



Een Sterk Wijknetwerk

DementieNet Dukenburg in Nijmegen

Netwerk Kwetsbare Ouderen Gemert

Rapportage Een Sterk Wijknetwerk

DEMENTIENET

José Peeters
Miranda Laurant



Een Sterk Wijknetwerk



Colofon

Deze rapportage is in het kader van het project 'Een sterk wijknetwerk: burgers, professionals en onderwijs Samen!' ontwikkeld. Dit project is een samenwerkingsproject van het lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening (HAN University of Applied Sciences), IQ Healthcare (Radboudumc) en Stichting Kwaliteit Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH) en gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Alle rechten voorbehouden. Uit deze uitgave kan vrijelijk worden geciteerd, mits met bronvermelding. Deze resultaten van het onderzoek als volgt citeren: Peeters, J. & Laurant M. DementieNet Dukenburg in Nijmegen en Kwetsbare Ouderen Gemert, Rapportage Een Sterk Wijknetwerk. 2020, Nijmegen: HAN University of Applied Sciences/Radboudumc.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen via sterkwijknetwerk@han.nl



Een Sterk Wijknetwerk

Inhoud

1	Het project Een Sterk Wijknetwerk.....	5
1.1	Inleiding.....	5
1.2	Toekomstbestendige zorg	5
1.3	Doel van het project	6
1.4	Onderzoeksvragen	7
1.5	Selectie van praktijkvoorbeelden	7
1.6	Methode.....	8
1.7	Leeswijzer.....	9
2	Beschrijving van DementieNet	10
2.1	Achtergrond	10
2.2	DementieNet.....	10
2.3	Doel	11
2.4	Werkwijze	11
3	Resultaten en conclusies voor DementieNet Dukenburg in Nijmegen.....	14
3.1	Beantwoording van de onderzoeksvragen	14
1.	Wijknetwerk.....	14
2.	Vragen en behoeften	17
3.	Bekwaamheden	19
4.	Beïnvloedende factoren	20
4	Resultaten en conclusies voor Netwerk Kwetsbare Ouderen Gemert	23
4.1	Beantwoording van de onderzoeksvragen	23
1.	Wijknetwerk.....	23
2.	Vragen en behoeften	25
5.	Beïnvloedende factoren	28
5	Reflectie DementieNet	31
5.1	DementieNet kan meerwaarde hebben	31
5.1.1	Vervolgstappen landelijk DementieNet.....	32
5.2	Reflectie DementieNetwerk Dukenburg.....	32
5.2.1	Uitdagingen DementieNet Dukenburg	33
5.2.2	Vervolgstappen DementieNetwerk Dukenburg	34
5.3	Reflectie Netwerk Kwetsbare Ouderen Gemert.....	35
5.3.1	Uitdagingen Netwerk Kwetsbare Ouderen Gemert	36



Een Sterk Wijknetwerk

5.3.2	Vervolgstappen Netwerk Kwetsbare Ouderen Gemert	36
	Bijlage 1 - Samenwerkingspartners DementieNet Dukenburg	38
	Bijlage 2 - Signaleringskaart vroege signalen bij dementie Dukenburg	39
	Bijlage 3 - Feiten en cijfers dementie Gemert -Bakel.....	40
	Bijlage 4 - Kernteam Netwerk Kwetsbare Ouderen Gemert.....	41
	Bijlage 5 - Sociale kaart Gemert-Bakel	42
	Bijlage 6 - Vragen voor MDO voor patiënten en professionals.....	43



1 Het project Een Sterk Wijknetwerk

1.1 Inleiding

De inrichting van de zorg verandert in een snel tempo door onder meer demografische, maatschappelijke, economische en politieke ontwikkelingen. Ook technologische en technische innovaties dragen bij aan een snel veranderd zorglandschap (Kaljouw & van Vliet, 2015; Laurant et al, 2015; Laurant & Vermeulen, 2018). De veranderende visie op ziekte en zorg, zoals het concept *positieve gezondheid* en de verschuiving van verzorgingsstaat naar *participatiesamenleving* vraagt om een sterk georganiseerde nulde en eerstelijnszorg.

Onder professionals, managers/bestuurders en beleidsmakers is er een toenemend *urgentiebesef* dat de huidige inrichting van de zorg niet houdbaar is. De kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de gezondheidszorg staat onder druk en arbeidsschaarste vraagt om andere oplossingen en zorgarrangementen en -modellen.

In Tabel 1 zijn de kernbegrippen passend bij de paradigmaverschuiving weergegeven.

Tabel 1 - Transitie en transformaties in de samenleving en de zorg

Centraal	Decentraal
Ketens	Netwerken
Intramuraal	Extramuraal
DBC-bekostiging	Populatiebekostiging
Formele zorg	Informele zorg
Specialistische zorg	Generalistische zorg
Gefragmenteerde zorg	Geïntegreerde zorg
Maximale zorg	Optimale zorg
Medicaliseren	Normaliseren
Genezen	Voorkomen
Patiëntgerichte zorg	Persoonsgerichte zorg
Zorgen voor	Zorgen dat
Lijden aan een ziekte	Leiden van je leven
Ziekte & Zorg	Gezondheid & Gedrag

Bron: Laurant & Vermeulen, 2018

1.2 Toekomstbestendige zorg

De geschetste ontwikkelingen en uitdagingen roepen ook vragen op: Welke vragen/behoefte en mogelijkheden zijn er bij burgers? Hoe sluiten we vanuit zorg en welzijn daarop aan? Wat betekent dat voor mijn werk? Welke competenties heb ik hiervoor nodig? Wat vraagt het van mijn organisatie? Het gaat om structuurveranderingen (transitie), maar ook om verandering in cultuur (transformatie). Met andere woorden: anders denken, doen en organiseren.

Ook burgers moeten wennen aan de nieuwe kijk op gezondheid en de toenemende eigen regie en verantwoordelijkheid die van hen wordt verwacht. Ook zij ervaren een urgentie en voelen de noodzaak tot het veranderen van gewoontes en dat roept ook bij hen vragen op: Wat wordt van mij verwacht? Waarvoor ben ik verantwoordelijk? Hoe kan ik bijdragen? Burgers nemen steeds vaker het



Een Sterk Wijknetwerk

initiatief om bij te dragen aan de leefbaarheid van een wijk of dorp onder meer gericht op het behoud en verbeteren van de vitaliteit en gezondheid van inwoners (Movisie, 2014). Deze beweging zien we vooral ontstaan in kleine kernen, waarbij de voorzieningen in de gezondheidszorg en andere domeinen (o.a. mobiliteit) verdwijnen. Maar de snelle opmars van burgerinitiatieven breidt zich nu ook uit naar de steden (Dictus, 2013; Movisie, 2014). Een overzicht van 170 zorgcoöperaties en samenwerkingsverbanden op het gebied van wonen welzijn en zorg bekend is te vinden via: <https://www.vilans.nl/artikelen/zorgcooperaties-en-burgerinitiatieven-op-de-kaart>.

Door het functioneren, de veerkracht en eigen regie centraal te stellen (positieve gezondheid), wordt houvast geboden aan lokale netwerken om de integratie van zorg, welzijn en publieke gezondheid (preventie) te realiseren. Er wordt samengewerkt tussen welzijn- en zorgprofessionals, maar ook met professionals uit andere sectoren, zoals wonen, welzijn, arbeid en onderwijs, om het welbevinden en de gezondheid van burgers te bevorderen. Hierdoor kan een meer samenhangend aanbod worden geleverd in de lokale context (Huber e.a., 2016).

Toekomstbestendige zorg is dicht bij de burger georganiseerd en gaat uit van zijn/haar vragen en behoeften ten aanzien van gezondheid. In de lokale context werken professionals uit verschillende sectoren en domeinen samen met burgers en vrijwilligers om het juiste aanbod te realiseren ten aanzien van de vragen en behoeften van de inwoners in de buurt of wijk. Het gaat hierbij om het bevorderen van gezondheid (preventie), het herstel na een ingrijpende gebeurtenis, het omgaan met een chronische ziekte of beperking en het (gezond) ouder worden. De professionals vormen samen met burgers en vrijwilligers een *wijknetwerk*, dat gericht is op het stimuleren van de mogelijkheden tot *eigen regie*, het verbeteren van de (ervaren) *kwaliteit van leven* en de gezondheid van mensen én de mogelijkheden om zo lang mogelijk *thuis* te blijven wonen.

Ook zal er meer nadruk komen te liggen op *interprofessioneel samenwerken*. Dit is een nieuw begrip in de zorg (Kaats & Opheij, 2014). Er is brede samenwerking van alle disciplines inclusief de burger en zijn/haar sociale netwerk. Alle disciplines kijken als team integraal naar de patiënt/cliënt. Er wordt gewerkt met één gemeenschappelijk plan zonder daarbij de specifieke competenties van iedere discipline aan de kant te schuiven. Bij interprofessioneel samenwerken worden de burgers en zijn/haar sociale netwerk als partner gezien (Hofhuis e.a., 2015). Deze veranderingen vragen om nieuwe bekwaamheden van professionals en burgers. De zorg wordt dichtbij de burgers gegeven, waarbij zij ook een actieve rol krijgen. Bij bekwaamheden ofwel competenties gaat het om een combinatie van kennis, vaardigheden en attitude.

1.3 Doel van het project

Het project *Een Sterk Wijknetwerk* is er op gericht om burgers, vrijwilligers, professionals en beleidsmakers te ondersteunen in de ontwikkeling naar een sterk wijknetwerk. Het doel is om kennis te genereren over de inrichting van een sterk wijknetwerk. In dit project worden theorie en praktijk samengebracht en levert inzichten op die een bijdrage kunnen leveren aan een versnelling van het integraal wijkgericht samenwerken.



Een Sterk Wijknetwerk

In een *sterk wijknetwerk* zijn de (zorg)vragen en behoeften van burgers het vertrekpunt en zijn de bekwaamheden van professionals, burgers en/of vrijwilligers daarop afgestemd. Een sterk wijknetwerk biedt zorg conform het concept positieve gezondheid en biedt persoonsgerichte zorg dichtbij de burgers. In een sterk wijknetwerk zijn het informele netwerk (burgers, mantelzorgers, vrijwilligers) en formele gezondheidszorg (welzijn, zorg en publieke gezondheid) in een wijk/buurt met elkaar verbonden en wordt aansluiting gezocht met andere domeinen die de gezondheid kunnen beïnvloeden (o.a. wonen, werk, onderwijs). Het lokaal organiseren van duurzame zorg draagt eraan bij dat de *burger van de juiste persoon* (dit kan een professional zijn of een burger/vrijwilliger), *op het juiste moment, de juiste zorg en/of ondersteuning op de juiste plaats tegen acceptabele kosten ontvangt*.

1.4 Onderzoeksvragen

De hoofdvraag luidt: *Hoe kan een sterk wijknetwerk worden vormgegeven, waarin de mix van bekwaamheden aansluit op (zorg)vragen en behoeften van de burgers, uitgaande van een integrale visie op gezondheid en interprofessioneel samenwerken?*

De hoofdvraag wordt beantwoord aan de hand van vier thema's en deelvragen:

1) Wijknetwerk

Wat zijn kenmerken van het wijknetwerk? Wie zijn de deelnemers in het wijknetwerk? Welke rollen hebben zij in dit wijknetwerk? Hoe werken deelnemers in het wijknetwerk samen?

2) Vragen en behoeften

Met welke methodieken en tools kunnen (zorg)vragen en behoeften van burgers/wijkbewoners/zorgvragers/mantelzorgers in de wijk in kaart worden gebracht (meso-niveau)? In hoeverre hanteren deze methodieken/tools een integrale visie op gezondheid? Welke methodieken/tools kunnen professionals om (zorg)vragen en behoeften van burgers vanuit een integrale visie in kaart brengen (micro-niveau)?

3) Bekwaamheden

Welke mix van bekwaamheden hebben burgers/wijkbewoners/zorgvragers/mantelzorgers en (toekomstige) professionals en is in het wijknetwerk aanwezig? Welke bekwaamheden zijn nodig om interprofessioneel samen te werken in de wijk?

4) Beïnvloedende factoren

Welke factoren beïnvloeden de vorming van het wijknetwerk, het meten van vragen en behoeften in een wijk en het interprofessioneel samenwerken in de wijk?

1.5 Selectie van praktijkvoorbeelden

De laatste jaren zijn in Nederland diverse initiatieven ontstaan, die gericht zijn op de kanteling in de zorg, waarbij een meer integrale wijkgerichte benadering wordt nagestreefd. Deze initiatieven zijn zeer divers van aard. Een meerderheid is gericht op een specifieke doelgroep of onderwerp (bijvoorbeeld ouderen met dementie, 'multi-problem' gezinnen, verwarde personen of het bevorderen van een gezonde leefstijl). We richten ons in dit project dus niet alleen op alle wijkbewoners, maar ook op bepaalde doelgroepen, zoals ouderen, mensen met psychische klachten, mensen met dementie, etc.



Een Sterk Wijknetwerk

Bij de selectie van de praktijkvoorbeelden hebben we de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- 1) De verwachte bijdrage die een praktijkvoorbeeld kan leveren aan het beantwoorden van de hoofdvraag en de deelvragen van voorliggend project. Het praktijkvoorbeeld dient inzicht te geven in de thema's: wijknetwerk, vragen/behoefte, bekwaamheden en beïnvloedende factoren;
- 2) Het praktijkvoorbeeld kan en wil resultaten delen, met andere woorden het praktijkvoorbeeld is niet recent gestart. We mogen gebruik maken van de data die al verzameld is, zo nodig aanvullende onderzoek uitvoeren en mogen bevindingen in relatie tot de hoofdvraag en deelvragen van voorliggend project publiceren.

Overige afwegingen bij de selectie van de praktijkvoorbeelden waren:

- 1) Burgers/wijkbewoners/zorgvragers/mantelzorgers zijn betrokken bij de ontwikkeling en/of uitvoering van het praktijkvoorbeeld;
- 2) We streven naar een mix van populatie- en doelgroepgerichte praktijkvoorbeelden;
- 3) We streven naar een mix van stad en platteland en naar geografische spreiding over Nederland.

We hebben deze 4 praktijkvoorbeelden geïncorporeerd:

- 1) DementieNet (DementieNet Dukenburg, Nijmegen in Gelderland en Netwerk Kwetsbare Ouderen Gemert in Brabant) <https://www.dementienet.com>
- 2) Proeftuin Ruwaard, Oss in Brabant <https://www.proeftuinruwaard.nl>
- 3) Wedde dat 't lukt, Wedde in Groningen <https://www.weddelukt.nl>
- 4) Zorgplein Lemmer, Provincie Friesland <https://www.zorgpleinlemmer.nl>

In deze rapportage beantwoorden we de onderzoeksvragen voor DementieNet Dukenburg, dat al ruim 4 jaar functioneert en waarbij professionals het initiatief hebben genomen om een netwerk te starten. In tegenstelling tot het Netwerk Kwetsbare Ouderen in Gemert, dat circa 2 jaar geleden is gestart en waarbij een zorgcoöperatie van burgers het initiatief heeft genomen om een netwerk te vormen. Dit laatste netwerk sluit goed aan bij het Project Een Sterk Wijknetwerk omdat uitgaat van de kracht van de burgers. De keuze voor juist deze netwerken is tot stand gekomen in overleg met Minke Nieuwboer van het Radboudumc, projectcoördinator van DementieNet.

In de overall rapportage beschrijven we de belangrijkste verschillen en overeenkomsten tussen de 4 praktijkvoorbeelden en de beïnvloedende factoren. In een bijeenkomst met de projectmanagers/projectcoördinator en andere betrokkenen van de vier praktijkvoorbeelden zal met elkaar worden gediscussieerd over de betekenis van de resultaten. Deze informatie wordt verwerkt in de definitieve overall rapportage.

1.6 Methode

We zijn gestart met *documentanalyse*. Dat houdt in dat we alle beschikbare informatie op de website van DementieNet <https://www.dementienet.com> en via andere relevante websites (de Gezonde wijk Dukenburg, zorgcoöperatie in Gemert) hebben bestudeerd zoals nieuwsbrieven, rapportages, wetenschappelijke artikelen, proefschrift, mediaberichten, verslagen van interviews met netwerkverbinders, notulen van bijeenkomsten en presentaties op congressen. We hebben ook



Een Sterk Wijknetwerk

gebruik gemaakt van de resultaten van de vragenlijst, die door DementieNet is afgenomen bij de netwerkleiden. Deze vragenlijst gaat over de ervaren samenwerking binnen het netwerk, de competenties van netwerkleiden en de mening over het interdisciplinaire team.

Daarnaast hebben we gebruik gemaakt van de veldnotities en *observaties* tijdens bijeenkomsten en hebben *interviews* gehouden. Zo hebben we meerdere gesprekken gehad met de projectleider van DementieNet. Voor DementieNet Dukenburg hebben we interviews gehouden met een wijkbewoner, de netwerkverbinders, ouderenadviseur, huisarts en verpleegkundige in de wijk. Voor het Netwerk Kwetsbare Ouderen in Gemert hebben we gesproken met de voorzitter van de zorgcoöperatie Gemert, de dorpsondersteuner, huisarts, beleidsmedewerker van de gemeente, praktijkondersteuner en verpleegkundige kwetsbare ouderen.

Om in kaart te brengen over welke competenties welzijn- en zorgprofessionals beschikken om interprofessioneel met elkaar samen te werken hebben we een vragenlijst ontwikkeld. Deze vragenlijst is afgenomen bij het Netwerk Kwetsbare Ouderen in Gemert: alle 6 deelnemers van dit netwerk hebben de vragenlijst ingevuld. Een samenvatting van de resultaten van het netwerk Kwetsbare Ouderen is in dit rapport te vinden. De tabellen en verdere details zijn in een apart terugkoppelingsrapport weergegeven.

1.7 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beschrijven we de opzet van het landelijke project DementieNet. Voor deze beschrijving hebben we dankbaar gebruik gemaakt van de informatie die in de loop der tijd is verschenen DementieNet en van de informatie op de website <https://www.dementienet.com/>.

In hoofdstuk 3 zijn de resultaten en de conclusies te vinden, apart voor het DementieNet Dukenburg en het Netwerk Kwetsbare Ouderen Gemert. Ook geven we antwoord op de onderzoeksvragen van het project *Een Sterk Wijknetwerk*. In hoofdstuk 4 reflecteren we op de resultaten en blikken we vooruit op de toekomst, zowel voor het landelijk DementieNet als voor DementieNet Dukenburg en het Netwerk Kwetsbare Ouderen Gemert.



2 Beschrijving van DementieNet

2.1 Achtergrond

Er wordt al ruim tien jaar gewerkt aan het organiseren van dementieketens in Nederland en daar heeft de dementiezorg zeker baat bij gehad. Toch blijkt dat er grote verschillen zijn in kwaliteit en uitkomsten van dementiezorg tussen de verschillende regio's in Nederland.

De verandering van financiering van de zorg vanaf 1 januari 2015 heeft grote consequenties voor mensen met dementie en hun mantelzorgers. Mensen met dementie blijven langer thuis wonen en er ligt meer nadruk op zelfmanagement. Er is meer inzet nodig van informele netwerken. Partijen zoals gemeenten en huisartsen zijn daarbij belangrijkere spelers.

Het verbinden van het zorg-, medische en welzijnsdomein is cruciaal voor thuiswonende mensen met dementie. Dit kan het beste worden georganiseerd in lokale netwerken, dus in de wijk of in een dorp of gemeente. Wijkverpleegkundigen, Praktijkondersteuners Huisartsenzorg (POH's) ouderenzorg en lokaal werkende casemanagers dementie kunnen een belangrijke verbindende rol spelen in dit lokale netwerk.

2.2 DementieNet

Het is belangrijk om de zorg in de eerste lijn te bieden die van goede kwaliteit is, afgestemd op de wensen en behoeften van mensen met dementie. Daarom is het nodig dat professionals goed met elkaar samen werken. Als antwoord op de uitdagingen waar de eerstelijnszorg mee te maken heeft is DementieNet ontwikkeld: een zorginnovatie die gericht is op netwerkzorg in de eerste lijn voor mensen met dementie. DementieNet is een verzameling van lokale netwerken van eerstelijns professionals. Op dit moment zijn 38 lokale netwerken in Nederland actief als DementieNet. Voor een overzicht van de lokale netwerken, zie: <https://www.dementienet.com/netwerken>.

DementieNet is een initiatief van het Radboudumc en wordt aangestuurd vanuit het Radboudumc Alzheimer Centrum (RAC) in Nijmegen. DementieNet streeft ernaar om een meer georganiseerde en samenhangende zorg en welzijn voor mensen met dementie en kwetsbare ouderen te realiseren. DementieNet richt zich op het implementeren van duurzame netwerkzorg door stapsgewijs verbeteringen aan te brengen en de zorg efficiënter te maken door beter met elkaar af te stemmen. Het Radboudumc ondersteunt de lokale dementienetwerken gedurende 2 jaar in de vorm van coaching, het bieden van scholingsmogelijkheden en praktische begeleiding. Na deze ondersteuningsperiode is het de bedoeling dat de netwerken zelfstandig door kunnen gaan.

In elk netwerk wordt een zogenaamde nulmeting gehouden om te kijken hoe het netwerk er op dat moment voor staat met betrekking tot dementiezorg. Daarna organiseert het netwerk onder leiding van de netwerkverbinder een startbijeenkomst om te bepalen op welk gebied het eerst verbetering nodig is.



Een Sterk Wijknetwerk

Vanaf de start van DementieNet is een promotieonderzoek uitgevoerd waarbij 13 dementienetwerken enkele jaren zijn gevolgd (zie de literatuurlijst voor de artikelen van het proefschrift van Anke Richters). Daarbij is ook gekeken naar de beïnvloedende factoren op de vorming van de netwerken zoals contextuele factoren (Richters et al., 2018). In Hoofdstuk 3 komen we hier op terug.

2.3 Doel

DementieNet heeft als doel eerstelijns zorg- en welzijnsprofessionals met elkaar te verbinden en zo de dementielast voor alle betrokkenen te verlichten. Dat gebeurt door zorg en welzijn te organiseren in een lokaal breed netwerk rondom mensen met dementie en mantelzorgers en de zorg af te stemmen op de behoeften van de persoon met dementie en de mantelzorger. DementieNet beoogt dat verschillende professionals op wijkniveau een netwerk vormt waarbij zorg- en welzijnsprofessionals structureel met elkaar samenwerken, vaste overlegmomenten hebben en gegevens met elkaar uitwisselen.

Vanuit het Radboudumc wordt binnen DementieNet ondersteuning geboden aan zorgprofessionals:

- bij samenwerking met toegewijde collega's;
- door gecertificeerde scholingsmodules;
- door periodieke vaardigheidstraining;
- bij leiderschap van netwerkverbinders;
- bij het verzamelen van kwaliteitsgegevens over de eigen patiëntenzorg;
- bij het doorlopen van een verbetercyclus Plan Do Check Act (PDCA).

Voor mensen met dementie en hun naasten betekent dit:

- dementiezorg dicht bij huis;
- betrokkenheid bij besluitvorming rond zorg en behandeling;
- lichtere dementielast;
- meer grip op dementie.

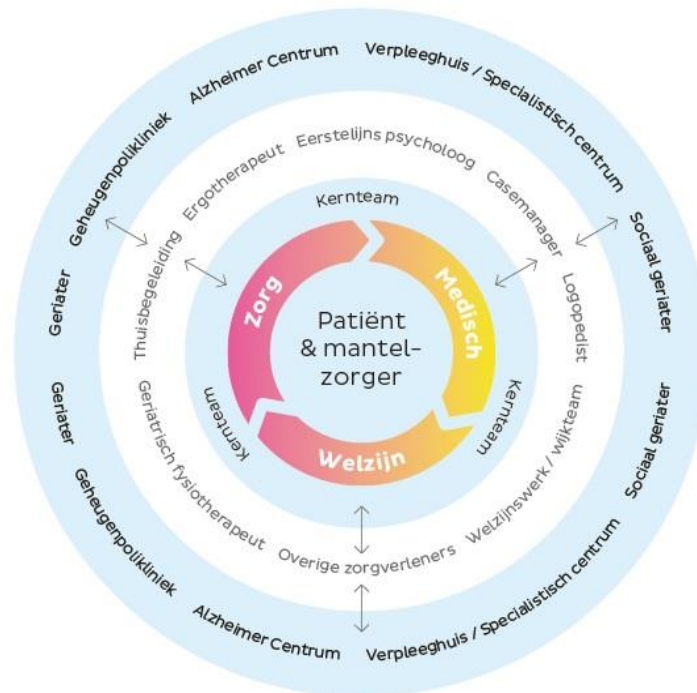
2.4 Werkwijze

Samenwerkingsmodel

In het samenwerkingsmodel (zie figuur hieronder) wordt het netwerk idealiter gevormd door de huisarts, de (wijk)verpleegkundige, de welzijnswerker, de patiënt en de mantelzorger. Indien mogelijk worden bestaande samenwerkingsverbanden gebruikt die er lokaal al zijn, zoals wijknetwerken voor kwetsbare ouderen. Samen bepalen zij of bijvoorbeeld een ergotherapeut, een eerstelijns psycholoog, een casemanager of juist het sociaal wijkteam moet worden ingeschakeld bij de zorg. Doordat deze professionals de spin in het web zijn, kunnen ze de verschillende methoden goed op elkaar afstemmen, elkaar aanvullen en zelfs versterken. De verwachting is dat de zorg voor mensen met dementie en hun naasten efficiënter wordt georganiseerd en dat de kwaliteit van de zorg verbetert.



Een Sterk Wijknetwerk



Bron: <https://www.dementienet.com>.

Scholingsmodules en vaardigheidstraining

Een belangrijke speerpunt van DementieNet is het vergroten van de kennis, inzichten en vaardigheden van zorgprofessionals. Dat wordt gedaan door regelmatig gecertificeerde scholingsmodules aan te bieden. De lokale netwerken kunnen zelf bepalen welke interprofessionele training zij nodig vinden in hun wijk. De inhoud wordt steeds afgestemd op de individuele kennisvragen en werkomgeving van de deelnemers van het netwerk. Er zijn twee verplichte modules: deze gaan over samenwerking en patiëntenparticipatie.

Verbetercyclus

Netwerken worden gestimuleerd en geholpen zelf hun verbeterplannen te maken om zo nog gericht aan de slag gaan. In elk netwerk wordt een nulmeting gehouden om te kijken hoe het netwerk er op dat moment voor staat met betrekking tot dementiezorg. Het projectteam van DementieNet verzamelt de gegevens en koppelt deze terug in de vorm van een rapportage. Deze rapportage kan vervolgens dienen voor het bepalen van de verbeterpunten. De rapportage kan als gespreksinstrument worden opgevat. Het netwerk stelt zelf de verbeterpunten vast in een startbijeenkomst met de netwerkleden.

De verbeterpunten die naar voren komen, worden vervolgens door het netwerk uitgewerkt in een verbeterplan. Aan het einde van de verbetercyclus wordt geëvalueerd of er daadwerkelijk verbetering is behaald. Om verbeteringen te realiseren helpt het projectteam DementieNet mee met



Een Sterk Wijknetwerk

het opstellen van het verbeterplan en het mee helpen organiseren van trainingen die in het netwerk op locatie worden georganiseerd.

Netwerkverbinder

Elk lokaal netwerk heeft een netwerkverbinder, die de netwerkdeelnemers met elkaar in contact houdt en inhoudelijke verbetering van dementiezorg in het netwerk stimuleert. Dit kan bijvoorbeeld een enthousiaste wijkverpleegkundige of een praktijkondersteuner van de huisarts zijn. Deze netwerkverbinder wordt getraind en begeleid vanuit het projectteam van het Radboudumc om deze leiderschapsrol binnen het netwerk goed te kunnen vervullen.

Wegwijzer

DementieNet heeft een wegwijzer voor netwerkverbinders ontwikkeld (<https://www.dementienet.com/media/1253/180403-wegwijzer-netwerkverbinder-dementienet.pdf>). In deze wegwijzer wordt het gehele proces dat plaatsvindt bij het opstarten van een nieuw netwerk, stap voor stap beschreven, beginnend bij het opstarten van het netwerk tot de jaarlijkse follow-up. Daarnaast bevat de wegwijzer ondersteunende documenten die gebruikt kunnen worden binnen de netwerken. Deze wegwijzer is bedoeld voor netwerkverbinders van de netwerken, maar kan ook gebruikt worden voor huisartspraktijken ter ondersteuning van het proces. Uiteindelijk is het de bedoeling dat het netwerk na 2 jaar zelfstandig blijft doorgaan met het verbeteren van de dementiezorg.

Samenwerking ketens dementie

De werkwijze in de lokale dementienetwerken wordt afgestemd af met de regionale ketens voor dementiezorg, waar de lokale netwerken onder vallen. En met de regionale zorgprogramma's zoals voor kwetsbare ouderen vanuit de zorggroepen van de huisarts.



Een Sterk Wijknetwerk

3 Resultaten en conclusies voor DementieNet Dukenburg in Nijmegen

In het vorige hoofdstuk is het landelijke DementieNet geschetst. In dit hoofdstuk vertalen we de ervaringen en resultaten van DementieNet naar de onderzoeksvragen van het project Een Sterk Wijknetwerk. We beginnen met DementieNet Dukenburg in Nijmegen; daarna komt het Netwerk Kwetsbare Ouderen Gemert aan bod.

De wijk Dukenburg is vanaf 1966 gebouwd aan de zuidwestkant van Nijmegen. De beginjaren kenmerkten zich door een pioniersgeest, een grote solidariteit en er ontstond een bloeiend verenigingsleven. In 2018 telt de wijk Dukenburg ruim 22.000 inwoners en heeft een vergrijzende bevolking. Ruim een derde van de inwoners van Dukenburg (36%) vindt de wijk belangrijk voor zijn/haar sociale leven (Omgevingsvisie Nijmegen, 2018). In vergelijking met andere wijken in Nijmegen zijn inwoners van Dukenburg minder tevreden over het woon- en leefklimaat zoals de netheid van de buurt.

In de wijk Dukenburg in Nijmegen werken eerstelijns zorgprofessionals al enige jaren samen. Zo is er een ouderennetwerk voor complexe ouderenzorg, een leertuin Dukenburg (sparkcentre)¹, een werkgroep dementievriendelijke wijken en diverse andere activiteiten en wijkgerichte projecten. Voor een overzicht: <https://www.regionijmegenopeenlijn.nl/dukenburg>. Toch waren professionals een aantal jaren geleden van mening dat er nog het nodige te verbeteren viel op het gebied van dementiezorg. Dat was de aanleiding om mee te doen met het project DementieNet.

3.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen

De hoofdvraag van 'Een sterk wijknetwerk' luidt: *Hoe kan een sterk wijknetwerk worden vormgegeven, waarin de mix van bekwaamheden aansluit op (zorg)vragen en behoeften van de burgers, uitgaande van een integrale visie op gezondheid en interprofessioneel samenwerken?*

Deze hoofdvraag wordt beantwoord aan de hand van vier thema's en subvragen:

1. Wijknetwerk

- 1.1 Wat zijn kenmerken van het wijknetwerk?
- 1.2 Wie zijn de deelnemers in het wijknetwerk?
- 1.3 Welke rollen hebben zij in dit wijknetwerk?
- 1.4 Hoe werken deelnemers in het wijknetwerk samen?

¹ Voor meer informatie over sparkcentres, zie de website van de Hogeschool Arnhem en Nijmegen (HAN): <https://www.han.nl/onderzoek/kennismaken/sparkcentres/>



Een Sterk Wijknetwerk

Kenmerken van het wijknetwerk

De wijk Dukenburg is 5 jaar geleden gestart met de vorming van een lokaal dementienetwerk. Het dementienetwerk in Dukenburg richt zich niet op het individuele cliëntniveau maar werkt overstijgend, op wijkniveau. Het netwerk heeft geen concrete verbeterdoelen geformuleerd. Het algemene uitgangspunt is dat *“Dukenburg een dementievriendelijke wijk”* wil worden. Dit uitgangspunt wordt door alle leden van het netwerk gedragen. Het dementienetwerk Dukenburg is aangehaakt bij wijkgebonden initiatieven en ontwikkelingen.

Deelnemers van het wijknetwerk

Bij het DementieNet Dukenburg waren bij de start 18 welzijns- en zorgprofessionals actief zoals huisartsen, een ergotherapeut, een specialist ouderengeneeskunde, een verpleegkundige in de wijk, een geriatrie fysiotherapeute, verpleegkundige bij Psychiatrische Thuiszorg Ouderen, een mantelzorgconsulent, een wijkverpleegkundige, een ouderenadviseur/maatschappelijk werker, een zorgtrajectbegeleider en een wijkbewoner (zie Bijlage 1).

In de ruim 5 jaar dat DementieNet Dukenburg loopt zijn de deelnemende organisaties grotendeels hetzelfde gebleven. Maar er zijn veel individuele wisselingen geweest. Ook is de netwerkverbinder een paar keer gewisseld. In eerste instantie was een wijkverpleegkundige alleen de netwerkverbinder, na circa een half jaar heeft een zorgtrajectbegeleider meegeholpen. Deze eerste netwerkverbinder is na anderhalf jaar gestopt. Ze had een andere baan gevonden, maar vond het ook lastig om de rol als netwerkverbinder goed te kunnen uitoefenen. Daarna heeft de zorgtrajectbegeleider de rol van netwerkverbinder alleen vervuld en nog weer later kreeg ze daarbij hulp van de ouderenadviseur. Zij is in 2018 gestopt omdat ze het te druk had met andere werkzaamheden. Een andere casemanager dementie heeft nu de functie van netwerkverbinder overgenomen, opnieuw samen met de ouderenadviseur.

Rollen van deelnemers in het wijknetwerk

De netwerkverbinders sturen het netwerk samen aan. Ze vinden het fijn om met z'n tweeën de rol van netwerkverbinder te hebben, met elkaar te sparren en de agendapunten te bedenken. Zij versturen ook de uitnodigingen voor de bijeenkomsten met het netwerk en maken de notulen. Als er tussendoor iets nieuws is te melden, doen ze dat via de e-mail. De huidige netwerkverbinders hebben het gevoel dat ze door de andere netwerkleden volledig geaccepteerd zijn in hun rol. Maar de netwerkverbinders hebben sterk het gevoel dat zij de kar moeten trekken. Ze hopen en verwachten dat andere netwerkdeelnemers actiever deel gaan nemen, bijvoorbeeld door agendapunten aan te dragen en proactief mee te denken. In de laatste bijeenkomsten kwamen netwerkleden wel zelf met ideeën. Daaruit blijkt dat de leden zich steeds meer betrokken voelen en gedragen bij het netwerk.

Van 2014 tot 2016 ontvingen de netwerkverbinders coaching en secretariële ondersteuning via het Radboudumc. Deze actieve steun werd vervangen door advies op vraag en een jaarlijks training voor het netwerk. In 2019 is dit geformaliseerd en neemt het netwerk deel aan het zogenaamd kernnetwerk van het Radboudumc. Dat betekent dat het netwerk nog wel de mogelijkheid om scholing en trainingsdag te volgen en deel te nemen aan de bijeenkomsten met andere dementienetwerken.



Een Sterk Wijknetwerk

De ouderenadviseur, die al sinds de start van het netwerk de netwerkverbinder ondersteunt, is een constante factor; zij vervangt de netwerkverbinder zo nodig bij afwezigheid. De wijkbewoner die deelneemt aan het netwerk heeft de rol van ‘bemoeial’: hij is kritisch op een positieve manier en let erop dat de welzijns- en zorgprofessionals van het netwerk de wijkbewoner, persoon met dementie en de mantelzorger daadwerkelijk centraal stellen.

Samenwerking tussen deelnemers

Vóór de start van DementieNet kenden de meeste leden elkaar al vanwege verschillende werkgroepen, bijvoorbeeld om te komen tot een dementievriendelijke wijk. Maar niet iedereen was op de hoogte van elkaars taken en expertise op het gebied van dementiezorg en het vertrouwen in elkaar moest nog groeien.

De netwerkdeelnemers geven aan dat het prettig is om kennis en ervaringen met elkaar te delen. Binnen het netwerk is een open cultuur om elkaar feedback te geven, het wordt alleen nog niet zoveel gedaan. Dat groeit naarmate men meer samenwerkt, men een plek in het team veroverd en andere deelnemers in het netwerk als collega’s gaan zien.

Langzamerhand zijn ieders taken en expertise op het gebied van zorg en welzijn duidelijker geworden. De levensgebieden van ouderen en mensen met dementie worden nu vanuit diverse invalshoeken benaderd en besproken. Er wordt aan elkaar ruimte gegeven in het overleg, men vult elkaar aan en geeft feedback. Het is duidelijker geworden waar ieders deskundigheid ligt. Er is sprake van wederzijds respect en vertrouwen in elkaar deskundigheid en expertise binnen het netwerk.

De netwerkliden komen één keer per 3 maanden bij elkaar en ze zijn met een vaste groep deelnemers. De leden van het netwerk committeren zich aan het netwerk en zien het belang in de samenwerking. Vanuit de moederorganisaties worden ze gesteund om uren vrij te maken voor deelname aan het netwerk. In de praktijk lukt het niet altijd om tijd vrij te maken of men neemt deel in zijn/haar eigen tijd. Dat zorgt ervoor dat netwerkliden zich pas laat afmelden voor de bijeenkomst. Dat maakt de bijeenkomsten minder efficiënt, want besluiten worden dan vaker doorgeschoven naar een volgend overleg.

DementieNet staat open voor nieuwe contacten zoekt ook verbinding met andere partijen en organisaties, bijvoorbeeld door scholing aan te bieden aan professionals of vrijwilligers. Vanuit DementieNet is afgesproken dat vroegsignalering van dementie een taak van het Stip Dukenburg is. In een Stip kunnen burgers allerlei vragen stellen, bijvoorbeeld over wonen, inkomen, formulieren, zorg en opvoeding en kunnen ze informatie krijgen over de wijk. Vanuit de dementievriendelijke wijk is er een bijeenkomst geweest waar allerlei geledingen uit Dukenburg bij aanwezig waren (wijkagent, woningbouwvereniging). Hier zijn veel ideeën naar voren gekomen en acties geformuleerd.

DementieNet Dukenburg werkt ook samen met het Sparkcentre in Dukenburg. Professionals kunnen aan het Sparkcentre zorg- en welzijnsvragen voorleggen die vervolgens onderzocht worden door studenten van de Hogeschool Arnhem en Nijmegen (HAN). Het netwerk nodigt van tijd tot tijd organisaties uit in het netwerkoeverleg om de deelnemers te informeren. Voorbeelden van onderwerpen zijn de zorgrobot Tessa, die ondersteunend kan zijn voor mensen met dementie bij het dagelijks leven of het mantelzorgcafé in Dukenburg om mantelzorgers te ondersteunen.



Een Sterk Wijknetwerk

Vanuit het netwerk is ook het idee ontstaan om een Alzheimercafé in de wijk Dukenburg op te richten. Er is een enthousiaste werkgroep gevormd die in het begin elke 2 weken, daarna elke 3 tot 4 weken bij elkaar kwam. Het eerste nieuwe Alzheimercafé in Dukenburg vond plaats in mei 2019 en werd geopend door de wethouder van de gemeente Nijmegen. Het thema van de avond was 'vergeetachtigheid of dementie?' door een gastspreker. Deze eerste avond was geslaagd te noemen en de aanwezigen stelden gemakkelijk hun vraag (<https://www.alzheimer-nederland.nl/regios/nijmegen/nieuw-alzheimer-cafe-geopend-voor-dukenburg-en-omgeving>).

2. Vragen en behoeften

- 2.1 Met welke methodieken en tools kunnen (zorg)vragen en behoeften van burgers/wijkbewoners/ zorgvragers/mantelzorgers in de wijk in kaart worden gebracht (meso-niveau)?
- 2.2 In hoeverre hanteren deze methodieken/tools een integrale visie op gezondheid?
- 2.3 Welke methodieken/tools kunnen professionals hanteren om (zorg)vragen en behoeften van burgers/wijkbewoners/zorgvragers/mantelzorgers vanuit een integrale visie in kaart te brengen (micro-niveau)?

Methodieken om (zorg)vragen en behoeften van wijkbewoners in kaart te brengen (meso-niveau)

In DementieNet Dukenburg worden geen methodieken gebruikt om de (zorg)vragen en behoeften van wijkbewoners in kaart te brengen. De Afdeling Regio Nijmegen van Alzheimer Nederland doet wel mee aan de 2-jaarlijkse Dementiemonitor Mantelzorg van Alzheimer Nederland. In deze monitor staan de vragen en behoeften van mensen met dementie en hun mantelzorgers centraal. De resultaten gelden voor de gemeente Nijmegen.

Ook door de GGD worden vragen en behoeften van inwoners in kaart gebracht, maar er worden geen gerichte vragen gesteld om bijvoorbeeld de behoefte van mensen met dementie en hun mantelzorgers in kaart te brengen. Zo heeft GGD-Zuid Gelderland op basis van de Gezondheidsmonitor 2012 wijkprofielen gemaakt, ook voor Dukenburg. In de wijkprofielen zijn algemene kenmerken van de wijkbewoners te vinden (aantal, geslacht, opleiding) en cijfers over leefstijl, sociale omgeving en ziektebeelden. In 2018 heeft de gemeente Nijmegen een startnotitie de 'Omgevingsvisie Nijmegen' uitgebracht met daarin cijfers en feiten over de woon- en leefomgeving in Nijmegen op wijkniveau. De gezondheidsmakelaar neemt ook deel aan het netwerk.

Een voorbeeld van een methode om aanbod en vraag beter bij elkaar te brengen is de sociale kaart. Bij de professionals van het netwerk dementie in Dukenburg leefde de behoefte om elkaar beter te leren kennen. Ze zijn dan ook gestart met het maken van sociale kaart zodat professionals en wijkbewoners weten bij welke professionals ze terecht kunnen bij vroege over (signalen) van dementie (zie: www.wegwijzer024.nl). Deze sociale kaart is breed verspreid onder zorgverleners en wijkbewoners, onder andere via de website 'Mijn Buurtje'. Elke 3 maanden komt er een update van de sociale kaart.

Methodieken vanuit een integrale visie op gezondheid



Een Sterk Wijknetwerk

De GGD Gelderland-Zuid maakt 'profielen' waarin gezondheidscijfers per gemeente, wijk of buurt zichtbaar zijn. De hoofdtak van de GGD is: het beschermen, bewaken en bevorderen van de (integrale) gezondheid van inwoners op alle leeftijden. Dat doen ze in samenwerking met de inwoners zelf, en met organisaties op het gebied van zorg, onderwijs, welzijn en veiligheid. Met deze 'profielen' kunnen gemeenten, samen met wijkbewoners en zorg- en welzijnsprofessionals uit de wijk, prioriteiten stellen en acties ontwikkelen.

In Dukenburg vindt al een groot scala aan activiteiten plaats zoals op het gebied van samen eten, gezond en actief ouder worden, ontmoetingsplekken creëren en beweegactiviteiten. Ook zijn er, zoals eerder aangegeven, verschillende werkgroepen bijvoorbeeld dementievriendelijke wijk en het Sparkcentre Dukenburg.

Vanuit DementieNet is een training vroegsignalering en onbegrepen gedrag bij mensen met dementie ontwikkeld en georganiseerd voor welzijnsprofessionals van Stip Dukenburg en welzijnsprofessionals in de wijk (zie Bijlage 2). Het bleek namelijk dat de huidige voorlichting over vroegsignalering niet aansloot bij de behoeften van welzijnsprofessionals en vrijwilligers van Stip Dukenburg.

Methodeken om (zorg)vragen en behoeften van wijkbewoners in kaart te brengen (micro-niveau)

Omdat het DementieNet overstijgend werkt in de wijk Dukenburg worden de specifieke wensen, behoeften en voorkeuren van individuele burgers en cliënten niet geïnventariseerd. Individuele (zorg)vragen komen bij de diverse huisartspraktijken terecht en worden dan in het Multi Disciplinaire Overleg (MDO) besproken. Individuele vragen geven wel input aan het dementienetwerk en activiteiten op wijkniveau.

Een voorbeeld van het streven om Dukenburg dementievriendelijk te maken is een inventarisatie van studenten van de Hogeschool Arnhem en Nijmegen (HAN). Zij hebben gesprekken gehouden met 20 (welzijns)organisaties om te achterhalen of mensen met dementie kunnen deelnemen aan activiteiten die zij aanbieden. Bijna alle (welzijns)organisaties geven aan dat dit mogelijk is; het resultaat is een mooi overzicht met beschikbare en toegankelijke activiteiten voor mensen met dementie. DementieNet Dukenburg gaat nu samen met een wijkbewoner en een gezondheidsmakelaar kijken hoe ze via Buurtvervoer AutoMaatje verder kunnen met verbeteren van de bereikbaarheid en deelname van mensen met dementie aan activiteiten in de buurt.

Binnen het dementienetwerk Dukenburg is ook aandacht voor thuiswonende patiënten die een indicatie hebben voor opname in een verpleeghuis via de Wet Langdurige Zorg (WLZ). Bij een opname-indicatie is het vaak niet mogelijk om de zorg te bieden die ze nodig hebben en loopt het bijna altijd op een crisissituatie uit. De specialist ouderengeneeskunde in het netwerk is hiermee in overleg met andere partijen en organisaties, om te kijken wat ze hier als DementieNet mee kunnen en om de zorg zo goed mogelijk af te stemmen op de individuele patiënt.



Een Sterk Wijknetwerk

3. Bekwaamheden

- 3.1 Welke mix van bekwaamheden hebben burgers/wijkbewoners/zorgvragers/mantelzorgers en (toekomstige) professionals en is in het wijknetwerk aanwezig?
- 3.2 Welke bekwaamheden zijn nodig om interprofessioneel samen te werken in de wijk?

Mix van bekwaamheden van wijkbewoners en professionals

Een belangrijke voorwaarde voor het vervullen van de rol als netwerkverbinder is leiderschap. In eerste instantie was een wijkverpleegkundige de netwerkverbinder, maar zij had het leiderschap beperkt in zich. Dat zag ze zelf ook in, en toen ze een andere baan kreeg is ze gestopt als netwerkverbinder. De zorgtrajectbegeleider, die de rol als netwerkverbinder toen heeft overgenomen, is gecoacht door het Radboudumc in haar leidinggevende rol en heeft veel bijgeleerd. Datzelfde geldt voor de huidige netwerkverbinder.

Volgens de projectleider van DementieNet duurt de aanloopfase van de vormingen het uitkristalliseren van een netwerk lang en zijn inspanningen van een startend netwerk pas in het tweede jaar zichtbaar. Deze leercurve is in andere netwerken ook te zien. Het Radboudumc leert ook weer van de ervaringen met DementieNet en heeft nu een 3-daagse training over leiderschapsvaardigheden ontwikkeld: verbindend leiderschap, situationeel leiderschap en persoonlijk leiderschap.

De wijkbewoners die deelneemt aan het netwerk hebben een kritische houding, is gemotiveerd, weet wat er speelt op het gebied van dementie vanuit ander vrijwilligerswerk en heeft een groot sociaal netwerk. Deze eigenschappen van de wijkbewoner draagt bij aan een goede reflectie op het gemeenschappelijke doel van de netwerkliden, namelijk verbetering van de zorg voor en het welzijn van mensen met dementie en mantelzorgers in Dukenburg.

Benodigde bekwaamheden om interprofessioneel samen te werken

In het netwerk werken organisaties interprofessioneel met elkaar samen in een team. Het Radboudumc heeft bij de start van DementieNet Dukenburg aan de netwerkliden (T0; n=10) gevraagd om aan te geven hoe ze deze aspecten van het netwerk beoordelen (zie Tabel 2). Deze zelfde vragen hebben ze 3 jaar na de start van het netwerk nog eens gevraagd aan de netwerkdeelnemers (T3; n=4).

Tabel 2 - Samenwerkingsaspecten DementieNet Dukenburg, bij de start van het netwerk (T0) en 3 jaar later (T3) op een schaal van 0 t/m 6 (1=geheel mee oneens; 2= mee oneens; 3=enigszins mee oneens; 4=enigszins mee eens; 5=mee eens; 6=geheel mee eens)

Samenwerkingsaspect	Score T0 (maximaal 6 punten)	Score T3 (maximaal 6 punten)
Gezamenlijke doelen	4,3	4,8
Voldoende gelegenheid om elkaar te ontmoeten	3,4	3,8
Gebrek aan onderling vertrouwen	2,0	2,5
Gedeeld leiderschap waarvoor draagvlak is	3,8	4,3
Belang van de patiënt/wijkbewoner centraal	5,1	5,3



Een Sterk Wijknetwerk

Geen expertise die innovatie en samenwerking bevordert	2,1	2,0
Geen gelegenheid voor discussie	2,1	2,3
Gezamenlijke afspraken en regels	4,1	4,5
Geen gezamenlijke infrastructuur om informatie te delen	2,7	2,8
Kennis en vaardigheden delen	4,0	4,5
Ondersteuning van bovenaf om samen te werken binnen het netwerk	3,7	4,5

Bij de start van het netwerk stond het belang van de patiënt/wijkbewoner centraal en hoog in het vaandel. Ook zijn er bij de start gezamenlijke doelen en gezamenlijke afspraken en regels met elkaar gemaakt. Drie jaar na de start van het netwerk is, volgens de netwerkleden, enige verbetering opgetreden op alle aspecten van de samenwerking binnen het netwerk (zie Tabel 2). Let op: de scores van T3 zijn gebaseerd op de mening van 4 deelnemers.

4. Beïnvloedende factoren

- 4.1 Welke factoren beïnvloeden de vorming van het wijknetwerk?
- 4.2 Welke factoren beïnvloeden het meten van vragen en behoeften in een wijk?
- 4.3 Welke factoren beïnvloeden het interprofessioneel samenwerken in de wijk?

Factoren die de vorming van het wijknetwerk beïnvloeden

In Dukenburg werken zorg- en welzijnsprofessionals al enige jaren samen op het gebied van de complexe ouderenzorg. Omdat ze verwachtten dat ze op het gebied van dementiezorg nog het nodige konden verbeteren, zijn ze gestart met de vorming van het DementieNet Dukenburg. Professionals werkten dus al met elkaar samen en dat maakte het gemakkelijker om een netwerk te vormen. Een ander voordeel was dat men elkaar al kende, enigszins op de hoogte waren van elkaars expertise en men elkaar vertrouwde.

Vanuit de behoefte van professionals om de wijk Dukenburg 'dementievriendelijk' te maken is in 2015 een werkgroep ontstaan die zich hier actief mee bezig houdt. Veel deelnemers van deze werkgroep nemen ook deel aan DementieNet Dukenburg.

Factoren die het meten van vragen en behoeften beïnvloeden

Vroegsignalering van dementie binnen de huisartspraktijken wordt niet in het Dementienet Dukenburg afgestemd. Ook is er geen vaste werkwijze in het netwerk om mensen met dementie op te sporen en in het vizier te houden. Op dit moment maakt het netwerk betere werksafspraken vanaf de beginfase van dementie (vroege signalen) tot en met de begeleiding en de indicaties voor begeleiding en dagbesteding. Ook is een signaleringskaart voor vroege signalen bij dementie gemaakt en verspreid onder welzijns- en zorg professionals en vrijwilligers (zie Bijlage 2).

Factoren die het interprofessioneel samenwerken in de wijk beïnvloeden

Wat deelname aan DementieNet Dukenburg voor professionals lastig maakt is dat de moederorganisaties deelname aan het netwerk ondersteunen en stimuleren, maar zij krijgen officieel geen tijd krijgen om aan het netwerk deel te nemen. Dat zorgt ervoor dat deelname aan bijeenkomsten met het netwerk nogal eens in eigen tijd gebeurt. Zo gaf de (tweede)



Een Sterk Wijknetwerk

netwerkverbinder aan dat ze het lastig vond om tijd vrij te maken voor het netwerk in haar drukke agenda. Ook vond ze het lastig om de bijeenkomsten goed voor te bereiden en structuur aan te brengen in het netwerk, zoals het maken van een agenda en notuleren.

Een andere belemmerende factor om interprofessioneel met elkaar samen te werken is dat de deelnemers van DementieNet Dukenburg zichzelf allereerst zien als lid van het eigen team van de eigen (moeder)organisatie en niet van het interprofessionele team (i.e. het netwerk). Ze doen niet aan interprofessionele team-building. Voor de deelnemers heeft het netwerk geen prioriteit en gaat wat er in de eigen organisatie gebeurt vaak voor. Dat leidt ertoe dat deelnemers vaak op het laatste moment afzeggen voor een netwerkbijeenkomst. Zodat er geen besluiten genomen kunnen worden en agendapunten worden doorgeschoven, omdat er te weinig deelnemers aanwezig zijn.

Samenvatting

Wat zorgt er nu voor dat, door deelname aan DementieNet, wijkbewoners, professionals, managers en bestuurders er in de wijk Dukenburg in Nijmegen er in slagen de gewenste verandering in gang te zetten? Wat zijn werkende principes?

- Professionals en wijkbewoners zijn enthousiast om een netwerk te starten en zien kansen om de zorg voor mensen met dementie en mantelzorgers te verbeteren.
- Er is afstemming gezocht met andere bestaande netwerken en initiatieven in de wijk.
- Zorg- en welzijnsprofessionals weten elkaar nu beter te vinden: ze weten beter bij wie ze terecht kunnen bij vragen en informatie over dementie wordt vaker gedeeld.
- Deelname aan DementieNet zorgt voor bundeling van kennis en expertise op het gebied van dementiezorg en welzijn in de wijk.
- Vanuit de behoefte van professionals en vrijwilligers aan informatie is een sociale kaart gemaakt en een signaleringskaart bij vroege signalering van dementie. Zo kunnen ze wijkbewoners beter informeren.
- Deelname van een wijkbewoner aan het netwerk zorgt voor een kritische noot: hij zorgt ervoor dat de vraag en behoeften van de persoon met dementie en mantelzorgers centraal blijven staan.
- Ondersteuning van het Radboudumc bij de vorming van het netwerk, scholing en coaching van de netwerkverbinder, biedt houvast en geeft vertrouwen.
- Deelname aan Dementienetwerk wordt niet gefaciliteerd door de moederorganisaties. Borging vindt plaats via ondersteuning en begeleiding door OCE Nijmegen, een organisatie die eestelijnszorg in de regio Nijmegen coördineert (<https://ocenijmegen.nl>).

Tabel 3 laat de beïnvloede factoren zien op het niveau van het wijknetwerk, vragen en behoeften en interprofessioneel samenwerken (horizontaal te lezen; de volgorde van de factoren is willekeurig). Deze factoren zijn gedestilleerd uit de analyse van documenten, observaties en interviews met betrokken partijen.



Een Sterk Wijknetwerk

Tabel 3- Beïnvloedende factoren DementieNet Dukenburg in Nijmegen

Wijknetwerk	Vragen en behoeften	Interprofessioneel samenwerken
Er is enthousiasme om met een netwerk te starten	Zicht op toegankelijkheid van activiteiten voor mensen met dementie via interviews met (welzijns)organisaties	Actieve deelname van huisartsen(praktijken) aan het netwerk is belangrijk voor verbinding van zorg en welzijn
Professionals van welzijn en zorg zijn vertegenwoordigd in het netwerk	Sociale kaart gemaakt met namen van hulpverleners bij vragen over dementie	Netwerkverbinders hebben weinig ervaring met leiding geven
Er is afstemming gezocht met andere netwerken (Netwerk ouderen, werkgroep Dementievriendelijk)	Vroeg signaleringskaart gemaakt en verspreid onder hulpverleners in de wijk	Netwerkverbinders hebben het gevoel er alleen voor te staan
Netwerkliden kennen elkaar van ander wijkoverleg (er was al enige structuur)	Scholing voegsignalering georganiseerd en gevolgd	Professionals leren elkaar beter kennen, elkaars taal spreken, vertrouwen en wederzijds respect groeit
Bottom up: het netwerk organiseert zich vanuit de professionals zelf	Weinig zicht op vragen en behoeften van mensen met dementie en mantelzorgers	Voor netwerktrekkers is het lastig om het netwerkoverleg te structureren en zakelijk te houden
Netwerkliden nemen deel vanuit een intrinsieke motivatie om de zorg te verbeteren		Netwerkliden accepteren de netwerkverbinders volledig
Alleen indirecte effecten voor mensen met dementie en mantelzorgers zijn zichtbaar (vroegsignalering)		Er zijn veel wisselingen geweest van netwerkverbinders en individuele deelnemers (andere functie, ziekte, te druk, onvoldoende leiderschapsvaardigheden)
Samenwerking met andere betrokken partijen (wijkagent, woningbouwvereniging)		Deelname aan netwerk van professionals gebeurt veelal in eigen tijd en heeft geen prioriteit
Wisseling van netwerkbinders zorgde voor vertraging van netwerkvorming		Gedeeld leiderschap zorg voor bundeling en erkenning van elkaars expertise
Onduidelijk wat het bestaansrecht is van het netwerk		Deelname aan DementieNetwerk wordt niet gefaciliteerd door de moederorganisaties



Een Sterk Wijknetwerk

4 Resultaten en conclusies voor Netwerk Kwetsbare Ouderen Gemert

De gemeente Gemert-Bakel met 7 kerkdorpen ligt in Noord-Brabant en telt in 2018 ruim 30.000 inwoners. Gemert is één van deze 7 kerkdorpen. Van Gemert-Bakel is 22% van de inwoners jonger dan 20 jaar en 19% is 65 jaar of ouder; 38% van de inwoners is alleenstaand en 5% procent van de huishoudens in Gemert heeft een inkomen op of rond het sociaal minimum. In de gemeente Gemert wonen meer dan 400 mensen met dementie (zie Bijlage 3). Voor meer informatie: <https://gemert-bakel.incijfers.nl/dashboard/Kerncijfers>.

In Gemert heeft een groep burgers het initiatief genomen om de Zorgcoöperatie Gemert (ZCG) op te richten (<https://www.zorgcooperatiegemert.nl>) samen met de Senioren Vereniging Gemert en gehandicaptenvereniging Houvast. De zorgcoöperatie Gemert is opgericht omdat er 'gaten vielen' nadat of voordat er professionele hulp verleend was. Door goed te luisteren naar de (oudere) mensen ontdekte men dat er veel dingen niet goed gingen.

De zorgcoöperatie heeft circa 1.400 leden en is ervan overtuigd dat burgers samen in staat zijn om op 'eigen kracht' problemen op te lossen. De basis is het principe van hulp of zorg 'geven' en hulp of zorg 'krijgen'. Het bestuur van de zorgcoöperatie is ervan overtuigd dat bijna alle leden in staat zijn iets voor een ander te betekenen. Voorbeelden zijn: de krant voorlezen voor iemand die slecht kan zien, een kop koffie drinken bij iemand die weinig sociale contacten heeft, met iemand gaan wandelen of boodschappen doen, met iemand naar de dokter of ziekenhuis gaan, kleine klusjes doen in het huishouden of in de tuin.

4.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen

De hoofdvraag van 'Een sterk wijknetwerk' luidt: *Hoe kan een sterk wijknetwerk worden vormgegeven, waarin de mix van bekwaamheden aansluit op (zorg)vragen en behoeften van de burgers, uitgaande van een integrale visie op gezondheid en interprofessioneel samenwerken?*

Deze hoofdvraag wordt beantwoord aan de hand van vier thema's en subvragen:

1. Wijknetwerk

- 1.1 Wat zijn kenmerken van het wijknetwerk?
- 1.2 Wie zijn de deelnemers in het wijknetwerk?
- 1.3 Welke rollen hebben zij in dit wijknetwerk?
- 1.4 Hoe werken deelnemers in het wijknetwerk samen?

Kenmerken van het wijknetwerk

Het bestuur van de Zorgcoöperatie Gemert is eind 2017 via een landelijke bijeenkomst in contact gekomen met DementieNet. De bestuursleden hebben vervolgens professionals in Gemert,



Een Sterk Wijknetwerk

waaronder een huisarts, wijkverpleging, welzijn en gemeente geënthousiasmeerd om mee te doen aan DementieNet. Er bestond nog geen netwerk van professionals. Het bijzondere van het Netwerk Kwetsbare Ouderen is dat burgers het initiatief hebben genomen om een netwerk te starten.

Deelnemers van het wijknetwerk

In maart 2018 heeft een startbijeenkomst met de deelnemers van het netwerk plaatsgevonden. DementieNet Gemert wordt *Netwerk Kwetsbare Ouderen Gemert* wordt genoemd. Dit past beter binnen de doelstelling van de gemeente en omvat ook mensen met dementie.

Het kernteam van het Netwerk Kwetsbare Ouderen bestaat uit de zorgcoöperatie Gemert, 2 (thuis)zorgorganisaties (wijkverpleegkundig en verpleegkundige kwetsbare ouderen), 2 huisartsenpraktijken (huisartsen, praktijkondersteuner van de huisarts) en 1 dorpsondersteuner. Verder is er een schil om het netwerk van andere betrokken organisaties zoals Stichting Leven en Verbinden (LEV-groep), casemanagers, specialist ouderengeneeskunde en een beleidsmedewerker Sociaal Domein van de gemeente Gemert (zie Bijlage 4). Buurtzorg maakt geen deel uit van het netwerk, maar de gemaakte afspraken worden wel met hen kortgesloten.

De bestuursleden van de zorgcoöperatie Gemert, de initiatiefnemers van het netwerk, hebben vanuit hun vroegere werk (als rector, wethouder, bestuurder van een vrijwilligersorganisatie) veel ervaring met zorg en welzijn. Enkele bestuursleden van de zorgcoöperatie Gemert hebben zelf ook ervaring als mantelzorger.

Het netwerk kwam in de beginfase één keer per 3 maanden bij elkaar; nu is dat één keer per 6 maanden. Het enthousiasme van de leden om deel te nemen aan het Netwerk Kwetsbare Ouderen is groot. De visie van het netwerk is méér te kunnen betekenen voor oudere patiënten. Alle deelnemers voelen zich geëngageerd aan het netwerk en zijn intrinsiek gemotiveerd om in het belang van de kwetsbare oudere samen te werken. Bij de start van het netwerk is met elkaar besproken dat organisatiebelangen mogelijk een rol spelen. Met elkaar is afgesproken organisatiebelangen gewoon te benoemen, mocht dit een rol spelen. Het netwerk Kwetsbare ouderen heeft aansluiting gezocht bij bestaande structuren.

Eind 2018 is een verbeterplan opgesteld en zijn de volgende verbeterpunten benoemd:

- verbeteren van het Multidisciplinair Overleg (MDO) voor kwetsbare ouderen aan de hand van een continue verbetercyclus (zie onderstaande figuur);
- verduidelijken van onderlinge taakverdeling tussen professionals.





Een Sterk Wijknetwerk

Er is een checklist voor hulpverleners opgesteld op basis van de vooraf gestelde doelstellingen van het verbeterplan. In Gemert vinden al multidisciplinaire besprekingen plaats. Maar de netwerkdeelnemers vinden het wenselijk dat het multidisciplinair overleg (MDO) voor kwetsbare ouderen wordt gehouden samen met de oudere patiënt en de mantelzorger, en met minimaal een huisarts, een verpleegkundige en een welzijnsmedewerker erbij.

Rollen van deelnemers in het wijknetwerk

De zorgcoöperatie is voorzitter van het netwerk. Een wijkverpleegkundige en een professional van de Stichting Leven en Verbinden (LEV)-groep (<https://www.levgroep.nl>) zijn - tot voorjaar 2019 - de netwerkverbinders en bereidden samen het overleg voor. In het voorjaar 2019 is de professional van de LEV-groep gestopt met haar taken als netwerkverbinder omdat ze minder uren beschikbaar had. De rol van netwerkverbinder wordt nu alleen door de wijkverpleegkundige ingevuld. Twee bestuursleden van de zorgcoöperatie treden als duo op als voorzitter van het netwerk. De huisarts heeft een belangrijke rol in het netwerk vanuit de zorg en het welzijn voor patiënten.

Samenwerking tussen deelnemers

De netwerkdeelnemers zijn bij de start van het netwerk van mening dat de schakels tussen professionals onderling niet goed op elkaar zijn afgestemd: dat is een belangrijk verbeterpunt. De uitwisseling van informatie naar elkaar toe is ongecoördineerd en onsamenhangend.

2. Vragen en behoeften

- 2.1 Met welke methodieken en tools kunnen (zorg)vragen en behoeften van burgers/wijkbewoners/ zorgvragers/mantelzorgers in de wijk in kaart worden gebracht (meso-niveau)?
- 2.2 In hoeverre hanteren deze methodieken/tools een integrale visie op gezondheid?
- 2.3 Welke methodieken/tools kunnen professionals hanteren om (zorg)vragen en behoeften van burgers/wijkbewoners/zorgvragers/mantelzorgers vanuit een integrale visie in kaart te brengen (micro-niveau)?

Methodieken om (zorg)vragen en behoeften van wijkbewoners in kaart te brengen(meso-niveau)

Er wordt geen specifieke methodiek gehanteerd om (zorg)vragen en behoeften van bewoners op wijkniveau in kaart te brengen. Wel heeft de zorgcoöperatie een sociale kaart gemaakt, een methode om aanbod en vraag beter te kunnen matchen. Deze sociale kaart is ontstaan vanuit de behoefte van zorg- en welzijnsprofessionals om de burgers beter te kunnen informeren (zie Bijlage 5).

Methodieken vanuit een integrale visie op gezondheid

Er is gestart met een pilot om kwetsbare ouderen in een MDO te bespreken samen met de patiënt en de mantelzorger. Het streven was om in de periode januari tot april 2019 10 MDO's nieuwe stijl te organiseren; het is gelukt om 9 MDO's te houden vanuit 2 huisartsenpraktijken.

In april 2019 is de uniforme werkwijze van het MDO geëvalueerd. De eerste ervaringen leren dat het lastig is om een MDO te organiseren en met elkaar af te stemmen hoe de terugkoppeling aan de



Een Sterk Wijknetwerk

patiënt en de mantelzorger plaats vindt. Dat neemt niet weg dat professionals enthousiast zijn over de MDO's nieuwe stijl: ze weten elkaar beter te vinden en zaken worden sneller afgehandeld. Is er een gezamenlijke verantwoordelijkheid en dat wordt ook zo gevoeld. Een mantelzorger vertelde dat ze erg blij is over het MDO omdat ze zo snel is geholpen en het haar veel rust brengt. Het MDO heeft ook waarde voor patiënten die geen mantelzorger of familie hebben.

Een ander aandachtspunt is dat professionals zich aan de afspraken moeten houden. De zorgcoöperatie Gemert is daar alert op en streng in als ze merken dat afspraken na 6 weken nog niet zijn nagekomen. Het gaat dan meestal over afspraken in het sociale domein, zoals het vinden van een vrijwilliger als maatje voor een patiënt.

Voor de evaluatie van het MDO is een korte vragenlijst gemaakt voor patiënten en mantelzorgers; deze vragenlijst vullen ze voor een na het MDO in (zie Bijlage 6). Ook is er een checklist gemaakt voor professionals voor de terugkoppeling van het MDO aan de patiënt en de mantelzorger gemaakt (zie Bijlage 6).

Methodieken om (zorg)vragen en behoeften van wijkbewoners in kaart te brengen(micro-niveau)

In het Netwerk Kwetsbare Ouderen wordt uitgegaan van de vragen en behoeften van oudere patiënten. Er wordt geen specifieke methodiek gebruikt om de individuele vragen van wijkbewoners in kaart te brengen. De vraag van burgers komt vaak - via de anamnese van de huisarts of via signalering van een andere professional - bij de zorgcoöperatie terecht. Ook gaat de dorpsondersteuner vaker langs bij oudere burgers om te zien of er ondersteuning nodig is en om een eventuele hulpvraag te koppelen aan een vrijwilliger die hulp kan bieden. De dorpsondersteuner is belangrijk voor signalering van problematiek.

Bij een hulpvraag kijkt de zorgcoöperatie in hun bestand van vrijwilligers gekeken om een goede match te vinden en een hulpvrager en vrijwilliger aan elkaar te koppelen. Ook kunnen er gedurende het wekelijkse inloopsprek uur van de zorgcoöperatie vragen worden gesteld die betrekking hebben op zorg en ondersteuning. Over het algemeen duurt het ongeveer een week om een vraag aan een vrijwilliger te koppelen, dit wordt gezien als snel. Per week worden er ongeveer 4/5 mensen aan elkaar gekoppeld.

Het verbeterpunt van het Netwerk Kwetsbare Ouderen in Gemert is dat ze het Multidisciplinair Overleg (MDO) gestructureerd vorm willen geven. In het MDO worden - samen met de oudere patiënt en de mantelzorger - alle levensgebieden in beeld gebracht en stemmen de betrokken disciplines goed met elkaar af wie wat doet. Het MDO vond tot nu toe zonder input van de oudere patiënt en de mantelzorger plaats. Om proactief te kunnen werken is geconstateerd dat het beter is dat de patiënt en de mantelzorger bij het MDO aanwezig zijn.

De werkwijze houdt in dat de oudere patiënt op de hoogte wordt gebracht dat er een MDO is. De patiënt geeft dan aan of hij hierbij aanwezig wil zijn. Het MDO vindt dan samen met de patiënt en de mantelzorger plaats bij de patiënt thuis, bij de huisarts of in de vergaderzaal van de Katholieke Ouderen Bond (KBO). De huisarts, de wijkverpleegkundige en de welzijnsmedewerker zitten in ieder geval aan tafel bij het MDO. Als dat wenselijk is kan de dorpsondersteuner ook bij het MDO aanwezig zijn. Het streven is het aantal huisartsen binnen het MDO te vergroten en de uniforme werkwijze van het MDO bekend te maken binnen het sociaal domein.



Een Sterk Wijknetwerk

3. Bekwaamheden

- 3.1 Welke mix van bekwaamheden hebben burgers/wijkbewoners/zorgvragers/mantelzorgers en (toekomstige) professionals en is in het wijknetwerk aanwezig?
- 3.2 Welke bekwaamheden zijn nodig om interprofessioneel samen te werken in de wijk?

Mix van bekwaamheden van wijkbewoners en professionals

De bestuursleden van de zorgcoöperatie hebben veel ervaring op bestuurlijk gebied en beschikken over een groot sociaal netwerk. Dat is van belang bij de samenwerking met de gemeente en met zorg- en welzijnsorganisaties. Ook zijn de bestuursleden goed op de hoogte wat er speelt bij burgers. Om het netwerk goed te laten functioneren is een netwerktrekker nodig. Voor netwerktrekkers is het belangrijk dat ze goed kunnen coördineren en daar voldoende tijd voor hebben.

Benodigde bekwaamheden om interprofessioneel samen te werken

In het netwerk werken organisaties interprofessioneel met elkaar samen in een team. Het Radboudumc heeft bij de start van DementieNet Dukenburg aan de netwerkleden (T0; n=14) gevraagd om aan te geven hoe ze deze aspecten van het netwerk beoordelen (zie Tabel 4). De follow-up meting heeft nog niet plaatsgevonden, waardoor nog niet kan worden aangegeven of verbetering is gerealiseerd.

Voor de professionals van het netwerk zijn 'het op de hoogte zijn van elkaars werkzaamheden en competenties', 'commitment aan het netwerk' en 'onderling vertrouwen' belangrijke bekwaamheden. Het maken van onderlinge afspraken en het nakomen van deze afspraken is door de leden van het netwerk genoemd als verbeterpunt.

Tabel 4 - Samenwerkingsaspecten Netwerk Kwetsbare Ouderen Gemert, bij de start van het netwerk (T0) op een schaal van 0 t/m 6: 1=geheel mee oneens; 2= mee oneens; 3=enigszins mee oneens; 4=enigszins mee eens; 5=mee eens; 6=geheel mee eens

Samenwerkingsaspect	Score T0 (maximaal 6 punten)
Gezamenlijke doelen	4,5
Voldoende gelegenheid om elkaar te ontmoeten	4,6
Gebrek aan onderling vertrouwen	4,4
Gedeeld leiderschap waarvoor draagvlak is	4,6
Belang van de patiënt/wijkbewoner centraal	5,0
Geen expertise die innovatie en samenwerking bevordert	3,9
Geen gelegenheid voor discussie	3,9
Gezamenlijke afspraken en regels	3,5
Geen gezamenlijke infrastructuur om informatie te delen	4,3
Kennis en vaardigheden delen	4,9
Ondersteuning van bovenaf om samen te werken binnen het netwerk	3,8



Een Sterk Wijknetwerk

De samenwerkingsaspecten 'belang van de patiënt centraal' en 'kennis en vaardigheden delen' vertrouwen' scoorden gemiddeld het hoogst bij de leden van het netwerk. 'Gezamenlijke regels en afspraken' en 'ondersteuning van bovenaf voor het netwerk' werden gemiddeld het minst positief gewaardeerd.

In het vragenlijst onderzoek onder alle leden van Netwerk Kwetsbare Ouderen is gevraagd naar competenties en benodigde bekwaamheden om interprofessioneel samen te werken. De resultaten luiden als volgt:

- leden van het Netwerk Kwetsbare Ouderen vinden interprofessionele samenwerking belangrijk en geven dit een cijfer 8,8 (op een schaal van 1 t/m 10, waarbij 10 zeer belangrijk is).
- de respondenten hebben voldoende tot zeer goed zicht op welke welzijns- en zorgprofessionals in het Netwerk Kwetsbare Ouderen in Gemert werkzaam zijn.
- professionals bezitten over het algemeen over voldoende persoonlijke competenties om interprofessioneel in teamverband met elkaar samen te werken. Er zijn enkele verbeterpunten te noemen:
 - herkennen hoe eigen vaardigheden bijdragen aan het interprofessionele team en deze kunnen beschrijven (33% kan dit redelijk);
 - teamconflicten op een respectvolle manier ter sprake brengen (33% kan dit redelijk);
 - samen met teamleden een effectief zorgplan ontwikkelen (50% kan dit redelijk);
 - bij vergelijkbare toepassingsgebieden de verschillende verantwoordelijkheden van de interprofessionele teamleden bespreken (33% kan dit matig tot redelijk).

5. Beïnvloedende factoren

- 5.1 Welke factoren beïnvloeden de vorming van het wijknetwerk?
- 5.2 Welke factoren beïnvloeden het meten van vragen en behoeften in een wijk?
- 5.3 Welke factoren beïnvloeden het interprofessioneel samenwerken in de wijk?

Factoren die de vorming van het wijknetwerk beïnvloeden

De meeste leden van het netwerk kenden elkaar al vanuit deelname aan de sociale wijkteams en men was op hoofdlijnen op de hoogte van elkaar werkzaamheden. Ook was er sprake van onderling vertrouwen. Dit zijn bevorderende factoren voor de vorming van een wijknetwerk.

De samenwerking van professionals met de zorgcoöperatie is wel nieuw. De netwerktrekkers geven aan dat ze het vinden het fijn met de zorgcoöperatie te sparren omdat ze puur vanuit het belang van de burger kijken en veel doen voor mensen in de wijk. Op die manier hebben ze goed zicht op de vragen en behoeften van burgers.

Factoren die het meten van vragen en behoeften beïnvloeden

Deelname van de zorgcoöperatie Gemert aan het netwerk zorgt voor zicht op de vragen en behoeften van burgers. De bestuurders van de zorgcoöperatie hebben veel contact met burgers in Gemert en weten wat er speelt. Het voornamelijk informeel inzicht krijgen in de vragen en behoeften ('ons kent ons') is bevorderlijk voor de aansluiting van de hulp en ondersteuning op de vraag van burgers. Ook



Een Sterk Wijknetwerk

weten burgers de balie van de zorgcoöperatie steeds beter te vinden, waar ze terecht kunnen voor hun hulpvraag.

Factoren die het interprofessioneel samenwerken in de wijk beïnvloeden

Tabel 2 laat de beïnvloedende factoren zien op het niveau van het wijknetwerk, vragen en behoeften en interprofessioneel samenwerken (horizontaal te lezen; de volgorde van de factoren is willekeurig). Deze factoren zijn gedestilleerd uit de analyse van documenten, observaties en interviews met betrokken partijen.

Tabel 5- Beïnvloedende factoren Netwerk Kwetsbare Ouderen Gemert

Wijknetwerk	Vragen en behoeften	Interprofessioneel samenwerken
Zorgcoöperatie Gemert is voorzitter van het netwerk onafhankelijk (geen organisatiebelang), is vrijwillig, en gedreven	Dorpsondersteuners en wijkverpleegkundigen kennen de vraag en behoeften van burgers: zij werken achter de voordeur	Professionals zijn intrinsiek gemotiveerd om de zorg voor kwetsbare ouderen te verbeteren
De Zorgcoöperatie Gemert heeft natuurlijk gezag en vertrouwen bij burgers	Bestuurders van zorgcoöperatie hebben een groot sociaal netwerk, zijn bekend in Gemert en signaleren ondersteuningsbehoeften	De coördinerende rol van de netwerktrekkers kost meer tijd dan verwacht
Horizontaal denken, vanuit de behoefte van de patiënt, sluit aan bij de visie van het netwerk	Dorpsondersteuners geven signalen (bijv. een oudere eet slecht) door professionals en de zorgcoöperatie en werken proactief	Professionals weten elkaar beter te vinden en zaken worden sneller geregeld
Het netwerk heeft een kernteam van 6 deelnemers en een schil van diverse betrokken organisaties	Burgers komen naar de balie van de zorgcoöperatie met hun vragen en behoeften	Professionals werken samen aan de verbetering van het MDO, samen met de patiënt en de mantelzorger
Drijfveer en enthousiasme van professionals dat de patiënt centraal staat motiveert om door te gaan met het netwerk	Het belang van de kwetsbare oudere patiënt staat voorop	Afspraken van de MDO's worden teruggekoppeld aan de patiënt en de mantelzorger
Zorgcoöperatie houdt de vinger aan de pols bij het nakomen van afspraken door professionals: afspraak is afspraak		De uniforme werkwijze van het MDO wordt geëvalueerd en bijgesteld



Een Sterk Wijknetwerk

		Het verbeterplan met doelstellingen en een checklist voor professionals biedt houvast
		Er is een gezamenlijke verantwoordelijkheid en dat wordt ook zo gevoeld



5 Reflectie DementieNet

5.1 DementieNet kan meerwaarde hebben

In 2026 zijn vanuit het landelijke DementieNet Programma 17 lokale netwerken gestart. In de meeste netwerken ging het om een volledig nieuwe samenwerking (Richters, 2018). Het aantal dementienetwerken is in de jaren erna gestaag gegroeid en neemt nog steeds toe. In 2020 zijn er 38 dementienetwerken actief, vooral in de regio Nijmegen, maar ook in de regio Enschede, Rhenen en Hardinxveld-Giessendam (<https://www.dementienet.com/netwerken/overzicht-van-dementienetten/>).

De lokale dementienetwerken bestaan gemiddeld uit 9 personen, waarin de huisarts, de wijkverpleegkundige, casemanager (ook wel zorgtrajectbegeleider genoemd) en de welzijnswerker de meest voorkomende professionals waren. Soms zijn ook burgerinitiatieven zoals zorgcoöperaties aangesloten.

Uit het promotieonderzoek dat aan DementieNet gekoppeld was, kwam naar voren dat 13 van de 17 deelnemende netwerken minstens één jaar als netwerk hebben voortbestaan (Richters, 2018). De overige 4 netwerken van de studie zijn binnen het eerste jaar beëindigd door een gebrek aan intrinsieke motivatie en/of mankracht om invulling te geven aan het netwerk (Richters, 2018). Van deze 13 netwerken van het promotieonderzoek zijn er 6 gedurende twee jaar gevolgd en 7 netwerken zijn één jaar gevolgd (Richters, 2018). Het onderzoek liet zien dat er binnen de netwerken meer en beter met elkaar werd samengewerkt en dat de kwaliteit van zorg toenam. De kwaliteit van zorg hoger was hoger in netwerken waar men beter met elkaar samen werkte (Richters, 2018). Deelname van huisartsen(praktijken) aan het netwerk en capabele netwerkverbinders bleken belangrijke spelers voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Verder bleek dat er een zekere mate van samenwerking in het netwerk bereikt moest zijn, voordat de kwaliteit van zorg verbeterde. Dit houdt in dat de diverse zorg- en welzijnsprofessionals eerst een goede verstandhouding met elkaar moesten krijgen, voldoende bekendheid, vertrouwen en goede werkafspraken. Pas daarna konden ze zich op concrete zorgprocessen richten.

Deze onderzoeksresultaten laten zien dat met DementieNet meerwaarde behaald kan worden (Richters, 2018). Vooruitkijkend is het relevant om te kijken wat de effecten op langere termijn zijn en of de stijgende lijn in netwerkintegratie en kwaliteit van zorg doorgezet kan worden. Daarbij is het ook essentieel dat mensen met dementie en hun mantelzorgers merkbaar profijt hebben van DementieNet. Omdat dit indirecte effecten zijn die pas op langere termijn kunnen worden verwacht, is dit niet in het promotieonderzoek meegenomen (Richters, 2018).

De ervaring leert dat het vormen van een netwerk een lange aanlooptijd nodig heeft en soms een jaar duurt. Het duurt een tijd voordat deelnemers van het netwerk elkaar leren kennen en er vertrouwen ontstaat.



Een Sterk Wijknetwerk

Een ander leerpunt is dat het netwerk vanuit welzijn opgestart kan worden, maar is het wel belangrijk dat de huisartsenzorg aan het netwerk deelneemt om welzijn en zorg met elkaar te verbinden. Dat betekent niet dat de huisarts zelf actief moet deelnemen; de praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH-er) kan ook deelnemen.

5.1.1 Vervolgstappen landelijk DementieNet

Er zijn veel vorderingen gemaakt met de verspreiding van de DementieNet-aanpak en het evaluatieonderzoek is verlengd tot en met 2021. Dat betekent dat enkele netwerk gedurende 6 jaar worden gevolgd. Aan het vervolg-evaluatieonderzoek nemen 30 lokale zogenaamde 'kernnetwerken' deel. Er wordt nagegaan welke factoren de duurzaamheid van het netwerk beïnvloeden en wat de effecten zijn op de lange termijn. Aan een aantal dementienetwerken dat al deelneemt, is gevraagd om een 'kernnetwerk' te worden. Zo heeft het Dementienetwerk Dukenburg zich verbonden als kernnetwerk. Dat betekent dat het netwerk de komende 3 jaar mee doet met de metingen maar zij krijgen geen ondersteuning meer van het Radboudumc. Kortom: kernnetwerken gaan op eigen kracht door; dit geeft het beste inzicht of netwerken ook duurzaam onderhouden kunnen blijven. Wel krijgen ze een terugkoppeling van de resultaten van de online vragenlijst over de ervaringen met DementieNet. Hiermee kunnen zij nagaan of de aanpak ook op de lange termijn bijdraagt aan betere zorg voor mensen met dementie en hun naasten.

In 2020 levert DementieNet een monitoringtool op. De projectgroepleden van DementieNet hopen dat professionals via deze tool mensen met dementie en mantelzorgers vroegtijdig in de gaten kunnen houden om te voorkomen dat een zorgsituatie gaat ontsporen. Daarnaast wordt gestart met het verbinden van de lokale netwerkaanpak met de expertise in de tweede en derde lijn (transmuraal). Er is ook gestart met een pilot om specialisten ouderengeneeskunde te verbinden.

Deelnemers aan DementieNet krijgen op termijn toegang tot het digitale DementieNet overlegforum. Dit overlegforum is nog in ontwikkeling en zal worden beheerd door het Radboudumc. Het is de bedoeling dat inzichten, kennis en ervaringen met deelnemers en met collega deskundigen interactief kunnen worden uitgewisseld en op elkaar kan worden gereageerd. De verwachting is dat een beter communicerend netwerk van zorg- en welzijnsverleners de zorglast voor professionals kan verlichten.

5.2 Reflectie DementieNetwerk Dukenburg

Het DementieNet Dukenburg is breed ingestoken en ontwikkelt zich stapsgewijs. Wenselijke verbeteringen van het dementienetwerk liggen vooral op het dementievriendelijk maken van de wijk en op het gebied van verbinden met sociale partners op het gebied van welzijn. Het voordeel van het Dementienet Dukenburg is dat er al enige structuur was in de vorm van een ouderennetwerk. Er is gebruik gemaakt van deze structuur en het ouderennetwerk en dementienet versterken elkaar.



Een Sterk Wijknetwerk

Vanaf het begin was er enthousiasme om een dementienetwerk op te starten en om er veel tijd aan te besteden. Het duurde een tijdje voordat men elkaar leerde kennen en elkaars taal sprak. Het enthousiasme zakte in toen bleek dat de netwerkverbinder (wijkverpleegkundige) over onvoldoende leiderschapskwaliteiten beschikte. De komst van de tweede netwerkverbinder (zorgtrajectbegeleider) zorgde voor een opstuwende werking. In 2019 heeft een derde netwerkverbinder (wijkverpleegkundige) deze rol op zich genomen, opnieuw samen met de ouderenadviseur. Deze wisselingen van netwerkverbinders heeft een vertragende werking gehad op de vorming van het netwerk. Ook het feit dat er steeds wisselende personen aanwezig zijn bij bijeenkomsten en veel deelnemers zich pas laat afmelden, is niet bevorderlijk voor de continuïteit van het netwerk.

Een belemmerende factor voor de netwerkvorming is dat de netwerkverbinders zorgprofessionals zijn en geen managers: er kan niet worden verwacht dat ze over leiderschapsvaardigheden beschikken. De netwerkverbinders werden hierin gecoacht door het Radboudumc, maar in de praktijk bleek het soms lastig om leiderschapsvaardigheden aan te leren. Het feit dat de netwerkverbinder deze rol samen met de ouderenadviseur op zich heeft genomen, wordt als zeer positief ervaren. Ze ervaren het fijn om samen te sparren, de bijeenkomsten voor te bereiden en hebben veel steun aan elkaar. Wat het wijknetwerk als neveneffect heeft opgeleverd is dat professionals elkaar ook op andere gebieden weten te vinden en elkaar expertise kennen. Men neemt nu gemakkelijker contact met elkaar op om te sparren of om advies te vragen.

De kritische blik en de constructieve, actieve houding van de wijkbewoner wordt als een waardevolle aanvulling ervaren door de professionals van het netwerk. Alleen al de aanwezigheid van de wijkbewoner bij de bijeenkomsten is belangrijk voor het centraal stellen van de wijkbewoner, de persoon met dementie en de mantelzorger. In het begin waren professionals namelijk vooral bezig met het opstarten van het dementienet, en waren ze minder met het belang van de wijkbewoners bezig. Nu is er meer afstemming tussen professionals bijvoorbeeld over vroegsignalering en weet men elkaar beter te vinden. Wel is het belangrijk om relaties te blijven onderhouden en aan deskundigheidsbevordering te doen.

5.2.1 Uitdagingen DementieNet Dukenburg

In DementieNet Dukenburg zijn er veel deelnemers gewisseld omdat ze een andere baan of functie kregen. Ook is er twee keer gewisseld van netwerkverbinder. Continuïteit van deelname aan het netwerk is belangrijk voor het proces en het ontstaan van onderling vertrouwen.

Het dementienetwerk komt 4 keer per jaar bij elkaar. De aanwezigheid van de leden bij deze bijeenkomsten was vaak laag en wisselend; de laatste keren was de opkomst hoger en de betrokkenheid groter. Professionals meldden zich soms pas laat af omdat de prioriteit op dat moment ergens anders ligt en bij ziekte worden professionals niet vervangen. De netwerkverbinder heeft aan de leden de vraag gesteld of de frequentie van 4 overlegmomenten per jaar te hoog is. Maar de netwerkliden vonden 4 keer een goed frequentie. De bijeenkomsten verlopen nu wel gestructureerder en zakelijker dan in beginperiode. Bij de start van DementieNet was men ook nog voorzichtig naar elkaar toe. Zo langzamerhand ontstaat er vertrouwen en durft men elkaar feedback te geven.



Een Sterk Wijknetwerk

Het inbrengen van agendapunten en de terugkoppeling aan het netwerk verloopt nog niet optimaal. Nu is het vaak zo dat de netwerkverbinder samen met de ouderenadviseur agendapunten inbrengen en dat de andere deelnemers weinig onderwerpen aandragen. De netwerkverbinders hebben het gevoel dat ze er alleen voor staan en er hard aan moeten trekken.

De (tweede) netwerkverbinder in Dementienet Dukenburg had weinig ervaring met leiding geven: dit was nieuw voor haar. Ze heeft de rol van netwerkverbinder overgenomen van de eerdere netwerkverbinder. Persoonlijke leerpunten voor deze netwerkverbinder in het leiderschap waren om dingen los te laten en het vertrouwen te hebben dat iemand anders zaken oppakt. Ook heeft ze het gevoel er alleen voor te staan. Deze netwerkverbinder heeft coachingsgesprekken gehad vanuit het Radboudumc en dit heeft een toegevoegde waarde gehad. Ook heeft ze de jaarlijkse groepsbijeenkomsten van netwerkverbinders van alle dementie netwerken van DementieNet bijgewoond. De huidige netwerkverbinders worden volledig geaccepteerd door de andere leden. Ze vinden de rol als netwerkverbinder leuk om te doen. Ook willen ze horen hoe het bij andere netwerken gaat, hoe het anders zou kunnen en om te beseffen dat andere netwerken op een andere lijn zitten.

5.2.2 Vervolgstappen DementieNetwerk Dukenburg

DementieNet heeft aan OCE Nijmegen, een organisatie die samen met huisartsen en professionals hoogwaardige eerstelijns zorg biedt aan patiënten, gevraagd om de dementienetwerken in de regio Nijmegen te ondersteunen (<https://ocenijmegen.nl>). Dat doen ze vanuit het zorgprogramma kwetsbare ouderen. Daarmee is de ondersteuning van de dementienetwerken in de regio Nijmegen na 2 jaar, als de ondersteuning van het Radboudumc ophoudt, geborgd. OCE doorloopt ook de verbetercyclus en gebruikt dezelfde vragenlijsten voor netwerkdeelnemers als DementieNet.

Vanuit het dementienet wordt gestart met een Alzheimercafé in de wijk Dukenburg. De burger die deelneemt aan het DementieNet spreekt veel mensen in de wijk en merkte dat men weinig weet over dementie. Ook is voor een grote groep migranten die in Dukenburg woont de stap naar het Nijmeegse Alzheimer Café te groot. Daarom is het idee ontstaan om een Alzheimercafé in de eigen wijk op te zetten. Via het nieuwe Alzheimercafé proberen de netwerkliden meer mensen met dementie en ook (oudere) migranten met dementie te bereiken. Vanuit het dementienetwerk is een enthousiaste werkgroep opgericht, die elke 3 tot 4 weken bij elkaar komt en actief is. Veel professionals willen meewerken en het is in korte tijd gelukt is om een Alzheimercafé te starten. Alzheimer Nederland stelt budget ter beschikking voor een Alzheimercafé, en dat maakt het opzetten ervan gemakkelijker.

Het Dementienetwerk Dukenburg bevindt zich nu, volgens de netwerkverbinders, op een keerpunt. De organisatiestructuur van het netwerk staat en de netwerkliden vertrouwen elkaar en weten elkaar te vinden. Het is nu de vraag wat de opbrengst is van het dementienetwerk en wat deelnemers van bijeenkomsten met het netwerk kunnen halen? Het is niet concreet wat ze als netwerk met elkaar op lange termijn willen bereiken.



Een Sterk Wijknetwerk

De netwerkverbinders willen van de netwerkdeelnemers horen wat zij het dementienetwerk verwachten, wat ze er mee willen en hoe ze hier mee verder gaan. Deze vraag komt in het volgende overleg in september 2019 aan de orde. De netwerkverbinders trekken er hard aan en doen hun best, maar hebben soms het gevoel dat het eenrichtingsverkeer is. Het netwerk wordt erg groot maar draait nu op enkele vaste deelnemers. Om te voorkomen dat het netwerk doodbloedt, of dat het netwerk uit elkaar valt willen ze terug naar de vraag: wat is het bestaansrecht van dementienet en wat willen we met z'n allen willen bereiken? Zoeken we het hogerop? Dan is het goed om een jaarplanning te maken en geld en middelen te vragen aan het management van de moederorganisaties. Dan kan er worden gewerkt met een kernteam en kunnen andere leden deelnemen aan werkgroepen. Of leggen we als netwerk de lat te hoog en blijven we klein? Dan stellen we onze ambities en blijven elkaar ontmoeten om kennis en expertise uit te wisselen. Overigens is de bereidheid van de deelnemers om naar de bijeenkomsten te komen is groot. Maar de netwerkverbinders willen een stap verder, en verwachten meer inbreng en eigen initiatief van de andere netwerkleden.

De netwerkleden stellen zich ook de vraag hoe het staat met het commitment van het management van de moederorganisaties en ervaren dit als een dilemma. Aan de ene kant hebben ze te maken met zelfsturende organisaties en is sturing van bovenaf niet gewenst. Van de andere kant is sturing nodig, en inzet van uren en middelen om iets te bereiken als netwerk. Dat zal het management moeten faciliteren. Deelname aan het netwerk wordt wel gestimuleerd door de moederorganisaties. Het management staat er achter en vinden het belangrijk om als organisatie bij het netwerk betrokken te zijn. Maar de netwerkverbinders hebben behoefte aan meer draagvlak van het management en samenwerking met andere betrokken organisaties, zodat het netwerk meer status krijgt. Dan kunnen plannen ook daadwerkelijk worden uitgevoerd. Als alle leden van het netwerk meer tijd en meer uren zou krijgen voor deelname aan het netwerk, dan gaat het netwerk meer leven en ontstaat er mee inspiratie.

De netwerkverbinders geven aan dat ze meer energie nodig hebben om hun rol goed te kunnen uitoefenen. Het netwerk levert voor hen grotendeels op wat ze ervan verwachtten. Maar voor het uitrollen en borging van het netwerk is het belangrijk dat de opbrengst van het netwerk tastbaar is. De netwerkverbinders zijn van plan om in het najaar van 2019 bij het managementniveau van hun eigen organisaties meer commitment te vragen in de vorm van tijd en middelen. Maar dan moet eerst duidelijk zijn welke richting ze op willen als netwerk. Inmiddels heeft het netwerk besloten om in 2020 met het netwerk een projectvoorstel in te dienen bij ZonMw (programma lokale samenhangende netwerken in de ouderenzorg) over twee onderwerpen, namelijk betere ondersteuning bij migranten met dementie en zorgmijdende ouderen.

5.3 Reflectie Netwerk Kwetsbare Ouderen Gemert

Het unieke van het Netwerk Kwetsbare Ouderen Gemert is dat het idee om een netwerk van professionals te starten is ontstaan op initiatief van de zorgcoöperatie Gemert. Het bestuur van de zorgcoöperatie is erg enthousiast over de vorming van een netwerk en om MDO's te verbeteren. Zorgprofessionals kenden elkaar al vanuit de sociale wijkteams, maar de samenwerking met de zorgcoöperatie is nieuw. Dat zorgt voor een andere dynamiek en andere accenten bij het verbeteren van de zorg voor kwetsbare ouderen. Volgens de zorgprofessionals heeft de samenwerking met de



Een Sterk Wijknetwerk

zorgcoöperatie zeker meerwaarde: de zorgcoöperatie is een onafhankelijke partij, gaat uit van de belangen van de burgers en heeft zicht op wat er speelt bij burgers. Op die manier kan er direct worden ingesprongen op de hulpvraag en kan hulpvraag op een efficiënte wijze aan vrijwilligers worden gekoppeld. Op die manier voelen burgers zich gehoord en zijn ze eerder geholpen. Ook wordt er breder naar een hulpvraag gekeken en over de grenzen heen. Er is geen competentiestrijd tussen professionals, ze hebben respect voor elkaar en spreken burgers aan op wat ze zelf kunnen.

5.3.1 Uitdagingen Netwerk Kwetsbare Ouderen Gemert

De leden van het netwerk hebben het verbeteren van de MDO's en dat iedereen zich aan gemaakte afspraken houdt benoemd als verbeterpunten. Ook het maken van een verslag van het MDO en de terugkoppeling aan de patiënt en de mantelzorger, staat nog in de kinderschoenen. Op dit moment maakt elke professional het verslag op zijn eigen manier.

Op dit moment worden casussen voor de MDO's vooral vanuit de huisartsen besproken en ingebracht. Volgens de beleidsmedewerker van de gemeente zou het netwerk beter benut kunnen worden door het breder in te steken. Zo zou het goed kunnen zijn als ook vanuit andere professionals een MDO georganiseerd zou kunnen worden, bijvoorbeeld vanuit een WMO vraag of vanuit welzijn. Ook zou er meer bekendheid gegeven kunnen worden aan het netwerk.

5.3.2 Vervolgstappen Netwerk Kwetsbare Ouderen Gemert

Het netwerk Kwetsbare Ouderen is nog volop in ontwikkeling. De deelnemers geven aan dat ze aan het nadenken zijn over de borging van het netwerk na 2 jaar, als de ondersteuning door het Radboudumc weg valt. De deelnemers willen het netwerk niet opschalen naar de omringende kerkdorpen van Gemert, omdat de context en de sociale structuur in de kerkdorpen heel anders is. Ook zijn ze van mening dat het Netwerk Kwetsbare Ouderen geen blauwdruk is voor andere netwerken. Ook dit netwerk heeft een aanvraag geschreven voor het eerder genoemde programma om twee verbeterplannen verder te kunnen uitwerken: over communicatie via OZO verbindzorg (<https://www.ozoverbindzorg.nl>) en over armoedebestrijding bij kwetsbare ouderen.



Referenties

Dementienet. Initiatief van Radboudumc. Folder, www.DementieNet.com.

Dictus, D. *Enquête burgerinitiatieven*. Aedes-ActiZ Kenniscentrum Wonen-Zorg i.s.m. Kenniscentrum, Utrecht: 2013.

Gemeente Nijmegen, *Omgevingsvisie gemeente Nijmegen -cijfers en feiten- Sociale en gezonde stad*. Nijmegen: Gemeente Nijmegen, 2018.

https://www.nijmegen.nl/fileadmin/bestanden/bestuur/bestuursdossiers/omgevingsvisie/Omgeving_svisie-Feiten-en-Cijfers-Sociale-Gezonde-Stad-181113.pdf

Kaats, E & Opheij W. *Leren samenwerken tussen organisaties. Allianties, netwerken, ketens, partnerships*. Deventer: Vakmedianet, 2014.

<https://www.dementienet.com>

Movisie, *Succesvolle initiatieven burgerinitiatieven in wonen, welzijn & zorg. Drie inspirerende voorbeelden*. Movisie: Utrecht, 2014.

Nieuwboer MS, Richters A. van der Marck MA. Triple aim improvement for individuals, services and society in dementia care. The DementiaNet collaborative care approach. *Gerontol Geriat* 2017 · 50 (Suppl 2): S78–S83 DOI 10.1007/s00391-017-1196-4.

Richters, A. *Network-based care for people with dementia: a complex transition*. Nijmegen: Donders Instituut, 2018.

Richters, A. Melis RJF, van Exel NJ, Olde Rikkert MGM, van der Marck MA. Perseverance time of informal caregivers for people with dementia: construct validity, responsiveness and predictive validity. *Alzheimer's Research & Therapy*, 2017, 9:26 DOI 10.1186/s13195-017-0251-0.

Richters A, Nieuwboer MS, Olde Rikkert MGM, Melis RJF, Perry M, van der Marck MA. Longitudinal multiple case study on effectiveness of network-based dementia care towards more integration, quality of care, and collaboration in primary care. *PLoS ONE* 13(6): e0198811.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198811>.

Richters A, Nieuwboer MS, Perry M, et al. Evaluation of DementiaNet, a network-based primary care innovation for community dwelling patients with dementia: protocol for a longitudinal mixed methods multiple case study. *BMJ Open* 2017;7: e016433. Doi:10.1136/bmjopen-2017-016433.

Trainingsgids ouderen-/dementiezorg. Versie 1.0. DementieNet, Nijmegen: 2018.

Wegwijzer netwerkverbinder. Dementienet. www.DementieNet.com.



Bijlage 1 - Samenwerkingspartners DementieNet Dukenburg

Ergotherapie Nijmegen

Fysiotherapie Dukenburg

ZZG Zorggroep

Pro Persona

Mantelzorg Nijmegen

Interzorg thuiszorg

Huisartsenpraktijk het Meijhuis

Huisartsenpraktijk de Schakel

Wijkbewoners Dukenburg

Sociaal Wijkteam Dukenburg

Sterker Sociaal Werk

Stichting Welzijn Ouderen Nijmegen

Dagbehandeling Nijmegen

Buurtzorg



Een Sterk Wijknetwerk

Bijlage 2 - Signaleringskaart vroege signalen bij dementie Dukenburg

Hoe herkent u dementie?

Taalproblemen

Moeite om het **juiste woord** te vinden
Woorden **niet begrijpen**
Moeite om een **gesprek** te voeren of te volgen
Minder **vloeiend spreken**
Moeilijker op **namen** komen

Vergeetachtigheid

Vergeten wat **kort geleden** gebeurd is
Vergeten van **nieuwe afspraken**
Vergeten van **belangrijke data** of welke **dag** of **tijd** het is
Vergeten van **nieuwe informatie**
Moeite om **de weg** te vinden
Steeds **hetzelfde** vragen of vertellen

Problemen met dagelijks handelen

Moeite met **rekenen** of met **geld** omgaan
Moeite met **boodschappen** doen
Moeite met beoefenen van **hobby** of **sport**
Moeite met **wassen** en **aankleden**
Moeite om **nieuwe dingen** te leren
Moeite met **beslissingen nemen** of **keuzes maken**
Moeite om zich aan **nieuwe situaties** aan te passen
Spullen **kwijtraken** of op vreemde plaatsen bewaren
Apparatuur niet meer kunnen gebruiken

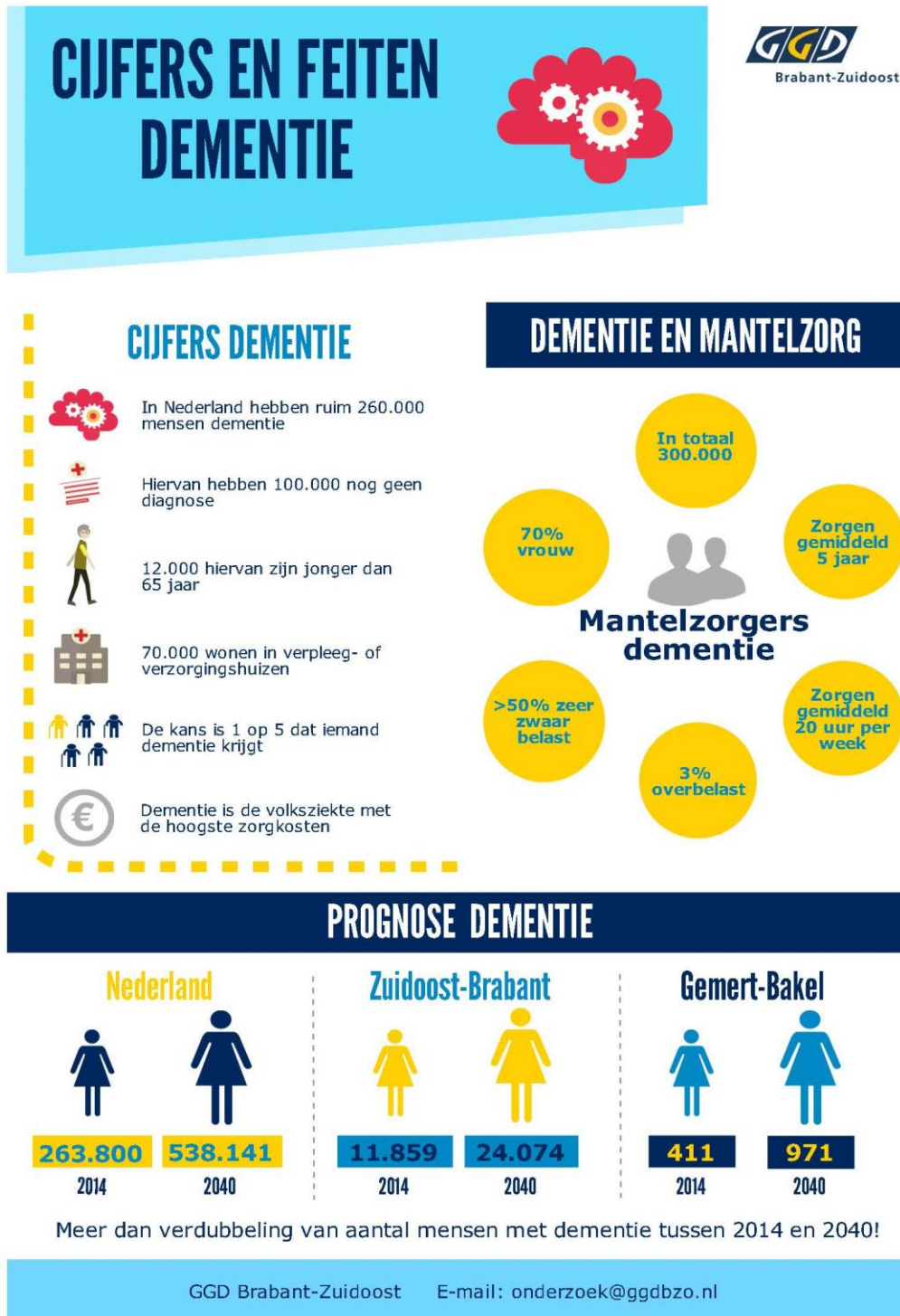
Gedragsveranderingen

Ontkennen van een probleem
Onrustig overkomen
Last hebben van **wisselende stemmingen**
Achterdochtig en **wantrouwend** zijn
Terugtrekken, meer **passief** worden
Boos en **opstandig** zijn
Ongepast, schaamteloos gedrag
Vermoeidheid
Minder naar buiten gaan, hobby's niet meer doen
Niet begrepen voelen



Een Sterk Wijknetwerk

Bijlage 3 - Feiten en cijfers dementie Gemert -Bakel





Een Sterk Wijknetwerk

Bijlage 4 - Kernteam Netwerk Kwetsbare Ouderen Gemert

Zorgcoöperatie Gemert

De Zorgboog

Gemeente Gemert-Bakel

Huisartsenpraktijk Palissade

Savant

Stichting Leven en Verbinden (LEV-groep)



Een Sterk Wijknetwerk

Bijlage 5 - Sociale kaart Gemert-Bakel





Bijlage 6 - Vragen voor MDO voor patiënten en professionals

Vragen aan de patiënt vóór het MDO:

1. Weet u wat een MDO inhoudt:
2. Onderwerpen voor het MDO:
3. Verwachting MDO:
4. Wilt u zelf aansluiten en wie nog meer:
5. Welk cijfer geeft u de zorg op dit moment:

Vragen aan de patiënt na het MDO:

1. Bent u goed geïnformeerd over het doel en de werkwijze van het MDO (ja/nee, reden)
2. Heeft u voldoende mogelijkheden gehad om te vertellen wat u van uw situatie vindt? (cijfer van 1 t/m 5)
3. Heeft u voldoende mogelijkheid gehad om uw vragen te stellen? (cijfer van 1 t/m 5)
4. Waren de juiste personen uitgenodigd voor het MDO? (ja/nee, reden)
5. Zijn uw verwachtingen van het MDO uitgekomen? Zo ja, kunt u dat toelichten, zo nee, waarom niet.
6. Zijn uw vragen beantwoord?
7. Heeft het MDO invloed op uw situatie gehad? Zo ja, welke invloed?
8. Zijn er dingen die u anders had willen zien? (ja/nee, zo ja wat zou u anders willen zien)
9. Bent u op de hoogte van de gemaakte afspraken en welke afspraken zijn gemaakt?
10. Welk cijfer geeft u aan de zorg op dit moment? Hierbij mag u onderscheid maken tussen de verschillende hulpverleners en zou u die hulpverleners willen beoordelen op deskundigheid en inlevend vermogen (cijfer van 1 t/m 5).



Een Sterk Wijknetwerk

Vragen voor de professionals:

- Zijn alle relevante levensgebieden besproken? (Welzijn, wonen, financiën, contacten, lichamelijk en mentaal welbevinden, communicatie)
- Zijn alle relevante disciplines aanwezig geweest?
- Is de patiënt aanwezig geweest?
- Is het MDO voorbereid met de patiënt?
- Zijn er concrete afspraken gemaakt voor de patiënt?
- Is het duidelijk wie wat moet doen t.a.v. de gemaakte afspraken?
- Is er een welzijns- en zorgplan gemaakt of wie gaat dat maken?
- Is het duidelijk wie de coördinatie gaat doen?
- Is er afgesproken wie de gemaakte afspraken naar de patiënt terugkoppelt
- Heeft het MDO aan de verwachtingen voldaan? (Ja/Nee, zo nee dan de reden?)
- Wat heeft het MDO opgeleverd? Benoem minimaal 2 punten
- Wat zijn eventueel verbeterpunten voor het MDO?
- In welke mate is de kwaliteit van zorg voor de patiënt verbeterd door het MDO (naar uw mening)? (Cijfer van 1 tot 10)