Opheij 2014).

Samenwerken tussen organisaties of partijen kan op verschillende manieren worden vormgegeven, bijvoorbeeld in de vorm van een netwerk of een keten. In de literatuur lopen de begrippen ketens en netwerken door elkaar. Van een netwerk is er sprake wanneer er drie of meer organisaties bewust samenwerken, door samen diensten te leveren, problemen op te lossen, informatie te delen en het samen verkrijgen van de benodigde middelen (Kenis en Provan 2009). Dit is één van de vele definities van netwerken in de literatuur. Kenmerkende thema's die terugkomen in het gros van de definities van netwerken zijn: sociale interactie, relaties, samenwerking, collectieve actie, vertrouwen en verbondenheid (Provan, Fisch en Sydow 2007). In de Nederlandse literatuur wordt er gesproken van dementieketens of dementienetwerken. Eén van de definities van een keten is: "een samenhangend geheel van geschakelde input- en outputprocessen, gericht op voortbrenging van een product of dienst" (de Bruijn 1997). In het geval van de dementienetwerken: wordt er gesproken van het aaneenschakelen van diensten van verschillende organisaties zodat de patiënt met dementie kwalitatief goede zorg krijgt. In het verlengde hiervan ligt de definitie van de zorgketen, die wordt gehanteerd binnen dit onderzoek: "een gecoördineerd zorgverleners- en organisatie- overstijgend zorgproces, gericht op samenhang, afgestemd op de behoefte van de cliënt" (Raak 2003). Binnen dit onderzoek wordt het begrip dementienetwerk aangehouden. Hiervoor is gekozen omdat een netwerk breder gedefinieerd is dan een keten, bij aanvang van het onderzoek is het niet duidelijk hoe de verschillende dementienetwerken zijn ingericht en of deze kunnen voldoen aan het predicaat keten. Tevens wordt er in de internationale literatuur gesproken over netwerken.

Samenwerken binnen netwerken kan vanuit verschillende perspectieven bekeken worden, namelijk vanuit een organisatiekundig, bedrijfskundig, bestuurskundig en sociaalwetenschappelijk perspectief. In dit onderzoek is er gekozen om dementienetwerken vanuit een organisatiekundig perspectief te benaderen. Bij dit perspectief staat het gedrag van en binnen organisaties centraal, ook spelen de factoren die het gedrag veroorzaken een belangrijke rol. Er is voor dit perspectief gekozen omdat de samenwerking kan worden gedefinieerd als gedrag. Hiernaast spelen de slaag- en faalfactoren van samenwerking een belangrijke rol binnen het organisatiekundig perspectief.

2.2 Organisatiekundig perspectief op netwerken

Eén van de stromingen binnen het organisatiekundig perspectief is de systeemtheoretische benadering. De systeemtheorie vindt zijn oorsprong in de biologie, één van de grondleggers van de systeemtheorie is de bioloog Von Bertalanffy (1972). Een systeem bestaat uit drie onderdelen: elementen, relaties tussen deze elementen en een gemeenschappelijk doel of functie (Meadows 2008) (Flood en Jackson 1991). Bij het dementienetwerk zijn de verschillende organisaties die aan het netwerk deelnemen, de elementen. Er zijn relaties tussen de verschillende organisaties, hoe deze er uitzien zal later in het onderzoek naar voren komen. De elementen hebben een gemeenschappelijk doel: zorg bieden aan mensen met dementie. Een organisatie binnen het dementienetwerk kan ook gezien worden als een systeem. Het systeem dementienetwerk bestaat uit meerdere (sub)systemen.

Binnen de systeemtheorie wordt er onderscheid gemaakt tussen open en gesloten systemen. Bij een gesloten systeem vindt er geen wederzijds beïnvloeding plaats tussen het systeem en de omgeving. Kenmerkend van de open systeembenadering is, dat het systeem alleen is te begrijpen vanuit de context waarin het systeem zich bevindt. De context en het systeem beïnvloeden elkaar wederzijds (Von Bertalanffy 1972). Dementienetwerken worden binnen dit onderzoek gezien als een open systeem. Deze keuze is gemaakt omdat de rol van de financiering bij de dementienetwerken wordt onderzocht. De financiering is mede afhankelijk van de beslissingen, die in de context van het dementienetwerk worden genomen. Dit sluit tevens aan bij de sociale systeem theorie van Talcott Parsons, een sociaal systeem moet zich aanpassen aan veranderingen in de omgeving, zoals de financieringsbronnen om te overleven (Parsons 1991) (Buckley 1968). De onderzoeker is zich er van bewust dat, er meer omgevingsinvloeden zijn dan enkel de financiering, maar heeft er voor gekozen om zich te richten op de financiering, omdat dit een actueel onderwerp is. Het ruime begrip van de gehele context van een systeem maakt het lastig om verbanden te leggen.

Eén van de andere grondleggers van de systeemtheorie is Boulding. Hij maakt onderscheid tussen negen niveaus van systemen op basis van complexiteit. Waarbij het laagste niveau het raamwerkniveau wordt genoemd. Op dit niveau is het systeem statisch en verandert de structuur niet (Franken 1982). Het hoogste niveau is het transcendentale niveau: de filosofische systemen, waaruit de waarden worden afgeleid, die in sociale systemen bepalend zijn voor het gedrag van de actoren. Voorbeelden hiervan zijn taal en ethiek. Het dementienetwerk valt onder het achtste niveau, het niveau van de sociale organisaties. Voorbeelden hiervan zijn organisaties maar ook de samenleving. Kenmerkend voor dit niveau is, dat deze systemen langer kunnen bestaan dan de actoren waaruit ze bestaan. Op dit niveau gaat het niet om het individu maar om de rol of de manier van gedragen van het individu. De verschillende actoren worden verbonden door communicatiekanalen (Franken 1982).

Franken(1982) benoemt een aantal kenmerken voor een sociaal systeem: het geheel is meer dan de som der delen, tussen de actoren bestaan dynamische relaties, het is een open systeem, het systeem zal veranderingen in de omgeving zoveel mogelijk opvangen, het systeem is gericht op zelfhandhaving en zelf-reproducering, het systeem is gericht op het behalen van doelen en het systeem kan groeien. Deze kenmerken zijn van toepassing op de dementienetwerken, in dit onderzoek zal een dementienetwerk dan ook worden gezien als een sociaal systeem. Voorbeelden van deze kenmerken bij dementienetwerken zijn: dementienetwerken kunnen groter worden door de aansluiting van nieuwe zorgorganisaties en dementienetwerken hebben interactie met de omgeving bijvoorbeeld met zorgverzekeraars.

Een verdere invulling aan de sociale-systeemtheorie wordt gegeven door Luhmann (1995). Hij maakt onderscheid tussen drie verschillende sociale systemen: de maatschappij, organisaties en

interacties. Luhmann(1995) beschrijft dat organisaties kunnen worden gezien als een sociaal systeem omdat er aan drie voorwaarden wordt voldaan. Deze drie voorwaarden zijn: er is sprake van autopoiesis, ze behoren tot een eigen sociaal systeem met een logica die niet terug te voeren is tot de actoren, bijvoorbeeld de cultuur binnen een organisatie en de genomen beslissingen bepalen de organisatiekenmerken (Seidl en Becker 2006). Deze voorwaarden zijn ook toepasbaar op een netwerk van organisaties, waarin een organisatie een subsysteem is. Het basiselement van een sociaal systeem is communicatie. Op het moment dat de communicatie stopt, stopt het systeem ook met bestaan. Een verschil tussen Von Bertalanffy (1972) en Luhmann is dat Von Bertalanffy er van uit gaat, dat het systeem en de omgeving elkaar beïnvloeden en Luhmann beweert dat het systeem zelf bepaalt of/en hoe het reageert op prikkels vanuit de omgeving. In dit onderzoek wordt het perspectief van Luhmann(1995) aangehangen op het gebied van de invloed van de omgeving. De onderzoeker is van mening, dat systemen zoals een dementienetwerk, de keuze hebben om wel of niet te reageren op prikkels van buitenaf, bijvoorbeeld bij regelgeving vanuit de overheid. De sociale systeemtheorie benoemt tevens dat bijvoorbeeld een persoon, die onderdeel is van een sociaal systeem elke waarneming waarneemt vanuit zijn of haar eigen gezichtspunt en op deze wijze de omgeving construeert. Elk persoon neemt dus zijn of haar eigen waarheid waar, dit sluit aan bij het constructivistische paradigma van dit onderzoek.

In de systeemtheorie staan relaties centraal. Dit komt overeen met dit onderzoek omdat het gericht is op de samenwerking tussen de partijen in het dementienetwerk. De dynamische systeemtheorie houdt zich bezig met de veranderingen van systemen in de tijd (Von Bertalanffy 1972). Om de ontwikkeling door de tijd van de dementienetwerken verder uit te diepen zal er gebruik gemaakt worden van het OMK- model.

2.3 Het ontwikkelingsmodel voor ketenzorg

Een model, dat in dit onderzoek gebruikt wordt is het ontwikkelingsmodel voor ketenzorg (Minkman, Ahaus en Huijsman 2010). Dit is een generiek kwaliteitsmodel waarin, belangrijke elementen van ketenzorg en de ontwikkelingsfasen waarin een zorgketen zich kan bevinden, naar voren komen. Elementen, die naar voren kwamen, zijn samengebracht tot negen clusters. Deze clusters kunnen worden gezien als onderdelen waaruit een dementienetwerk wordt opgebouwd, voorbeelden van clusters zijn: ketenregie en logistiek, rol- en taakverdeling en netwerkcommitment (Minkman, Ahaus en Huijsman 2010). In het OMK- model wordt onderscheid gemaakt tussen vier fasen met betrekking tot de ontwikkeling van het dementienetwerk. Dit zijn: de initiatief- en ontwerpfasen, experiment- en uitvoerfase, uitbouw- en monitoringsfase en de verduurzamings- en transformatiefase. Per ontwikkelingsfase zijn er andere elementen van belang volgens de respondenten (Minkman, Ahaus en Huijsman 2010). In het rapport Netwerkindicatoren 2016 komen deze fasen ook terug, er is onderzocht in welke fase de dementienetwerken zich bevinden. Meer dan de helft (55%) van de responderende dementienetwerken gaf aan dat het netwerk in de uitbouw- en monitoringsfase zit (Hofman, Reitsma, et al. 2016). In dit rapport komt tevens naar voren, dat de grootste uitdaging voor netwerken de financiering is. Een kanttekening bij dit rapport is dat er uit elk netwerk één respondent was. Er is voor gekozen om dit model te gebruiken omdat het specifiek gericht is op dementienetwerken en ook vanuit het perspectief van de Nederlandse gezondheidszorg is geschreven.

2.4 Succes- en faalfactoren voor de samenwerking binnen netwerken

Een aantal elementen uit de clusters van het OMK- model kunnen ook worden gezien als succes- en faalfactoren voor de samenwerking binnen dementienetwerken. Voorbeelden van deze elementen zijn: het vastleggen van doelen en ambities van de netwerksamenwerking, het vastleggen van

afspraken tussen de netwerkorganisaties, omschrijven welke taken en bevoegdheden leiding, coördinator, bestuur en adviesraden in de keten hebben en zorg dragen voor commitment van de leidinggevenden van de deelnemende organisaties (Minkman, Ahaus en Huijsman 2010). Deze elementen komen ook terug in andere literatuur (Mattessich en Monsey 1992), soms in een andere bewoording, namelijk als succes- en faalfactoren voor samenwerking binnen netwerken.

Naast de elementen die in het OMK- model naar voren komen zijn er in de internationale literatuur nog een aantal succes- en faalfactoren te vinden voor samenwerken in netwerken: een gezamenlijke visie, vertrouwen, wederkerigheid en open en regelmatige communicatie (Mattessich en Monsey 1992) (Barett 2004). Op het gebied van het samenwerken in ketens en netwerken in de zorg, is het Belgische onderzoek Samenwerking in ketens en netwerken: praktijkervaringen uit de zorg- en welzijnssector (van Tomme, Voets en Verhoest 2011) van belang. Dit onderzoek bevat een aantal niet eerder genoemde factoren zoals verschillen tussen cultuur en taal en onderlinge machtsfactoren. Deze factoren zijn meer gericht op de relatie tussen de actoren in het netwerk. In het rapport "Afstemming in de zorg", van de RIVM uit 2013, is onder andere onderzocht of er wordt gewerkt volgens de afstemmingsafspraken die zijn gemaakt tussen de regionale organisaties in de dementiezorg. Hieruit kwam naar voren dat ongeveer twee derde van de organisaties zich geheel aan deze afspraken houdt, naar eigen zeggen. Interessanter voor dit onderzoek zijn de bevorderende en belemmerende factoren die in de andere onderzoeken niet naar voren komen bij het wel of niet houden aan de afstemmingsafspraken: de wet en regelgeving en het binnen organisaties/disciplines denken aan het eigen domein. Een nieuwe bevorderende factor is: de aanwezigheid van deskundigheid bij de betrokken organisaties (Baan 2013). Een aantal van de bovenstaande factoren komen ook terug in het Kwaliteitskader Ketenzorg van TNO uit 2003. In het kwaliteitskader komt naar voren dat er veel moet worden vastgelegd over de samenwerking binnen de keten want formalisatie is belangrijk (TNO preventie en gezondheid, Zorgnetwerk Land van Cuijk en Noord-Limburg 2004) (Karam, et al. 2018). Een faalfactor die terugkomt in andere onderzoeken is de toegankelijkheid van zorgdossiers voor de verschillende actoren binnen het netwerk. De elektronische patiëntendossiers systemen van de verschillende organisaties sluiten niet op elkaar aan (Inspectie voor de gezondheidszorg 2013).

Op het gebied van de financiering zijn er drie factoren die positief of negatief van invloed kunnen zijn op het netwerk. De schotten tussen de financieringsstromen vanuit de WMO, ZVW en WLZ. De tweede factor is het eventueel ontbreken van een structurele financiering voor de organisatie van het dementienetwerk en de laatste factor is de betrokkenheid van meerdere financiers zoals gemeentes, de provincie en zorgverzekeraars (Calsbeek en Rosendal 2007).

De succes- en faalfactoren kunnen op verschillende wijze worden gecategoriseerd, zo kan er onderscheid worden gemaakt tussen "harde" en "zachte" factoren (Veerbeek, et al. 2015). Voorbeelden van zachte factoren zijn rolduidelijkheid en toegevoegde waarde ervaren, hiertegenover staan harde factoren zoals regels en structuren. Naast deze wijze van categoriseren geeft het artikel van Veerbeek, et al.(2015) inzicht in een aantal factoren. Eén van deze factoren gaat over de competenties van de netwerkregisseur, het draagt bij als een netwerkregisseur bevlogen is en de visie van het netwerk uitdraagt. Op de netwerkregisseur en zijn rol binnen de samenwerking zal er in de volgende paragraaf verder worden ingegaan.

In figuur 1 worden de eerder aangehaalde factoren op een rij gezet.

Strategische factoren:	Sociale factoren:	Financiële factoren:
<ul style="list-style-type: none">-Gezamenlijke visie-Gemeenschappelijke doelstelling-Duidelijke rol- en taakverdeling-Sturing van bovenaf-Duidelijke werkprocessen-Deskundigheid-Afspraken over de communicatie-Resultaatgericht leren-Formalisatie-Toegankelijkheid patiëntendossiers-Concurrentie	<ul style="list-style-type: none">-Onderling vertrouwen-Verschillen in taal en cultuur-Onderlinge machtsfactoren-Binnen organisaties/disciplines denken aan het eigen domein-Ervaren van toegevoegde waarde van het netwerk	<ul style="list-style-type: none">-Structurele financiering-Schotten in de financiering-Meerdere financiers

Figuur 1. De succes- en faal factoren per categorie.

2.5 Netwerkgisseur

In de literatuur lopen de termen ketenregisseur, netwerkcoördinator, netwerkgisseur door elkaar heen. In dit onderzoek wordt gekozen voor de term netwerkgisseur omdat dit ook aansluit bij de eerder beschreven keuze om te spreken van een netwerk en niet van een keten.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen drie verschillende vormen van governance binnen netwerken: 'Participant-Governend Networks', 'Lead-Organization Governend Networks' en 'Network Administrative Organization' (Provan en Kenis 2008). Bij de eerste vorm wordt het netwerk bestuurd door alle deelnemende partijen van het netwerk, bij de andere twee vormen is een deel van de besturing van het netwerk neergelegd bij één partij. Bij de Lead- Organization Governend Networks is de governance van het netwerk ondergebracht bij de sterkste partij van de organisatie. In het geval van een Network Administrative Organization is de governance van het netwerk in handen van een speciaal hiervoor gecreëerde of aangetrokken actor. Dit kan in de vorm van een individuele actor zoals een netwerkgisseur of in de vorm van een formele organisatie (Provan en Kenis 2008). In het geval van de dementienetwerken in Nederland wordt er gebruik gemaakt van een netwerkgisseur.

Er worden drie verschillende rollen benoemd die de netwerkgisseur kan aannemen: de onderzoekende-, de proces bewakende- en de aansturende rol. Bij de onderzoekende rol is de rol waarbij de netwerkgisseur inventariseert en onderzoek doet naar bijvoorbeeld problemen binnen het netwerk. De proces bewakende rol houdt in dat de netwerkgisseur in de gaten houdt of er volgens de afspraken wordt gewerkt en of de samenwerking meerwaarde oplevert voor de cliënt. Bij de aansturende rol, bewaakt en stuurt de netwerkgisseur de processen waarbij de casemanager betrokken is (Venneman 2010).

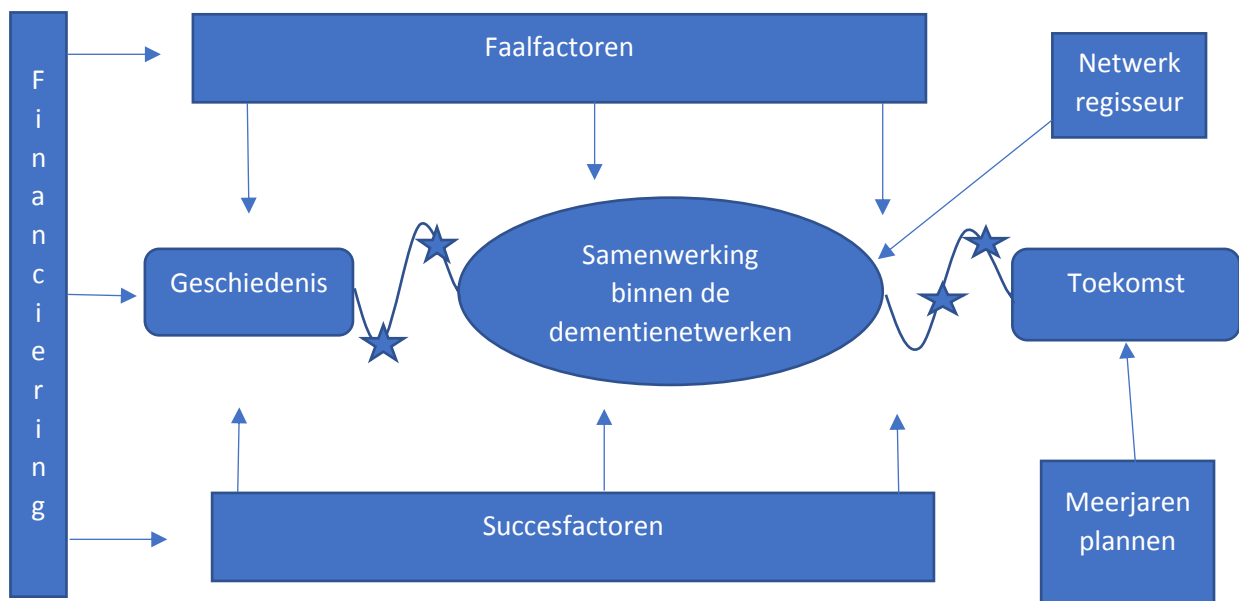
In een ander artikel wordt de rol van netwerkregisseur gezien als een extra rol naast de klassieke management rollen van Mintzberg. Deze rol wordt de orchestrator rol genoemd. Aan deze rol zijn de volgende taakgebieden verbonden: reizen, netwerken, kennis overdragen, stabiliseren van het netwerk, voorbereiden van documenten, operationeel werk en overbruggen. Uit dit onderzoek blijkt dat de netwerkregisseur naast de nieuwe rol van orchestrator, ook vaak de rol van woordvoerder en verbinder aanneemt tijdens zijn of haar werkzaamheden (Bartelings, et al. 2017).

Uit onderzoek blijkt dat netwerkregisseurs een groot deel van hun tijd kwijt zijn aan activiteiten op het gebied van legitimiteit en commitment. Met legitimiteit wordt reputatie, acceptatie en bestaansrecht van het netwerk bedoeld. Activiteiten van de netwerkregisseur op dit gebied worden ingezet om zowel de interne als de externe legitimiteit te versterken. Tevens kan legitimiteit om de legitimiteit van het gehele netwerk gaan maar ook om de legitimiteit van bijvoorbeeld een verandering binnen het netwerk. Bij commitment gaat het erom dat de organisaties uit het netwerk zich voldoende inzetten om de doelen van het netwerk te behalen (Raab, et al. 2018). Een nadeel van dit onderzoek is dat het niet specifiek is gericht op dementienetwerken.

Er zijn drie verschillende niveaus van netwerkmanagement: strategisch, tactisch en operationeel. De netwerkregisseur speelt vaak ook een verbindende rol tussen deze niveaus. Het strategisch niveau is het niveau waarop bestuurders werken. Het tactisch niveau is de dagelijkse besturing, waarbij de samenwerking wordt gefaciliteerd. Op het operationeel niveau werken de actoren samen om in het geval van de dementienetwerken zorg te leveren aan mensen met dementie.

2.6 Conceptueel model

Sinds het ontstaan van de dementienetwerken ontwikkelt de samenwerking zich tussen de verschillende organisaties binnen de netwerken. Deze ontwikkeling verloopt via de fases uit het OMK- model. Op de samenwerking binnen de dementienetwerken hebben succes- en faal factoren invloed, maar ook de financiering heeft invloed op de samenwerking. De financiering heeft tevens invloed op de succes- en faalfactoren. De ontwikkelde meerjarenplannen zijn een hulpmiddel voor de dementienetwerken om toe te werken naar de toekomst, en de samenwerking verder te ontwikkelen. De netwerkregisseur speelt een belangrijke rol op de samenwerking binnen het dementienetwerk.



★ =Fase OMK

Figuur 2. Conceptueel model

3. Onderzoeksstrategie

3.1 Onderzoeksmethode

Er is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet vanuit het constructivistische paradigma omdat het onderzoek gericht is op een sociaal proces waaraan de actoren betekenis geven (Mortelmans 2013). De samenwerkende actoren binnen de dementienetwerken geven betekenis aan de samenwerking, en hebben ieder hun eigen realiteit. Dit sluit tevens aan bij de theoretische invalshoek die wordt gebruikt voor dit onderzoek, vanuit de sociale systeem theorie waarin betekenisgeving door actoren een belangrijke rol speelt.

Dit onderzoek kan getypeerd worden als een exploratief onderzoek, het doel is om tot inzicht te komen over hoe de samenwerking binnen de dementieketens verloopt en ook de financiering komt aan bod. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar deze onderwerpen specifiek gericht op de dementienetwerken. Met name de financiering is van belang doordat er veel veranderingen zijn rond de financiering van de zorg (dementiezorgvoorelkaar 2017) (Alzheimer Nederland 2017)

3.2 Dataverzameling

De data voor dit onderzoek zijn verzameld in een tijdsbestek van twee maanden. De data zijn verzameld op twee verschillende manieren: semigestructureerde interviews en het analyseren van documenten. De interviews duurden gemiddeld een uur en zijn opgenomen. Tevens heeft er voor het theoretisch kader een literatuurstudie plaatsgevonden.

3.2.1 Literatuurstudie

Voor het theoretisch kader is een kleinschalige literatuurstudie gedaan naar samenwerking, netwerken, systeemtheorie, ontwikkeling van netwerken, de slaag- en faalfactoren van samenwerking en de rol/functie van de netwerkregisseur. Hiervoor zijn de online zoekmachines GoogleScholar, PubMed en sEURch gebruikt. Er is gezocht met behulp van onder andere de volgende trefwoorden: interorganizational networks, collaboration, supply chain networks, networks, social system theory, ketenregisseur, dementienetwerken, critical factors en networkmanagers. Tevens is gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode voor het vinden van relevante onderzoeken (Mortelmans 2013). De inclusiecriteria zijn Nederlands- of Engelstalige bronnen, en publicatiedatum (<15 jaar). Bij een aantal onderwerpen is van de laatste inclusiecriteria afgeweken. Hiervoor is gekozen wanneer een bron informatie bevat, die relevant is voor dit onderzoek en als deze informatie niet naar voren komt in recentere bronnen. Met name bij de bronnen over de systeemtheorie is hiervan afgeweken omdat dit een wat oudere theorie is waarvan de grondleggers in de afgelopen jaren weinig tot niets hebben veranderd aan de basis van deze theorie.

3.2.2 Documentenanalyse

Bij de deelnemende dementienetwerken zijn documenten over de financiering, de samenwerking en de meerjarenplannen opgevraagd. Naast de opgevraagde documenten zijn er ook documenten gebruikt, die afkomstig zijn van de websites van de deelnemende dementienetwerken. Deze documenten zijn gebruikt om de structuur en de inrichting van de netwerken duidelijk te krijgen. De documenten zijn onder andere gebruikt als onderwerp en achtergrond informatie voor de interviews (Mortelmans 2013). Daarnaast zijn documenten zoals over de meerjarenplannen gebruikt als data voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Deze documenten zijn op dezelfde wijze geanalyseerd als de data uit de interviews.

3.2.3 Interviews

Bij de interviews is gekozen om semigestructureerde interviews af te nemen, omdat het doel van de interviews is om de ervaringen en de meningen van de respondenten zo helder mogelijk te krijgen maar wel over een aantal vooraf vastgestelde thema's. Er is gebruik gemaakt van een topiclijst om een aantal thema's terug te laten komen. Deze topiclijst is gemaakt aan de hand van het theoretische kader en de documenten. In deze topiclijst zijn onder andere de samenwerking, de financiering en de meerjarenplannen teruggekomen. De topiclijst is gebruikt als leidraad voor de interviews, maar liet wel ruimte voor de interpretaties van de respondenten en ruimte om door te vragen. De topiclijst is cyclisch opgesteld, waarbij er na een aantal interviews is bepaald of er veranderingen nodig waren om tot antwoord te komen op de onderzoeksvraag. De onderzoeker heeft na een aantal interviews de topiclijst op sommige thema's uitgebreid omdat deze thema's te weinig aandacht kregen in het onderzoek. De onderzoeker heeft ruim de tijd genomen om de interviews af te nemen zodat er ruimte was om door te vragen, en de respondent rustig zijn verhaal kon doen om tot de kern van de onderzoeksvraag te komen. Tevens is er toestemming gevraagd aan de respondenten om het interview op te nemen, en is het interview in een rustige ruimte afgenomen. Binnen het beschikbare tijdsbestek van het onderzoek zijn er zoveel mogelijk interviews afgenomen om tot een zo hoog mogelijke theoretische saturatie te komen (Mortelmans 2013).

3.3 Respondenten

De deelnemende dementienetwerken binnen dit onderzoek zijn Dementienetwerk Waardenland, Dementienetwerk Midden-Holland en Dementienetwerk Oost-Achterhoek. Deze netwerken zijn geselecteerd op de criteria: het aantal deelnemende organisaties, variatie in het aantal inwoners binnen deze regio en de wijze van financiering voor zover dit bekend was bij het selecteren van de netwerken. Hiervoor is gekozen omdat het aantal deelnemende organisaties en de grootte van de regio van invloed kunnen zijn op de samenwerking. De wijze van financiering is gekozen als selectie criterium om duidelijkheid te krijgen wat de invloed is van de financiering op het dementienetwerk. De deelnemende dementienetwerken zijn uiteindelijk geselecteerd na het verdelen van de netwerken op grootte en het bestuderen van de uitkomsten van een enquête uitgevoerd door de thesisbegeleider van dit onderzoek. Deze enquête heeft de thesisbegeleider, in zijn voormalige rol als projectleider van het actieplan casemanagement dementie, onder de netwerkregisseurs uitgezet. In deze enquête werden vragen gesteld over de wijze van financiering van de afgelopen jaren en het inkoopproces. De drie deelnemende dementienetwerken verschillen op het gebied van grootte qua inwoners van de regio, financiering en aantal deelnemende organisaties.

De netwerkregisseurs van de geselecteerde dementienetwerken zijn als respondenten geselecteerd. De keuze voor de netwerkregisseurs komt voort uit de functie/rol die de netwerkregisseur heeft, onder andere het waarborgen van de samenwerking binnen de dementienetwerken. Na het selecteren van de netwerken, zijn in overleg met de netwerkregisseurs, de andere respondenten uit het netwerk geselecteerd. Deze respondenten zijn afkomstig uit verschillende organisaties, die op een actieve en directe wijze te maken hebben met de samenwerking binnen het dementienetwerk. Zoals de zorgaanbieders en de gemeenten. De geselecteerde respondenten hebben functies op zowel operationeel, tactisch als strategisch niveau. Hiervoor is gekozen zodat de samenwerking vanuit verschillende invalshoeken wordt belicht. Naast de genoemde respondenten is er ook voor gekozen om vanuit de kant van de betrokken zorgverzekeraars een respondent te selecteren en te laten deelnemen aan het onderzoek. Deze keuze is gemaakt omdat de zorgverzekeraars een belangrijke rol spelen bij de financiering van de dementienetwerken en er vanuit Zorgverzekeraars Nederland wordt aangedrongen op de ontwikkeling van de meerjarenplannen. Uiteindelijk hebben

er twee respondenten vanuit de zorgverzekeraar deelgenomen aan het onderzoek, waarvan er één een vragenlijst heeft ingevuld. De respondenten en documenten zijn geanonimiseerd zoals weergegeven in de onderstaande tabel.

Dementienetwerk Waardenland (A)	Dementienetwerk Midden-Holland (B)	Dementienetwerk Oost-Achterhoek (C)
Netwerkgeregisseur (A1)	Netwerkgeregisseur (B1)	Netwerkgeregisseur (C1)
Respondent deelnemende organisatie 1 (A2)	Respondent deelnemende organisatie 1 (B2)	Respondent deelnemende organisatie 1 (C2)
Respondent deelnemende organisatie 2 (A3)	Respondent deelnemende organisatie 2 (B3)	Respondent deelnemende organisatie 2 (C3)
Respondent deelnemende organisatie 3 (A4)	Respondent deelnemende organisatie 3 (B4)	Respondent deelnemende organisatie 3 (C4)
Respondent zorgverzekeraar (A5)		Respondent zorgverzekeraar (C5)

Code	Document
T	Concept Meerjarenbeleidsplan Ketenzorg dementie Waardenland
U	Meerjarenbeleidsplan 2018 – 2020 Netwerk Dementie Oost Achterhoek
V	Meerjarenplan Dementie 2019 – 2020 Netwerk Ketenzorg Dementie Midden-Holland
w	Transmurale richtlijn diagnostiek bij dementie
x	Taakgebieden Ketenzorg dementie Waardenland
y	Samenwerking bij mensen met dementie Casemanager dementie en huisarts/praktijkondersteuner in de regio Waardenland
z	Jaarverslag 2017

3.4 Data analyse

Na het transcriberen en anonimiseren van de interviews, zijn de data geanalyseerd aan de hand van de stappen die beschreven worden volgens Mortelmans (2013). De eerste stap is het open coderen, waarbij de transcripten zijn opgedeeld in kortere stukken tekst, in dit proces zijn ook de relevante documenten meegenomen. Deze kortere stukken tekst hebben labels gekregen. Voorbeelden hiervan zijn: ervaring onderlinge samenwerking, faalfactor samenwerking en toekomstbeeld van het dementienetwerk. Op deze wijze zijn betekenisvolle stukken tekst voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag geïsoleerd en is er scheiding gemaakt tussen wel of niet relevante data (Boeije 1994). Na het open coderen, zijn de dubbele labels en de labels die samenhang vertonen aan elkaar verbonden. Tijdens dit axiaal coderen zijn de labels die samen horen verder uitgeschreven als concepten. Hieruit kwamen een aantal concepten naar voren, zoals de bekostiging van de zorg. De concepten bestaan uit een aantal eigenschappen; de labels die kunnen worden gezien als op zichzelf staande concepten. Om duidelijkheid te krijgen over de samenhang tussen de codes, die een concept vormen is er gebruik gemaakt van codebomen (Mortelmans 2013). Deze concepten zijn bij het selectief coderen verbonden tot een theorie welke ook vergeleken is met het conceptueel model uit het theoretisch kader. Tevens is er een vergelijking gemaakt met de data uit de documenten en de wetenschappelijke literatuur om tot een antwoord te komen op de hoofd- en deelvragen.

De citaten zijn anoniem weergegeven in het onderzoeksrapport. De citaten zijn op zichzelf staande citaten, die onderbouwing bieden aan de resultaten. Er zijn citaten gebruikt van verschillende respondenten om een zo realistisch mogelijk beeld te schetsen (Mortelmans 2013).

3.5 Kwaliteit van het onderzoek

Op verschillende manieren is de kwaliteit van het onderzoek gewaarborgd. Door naast het houden van interviews, ook documenten te verzamelen is er gebruik gemaakt van meerdere databronnen en wordt er gestreefd naar data triangulatie. De interne validiteit is tevens gewaarborgd doordat er gebruik is gemaakt van de member check. Na het transcriberen van de interviews, is de transcriptie voorgelegd aan de respondenten om te achterhalen of de onderzoeker de resultaten juist heeft geïnterpreteerd. Tevens heeft de onderzoeker regelmatig om feedback over de resultaten gevraagd aan zijn onderzoeksbegeleider. Dit is een vorm van peer briefing, waardoor de externe validiteit is vergroot (Mortelmans 2013). Daarnaast is er feedback gevraagd aan een externe partij op het gebied van wetenschappelijk schrijven en het juist weergeven van de resultaten. Er is gebruik gemaakt van meerdere soorten respondenten waardoor sprake is van respondententriangulatie (Mortelmans 2013).

De externe betrouwbaarheid is bewaakt door middel van zelfreflectie en methodologische duidelijkheid (Mortelmans 2013). De onderzoeker heeft een logboek bijgehouden van alle stappen die zijn doorlopen. Ook zijn eigen verwachtingen en ideeën omtrent het onderzoek zijn bijgehouden, zodat er achteraf is vastgesteld welke invloed dit heeft gehad op het onderzoek. De externe validiteit en de repliceerbaarheid zijn beperkt omdat het onderzoek gericht is op een sociaal proces dat veranderd door de tijd heen (Mortelmans 2013). De generaliseerbaarheid van dit onderzoek is beperkt doordat er gebruik is gemaakt van purposefull sampling en er geen sprake is van randomisatie.

4. Resultaten

4.1 Dementienetwerken

De deelnemende netwerken zijn elk op verschillende wijze vormgegeven. Opvallend is dat er geen eenduidig antwoord vanuit de respondenten is gekomen op de vraag hoe het dementienetwerk eruit ziet. In deze paragraaf zal per dementienetwerk zo goed mogelijk worden uiteengezet hoe het dementienetwerk eruit ziet, hoe het tot stand is gekomen en welke veranderingen binnen het dementienetwerk hebben plaatsgevonden.

De afgelopen jaren zijn er binnen de drie dementienetwerken diverse veranderingen opgetreden, deze verschillen per netwerk. Tevens is er een verschil in de oorzaak van de veranderingen. Sommige veranderingen zijn tot stand gekomen door beslissingen van externe partijen zoals de zorgverzekeraar en andere veranderingen zijn tot stand gekomen door interne beslissingen. Bij alle netwerken komt naar voren dat de bekendheid en de aandacht in de media en de politiek voor dementie groter is geworden. Een ander terugkerend thema is, dat het aantal mensen met dementie zal stijgen de komende jaren. Binnen alle deelnemende dementienetwerken leeft de vraag hoe hier mee om te gaan. Bij de deelnemende dementienetwerken is er een duidelijke verbinding met het casemanagement. De verandering in de bekostiging van het casemanagement is een terugkerend onderwerp in de drie netwerken.

4.1.1 Waardenland

Het dementienetwerk Waardenland is een onderdeel van het samenwerkingsverband Drechtzorg. Drechtzorg is een overkoepelend samenwerkingsverband van verschillende actoren op het gebied van de zorg. Naast het dementienetwerk valt hier bijvoorbeeld ook de CVA- keten onder. Het dementienetwerk Waardenland bestrijkt een regio met twaalf gemeentes. Het netwerk bestaat uit een werkgroep en een stuurgroep. De werkgroep wordt gevormd door afgevaardigden van de vijf zorgaanbieders die casemanagement leveren in deze regio. Alleen deze zorgaanbieders mogen casemanagement leveren in deze regio. Naast deze zorgaanbieders maakt de netwerkcoördinator ook deel uit van deze werkgroep. De stuurgroep, ongeveer 25 personen, bestaat uit de zorgorganisaties die te maken hebben met dementie en uit de gemeenten, die onder de regio Waardenland vallen. De werkgroep heeft een mandaat gekregen vanuit de stuurgroep om bepaalde beslissingen te nemen. Als er een breed onderwerp is, dat meerdere organisaties aangaat, wordt dit voorgelegd aan de stuurgroep. De deelnemende partijen hebben de visie van het dementienetwerk ondertekend, maar er ligt geen convenant onder. De werkgroep komt ongeveer een keer per vijf weken samen, er is ook wekelijks mail contact tussen de werkgroep leden. De taakverdeling binnen de werkgroep is op papier vastgelegd.

Het dementienetwerk Waardenland is ongeveer tien jaar geleden tot stand gekomen nadat het landelijk programma dementie in het leven was geroepen. Destijds zijn er in de regio Waardenland een aantal organisaties samengekomen om het hierover te hebben. Hieruit is een werkgroep ontstaan gericht op het onderzoeken van de mogelijkheden van casemanagement in deze regio. Hierbij hebben verschillende organisaties gezegd, dat zij professionals hebben, die casemanagement kunnen leveren. Vervolgens is de huidige netwerkregisseur dit gaan coördineren en uitbouwen tot het huidige dementienetwerk.

Binnen het dementienetwerk Waardenland is één van de veranderingen, dat er voorheen een stuurgroep kwetsbare ouderen en een stuurgroep dementie bestonden. Deze zijn nu samen gegaan tot één stuurgroep. Hierdoor is de stuurgroep qua omvang een stuk groter geworden, waardoor volgens een aantal respondenten het besluitvormingsproces trager is geworden.

“Zo’n moment waarop ik zeg: we hebben van alles voorbereid, we vinden dit, vinden jullie dat ook? Want dan stellen we het hier vast. Maar als die een keer wordt afgezegd door een aantal leden en dan nog een keer de zomervakantie tussen zit, kan ik dat pas na de zomer doen. Dat is veel te laat.”(A1)

Maar ook de betrokkenheid vanuit de stuurgroep bij het onderwerp dementie lijkt door deze verandering minder te zijn geworden.

“De stuurgroep dementie is opgegaan in de stuurgroep kwetsbare ouderen en dat is niet zo handig heb ik wel begrepen, want nu is er een stuurgroep die een dusdanig groot pakket heeft, van eenzaamheid tot dementie, dat uiteindelijk niemand zich echt meer verantwoordelijk voelt voor het stukje dementie. Dus of dat een gelukkige keuze is geweest, nee waarschijnlijk niet. Ik hoor ook van de stuurgroep, dat de betrokkenheid van de bestuurders vrij laag is.”(A3)

Een andere verandering binnen het dementienetwerk is de groei van het aantal casemanagers en het aantal mensen dat die hulp krijgt. Tevens wordt de gegroeide acceptatie van het dementienetwerk en het casemanagement genoemd als belangrijke verandering. Naast deze veranderingen spelen de gemeenten ook een steeds grotere rol bij het onderwerp dementie, mede door de landelijke campagne “Samen dementievriendelijk”. Door één van de respondenten is genoemd dat de casemanagers onderling minder contact hebben dan voorheen door veranderingen bij de casemanagers zelf. Ook worden de volgende veranderingen genoemd:

“Binnen de keten merk ik dat de wachtlijsten zijn toegenomen, dat is wat ik het afgelopen jaar heb opgemerkt. En waar we ons ook heel erg zorgen over maken. En ik vind dat de bureaucratie is toegenomen in plaats van afgenomen.”(A4)

4.1.2 Midden-Holland

In de regio Midden-Holland bestaat het dementienetwerk nu ongeveer 17 jaar. Dit is opgericht op initiatief van actoren uit het Transmuraal netwerk Midden-Holland, die het onderwerp dementie belangrijk vonden.

“We hebben hier vanaf 2001 al een netwerk dementie, dat is op vrijwillige basis. Het is ontstaan met de personen en aanbieders, die te maken hebben met dementie. Die zijn bij elkaar gaan zitten, hoe kunnen we onze zorg afstemmen op elkaar en hoe kunnen we ook, toen was een vrij acuut knelpunt de crisisbedden, het probleem met de crisis bedden oplossen”(B4)

Het dementienetwerk Midden-Holland valt onder het Transmuraal netwerk Midden-Holland en verbindt alle stakeholders omtrent het onderwerp dementie. Drie keer per jaar wordt er door de regiegroep van dementienetwerk Midden-Holland vergaderd. In deze regiegroep nemen de stakeholders plaats en worden signalen uit de regio besproken maar ook nieuwe afspraken zoals de zorgstandaard. Tevens fungeert de regiegroep als klankbord. Binnen het Transmuraal netwerk wordt onderscheid gemaakt in omvang van de stakeholders. De grootste stakeholders vormen samen de stuurgroep Transmuraal netwerk. De actoren binnen het Transmuraal netwerk Midden-Holland hebben een bindende samenwerkingsovereenkomst getekend, maar nemen vrijwillig plaats in het dementienetwerk. Onder het Transmuraal netwerk hangen meerdere netwerken gericht op de zorg.

Naast het dementienetwerk Midden-Holland is er ook de organisatie Tandem, die het casemanagement levert binnen deze regio. Naast het casemanagement heeft Tandem ook een adviesteam gericht op dementie. Tandem is voortgekomen uit het dementienetwerk Midden-Holland. In het dementienetwerk is besproken, dat casemanagement moest worden ontwikkeld en dat dit onafhankelijk moest worden gepositioneerd. Hieruit is Tandem ontstaan. De casemanagers

zijn gedetacheerd bij Tandem door twee regionale intramurale zorgaanbieders. Ook ondersteunen deze twee organisaties Tandem op het gebied van administratie. Tandem valt onder het Transmuraal netwerk.

Eén van de grootste veranderingen binnen deze regio is dat het dementienetwerk Midden-Holland steeds meer integreert met Tandem.

“Wat de laatste jaren nu wordt gezien is dat Tandem (ook) het netwerk dementie is. Dat is eigenlijk de groeifase waarin we verkeren.”(B1)

De hoofdactiviteiten van het dementienetwerk zijn: het monitoren van ontwikkelingen en deze delen met de professionals, het bieden van scholing en het afstemmen van de verschillende soorten behandeling en begeleiding in deze regio. Zo staat te lezen in een richtlijn van het dementienetwerk:

“Het netwerk dementie monitort het regionale zorgproces door de signalering van knelpunten in het zorgproces en de evaluatie van protocollen en werkwijzen.”(W)

Deze activiteiten vallen steeds meer samen met de activiteiten van Tandem waardoor het dementienetwerk en Tandem steeds verder vervlochten raken. Daarnaast wordt de integratie bevorderd door de benoeming van de manager van Tandem als netwerkregisseur. Dit is gedaan vanuit de landelijke tendens een netwerkregisseur naar voren te schuiven.

Een andere verandering in de afgelopen jaren binnen het dementienetwerk Midden-Holland is dat er cijfermatig meer bekend is over het aantal dementerenden en hun zorgbehoefte binnen de regio. Ook de ontwikkeling van een zorgstandaard en het realiseren van crisisbedden zijn veranderingen, die hebben plaatsgevonden in het dementienetwerk Midden-Holland.

4.1.3 Oost-Achterhoek

“Als je het zo zegt, kan ik al niet eens het antwoord geven, want wat is het dementienetwerk?”(C1)

Deze uitspraak is typerend voor het dementienetwerk Oost-Achterhoek. In de regio Achterhoek lopen verschillende netwerken en organisatieverbanden door elkaar heen. Het oorspronkelijke dementienetwerk Oost-Achterhoek bestaat uit vijf zorgaanbieders.

“En dat netwerk is een vrij los geheel, er zijn van oorsprong vier zorgorganisaties en het ziekenhuis die het netwerk hebben getrokken vanaf 2010 ongeveer.” (C1)

Dit netwerk heeft geen eigen overlegtafel. In deze regio wordt er gewerkt met jarenplannen, maar deze zijn niet bindend. De regio Oost-Achterhoek bestaat uit drie gemeenten. Hiernaast is er een netwerk kwetsbare ouderen en een platform kwetsbare ouderen in de Oost-Achterhoek die nauw samenhangen met het dementienetwerk. Naast deze samenwerkingsverbanden wordt er op het gebied van dementie beleid gemaakt voor de gehele Achterhoek. Dit wordt gedaan in het Transmuraal management beraad. Ook werken de gemeenten van de Achterhoek samen in een samenwerkingsverband. In deze regio is het lastig om aan de hand van de antwoorden van de respondenten een duidelijk beeld te schetsen van hoe het dementienetwerk er precies uitziet.

Dementienetwerk Oost-Achterhoek is opgestart toen er een opslag kwam in de AWBZ. Om daar aanspraak op te maken zijn er een aantal zorgorganisaties samen gaan werken. Tevens speelt mee dat er toentertijd geld vrij kwam voor casemanagement dementie.

“Feit is dat het dementienetwerk pas echt op gang is gekomen toen ook het fenomeen casemanagement op kwam zetten. Toen hebben partijen in de Oost-Achterhoek elkaar aangesproken en afgesproken dat we een aantal casemanagers zouden aanstellen.”(C3)

Eén van de grootste veranderingen is, dat er voorheen in de Oost-Achterhoek de trajectbegeleiders, zoals de casemanagers in deze regio worden genoemd, werden ingezet voor alles omtrent dementie en de trajectbegeleiders konden inzetten wat zij nodig achtten. Er was een helpdesk dementie in de Oost-Achterhoek van waaruit, zo nodig, een trajectbegeleider werd ingeschakeld. Sinds 2015 is dit de financiering hiervan vervallen en ondergebracht onder de aanspraak op wijkverpleging binnen de zorgverzekeringswet. Door deze verandering loopt de financiering nu via de zorgorganisaties die wijkverpleegkundigen in dienst hebben en kan de wijkverpleegkundige of de huisarts, als dit nodig is, de trajectbegeleider indiceren. Door deze wijze van financiering zijn taken die voorheen bij de trajectbegeleider lagen bij de wijkverpleegkundige komen te liggen. Als gevolg van deze verandering zijn de huisartsen uit het dementienetwerk gestapt.

Een recentere verandering binnen de Oost-Achterhoek is het nieuw in het leven geroepen extra managers beraad. Dit beraad dient om in te spelen op de vele vraagstukken die op dit moment spelen rond dementiezorg, maar ook om de verdeling van de mensen binnen de dementiezorg tegen het licht te houden. Deze ontwikkeling lijkt in tegenstelling te zijn met de bevindingen van de respondenten, die benoemen dat er in deze regio teveel overleggen zijn waarin dezelfde actoren samenkomen.

"En we hebben net bijvoorbeeld besloten dat we weer een managers overleg in het leven roepen omdat er zoveel dingen spelen. Dus het is nog even zoeken, aan de ene kant wil je efficiënter en doelmatig zijn en aan de andere kant zie je zoveel vraagstukken rond de zorg voor dementie en wat dat betekent hoe je de keten wil inrichten hoe je je mensen wil verdelen."(C2)

Door de respondenten is benoemd dat de gemeenten steeds meer betrokken zijn. In de regio Oost-Achterhoek zijn de gemeenten samen met het dementienetwerk bezig zich te ontwikkelen tot dementie-vriendelijke gemeenten. De betrokkenheid verschilt per gemeente volgens een aantal respondenten. Een andere verandering die wordt genoemd is dat de verschillende partijen het steeds meer eens zijn met elkaar, dat het netwerk meer gericht moet zijn op de ouderen in brede zin en niet alleen specifiek voor dementie.

"Maar in het veld, dat zijn dan zorgaanbieders maar ook verzekeraars en de gemeenten, die vinden eigenlijk niet dat je voor één specifieke ziekte aparte netwerken moet optuigen. Maar dat je dat zou moeten spreiden naar geriatrische netwerken, dus netwerken voor ouderen in de brede zin."(C5)

4.2 De succes- en faalfactoren van de samenwerking in de dementienetwerken

Uit de antwoorden van de respondenten blijkt dat er een aantal succes- en faalfactoren terugkomen bij de drie onderzochte dementienetwerken. Daarnaast worden er punten genoemd die specifiek zijn voor een desbetreffend netwerk. De succes- en faalfactoren worden opgedeeld in de volgende categorieën: strategische, sociale, financiële en overige factoren. Op de strategische, sociale en overige factoren wordt in deze paragraaf in gegaan. De financiële factoren komen terug in paragraaf 4.4. Naast de genoemde factoren wordt er nog een sub-paragraaf (4.2.4) gewijd aan de samenwerking met partijen buiten de aanbieders van casemanagement. De netwerkregisseur wordt door veel respondenten gezien als een sterk punt binnen de samenwerking. Hier wordt verder op ingegaan in de volgende paragraaf.

De respondenten uit de drie dementienetwerken ervaren de samenwerking tussen de zorgorganisaties binnen het dementienetwerk over het algemeen als positief. Hier gaat het met name over de organisaties, die casemanagement leveren. Een veel voorkomende uitspraak in de netwerken is, dat professionals elkaar makkelijk weten te vinden en dat er korte lijntjes zijn.

“Daarnaast heb ik het idee dat we een zeer goed lopend netwerk hebben geformeerd, daar waar er altijd ruimte is voor verbetering en aandachtspunten. Maar waar men de sociale kaart kent, de casemanager weten de leidinggevende te vinden. De leidinggevende elkaar binnen de werkgroep. De keten coördinator binnen de regio. Daarnaast heb ik het idee dat de casemanagers elkaar onderling ook wel behoorlijk weten te vinden.”(A4)

“De korte lijstjes, mensen zoeken en vinden elkaar snel. Dat vind ik wel echt een essentieel iets, dat is ontzettend belangrijk.”(C3)

4.2.1 De strategische factoren

Binnen de dementienetwerken benoemt een aantal respondenten, dat de deelnemende partijen hetzelfde tegen dementie aankijken, dit wordt als positief ervaren.

“Als het gaat om hoe kijk je aan tegen ouder worden en hoe ga je om met dementie, dan zijn het allemaal populaire kreten zoals positieve gezondheid en mee blijven doen, die je hoort. Dat is eigenlijk een heel erg gedeelde visie in deze regio. Dat is op allerlei plekken uitgesproken, daar zit het probleem niet in.”(C1).

“Ik vind echt dat er wel een soort gemeenschapszin heerst, dat de cliënt echt centraal staat in het verhaal.”(A3)

Een andere succesfactor die speelt in alle drie de netwerken is de kennis en kundigheid van de casemanagers, en ook het werk dat ze verzetten, wordt als positief en belangrijk ervaren.

“Ik heb een hele goede indruk van de casemanagers. Ik denk, dat het ongelofelijk nuttig is wat ze doen.”(B3)

“Er is veel waardering voor het werk van casemanagers. Ze zijn echt professioneel, ze weten waar ze het over hebben, kennen de weg ook goed, geven ook goede informatie.”(A3)

Een zwak punt in de samenwerking tussen actoren in de dementienetwerken, dat met name wordt benoemd in de regio's Waardenland en de Oost-Achterhoek, is dat de elektronische patiënten dossiers in veel gevallen niet op elkaar aansluiten Dit heeft tot gevolg, dat met name bij de thuiswonende cliënt met dementie, waarbij verschillende actoren betrokken zijn, informatie moeilijk in te zien is.

“Ook het feit dat de elektronische snelweg daar nog niet de mogelijkheden voor biedt. We kunnen nog niet in elkaars dossiers werken, ook als gevolg van de privacy wetgeving en allerlei andere hobbels. En dat bevordert in dit geval absoluut niet de samenwerking en ik denk dat de cliënt hier uiteindelijk de dupe van is.”(A4)

In het dementienetwerk Oost-Achterhoek is er voor de aanbieders van de nachtzorg wel al één systeem, dit wordt ook als positief ervaren. Binnen Tandem wordt er gewerkt met één elektronische cliënten dossier. Wel benoemt één van de casemanagers in deze regio dat het soms vervelend is dat hij niet snel het dossier van een cliënt die in zorg is bij een thuiszorgorganisatie kan inzien.

De eerder genoemde omvang van de stuurgroep in het dementienetwerk Waardenland is benoemd als een zwak punt. Eén van de respondenten zet vraagtekens bij de organisatie van het huidige dementienetwerk Waardenland, en dan met name op het gebied van casemanagement. Deze respondent is afkomstig van een zorgorganisatie voor ouderen die geen casemanagers heeft, en zou graag willen, dat ook andere organisaties casemanagers kunnen hebben zodat de casemanagers

dichterbij de cliënten staat in zijn of haar woonplaats. Wel geeft deze respondent aan het dementienetwerk op het gebied van scholing belangrijk te vinden.

Op het gebied van casemanagement wordt er binnen de dementienetwerken geen concurrentie ervaren, tussen thuiszorgaanbieders wordt er wel concurrentie ervaren in de netwerken. De mate van concurrentie verschilt per regio. In de regio Oost-Achterhoek wordt er door verschillende respondenten genoemd dat de concurrentie steeds minder wordt door de vergrijzing in het gebied en het tekort aan arbeidskrachten. Hierdoor zijn zorgorganisaties steeds meer gedwongen om samen te werken.

“En concurrentie in de zin van dat we elkaar het werk niet gunnen dat is het niet, want er is werk zat.”(A3)

4.2.2 De sociale factoren

Het is opvallend, dat de netwerkregisseurs van de netwerken waarbij geen convenant of bindende overeenkomst is, benoemen dat het te vrijblijvend is of wordt. Dit komt in een stuk minder mate terug bij de andere respondenten binnen deze netwerken.

“We hebben geen convenant specifiek voor de ketenzorg. En ik denk dat we daar wel aan toe zijn, omdat ik denk dat het soms te vrijblijvend wordt.”(A1)

Eén respondent vanuit een van de zorgverzekeraars herkent dit punt ook.

“Nou, volgens mij is dat vooral dat er enorme vrijblijvendheid is. Dat er zonder meer mensen zijn die hun best doen om de samenwerking op te tuigen. Maar dat er geen urgentie bij zit, geen belang om dat te doen.”(C5)

Eén van de sterke punten die naar voren komt uit de data binnen het dementienetwerk Waardenland is de bereidheid tot samenwerken en de openheid tussen de organisaties die casemanagement leveren en ook die van de andere zorgorganisaties die te maken hebben met het ziektebeeld dementie.

“Ik vind die samenwerking heel goed en het aanhaken op thema’s. Dat is echt de kracht van onze regio.”(A2)

De makkelijke manier van communiceren via Drechtzorg naar alle betrokken partijen wordt ook ervaren als een sterk punt. Hiernaast wordt de betrokken houding, door het blijven meedenken en financieren van de netwerkregisseur in de regio Waardenland, van de zorgverzekeraar genoemd.

4.2.3 De overige factoren

In de regio Midden-Holland wordt genoemd, dat het meten van de uitkomsten van casemanagement een verbeterpunt is.

“Ik denk dat zij dat nog beter kunnen doen. Ook in maat en getal, dat is nodig. Ik heb me laatst laten voorrekenen dat ze ongeveer 30.000 euro per cliënt besparen in vergelijking met een intramurale plek. Dat is hele belangrijke informatie, dus be good and tell it. En met name dat laatste moeten ze vooral blijven doen.” (B3)

In de Oost-Achterhoek is benoemd, dat de verandering op het gebied van casemanagement van de trajectbegeleider een zwak punt is, hierdoor is er een gat ontstaan in het zorgpad van de patiënt.

“Doordat de trajectbegeleiding dementie hier in de regio is vervallen en het in eerste instantie naar de wijkverpleegkundige moeten, merk je dat na de diagnose, waar eerder dus de trajectbegeleider

dementie meteen ingezet werd en dan een lijntje hield, met degene met dementie en de naasten, er nu niemand meer is die dat doet.”(C4)

De stabiliteit van het netwerk Oost-Achterhoek is een sterk punt. Hiermee wordt bedoeld, dat er bereidheid is tot samenwerken binnen de regio vanuit het perspectief van de cliënt. Deze stabiliteit komt voort uit een lange historie van samenwerken binnen de regio Oost-Achterhoek. Een zwakpunt dat bij meerdere respondenten terugkomt, zijn de verschillende samenwerkingsverbanden, die door elkaar heen lopen en de daarbij horende overleggen waarbij vaak dezelfde personen aan tafel zitten. Dit sluit aan bij de onduidelijke beschrijving van hoe het dementienetwerk er uitziet. Tevens wordt het gebrek aan eigenaarschap binnen het dementienetwerk genoemd als een zwak punt van het dementienetwerk. Het eigenaarschap komt wel terug in de eerdere jaarplannen.

“De samenwerkingspartners zijn samen eigenaar van het kenniscentrum / kennisnetwerk kwetsbare ouderen / dementie.”(Z)

Op de vraag hoe het ideale netwerk er in deze regio uit ziet komt het antwoord van de respondenten overeen, namelijk een netwerk kwetsbare ouderen voor de gehele regio de Achterhoek met bijvoorbeeld een werkgroep specifiek voor dementie voor de gehele regio.

4.2.4 De samenwerking met partijen buiten de aanbieders van het casemanagement

Een overeenkomst tussen de drie netwerken is de ervaring op het gebied van de samenwerking met de gemeenten, en met name de grote verschillen tussen de diverse gemeenten binnen de regio's. Bij alle respondenten komt naar voren, dat de samenwerking met een groot deel van de gemeenten beter kan. Dit is een belangrijk punt omdat welzijn en de zorg vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning bij de gemeenten ligt. Deze ondersteuning is voor mensen met dementie een belangrijk punt volgens de respondenten.

“Ja, in visie, in financiële mogelijkheden daar zitten ook verschillen in tussen de gemeenten, in hoe ze organiseren. Eigenlijk in alles.”(C2)

“En het is geen verschil tussen groot en klein bij de gemeenten, het verschilt gewoon echt per gemeente.”(B3)

De verschillen tussen gemeenten zijn op verschillende gebieden te merken. Zo zijn er in bijvoorbeeld in de regio Waardenland grote verschillen op het gebied van cultuur en demografische kenmerken tussen de gemeenten, hetgeen doorwerkt in de samenwerking en de houding tegenover dementie. Daarnaast worden er verschillen ervaren op het gebied van betrokkenheid, visie maar ook de financiële mogelijkheden van de gemeenten voor dementiezorg.

“Dat heeft alles te maken met de wethouders, dementie heeft bij de gemeente best wel concurrentie van wat er allemaal bij de jeugd moet gebeuren. Dus daarom heeft dementie ook niet de hoogste prioriteit.”(B4)

De samenwerking met de gemeenten ontwikkelt zich wel steeds meer in de drie dementienetwerken. Naast de samenwerking met de gemeenten is een aandachtspunt binnen de netwerken, de samenwerking met de huisartsen. De betrokkenheid en samenwerking met de huisartsen verschilt per dementienetwerk, ook tussen de respondenten binnen één regio zijn er verschillende meningen over dit thema. In de regio Midden-Holland hebben de huisartsen zich samen gevoegd onder een coöperatie. Hierdoor verloopt de samenwerking tussen het dementienetwerk en de huisartsen goed, omdat er met één partij afspraken worden gemaakt volgens één respondent. Daarentegen zegt een andere respondent over de huisartsen het volgende:

“Wat ik graag zou willen maar dat heeft hier maar zijdelings mee te maken is dat de zorgverleners in deze regio, die niet goed georganiseerd zijn, althans niet centraal. Dat zijn de huisartsen, dat is lastig. Het liefst zou ik zien, dat geldt niet alleen voor dementie maar voor alle projecten die we doen, dat ook zij wat meer centraal georganiseerd zijn zodat ik makkelijker afspraken kan maken.”(B3)

In de andere regio's verloopt de samenwerking met de huisartsen volgens de respondenten wisselend. De mate waarin de huisartsen kennis hebben van het dementienetwerk en hier betrokken bij zijn, is wisselend. De huisartsen in de Oost-Achterhoek zijn bijvoorbeeld een aantal jaar geleden uit het dementienetwerk gestapt. In de regio Waardenland is er een document waarin richtlijnen voor de samenwerking met de huisarts wordt beschreven.

“Omdat de huisarts de regio heeft over het zorgtraject, wordt de huisartsenpraktijk bij elke wijziging/verandering in het ziektebeeld door de casemanager geïnformeerd. Deze communicatie gebeurt zoveel als mogelijk via bestaande overlegvormen of via het Keten Informatie Systeem indien dat aanwezig is.”(X)

Door meerdere actoren in de Oost-Achterhoek wordt genoemd, dat de aansluiting met partijen die wat verder van de echte dementiezorg afstaan, voor verbetering vatbaar is. Dit komt ook naar voren in de regio Midden-Holland.

“Ja, in de samenwerking zie je dat partijen in het voorliggende veld, dus meer de sociale en welzijn partijen, wat minder aansluiten in het geheel rondom dementie. Deze partijen hebben een breed scala aan doelgroepen en daarin zie je nog wel dat de focus rondom mensen met dementie wordt gemist. De kennis is daar ook nog niet helemaal voldoende, in mijn ogen.”(C4)

4.3 Netwerkgisseur

In de dementienetwerken Waardenland en Oost-Achterhoek is er één netwerkgisseur aanwezig. In het dementienetwerk Midden-Holland lijkt de functie opgedeeld te zijn in twee functies door de overlap tussen het dementienetwerk en Tandem. De benaming die gebruikt wordt voor de netwerkgisseur is verschillend. Het aantal uren dat elke netwerkgisseur tot zijn beschikking heeft om haar werkzaamheden uit te voeren verschilt ook, evenals de financiering van de netwerkgisseur. Tussen de werkzaamheden en de rollen van de drie netwerkgisseurs zijn veel overeenkomsten terug te vinden in de verzamelde data. In deze paragraaf zal er verder op de bovengenoemde onderwerpen worden ingegaan.

De benaming netwerkgisseur binnen dit onderzoek komt niet overeen met de benaming die de netwerkgisseurs van de drie dementienetwerken voor zichzelf gebruiken, zo noemt de netwerkgisseur van de regio Waardenland zichzelf ketencoördinator, in de regio Midden-Holland wordt de benaming ketenregisseur gebruikt en in de Oost-Achterhoek netwerkcoördinator. Om verwarring te voorkomen wordt er ook in dit hoofdstuk gebruik gemaakt van de benaming netwerkgisseur.

Alle respondenten benoemen, dat de netwerkgisseur een belangrijke rol speelt binnen het dementienetwerk en dat deze rol ook in de toekomst nodig zal zijn. De netwerkgisseurs worden als belangrijk ervaren omdat ze een grote rol spelen in het bij elkaar houden en het aanjagen van het netwerk. De “linking pin” is een term die meerdere respondenten gebruiken om de netwerkgisseur te omschrijven.

“Die is wel heel belangrijk, het houdt de boel bij elkaar. Het is zeg maar de lijm van het netwerk. De ketencoördinator, die geeft ook dat landelijk geluid af, dat vind ik ook heel erg belangrijk.”(A4)

“En ik denk dat of ik het nou ben of iemand anders, die rol is structureel nodig. Het is wat ik nu doe, kennis verspreiden, aanjagen, signaleren, zorgen dat dingen feitelijk gebeuren. Die rol blijft het, dat is gewoon nodig.”(C1)

“Ik denk dat die keihard nodig is, anders is het los zand. Je heb iemand nodig die zo nu en dan iedereen bij elkaar roept, die vertrouwen uitstraalt.”(B3)

Eén van de belangrijkste werkzaamheden die bij alle drie de netwerkregisseurs terugkomt, is het verbinden op operationeel, tactisch en strategisch niveau, en tussen praktijk en beleid.

“Het gaat wel van hele basale tot heel strategische taken en weer terug. Dat vind ik ook wel weer de lol. En wat ik zelf ook heel erg belangrijk vindt is de verbinding tussen de praktijk en beleid. Dat heen er weer kunnen schakelen, die flexibiliteit, is heel erg wezenlijk van deze functie. Op alle niveaus gesprek kunnen voeren.”(C1)

Werkzaamheden die terugkeren in de verzamelde data zijn; het verspreiden van kennis en informatie en het schrijven van beleidsplannen. Het aanjagen en signaleren, komt ook terug bij de werkzaamheden van de netwerkregisseurs.

“Wat wij proberen is dat mensen binnen organisaties waar wij signalen van krijgen, die roepen wij heel erg op van ga het tegen je manager vertellen van wat er niet goed gaat.”(C1)

Of wanneer de samenwerking niet goed gaat, of wanneer ze de thuiszorg niet goed vinden. Dan ga ik eerst met de casemanager in gesprek en probeer ik daarna met de casemanager en de organisatie in gesprek te gaan om op die manier de samenwerking weer een beetje op te krikken.”(A1)

In de regio Waardenland komen deze werkzaamheden ook terug in het document waarin de taakverdeling binnen de werkgroep is vastgelegd.

“De coördinator besteedt gemiddeld 3 uur per week aan het bespreken en oplossen van knelpunten in de samenwerking tussen verschillende organisaties. De ketenpartners hebben baat bij 1 vast aanspreekpunt voor de ketenzorg dementie. Dit is een rol voor de coördinator.”(Y)

Het vertalen van hetgeen er op landelijk niveau gebeurt en wordt besloten op het gebied van de dementiezorg naar de regio's is een rol die de drie netwerkregisseurs vervullen.

“Zo'n netwerkcoördinator heeft ook wel een soort landelijke taak om aan te sluiten bij het Deltaplan dementie en al die andere groepen die er zijn. Samen ontwikkelen, contact hebben met andere netwerkcoördinatoren. Dat is de enige manier waarop je als regio niet op een eilandje zit. Dus dat dat is een belangrijke functie van de netwerkcoördinator.”(B4)

Aan de drie netwerkregisseurs is de vraag gesteld om een werkdag te omschrijven. Daar uit kwam naar voren dat de werkdagen erg wisselend verlopen. De netwerkregisseurs hebben veel verschillende overleggen met actoren op verschillende niveaus, zowel structurele overlegvormen als incidentele overlegvormen. Voorbeelden van actoren zijn gemeenten, casemanagers, zorgverzekeraars en bestuurders van zorgorganisatie. Het organiseren van bijeenkomsten wordt ook genoemd als een taak.

Zoals eerder genoemd zijn er in Midden-Holland twee functies, een ketenregisseur en een netwerkcoördinator. Het verschil tussen deze twee functies komt duidelijk naar voren in de volgende citaat van de ketenregisseur: *“En ik meer op beleidsmatig en strategisch, tactisch niveau opereer en mijn collega meer op tactisch operationeel, dus daar zit de verdeling in.”(B1)* De twee personen die deze functies vervullen werken ook samen bijvoorbeeld aan het uitwerken van zorginhoudelijke

initiatieven. De ketenregisseur heeft 12 uur voor deze functie, en is gedetacheerd binnen Tandem. In tegenstelling tot de twee andere dementienetwerken doet in de regio Midden-Holland de ketenregisseur de zorginkoop bij de zorgverzekeraars. Dit hangt samen met haar dubbelfunctie als manager van Tandem. Ook is de ketenregisseur werkzaam als leidinggevende bij één van de grotere zorgaanbieders binnen de regio. Over deze dubbele functie bestaan twijfels binnen het netwerk Midden-Holland.

“Maar de netwerkcoördinator verantwoordelijk maken voor de uitvoering van casemanagement is niet slim. Want dan krijg je verschillende belangen. Dat zie je in ons geval bij de ketenregisseur, haar hoofdfunctie is bij een van de zorgaanbieders. En dan zeggen die andere partijen tijdens de overleggen jij praat voor jouw organisatie en bent niet neutraal.”(B4)

De netwerkregisseur uit de Oost-Achterhoek onderhoudt wel contact met de zorgverzekeraar maar niet over de zorginkoop. Hetzelfde geldt voor de regio Waardenland. In deze regio heeft de netwerkregisseur contact met de zorgverzekeraar over het budget dat beschikbaar is voor het dementienetwerk, en is zij aanspreekpunt voor de verzekeraar.

Binnen alle drie dementienetwerken komt terug dat de netwerkregisseurs te weinig tijd hebben om hun werkzaamheden uit te voeren. Zo heeft de ketenregisseur van het dementienetwerk Midden-Holland 12 uur per week.

“Nou kijk, als je kijkt welke eisen en criteria nu gesteld worden, dan denk ik dat je uiteindelijk voor je netwerk in totaal 36 uur moet hebben.”(B1)

De netwerkregisseur in de Oost-Achterhoek heeft 16 uur in de week, maar doet daarnaast ook een aantal dingen in haar eigen tijd. Zij geeft aan voor het onderdeel communicatie tijd te kort te hebben, waarmee onder andere het bijhouden van de website wordt bedoeld. In het dementienetwerk Waardenland heeft de netwerkregisseur 24 uur de tijd voor haar functies. De drie netwerkregisseurs hebben naast hun baan als netwerkregisseur andere banen gerelateerd aan de dementiezorg. Twee van de drie netwerkregisseurs zijn ook werkzaam voor een zorgorganisatie die deelneemt aan het dementienetwerk. In de regio Oost-Achterhoek is de netwerkregisseur onafhankelijk, in de zin dat ze geen andere functie heeft bij één van de actoren binnen het dementienetwerk. Zij is als ZZP'er in dienst bij het dementienetwerk. Vanuit één van de gemeenten in de regio Oost-Achterhoek wordt genoemd dat de netwerkregisseur nog dichter bij de gemeenten mag komen te staan. Een andere respondent benoemt dat hij bang is dat de netwerkregisseur verdwijnt als er geen geormerkte financiering meer voor is.

“Ik vind wel, het moet geormerkte financiering blijven. Dus op het moment dat we geen geormerkte financiering meer voor die ketenregisseur zouden afspreken, dan bestaat die functie over een jaar niet meer. Daar ben ik van overtuigd.”(C5)

4.4 De financiering

Zowel de netwerkregisseur als de dementienetwerken worden op verschillende wijze gefinancierd. Er zal in deze paragraaf per dementienetwerk worden uiteengezet hoe het nu geregeld is. De financiering wordt door veel respondenten benoemd als een thema dat grote invloed heeft op zowel de samenwerking als de uitvoering van de meerjarenplannen.

4.4.1 De financiering van het dementienetwerk en de netwerkregisseur

In de regio Waardenland wordt het dementienetwerk gefinancierd door de zorgverzekeraar. Deze financiering loopt via Drechtzorg omdat de netwerkregisseur in dienst is van dit

samenwerkingsverband. De netwerkregisseur heeft zelf een begroting gemaakt en deze via Drechtzorg ingediend bij de grootste verzekeraar in deze regio. Het dementienetwerk heeft een budget voor 2018 gekregen van 73.000 euro. Van dit budget wordt het salaris van de netwerkregisseur betaald, de scholing voor de casemanagers, regiobijeenkomsten, administratieve lasten en drukkosten. In het budget hebben de afgelopen jaren verschuivingen plaatsgevonden.

“Vorig jaar kregen we nauwelijks nog iets, en toen heb ik vorig jaar besproken dat dat niet kan. Dat de casemanagers moeten worden opgeleid en dat ik gewoon meer in de regio wil doen. En dat hebben ze goed gevonden, dus heb ik het iets uitgebreid.”(A1)

Er wordt door de netwerkregisseur in deze regio benoemd dat het elk jaar onzeker is hoeveel geld de zorgverzekeraar bereid is om te betalen.

“Maar ja bij ons was het altijd, je moest maar weer afwachten wat de zorgverzekeraar volgend jaar gaat betalen. En of ik nog salaris kreeg, want het is al meerdere malen gebeurd dat ik dacht nou ik heb volgend jaar geen baan meer.”(A1)

De netwerkregisseur in de Oost-Achterhoek wordt voor een groot deel door de preferente zorgverzekeraar betaald en voor twintig procent door de gemeenten uit deze regio. Deze wijze van financiering is er sinds dit jaar, voorheen betaalde de zorgverzekeraar alles.

“Maar per 2017 heb ik gezegd, ik wil nu ook dat de gemeente een stukje verantwoordelijkheid moet nemen en heb ik geloof ik 20% in mindering gebracht op die regeling.”(C5)

De zorgverzekeraar en de gemeenten betalen aan een van de grootste zorgaanbieders binnen dit netwerk, die vervolgens weer de netwerkregisseur betaalt. De zorgverzekeraar heeft contact met deze zorgaanbieder over het budget en niet met de netwerkregisseur. Eén van de respondenten uit dit netwerk is werkzaam voor een van de gemeenten en vraagt zich af of de gemeente het netwerk moet blijven financieren omdat er veel op lokaal niveau wordt geregeld. Ook andere respondenten hebben twijfels over deze wijze van financiering.

“Dat er regionaal toch kaders worden gemaakt maar dat de uitvoering hier op gemeentelijk niveau plaatsvindt. Dus dan kom ik weer terug op dezelfde vraag; In hoeverre moeten wij dan ook, het netwerk dan nog apart financieren? En in hoeverre gaan wij die rol oppakken?”(C4)

“Ik vind het eigenlijk jammer dat de zorgaanbieders niet ook betalen.”(C1)

In de regio Midden-Holland wordt zowel de ketenregisseur als de netwerkcoördinator betaald vanuit de beleidsregel NZA. De kosten van het dementienetwerk zijn de salariskosten voor de netwerkcoördinator, drukkosten en het organiseren van een conferentie. In eerste instantie werden deze kosten betaald door de zorgaanbieders in de regio, maar nadat Tandem ontstond is het dementienetwerk naar de achtergrond verdwenen op bestuurlijk niveau. Hierop hebben de zorgaanbieders besloten niet meer voor het netwerk te betalen. Om het dementienetwerk te behouden is besloten het dementienetwerk onder Tandem te hangen en het van de gelden van Tandem te financieren. Deze financiering heeft geleid tot een begrotingstekort dat men probeert op te vangen met verschillende subsidies.

“De kosten van het netwerk dementie bestaan uit het salaris voor de netwerkcoördinator. Kosten voor al die anderen aan de tafel zijn er niet. Nogmaals het netwerk voert niet uit, het netwerk heeft alleen maar een afstemmingstaak. Je hebt nog een conferentie die kost geld. En dat is ook een heel groot goed. We proberen er nog aanvullende subsidies voor te vinden.”(B4)

Over de vraag door wie het dementienetwerk en de netwerkregisseur het beste kan worden gefinancierd lopen de meningen uiteen. Een aantal respondenten benoemen dat dit bij de gemeenten zou moeten liggen, waar andere het bij de zorgaanbieders zelf zien liggen. De meeste respondenten geven aan dat de financiering bij meerdere partijen zou moeten liggen.

“Dus de zorgaanbieders betalen gewoon niks voor het hele netwerk en de keten ontwikkeling. Het zou helemaal niet verkeerd zijn wanneer er wat meer gezamenlijkheid is. Dan krijg je ook meer helder van wie die keten nou daadwerkelijk is.”(C1)

“Ik vind dat wel de lastige vraag. Stel als het bij de zorg zelf ligt en bij de gemeentes en bij de ziekenhuizen. Als al die partijen mij zouden betalen, denk ik ook dat ze iets meer kijken naar wat ik uitvoer. Wat nadrukkelijker nog, dus dat zou misschien helpen in de betrokkenheid. Aan de andere kant denk ik, nu zien ze ook dat de financierder het belangrijk vindt, en willen ze graag meedenken.”(A1)
“Ik vind eigenlijk dat redelijkerwijs, dat dat op fifty-fifty basis zou moeten gebeuren, dus de verzekeraar en de gemeente.”(C5)

“Ja of je moet zeggen; er is één partij die dit financiert, maar die krijgt van de andere partijen achter de schermen daar geld voor.”(A3)

4.4.2 De bekostiging van de zorg

Naast de wijzen waarop de dementienetwerken en de netwerkregisseurs zijn gefinancierd, zijn de verschillende financieringsstromen een terugkerend onderwerp tijdens de interviews. Dit onderwerp wordt tijdens een groot deel van interviews door de respondenten zelf aangesneden. De Wet Maatschappelijke Ondersteuning, Wet Langdurige Zorg en de Zorgverzekeringswet (ZVW) zijn de drie bronnen van financiering waar men in de dementiezorg mee te maken heeft. Deze wijze van financiering heeft meerdere nadelen volgens de respondenten uit alle drie de netwerken.

“Ik vind dat er in de financiering teveel schotten en schakels zitten. Het is te bureaucratisch geworden. Vroeger had je gewoon in de AWBZ een zak geld en nu heb je met zoveel partijen, zoveel contracten, zoveel contractvormen te maken, dat ik er af en toe als kleinere aanbieder gek van word.”(A2)

Ook één van de respondenten vanuit de zorgverzekeraar herkent deels de bovenstaande problematiek, met name bij de WMO en ZVW.

“In de periode voor opname heb je natuurlijk inderdaad de verwevenheid tussen de WMO en de ZVW. Ik denk, dat dit voor veel problemen zorgt omdat het soms niet helemaal duidelijk is wie wat moet doen. Dat is bij meer aandoeningen zo, maar zeker ook bij dementie. Dus ik denk dat dat wel voor problemen zorgt. Dat mensen tussen wal en schip kunnen vallen omdat partijen niet hun verantwoordelijkheid daarin nemen.”(C5)

In alle drie de regio's wordt ook benoemd dat, verandering op het gebied van de financiering van de casemanagers invloed heeft op de samenwerking. Waar voorheen een aparte pot met geld vanuit de zorgverzekeraar voor de casemanagers was, moeten de casemanagers nu gefinancierd worden vanuit de hierboven genoemde financieringsbronnen. Dit heeft tot gevolg dat de casemanager mee geïndiceerd moet worden bij bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige hetgeen tot meer bureaucratie leidt, omdat zowel de wijkverpleegkundige en de casemanager zijn of haar werkzaamheden moet declareren bij de zorgverzekeraar. In het geval van iemand met een WLZ indicatie die nog thuis woont, is er een vaste pot met geld, waar vanuit naast de reguliere zorg van de zorgaanbieder, ook de casemanager zijn werkzaamheden moet worden betaald. Hierdoor blijft er regelmatig te weinig geld over om de kosten van de casemanager te dekken.

4.5 De meerjarenplannen

In de dementienetwerken is er gewerkt aan de meerjarenplannen. Op het moment van het afnemen van de interviews bevond de ontwikkeling van deze meerjarenplannen zich in verschillende stadia. Deze meerjarenplannen zijn ontwikkeld in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland. De aanleverdatum van deze meerjarenplannen was 1 juli 2018. Een aantal genoemde succes- en faalfactoren komen terug in de meerjarenplannen, ook speelt de netwerkregisseur een rol in de ontwikkeling en de uitvoering van de meerjarenplannen.

4.5.1 De totstandkoming van de meerjarenplannen

In alle dementienetwerken heeft de netwerkregisseur de meerjarenplannen geschreven. Dit is in samenspraak met andere actoren uit het dementienetwerk gebeurt. In de regio Waardenland is het meerjarenplan opgesteld zonder input van de zorgverzekeraar.

“Het opstellen van de meerjarenplannen is een verantwoordelijkheid voor de netwerken”(A5)

De input voor het meerjarenplan is afkomstig uit een symposium en daarop volgende werkgroepen waarbij verschillende actoren, die te maken hebben met het onderwerp dementie zijn betrokken.

In de regio Midden-Holland is het meerjarenplan geschreven door de ketenregisseur en de netwerkcoördinator. Op het moment van de interviews was de conceptversie al klaar. Deze conceptversie is vervolgens voorgelegd aan de stuurgroep. De meerjarenplannen zijn deels geschreven op basis van de oudere meerjarenplannen.

In de regio de Oost-Achterhoek zijn de meerjarenplannen ontwikkeld samen met de regio West-Achterhoek. Als onderlegger zijn de eerdere jarenplannen gebruikt, omdat hierin thema's staan die doorlopend van belang zijn. Naast deze thema's zijn er tijdens een beleidsmiddag voor de Oost- en West-Achterhoek, waarbij veel actoren uit de dementiezorg maar ook gemeenten aanwezig waren, aan de hand van de cliëntenreis van iemand met dementie nog een aantal speerpunten naar voren gekomen die van belang zijn voor de meerjarenplannen. De zorgverzekeraar die het dementienetwerk financiert in deze regio, gaat het meerjarenplan beoordelen en op basis daarvan input inbrengen. Een speerpunt waar de zorgverzekeraar waarde aan hecht, is het afbakenen van welke taken bij de gemeenten komen te liggen. Een belangrijk speerpunt vanuit de zorgverzekeraar komt duidelijk naar voren in het volgende citaat:

“Ik denk vooral aan de driehoek huisartsenpraktijk, wijkverpleegkundigen en gemeentelijk domein, die driehoek. En hoe die driehoek met elkaar samenwerkt in de zorg rondom mensen met dementie. En wie welke verantwoordelijkheid daarin neemt.”(C5)

Hiernaast wil de zorgverzekeraar in deze regio dat er op lokaal niveau werkafspraken gemaakt worden, waarbij er vaste aanspreekpunten zijn die over deze werkafspraken gaan.

4.5.2 De inhoud

De door de respondenten genoemde speerpunten omtrent de meerjarenplannen, zijn terug te vinden in de ontwikkelde plannen. Terugkerende thema's in de drie meerjarenplannen zijn: de toekomst, logistiek, casemanagement en deskundigheid. Veel aandachtspunten in de meerjarenplannen zijn gericht op de inhoud van de zorg. De samenwerking, de betrokkenheid en de rol van de gemeenten zijn thema's die in de drie netwerken veelvuldig naar voren komen als speerpunt in de meerjarenplannen.

“Samenwerking gemeente, je hebt natuurlijk de update straks van de zorgstandaard en het zorgprogramma. En daarbij ook kijken hoe we preventie activiteiten samen kunnen oppakken met de gemeente.”(B1)

“Het actief betrekken van de gemeenten bij de keten dementie. Gemeenten zijn in de Wmo financieel en beleidsmatig verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning van burgers.”(V)

Ook de samenwerking met partijen zoals de huisartsen en Alzheimer Nederland zijn terug te vinden in de meerjarenplannen. Ook financiering komt terug in de drie meerjarenplannen, zowel de financiering van de dementienetwerken als de bekostiging van zorg en het casemanagement. Zo is een actiepunt in één van de plannen:

“Met de verzekeraar zoeken naar mogelijkheden voor het rendabel maken van het werk van de casemanager.”(T)

In de regio Midden-Holland en de regio Waardenland wordt het thema, het zichtbaar maken van de meerwaarde van een casemanager genoemd als een belangrijk onderdeel voor de meerjarenplannen.

“Dat onderscheidend vermogen van de casemanagers is erg belangrijk om te laten zien. Het zijn echt specialisten op het gebied van dementie. Ik vind dat ze die rol moeten blijven pakken en dat we dat als organisatie moeten blijven faciliteren. Daarmee versterken we onszelf alleen maar en moeten we een rol creëren waarvan Nederland denkt hoe hebben we ooit zonder gekund.”(A4)

Een speerpunt dat naar voren komt voor het meerjarenplan voor de regio Waardenland, is het dichterbij elkaar brengen van de wijkverpleegkundige, geriater, casemanager en de huisarts. Eén respondent uit deze regio zou graag zien dat er meerdere scenario's worden uitgewerkt over hoe er kan worden omgegaan met het groeiende aantal mensen met dementie in de regio. In deze scenario's moet onder andere uitgewerkt worden wat de gevolgen zijn van de groei voor de casemanagers, voor de samenwerkende organisaties maar ook hoe kunnen de casemanagers de samenwerkende organisaties versterken. Een andere respondent uit dit netwerk zou graag zien dat het meerjarenplan meer plaatsgebonden is.

“Pak geen blauwdruk voor de regio, want iedere wijk is uniek. Pak het gewoon per gebied op en kijk wat daar het beste werkt en het hardste nodig is.”(A2)

Uit de eerdere meerjarenplannen en de beleidsmiddag zijn de volgende thema's naar voren gekomen die van belang zijn voor het meerjarenplan in de Oost-Achterhoek: het langer meedoen in, en het ontwikkelen van dementievriendelijke samenlevingen, het zorgen voor de juiste ondersteuning op het juiste moment in de cliëntenreis, een duidelijke rol/taak verdeling voor de specialisten, het ontwikkelen van geïntegreerde zorg vanuit de huisarts en het plaatsen van de juiste deskundigheid op de juiste plaats. Deze thema's zijn niet nieuw en liggen veelal op zorginhoudelijk niveau.

“Het is dus heel breed, en eigenlijk zijn het dingen waar we al doorlopend mee bezig zijn dus het is niet hemelbestormend nieuw.”(C1)

De samenwerking binnen de driehoek wijkverpleegkundigen, huisartsenpraktijk en het gemeentelijke domein, het speerpunt van de zorgverzekeraar voor de regio Oost-Achterhoek, hoeft volgens de zorgverzekeraar niet gericht te zijn op alleen dementie maar op ouderenzorg in het algemeen. Dit hangt samen met de ontwikkeling in deze regio naar een netwerk voor kwetsbare ouderen.

“Dus eigenlijk vinden we wel, en volgens mij zitten de gemeente, de zorgaanbieders en wij wel op één lijn wat dat betreft en vinden we dat je meer geriatrische netwerken moet inrichten, maar ook binnen die netwerken bepaalde specialismen noemen.”(C5)

Het regelmatig evalueren van het meerjarenplan is een onderdeel, dat in de drie regio's wordt genoemd als een belangrijk onderdeel van het meerjarenplan. Dit komt ook terug in de meerjarenplannen.

“Twee keer per jaar rapporteren de werkgroepen de stand van zaken t.b.v. de tussentijdse rapportage. Deze tussentijdse stand van zaken en evaluatie wordt besproken in de Kerngroep.”(U)

Ook wordt het meerjarenplan gezien als een bindmiddel voor meerdere actoren uit de dementienetwerken.

“Het kan echt een verbindende factor zijn, dat je mensen er bij betreft maar dat je dus ook met elkaar een plan hebt en dat je na de zomer kan zeggen: nee, we hadden gezegd dat we dit gaan doen.”(A1)

In de regio Midden-Holland worden naast het speerpunt omtrent de samenwerking met de gemeenten nog een aantal speerpunten genoemd voor de meerjarenplannen. Eén daarvan gaat over Tandem: *“En daar zal ongetwijfeld een onderdeel van zijn dat wij Tandem in de lucht willen houden en waar mogelijk willen uitbreiden.” (B3)*

Naast het uitbreiden van het casemanagement worden vroeg-signalering en het overbrengen van kennis van casemanagement van het zorgdomein naar het sociale domein genoemd als belangrijke punten voor in het meerjarenplan.

4.5.3 De haalbaarheid van de meerjarenplannen

Over de haalbaarheid en de praktische uitvoering in de praktijk van de meerjarenplannen lopen de meningen uiteen bij de respondenten. Bij een groot deel van hen zijn er twijfels over de haalbaarheid van de meerjarenplannen. Eén van de redenen hiervoor zijn de vele ontwikkelingen op landelijk politiek gebied.

“En ik vraag me oprecht af in hoeverre de meerjarenplannen op dit moment mogelijk zijn. Of hebben we het over een meerjarenplan van een of twee jaar? Of een meerjarenplan voor vijf jaar nu mogelijk is, dat weet ik niet.”(A4)

Een andere reden waarom getwijfeld wordt aan de haalbaarheid door een aantal respondenten is de onzekerheid over de financiering; met name in de regio Midden-Holland speelt dit een grote rol.

“Nee niet als de bekostiging niet helder is, in die zin is het luchtfietsenrij. Als wij zo bezig moeten blijven met het bij elkaar scharrelen van geld, is er ook geen ruimte om het aan te pakken. We moeten zoveel kennis van de zorg naar het sociale domein brengen. Als je blijft betalen via het cliënt contact dan houdt het op, dat moet echt anders.”(B4)

Ook op inhoudelijk gebied zijn er onderdelen die kunnen bijdragen aan de praktische haalbaarheid van de meerjarenplannen. Zo benoemen meerdere respondenten uit de regio Oost-Achterhoek dat de haalbaarheid van sommige punten wordt vergroot als het niet alleen op dementie is gericht maar op kwetsbare ouderen. In deze regio ziet de zorgverzekeraar toe op de uitvoering van de meerjarenplannen.

“Juist ook omdat het niet specifiek over dementie hoeft te gaan, maar gewoon over ouderenzorg in brede zin. Over hoe op lokaal niveau de eerste lijn vorm gegeven wordt in die driehoek. Ik denk dat dat voor dementie, voor ouderen in zijn algemeenheid, dezelfde bouwstenen kunnen zijn.”(C5)

Een duidelijke beschrijving van hoe en door wie er aan de punten in de meerjarenplannen wordt gewerkt draagt ook bij aan de haalbaarheid volgens een aantal respondenten.

“Wat je wel moet doen, erbij zetten hoe doe je het. Want we kunnen het allemaal opschrijven. Daar zijn we nog wel eens in tekort geschoten vind ik. Maar we zouden nog wel een slag kunnen maken in het duidelijker formuleren van wat en hoe willen we het bereiken. En daar zit ook heel duidelijk het commitment van de zorgorganisaties in, in de zin van dat zij daar mee aan het werk gaan.”(C1)

5. Conclusie, discussie en aanbevelingen

In paragraaf 5.1 zal er een antwoord worden geformuleerd op de hoofdvraag van dit onderzoek. Dit wordt gedaan aan de hand van de antwoorden op de deelvragen die als eerste worden weergegeven. In paragraaf 5.2, worden de onderzoeksresultaten bediscussieerd. Vervolgens worden in paragraaf 5.3 aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek en voor het werkveld.

5.1 Conclusie

1. Hoe kan samenwerking tussen organisaties in een dementienetwerk worden geconceptualiseerd vanuit wetenschappelijke theorieën?

Deze vraag is beantwoord aan de hand van een literatuuronderzoek dat voor dit onderzoek is gehouden. De samenwerking binnen dementienetwerken wordt bekeken vanuit de sociale systeemtheorie, een stroming binnen het organisatiekundig perspectief. Een netwerk, binnen dit onderzoek de dementienetwerken, kan worden gezien als een systeem. Binnen dit systeem bestaan subsystemen, in dit geval de deelnemende actoren aan het dementienetwerken. Deze subsystemen zijn met elkaar verbonden door communicatie, zonder communicatie kan er geen samenwerking zijn tussen de verschillende actoren uit het netwerk. Het dementienetwerk is een open systeem, dat reageert op invloeden vanuit de omgeving en andersom.

Samenwerking van organisaties in een dementienetwerk kan worden geconceptualiseerd als het samen deelnemen aan een interactief proces, samen handelen en/of beslissen op het gebied van dementie. Dit gebeurt aan de hand van gezamenlijke regels, normen en structuren. Communicatie, vertrouwen, afstemmen en het delen van informatie zijn essentiële onderdelen van het samenwerken.

De hierboven genoemde theoretische termen omtrent samenwerking komen in de praktijk terug in de ervaringen van de respondenten uit de drie dementienetwerken. Zo beschrijven de respondenten een interactief proces en komt het delen van informatie vaak terug als thema.

2. Hoe is de samenwerking binnen de dementienetwerken in de loop van de tijd vorm gegeven en ingericht en hoe wordt dit nu door de verschillende partijen ervaren?

De netwerken binnen dit onderzoek verschillen in bestaansduur en zijn op verschillende wijzen tot stand gekomen en ingericht. Alle dementienetwerken zijn nauw verbonden met het casemanagement. Op dit gebied hebben meerdere veranderingen plaatsgevonden.

Het dementienetwerk Waardenland bestaat uit een werkgroep waarin afgevaardigden van de vijf zorgorganisaties, die casemanagement leveren in deze regio, samen met de netwerkregisseur plaats nemen. Boven de werkgroep staat een stuurgroep die sinds kort groter is geworden doordat de stuurgroep dementie en kwetsbare ouderen samen zijn gegaan tot één stuurgroep. Over deze verandering zijn een aantal respondenten niet tevreden, omdat hierdoor de besluitvorming trager is geworden. De samenwerking binnen de werkgroep en tussen de uitvoerders van casemanagement wordt door de respondenten als prettig ervaren.

In de regio Midden-Holland is 18 jaar geleden het dementienetwerk ontstaan, op het moment dat casemanagement hier in ontwikkeling kwam is dit apart gepositioneerd onder de transmurale organisatie Tandem. Tandem levert het casemanagement in deze regio. De afgelopen jaren is het dementienetwerk steeds verder geïntegreerd in Tandem. Over de samenwerking binnen Tandem zijn de respondenten uit deze regio positief.

In de regio Oost-Achterhoek, en in de gehele Achterhoek zijn er een aantal netwerken en samenwerkingsverbanden die door elkaar heen lopen. Hierdoor is het voor de respondenten moeilijk om precies te benoemen wat het dementienetwerk is in deze regio. Het oorspronkelijke dementienetwerk bestaat uit een aantal zorgaanbieders. Op dit moment hebben zij geen vaste overlegtafel.

De respondenten uit de dementienetwerken benoemen de korte lijstjes binnen het dementienetwerk en dat de professionals elkaar makkelijk weten te vinden. Op het gebied van de samenwerking met de gemeenten en met de huisartsen worden een aantal verbeterpunten gezien, zoals in de betrokkenheid richting de dementienetwerk en de visie op dementie.

3. Welke rol speelt de netwerkregisseur in de samenwerking binnen de dementienetwerken?

Uit de antwoorden kan worden geconcludeerd dat de netwerkregisseurs uit de deelnemende dementienetwerken een belangrijke rol spelen in de samenwerking tussen de verschillende partijen.

De netwerkregisseurs spelen een verbindende rol binnen de dementienetwerken. Het gaat om het verbinden van verschillende partijen op verschillende niveaus, maar ook het verbinden van beleid en praktijk. Ook zorgen de netwerkregisseurs voor de verbinding tussen de regioniveau en landelijk niveau, deze verbinding gaat beide kanten op.

Tevens proberen de netwerkregisseurs de samenwerking te stimuleren, door onder andere het organiseren van diverse bijeenkomsten en overleggen, in verschillende vormen. Maar ook door het signaleren van problemen op het gebied van de samenwerking. Andere taken die de netwerkregisseurs hebben, is het verspreiden van kennis en informatie en het schrijven van beleidsplannen. Al deze werkzaamheden zijn er op gericht op de samenwerking binnen de dementienetwerken te verbeteren.

4. Hoe is de financiering van de dementienetwerken geregeld en hoe wordt dit ervaren door de samenwerkende organisaties?

De kosten van de drie dementienetwerken bestaan voor het grootste deel uit het salaris voor de netwerkregisseur. Overige kosten, zijn kosten voor deskundigheidsbevordering en drukkosten. De kosten worden per dementienetwerk verschillend gefinancierd. Het dementienetwerk Waardenland wordt gefinancierd door de preferente zorgverzekeraar uit deze regio. In de regio Oost-Achterhoek is dit ook grotendeels het geval met uitzondering van de twintig procent die de gemeenten uit deze regio betalen. In de regio Midden-Holland worden de kosten van het dementienetwerk betaald vanuit verschillende subsidies en de netwerkregisseur wordt betaald vanuit de beleidsregel NZA. In de regio Midden-Holland hebben Tandem en het dementienetwerk overigens een begrotingstekort. In deze regio geven de respondenten verder aan een apart tarief voor het casemanagement te willen zodat hiervan ook Tandem en het dementienetwerk van betaald kunnen worden.

Op de vraag welke partij(en) de dementienetwerk zou(den) moeten financieren lopen de meningen uiteen. De meest genoemde opties zijn de zorgaanbieders en de gemeenten. Een reden van de respondenten om deze partijen te noemen is, dat op het moment dat deze partijen het dementienetwerk betalen, de betrokkenheid ook groter wordt.

5. Hoe kan de samenwerking binnen de dementienetwerken verbeterd worden volgens de deelnemende organisaties en welke rol spelen de nieuwe meerjarenplannen daarin?

Op het gebied van de samenwerking zijn er verschillende verbeterpunten naar voren gekomen uit de interviews. Een aantal verbeterpunten komt terug in alle drie de dementienetwerken, en andere

verbeterpunten verschillen per netwerk. De samenwerking met de gemeenten en de huisartsen is een verbeterpunt dat in elke regio terugkomt. Ook het gebruik van verschillende elektronische patiënten dossiers door de zorgaanbieders is een verbeterpunt. De wijze van bekostiging van de zorg wordt ook gezien als een thema dat negatieve invloed heeft op de samenwerking.

Verbeterpunten zoals de bekostiging van de zorg, de samenwerking met de gemeenten en de samenwerking tussen de casemanagers, de wijkverpleegkundigen en de huisartsen komen terug in de meerjarenplannen. Andere verbeterpunten zoals het gebruik van de verschillende elektronische patiënten dossiers komen niet terug in de meerjarenplannen. De door de respondenten aangedragen punten voor de meerjarenplannen zijn hier ook daadwerkelijk in terug te vinden. Of de verbeterpunten in de meerjarenplannen in de praktijk haalbaar zijn, wordt door een aantal respondenten betwijfeld. Deze twijfel komt voort uit de ontwikkeling op landelijk gebied en of de financiering toereikend is.

De meerjarenplannen kunnen worden gezien als een instrument voor de dementienetwerken. Ze kunnen worden ingezet als gespreksonderwerp met de zorgverzekeraars om zo tot afspraken te komen omtrent de financiering. Hiernaast kan het meerjarenplan worden ingezet om de samenwerking binnen de dementienetwerken te stimuleren, en de betrokkenheid van de diverse partijen te vergroten. Belangrijk is dat zowel tijdens de ontwikkeling als wel bij de uitvoering van de meerjarenplannen de verschillende partijen worden betrokken. Op deze wijze kunnen de meerjarenplannen ook gebruikt worden om de samenwerking met de gemeenten en de huisartsen te verbeteren.

Beantwoording hoofdvraag: Hoe ervaren de verschillende partijen de samenwerking binnen de dementienetwerken en hoe kan dit eventueel verbeterd worden met behulp van onder andere de meerjarenplannen?

Sinds de oprichting van de dementienetwerken, heeft de samenwerking zich ontwikkeld tussen de deelnemende partijen. Er zijn verschillende veranderingen in de samenwerking opgetreden, deze verschillen per dementienetwerk. Een gemeenschappelijke deler is de verandering in de financiering, zowel de financiering van de dementienetwerken als wel de bekostiging van de zorg heeft invloed op de samenwerking. De netwerkregisseur speelt een belangrijke rol in de samenwerking, hiervoor zet deze actor verschillende instrumenten in. De samenwerking tussen de deelnemende organisaties op het gebied van casemanagement wordt als positief ervaren. In de samenwerking met de gemeenten en de huisartsen in de drie regio's worden er verbeterpunten ervaren door de respondenten. Hiernaast worden per dementienetwerk nog een aantal verbeterpunten benoemd, sommige hiervan komen terug in de meerjarenplannen. Deze meerjarenplannen kunnen door de dementienetwerken worden ingezet als instrument om de samenwerking binnen de dementienetwerken te verbeteren, maar ook de samenwerking met de gemeenten en de huisartsen.

5.2 Discussie

5.2.1 Theoretische reflectie

Een deel van de theorie uit hoofdstuk twee is terug te vinden in de resultaten. In het theoretisch kader zijn twee vormen van samenwerken tussen organisaties besproken: een netwerk en een keten. Uit de resultaten komt een aantal kenmerken van een netwerk terug, zoals samenwerken, het delen van informatie, het oplossen van problemen maar ook door samen diensten leveren zoals bijvoorbeeld in de regio Waardenland het casemanagement. Uit de verzamelde data kan niet de conclusie worden getrokken, dat er sprake is van een zorgketen bij één van de drie dementienetwerken. Er is geen sprake is van een gecoördineerd zorgverleners- en organisatie

overstijgend zorgproces, gericht op samenhang, afgestemd op de behoefte van de cliënt met dementie. Dit sluit ook aan bij de keuze van de onderzoeker om de term netwerkregisseur te gebruiken in plaats van de term ketenregisseur.

In het theoretisch kader werd er benoemd, dat het standpunt van Luhmann zou worden gevolgd, namelijk dat dementienetwerken zelf bepalen of ze reageren op invloed van buitenaf. Dit komt niet terug in de resultaten. Er komt naar voren dat de dementienetwerken op sommige invloeden wel moeten reageren, bijvoorbeeld op veranderingen in de bekostiging van de zorg. Hierdoor lijkt de praktijk aan te sluiten bij een middenweg tussen de standpunten van Luhmann en Von Bertalanffy.

In de resultaten komt een aantal keer naar voren dat respondenten uit hetzelfde netwerk, een zelfde onderwerp anders ervaren of zien. Dit sluit aan bij sociale systeemtheorie, want één van de uitgangspunten van deze theorie is dat iedere individu zijn eigen waarheid ervaart. Door het onderwerp te bekijken van uit sociaal systeem theoretisch perspectief zijn de verschillende ervaringen van de respondenten te begrijpen en te verklaren.

Een aantal succes- en faalfactoren uit het theoretisch kader komen duidelijk terug in de resultaten. Succesfactoren zijn het ontbreken van concurrentie op het gebied van casemanagers, de deskundigheid, een gezamenlijke visie en doelstelling, afspraken over communicatie en het ervaren van toegevoegde waarde van het netwerk. De faalfactoren zijn: de niet op elkaar aansluitende elektronische patiëntendossiers, de schotten in de financiering, de niet stabiele financiering, ontbreken van formalisatie en het binnen organisaties denken aan het eigen domein.

Een aantal uit de theorie voortkomende succes- en faalfactoren voor samenwerking werden niet genoemd door de respondenten, zoals onderlinge machtsfactoren, resultaatgericht leren, duidelijke werkprocessen, sturing van bovenaf, duidelijke rol en taak verdeling, onderling vertrouwen en verschillen in taal en cultuur. Dit kan betekenen dat deze factoren niet spelen binnen de dementienetwerken, maar het kan ook zo zijn dat de respondenten sommige factoren als vanzelfsprekend ervaren of dat deze niet worden ervaren door de geselecteerde respondenten. Dit sluit ook aan bij de sociale systeemtheorie, waarbij iedere individu zijn of haar eigen waarheid ervaart. Opvallend is dat in één van de netwerken er duidelijke werkprocessen terug zijn te vinden op papier maar dat dit niet wordt genoemd door de respondenten.

Ook zijn er succes- en faalfactoren naar voren gekomen uit de resultaten die niet in de literatuur vermeld zijn: een geschiedenis van samenwerken hebben, korte lijntjes tussen de actoren, de omvang van de groep die de beslissingen moet maken, en het meten van resultaten.

In het theoretisch kader van dit onderzoek wordt een aantal rollen genoemd die de netwerkregisseur kan hebben in zijn of haar functie: de onderzoekende-, de proces bewakende- en de aansturende rol maar ook de rol van orchestrator en verbinder. Deze rollen komen per netwerkregisseur in meer of mindere mate terug tijdens de interviews. Zo komt de aansturende rol duidelijk terug bij de netwerkregisseur van Midden-Holland. Met name de rollen van verbinder en orchestrator sluiten aan bij de resultaten van dit onderzoek en hoe de respondenten de functie van netwerkregisseur ervaren.

Het conceptueel model uit paragraaf 2.6 blijkt bruikbaar, een aantal verbanden komt duidelijk terug in de resultaten. De dementienetwerken hebben zich ontwikkeld door de tijd heen. Er komt niet naar voren of dit via de fases van het OMK model verloopt. Daar is ook niet specifiek naar gevraagd. Wel komen er factoren uit het OMK model terug bij de succes- en faalfactoren die invloed hebben op de samenwerking. De invloed van de financiering op de samenwerking binnen de dementienetwerken komt terug in de resultaten, de wijze waarop de financiering invloed heeft is binnen het onderzoek

verder geconcretiseerd vanuit de praktijk. Daarnaast komt ook de invloed van de succes- en faalfactoren op de samenwerking terug. Dit verschilt per succes- en faalfactor. Over de invloed van de financiering op de succes- en faalfactoren kan er aan de hand van de resultaten geen conclusie worden getrokken. In dit onderzoek is niet naar voren gekomen dat de financiering de enige factor is, die invloed heeft op de samenwerking binnen de dementienetwerk en op de succes- en faalfactoren. Welke factoren nog meer invloed hebben en op welke wijze deze invloed naar voren komt zal verder onderzocht moeten worden. Dit lag buiten het bereik van dit onderzoek. Duidelijk naar voren is gekomen dat de netwerkregisseur een belangrijke rol speelt bij de samenwerking binnen de dementienetwerken.

5.2.2 Methodische reflectie

Naast de interviews zijn er ook documenten geanalyseerd om datatriangulatie te bereiken. Het is de vraag of dit is gelukt omdat iedere respondent andere ervaringen heeft bij het samenwerken. Wel zijn er thema's die bij alle respondenten terugkeren. Bij de gebruikte documenten is het de vraag in hoeverre deze documenten de werkelijkheid weergeven en in de praktijk worden gebruikt. Om de eerdergenoemde redenen zijn er in verhouding meer interviews gehouden dan documenten gebruikt.

Het spreken over factoren die, minder goed gaan binnen de samenwerking kan een gevoelig onderwerp zijn voor respondenten, die hier nauw bij betrokken zijn en/of verantwoordelijk voor zijn. Hierdoor kan het zijn dat respondenten een rooskleuriger beeld schetsen dan de werkelijkheid. Het risico op een bias hierin is voorkomen door meerdere respondenten te interviewen. Bij het interpreteren van dit onderzoeksrapport moet er in acht worden genomen dat één van de respondenten werkzaam is bij de gemeenten en geen enkele bij de huisartsen, dit kan hebben geleid tot een eenzijdig beeld over de samenwerking met deze partijen.

Ondanks dat de onderzoeker zijn eigen verwachtingen heeft opgeschreven voor en tijdens het onderzoek en er gebruik gemaakt is van peer-briefing, zouden in de ideale situatie de resultaten geanalyseerd moeten worden door meerdere onderzoekers.

De gebruikte topiclijst heeft er voor gezorgd dat de concepten uit de theorie terugkwamen tijdens de interviews. Daarnaast bleef er genoeg ruimte om door te vragen, en een open gesprek te voeren. De topiclijst is eenmaal aangepast om de focus op bepaalde onderwerpen te versterken.

5.2.3 Reflectie op het veld

In de resultaten komt naar voren dat de dementienetwerken sterk verschillen van elkaar op het gebied van inrichting. Het is dan ook lastig om te zeggen of de resultaten generaliseerbaar zijn voor alle dementienetwerken. Hiertegenover staat dat vanuit het gekozen perspectief, de sociale systeemtheorie, iedereen zijn eigen waarheid ervaart en de resultaten gebaseerd zijn op wat verschillende individuen ervaren. Vanuit dit perspectief gezien is het dus de vraag of er überhaupt sprake kan zijn van generaliseerbaarheid. Hiertegenover zijn er ook argumenten die spreken voor generaliseerbaarheid van de onderzoekspopulatie. De drie geselecteerde dementienetwerken verschillen in omvang van deelnemende organisaties, de regio's hebben verschillende demografische kenmerken, en liggen verspreid in Nederland.

Het onderwerp financiering van de dementienetwerken ging in alle interviews over op de bekostiging van de zorg. Geconcludeerd kan worden dat dit een belangrijk onderwerp is dat speelt bij de respondenten uit de dementienetwerken.

Een beperking van dit onderzoek is dat er per dementienetwerk vier of vijf respondenten geïnterviewd zijn. Deze respondenten zijn afkomstig uit verschillende organisaties uit de dementienetwerken of uit organisaties die nauw zijn betrokken bij het dementienetwerk. Ook zijn de respondenten werkzaam op verschillende niveaus. Dit varieert van een casemanager op operationeel niveau tot een bestuurder die werkzaam is op strategisch niveau. Om een compleet beeld te kunnen schetsen zouden er meer respondenten van verschillende niveaus per dementienetwerk moeten worden geïnterviewd. Vanwege de beperkte tijd die beschikbaar was voor dit onderzoek was dit niet haalbaar. Om toch tot een zo compleet mogelijk beeld te komen is er gekozen voor een grote variatie in functie en afkomst bij de respondenten. Inherent hieraan is dat de respondenten voor verschillende tijdsperiodes betrokken zijn bij het dementienetwerk, en in een groot aantal gevallen niet betrokken zijn geweest bij de oprichting van het dementienetwerk of bij veranderingen die speelde voordat ze betrokken raakte bij het dementienetwerk. De reconstructie van het ontstaan en de veranderingen in de dementienetwerken is compleet geraakt door methode- en respondententriangulatie ondanks dat niet alle individuele respondenten hierbij betrokken waren.

5.3 Aanbevelingen

5.3.1 Aanbevelingen voor mogelijke vervolgonderzoek

Er zouden verschillende vervolgonderzoeken kunnen worden gehouden wegens de breedte van dit onderzoek. Een vervolgonderzoek zou gericht kunnen zijn op wat er nu verder gebeurd met de ontwikkelde meerjarenplannen en hoe worden deze uitgevoerd, ook vanuit het oogpunt van de verzekeraar. Er kan dan ook onderzocht worden of er in de samenwerking tussen de verzekeraar en de dementienetwerk bijvoorbeeld ook succes- en faalfactoren spelen die in dit onderzoek naar voren komen. Een vereiste voor dit onderzoek gericht op de meerjarenplannen is dat er een langere onderzoeksperiode mogelijk is om de ontwikkeling duidelijk in kaart te brengen. Binnen dit onderzoek kan ook worden meegenomen welke instrumenten van ketenbesturing er worden ingezet om de doelen uit de meerjarenplannen te bereiken, en welk effect deze hebben.

Een ander vervolg onderzoek kan specifiek gericht zijn op de succes- en faalfactoren voor samenwerking die niet in de literatuur maar wel in de resultaten naar voren zijn gekomen. Het kan meerwaarde hebben om te onderzoeken of, en in welke mate, deze factoren ook in andere dementienetwerken spelen en zo te komen tot een meer dekkend en gedetailleerd overzicht van mogelijke succes- en faalfactoren voor dementienetwerken. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen de netwerkregisseurs ook gebruiken om de samenwerking te verbeteren.

Het kan ook meerwaarde hebben om een vervolg onderzoek te richten op de samenwerking binnen één dementienetwerk. Op deze wijze kan er ook onderzocht worden welke belangen bij de verschillende partijen uit het netwerk er spelen, en welke invloed deze hebben op de samenwerking. Bij dit onderzoek zullen respondenten vanuit alle partijen mee moeten doen, ook het gebruiken van focusgroepen en observaties zijn onderzoeksmethodes die gebruikt dienen te worden bij dit onderzoek.

5.3.2 Aanbevelingen voor de praktijk

Een andere aanbeveling is voor de dementienetwerken en de bijbehorende netwerkregisseurs om de samenwerking met de gemeenten en de huisartsen te intensiveren. Een belangrijk onderdeel hiervan is het creëren van betrokkenheid. Een middel hiervoor is het laten zien van de meerwaarde van het dementienetwerk in woord en getal voor deze twee partijen. Het in beeld brengen van de meerwaarde is ook een middel dat ingezet kan worden richting zorgverzekeraars en andere mogelijke financiers. Op deze wijze kunnen er meer financiële middelen gegenereerd worden

waardoor de haalbaarheid van de meerjarenplannen vergroot worden. Daarnaast komt er zo meer financiële ruimte voor de netwerkregisseurs die hierdoor meer tijd in de samenwerking kunnen steken.

Een aanbeveling voor het onderwijs van de netwerkregisseur en casemanager, is het ontwikkelen van een leerweg: hoe samen te werken met externe partijen zoals de huisartsen en de gemeenten. Belangrijk is dat hier ook input vanuit de externe partijen komt zodat de beweegredenen en belangen van deze partijen worden meegenomen.

Een aanbeveling voor alle partijen in de dementienetwerken; probeer niet te denken als individuele partij maar trek het breder en probeer een collectieve gedachtegang te creëren, waarbij het belang van het netwerk voorop staat. Dit kan onder andere door focusgroepen voor bestuurders te organiseren waarbij ook de invloed van belangen op samenwerking kan worden onderzocht. Door deze aanbeveling te volgen wordt er ook een koppeling tussen praktijk en theorie gemaakt. Om de dementiezorg in Nederland toekomstbestendig te maken/houden, is het belangrijk dat organisaties zo optimaal mogelijk samenwerken. Een eerste stap hierbij is het creëren van een collectieve gedachtegang binnen de dementienetwerken per regio, waarbij het belang van de patiënt en het netwerk voorop staan.

Bibliografie

- Alzheimer Nederland & Vilans. „Zorgstandaard Dementie.” *Vilans*. 18 7 2013.
https://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/Zorgstandaard_Dementie.pdf.
- Alzheimer Nederland. „Focusbrief Zorginkoop 2018.” 1 2017.
- Alzheimer-Nederland. „Cijfers en feiten over dementie.” *Alzheimer Nederland*. 11 7 2017.
<https://www.alzheimer-nederland.nl/sites/default/files/directupload/factsheet-dementie-algemeen.pdf>.
- . *Wat is dementie*. sd. <https://www.alzheimer-nederland.nl/dementie>.
- Baan, C.A., Hutten, J.B.F., Rijken P.M. *RIVM rapport: Afstemming in de zorg. Een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening*. Bilthoven: RIVM, 2013.
- Barett, Mark. „ Understanding the meaning of collaboration in the supply chain.” *Supply Chain Management: an international journal*, 9, 2004: 30-42.
- Bartelings, J. A, J Goedee, J Raab, en R. Bijl. „The nature of orchestrational work.” *Public Management Review*, 19, 2017: 342-360.
- Boeije, Hendrika Rokesina. *Kwaliteit van zorg in verpleeghuizen*. Utrecht: De tijdstroom, 1994.
- Bransen, A.J.H. „Ketenzorg en individueel casemanagement Dementie - Inzet van verzekeraars.” 12 5 2017.
- Buckley, W. „Society as a complex adaptive system.” In *Modern systems research for the behavioral scientist*, door W Buckley, 490-513. Chicago: Aldine, 1968.
- Calsbeek, H, en H Rosendal. „Waarom ketenzorg zo moeizaam van de grond komt: de slaag-en faalfactoren. ” *Nederlands tijdschrift voor evidence based practice*, 5, 2007: 117-121.
- CBS. *Tot 2040 verdubbelt het aantal alleenwonende tachtigplussers*. 18 12 2015.
<https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2015/51/tot-2040-verdubbelt-het-aantal-alleenwonende-tachtigplussers>.
- de Bruijn, J., & ten Heuvelhof, E. „ Managing complex networks: Strategies for the public sector.” In *Instruments for network management*, 206. Londen: SAGE, 1997.
- dementiezorgvoorelkaar. „Meerjarenplan Netwerk dementie 2019 en verder.”
www.dementiezorgvoorelkaar.nl. 16 11 2017. <https://www.dementiezorgvoorelkaar.nl/wp-content/uploads/2017/11/2017-11-10-presentatie-mjp-2-november-2017-2.pdf>.
- Flood, Robert, L, en Micheal, C. Jackson. *Creative Problem Solving. Total Systems Intervention*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd., 1991.
- Francke, Anneke L., en José M. Peeters. *Ketenzorg en casemanagement bij dementie*. Utrecht: Nivel, 2015.
- Franken, H. „Systeemtheorie en rechtswetenschap.” *R & R* 11, 1982.
- Gray, Barbara, en Donna J. Wood. „Toward a Comprehensive Theory of Collaboration.” *The Journal of Applied Behavioral Science*, 1991: 139-162.

- Hofman, Cynthia, Margreet Reitsma, Else Stapersma, Corine van Maar, en Mirella Minkman. *Netwerkindicatoren dementie 2016*. Utrecht: Vilans, 2016.
- Hofman, Cynthia, Margreet Reitsma, Else Stapersma, Corine van Maar, en Mirella Minkman. *Netwerkindicatoren dementie 2016*. Utrecht: Vilans, 2016.
- Inspectie voor de gezondheidszorg . „Organisatie netwerkzorg thuiswonende mensen met dementie veelbelovend, onderdelen zorg nog risicovol.” Utrecht , 2013.
- Kaats, Edwin, en Wilfrid Opeij. *Leren samenwerken tussen organisaties*. Deventer: Kluwer, 2014.
- Karam, Marlene, Isabelle Brault, Therese van Durme, en Jean Macq. „Comparing interprofessional and interorganizational collaboration inhealthcare: A systematic review of the qualitative research.” *International Journal of Nursing Studies* 79, 2018: 70-83.
- Kenis, Patrick, en Keith Provan. „Towards and exogenous theory of public network performance.” *Public administration* 87, 2009: 440-456.
- Luhmann, N. *Social systems*. Stanford University Press, 1995.
- Mattessich, Paul W., en Barbara R. Monsey. *Collaboration: what makes it work. A review of research literature on factors influencing successful collaboration*. St. Paul: Amherst H. Wilder Foundation, 1992.
- Meadows, Donella H. *Thinking in Systems*. Londen: Earthscan, 2008.
- Minkman, Mirella, Kees Ahaus, en Robbert Huijsman. „Het ontwikkelingsmodel voor ketenzorg.” *M&O*, 2010: 26-43.
- Mortelmans, Dimitri. *Handboek kwalitatief onderzoek*. Den Haag: ACCO, 2013.
- Papma, J, D Bekkenkamp, B Willemsse, en S Meijer. *dementie/cijfers-context/trends*. 2016.
<https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/dementie/cijfers-context/trends>.
- Parsons, T. *The social system*. Psychology Press, 1991.
- Provan, K. G, en P Kenis. „Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness.” *Journal of public administration research and theory*, 18, 2008: 229-252.
- Provan, Keith, G., Amy Fisch, en Joerg Sydow. „Interorganizational Networks at the Network Level:A Review of the Empirical Literature on Whole Networks.” *Journal of management* 33, 2007: 479-516.
- Raab, Jörg, Frank Beemer, Nick Huiszoon, en Frank van Mossevelde. „Wat doen netwerkmanagers eigenlijk?” *M&O*, 2018: 30-52.
- Raak, A., I. Mur-Veeman, B. Hardy, M. Steenberg, en A. Paulus. *Integrated care in Europe. Description and comparison of intergrated care in six EU countries*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2003.
- Seidl, David, en Kai Helge Becker. „Organization as distinction generating and processing systems: Niklas Luhmann's contribution to organizations studies.” *Organization*, 13, 2006: 9-35.
- TNO preventie en gezondheid, Zorgnetwerk Land van Cuijk en Noord-Limburg. *Kwaliteitskader ketenzorg*. Leiden: TNO preventie en gezondheid, 2004.

- Trompper, M. „Zorgprogramma Ketenzorg dementie regio Helmond.” *Elkerliek*. 9 2015.
<https://www.elkerliek.nl/QuartzSite/Projecten/Dementie/Zorgprogramma%20ketenzorg%20Dementie%20regio%20Helmond%20november.2017.pdf>.
- van Tomme, Nelle, Joris Voets, en Koen Verhoest. *Samenwerking in ketens en netwerken: praktijkervaring uit de zorg- en welzijnsector*. Leuven: welzijn,volksgezondheid en gezin, 2011.
- Veerbeek, M, J de Lange, Spierenburg, Minkman M., Pot, A. M M., en B Willemse. „Ontwikkelen van een instrument om de ‘zachte’ factoren van samenwerking binnen dementienetwerken te meten.” *Bijblijven 31*, 2015: 846-853.
- Venneman, Ben. *Functiebeschrijving van de netwerkregisseur*. Utrecht: Movisie, 2010.
- Von Bertalanffy, Ludwig. „The History and Status of General Systems Theory.” *The Academy of Management Journal*, 1972: 407-426.

Bijlage

Topiclijst Interviews

Introductie:

- Kennismaking
- Toelichting van het onderzoek, wat is het doel van het onderzoek.
- Welke punten worden er besproken
- Toestemming vragen voor het opnemen
- Privacy, anonimiseren transcriptie

Dementienetwerk:

- 1-Hoe ziet het netwerk er nu uit
 - Formeel en Informeel
- 2-Veranderingen in het netwerk
 - Inrichting
 - Deelnemende partijen
- 3-Totstandkoming van het netwerk
- 4-Ervaringen samenwerking
- 5-Rol van de eigen organisatie
 - Ten opzichte van andere organisaties
- 6-Sterke en zwakke punten, verbetermogelijkheden op korte en langere termijn

Netwerkregisseur:

- 1-Dagelijkse bezigheden
- 2-Functie/rol
 - Op het gebied van de samenwerking binnen het netwerk
- 3-Ervaringen
- 4-Veranderpunten

Financiering:

- 1-Vormgeving
- 2-Rol respondent
- 3-Gevolgen
- 4-Toekomst
- 5-Ideale situatie

Meerjarenplannen:

1-Stand van zaken

2-Hoe verloopt de ontwikkeling

- Deelnemende partijen en hun betrokkenheid
- Uitgangspunten, het nut van meerjarenplannen

3-Inhoud

- Samenwerking
- Financiering

4-Uitvoering in de praktijk

Afsluiting:

- Zijn er nog zaken niet of onvoldoende besproken?
- Feedback
- Terugkoppeling bespreken
- Bedanken en afscheid