



Hans Gerritsen, Peter van Linschoten, Henk Nies en Clemens Romijn

NETWERKEN IN
DE GESPECIALISEERDE
GEZONDHEIDSZORG
VOOR OUDEREN

ITS wetenschap voor beleid en samenleving, Nijmegen

NETWERKEN IN DE GESPECIALISEERDE GEZONDHEIDSZORG
VOOR OUDEREN

Netwerken in de gespecialiseerde gezondheidszorg voor ouderen

Hans Gerritsen
Peter van Linschoten
Henk Nies en Clemens Romijn



De particuliere prijs van deze uitgave is f 25,-.
Deze uitgave is te bestellen bij het ITS, 024 - 365 35 00.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK DEN HAAG

Romijn, C.

Netwerken in de gespecialiseerde gezondheidszorg voor ouderen. / Hans Gerritsen,
Peter van Linschoten, Henk Nies, & Clemens Romijn- Nijmegen: ITS
ISBN 90 - 5554 - 169 - 9
NUGI 732

© 2001 ITS, Stichting Katholieke Universiteit te Nijmegen

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, en evenmin in een retrieval systeem worden opgeslagen, zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van het ITS van de Stichting Katholieke Universiteit te Nijmegen.

No part of this book/publication may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

Voorwoord

Het boek dat voor u ligt vormt de weerslag van ervaringen opgedaan in vijf experimenten rond netwerkvorming zoals die onder meer zijn vastgelegd met behulp van een evaluatieonderzoek. Het boek is bedoeld om deze ervaringen zo beknopt en helder als mogelijk weer te geven en op deze wijze over te dragen aan geïnteresseerden in de andere gezondheidsregio's in Nederland, waar nog niet is geëxperimenteerd met netwerkvorming. Het werkboek is ook bedoeld als houvast (als naslagwerk of inspiratiebron) voor deelnemers aan de verschillende werkconferenties die in hetzelfde kader hebben plaatsgevonden: het overdragen van ervaringen met netwerkvorming opgedaan in de vijf experimenten.

De auteurs van het boek zijn alle nauw betrokken geweest bij de experimenten rond netwerkvorming. Henk Nies was projectleider van het geriatrisch netwerk Utrecht, Hans Gerritsen en Peter van Linschoten hebben leiding gegeven aan het geriatrisch netwerk in Friesland en Clemens Romijn was verantwoordelijk voor de landelijke evaluatiestudie. De auteurs zijn veel dank verschuldigd aan de leden van de redactiecommissie die eerdere versies van dit werkboek van inspirerend commentaar hebben voorzien.

De redactiecommissie heeft bestaan uit:

Fraukje Boersma, verpleeghuisarts Stichting Zorgcentra Moerborch;
Simon Groen, klinisch geriater Nederlandse Vereniging voor Geriatrie;
Ad Plaisier, onderzoeker Prismant;
Paul Robben, sociaal geriater Altrecht te Utrecht;
Monique Rozendaal, beleidsmedewerker Parnassia Den Haag;
Suzan Vroemer, projectleider Netwerk Geriatrie Maaslandziekenhuis.

Inhoudsopgave

Voorwoord	v
Inleiding	1
Deel I - Achtergronden	3
Achtergronden van netwerkvorming	5
Wat is een netwerk geriatrie?	7
Welke doelstellingen kent een netwerk geriatrie?	7
Netwerkvorming: Wat is mogelijk?	9
Netwerkvorming: Langs welke weg?	11
Het maken van een start	12
Deel II - Modules voor netwerkvorming	15
Inleiding	17
Module I: Casuïstiek-bespreking / refereerbijeenkomsten	17
Module II: Themabijeenkomsten	18
Module III: Het maken van een protocol	19
Module IV: Deskundigheidsbevordering	20
Module V: Consulten	21
Module VI: Geriatrische diagnostiek en behandeling in streekziekenhuizen	26
Deel III - Het proces van netwerkvorming: kritische succes- en faalfactoren	29
Inleiding	31
Consensusvorming: een kenmerkend verloop	31
Leerpunten uit de experimenten	32
Bijlage A: Ontwikkeling van de projecten en bekostigingsmogelijkheden	39
Bijlage B: Voorbeeld van een protocol	41

Inleiding

Dit werkboek gaat over het inrichten van netwerken in de geriatrie. In het werkboek is de kennis en ervaring verwerkt die is opgedaan in vier proefregio's. Tussen 1996 en 1999 heeft het Ministerie van VWS experimenten laten uitvoeren in Utrecht, Friesland, Midden Brabant (rond Tilburg), Den Haag en Zuid-Limburg. De experimenten zijn zeer verschillend van opzet en uitwerking en bieden daardoor een schat aan ervaring waar anderen hun voordeel mee kunnen doen. Met het werkboek is beoogd op een overzichtelijke manier de ervaringen van de experimenten met netwerkvorming in de proefregio's te presenteren. Het werkboek biedt daarbij geen vastomlijnd plan voor hoe een netwerk te vormen is, wel wordt een reeks van mogelijkheden aangereikt die afhankelijk van de eigen ambities en de regionale agenda gebruikt kunnen worden.

Het werkboek is opgebouwd uit een aantal *modules* voor netwerkvorming. In deze modules is beschreven op welke wijze de kwaliteit van de geriatrische hulpverlening in de regio door netwerkvorming kan worden verbeterd. De modules zijn gerangschikt naar wat we 'bindingsintensiteit' noemen. Invoering van sommige modules veronderstelt een hechtere binding tussen leden van het netwerk dan andere modules. Refereer-bijeenkomsten of het organiseren van themabijeenkomsten bijvoorbeeld vereisen een minder hechte samenwerking tussen deelnemers dan het implementeren van een protocol waarin is vastgelegd wie wat precies doet bij hulpverlening aan ouderen met geriatrische problematiek.

Met het inrichten van een netwerk geriatrie - onder gebruikmaking van één of meer van de in dit werkboek beschreven modules - zijn zorginhoudelijke doelstellingen te realiseren, maar ook meer randvoorwaardelijke doelstellingen. Met dit laatste zijn bedoeld maatregelen die ondersteunend kunnen zijn voor het komen tot effectieve zorg, bijvoorbeeld door het realiseren van een betere organisatie van patiëntenstromen en afstemming of door het verbeteren van de informatie over verwijsmogelijkheden.

De opbouw van dit werkboek is als volgt:

- in het eerste deel van dit werkboek geven we een aantal achtergronden van netwerkvorming in de geriatrie. We gaan in op het waarom van netwerkvorming en eerder gevoerd beleid op dit vlak;
- In het tweede deel geven we een inhoudelijke omschrijving van de modules van netwerkvorming en de meest passende uitgangssituatie voor ieder van de modules. We geven ook een indruk van de effecten die met ieder van de modules zijn te realiseren.
- In het derde deel gaan we in op de wijze waarop modules het best kunnen worden ingevoerd. We geven een beschrijving van de verschillende stappen die daarbij te nemen zijn en de *do's en don'ts* die daarbij in acht zijn te nemen.

In de bijlage is een aantal handige tips opgenomen over financieringsmogelijkheden voor de verschillende activiteiten in het kader van netwerkvorming.

Deel I

Achtergronden

Achtergronden van netwerkvorming

In onze samenleving is de aandacht voor de zorg voor ouderen en dan in het bijzonder de geneeskunde voor ouderen sterk toegenomen. Toch ligt er in de beeldvorming nog steeds een sterke nadruk op verzorging en verpleging. Het lijkt nog steeds alsof bij ouderen er alleen maar mogelijkheden voor verzorging en verpleging zijn. Dit beeld doet onrecht aan de vele mogelijkheden voor herstel die er bij ouderen vaak nog zijn. Gelukkig komt in deze fatalistische opvatting over gezondheid voor ouderen snel verandering. De klinische geriatrie, maar ook de ouderenpsychiatrie staan tegenwoordig duidelijk op de kaart. De verpleeghuisgeneeskunde en de sociale geriatrie zijn zich eveneens aan het professionaliseren en ontwikkelen zich tot actieve disciplines. En dat is nodig ook want de dubbele vergrijzing heeft tot gevolg dat geriatische problematiek steeds vaker voorkomt: er komen steeds meer patiënten op hogere leeftijd met complexe problematiek door meervoudige lichamelijke aandoeningen en afhankelijkheid, veelal verweven met psychiatrische of psychosociale aspecten en een zwak sociaal netwerk. De klinische geriatrie komt voort uit het besef dat vanwege een geheel eigen dynamiek van deze problematiek een speciale samenhangende aanpak nodig is. En dat werkt, zo blijkt uit wetenschappelijk onderzoek.

Naast een zorginhoudelijk argument is er ook een organisatiekundig argument dat mede richting geeft aan de vorm waarin het stimuleren van de gespecialiseerde gezondheidszorg voor ouderen moet worden gezocht. Er is immers meer specialisatie en opdeling van werkzaamheden opgetreden, waardoor de behoefte aan coördinatie is toegenomen. Getuige van deze specialisatie is het ontstaan van de hierboven al geïntroduceerde kernfuncties klinische geriatrie, de sociale geriatrie, de ouderenpsychiatrie en de verpleeghuisgeneeskunde (Duursma et al., 1996). Daarnaast zijn opleidingen, aantekeningen en belangengroeperingen voor paramedische en psychosociale disciplines ontstaan, zoals de geriatisch verpleegkundige en de psychogerontoloog. Ook is een enorme diversificatie van het zorgaanbod te zien: alle genoemde functies worden niet meer zoals voorheen uitsluitend klinisch of uitsluitend ambulant uitgeoefend, maar op meer locaties en in uiteenlopende samenwerkingsverbanden. De gespecialiseerde gezondheidszorg voor ouderen is ten opzichte van al deze functies en zorgvormen bedoeld als een integrerend, multi-disciplinair specialisme.

In 1995 stond het Ministerie van VWS voor de opdracht om een nieuwe impuls te geven aan dit streven naar integratie van zorgvormen met behulp van geriatrie. Daarbij stond het gezien het voorgaande voor twee vraagstukken:

- Hoe zorgen we ervoor dat zoveel mogelijk ouderen profiteren van de in capaciteit beperkte geriatrie?
- Hoe kunnen we coördinatie aanbrengen tussen tal van gespecialiseerde disciplines en functies in de ouderenzorg, zoals klinische geriatrie, ouderenpsychiatrie, sociale geriatrie en verpleeghuisgeneeskunde, en de verschillende zorgvoorzieningen.

Deze vraagstukken vormden in feite de achtergrond van de Beleidsbrief Geriatrie van de toenmalige bewindslieden van VWS, Terpstra en Borst, die in september 1995 uitkwam (Tweede Kamer, 1994-1995). Kern van de brief was de stellingname dat er op het niveau van de gezondheidsregio's netwerken geriatrie tot stand zouden moeten worden gebracht om tot meer samenhang in de zorgverlening te komen. De brief nam het eerdere beleid ten aanzien van de klinische geriatrie als vertrekpunt, namelijk dat in elke gezondheidsregio één afdeling klinische geriatrie moet zijn. Deze moet ingebed worden in een regionaal netwerk van andere ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg, huisartsen en RIAGGs. De idee hierachter was dat veel geriatrische patiënten met meer voorzieningen in aanraking komen. Bovendien is niet voor alle geriatrische patiënten een ziekenhuisopname aan de orde. Als dat al het geval is, dan moet zo spoedig mogelijk ontslag naar de eigen omgeving worden gerealiseerd. De bewindslieden benadrukten in hun beleidsbrief het belang van continue communicatie en afstemming tussen verschillende disciplines en aanbieders om geriatrische patiënten op de juiste plaats de juiste hulp te bieden om een zo goed mogelijk behandelresultaat te behalen.

Vanuit deze beleidsvisie zette het Ministerie vier experimenten met regionale netwerkvorming in gang: in Friesland, Midden-Brabant (Tilburg e.o.), Den Haag en de gezondheidsregio Utrecht. Kort daarna, nam de provincie Limburg het initiatief om in de gezondheidsregio Zuid-Limburg ook een Netwerk Geriatrie op te zetten. Doel van de experimenten was het onderzoeken van de meerwaarde en de beleidsmatige en bestuurlijke randvoorwaarden. De netwerken zouden zich vooral moeten richten op de ontwikkeling van de preventieve functie van de geriatrie, de uitwisseling van en het overdragen van geriatrische expertise die bij de verschillende beroepsbeoefenaren aanwezig is (bijvoorbeeld via deskundigheidsbevordering en consultatie), de ontwikkeling van geriatrische hulpverlening in de ziekenhuizen waar geen afdeling geriatrie is en de afstemming van patiëntenstromen tussen de diverse voorzieningen in het Netwerk. Het Ministerie van VWS en de experimenteer-regio's hadden bij de ontwikkeling van de netwerken zowel de verbetering van de feitelijke hulpverlening als de beleidsmatige afstemming tussen de betrokken voorzieningen en hulpverleners voor ogen. De projecten netwerk geriatrie zijn inmiddels allemaal afgerond. Vier experimenten zijn extern

geëvalueerd door het Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen (ITS). Bij één experiment is dat gebeurd door de universiteit van Maastricht.

Het werkboek dat voor u ligt is de weerslag van de - op schrift gestelde - ervaringen van projectleiders van de vijf experimenten en het onderzoeksverslag van het ITS. Het boek is bedoeld als instrument om andere regio's in staat te stellen optimaal gebruik te maken van de ervaringen opgedaan in de experimenten zodat ook hier netwerken tot stand komen waarmee meer cliënten op een meer adequate wijze kunnen worden geholpen. Voorafgaand aan publicatie van dit werkboek hebben zeven werkconferentie plaatsgevonden (voor in het totaal 21 gezondheidsregio's) waarin eveneens verslag is gedaan van de bevindingen en concreet gewerkt is aan het opstarten van netwerkvorming.

Wat is een netwerk geriatric?

Een wat lastig geformuleerde maar algemeen geaccepteerde omschrijving van een netwerk is die van Van Gils (1978). Hij omschrijft een netwerk als een 'cluster van wederzijds afhankelijke organisaties, die zich op enigerlei wijze gebundeld hebben om als collectiviteit een bepaald doel te bereiken'. Kenmerkend is de lichte bindingsintensiteit van de vorm, dat wil zeggen, dat leden makkelijk tot het netwerk kunnen toetreden, maar ze kunnen er ook makkelijk uitstappen; het zijn fluïde vormen van samenwerking. Het voordeel is dat deze structuren zich snel kunnen aanpassen aan een veranderende omgeving, het nadeel is dat ze daardoor weinig verplichtend zijn. Overigens kunnen netwerken nadrukkelijk variëren in termen van bindingsintensiteit, soms kan er sprake zijn van heel vaste en hiërarchische lijnen, maar meestal gaat het om losse (en 'platte') vormen van samenwerking. Als het gaat om het vormen van netwerken dan gaat het in de kern om een proces waarbij een aantal *verschillende* organisaties, of - meestal - individuen in *verschillende* organisaties in onderlinge samenwerking activiteiten (proberen te) ontwikkelen, gericht op het realiseren van *gemeenschappelijke* doelstellingen.

Welke doelstellingen kent een netwerk geriatric?

Hierboven hebben we het gehad over verschillende organisatorische verschijningsvormen van netwerken, nu dan de vraag wat je met een netwerk zou kunnen (en willen) bereiken. Wat zijn de beweegredenen? Welke doelen streef je na?

De voornaamste inhoudelijke beweegredenen voor een netwerk geriatric is het realiseren van een maximale inzet voor het (waar mogelijk) bevorderen en handhaven van zelfstandigheid van ouderen met name door het tijdig en gericht uitvoeren van interventies die een cascade van negatieve ontwikkelingen die deze zelfstandigheid bedreigen tegengaan.

Het centrale uitgangspunt van een netwerk geriatrie is dat juist de geriatrie - vanuit een curatieve inbreng - bij uitstek geschikt is een brug te slaan tussen (hulpverleners uit) verschillende sectoren op zo'n manier dat die interventies een maximaal effect hebben. Met name als het gaat om (hoog) bejaarden met complexe en a-specifieke vragen.

Op hoofdlijnen is dit te realiseren door enerzijds patiënt-gebonden anderzijds door niet patiënt-gebonden activiteiten. Patiënt-gebonden doelstellingen zijn er in drie vormen. Het kan gaan om:

- (a) het verbeteren van de directe patiëntenzorg (in zorg-inhoudelijke zin);
- (b) het realiseren van (meer) mogelijkheden voor collectieve patiëntenzorg bijvoorbeeld door het mogelijk maken voor onderzoek en behandeling voor alle oudere inwoners van een regio en
- (c) het bieden van consulten aan huisartsen of bij medisch specialisten in de cure en/of medewerkers in de care sector ten behoeve van hun cliënten of patiënten.

Niet-patiënt gebonden doelstellingen zijn:

- Kennisoverdracht en deskundigheidsbevordering;
- Mogelijkheden voor vroegsignalering/ preventie realiseren;
- Randvoorwaardelijke doelstellingen, met name het verbeteren van informatie en communicatie, het werken aan ketenontwikkeling voor geriatrische patiënten en het stroomlijnen van transities in de zorg.

Schema 1 - Doelstellingen van een netwerk geriatrie

<p>Patiënt-gebonden doelstellingen</p> <p>(a) het verbeteren van de zorg;</p> <p>(b) mogelijkheden voor onderzoek en behandeling en</p> <p>(c) consulten aan huisartsen of bij medisch specialisten.</p> <p>Niet-patiënt gebonden doelstellingen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Kennisoverdracht en deskundigheidsbevordering;• Mogelijkheden voor vroegsignalering/ preventie realiseren;• Randvoorwaardelijke doelstellingen.

Deze doelstellingen kunnen gelijktijdig, maar ook apart worden nagestreefd. In het verlengde van een nadruk op een of meer doelstellingen ligt ook een combinatie van een of meer vormen en activiteiten in het netwerk geriatrie. Ligt de nadruk op directe patiëntenzorg dan kan bijvoorbeeld gekozen worden voor een polikliniek waar geriatrische

diagnostiek kan worden geboden, ligt de nadruk op ondersteuning van huisartsen dan liggen gestructureerde contacten op HAGRO-niveau in de rede.

Netwerkvorming: wat is mogelijk?

Zoals al gezegd, dit boek biedt geen vast omlijnd stappenplan. We presenteren een aantal modules die kunnen worden ingezet om (verdere) netwerkvorming te realiseren. Welk van de modules is in te zetten is afhankelijk van uw regionale situatie. Hoe bepaal je nu welke module geschikt is, welke module zou je kunnen invoeren, welke is te hoog gegrepen? Uit onze ervaring blijkt dat een goede inschatting van de 'bindingsintensiteit' in een regio een belangrijke voorwaarde is om een goede keuze te maken en - voor uw eigen regio - haalbare doelen te stellen.

Met bindingsintensiteit is dan bedoeld de mate waarin er op bestuurlijk maar vooral ook op uitvoerend niveau sprake is van samenwerking tussen instellingen bij ouderen met geriatrische problematiek.

De regionale situatie en de bindingsintensiteit tussen instellingen

Hoe is nu een goede inschatting te maken van die bindingsintensiteit? Twee zaken zijn daarbij van belang. Op de eerste plaats gaat het om een goede inschatting van de mate waarin door instellingen/professionals betrokken bij de ouderenzorg *de facto* wordt samengewerkt met name bij de *concrete hulpverlening* aan ouderen met geriatrische problematiek. U kunt een dergelijke inschatting maken door uw eigen observaties nog eens op een rij te zetten of met collega's te overleggen om tot een gezamenlijke inschatting te komen. In principe kunt u op die manier redelijk snel tot een oordeel komen ten aanzien van de vraag door hoeveel instellingen ongeveer wordt samengewerkt en op welke terreinen dit het geval is. Is er praktisch geen samenwerking dan komen een aantal modules voor uw regio (nog) niet in aanmerking. Is er veel samenwerking dan komen complexere modules (bijvoorbeeld het maken van protocollen -vergaande afspraken over taakverdelingen tussen instellingen) in het vizier. Een ander ankerpunt vormt het bepalen van de mate waarin er verschillen van inzicht bestaan tussen instellingen/professionals in uw regio en op welke punten dit het geval is. Is er sprake van conflicten, scherpe of minder scherpe tegenstellingen, komen visies overeen of laat men elkaar eerder onverschillig? Als er scherpe conflicten zijn tussen instellingen is het wellicht wijs (vooralsnog) de betreffende instellingen niet bij netwerkvorming te betrekken, ditzelfde geldt als er tussen instellingen nauwelijks gezamenlijke interesses zijn. Een inschatting van de intensiteit van samenwerking en de kwaliteit van de relaties tussen de verschillende instellingen (dus het al dan niet aanwezig zijn van conflicten) leert iets over de ruimte die men heeft om (bepaalde modules van) netwerkvorming te realiseren. We raden aan om zo concreet mogelijk in beeld te brengen hoeveel ruimte er is voor netwerkvorming,

lieft zelfs cijfermatig, bijvoorbeeld door voor uw regio schattingen te maken op een schaal lopend van 1- 10, waarbij 1 staat voor praktisch geen samenwerking en 10 voor samenwerking op nagenoeg alle terreinen etc.

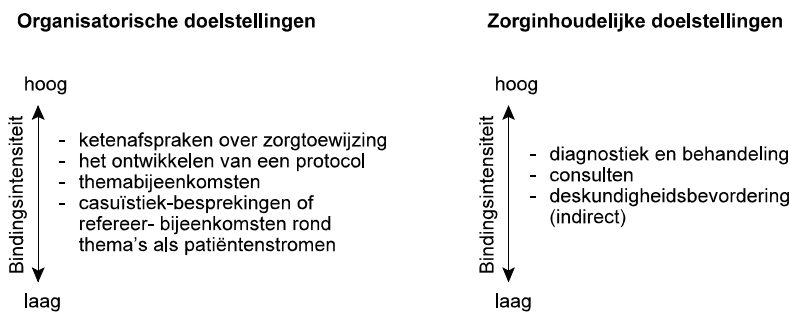
Bindingsintensiteit en de modules voor netwerkvorming

Zoals hierboven al aangegeven is een onderscheid te maken naar organisatorische en zorginhoudelijke doelstellingen. In principe is netwerkvorming dan ook te realiseren met behulp van modules gericht op organisatorische en modules gericht op zorginhoudelijke samenwerking.

Modules ten behoeve van vooral organisatorische doelstellingen, zijn relatief gezien eenvoudiger te realiseren dan modules waarbij zorg-inhoudelijke doelstellingen centraal staan. Immers vaak veronderstellen zorg-inhoudelijke interventies (zoals geriatrische consulten) een hechte organisatorische (en vaak ook financiële) basis.

Binnen beide soorten doelstellingen is dan weer onderscheid te maken naar netwerkvorming variërend van modules die een lage bindingsintensiteit tussen instellingen veronderstellen tot modules die een hoge bindingsintensiteit veronderstellen. In onderstaand schema zijn de modules die we gaan introduceren opgenomen en ingedeeld naar het soort doelstelling - in termen van organisatorische en zorginhoudelijke doelstellingen - dat men wil nastreven en die bindingsintensiteit. Het schema laat voorts zien welke module is in te zetten bij welke 'bindingsintensiteit'.

Schema 2 - Modules van netwerkvorming



Zoals te zien is zijn links in het schema de activiteiten genoemd gericht op het realiseren van organisatorische doelstellingen. De doelstellingen onderaan in het schema zijn redelijk eenvoudig te realiseren omdat ze geen groot commitment van vragen van mensen die er aan willen deelnemen. Dit is heel anders bij de doelstellingen verderop in het rijtje. Het maken van keten-afspraken bijvoorbeeld vergt duidelijk meer commitment. Partijen staan in meer of mindere mate bevoegdheden af ten gunste van een samenwer-

kingsverband. Daaronder zijn een aantal zorg-inhoudelijke activiteiten weergegeven. Ook hier geldt hetzelfde principe.

Deskundigheidsbevordering is relatief gezien weinig verplichtend. Professionals die te maken hebben met ouderen met geriatrische problematiek en die niet of in mindere mate beschikken over expertise op dit vlak krijgen gericht scholing ten aanzien van geriatrische thematiek. De andere twee modules - consulten van geriatrische specialisten aan niet-geriatrisch geschoolde hulpverleners en geriatrische diagnostiek en behandeling - zijn complexer en veronderstellen een hoge bindingsgraad en meer of minder duurzame financiering.

Netwerkvorming: langs welke weg?

Een heel centraal element bij het vormen van een netwerk is de ontwikkeling van een visie. De wil om tot een netwerk te komen is te zien als een succesvolle vertaling van onvrede over het functioneren van de zorgverlening aan ouderen. Het kan daarbij gaan om het feit dat men vindt dat er te veel en te lange wachtlijsten zijn, men moeilijkheden ondervindt om mensen op de juiste plek op het juiste moment behandeld te krijgen, of dat bepaalde doelgroepen buiten voorzieningen vallen, dat er gebrek aan afstemming is en er onduidelijkheden bestaan rond de (door)verwijzing, onbekendheid met voorzieningen, de afstemming met de RIO's etc. Die onvrede vertaalt zich dan in een visie op de problematiek, soms gebeurt dat in termen van ideële uitgangspunten die richting geven aan vervolgactiviteiten, soms in meer operationele termen, dat wil zeggen een visie op de inrichting van de regionale infrastructuur voor geriatrische patiënten. Visie-ontwikkeling staat op haar beurt weer in dienst van het proces van consensusvorming tussen partijen in het netwerk. Dit proces is essentieel om concrete en gemeenschappelijke doelstellingen te kunnen formuleren en tot meer verplichtende vormen van samenwerking te komen.

Vertrekpunt

Er kunnen overigens verschillende profielen van netwerken ontstaan. Welk profiel dat is, is afhankelijk van een aantal keuzes dat wordt gemaakt. Welke sector is het vertrekpunt, gaat het om één of meer disciplines, wordt gestart met een globaal plan of met een meer gedetailleerd plan, wordt een stap voor stap aanpak gekozen of ontwikkelt men gelijktijdig activiteiten. Wanneer we de werkwijze overzien die in de vijf experimentele projecten is gevolgd om de netwerken tot stand te brengen dan zijn drie verschillende profielen te onderkennen. Deze zijn:

Model A: een doelgestuurd netwerk. Kenmerk van dit model is dat netwerkvorming langs identieke lijnen en volgens een redelijk gedetailleerd plan van aanpak in verschillende subregio's van de gezondheidsregio wordt uitgevoerd. Het vertrekpunt van netwerkvorming is gelegen bij een van de vier kernfuncties, namelijk de klinische geriatrie. Het domein is hoofdzakelijk beperkt tot de cure. De stappen van netwerkvorming worden *na elkaar* genomen. Daarbij geldt dat als voorwaarde voor het realiseren van elke fase van netwerkvorming, de voorgaande fase met succes wordt afgesloten. Deze werkwijze is gevolgd in Friesland.

Model B: een doelzoekend netwerk. Werkend vanuit globale uitgangspunten wordt - in voortdurend overleg tussen de disciplines - het netwerk concreet gestalte gegeven. Het domein van deze projecten is breder, namelijk cure en care. Kenmerk van dit model is dat de stappen om tot netwerkvorming te komen *tegelijktijd* worden genomen en vanuit meerdere disciplines. Deze werkwijze is gevolgd in Midden-Brabant en Utrecht.

Model C: een netwerk als monitor

Dit model voorziet in een feedback systeem inzake het functioneren van de ouderenzorg in relatie tot ouderen met geriatrische problematiek. Deze feedback wordt gegeven aan bestaande gremia in de ouderenzorg. Daarnaast worden projecten gedefinieerd die geacht worden bij te dragen aan het oplossen van knelpunten in het systeem. Deze werkwijze is gevolgd in Den Haag.

Het maken van een start

Een belangrijke vraag is uiteraard: Wie neemt het initiatief? Met deze publicatie richten we ons in principe op de professionele hulpverlener betrokken bij de hulpverlening aan ouderen met geriatrische problematiek. We hopen dat dit werkboek één of meerdere van hen inspireert om het initiatief te nemen om met netwerkvorming te beginnen of - wellicht correcter - bestaande netwerken in dit werkveld te verstevigen of uit te breiden. De eerste stap in het proces van netwerkvorming is het oprichten van een initiatiefgroep van professionals en managers die (verdere) netwerkvorming voorstaan.

In principe zijn dan vanuit deze werkgroep de stappen te nemen op weg naar netwerkvorming zoals die hiervoor beschreven zijn.

Dus

- het maken van een - globale - inventarisatie van bestaande netwerken en samenwerkingsverbanden die men bij verdere netwerkvorming zou kunnen betrekken, bij voorkeur uiteraard die verbanden waar men zelf al deel van uit maakt;
- aan de hand van die inventarisatie antwoord geven op de vraag naar de mogelijke en gewenste bindingsintensiteit van de netwerken; Belangrijke aandachtspunten bij deze

inventarisatie zijn: motieven om aan netwerkvorming deel te nemen, de rol die ieder van de organisaties/professionals in het netwerk zou kunnen/willen spelen, voor de regio kenmerkende knelpunten, eerdere projecten op het gebied van hulpverlening aan ouderen met geriatrische problematiek en de slaag- en faalfactoren daarbij, aard en intensiteit van bestaande samenwerkingsverbanden, de bindingsintensiteit kortom.

- op basis van deze inventarisatie is dan een keuze te maken welke module of modules worden ingezet in de regio.
- als centraal bindend element daarbij het ontwikkelen van een visie op de problematiek.

In principe kan een netwerk in de geriatrie uit twee ringen bestaan. De eerste en tegelijk meest centrale ring bestaat uit twee of meer vertegenwoordigers van de vier beroepsgroepen/sectoren werkzaam in het geriatrisch werkveld. De tweede ring bestaat uit professionals die werkzaam zijn in de algemene gezondheidszorg (ziekenhuizen, huisartsen, werknemers in verzorgingshuizen en de thuiszorg bijvoorbeeld). Het is ook weer afhankelijk van de vraag tot hoever men wil gaan bij het inrichten van het netwerk of het netwerk alleen uit de eerste of ook uit beide ringen dient te bestaan.

Start in elk geval altijd met het inrichten van de eerste ring, (bij voorkeur in de cure-sector) en betrek met name professionals en managers die elkaar (redelijk goed) kennen. Als de initiatief groep is uitgebreid met de (beoogde) netwerkpartners is het zaak dat een keuze wordt gemaakt voor de aard en (het aantal) van de te nemen stappen die men wil nemen in de netwerkvorming.

Kortom, start met netwerkvorming als voorzien is in het volgende:

- een initiatiefgroep
- duidelijkheid over het draagvlak voor een netwerk.
- potentiële netwerkpartners gepolst/betrokken
- een plan voor de invoering van een of meerdere van de modules voor netwerkvorming.

In het navolgende deel II zullen we nu eerst de inhoudelijke kanten van netwerkvorming gaan bespreken i.e de verschillende modules van netwerkvorming. In deel III gaan we in op het hoe van netwerkvorming.

Deel II

Modules voor netwerkvorming

Inleiding

We presenteren hieronder nu de verschillende modules. We starten met de bespreking van de organisatorische modules, daarna gaan we in op de zorg-inhoudelijke. Achtereenvolgens komen aan de orde:

- casuïstiek-besprekingen/refereerbijeenkomsten
- thema-bijeenkomsten
- het maken van een protocol
- deskundigheidsbevordering
- consulten
- geriatrische diagnostiek en behandeling in streekziekenhuizen

Module I: Casuïstiek-besprekingen / refereerbijeenkomsten

Casuïstiek-besprekingen tussen professionals zijn heel eenvoudig te realiseren. Ze hebben immers - in principe althans - een niet al te verplichtend karakter. Deze activiteit past dan ook goed binnen netwerken met een lage bindingsintensiteit. Casuïstiek-besprekingen komen het meest tot hun recht als het gaat om ouderen die bij meerdere bij de bespreking betrokken professionals in behandeling zijn (of zullen zijn). Uit het ITS-onderzoek blijkt dat dit soort besprekingen al kunnen leiden tot een duidelijk effect. Onderstaand voorbeeld illustreert dat duidelijk:

Door de geriater van het ziekenhuis wordt in de casuïstiek-bespreking een man ingebracht van 78 jaar, met een delirant beeld en met een trombose been, die in het ziekenhuis opgenomen is geweest. Echtgenote heeft aangegeven geen ruimte meer te hebben voor thuisplaatsing. Zij ziet geen mogelijkheden haar man in zijn proces te begeleiden, of te corrigeren in zijn ongeremd reactiepatroon. Bij ontslag was er sprake van enig herstel. Er is intensieve thuiszorg (nachtverpleging), met plaatsingsgarantie in het verpleeghuis geregeld. Daarnaast is er opstarthulp van de reguliere thuiszorg en 7 dagen dagbehandeling-opvang in het verpleeghuis. Een pakket van voorzieningen, dat geboden wordt in afwachting van een definitieve opname, als oplossing van de problemen.

Bij de bespreking van deze casus wordt overwogen of de genomen maatregelen hier op hun plaats zijn en of bij het samenstellen van het zorgplan voldoende rekening is gehouden met herstel van de patiënt en hervinden van evenwicht in de relatie met zijn echtgenote. Het ziekenhuis heeft een zwaar zorgarrangement tot stand gebracht om de patiënt - ondanks het ernstig verstoorde evenwicht - verantwoord te kunnen ontslaan. De discussie over de noodzaak van deze aanpak vloeit voort uit de ervaring die inmiddels binnen een verpleeghuis met de patiënt was opgedaan. Naar aanleiding

daarvan was de zorgverlening ten tijde van de discussie al gereduceerd. Verslagen van de dagbehandeling van het verpleeghuis gaven positieve ontwikkelingen te zien. De echtgenote kreeg gaandeweg weer vertrouwen in de situatie. Besloten werd tot een geleidelijke afbouw van voorzieningen. Opheffen van de nachtverpleging. Vermindering van dagbehandeling naar 3 keer per week en de opnamevraag voorlopig terugverwijzen naar de urgentielijst. Na enkele maanden was de situatie gestabiliseerd.

Er zijn meer voordelen verbonden aan systematische casuïstiek besprekingen. Zo is er ook de mogelijkheid om informatie uit te wisselen over hoe het best om te gaan met ouderen met geriatrische problematiek (intervisie functie) en de mogelijkheid om op de hoogte te blijven van ontwikkelingen en innovaties binnen de beroepsgroepen en instellingen. In principe zijn alle professionals betrokken bij de zorg voor ouderen met geriatrische problematiek uit te nodigen voor dit soort bijeenkomsten, geriateren, ouderenpsychiaters, verpleeghuisartsen, al verdient het aanbeveling het aantal deelnemers - in eerste instantie - beperkt te houden.

Het organiseren van dit soort bijeenkomsten is vrij eenvoudig. Een tijdstip aan het eind van de dag blijkt vaak het meest geschikt en een ruimte is - ook informeel - vaak goed te regelen.

Module II: Themabijeenkomsten

Bijeenkomsten organiseren met en voor professionals rond bepaalde thema's is een netwerkactiviteit die eveneens vrij makkelijk is te realiseren, wellicht dat het meer voorbereidingstijd vergt dan het organiseren van casuïstiek besprekingen. Maar ook themabijeenkomsten zijn weinig verplichtend: een lage bindingsintensiteit volstaat. Een beproefd concept is het café-geriatrie, zoals ontwikkeld in twee van de experimenten (Utrecht en Zuid-Limburg). In principe vindt door middel van dit soort bijeenkomsten voorlichting plaats door professionals uit de eerste ring van het netwerk aan professionals werkzaam in het bredere werkveld van de ouderenzorg en die in aanraking (kunnen) komen met kwetsbare ouderen. Bruikbare en voor het bredere werkveld goed herkenbare thema's zijn 'verwaarlozing', 'storend gedrag', 'opvang na ontslag uit het ziekenhuis'.

De geringe inspanning om themabijeenkomsten te organiseren kan net als bij casuïstiek-besprekingen verbluffend effectief zijn. Het ITS-onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat dit soort bijeenkomsten vaak het startpunt vormen voor professionals om nadere samenwerkingsafspraken te maken over (andere vormen van) deskundigheidsbevordering of verwijzingsprocedures. Ook roept het vraag naar geriatrische hulp op, bijvoorbeeld concrete verzoeken om consulten of verwijzingen naar afdelingen

of poliklinieken geriatrie. *'Je kent elkaar beter (daardoor), en je hebt dan ook sneller contact als het nodig is'*, zo luidde een veel gehoorde evaluatie tijdens de experimenten.

Module III: Het maken van een protocol

Als u één of beide voorgaande activiteiten met uw netwerkpartners weet te organiseren ligt netwerkvorming naar een wat hogere bindingsgraad al binnen bereik, maar in elk geval is netwerkvorming in het geriatisch werkveld als zodanig is in uw regio al een feit. Immers, er zijn bindingen gelegd (of geïntensiveerd) tussen de verschillende geriatische specialismen en op de tweede plaats vindt er vanuit of namens deze beroepsgroepen een zekere voorlichting plaats over geriatische thematiek aan professionals die niet over deze gespecialiseerde kennis beschikken. De effecten van deze acties zijn duidelijk waarneembaar, maar het is onwaarschijnlijk dat er sprake is van echt structurele effecten. Een manier om wel structurele versterking van de samenwerkingsrelaties te bereiken is door middel van *het ontwikkelen van een protocol*. Met een protocol is bedoeld een set van afspraken tussen instellingen over taakverdeling, criteria voor verwijzing of richtlijnen voor diagnostiek. In de experimenten rond netwerkvorming is dit gedaan rond de screening van ouderen met psychogeriatrische problematiek. Het moge duidelijk zijn dat lokale omstandigheden en knelpunten uitmaken voor welke problematiek in uw geval precies is te kiezen.

Een voorbeeld van hoe u te werk kunt gaan is hieronder gegeven. Het is uit de praktijk van een van de experimenten genomen.

Het team dat de protocol ontwikkeling ter hand heeft genomen bestaat uit de klinisch geriater, een arts-geriater van uit de GZZ, een neuroloog en neuropsycholoog en een verpleeghuisarts. Het team probeert - onder leiding van een extern voorzitter - een gemeenschappelijke noemer te vinden in de onderscheiden taken en functies van de deelnemende instellingen door de vragen waarmee men in de praktijk te maken heeft.

De taken die het team zich stelt zijn :

- (1) oplossingen te bieden voor het inhoudelijke (screenings)vraagstuk, dus het uitzoeken welke onderzoekingen precies nodig zijn bij het vermoeden van psychogeriatrische problematiek bij ouderen, en*
- (2) zorg te dragen voor de implementatie van het protocol bij de eigen achterban.*

Men heeft deze klus geklaard in twee stappen. Allereerst heeft men gezocht naar inhoudelijke consensus. Concreet heeft dit geleid tot:

- een overzicht - in clusters - van de vragen die de behandelaars voorgelegd krijgen,*
- een begrippenkader in termen van lichte, matige en ernstige dementie en*
- een protocol m.b.t. medisch onderzoek, psychologisch onderzoek en het onderzoek m.b.t. de psychosociale gegevens.*

Het protocol is ingebracht op een werkconferentie om te bepalen wie wat doet, op welk moment en in overleg met wie. De conferentie heeft geleid tot een taakverdeling tussen de professionals (verpleeghuisartsen, psycholoog, neuroloog, sociaal -geriater) en huisartsen in de regio.

Een uitvoerige beschrijving van het protocol is vervaardigd door het projectteam dat leiding heeft gegeven aan het experiment in Midden-Brabant (RIGG, Tilburg). Dit protocol is opgenomen in Bijlage B.

Het is - zoals gesteld - afhankelijk van de specifieke knelpunten in de regio waarover men door middel van een protocol wat vastere afspraken zou willen maken. Een hele reeks van onderwerpen kan daarvoor in aanmerking komen, variërend van 24-uurs bereikbaarheid van diensten tot taakverdelingen tussen instellingen ten aanzien van preventie, geriatrische diagnostiek en behandeling etc. Het moge ook duidelijk zijn dat de stap van protocol naar keten-afspraken tussen instellingen inzake zorg voor ouderen met geriatrische problematiek niet al te groot is.

Module IV: Deskundigheidsbevordering

Het is al gezegd, het opzetten van deskundigheidsbevordering is goed mogelijk binnen een nog relatief ‘los’ netwerk, het is immers een actie die weinig verplichtend is voor mensen die eraan deelnemen. In alle vier de experimenten is wel ergens ingezet op het verbeteren van de deskundigheid op het vlak van geriatrische problematiek bij beroepsgroepen die hier niet of in mindere mate over beschikken.

In het Friese experiment betrof het hulpverleners in de thuiszorg. Gesignaleerd werd dat in relatie tot medewerkers in de thuiszorg*de houding (‘open mind’), het gebrek aan kennis (mogelijkheden, gezondheid ouderen), en vaardigheden (observeren, doorgeven) een knelpunt vormt en dat in zekere zin hetzelfde voor verzorgenden in het verzorgingshuis geldt, zij het dat bij deze laatste beroepsgroep de werkomgeving verschilt (bewoner meer in beeld, werken in teams, leidinggevende dichterbij).*

In het Friese is daarop een gericht aanbod voor bijscholing gedaan aan de betreffende medewerkers. Voor de verzorgenden in verzorgingshuizen is dit gebeurd via de VZ+ opleiding door het ontwikkelen van een module over geriatric en signalering via de reguliere opleidingskanalen. Thuiszorgorganisaties blijken bijscholing veelal zelf te organiseren in overleg met her ROC. In Friesland wordt een module ‘vroegtijdige signalering geriatric’ ontwikkeld die concreet is ingezet bij de betreffende beroepsgroepen.

Ook in het experiment in Midden-Brabant is ingezet op deskundigheidsbevordering maar dan gericht op gedragsproblematiek. In samenwerking met de GGZ is een bijscholingsprogramma ontwikkeld voor medewerkers van de thuiszorg en de verzorgings- en verpleeghuizen. In het experiment heeft men een programma ontwikkeld waarin niet alleen theoretische kennis m.b.t. psychiatrische ziektebeelden, maar ook het versterken van communicatieve vaardigheden en het signaleren van problematiek centraal staat.

Een belangrijke voorwaarde voor het slagen van deskundigheidsbevordering is dat men beschikt over een goede onderwijsmodule. In de experimenten zijn een aantal onderwijsmodules uitgewerkt, waarop goed is aan te sluiten. Het is verder van belang bij het aanbieden van de bijscholing aan te sluiten bij bestaande vormen van bijscholing van de beroepsgroepen waar men zich op richt.

Module V: Consulten

In de experimenten rond netwerkvorming is op verscheidene plekken in het zorgsysteem geëxperimenteerd met geriatrische consultatie. We zullen hieronder drie voorbeelden van dit soort activiteiten geven. Deze zijn: (a) consultatie in een aantal streekziekenhuizen. Ze vindt plaats vanuit de afdeling klinische geriatrie in de regio; (b) consultatie aan huisartsen, en (c) consultatie aan medewerkers in verzorgingshuizen.

Geriatrische consultatie in streekziekenhuizen

Zoals gezegd, de (klinische) geriatrie is een integrerend specialisme, zorgverlening gebeurt multidisciplinair en in teamverband. De consultaties in de ziekenhuizen zoals die in het onderhavige experiment zijn opgezet, dragen dit kenmerk van multidisciplinariteit heel duidelijk in zich. Het initiatief om consulten in de streekziekenhuizen in te zetten is ontsproten aan een netwerk van klinisch- en sociaal geriaters en is verzorgd vanuit de afdeling klinische geriatrie.

We zullen hieronder kenschetsen hoe men te werk is gegaan, we geven weer wat voor soort procedure men heeft gevolgd en welke vraagstellingen men kreeg voorgelegd.

Procedures die men gevolgd heeft zijn de volgende:

Consult-aanvragen worden in het team besproken, waarbij doorgaans de geriater de patiënt ziet. De verpleegkundige van het geriatrie-team heeft tot taak om in principe tot aan ontslag in de gaten te houden of verdere betrokkenheid van het team gewenst is. Voorst verzamelt de verpleegkundige informatie over de patiënt en bereid de vergaderingen voor. Consult-aanvragen die niet tot de eerstvolgende team-bijeenkomst onbeantwoord kunnen blijven, worden met spoed behandeld. De internist of de neuroloog - afhankelijk op wiens terrein de vraag het meest ligt - van het team ziet de

patiënt. De patiënt wordt op de teamvergadering besproken. Daarna ziet de geriater de patiënt alsnog. De verpleegkundige volgt ook in deze gevallen het beloop tot ontslag. Meestal ging het om verzoeken voor medebeoordelingen of vragen hoe met bepaalde problematiek het best is om te gaan. Daarbij gaat het om problematiek als dementiële klachten, (acuut optredende) verwardheid, hallucinaties, een combinatie van gecompliceerde interne/neurologische problematiek en thuissituatie, onverklaarde onrust bij patiënt veranderd gedrag, moeheid lusteloosheid, depressiviteit, agressiviteit. Vaak wordt ook gevraagd te helpen bij het stellen van een juiste diagnose als getwijfeld wordt over wat er precies aan de hand is. Een voorbeeld is een de vraag of bij een patiënt alleen sprake van multi infarct brain bij hypertensie of ook van een dementieel beeld?

Geriatrische consultatie ten behoeve van huisartsen

Het netwerk dat deze vorm van consultaties heeft opgezet bestaat uit vier beroepsgroepen: vertegenwoordigers uit de klinische geriatrie, sociale geriatrie, ouderenpsychiatrie en de verpleeghuisartsen. Vanuit dit netwerk (het betreft het Utrechtse experiment) is van te voren goed nagedacht over twee zaken. Op de eerste plaats over de inhoudelijke en organisatorische kant van de consultatiesessies aan huisartsen en op de tweede plaats over een geschikte 'beloning' ten behoeve van huisartsen voor deelname aan de sessies. Het geheel heeft geresulteerd in een werkwijze waarbij een groep van drie vertegenwoordigers van de kernfuncties (de zogeheten 'bezoekteams', met uit elke sector één vertegenwoordiger, die eenzelfde werkgebied heeft als de betreffende HAGRO) de huisartsengroepen (HAGRO's) bezoekt, daarbij ondersteund door een medewerker van het projectteam (voortgezet door Altrecht).

Vóór het bezoek krijgen de huisartsen een vragenlijst toegezonden om hun vragen, knelpunten en hun werkprocessen nader in kaart te brengen. Met behulp van de uitkomsten van deze vragenlijst bereiden de leden van het bezoekteam een presentatie voor aan de hand van een modelinleiding. Van elk van de bezoeken wordt een verslag gemaakt. De bezoeken aan de HAGRO's duren doorgaans één uur. Er is ruimte om knelpunten te ventileren, maar ook om oplossingen te bespreken en nieuwe zorgvormen en werkwijzen te bespreken. Knelpunten die huisartsen ervaren zijn:

- *Beperkte opnamemogelijkheden (klinisch als poliklinisch) ten gevolge van onvoldoende capaciteit dan wel wachttijden;*
- *Beperkte beschikbaarheid en bereikbaarheid van kerndisciplines om mee te denken en mee te handelen bij acute problematiek;*
- *Verzorgingsproblemen door tekorten bij thuiszorg en bij de mantelzorg;*
- *Onduidelijkheid over verwijsmogelijkheden;*
- *Het ontbreken van goede overlegmogelijkheden;*
- *Onduidelijkheid over wie de patiënt begeleidt: de huisarts of de geriater?;*
- *Het ontbreken van mogelijkheden tot snelle diagnostiek.*

Aan het eind van elke bijeenkomst laten de bezoekteams een adressenboek achter. Het betreft een actualisatie van de gids 'Netwerk Geriatrie Provincie Utrecht'.

De waardering voor HAGRO-bezoeken bleek over de gehele linie zeer groot. Ze leiden niet alleen tot kennisoverdracht over bijvoorbeeld het aanbod en elkaars werkwijze, maar vooral ook tot onderlinge kennismaking (tussen huisartsen en geriatrieartsen alsook tussen geriatrieartsen onderling). Deze kennismaking kan in de samenwerking sterk drempelverlagend werken.

Het draaiboek voor de bijeenkomsten en de gegevensbestanden is overgedragen aan Altrecht, de GGZ instelling in Utrecht.

De belangrijkste randvoorwaarde voor het slagen van deze activiteit is dat met de Districts Huisartsen Vereniging (DHV) geregeld is, dat deelname aan deze bijeenkomsten meetelt voor de accreditatie van huisartsen en dat waarnemingsgelden beschikbaar waren. We bevelen mensen die dit initiatief willen volgen van harte aan dezelfde weg te volgen.

Consulten ten behoeve van medewerkers in verzorgingshuizen

De derde vorm van geriatrieconsultatie waarmee is geëxperimenteerd is ten behoeve van medewerkers in verzorgingshuizen. Het initiatief is genomen door een netwerk van een klinisch geriater en ouderenpsychiater in het netwerk Den Haag. Met de consultatie hoopte men de kwaliteit van de zorg te verbeteren aan verzorgingshuisbewoners met storende gedragsproblemen.

Concreet ging het om het:

- verhogen van de deskundigheid van verzorgenden ten aanzien van omgang met bewoners met gedragsproblematiek;
- reduceren van de uitval van bewoners uit het verzorgingshuis ten gevolge van onhanteerbare gedragsproblematiek;
- ondersteuning bieden bij de omgang met bewoners met gedragsproblematiek;
- verminderen van gedragsproblemen bij bewoners;
- verminderen van de 'overlast' voor medebewoners;
- ervaring opdoen met het instrument 'collegiale consultatie' en deze ervaringen uitwisselen met andere zorgpartners.

Ook voor deze consulten is een protocol opgesteld en wel als volgt:

De aanmelding van een begeleidingsvraag geschiedt door een Sociaal psychiatisch verpleegkundige (SPV). In principe zijn alle verzorgingshuizen in de regio verdeeld over de voor het project beschikbare SPV's. De SPV licht de hulpvraag toe en suggereert interventies. Een verpleegkundig begeleider overlegt met de verzorgenden in het verzorgingshuis en richt -eventueel in overleg met andere medewerkers van de afdeling

ouderen van de RIAGG - het begeleidingstraject in. De verpleegkundig begeleider is verantwoordelijk voor de collegiale consultatie en voert deze uit. Werkvormen daarbij zijn:

- Telefonische consultatie;
- opstellen en bijstellen van het zorgplan;
- meewerken van de verpleegkundig begeleider op de werkplek (voorbeeld functie);
- het bijwonen van bewoners-overleg in de verzorgingshuizen;
- overleg voeren met andere disciplines en betrokkenen, die geconfronteerd worden met het 'probleem gedrag';
- literatuur verstrekken;
- deskundigheidsbevordering aan de hand van ingebrachte casuïstiek, om niet alleen 'probleem gedrag' te verhelderen, maar ook aan de hand van ziektebeelden inzicht te verschaffen aan de verzorgende.

Een psycholoog van de RIAGG verzorgt supervisie voor de verpleegkundig begeleiders. Elk begeleidingstraject start met een teambijeenkomst waarbij het gedrag besproken wordt. De begeleider probeert daar tot een specifieke definitie van het probleem te komen.

Verdere kenmerken van de aanpak zoals men die ontwikkeld heeft zijn:

- De begeleiding is methodisch gericht maatwerk. Men tracht de verzorgenden instrumenten in handen te geven om problematiek zelf aan te kunnen pakken.
- De begeleiding richt zich op het team, niet op één verzorgende. Een begeleidingstraject gaat echter altijd over één bewoner.

Een aantal voorbeelden uit de praktijk, zoals besproken in een team-overleg:

'.....Een agressieve mevrouw bleek goed handelbaar bij die ene rustige verzorgende. Ze had een zachte stem. Mevrouw kon wellicht niet tegen herrie. Andere teamleden moesten het uitproberen: zachtjes praten.' Het was de eerste stap in de goede richting. 'Het zit vaak in kleine dingen'.

'Je zou je er soms over verbazen dat bepaalde acties nog niet zijn ondernomen, zozeer kan het voor de hand lijken te liggen. Een mevrouw wilde zich uit schaamte voor haar zwaarlijvigheid niet meer laten verzorgen. Verzorgenden vonden dat ze daar iets aan moesten doen omdat mevrouw zou kunnen vervuilen. Maar gericht doorvragen bracht aan het licht dat daar feitelijk geen sprake van was: mevrouw waste zichzelf'.

In veel gevallen wordt een 24-uurs rapportage ingesteld. De verzorgenden moeten hun observaties noteren en ook hun eigen acties/reacties. Het hele team moet dat lezen. 'Het valt dan vaak al meteen op hoe, op welke momenten dingen ontsporen. Het verschil in reactie van de bewoner op een nors 'En nou kom je eruit' of een uitnodigend: 'Hoe kan

ik je helpen uit bed te komen'... Tevens geeft deze methodiek een gezamenlijk beeld van wat normaal is voor deze bewoner. Een afglijden, een psychose herken je dan eerder.

Het team zoals dat door het netwerk werd ingericht heeft in de praktijk veel niet-psychiatrische problematiek (maar problematiek die wel als zodanig oogt) helpen oplossen, zoals:

- startproblemen (veelal vanwege depressie);
- nihilistisch gedrag;
- vaak dezelfde dingen vragen;
- vereenzaming, verwaarlozing;
- doelloos door het huis lopen;
- zorgweigering;
- vreemd gedrag, dat niet begrepen wordt.

Twee voorbeelden van dit soort niet-psychiatrische problematiek:

'Ik begeleid nu iemand die heel veel belt (via het oproepsysteem voor verzorgenden). Er gaat veel negatieve aandacht naar toe. Ze is erg claimend. De verzorging heeft het gevoel, dat wat ze ook proberen, het heeft toch geen effect.'

'Mensen worden mondiger. Dat kan ook tot problemen leiden. Zoals die bewoner die graag langer op bed wil blijven. Dat is lastig omdat de instelling erop is gericht ieder die er hulp bij nodig heeft voor half tien gewassen en aangekleed te hebben. In één geval is het zo geëscaleerd dat de bewoner als zeer agressief wordt ervaren'.

Uiteraard is ook begeleiding gegeven bij het hanteren van voorkomende psychiatrische problematiek. Twee voorbeelden genoemd door een SPVer ...

'en vrouw die een psychose ontwikkelde. Ze begon rommel te verzamelen op haar kamer. De verzorgenden vonden juist dat het er gezellig werd. Ze herkenden de psychose dus gewoon niet. Daardoor heeft men het te ver laten doorlopen. Mevrouw is toen opgenomen in de psychiatrie. Wij kennen haar omdat behandelaars na ontslag collegiale consultatie in dat verzorgingshuis willen hebben.'

Ook een geval van depressie werd aanvankelijk miskend. Het betreft een bewoner '...met een bipolaire stoornis. Bij een depressie wordt ze gelaten, ze neemt geen initiatieven meer. Verzorgenden hebben er dan geen last van. 'Het gaat goed', zeggen ze dan. Maar het gaat helemaal niet goed, natuurlijk. Alleen kan ze niet eens zeggen dat ze eenzaam is. In dit geval vroeg de leidinggevende in het verzorgingshuis om consultatie, omdat zij het positieve beeld van de verzorgenden niet vertrouwde.

Module VI: Geriatrische diagnostiek en behandeling in streekziekenhuizen

Geriatrische diagnostiek wordt - in samenhang met de hierboven besproken consulten in streekziekenhuizen - aangeboden door geriatrie-teams. Zoals al gezegd, gaan de teams bij hun werk discipline-integrerend te werk: Het gaat om een assessment van functionele, sociale en psychologische status, in *multidisciplinair* verband.

Ook de geriatrische diagnostiek wordt uitgevoerd volgens een vast protocol en loopt als volgt:

Geriatr en verpleegkundige nemen eerst een gezamenlijke anamnese af van de patiënt. Daarbij komen de lichamelijke, geestelijke en sociale aspecten van de problematiek aan de orde.

Daarna ziet de verpleegkundige de patiënt in de onderzoekskamer voor gewicht, eten, aanvullende anamnese en observatie. De geriatr neemt de begeleider van de patiënt ondertussen een hetero-anamnese af. Vervolgens verricht de geriatr lichamelijk onderzoek bij de patiënt en test hij de cognitie. De verpleegkundige spreekt ondertussen de begeleider.

Geriatr, verpleegkundige, patiënt en begeleider scharen zich tot slot weer gezamenlijk om de tafel om de bevindingen en het beleid te bespreken. Standaard röntgen-onderzoek, bloedprikken en ander standaard diagnostisch onderzoek kunnen eventueel aansluitend plaatsvinden. Moeten andere behandelende specialismen of disciplines de patiënt zien, dan komt deze daarvoor terug.

Hieronder twee voorbeelden van deze werkwijze en hoe een aantal betrokkenen de procedure ervaart.

Een patiënt wordt verwezen met als voornaamste klachten geestelijke vervlaking, vergeetachtigheid en gedesoriënteerdheid. De vraag van de verwijzer is een schatting te maken van de ernst van de situatie, eventueel een therapie-advies te geven en een uitspraak te doen over het staken of starten van middelen. Het team constateert een geheugenstoornis met cognitief verval, mogelijk als gevolg van Alzheimer. Men geeft het advies het echtpaar te laten begeleiden door de Stichting Welzijn en patiënt op te roepen voor nadere diagnostiek en behandeling met Exelon.

De belangrijkste opbrengst voor de familie wordt gezien in het feit dat ook duidelijk is geworden dat de familie er problemen mee heeft en er begeleiding mogelijk is. De verwijzer geeft aan dat de bijdrage van de polikliniek adequaat is. 'Wanneer deze voorziening er niet was geweest, zou ik naar GGZ of verpleeghuis zijn gegaan', aldus de betreffende verwijzer.

Een tweede voorbeeld:

Een patiënt wordt verwezen met het vermoeden dat er sprake zou kunnen zijn van dementie. Patiënt heeft de laatste tijd last van waanideeën en geheugenstoornissen. In de polikliniek wordt inderdaad vastgesteld dat er sprake is van een dementieel syndroom (op vasculaire basis bij systolische hypertensie) en een wankele mobiliteit.

Als beleid wordt voorgesteld:

- *Indicatiestelling voor het verzorgingshuis (onderzoeksgegevens kunnen hiervoor gebruikt worden).*
- *Aanpassingen in huis.*
- *Fysiotherapie i.v.m. verslechterde mobiliteit, in het bijzonder het leren omgaan met een rollator.*

De verwijzer evalueert het handelen van het team als vlot en adequaat. “Mijn vermoeden werd bevestigd. De patiënt is nu aangemeld voor dagbehandeling. Ik ben zelf goed bekend met verpleeghuisgeneeskunde. Een volgend geval zou ik rechtstreeks doorverwijzen naar het verpleeghuis. Op de polikliniek geriatrie zou ik weer een beroep doen bij meer somatische problematiek of om een somatische basis van problemen uit te sluiten”, aldus de verwijzer.

Deel III

Het proces van netwerkvorming:
kritische succes- en faalfactoren

Inleiding

We hebben het hiervoor gehad over *wat* er op het terrein van netwerkvorming mogelijk is en welke effecten zijn te verwachten van de inzet van modules. We hebben het nog niet gehad over *hoe* netwerken tot stand kunnen worden gebracht. Aan welke voorwaarden moet worden voldaan wil een zekere binding tussen netwerkpartners ontstaan? Hoe kan deze binding de noodzakelijke duurzaamheid krijgen om tot relevante acties te komen vanuit het netwerk? Een analyse van het proces van netwerkvorming zoals zich dat heeft afgespeeld in de experimenten heeft ons geleerd dat een factor heel centraal staat en dat is het proces van *consensusvorming*. Daarnaast is zicht ontstaan op factoren die dit proces van consensusvorming ten gunste (en ten ongunste) beïnvloeden.

Consensusvorming: een kenmerkend verloop

Als gezegd, consensusvorming is te zien als een essentieel en noodzakelijk proces bij netwerkvorming. Voor het realiseren van enige duurzaamheid van informele samenwerkingsverbanden tussen (verschillende) mensen en instellingen is consensus onontbeerlijk. In de experimenten bleek consensusvorming zich af te spelen rond twee hoofdthema's:

- het definiëren van het netwerk (bijvoorbeeld in termen van een visie op de problematiek, een globaal geformuleerde doelstelling, de functie) en
- de concrete acties/projecten om de gesignaleerde problemen tot een oplossing te brengen.

Bij alle projecten werd redelijk snel in de beginfase al overeenstemming bereikt over een globale inhoudelijke definitie van het netwerk. Alle projecten hebben daarbij het vergroten van de samenhang in de zorg voor geriatrische patiënten expliciet tot uitgangspunt genomen. In het project te Utrecht en Den Haag ging het erom patiënten 'de juiste zorg te verlenen, op de juiste plek en het op het juiste moment in het zorgcircuit', in Midden-Brabant ging het om het 'versterken van de samenhang in de zorg', en in Friesland ging het erom 'de functies binnen het zorgcircuit voor ouderen met geriatrisch problematiek in onderlinge samenhang te bieden'. Het project in Den Haag heeft daarnaast nog het begrip transities van zorg voor ouderen met geriatrische problematiek geïntroduceerd.

Consensusvorming rond te verrichten acties in het kader van deze functies verliep binnen de gelederen van het netwerk althans, relatief gemakkelijk, en werd doorgaans in het eerste half jaar bereikt. Het komen tot concrete acties die bedoeld zijn om gewenste inhoudelijke innovaties in de zorg tot stand te brengen, ging veel moeizamer. Zo werden in Utrecht soms voorstellen opgesteld door werkgroepen of het projectmanagement - soms meer malen - terugverwezen naar de opstellers om te worden herzien. In Midden-

Brabant was sprake van een langzaam proces van besluitvorming. Er werden inhoudelijke discussies gevoerd en standpunten uitgewisseld maar aan concreet te nemen acties en taakverdeling kwam men moeilijk toe. Ook hier verloopt het besluitvormingsproces traag doordat voorstellen - soms meerdere malen - worden terugverwezen naar de werkgroepen voor verduidelijking of verdere uitwerking. *Zodra je de 'wie doet wat'-discussie aangaat wordt het doorgaans allemaal veel spannender*", aldus een vertegenwoordiger van de stuurgroep in een interview. Verschillende leden hebben gewezen op de afstand die hierdoor ontstaat tussen de in de praktijk ervaren knelpunten en de activiteiten van het netwerk. *"In de praktijk is weinig merkbaar van wat er binnen het netwerk gebeurt"* en *"Bij voortzetting zou het project wellicht meer probleemgeoriënteerd moeten functioneren"*. Ook werd gesproken van een discrepantie tussen beleid en uitvoering: *"Het is niet duidelijk wanneer beleidsmatige zaken kunnen worden doorvertaald naar de werkvloer"*. Ook in het project in Friesland deed zich een soortgelijk proces voor, met name gedurende het eerste projectjaar. In tegenstelling tot de situatie in Utrecht en Midden-Brabant werd hier echter alleen de financiering van de geriatrie-teams onderwerp van beraadslaging in het kader van consensusvorming. Over de inhoudelijke aspecten van het plan was men het vrij snel eens.

Twee vragen dringen zich nu op. (a) Waarom wordt het proces van consensusvorming geremd? en (b) - belangrijker nog - hoe kan dit proces in wenselijke richting worden beïnvloed?

In principe blijken twee groepen van factoren van belang, aan het netwerk *externe* - in principe niet te beïnvloeden - factoren (zoals de beleidsmatige en bestuurlijke omgeving waarin men probeert een netwerk tot stand te brengen) en aan het project *interne* - in principe wel te beïnvloeden factoren - (zoals management-strategieën die worden gevolgd).

Leerpunten uit de experimenten

Externe, niet te beïnvloeden factoren

Er zijn twee groepen van externe factoren aan te wijzen die een (duidelijk) *remmende* invloed hebben gehad op de ontwikkeling van de netwerken. De eerste heeft te maken met de onmiddellijke omgeving waarin de projecten opereren; de tweede met de landelijke/ regionale beleidscontext. Een *faciliterende* invloed is toe te schrijven aan allerlei financieringsregelingen en bestaande incentives voor professionals. Dit soort regelingen blijkt met name relevant als het gaat om het bereiken van enige duurzaamheid van netwerkvorming.

Onmiddellijke omgeving

In de vier experimentele regio's is een veelheid aan gezondheidszorginstellingen actief en ieder van deze instellingen is in meer of mindere mate verwickeld in eigenstandige beleidsprocessen. In twee van de vier regio's bijvoorbeeld is sprake van het samengaan van ziekenhuizen ten tijde van de experimenten. In Midden-Brabant is het Twee Steden Ziekenhuis ontstaan, en in Utrecht zijn door fusies/samenwerkingsverbanden twee grote ziekenhuis-organisaties ontstaan. Ook in het domein van de geestelijke gezondheidszorg is men actief (geweest) in de vorm van het creëren van zogenoemde MFE's of door het aangaan van fusies.

Dit soort ontwikkelingen zijn van belang omdat ze (deels) verklaren waarom de consensusvorming zo traag verloopt. Voor sommige instellingen staat de geriatrische problematiek niet zo centraal, zodat het moeilijk is om een gemeenschappelijk belang te vinden. Daarnaast spelen ook belangentegenstellingen tussen instellingen/sectoren in het netwerk zelf een rol. Met name in de regio Utrecht zijn twee grote concerns van ziekenhuizen actief, ieder met een eigen beleid. Ook in Midden-Brabant is dit zo. Een van deze ziekenhuizen in de regio wil zich profileren als instituut voor top-klinische zorg, het ontwikkelen van geriatrie als specialisme heeft hier een lagere prioriteit.

Van dit punt hebben we geleerd dat het nadrukkelijk de voorkeur verdient netwerkvorming te starten vanuit 'kleinere' subregio's, bijvoorbeeld het adhaerentiegebied van het ziekenhuis. Als startpunt van netwerkvorming is een gehele gezondheidsregio te groot. Het maakt daarbij niet zoveel uit of men vanuit een of vanuit meerdere sectoren start. Belangrijk is wel dat als men vanuit meerdere sectoren start te voorzien is in krachtig management.

Dit leidt tot twee praktische conclusies:

- *Er zijn nu eenmaal instellingen die meer en instellingen die minder met de geriatrie te maken hebben. Stap af van het dogma dat iedereen overal bij betrokken moet worden. Maak keuzes over wie daadwerkelijk bij het ontwikkelen van activiteiten worden betrokken. Andere kunnen het minder frequent op afstand volgen.*
- *Het verdient aanbeveling te kiezen voor een beperkte schaalgrootte, bijvoorbeeld dat van het adhaerentiegebied van een ziekenhuis.*

Landelijke/regionale beleidscontext

Een tweede *remmende* invloed is de (beleids)context van waaruit men de netwerken heeft proberen te ontwikkelen. Het gaat daarbij met name om het diffuse karakter dat de ouderenzorg heeft aangenomen als gevolg van de - veelal vergaande - decentralisatie in het openbaar bestuur binnen de zorgsector.

De centrale sturing aan processen binnen de (ouderen)zorgsector is dus als gevolg van de decentralisatie deels weggevallen en - in de experimentele regio's niet - (nog) niet

merkbaar overgenomen door de triade van zorgverzekeraars/patiëntenorganisaties/lokale regionale overheden. Netwerkvorming vindt dus plaats in een sector die zich in bestuurlijke zin aan het hervormen is, en is vooralsnog alleen te realiseren via langzame consensusvorming zonder dat prioriteiten worden gesteld door bestuurlijke instanties. Een netwerk vormgeven is tegen de achtergrond van deze beleidscontext redelijk moeilijk, zeker als de activiteiten om tot netwerkvorming te komen zich uitstrekken over meerdere sectoren (somatische, GGZ, algemene ouderenzorg).

Ook deze zaken zijn een gegeven. Het komt er bij het vormgeven van regionaal beleid op aan dat mensen een voortrekkersrol willen vervullen en verantwoordelijkheid willen nemen. Het gaat om ondernemingszin, niet bang zijn voor nieuwe dingen. Bij vernieuwingen moet gepioneerd worden. Wachten op de overheid heeft geen zin, omdat de overheid heel voorzichtig is.

Conclusies

- *Het is belangrijk om mensen met uitstraling en ondernemingszin te betrekken bij een project netwerk geriatrie.*
- *Door snel resultaten te boeken worden ook anderen overtuigd en wordt de medewerking versterkt.*

Bestaande incentives

Een duidelijk *positieve* invloed is toe te kennen aan al bestaande en nieuwe incentives en financieringsregelingen voor de bij de projecten betrokken instellingen en professionals. De externe omgeving heeft dus niet alleen remmend gewerkt, een aantal projecten heeft na verloop van tijd ankerpunten gevonden en aldus voorzien in mogelijke continuïteit. In principe is het daarbij gegaan om continuïteit ten aanzien van:

- het netwerk (met name de verschillende overlegvormen daarbij) en/of
 - projecten c.q. voorzieningen die in het kader van de netwerkvorming zijn opgestart.
- Projecten Utrecht en Friesland zijn met name de projecten die succes hebben gehad bij het realiseren van enige mate van continuïteit van projecten/voorzieningen. In Utrecht is dit gebeurd doordat de centrale netwerkactiviteit (consultatie door geriateren) aansluit bij bestaande incentives voor huisartsen (waarneemgelden en scholing). In Friesland worden de geriatrie-teams en met name geriatrie verpleegkundigen, gefinancierd via extra productieafspraken met de lokale ziektekostenverzekeraar. Tevens heeft men de ouderenadviseur doen financieren door de Friese gemeenten.

Kenmerkend voor alle projecten is dat men probeert continuïteit te realiseren door aan te sluiten bij ontwikkelingen rond RIO's en regiovisie. Het project in Den Haag heeft geprobeerd aan te sluiten bij bestaande financieringstromen, met name door het werven van fondsen voor (kwaliteits)onderzoek en projecten in het geriatrisch werkveld in een breed gerichte acquisitie strategie.

Conclusie

Een conclusie is hier dat mogelijkheden beschikbaar zijn om activiteiten (overleg of zorgvormen) te verankeren via structurele regelingen en financieringsbronnen. Dit moet een belangrijk aandachtspunt zijn bij het ontwikkelen van een netwerk geriatrie.

Interne, te beïnvloeden factoren

Ook aan het project interne factoren hebben een remmende of faciliterende invloed gehad op het projectverloop. Het gaat om twee groepen van factoren, namelijk (a) het vertrekpunt van netwerkvorming enerzijds en (b) het management van het netwerk anderzijds. Bij het laatste gaat het om de mate waarin bij aanvang door het management 'structuur' is gegeven aan het overleg tussen de netwerkdeelnemers en de mate waarin geprobeerd is om naast het inhoudelijk vormgeven van het netwerk ook (duurzamere) samenwerkingsrelaties te realiseren.

Vertrekpunt van netwerkvorming

Het vertrekpunt van netwerkvorming heeft in één van de projecten een duidelijk faciliterende invloed gehad, in de andere projecten eerder een belemmerende invloed. Geriatrie diagnostiek en behandeling is - zoals gezegd - een integrerend specialisme. Het vakgebied kent dan ook naast een vakinhoudelijke component (medische kennis, diagnostische kennis) een organisatorische. Dit laatste is een niet te onderschatten component van het geriatrie handelen omdat de geriater ook moet beschikken over coördinatie-vaardigheden die verband houden met het organiseren van hulp door verschillende disciplines/functionarissen. De projecten hebben zich in relatie tot deze hoofddimensies van het vakgebied geriatrie verschillend ontwikkeld. In drie projecten (Den Haag, Utrecht en Midden-Brabant) is in eerste instantie ingezet op het ontwikkelen van de organisatorische kant van het netwerk; het uitbreiden van bestaande netwerken en overlegvormen met partijen die daar voorheen nog niet of nog te weinig bij betrokken waren. De inhoudelijke kant van het vakgebied is daarbij tijdelijk op de achtergrond gesteld. Kenmerkend voor deze aanpak is dat voor communicatieve doeleinden ten behoeve van niet-medische netwerkpartners, een ruime definitie is gehanteerd van geriatrie problematiek waarbij vooral het begrip complexiteit voorop staat. Daarnaast werd netwerkvorming vanuit meerdere domeinen tegelijkertijd ingezet.

In de andere aanpak is de inhoudelijke geriatrie kant van het vakgebied tot uitgangspunt genomen. Deze aanpak werd in het project Friesland gevolgd. De basis van het project vormt daar de inrichting van geriatrie poliklinieken in alle streekziekenhuizen onder de inhoudelijke begeleiding van de klinisch geriater. Deze is ook verantwoordelijk voor de noodzakelijke deskundigheidsbevordering van huisartsen. De organisatorische kant is 'ondergeschikt' aan de inhoudelijke klinisch geriatrie oriëntatie, en ankerpunten voor dit project liggen primair binnen de klinische geriatrie. Kenmerkend

voor deze aanpak is het hanteren van een enge definitie van geriatrische problematiek. Netwerkvorming vindt vanuit één domein plaats. Uitbreiding van het netwerk naar niet-klinisch geriatrische geledingen wordt pas gezocht na de succesvolle inrichting van de geriatrische poliklinieken.

Een gevolg van het werken vanuit *meerdere domeinen* en het hanteren van een brede definitie, is dat er communicatie-problemen zijn ontstaan bij het definiëren van de doelgroep waarvoor het netwerk bestemd is. Projecten Utrecht en Midden-Brabant hebben dit proberen te ondervangen door het begrip geriatrische patiënt uiteindelijk naar voor de betreffende netwerkpartners herkenbare (en mogelijk interessante) omschrijvingen, te vertalen. Naar ons idee heeft de keuze om te werken vanuit meerdere domeinen echter enigszins belemmerend gewerkt.

Het werken vanuit *één domein* - het klinische geriatrische - zoals dat in Friesland gebeurd is, heeft het project aldaar juist gefaciliteerd. Binnen de medische wereld (met name de ziekenhuizen) heeft men immers een redelijke consensus over het begrip geriatrische problematiek.

Conclusie

Het verdient aanbeveling om een tijdige inhoudelijke start te maken en daarna pas de aandacht te verleggen naar de organisatie. Het is daarbij goed mogelijk om vanuit een of meer domeinen van de ouderengeneeskunde te starten.

Het vormgeven van de netwerken (management)

Een factor in het management van de projecten die van invloed is geweest op de voortgang, is de mate waarin voor de aanvang van de projecten sprake was van een uitgewerkte strategie en structuur om tot de beoogde netwerkvorming te komen. Zo kenmerkt het project in Friesland zich door het feit dat door het project-management, in samenwerking met het veld, vooraf een dergelijke concrete strategie is geformuleerd. Het plan was eerst geriatrie-teams te vestigen in de omliggende ziekenhuizen alvorens de andere stappen uit te voeren. Daartoe is op de betrokken zorgverzekeraar en directies van streekziekenhuizen druk uitgeoefend. Deze druk is nog eens extra verhoogd door het voornemen dit soort teams te vestigen in verschillende subregio's. Dit liet toe dat de 'subregionale' projecten (en werkgroepen) zich in verschillend tempo ontwikkelen, waarbij zich snel ontwikkelende projecten als voorbeeld kunnen dienen voor subregio's die zich langzamer ontwikkelen. 'Snelle' subregio's kunnen zo een voortrekkersrol vervullen ten opzicht van de 'langzamere' subregio's. Een ander kenmerk is dat het Friese projectmanagement heeft getracht aan te sluiten bij soms latent onbehagen bij de netwerkdeelnemers en dit nadrukkelijk heeft trachten te vertalen in de projectaanpak. De medewerking gaat soepeler omdat men een eigen belang herkent. Het vormgeven van het netwerk in Utrecht, Midden-Brabant en Den Haag is gestart vanuit meer globaal omschreven doelstellingen. Het management aldaar heeft getracht het netwerk concreter

vorm te geven in interactie met leden van de stuurgroep of zoals in Den Haag (ook) binnen de verschillende overlegvormen in de stad. Het inhoudelijk voorbereiden van het netwerk tijdens het project in interactie met de (beoogde) netwerkleden heeft tot gevolg dat het proces ook langzamer loopt. Als binnen een project meteen al meer structuur wordt aangebracht - zoals dat in Friesland is gebeurd - komt men blijkbaar sneller tot zaken.

Een tweede factor is de mate waarin bij de netwerkvorming bij het definiëren van projecten tevens gewerkt is aan de versteviging van de relationele kant van het netwerk, met name het creëren ofwel versterken van bindingen tussen de betrokken instellingen en professionals. Het combineren van het inhoudelijke en het relationele spoor - dus het ervoor zorg dragen dat projecten gezamenlijk door de netwerkdeelnemers worden opgezet en geëvalueerd is duidelijk bevorderlijk voor het tot stand komen van de netwerken. Wanneer dit niet systematisch genoeg gebeurt komt netwerkvorming moeilijker van de grond.

Bij het schrijven van een inhoudelijk plan en het uitwerken daarvan moet sterk aangesloten worden op de problematiek die de instellingen tegenkomen. Dit garandeert betrokkenheid en medewerking.

Het risico om te lang te blijven hangen in een ontwikkelingsfase kan worden ondervangen door in een vroeg stadium een goed gestructureerd inhoudelijk plan te maken waarvoor middels een bilaterale ronde commitment en draagvlak wordt gevraagd. Het project kan dan een vliegende start maken en de aandacht kan worden geconcentreerd op realisatie van activiteiten. Men kan er ook voor kiezen om de inhoudelijke kant in het project zelf te laten plaatsvinden, maar dan moet via deadlines en hoge druk consensus bevorderd worden.

Het combineren van zorg-inhoudelijk en relationele sporen zijn bevorderlijk voor de ontwikkeling van een netwerk geriatrie.

In het onderstaande kader vatten we de leerpunten nog eens kort samen in een kort lijstje van do's and don'ts:

Netwerkvorming in de geriatrie: korte aanbevelingen

Start van het proces

- maak een inventarisatie van de 'bindingsintensiteit' tussen instellingen in de regio; wie heeft belang bij een netwerk geriatrie, om welke belangen gaat het?
- maak aan de hand van de uitkomsten een keuze voor een of meer van de modules van netwerkvorming;
- kies een beperkte schaalgrootte, bijv. adhaerentiegebied ziekenhuis;
- kies duidelijk voor het cure domein, care is secundair;
- maak keuzes bij het betrekken van actoren bij de uitvoering, niet iedereen is even betrokken. Maak een keuze uit professionals, management, instellingen etc.
- maak een keuze voor een bestuurlijk platform, een bestaand of een nieuw gremium

Uitvoering

- Zorg voor een projectmanagement met inhoudelijk inzicht en procesvaardigheden;
- Zorg voor een duidelijke projectstructuur met goede taakverdeling en communicatie;
- Breng sleutelpersonen uit het veld met uitstraling en ondernemingszin in een voortrekkersrol;
- Maak "onbehagen" zichtbaar; dit is de motor van het project

- Besteed aandacht aan informele processen

- Koers aan op snel resultaat, dit vergroot elan

Continuïteit

- Zoek structurele verankering van activiteiten door aan te sluiten bij bestaande (financiële) prikkels in de gezondheidszorg

Bijlage A: Ontwikkeling van de projecten en bekostigingsmogelijkheden

Checklist ontwikkelkosten voor projecten

- tijd voor bijwonen van vergaderingen en voorbereiding van betrokkenen in het project;
- reiskosten;
- vergaderaccommodatie;
- projectvoorbereiding en coördinatie;
- algemene kosten: porti, telefoon, drukwerk, kantoorbenodigdheden, cursussen, congressen en vakliteratuur;
- advieskosten extern bureau (indien gewenst).
- kosten voor PR van het netwerk en/of inrichten van een website.

Bekostigingsmogelijkheden ontwikkelkosten van de projecten

Netwerkvorming in de zorg kan organisatorisch en financieel een plaats te krijgen in het beleid van instellingen onder de noemer 'kwaliteitsverbetering'. Daarnaast zijn in de praktijk verschillende vormen van bekostiging van de ontwikkelkosten mogelijk:

- verzekeraar financiert het project. Zorgkantoren hebben nog als eens budgetten voor sector-overschrijdende samenwerkingsprojecten.
- de provincie financiert (bij uitzondering);
- ziekenhuizen hebben een aanneemsom met de verzekeraars afgesproken; hieruit worden ook activiteiten bekostigd;
- organisaties brengen allen een bepaalde som geld in, in een gezamenlijke stichting waaruit projecten worden bekostigd;

Een aantal acties kan zonder extra financiering tot stand komen (zoals intervisie/casuïstiek bespreking tussen disciplines en het café-geriatrie).

Acties die gefinancierd moeten worden wil er kans van slagen zijn:

- Het aanstellen van een projectleider
De projectleider wordt betaald door bijv. een verzekeraar; de deelnemers in de projectgroep en werkgroepen krijgen tijd vrijgesteld van de betrokken voorzieningen/werkgevers.
- Consultatie voor huisartsen. In principe is dit te realiseren door de bezoeken in te bedden in bestaan overleg- of scholingsactiviteiten. Op die manier kunnen deelnemende huisartsen een beroep doen op waarneemgelden. De bijeenkomsten leveren bovendien studiepunten op.
- Consultatie in verzorgingshuizen
- Geriatrische diagnostiek
- Protocol-ontwikkeling.

Bijlage B: Voorbeeld van een protocol: Screening Psychogeriatric Midden-Brabant

Het in dit protocol gehanteerde begrippenkader is gebaseerd op de CAMDEX, DSM-IV en de CBO-consensus van mei 1997. Beschreven zijn de wijzen waarop de cliënt zich presenteert of de klachten zoals deze door zijn vertegenwoordiger naar voren worden gebracht. Deze vormen de basis voor verder onderzoek. Hieronder wordt allereerst het begrippenkader geïntroduceerd. Daarna wordt het protocol beschreven.

Begrippenkader

De volgende stadia worden onderscheiden:

Vermoeden van dementie

- . Wisselend aanwezige geringe stoornis in het verwerven van nieuwe informatie en in het zich herinneren van recente gebeurtenissen;
- . Een toegenomen neiging tot het op verkeerde plaatsen neerleggen en kwijtraken van bezittingen;
- . Wisselend voorkomende kleine vergissingen met betrekking tot de oriëntatie;
- . Enigszins verminderd vermogen om redeneringen te volgen en problemen op te lossen;
- . Incidentele fouten (maar in frequentie langzaam toenemend) in het werk (beroep en/of huishouden). Af en toe beoordelingsfouten in professionele of complexe taken of in sociaal verantwoordelijke functies, waarin moeilijk beslissingen genomen of keuzes gemaakt moeten worden;
- . De persoonlijke verzorging is niet gestoord;
- . Gevoelsleven en emotionele reacties zijn onveranderd; Er is meestal sprake van ziektebesef/ziekte-inzicht.

Lichte dementie

- . Moeite met het verwerven van nieuwe informatie en het zich herinneren van recente gebeurtenissen. Hierdoor worden persoonlijke bezittingen op verkeerde plaatsen opgeborgen, of ze raken weg, en wordt recent meegedeelde informatie af en toe vergeten;
- . De oriëntatie in tijd (datum, dag van de week, tijdstip), plaats en persoon is in beperkte mate gestoord (af en toe en/of niet allebei);
- . Probleemoplossen en redeneren zijn duidelijk gestoord;
- . Bij het spreken is niet altijd duidelijk wat de patient(e) bedoelt;
- . De kennis van namen van prominente figuren, belangrijke gebeurtenissen en eenvoudige geografische feiten is gestoord;

- . Er zijn stoornissen in de vaardigheden van het dagelijkse leven en werk, en in het huishouden en het koken worden vergissingen gemaakt (bijvoorbeeld het gebruik van onjuiste ingrediënten). Duidelijke beoordelingsfouten en ongepast gedrag komen voor bij patiënten met professionele, hogeschoolde bezigheden of sociaal verantwoordelijke functies;
- . De persoonlijke verzorging is niet of slechts in beperkte mate gestoord. Er kunnen af en toe fouten in kleding voorkomen en de patiënt(e) kan minder schoon en netjes zijn dan daarvoor gebruikelijk was;
- . De emotionele reacties kunnen intact zijn of licht gestoord, afhankelijk van het soort dementie. Dit kan te maken hebben met ziektebesef/ziekte-inzicht. De patiënt kan emotioneel labiel of bot zijn geworden;
- . In dit stadium is de patiënt(e) nog in staat om sociaal aangepast gedrag te vertonen. Bij onderzoek echter worden duidelijke cognitieve stoornissen en emotionele of persoonlijkheidsveranderingen gevonden.

Matige dementie

- . Ernstige stoornissen in het opnemen en uit het geheugen ophalen van nieuwe informatie en recente gebeurtenissen en activiteiten. Recente gebeurtenissen worden zelden onthouden, en dan nog maar tijdelijk. Goed ingeprente of erg vertrouwde gegevens kunnen beter herinnerd worden, maar toch ook onvoldoende;
- . Amnesie voor recente gebeurtenissen, die gepaard kan gaan met confabulaties; Bijna alle aspecten van de oriëntatie zijn gestoord;
- . Probleemoplossen en redeneren zijn ernstig gestoord;
- . Het taalgebruik is onduidelijk of incoherent, zij het riet altijd even erg;
- . De vaardigheid in het werk en het dagelijks leven zijn ernstig aangetast. De patiënt(e) kan niet meer onafhankelijk functioneren met betrekking tot werk, huishouden, winkelen, en met geld omgaan;
- . Bij het eten en kleden is vaak enige hulp nodig;
- . Duidelijke stoornissen in de persoonlijke verzorging, ernstige achteruitgang in de persoonlijke standaard van zindelijkheid en tafelmanieren (decorumverlies), en soms incontinentie;
- . Bij onderzoek worden duidelijke aanwijzingen voor dementie gevonden, hoewel bepaalde aspecten van het cognitief functioneren (zoals persoonlijkheid, taal en bepaalde goed aangeleerde vaardigheden zoals muzikaal vermogen) relatief intact kunnen zijn gebleven.

Ernstige dementie

- . Ernstige geheugenstoornis. Nieuwe informatie of kennis, en recente gebeurtenissen worden niet onthouden. Soms kunnen met elkaar samenhangende feiten en gebeurtenissen als geïsoleerd geheel gereproduceerd worden, maar het ophalen van

oude herinneringen is over het algemeen ernstig gestoord. Confabulaties ter opvulling van lacunes in het geheugen komen in dit stadium zelden voor, maar worden nu en dan gezien bij begaafde en intelligente personen;

- . Alle aspecten van oriëntatie zijn ernstig gestoord;
- . Het vermogen tot redeneren en problemen oplossen is verdwenen;
- . Het taalgebruik is opvallend incoherent en het taalgebruik is ernstig gestoord of afwezig;
- . De patiënt(e) kan niet meer zelfstandig leven. Hij/zij kan geen dingen meer ondernemen die enige mate van vaardigheid of coördinatie vereisen. Hij/zij is niet meer in staat zichzelf te kleden, te wassen, voor eten te zorgen of voor zichzelf te zorgen;
- . Informatie met betrekking tot prominente politieke en andere personen, actuele gebeurtenissen en eenvoudige geografische kennis is grotendeels of geheel verdwenen;
- . Er kunnen snel voorbijgaande, of van inhoud wisselende waandenkbeelden aanwezig zijn;
- . De patiënt(e) kan zijn directe familieleden niet meer herkennen; de patiënt(e) is niet meer in staat zijn/haar eigen spiegelbeeld te herkennen;
- . In dit stadium treedt bijna altijd incontinentie voor urine en faeces op; Er bestaat emotionele armoede, apathie en inertie;
- . Het onderzoek bevestigt het bestaan van een globale en vergevorderde dementie. Een aantal van de beschreven kenmerken moeten worden aangenomen: in dit stadium van dementie zijn ze niet altijd meer te objectiveren.

Protocol

Medisch onderzoek

- . Voor het vaststellen van de aard en de ernst van stoornissen van een dementiesyndroom kan neuropsychologisch onderzoek nuttig zijn;
- . Bij patiënten met aanwijzingen voor een dementiesyndroom dient de oorzaak daarvan te worden vastgesteld;
- . De indicatie tot een diagnostische test hangt niet zozeer af van de testeigenschappen, maar vooral van de verwachte gezondheidswinst voor de patiënt;
- . Bij patiënten met een dementiesyndroom is laboratoriumonderzoek noodzakelijk. Als routine wordt het volgende bloedonderzoek aanbevolen: vitamine B 12, schildklierfunctie, calcium (gecorrigeerd voor albumine), luesreacties, nierfunctie, leverfunctie; en glucose, hemoglobine, hematokriet, vitamine B 1, foliumzuur;

- . Bij de differentiele diagnostiek van het dementiesyndroom dient elektroencefalografisch onderzoek (EEG) alleen op indicatie te worden verricht;
- . Bij de differentiele diagnostiek van het dementiesyndroom dient cerebrale computertomografie (CT) of magnetic resonance imaging (NIRI) alleen op indicatie te worden verricht.

Onderzoek naar het psychisch functioneren

Bij vermoeden van dementie en lichte dementie wordt de volgende testbatterij voorgesteld:

A. Aandacht, concentratie en tempo:

Trail Making A en B, cijferreeksen vooruit (facultatief Stroop Kleur Woord Test en SDMT)

B. Taal, taalbegrip en spraak:

Woordfluency, schrijven van een zin, lezen, observatie spontane spraak (CAMCOG)

C. Oriëntatie:

plaats, tijd c.q. tijdsbesef en persoon

D. Geheugen, leervermogen en non-verbale leervermogen:

VLGT, 15 Woordentest of 8 Woordentest, Rivermead plaatjes herkennen (facultatief verhaal navertellen, Benton Visual Retention Test)

E. Visuo constructief en visuo spatieel:

Meander, natekenen ADS-6, klok tekenen (facultatief Complex Figure test)

F. Uitvoerende functies:

Wisconsin Kaart Sorteertest, cijferreeksen achteruit, Woordmatrijzen, RAVEN (standaardvorm of gekleurde vorm)

G. Intellectueel functioneren:

Verkorte GIT (matrijzen, figuur ontdekken, cijferen, woordenlijst), RAVEN (facultatief NLV)

H. Stemming:

Vitale kenmerken navragen (facultatief GDS)

Bij matige dementie wordt voorgesteld:

CAMCOG (facultatief aangevuld met 8 Woordentest/ADS-6, RAVEN en in intramurale setting GIP). Afhankelijk van de bevindingen is soms echter uitgebreid onderzoek noodzakelijk (zie boven).

Bij ernstige dementie kan volstaan worden met de GIP (observaties door het chentsysteem/de verzorgenden). Neuropsychologisch onderzoek is in dit stadium vaak niet meer mogelijk.

Nader overleg tussen de betrokken psychologen omtrent de bovengenoemde testbatterij en meer algemene persoonlijkheidskenmerken (zoals gedrag(sstoornissen) en copingstijlen), gnosis en praxis, is noodzakelijk.

Onderzoek naar het sociaal functioneren

A. Levensloopgegevens (feiten en beleving):

- . Gegevens uit de eerste levensfase
leefsituatie (gezinssamenstelling, beroep vader/moeder)
beroepscarrière (opleiding/schoolkeuze)
belangrijke gebeurtenissen

- . Gegevens uit de tweede levensfase
leefsituatie (relatievorming, onrивikkeling/duur, kinderen)
beroepscarrière
belangrijke gebeurtenissen

- . Gegevens uit de derde levensfase
beroepscarrière (-vroegtijdige uittreding, pensionering)
relaties (met kinderen, kinderen het huis uit, met partner, veranderingen, lichamelijkheid/sexualiteit/intimiteit)
overige belangrijke gebeurtenissen (verlieservaringen, verhuizingen)

- . Levensloop: evaluatieve terugblik

B. Validiteit:

- . ADL (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen)
 - wassen
 - kleden
 - eten
 - toilet

- . Incontinentie
 - urine (incontinentiemateriaal, catheter)
 - faeces

- . Zintuigen
 - horen (gehoorapparaat)
 - zien (bril)

- . Communicatie
 - spreken
 - spraakbegrip

- . Mobiliteit
 - lopen (loophulpmiddelen, rolstoel)
 - staan
 - zelfstandig in en uit bed of stoel
 - actieradius

- . BDL (Bijzondere Dagelijkse levensverrichtingen)
 - omgaan met geld
 - administratie doen
 - omgaan met medicijnen
 - telefoneren
 - boodschappen doen
 - de was doen
 - poetsen
 - warme maaltijd bereiden
 - broodmaaltijd bereiden

C. Sociale situatie:

- . Woonsituatie
- . Huidige relatiesysteem (omvang/kwaliteit)
 - partner
 - broers en zussen
 - kinderen
 - kleinkinderen
 - vrienden/kennissen/buren
- . Activiteiten/hobby's
 - binnenshuis
 - buitenshuis
- . Ondersteunende zorg
 - familie/buren/kennissen
 - vrijwilligersorganisatie
 - professionele zorg (kruisvereniging, gezinszorg, maaltijdvoorziening, alarmsysteem, dagopvang/-behandeling)
- . Centrale verzorger(s)
 - personalia subjectief beleefde zorgbelasting
 - ervaren steun
 - inschatting competentie centrale verzorger
- . Zingeving
 - persoonlijke beleving van en zingeving aan het leven en de leefsituatie (momenteel, in toekomstperspectief)
- . Heeft de persoon inzicht in een situatie?
- . Kan de persoon handelend optreden?
- . Heeft de persoon ziekte-inzicht?
- . Kan de persoon zich handhaven in een groep?

In onze samenleving is de aandacht voor de zorg van ouderen en dan in het bijzonder de geneeskunde voor ouderen sterk toegenomen. Toch ligt er in de beeldvorming nog steeds een sterke nadruk op verzorging en verpleging, alsof dat nog maar de enige mogelijkheden zijn die voor ouderen open liggen. Het beeld doet onrecht aan de vele mogelijkheden voor herstel die er bij ouderen vaak nog zijn. In dit boek wordt beschreven op welke manier de gezondheidszorg deze kansen op herstel voor ouderen daadwerkelijk kan realiseren. Het biedt een concept – het idee van netwerken – met behulp waarvan verschillende specialismen en professionals kunnen samenwerken voor het realiseren van een samenhangende aanpak bij de opvang van ouderen met complexe problematiek. Het boek is een *must* voor eenieder die samenwerking zoekt – of wil verstevigen – met collega's van de eigen of verwante disciplines in het werkveld van de geriatrie.

Deze uitgave is verkrijgbaar bij:

ITS NIJMEGEN

POSTBUS 9048

6500 KJ NIJMEGEN

TELEFOON 024-3653500

E.MAIL RECEPTIE@ITS.KUN.NL

WEBSITE WWW.ITS.KUN.NL

ISBN 9455541699 / NUGI 732

Een uitgave van
ITS wetenschap voor beleid
en samenleving, Nijmegen
in samenwerking met

ARGO, advies en research
in de gezondheidszorg en
ouderenzorg, Groningen
en

Prismant, onderzoek-
en adviesbureau voor
de gezondheidszorg,
Utrecht

