

Ontwikkelen van een instrument om de ‘zachte’ factoren van samenwerking binnen dementienetwerken te meten

Marjolein Veerbeek · Jacomine de Lange ·
Monique Spierenburg · Mirella Minkman ·
Anne Margriet Pot · Bernadette Willemse

Samenvatting

Binnen dementienetwerken werken verschillende professionals samen, zoals huisartsen, casemanagers, psychologen, paramedici en geriateren. In de bestaande modellen om de organisatie van de zorg binnen deze netwerken te evalueren is weinig tot geen aandacht voor de ‘zachte’ kanten van samenwerking. Hiermee wordt de meer gedragsmatige kant van samenwerking bedoeld – zoals omgangsvormen, waardering, transparantie en openheid. Er zijn aanwijzingen dat deze belangrijk zijn voor een succesvolle samenwerking en goede uitkomsten van zorg. Deze bijdrage gaat in op welke zachte factoren van belang zijn voor goede samenwerking in dementienetwerken en beschrijft het gratis toegankelijke, online instrument dat is ontwikkeld om deze factoren in kaart te brengen. Het instrument kan in netwerken gebruikt worden om, bijvoorbeeld ter voorbereiding van een beleidsmiddag of discussie, aanknopingspunten in kaart te brengen om de samenwerking binnen het netwerk verder te verbeteren.

M. Veerbeek (✉) · A.M. Pot, Ph.D. · Drs. B. Willemse
Trimbos-instituut,
Utrecht, Nederland
e-mail: mveerbeek@trimbos.nl

J. de Lange, Ph.D.
Hogeschool Rotterdam,
Rotterdam, Nederland

Drs. M. Spierenburg · M. Minkman, Ph.D.
Vilans,
Utrecht, Nederland

A.M. Pot, Ph.D.
Vrije Universiteit Amsterdam,
Amsterdam, Nederland

Aanleiding

Zachte factoren

Succesvolle samenwerking in de gezondheidszorg wordt niet alleen bepaald door de ‘systeemkant van de zorg’, zoals structuren, regels en financiële vergoedingen, de zogeheten ‘harde’ kanten van samenwerking [1]. Ook de meer ‘zachte’, gedragsmatige, kant lijkt belangrijk te zijn [1]. Verschillende zaken, zoals ‘betrokkenheid’, ‘een gedeelde visie’ en ‘onderling vertrouwen’, lijken van invloed te zijn op het verschil in functioneren van zorgteams – en daarmee op het verschil in zorguitkomsten [2–4].

Dementienetwerken

Binnen dementienetwerken werken verschillende professionals samen om mensen met dementie in hun regio zo goed mogelijk zorg en ondersteuning te bieden. Denk hierbij aan huisartsen, casemanagers, psychologen, paramedici en geriateren. De dynamiek, complexiteit en het grillig verloop van de ziekte vereisen een goede afstemming tussen organisaties en professionals in de verschillende echelons van zorg, zodat de persoon met dementie zo lang mogelijk thuis kan blijven wonen [5]. Er zijn in de afgelopen jaren ongeveer 85 dementienetwerken, of -ketens, opgericht met een vrijwel landelijke dekking [6–7]. De winst van een goed functionerend dementienetwerk voor cliënt en mantelzorger is een betere afstemming van de zorg op de behoefte van degene met dementie en zijn of haar mantelzorger, minder crisisopnamen en mogelijk uitstel van verpleeghuisopname [8]. Hierdoor ervaren mensen met dementie en hun mantelzorgers meer continuïteit in zorg en begeleiding.

Beperkte aandacht voor zachte factoren in evaluatiemodellen voor dementienetwerken

Twee bestaande evaluatiemodellen die dementienetwerken kunnen gebruiken om te evalueren hoe ze ervoor staan, zijn het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg (OMK) [9] en de Ketenindicatoren Dementie [6, 10]. Voorbeelden van elementen uit het OMK zijn: ‘afspraken tussen partijen over taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden realiseren’, ‘direct contact tussen verschillende professionals in de keten’, ‘vertrouwen tussen ketenpartners stimuleren’ of ‘een uniforme taal in de keten gebruiken’. Voorbeelden vanuit de Ketenindicatoren Dementie zijn: ‘onderlinge afspraken zijn gemaakt over verwijzing en transfer’ en ‘taken en verantwoordelijkheden van de ketenpartijen zijn benoemd en toegewezen’. Uit de toepassing van deze modellen in de praktijk blijkt, dat er tussen de dementienetwerken grote verschillen bestaan in de mate waarin de netwerken zich ontwikkelen en zij erin slagen optimale, gecoördineerde en cliëntgerichte zorg voor mensen met dementie en hun naasten te organiseren.

In de genoemde evaluatiemodellen voor (dementie)netwerken is tot nu toe in mindere mate aandacht voor de meer zachte kanten van samenwerking. Dit komt mede doordat er hierover ten tijde van de ontwikkeling van deze modellen minder informatie en literatuur voorhanden was. Omdat er aanwijzingen zijn dat deze factoren belangrijk zijn voor succes, was dit de aanleiding voor het ontwikkelen van een instrument om de ‘zachte’ factoren van samenwerking binnen dementienetwerken te meten.

Identificeren van relevante ‘zachte’ factoren van samenwerking binnen dementienetwerken

Voor de ontwikkeling van het instrument was het van belang eerst uit te zoeken welke zachte factoren van samenwerking met name een rol lijken te spelen binnen dementienetwerken. Op basis van de uitkomsten van de meting Ketenindicatoren Dementie uit 2012, werden twee dementienetwerken geselecteerd die relatief laag scoorden op zowel het totaal van de indicatoren als de indicatoren die specifiek gericht zijn op samenwerking. Tevens werden er drie dementienetwerken geselecteerd die op beide zaken relatief hoog scoorden. Bij deze vijf netwerken zijn telefonische interviews gehouden met per netwerk zeven netwerkpartners, onder wie in elk geval de netwerkregisseur, een huisarts, een casemanager dementie en een mantelzorger. Afhankelijk van de samenstelling van het netwerk, zijn verder interviews gehouden met managers uit de verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT), beleidsmedewerkers van gemeenten en welzijnsorganisaties, geriaters en ergotherapeuten. Daarnaast werd bij elk netwerk een dag meegelopen met een casemanager dementie en werden verschillende typen overleggen bijgewoond, zoals stuurgroep-overleggen, multidisciplinaire overleggen en intervisies. Dit was allemaal bedoeld om een beeld te krijgen hoe de samenwerking in de netwerken verliep en wat bijdroeg aan een goede samenwerking. Op basis hiervan werden zeven zachte factoren (met 22 bijbehorende elementen) geïdentificeerd die bijdroegen aan een goede samenwerking tussen organisaties en professionals binnen dementienetwerken. De zeven factoren zijn, in willekeurige volgorde:

1. laagdrempelige samenwerking;
2. toegevoegde waarde ervaren;
3. rolduidelijkheid;
4. prioriteit geven aan netwerkbelang;
5. gemeenschappelijke uitgangspunten;
6. competenties van de netwerkregisseur;
7. transparantie en openheid van het netwerk.

Hierna worden de zeven factoren kort toegelicht.

Laagdrempelige samenwerking

Wanneer de professionals en bestuurders in het netwerk elkaar van gezicht kennen en elkaar regelmatig in levenden lijve ontmoeten, zorgt dit ervoor dat de samenwerking soepeler verloopt en er betere afstemming kan worden bereikt in de zorg. Men staat dan meer open voor elkaars suggesties en het draagt bij aan onderling vertrouwen. Ook het hebben van een beperkt aantal vaste contactpersonen lijkt van belang voor een laagdrempelige samenwerking. Zo bleek dat er in netwerken die ervoor gekozen hadden een aantal casemanagers dementie te koppelen aan een vast aantal huisartsen, gemakkelijker werd afgestemd over de zorg.

‘Bij de twee huisartsen met wie ik vast werk bel ik rechtstreeks met de huisarts en de praktijkondersteuners, gewoon via 06, en dat werkt voor mij echt heel veel makkelijker dan bijvoorbeeld bij de andere huisartsen. Daar moet ik het altijd via de assistente doen’ (casemanager dementie).

Toegevoegde waarde ervaren

Het is belangrijk voor de samenwerking in het netwerk dat de partners die deel uitmaken van het netwerk de toegevoegde waarde inzien van het netwerk zelf en van de partners. Als dit zo is, zal men zich zowel op bestuurlijk als uitvoerend niveau meer inzetten voor het netwerk en het laten slagen van de samenwerking. Vertrouwen in de kennis en kunde van netwerkpartners en elkaar als aanvulling ervaren, zijn van groot belang. Als hierin geen vertrouwen is, schakelt men elkaar niet in en verwijst men niet naar elkaar door. Overleggen verlopen dan ook een stuk moeizaam en minder efficiënt.

De toegevoegde waarde zien van de samenwerking met elkaar lukt alleen als er prioriteit wordt gegeven aan onderlinge afstemming. Als partners hier de tijd voor nemen en terugkomen op wat afgesproken is, wordt zichtbaar wat de ander doet en wat het resultaat ervan is. Je laat ermee aan de ander zien dat je de samenwerking serieus neemt en het zorgt voor meer onderling vertrouwen. Als waardering wordt uitgesproken voor elkaars werk, is dit een grote stimulans om de samenwerking op te zoeken en je best te doen.

Rolduidelijkheid

Het ervaren van toegevoegde waarde en een laagdrempelige samenwerking is natuurlijk alleen maar mogelijk als er duidelijkheid bestaat over wat ieders rol is in het netwerk en wat je van elkaar kunt verwachten. Zo blijkt de samenwerking soepel te verlopen wanneer casemanagers dementie onderling aandacht besteden aan hun rol en hoe ze deze invullen. Met andere woorden, als zij er onderling voor zorgen dat zij wat dat betreft op één lijn zitten. Hierdoor is het ook voor andere netwerkpartners duidelijk wat zij van een casemanager kunnen verwachten, onafhankelijk van de persoon die zij voor zich hebben.

‘De kwaliteit van casemanager is niet echt geborgd. Iedereen moet de post-hbo-opleiding volgen, maar er is weinig uitwisseling tussen casemanagers onderling. Ook is er niet echt een voorschrift hoe je je rol als casemanager moet invullen, of een gedeelde visie erop. Dan is het dus ook wel logisch dat andere hulpverleners niet goed weten wat ze nou precies aan een casemanager hebben en ik moet vechten voor mijn plekje’ (casemanager dementie).

Wanneer het voor de verschillende professionals niet duidelijk is hoe ze de zorg samen aanpakken en wie wat doet, kan dit voor wrijvingen zorgen.

‘Als ik een patiënt heb bij wie ik de diagnose dementie heb gesteld, of bij wie ik een sterk vermoeden heb van dementie, dan schakel ik de casemanager in en draag ik dat over. Daarna moet de casemanager binnen een bepaalde periode een multidisciplinair overleg plannen met betrokkenen. Dat initiatief moet eigenlijk automatisch van de casemanager uitgaan vind ik, maar dat gebeurt nu niet’ (huisarts).

Prioriteit geven aan netwerkbelang

Dat netwerkpartners prioriteit geven aan het netwerkbelang, is iets wat zeker niet overal vanzelfsprekend is. Uiteraard hebben alle partijen die aan het netwerk deelnemen ook hun eigen belangen, maar de vraag is of zij deze opzij kunnen zetten en daarin de samenwerking in het netwerk kunnen laten prevaleren. Zijn partners bijvoorbeeld open over waar ze mee bezig zijn binnen hun organisatie en hebben zij er vertrouwen in dat er door de ander geen misbruik wordt gemaakt van deze informatie? Of zijn partners op hun hoede en nemen zij eigenlijk deel aan het netwerk om de boot niet te missen, in een positief daglicht te staan bij de verzekeraar en te voorkómen dat de buurorganisatie voorop kan gaan lopen?

‘Succes kent veel vrienden. Dus na heel veel initiële investeringen van met name de grote, van oudsher in de regio aanwezige partijen, willen nu heel graag heel veel partijen meedoen. En dan is het van belang die partijen erop te wijzen dat het niet alleen halen, maar met zijn allen ook brengen is. En dat je dus ook buiten je organisaties investeert in het belang van de cliëntengroep, en niet voor je eigen omzet’ (manager VVT).

Gemeenschappelijke uitgangspunten

Het ene netwerk stelt de belangen van de inwoners van de regio met dementie echt voorop in de activiteiten die zij ondernemen, terwijl het andere netwerk wel zegt de cliënten centraal te stellen, maar dit niet blijkt uit hun acties. Wanneer in netwerken waar dit wel het geval is, knelpunten worden gesignaleerd vanuit het perspectief van de cliënt, wordt hier gezamenlijk op ingespeeld. Het is voor alle partijen die deelnemen duidelijk dat er verwacht wordt dat zij investeren in het belang van de cliëntengroep. Ook blijkt het ene dementienetwerk een stuk meer proactief in te spelen op het veranderende speelveld van de dementiezorg dan het andere. Wanneer men gezamenlijk een visie ontwikkelt op komende veranderingen en daarop anticipeert, komt dit de samenwerking ten goede. Wanneer dit niet gebeurt en het netwerk een afwachtende houding aanneemt, blijft het elke keer onzeker of het netwerk zal

blijven voortbestaan. Dit zorgt ervoor dat partijen eerder geneigd zijn om het belang van hun eigen organisatie voorop te stellen.

‘De grootste zorgen zijn volgens mij nog steeds dat het elke keer onzeker is of en hoe we doorgaan. En dat vind ik gewoon een slechte zaak, want dan kun je niks opbouwen. Als het straks weer anders geregeld wordt, wat doe je dan? Hou je dan de mensen die je hebt of ga je weer opnieuw beginnen? Wat doe je met alle ervaring en kennis en noem maar op? Dat zijn dingen die ik wel zorgelijk vind’ (netwerkregisseur).

Competenties van de netwerkregisseur

Het draagt sterk bij aan de samenwerking en het daadwerkelijk gaan voor de inwoners met dementie, wanneer de netwerkregisseur inhoudelijk bevlogen is en de visie van het netwerk duidelijk uitdraagt. Het is wel de kunst om er als netwerkregisseur voor te zorgen dat de netwerkpartners mede-eigenaar zijn en zich medeverantwoordelijk voelen voor het netwerk. Dit voorkomt dat men achterover leunt en het netwerk als los zand uit elkaar valt wanneer de netwerkregisseur wegvalt.

Transparantie en openheid van het netwerk

De mate waarin netwerken openstaan voor nieuwe partners om aan te sluiten bij het netwerk is wisselend. Ook hier geldt dat de eigen belangen van organisaties soms vooropstaan en men liever niet heeft dat de concurrent toetreedt. Soms worden er hoge (financiële) eisen gesteld, waardoor het voor partijen onmogelijk is om toe te treden. Dit komt de samenwerking met nieuwe aanbieders in de dementiezorg niet ten goede.

‘De leden van de keten hadden op een gegeven ogenblik zoiets van: wij hebben er al jaren in geïnvesteerd, en we halen niet zomaar iedere nieuwe zorgaanbieder de keten in. Dus die hadden een lijstje van eisen liggen, waar de nieuwe aanbieder zoiets had van: ja hallo, ik wil graag met jullie meedoen, ik wil graag met jullie samenwerken, maar nu moet ik opeens aan van alles en nog wat voldoen en met een hoop geld over de brug komen’ (lid stuurgroep, mantelzorger).

Ontwikkeling van het instrument om de zachte factoren te meten

De hiervoor beschreven zachte factoren zijn omgezet in stellingen die dementienetwerken kunnen helpen om de zachte kanten van samenwerking te evalueren. In eerste instantie werden 73 stellingen geformuleerd. Na toetsing bij diverse experts in het veld, onder andere de ontwikkelaar van het OMK, en afgevaardigden van het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), en netwerkregisseurs van in totaal acht dementienetwerken, bleven er

uiteindelijk 62 stellingen voor het instrument over. Allen beoordeelden deze stellingen als ‘duidelijk omschreven’ en ‘relevant voor de praktijk’. De stellingen in dit nieuwe instrument bleken grotendeels complementair aan de Ketenindicatoren Dementie en deels overlappend met en deels complementair aan het OMK. Daarmee lijkt het nieuwe instrument inderdaad een goede aanvulling te zijn op de bestaande instrumenten voor evaluatie van ketensamenwerkingsverbanden.

Digitale tool

Om ervoor te zorgen dat dementienetwerken eenvoudig met het instrument aan de slag kunnen, is het vertaald naar een online tool (www.zelfevaluatiedementienetwerken.nl). Op deze website kunnen dementienetwerken op eenvoudige wijze met de factoren aan de slag gaan en inzicht verkrijgen hoe het netwerk de samenwerking kan bevorderen. Dementienetwerken kunnen gratis een netwerkcode aanvragen. Als verschillende netwerkpartners met dezelfde code het instrument op de website invullen, is op de resultatenpagina in één oogopslag duidelijk op welke van de zeven hoofdfactoren de samenwerking goed loopt (‘groene balkjes’), op welke factoren enige verbetering mogelijk is (‘oranje balkjes’) en welke factoren echt verbetering behoeven (‘rode balkjes’). Daarnaast kan de gebruiker de antwoorden van zijn netwerk uitsplitsen naar functiegroep van de invullers, om te zien waar eventueel verschillen zitten in de manier waarop de samenwerking ervaren wordt. Tot slot is het mogelijk in te zoomen op elk van de 62 stellingen afzonderlijk. Zo kan de gebruiker zien waar de netwerkpartners vinden dat binnen een bepaalde factor vooral winst te behalen is. Het doel is de netwerkpartners handvatten te geven voor verbeteringen in de samenwerking.

Vervolg

Nu het instrument ontwikkeld is, is een vervolgstap samen met de partijen die betrokken zijn bij het Landelijk Netwerk Dementie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg te kijken of en hoe (een gedeelte van) het huidige instrument toegevoegd kan worden aan de nieuwe indicatorenset Dementie die in 2016 moet verschijnen. Daarnaast ontwikkelen we een versie van het instrument waarin we de stellingen generiek formuleren, waardoor het instrument mogelijk ook geschikt is voor het evalueren van andere samenwerkingsverbanden (zoals palliatieve netwerken, diabetesnetwerken). Ten slotte is vervolgonderzoek met het instrument wenselijk om te kijken of het dementienetwerken inderdaad lukt om op basis van de resultaten uit de tool zelfstandig verbeterplannen op te stellen en uit te voeren, en na te gaan in hoeverre deze de samenwerking – en daarmee zorguitkomsten – kunnen verbeteren.

Om te onthouden

Zachte factoren van samenwerking gaan over de gedragsmatige kant van samenwerking en zijn, naast structuren, regels en financiële vergoedingen, belangrijk voor een succesvol verloop van de samenwerking. Voor de dementiezorg is er nu een instrument ontwikkeld dat netwerkpartners inzicht geeft hoe de samenwerking op juist die zachtere factoren verloopt: laagdrempelige samenwerking, toegevoegde waarde ervaren, rolduidelijkheid, prioriteit geven aan netwerkbelang, transparantie en openheid van het netwerk, competenties van de netwerkregisseur, gemeenschappelijke uitgangspunten. Het instrument is gratis toegankelijk en te vinden op www.zelfevaluatiedementienetwerken.nl. De resultaten van het instrument bieden dementienetwerken aanknopingspunten om de samenwerking in de zorg voor mensen met dementie verder te verbeteren.

Literatuur

1. Ouwens M, Bosch M, Wensing M. De ‘zachte kanten’ van samenwerking in de eerstelijnszorg. Wat is er bekend uit onderzoek en wat zijn de kennislacunes? Nijmegen: IQ Healthcare; 2012.
2. Lange J de, Sinnema H, Huyser J, Franx GC. Doorbraak Depressie 2 verbetert de zorg. Rapportage in het kader van het Depressie Initiatief 2006–2008. Utrecht: Trimbos-instituut; 2009.
3. Lange J de. Intern rapport evaluatie dementieketen Zuid-Holland Noord. Utrecht: Trimbos-instituut; 2011.
4. Franx GC, Oud M, Lange J de, Wensing M. Onderzoek naar de implementatie van depressierichtlijnen met de Doorbraakmethode. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.
5. Alzheimer Nederland en Vilans. Zorgstandaard Dementie. 2013. http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/Zorgstandaard_Dementie.pdf.
6. Overmars-Marx T, Mahler M, Veen R van der. Ketens dementie: de stand van zaken. Uitkomsten indicatorenmeting: 55 ketens. Utrecht: Vilans; 2013.
7. Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Organisatie netwerkzorg thuiswonende mensen met dementie veelbelovend, onderdelen zorg nog risicovol. Utrecht: IGZ; 2013.
8. Lange J de. Een ketenzorgprogramma voor mensen met dementie en hun mantelzorgers op Walcheren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.
9. Minkman MMN. Developing integrated care. Towards a development model for integrated care. Proefschrift, 2012. http://www.vilans.nl/docs/vilans/over_vilans/pdf/Proefschrift_Mirella_Minkman_Developing_Integrated_Care.pdf.
10. Vries N de, Spijker A, Vasse E, Jansen I, Koopmans R, Vernooij-Dassen M, Schoonhoven L. Ketenindicatoren voor dementie. Nijmegen: IQ Healthcare; 2009.

M. Veerbeek, sociaal psycholoog. Sinds 2006 wetenschappelijk medewerker bij het programma Ouderen van het Trimbos-instituut. Projecten onder andere over de toegankelijkheid en effectiviteit van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen, kleinschalige wijkgerichte zorg en de zachte factoren van samenwerking binnen dementienetwerken.