

Erasmus School of
Health Policy
& Management



Duurzaam Organiseren

*Een analyse van de vormgeving, inbedding en opschaling van de
Sociale Benadering Dementie in de Social Trial regio's*

Colophon

Uitgever

Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM)
Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR)

Datum

Juni 2025

Contact

fabbricotti@eshpm.eur.nl

Dit project (dossiernummer 10360022130001) is mogelijk gemaakt door ZonMw en is onderdeel van het programma Social Trials-monitoren, evalueren en leren.



Inhoudsopgave

1	INLEIDING.....	2
2	ONDERZOEKSMETHODEN	3
2.1	EEN COMPARATIEF CASE-STUDY DESIGN	3
2.2	ONDERZOEKSMETHODEN	3
2.2.1	KWALITATIEVE METHODEN: INTERVIEWS EN CO-CREATIE-SESSIES	3
2.2.2	KWANTITATIEVE METHODE: ENQUÊTE OVER DUURZAAM ORGANISEREN.....	5
3	VORMGEVING VAN DE SBD BENADERING	8
3.1	HET SBD-TEAM	8
3.2	SCHOLING.....	12
3.3	DE REIS VAN DE DEELNEMER: DE DEELNEMERSREIS.....	14
3.3.1	AANMELDING	14
3.3.2	KENNISMAKING	16
3.3.3	ONDERSTEUNING	18
3.3.4	AFRONDING	23
4	INBEDDING VAN DE SBD BENADERING	24
4.1	NUT EN NOODZAAK	24
4.2	INBEDDING IN BESTAANDE STRUCTUREN EN PROCESSEN.....	26
4.2.1	FUNCTIONELE INBEDDING	26
4.2.2	SOCIALE INBEDDING	27
4.2.3	INBEDDING IN DOMEINEN.....	29
5	OPSCHALING VAN DE SBD BENADERING	33
5.1	DE OPSCHALINGSUITDAGING.....	33
5.1.1	DUURZAME BEKOSTIGING ALS NOODZAKELIJKE CONDITIE	33
5.1.2	DUURZAAM ORGANISATORISCH ONTWERP EN INBEDDING ALS NOODZAKELIJKE CONDITIE	34
5.2	OPSCHALINGSSCENARIO'S	35
5.2.1	TOEKOMSTPERSPECTIEF VAN DE SCENARIO'S.....	38
6	CONCLUSIE	40
	BIJLAGE 1 TOPICLIJST INTERVIEWS SBD-TEAMS EN SCHILLEN.....	42
	BIJLAGE 2 TOPICLIJST INTERVIEWS MANAGERS, BESTUURDERS, BELEIDSMEDEWERKERS	43
	BIJLAGE 3 OPZET CO-CREATIE SESSIE	44
	BIJLAGE 4 ENQUÊTE	45

1 Inleiding

In dit rapport wordt verslag gedaan van het onderzoek naar de duurzame organisatie van de Sociale Benadering Dementie, waarbij de focus ligt op de vormgeving van de SBD, de inbedding in het huidige zorg- en welzijnslandschap en de opschaling in de toekomst.

De vormgeving van de SBD vraagt om de implementatie van een SBD-team, bestaand uit SBD-teamleden en schillen, geschoold in de SBD door TaO of Care. De SBD-teams leveren ondersteuning aan deelnemers in een deelnemersreis waarin de SBD werkwijze tot uiting komt. Het team dient ingebed te worden in de regionale zorgstructuur. De aanname is dat de SBD met losse geschoolde teams zodanig kan worden vormgegeven, ingebed en opgeschaald dat het overal en voor iedereen werkt. Dit rapport onderzoekt deze aanname.

Onderzoeksvragen

1. Hoe wordt de SBD in de Social Trial regio's vormgegeven en ingebed?
2. Wat zijn werkzame bestanddelen en belemmerende factoren bij de implementatie?
3. Hoe kan de SBD worden opgeschaald?

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 geeft een beschrijving van de onderzoeksmethoden. Het onderzoek bevat een kwantitatief en kwalitatief deel. De kwalitatieve en kwantitatieve resultaten worden gezamenlijk besproken in een hoofdstuk over de vormgeving van de SBD (Hoofdstuk 3), de inbedding (Hoofdstuk 4) en opschaling van de SBD (Hoofdstuk 5). In hoofdstuk 6 wordt het rapport afgesloten met een conclusie.

2 Onderzoeksmethoden

2.1 Een comparatief case-study design

Het onderzoek stelt de theory of change achter de SBD centraal en onderzoekt deze op basis van een comparatief casestudiedesign. Een comparatieve casestudie is bedoeld om relaties te onderzoeken en hoe- en waaromvragen te beantwoorden door verschillende cases met elkaar te vergelijken. Door cases te volgen en te vergelijken geeft de comparatieve casestudie inzicht in hoe, waarom en onder welke condities interventies werken of slagen en voor wie. De analyse is theorie-gestuurd en baseert zich op de theory of change achter de SBD. De onderliggende aannames over de werkzaamheid van de interventie vormen het uitgangspunt van de analyse. De aannames worden getoetst door het kwalitatief en kwantitatief vergelijken van cases en het verklaren van en reflecteren op gevonden overeenkomsten en verschillen. In dit onderzoek is de in hoofdstuk 1 besproken aanname leidend. De cases die worden vergeleken zijn de Social Trial-Pilots in de verschillende regio's.

2.2 Onderzoeksmethoden

Het onderzoek combineert kwalitatieve (interviews en co-creatie sessies) en kwantitatieve methoden (vragenlijst).

2.2.1 Kwalitatieve methoden: interviews en co-creatie-sessies

In de regio's zijn op operationeel niveau leden van het SBD-team en schillen geïnterviewd, alsmede vrijwilligers, zorg- en welzijnsprofessionals. Daarnaast zijn betrokkenen op bestuurlijk, management en organisatieniveau geïnterviewd die direct of indirect betrokken waren bij de Social Trial in hun regio. Dit waren bestuurders, managers en projectleiders van de betrokken zorg- en welzijnsorganisaties, beleidsadviseurs en wethouders van de gemeentes en coördinatoren van vrijwilligersorganisaties. Personen zijn geselecteerd voor de interviews als zij kennis hadden van de vormgeving, inbedding en opschaling van de SBD in hun regio.

Na de interviews heeft in elke regio een co-creatie sessie plaatsgevonden, specifiek met degenen die in de Social Trial-pilots in elke regio op operationeel niveau betrokken waren, om uitwisseling en verdieping van inzichten tussen de deelnemers te stimuleren.

Wervingsprocedure

Voor de interviews is geworven via een aanspreekpunt in de regio, meestal de projectleider of teamleider van het SBD-team. Het aanspreekpunt is gevraagd welke personen betrokken waren bij de Social Trial in de regio. De onderzoekers namen vervolgens contact op om hen te informeren over het onderzoek via een informatiebrief. Indien zij instemden met deelname, is een toestemmingsformulier ingevuld en een interview gepland.

Voor de co-creatie zijn geïnterviewde SBD-team-leden, schillen en zorg- en welzijnsprofessionals gevraagd deel te nemen. Aan hen is tevens gevraagd een collega mee te nemen, indien deze interesse had. Zij die nog geen toestemming hadden gegeven, is het toestemmingsformulier toegestuurd voor ondertekening.

Dataverzameling

De interviews hebben plaatsgevonden tussen juli 2023 en oktober 2024 in de regio's Amsterdam, Amstelveen, Rotterdam, Den Bosch, Moerdijk en Roermond. De meeste interviews hebben online plaatsgevonden via Microsoft Teams. Enkele interviews hebben op locatie in de regio's plaatsgevonden. In de interviews is gevraagd naar de ervaringen met betrekking tot de uitvoering van de SBD, de ervaren effecten van de SBD, de vormgeving van de SBD in de regio, de samenwerking tussen de SBD en het bestaande aanbod, bevorderende en belemmerende factoren omtrent de vormgeving en inbedding van de SBD in de regio en wat men nodig acht om de SBD succesvol te implementeren en op te schalen. De interviews duurden circa 60 minuten en zijn in een open gesprekstijl gevoerd aan de hand van een semigestructureerde topiclijsten (bijlage 1 en 2). Alle gesprekken zijn opgenomen.

De co-creatie sessies hebben plaatsgevonden tussen november 2023 en december 2024 op een locatie in de regio. Tijdens de co-creatie sessies hebben de professionals plenair hun meest recente afgeronde deelnemer besproken die ondersteund werd door de SBD. Daarna zijn de werkzame bestandsdelen besproken die volgens hen hebben bijgedragen aan de succesvolle inzet van de SBD in deze en andere casussen. Als laatste zijn de benodigde veranderingen op het gebied van organisatorische infrastructuur, cultuur en systeem om de SBD op te schalen bediscussieerd. De co-creatie sessies maakten het mogelijk om verschillende ervaringen rondom de vormgeving, inbedding en opschaling van de SBD uit te wisselen en te bediscussiëren. Zie bijlage 3 voor de opzet van de co-creatie sessies. Alle sessies zijn opgenomen.

Data-analyse

De opnames van de interviews en co-creatie sessies zijn getranscribeerd en daarna systematisch geanalyseerd met behulp van een vooraf opgesteld coderingschema, dat gedurende de interviewperiode werd doorontwikkeld. De analyse was iteratief van aard: voorlopige interpretaties zijn herzien en aangescherpt door herlezing van het materiaal en bespreking in het onderzoeksteam. Data is getrianguleerd met de interviews, co-creatie sessies, verkregen documenten en de enquête als databronnen. De analyses van de interviews en de co-creatie vulden elkaar aan, omdat de interviews zich richtten op inzichten over vormgeving, inbedding en opschaling in het algemeen en de co-creatie sessies verdieping bood naar deelnemersreizen en specifieke casuïstiek. Bij verschillen in interpretatie tussen onderzoekers zijn deze besproken om overeenstemming te bereiken. Dit heeft bijgedragen aan de betrouwbaarheid en validiteit van de interpretaties. Data is eerst naar regio geanalyseerd en beschreven in regiorapportages. Regio's zijn vervolgens met elkaar vergeleken langs de thema's vormgeving, inbedding en opschaling van de SBD.

Respondenten

In totaal zijn 103 interviews afgenomen, waarvan 35 op bestuurlijk niveau en 68 op operationeel niveau (Tabel 1). Aan de co-creatie hebben 45 SBD-teamleden, schillen en zorg- en welzijnsprofessionals deelgenomen. Sommige SBD-teamleden hadden een dubbelfunctie (bijvoorbeeld SBD-teamlid en maatschappelijk werken). In de tabel zijn deze respondenten meegeteld als SBD-teamlid. Tabel 2 geeft een overzicht van het aantal interviews per regio.

Functie	Aantal interviews	Aantal in co-creatie
Bestuurlijk niveau		
Bestuurders en managers zorg	14	
Bestuurders en managers welzijn	6	
Medewerkers gemeente	12	
Projectleider TaO of Care Alzheimer Nederland	1 2	
Totaal	35	
Operationeel niveau		
Projectleider TaO of Care	0	1
SBD-professionals	32	23
Professionals uit zorg	21	11
Professionals uit welzijn	8	7
Schillen	7	3
Totaal	68	45
Totaal	103	45

Tabel 1 Deelnemers aan de interviews en co-creatie sessies per functie

Regio	Aantal interviews	Aantal in co-creatie
Den Bosch	21	7
Rotterdam	15	8
Amsterdam	22	11
Amstelveen	16	5
Moerdijk	15	6
Roermond	14	8
Totaal	103	45

Tabel 2 Deelnemers aan de interviews en co-creatie sessies per regio

2.2.2 *Kwantitatieve methode: enquête over duurzaam organiseren*

Op basis van de analyse van de interviews is een vragenlijst ontwikkeld met het doel inzicht te verkrijgen in meningen over de factoren die bijdragen aan het realiseren van effecten van de SBD, de vormgeving en inbedding van de SBD en de randvoorwaarden en scenario's voor opschaling.

Werving van deelnemers

Alle personen die eerder waren benaderd voor deelname aan de interviews (met uitzondering van de personen met dementie en diens naasten), hebben een uitnodiging ontvangen om de vragenlijst in te vullen. In totaal zijn 124 personen uitgenodigd. De uitnodiging tot deelname is verzonden naar persoonlijke e-mailadressen die waren verkregen in het kader van het interview en co-creatie traject. In deze uitnodiging werden het doel van de vragenlijst toegelicht, evenals de verwachte tijdsinvestering voor deelname.

Daarnaast ontvingen de deelnemers informatie over de omgang met hun gegevens, waaronder aspecten van vertrouwelijkheid, gegevensopslag en wie toegang had tot de verzamelde data. De vragenlijst is uitgezet in de periode van februari tot en met april 2025. Twee weken na de initiële uitnodiging is per e-mail een herinnering verzonden aan alle uitgenodigde respondenten.

Dataverzameling

De vragenlijst bestond uit vier onderdelen die gingen over 1) de effecten van de SBD op mensen met dementie, naasten, professionals en de maatschappij, 2) de werkzame bestanddelen die nodig zijn voor het leveren van de SBD, 3) de mogelijke randvoorwaarden voor de mogelijke opschaling van de SBD en 4) de wenselijkheid van verschillende opschalingsscenario's. Daarnaast is gevraagd naar de functie. Er is niet gevraagd uit welke regio een respondent kwam, omdat met de combinatie functie en regio de anonimiteit niet kon worden gewaarborgd. In dit deelrapport wordt aandacht besteed aan het tweede en derde deel uit de vragenlijst. De respondenten beoordeelden diverse stellingen op een vijfpuntsschaal (van '1 = helemaal mee oneens' tot '5 = helemaal mee eens'). De stellingen zijn voortgekomen uit de diverse thema's die behandeld zijn in de interviews. Dit zijn zowel thema's waar consensus over was als aspecten waar respondenten verschillende opinies over hadden. De vragenlijst (zie Bijlage 4) is opgesteld en verspreid via Qualtrics.

Data-analyse

De analyse van de vragenlijst is uitgevoerd in SPSS. Hierbij zijn drie respondentgroepen gecreëerd. De eerste groep bestaat SBD-teamleden, schillen en projectleiders SBD. Dit waren overwegend de SBD-teamleden en schillen. De tweede respondentgroep bestaat uit professionals uit het reguliere zorg- en welzijnsaanbod (casemanagers dementie, wijkverpleegkundigen, cliëntcoaches, maatschappelijk werkers). Deze zijn in dit rapport aangeduid als 'Professionals'. De derde respondentgroep bestaat uit bestuurders, managers, beleidsmedewerkers, zorgverzekeraars en zorgkantoor. Deze zijn in de analyse van de vragenlijst in dit rapport aangeduid als 'Management, bestuur en financiers'. De overige respondenten die niet onder te brengen waren bij deze groepen, zijn ondergebracht in de categorie 'overig'.

Middels een descriptieve analyse in SPSS is berekend hoeveel procent van de deelnemers het al dan niet (helemaal) eens was met een stelling. Daarnaast is de gemiddelde score van respondenten per stelling berekend. Per vraag is dit berekend voor de drie respondentgroepen en het totaal. Er is zijn geen analyses uitgevoerd voor de categorie 'overig' vanwege het kleine aantal respondenten, maar zij zijn wel meegenomen in het totaal.

Respondenten

In totaal zijn 85 vragenlijsten geretourneerd, waarvan bij 12 niets was ingevuld. De totale respons is daarmee 73, ofwel 59%. De respondenten waren in 41% van de gevallen verbonden aan de SBD en daarmee de grootste groep respondenten (Tabel 3). Professionals en managers, bestuurders en financiers vormden respectievelijk 26% en 30% van de respondentgroep. Zes respondenten hebben niet alle delen van de enquête ingevuld. Op de vragen over de werkzame bestanddelen hebben 5 respondenten geen antwoorden gegeven en over de vragen over de opschaling 6.

Functiegroep	Aantal en percentage
SBD-team	30 (41%)
Professionals	19 (26%)
Management, bestuur en financiers	22 (30%)
Overig	2 (3%)
Totaal	73

Tabel 3 Respondenten enquête

3 Vormgeving van de SBD benadering

In de regio's kreeg de Sociale Benadering Dementie stapsgewijs vorm. Uitgangspunt was een team van SBD-teamleden, omringd door schillen die volgens de SBD-methodiek de deelnemer ondersteunden. Elke regio vertaalde de vormgeving van de SBD naar de regionale praktijk, met ruimte voor lokale verschillen. In dit hoofdstuk staat centraal hoe de Social Trial regio's de SBD vorm hebben gegeven.

3.1 Het SBD-team

Bij de introductie van de SBD zijn de SBD-teams naast het regulier aanbod van zorg en welzijn geplaatst. De teams zijn weliswaar ondergebracht onder een zorgorganisatie, een concern met zorg en welzijn of een regionaal samenwerkingsverband, maar zij functioneerde als onafhankelijk, losstaand team van SBD-teamleden en schillen voor de regio. De schillen waren betaalde en onbetaalde studenten en vrijwilligers. De SBD-teamleden hadden de regie over deelnemers en boden de kern van de ondersteuning. Schillen werden ingezet om specifieke activiteiten te ondernemen en praktische ondersteuning te verlenen.

Belangrijke aanname was dat de rol van SBD-teamlid beter bekleed kon worden door personen zonder zorg- of welzijnsachtergrond. Met deze vormgeving zou passend bij de SBD ondersteund kunnen worden en de druk op de zorg en het tekort op de arbeidsmarkt tegengegaan kunnen worden. Door de inzet van de SBD-teamleden zonder zorgachtergrond zou een beroep kunnen worden gedaan op onbenut potentieel uit de samenleving. Daarnaast zou de inzet van vrijwilligers, studenten en statushouders als schillen de druk op de zorg verder verlichten. Uit de wijzen waarop de SBD in de regio's vorm heeft gekregen blijkt echter dat hier voor een deel aan vastgehouden is.

3.1.1 Wel of geen zorgachtergrond

De interviews tonen aan dat tussen regio's verschillen zijn in de achtergrond van SBD-teamleden. In de meeste regio's bestaat het SBD-team uit een combinatie van SBD-teamleden zonder zorgachtergrond en SBD-teamleden met een zorg- of welzijnsachtergrond. Het betreft teamleden die voorheen in de zorg werkten en zijn uitgestroomd of teamleden die hun rol als SBD-teamlid combineren met een functie in de zorg of welzijn. In een aantal regio's bestaan de teams voornamelijk uit SBD-teamleden met een zorg- of welzijnsachtergrond.

“Wat fijn is dat er niet alleen maar mensen zijn met een zorgachtergrond. Helaas was het in dit team maar één persoon zonder zorgachtergrond.” (R5_PS_008)

Zowel onder SBD-teamleden als onder zorg- en welzijnsprofessionals verschillen de meningen of de niet zorgachtergrond van een SBD-teamlid een noodzakelijke conditie is. Sommigen bespreken dat het niet uitmaakt wat iemands opleiding of werkervaring is. Deze kan zorg- of niet zorg gerelateerd zijn. Waar het om gaat is dat het SBD-teamlid de vaardigheden en attitude heeft om volgens de SBD te ondersteunen. Anderen geven aan dat enige medische kennis en kennis over de zorg nodig is om passend bij het dementieel beeld te kunnen ondersteunen, de juiste wegen in het zorgland te kunnen inzetten, medische en psychologische problematiek te herkennen en hierop in te spelen. Maar er zijn ook respondenten die de inzet van SBD-teamleden zonder zorgachtergrond juist van toegevoegde waarde achten, omdat zij eenvoudiger met creatieve en passende oplossingen komen, daar zij niet beperkt worden door zorggerichte en regulatieve denkkaders.

SBD-teamleden met een zorgachtergrond zijn volgens deze respondenten vaker geneigd om personen vanuit een medisch oogpunt te benaderen en te weinig vanuit een holistisch oogpunt. Al zijn professionals uit zorg en welzijn mensgericht en sociaal, het taak- en doelgericht werken, dat in de opleiding is aangeleerd, sluit niet altijd aan bij de SBD.

“Ik vind het heel fijn dat er mensen zijn die juist geen zorgachtergrond hebben. Niet die medische blik meebrengen, maar gewoon kijken naar de mens. Dat is wat er nodig is” (R2_PS_009)

“Het is eigenlijk helemaal niet zo afhankelijk van wie er naartoe gaat, als diegene maar op de manier iemand benadert. Dan kan het al heel snel goed gaan.” (R2_PS_009)

“Daarnaast is het wel fijn als zij basiskennis hebben van dementie, wat nu soms niet altijd zo is, omdat de sociale benadering ook uitgaat van mensen van buiten het werkveld aannemen. Daar ben ik niet op tegen, maar het is wel fijn als mensen dan een basiscursus krijgen.” (R3_PS_011)

“Maar je hoeft er niet perse een verzorgende of verpleegkundige voor te zijn. Juist niet, zeg maar. Als je kijkt naar een verzorgende of verpleegkundige, die kijkt heel vaak medisch en daarbij zien ze andere dingen over het hoofd, zoals het waarom een cliënt niet gaat fietsen.” (R3_PS_011)

Op de vraag of het niet hebben van een zorgachtergrond een werkzaam element is van de SBD, is men het uiteindelijk niet eensluidend eens. Eén derde van de respondenten van de vragenlijst geeft aan dat het niet hebben van een zorgachtergrond een werkzaam element is (Tabel 4). Bij nadere uitsplitsing naar groepen respondenten lopen de meningen van SBD-teamleden schillen enerzijds en professionals in de zorg en welzijn uiteen (71% mee eens versus 47% mee eens).

	(Helemaal) mee eens	Gemiddelde score (1-5)
SBD-team	71%	4,3
Professionals	47%	3,4
Management, bestuur en financiers	66%	3,7
Alle respondenten	66%	3,8

Tabel 4 Meningen over werkzaam bestanddeel: geen zorgachtergrond hebben als SBD-teamlid

3.1.2 Combineren rol SBD-teamlid met functie in zorg en welzijn: de verbinder

Zoals hierboven beschreven, combineren sommige SBD-leden hun rol met een functie als zorg- en welzijnsprofessional. Deze combinatie wordt ook voorgestaan als werkzaam element in de rol van verbinder. Deze professional heeft als rol de verbinding te leggen met het reguliere aanbod en is bij voorkeur geen onderdeel van het team. In meerdere regio's zijn deze zogenoemde duo-functies inderdaad gecreëerd om de aansluiting tussen de SBD en de reguliere zorg te versterken. Anderzijds zijn deze functies in de tijd ontstaan uit pragmatische overwegingen. Combinaties zijn bijvoorbeeld gemaakt met het werken als casemanager, maatschappelijk werker, leefstijlcoach en fysiotherapeut. Echter, de rol kreeg niet zozeer vorm vanuit een verbindingsperspectief. Professionals met een duo-functie werden ingezet als volwaardig teamlid en boden zelf SBD-ondersteuning.

De combinatie van rollen was niet vanzelfsprekend. Sommige professionals met een duo-functie geven aan dat het combineren van de rollen van SBD-teamlid en de eigen professie tot verwarring kan leiden, zowel voor de persoon met dementie als voor andere betrokkenen. Het is dan onduidelijk vanuit welke functie zij op een bepaald moment handelen of het contact aangaan. Dit veroorzaakt niet alleen verwarring bij de persoon met dementie, maar bemoeilijkt ook de communicatie met andere professionals, omdat het niet altijd duidelijk is vanuit welke rol bepaalde informatie wordt gedeeld of besluiten worden genomen. Sommige respondenten voelen tevens een spanning in caseload en tijdsbesteding. De rol binnen de SBD biedt ruimte voor tijdsintensieve en frequente contactmomenten, terwijl de professionele zorg gebonden is aan geregleerde tijdsbeperkingen. Maar ook het verschil in denkraam en handelingsopties is voor sommigen lastig te combineren is. Een casemanager vertelt bijvoorbeeld als SBD-teamlid alles in het werk te stellen om iemand zo lang mogelijk thuis te houden, terwijl zij het vanuit haar casemanagerrol niet meer acceptabel vond. Door het knellen van de SBD-rol met professionele kaders, hebben sommige professionals met een duo-functie, dan ook lopende de Social Trials besloten om hun rol in het SBD-team te staken.

“Ik heb ook cliënten bezocht vanuit de Sociale Benadering. Ik merkte wel dat dat een andere rol is, dus het werd ook heel ingewikkeld daardoor. Het werd ook heel onduidelijk van ‘ben ik hier nou als casemanager, of ben ik hier als lid van de Sociale Benadering?’” (R1_PS_008)

“Mensen [casemanagers] die dan in deeltijd bij het sociale benadering team zaten vanuit de zorg, die dan veel meer tijd krijgen om met een bepaalde persoon een band op te bouwen, goed gesprek te voeren. Dat vonden zij heel lastig, want die hadden dan aan de ene kant een bepaald aantal caseload en daar besteedden ze vrij weinig tijd per persoon en dan een persoon die kreeg heel veel tijd. Dat voelde gewoon niet goed voor die medewerkers, dat voelt niet eerlijk.” (R6_R_001)

In de vragenlijst is respondenten gevraagd of het uiteindelijk belangrijk is voor het bereiken van effecten dat een functie als SBD-teamlid gecombineerd wordt met een andere functie (Tabel 5). Respondenten zijn het hier eensluidend voornamelijk niet mee eens. Duo-functies worden over het algemeen niet als een werkzaam bestanddeel beschouwd. Met name zorg- en welzijnsprofessionals vinden duo-functies geen passend bestanddeel.

	(Helemaal) mee eens	Gemiddelde score (1-5)
SBD-team	29%	3,2
Professionals	18%	3,1
Management, bestuur en financiers	24%	3,2
Alle respondenten	24%	3,2

Tabel 5 Meningen over werkzaam bestanddeel: combineren van de functie van SBD-teamlid met een andere functie

3.1.3 Rollen SBD-expert en expert-buitenwereld

Naast de rol van verbinder gaat de SBD uit van een rol als SBD-expert en een rol als expert buitenwereld. Voor alle is additionele scholing beschikbaar om de rol goed te vervullen. Een SBD-expert heeft diepgaande kennis van de SBD om de teams inhoudelijk te begeleiden en aan te sturen en de SBD te ontwikkelen. De expert buitenwereld is gericht op het relationele karakter van de SBD. Het gaat hierbij niet alleen om het borgen van kennis en interventies om de sociale rollen van deelnemers en de relaties

van deelnemers met hun omgeving te verbeteren. De expert buitenwereld heeft tevens als rol de SBD in het bredere netwerk en de gemeenschap als benadering te borgen.

In de regio's zijn deze rollen echter niet herkenbaar terug te vinden. In de praktijk blijkt dat de SBD-teamleden allround ingezet worden en vooral gericht zijn op de individuele begeleiding en niet op de gemeenschap, met tevens een specifieke rol van een expert-buitenwereld. De rol van SBD-expert werd niet als zodanig genoemd. Teams hadden wel een teamleider die kenmerken van deze rol had.

“Bij mijn weten wordt er binnen het SBD team geen specifiek onderscheid gemaakt tussen de diverse SBD rollen, SBD expert, Verbinder en Expert Buitenwereld” (R2_PS_002)

3.1.4 De schillen

In de regio's bestaan de schillen uit vrijwilligers of studenten. Uit de interviews blijkt dat sommigen de rol van schil onbetaald als vrijwilliger vervulden, terwijl andere een vergoeding kregen. Onder studenten kwam naar voren dat zij dit als bijbaan deden of als stage vanuit hun opleiding. Op de vraag of de inzet van schillen belangrijk is voor het bereiken van effecten met de SBD antwoord een meerderheid bevestigend. Men stelt dat de inzet van schillen in de ondersteuning van personen met dementie belangrijk is voor het bereiken van effecten met de SBD (tabel 6). Echter is dit percentage onder professionals uit het reguliere zorg- en welzijnsaanbod lager dan bij de andere respondentgroepen.

	(Helemaal mee eens)	Gemiddelde score (1-5)
SBD-team	85%	4,2
Professionals	70%	3,9
Management, bestuur en financiers	85%	4,4
Alle respondenten	83%	4,2

Tabel 6 Meningen over het belang van de inzet van schillen tijdens ondersteuning

Het vinden van afdoende vrijwilligers en studenten is in de meeste regio's een uitdaging. In één van de regio's wordt benoemd dat de afwezigheid van een onderwijsinstelling in de regio de inzet van studenten bemoeilijkt. Daarnaast geven respondenten aan dat studenten helaas vaak niet de continuïteit kunnen bieden die wenselijk is bij de ondersteuning van mensen met dementie, doordat zij gebonden zijn aan wisselende roosters, na hun stage vertrekken, afstuderen en gaan werken of een andere bijbaan kiezen. Hierdoor zijn zij slechts tijdelijk voor een deelnemer in te zetten. Werving blijft een uitdaging en respondenten weten niet goed waar zij studenten en vrijwilligers het beste kunnen werven en wat voor vergoeding hen geboden zou moeten worden: In enkele regio's is men op zoek naar structurele samenwerking met scholen en vrijwilligerswerk, maar dat verloopt moeizaam.

“Studenten erbij betrekken is fantastisch. Maar studenten komen en gaan. We hebben het geprobeerd om studenten in te zetten met koken. Voor het georganiseerd en geregeld is, was deze client al opgenomen.” - (R5_PS_007)

3.1.5 Ondersteunen zonder infrastructuur

SBD-teamleden geven regelmatig aan dat het ontbreekt aan duidelijke organisatorische en functionele kaders. Het separaat vormgeven van teams leidde tot een gebrek aan natuurlijke aansturing en formele

managementlijnen. Hierdoor waren teamleden afhankelijk van de organisatie waarbij zij administratief en financieel ondergebracht waren. Hoewel elk team een teamleider had, ontbrak het aan verdere sturing en ondersteuning. Dit zorgde ervoor dat teamleden regelmatig niet wisten waar zij aan toe waren, bij wie zij terecht konden met vragen, en wat hun perspectief was voor de toekomst. Ook bij de werving van nieuwe teamleden was onduidelijk hoe de processen dienden te verlopen. Daarnaast werd het ontbreken van basisvoorzieningen als een vaste werkplek, vergaderruimte en werktelefoon als problematisch ervaren. Veel communicatie verliep noodgedwongen via privételefoons. Teamleden moesten bovendien regelmatig eigen kosten maken voor activiteiten met deelnemers, omdat er geen budget beschikbaar was. Tot slot waren hun rechten en plichten onduidelijk. Zo was het bijvoorbeeld niet helder of zij deelnemers in hun eigen auto mochten vervoeren.

“Er is eigenlijk geen organisatiestructuur. Je hebt de methodische kant, de denkkant, die zit bij de VU, maar die doet er eigenlijk ook helemaal niks mee. Die hebben het bedacht. En het uitvoerende deel, wat wij doen, daar is eigenlijk nog geeneens een organisatie voor.” (R3_PS_006)

3.2 Scholing

Om volgens de SBD te kunnen ondersteunen is een scholing ontwikkeld door TaO of Care. De scholing is gericht op het internaliseren van de onderliggende visie van de SBD en het omzetten in concreet handelen. Dit omvat het aanleren en toepassen van specifieke werkwijzen en instrumenten. Het scholingstraject bestaat uit een basismodule en verdiepende leergangen, toegespitst op de rollen van de SBD-expert en de expert-buitenwereld. De scholing is opgebouwd uit e-learningmodules, terugkombijeenkomsten en 'learning by doing'.

De scholing wordt beschouwd als een essentiële voorwaarde voor de succesvolle vormgeving van de SBD. Voor de implementatie in de regio's was het uitgangspunt dat alle leden van het SBD-team, evenals de schillen, de scholing zouden volgen. Het succesvol afronden van de SBD-scholing werd beschouwd als een toereikende voorwaarde om ondersteuning te kunnen bieden. Aanvullende scholing werd als niet noodzakelijk beschouwd.

Alhoewel de waarde van de scholing wordt erkend, komt uit de interviews naar voren dat de scholing in de praktijk wisselend is gevolgd en dat regio's gaandeweg eigen scholingsaanbod zijn gaan ontwikkelen. Bovendien lopen de meningen uiteen over de vraag of de SBD-scholing op zichzelf voldoende is om mensen met dementie adequaat te kunnen ondersteunen. Tegelijkertijd wordt in de regio's ook ingezet op het scholen van niet-SBD-teamleden vanuit de overtuiging dat dit noodzakelijk is voor een brede en effectieve implementatie van de benadering.

Variatie in mate scholing

In de praktijk blijkt dat tussen regio's verschillen bestaan in de mate waarin SBD-teamleden en schillen zijn geschoold. Aanvankelijk volgden zij de scholing bij de start van de implementatie. Naarmate de tijd vorderde, en teams veranderden of het SBD-aanbod werd uitgebreid, nam de uniformiteit daarin af. In sommige regio's heeft uiteindelijk bijna iedereen de scholing volledig doorlopen, terwijl in andere regio's slechts een deel van de teamleden en schillen daadwerkelijk is geschoold. Ook de aard en omvang van de gevolgde scholing lopen uiteen. Waar sommigen het volledige scholingstraject hebben gevolgd, namen anderen alleen deel aan een verkort e-learning programma.

Bovendien blijkt dat de meeste SBD-teamleden geen verdiepende leergang hebben gevolgd die specifiek aansluit op hun rol binnen het team.

“Ik heb nog geen e-learning gehad, en ik zit er al twee jaar.” (R5_PS_002)

“Light”-versie scholing

In enkele regio's is men daarnaast een vaak door hen zogenoemde 'light-versie' van de scholing gaan aanbieden. Deze scholing, die veelal binnen een regio is ontwikkeld, bestaat uit een verkort scholingsaanbod geleverd door de regio zelf. Uit de uitgezette vragenlijst blijkt dat het betrokkenen in de regio's nagenoeg om het even is of nu de officiële TaO of Care scholing wordt gevolgd of de eigen ontwikkelende scholing (Tabel 7) met zelfs een lichte voorkeur voor een eigen scholing (4,4 versus 4,1). Scholing op zich wordt als werkzaam bestanddeel gezien, maar deze scholing hoeft niet perse de scholing van Tao of Care te zijn.

	(Helemaal) mee eens	Gemiddelde score (1-5)
Scholing TaO of Care	70%	4,1
In regio ontwikkelde scholing	75%	4,4

Tabel 7 Mening alle respondenten over werkzaam bestanddeel: type scholing

Benodigde aanvullende scholing SBD-teamleden

Welke vorm van scholing men ook heeft gevolgd, de ervaringen daarmee zijn overwegend positief. De nadruk op hoe men vanuit de SBD relationeel en menselijk kan ondersteunen wordt als bijzonder waardevol ervaren. Tegelijkertijd geven zowel professionals als SBD-teamleden uit alle regio's aan dat zij behoefte hebben aan aanvullende scholing. Met name meer kennis over de aard van dementie en de gedragsveranderingen die met het dementieel proces gepaard gaan, worden gemist. Zij benoemen dat deze kennis hen zou helpen om beter te begrijpen waarom een deelnemer zich op een bepaalde manier gedraagt en wat zij in de toekomst kunnen verwachten.

*“Daarnaast is het wel fijn als zij basiskennis hebben van dementie, wat nu soms niet altijd zo is, omdat de sociale benadering ook uitgaat van mensen van buiten het werkveld aannemen. Daar ben ik niet op tegen, maar het is wel fijn als mensen dan een basiscursus krijgen. Dat is nu wel. (...) Dat is inmiddels beter geregeld dan in het begin.”
(R3_PS_011)*

Ook is behoefte aan meer inzicht in de organisatie van de zorg, bijvoorbeeld op het gebied van financiering, regelgeving en het beschikbare aanbod. Gebrek aan kennis op deze terreinen belemmert niet alleen het begrip van het bredere zorgsysteem, maar maakt het ook lastiger voor de SBD-teamleden om effectief af te stemmen met andere professionals of om deelnemers goed te begeleiden en de juiste kanalen te vinden binnen het complexe zorglandschap.

Scholing professionals in de SBD

In enkele regio's is de implementatie van de SBD niet begonnen met het formeren van specifieke SBD-teams en schillen. In plaats daarvan werd voor de Social Trials gestart binnen de intramurale setting, waarbij medewerkers in verpleeghuizen als eersten werden geschoold. In enkele andere regio's werd de scholing extramuraal ingezet en kregen ook welzijns- en zorgprofessionals werkzaam in de wijk de kans

om met de SBD-visie vertrouwd te raken. Die bredere aanpak wordt als waardevol ervaren. Enerzijds, omdat de benadering van mensen met dementie in algemene zin hierdoor verbetert, maar ook omdat het de samenwerking tussen SBD-teamleden en reguliere professionals versterkt. Wanneer alle betrokkenen volgens dezelfde visie en werkwijze opereren, wordt afstemmen eenvoudiger en ontstaat meer

samenhang binnen een regio. In meerdere regio's wordt dan ook gewerkt aan het verder uitrollen van de SBD-scholing onder welzijns- en zorgprofessionals.

“Dan hebben zij [welzijnsprofessionals] dat [de SBD] mooi in hun rugzak en zo krijg je een soort inktvlek werking over heel R5 heen” (R5_R_001)

3.3 De reis van de deelnemer: de deelnemersreis

In de deelnemersreis komt de SBD-werkwijze gericht op het creëren van zelfvertrouwen, hervinden van zingeving en opbouwen van sociale relaties tot uiting. Het SBD-teamlid bouwt een relatie op met de deelnemer, om vanuit deze relatie en het vertrouwen dat ontstaat samen op te trekken. Om de behoeftes van de deelnemer rond zelfvertrouwen, zingeving en sociale relaties in kaart te brengen, gebruikt het SBD-teamlid het SBD-gespreksinstrument. Dit helpt bij het leveren van ondersteuning die echt aansluit bij wat de deelnemer wil. Deze ondersteuning behelst een scala aan activiteiten, van koffie drinken thuis tot samen erop uitgaan naar een museum, met zijn tweeën, maar ook in een grotere groep in de SBD ontmoetingsplek. De resultaten laten zien dat aan het begin van de Social Trials, de deelnemersreis nog vorm moest krijgen, omdat de SBD nog weinig bekendheid had in de regio's. Naarmate de tijd vorderde, kreeg de deelnemersreis in alle regio's vorm in vier fasen: de aanmelding, kennismaking, ondersteuning en de afronding. Deze fasen worden in de regio's veelal hetzelfde ingevuld, maar kennen ook enkele verschillen.

3.3.1 Aanmelding

De regio's volgen in grote lijnen dezelfde procedure voor het aanmelden van deelnemers. Iedereen kan aanmelden, ongeacht of iemand zorgprofessional is of niet. Maar niet iedereen kan aangemeld worden. In meerdere regio's vergoeden de verzekeraars de ondersteuning alleen in bepaalde wijken. In een andere regio financieren verzekeraars en zorgkantoren en de Wmo volgens een verdeelsleutel, hetgeen beperkingen legt aan de verhouding deelnemers met en zonder Wmo- of Wlz-indicatie. In de procesgang zijn grote gemene delers met enkele variaties tussen de regio's en in de tijd.

Aanmelden deelnemer

Aan het begin van de Social Trials was de SBD nog vrij onbekend bij potentiële aanmelders in de regio's. De SBD-teamleden gingen daarom zelf proactief op zoek naar deelnemers en zij organiseerden informatiebijeenkomsten voor de wijk en professionals. Hiermee kwam de aanmelding van deelnemers langzaam op gang. Naarmate professionals en SBD-ers meer gingen samenwerken en de SBD ook in het informele netwerk bekendheid genoot, gingen de aanmeldingen lopen. Aanmeldingen komen nu binnen via zorgprofessionals, veelal casemanagers, familie en vrienden, het zelf opzoeken van potentiële deelnemers door SBD-teamleden en deelnemers zelf.

“Dus ik geef daar regelmatig presentaties ook bij thuiszorgteams, wijkverpleegkundigen. Dan vertel ik wat SBD inhoudt, waar het over gaat en wat onze mogelijkheden zijn. Dus uit al dat soort hoeken krijgen wij steeds meer aanmeldingen.” (R2_PS_008)

De aanmelding is laagdrempelig en informeel. Een deelnemer wordt per telefoon, via een app of email aangemeld bij het SBD-teamlid die de aanmeldingen verwerkt. Het informele proces wordt gewaardeerd door de meeste professionals, omdat het geen uitgebreide administratieve handelingen vereist en de aanmelding snel verloopt.

“Als ik een Wmo aan moet vragen, ben ik 14 weken verder. Als ik de sociale benadering dementie inschakel, dan kunnen ze binnen een week of 3 met mij mee op huisbezoek of ze gaan zelf langs net gezien de situatie heb je geen indicatie nodig, geen keukentafelgesprek. Weet je dat zijn voor mensen allemaal onoverkomelijke drempels en die drempel heeft een sociale benadering niet. Ze zijn minder gebonden aan allerlei regels en dat is bijvoorbeeld een begeleiding of een welzijnsmedewerker is dat veel meer.” (R3_PS_011)

De informele procedure heeft ook nadelen. Professionals benoemen dat reactie soms uitblijft en zij niet weten of de aanmelding is angekommen. Daarnaast was het niet altijd duidelijk bij wie moest worden aangemeld, een probleem dat versterkt werd door de vele wisselingen in de SBD-teams. Twee regio's hebben het aanmeldproces daarom meer geformaliseerd door een aanmeldingsformulier te ontwikkelen waarop basisgegevens en de reden voor aanmelding geregistreerd worden.

“De ene keer was het een vast persoon, die leidinggevende, die wij moesten mailen. De andere keer waren het twee medewerkers uit het team, weer een andere maand kregen we te horen dat het via een contactformulier ging. Nu is het overgeheveld aan [naam zorgorganisatie]. Dus dat is nog steeds zoeken. Dus als ik iemand aanmeld moet ik eerst goed graven en denken ‘waar moet ik die aanmelding naartoe doen’.” (R5_PS_008)

Aanmeldcriteria

Voor de SBD zijn geen beschreven aanmeldcriteria, ander dat de SBD bedoeld is voor personen met cognitieve problemen. Een diagnose dementie is niet nodig. In alle regio's worden dan ook zowel personen met beginnende geheugenproblematiek ondersteund, als personen in een latere fases van dementie. Deelnemers zijn divers in termen van leeftijd, woonsituatie en geslacht. Door de keuze voor specifieke wijken als experimenteergebieden zijn de deelnemers veelal van Nederlandse afkomst met een modale of meer dan modale sociaaleconomische situatie.

Bijzondere waarde wordt gehecht aan het zo vroeg mogelijk starten van de ondersteuning. Respondenten bespreken het belang van de ondersteuning bij beginnende geheugenproblematiek of een 'niet-pluisgevoel'. Wanneer een persoon in een late fase van dementie wordt aangemeld, is het starten van de ondersteuning moeilijker. De persoon met dementie kan in die fase minder goed uiting geven aan diens wensen. Wanneer een persoon vanaf een eerdere fase wordt ondersteund, kan ook bij progressie van de dementie aangesloten worden bij diens leefwereld, omdat het SBD-teamlid deze persoon kent. Dit maakt volgens respondenten ook dat de SBD minder geschikt is bij complexe casussen.

“Maar ik vind het zelf vaak makkelijker als iemand nog niet zo ver in het proces zit. Dus als iemand al heel ver achteruit gegaan is en iemand mij eigenlijk al telkens als je iemand ontmoet niet herkent, dan vind ik het lastiger om echt SBD toe te passen omdat je die vertrouwensband wat minder op kan bouwen.” (R6_PS_003).

“En ook de complexiteit zeg maar van een casus als ze iets heel complex is, dan is ook de afspraak dat we hun niet inzetten. Dementie psychiatrie, dementie verslaving, andere bijkomende medische. Dan heb ik liever een

professional die die goed opgeleid is. (...) Omdat het dus wat medisch is en dat die persoonlijk betere kennis heeft.”
(R3_PS_011)

Uit de resultaten van de uitgezette vragenlijst blijkt dat de SBD-teamleden het belangrijker vinden dat de SBD beschikbaar is zonder diagnose dementie, dan professionals uit het reguliere zorg- en welzijnsaanbod en managers en bestuurders (Tabel 8).

	(Helemaal) mee eens	Gemiddelde score (1-5)
SBD-team	71%	4,2
Professionals	64%	3,9
Management, bestuur en financiers	66%	3,9
Alle respondenten	69%	4,1

Tabel 8 Meningen over het belang van het beschikbaar zijn voor mensen zonder officiële diagnose

Het vinden van een match met de deelnemer

Als een deelnemer is aangemeld, wordt binnen het SBD-team (vaak in de reguliere SBD-teamvergadering) besproken wie de ondersteuning kan gaan bieden. Er wordt gekeken naar de potentiële klik met de deelnemer, maar ook wie tijd heeft om de deelnemer te begeleiden. Op basis daarvan wordt een SBD-teamlid uitgekozen die de ondersteuning gaat bieden. In sommige regio's wordt, zoals hierboven beschreven, naast de klik en beschikbare tijd ook gekeken waar iemand woont. In een aantal regio's kunnen alleen deelnemers uit bepaalde gebieden in een regio ondersteund worden, omdat de SBD-ondersteuning alleen in die gebieden door financiers wordt vergoed. Over het algemeen is dit bekend bij de professionals uit de reguliere zorg en worden deelnemers die buiten het gebied wonen in principe niet aangemeld. Als dit toch gebeurt dan kijkt het SBD-team of ondersteuning bij wijze van uitzondering toch geboden kan worden.

Het maken van een match op basis van een persoonlijke klik is niet altijd mogelijk. In één regio is de ondersteuning bijvoorbeeld gebiedsgericht georganiseerd. Elk SBD-teamlid is gekoppeld aan een specifiek gebied. Nieuwe deelnemers uit dat gebied worden aan het betreffende teamlid toegewezen, ongeacht de persoonlijke match. Het komt ook voor dat, ondanks het vinden van een match op persoonlijke interesses of achtergrond, geen klik en vertrouwensband ontstaat. Soms stopt de deelnemers daarom met de SBD, maar meestal gaat het SBD-team op zoek naar een ander teamlid of schil als de bemensing dat toestaat.

3.3.2 Kennismaking

De *kennismakingsfase* begint met een bezoek van het SBD-teamlid. Alhoewel een deelnemer is aangemeld, is bij de deelnemer zelf niet altijd bekend dat deze is aangemeld. In meerdere regio's maken de SBD-teamleden soms bewust geen afspraak, omdat zij vermoeden dat zij dan niet langs mogen komen. Door onverwachts langs te gaan, lukt het teamleden toch contact te leggen. Op deze wijze lukt het de SBD ook om bij zorgmijders een ingang te vinden. Een toegang die door de zorg- en welzijnsprofessionals als een waardevol effect van de SBD wordt ervaren.

“Wat vaak is, is dat ik door een huisarts, POH of casemanager gebeld wordt met de boodschap dat iemand, ehm, geen zorg accepteert of het heel moeilijk vindt om mensen toe te laten of iedereen op afstand houdt. En dan vragen ze, oké, jullie zijn een soort van laagdrempelig. Kijk even of jij wel binnen kan komen. Ik bel meestal eerst iemand

op. Vaak leidt dat gesprek eigenlijk nergens toe en dan ga ik gewoon bij iemand langs een week later en dan laten mensen mij bijna altijd binnen.” (R3_PS_007)

Soms gaat de aanmelder mee bij deze afspraak (bijvoorbeeld de casemanager) om het SBD-teamlid te introduceren. Het kennismakingsgesprek wordt gedurende 6 weken meerdere malen vervolgd met het doel de deelnemer en diens sociale netwerk goed te leren kennen, een vertrouwensband te bouwen, en wensen en behoeftes te bespreken. De vertrouwensband wordt als zeer belangrijk ervaren.

“De aard van de begeleiding is namelijk een vertrouwensband opbouwen met de persoon, met dementie en die reis die levensreis een stukje samen te bewandelen.” (R6_R_001)

“De vertrouwensrelatie is het belangrijkste bij de SBD. Daar drijft eigenlijk alles op bij de SBD. Iemand moet je als gelijke zien, moet naast je staan. Je moet iemand zijn waar ze alles tegen kunnen zeggen.” (R3_PS_006)

“De relatie is de interventie, waardoor je iemand kan helpen.” (R3_PS_004)

In de vragenlijst wordt het belang van de vertrouwensband als werkzaam bestanddeel van de SBD bevestigd (Tabel 9). Alle respondenten menen dat het ondersteunen op basis van de vertrouwensband een belangrijk element van de SBD is.

	(Helemaal) mee eens	Gemiddelde score (1-5)
SBD-team	96%	4,8
Professionals	88%	4,5
Management, bestuur en financiers	95%	4,5
Alle respondenten	94%	4,7

Tabel 9 Mening over het belang werkzaam bestanddeel: vertrouwensband

Met het gespreksinstrument brengt het SBD-teamlid in de kennismakingsweken samen met de deelnemer in kaart hoe hij of zij de ziekte en de gevolgen daarvan op de binnen- en buitenwereld ervaart. Dit wordt op een laagdrempelige manier ingezet, zonder dat de deelnemer het idee heeft ‘geëvalueerd’ te worden. In de meeste regio’s wordt het ingevulde SBD-gespreksinstrument besproken binnen het SBD-team, om daarna een plan van aanpak te maken voor de ondersteuning. Het SBD-team kan dan ook helpen om helder te krijgen waar precies de ondersteuningsbehoefte is en hoe die kan worden vervuld in dit plan van aanpak.

“Een van ons brengt een casus in. Dat verschilt natuurlijk ook weer. Daar hebben we een systeempje voor. 5 minuten lang mag je over iemand vertellen wat belangrijk is en vervolgens stelt de groep vragen. Dan komen ook de vragen van degene die de casus inbrengt naar voren. Op een intervisiemaniër probeer je daar oplossingen voor te vinden.” (R2_PS_008)

Soms heeft een deelnemer geen ondersteuningsbehoeften, maar blijft het SBD-teamlid komen om alvast een relatie op te bouwen met de deelnemer. Het SBD-teamlid komt eens in de twee of drie weken langs om een vinger aan de pols te houden, kleine taken voor de deelnemer te doen, gesprekken te voeren of een kopje koffie of thee te drinken. Als in de toekomst wel ondersteuningsbehoeftes ontstaan, dan is het SBD-teamlid al aanwezig om snel actie te ondernemen.

“Dat, dat, moet, dat moet het wel zijn [meer dan een maatje]. Ja zeker weten, maar op het moment dat dat wel zou gebeuren. Ik heb ook bij de enkeling dat dat zo is en op het moment dat dat gebeurt, dan geef ik dat ook bij de casemanager wel aan als hij, of dat bij degene via wie die is binnen gekomen. Dat is bij ons nog meestal een casemanager. Dan geef ik wel aan van hé, dit is niet helemaal de insteek. Maar ik zie bijvoorbeeld wel dat dat bij een mevrouw, dat het netwerk ook wat ouder is, dus ook wat achteruit gaat en dat zij dan straks moeite krijgt met het vervoer bijvoorbeeld, en dat ik dan weer daarin wat kan betekenen, zoeken naar een vrijwilliger of samen kijken hoe we dingen op kunnen lossen of... Ja, dus dan blijf ik erin voor over een paar maanden. Dan hebben we al goede band en. Dan kan ik daarna meteen dingen gaan doen.” (R6_PS_004)

3.3.3 Ondersteuning

De kern van de benaderingswijze en het type ondersteuning is in alle regio hetzelfde. In alle regio's wordt ondersteund op basis van het hervinden van sociale rollen, zingeving, gelijkwaardigheid, wat iemand nog wel kan en wil en het versterken van het sociale netwerk door het ondernemen van betekenisvolle activiteiten en gesprekken. Enkele regio's leggen daarbij een accent op het geven van praktische ondersteuning. Niet in alle regio's is daarnaast een SBD-ontmoetingsplek, vormgegeven naar het model van het Huis van de Tijd. De inzet van de schillen verschilt ook per regio. De ondersteuning aan naasten is in alle regio's secundair. De SBD is primair voor de deelnemer. Een belangrijk aspect is tenslotte de tijd die SBD-teamleden hebben om te ondersteunen.

De SBD in de wijze van ondersteunen

Ondersteunen vanuit de relatie en vertrouwensband

Na het kennismakingsgesprek en het vaststellen van het plan van aanpak, start de SBD-ondersteuning. Wederom benadrukken respondenten dat de SBD-teamleden ondersteunen vanuit de relatie en vertrouwensband. Gelijkwaardigheid is tevens essentieel. Deelnemers en teamleden hebben een wederkerige relatie, waarbij niet alleen het SBD-teamlid iets betekent voor de deelnemer maar ook andersom. Op deze manier kan de deelnemer ook de sociale rol vervullen van vriend of vriendin in plaats van die van patiënt.

“Er wordt al heel gauw gezegd door collega's van [naam zorgorganisatie] ‘ja als ik meer tijd had, had ik dit ook allemaal kunnen doen’. Ik denk niet dat het daarin zit. Ik denk dat doordat wij in het begin een band opbouwen, een relatie, het is geen vriendschap maar komt misschien dicht in de buurt. Vanuit het vertrouwen dat mensen in ons krijgen, krijgen wij bepaalde dingen gedaan of voeren we bepaalde gesprekken over toekomst waar zorgprofessionals heel gauw misschien niet de tijd voor nemen. Die kijken eerst naar andere dingen.” (R2_PS_004)

“Er was gewoon eigenlijk een dynamiek waarbij ik niet alleen hun hielp, maar zij ook mij. Van datingadvies tot hoe pak je bepaalde dingen aan. Ik heb van (Naam deelnemer) geleerd dat je niet gelijk op alles ‘ja’ op moet zeggen en eerst moet nadenken voordat je iets uit enthousiasme doet.” (R2_PS_004)

Deze wijze van ondersteuning vraagt van de SBD-teamleden dat zij een balans moeten vinden tussen afstand en nabijheid. Zowel emotioneel als zakelijk. Zij geven aan dat de grens tussen privé en werk niet altijd goed vast te houden is, al geeft ieder teamlid daar een eigen invulling aan. Zo werken sommige SBD-teamleden in de avonden en weekenden, en anderen niet. Het behouden van die balans is echter voor iedereen lastig.

“Wij hebben teamleden die geven hun privénummer wel, en wij hebben teamleden die geven alleen hun werk nummer. Ik heb ondervonden dat als ik een week later pas hoor dat er iets is gebeurd omdat ik mijn telefoon niet heb opgenomen, ik voel mij dan schuldig. En dat is niet een goed gevoel.”(R2_PS_004)

“Je bent altijd bereikbaar, eigenlijk wel. Ik heb er eentje die elke dag, elke avond eventjes ‘is het morgen koffiedrinken?’ (R3_PS_002)

Er ontstaat een hele fijne vertrouwensband. Waar je voor moet waken is dat er niet een te grote afhankelijkheid ontstaat, he, dat je niet vervangbaar zou zijn. Dat is toch wel ingewikkeld, want je bent allebei mens en je bent er natuurlijk heel veel, je bent 1,5 uur per week bij iemand en niet alleen bij die persoon, maar ook bij zijn naaste, dus je wordt ook gewoon belangrijk.” (R3_PS_004)

Ondersteunen vanuit zingeving en sociale rollen

In alle regio’s richten de SBD-teamleden zich op het hervinden van zingeving en het versterken of creëren van sociale relaties. Dit is ook iets wat belangrijk is voor de deelnemers, en wat sterk wordt gewaardeerd:

“Dan probeer ik met haar te praten over zingeving en dan zegt ze ‘van de zeven dagen zijn er zes niet leuk en een wel’. En toen ik dat tegen de partner zei, zei die ‘ja dat is de dag dat jij komt’. Dat had ik mij helemaal niet gerealiseerd.” (R5_PS_001)

Het ondersteunen op basis van zingeving wordt inderdaad belangrijk geacht (Tabel 10). Tussen de 90% en 100% geeft aan dat het bereiken van effecten met de SBD gestoeld is op het ondersteunen vanuit hetgeen een deelnemer zingeving geeft.

	(Helemaal) mee eens	Gemiddelde score (1-5)
SBD-team	92,9%	4,8
Professionals	94,1%	4,5
Management, bestuur en financiers	100%	4,9
Alle respondenten	95,6%	4,7

Tabel 10 Meningen over het belang van het werkzame bestanddeel: ondersteunen op basis van zingeving

Het belang van het verbinden de persoon met dementie met diens sociale netwerk, wordt eveneens als werkzaam bestanddeel van de SBD ervaren (Tabel 11). Professionals uit het reguliere zorg- en welzijnsaanbod zijn het hiermee minder eens zijn dan de andere respondentgroepen.

	(Helemaal) mee eens	Gemiddelde score (1-5)
SBD-team	96%	4,7
Professionals	76%	4,5
Management, bestuur en financiers	95%	4,4
Alle respondenten	91%	4,6

Tabel 11 Meningen over het belang van het verbinden van deelnemers met diens sociale netwerk

SBD-teamleden proberen het sociale netwerk weer te activeren door relaties met familieleden te herstellen of deelnemers relaties te laten opbouwen met burens, kennissen, personen die deelnemers leren kennen tijdens activiteiten en schillen die langskomen.

“Ik geloof inderdaad echt wel in dat door sociale benadering mensen, ja, soms net even dat zetje krijgen om er toch op uit te gaan. Of toch met een vriendin een kopje koffie durft te drinken of iemand te durven op te bellen, dus dat dat sociale netwerk uitbreiden. Ja, ik geloof zeker dat dat door sociale benadering wordt bekrachtigd.” (R6_PS_005)

Type ondersteuning

Eén-op-eén activiteiten

Het merendeel van de ondersteuning betreft in alle regio's één-op-één contact. SBD-teamleden en schillen voeren gesprekken met de deelnemers of zij ondernemen activiteiten die betekenisvol zijn voor de deelnemers. Voorbeelden zijn zwemmen, postzegels verzamelen, naar een museum gaan, wandelen, fietsen, architectuur gebouwen bekijken, samen televisie kijken. De match in interesses is hierin belangrijk. Welke activiteiten worden ondernomen, hangt af van de specifieke behoefte van de deelnemer. Als nog geen passend aanbod is, bedenkt het SBD-teamlid zelf een activiteit die aansluit bij die behoefte. Daarbij wordt creatief en out-of-the-box gedacht. Dit maatwerk en het vermogen om buiten de gebaande paden te treden, wordt gezien als een essentieel onderdeel van de werkwijze van de SBD: denken in mogelijkheden in plaats van beperkingen.

“Ik heb hem echt aan het denken gezet van joh wat er allemaal wél kan in plaats van wat er allemaal niet kan, want hij zat eigenlijk helemaal in een dal van.... Ik kan niks meer en ik zeg, joh, ik zeg van laten kijken met SBD juist wat je wél kan dus en nou merk je ook dat hij dus ding is gaan ondernemen uit zichzelf met zijn vrouw ook en kinderen. En dan merk je dus dat, dat heeft zeker dat zeker een resultaat wat ervoor zorgt dat die gewoon nog zijn ding kan blijven doen...” (R6_PS_002)

Het vermogen om creatieve oplossingen te bedenken buiten het bestaande aanbod wordt als een belangrijk werkzaam bestanddeel van de SBD gezien (Tabel 12), ookal zijn net iets minder professionals het hiermee eens.

	(Helemaal) mee eens	Gemiddelde score (1-5)
SBD-team	96%	4,8
Professionals uit zorg/welzijn	82%	4,5
Management, bestuur en financiers	95%	4,8
Alle respondenten	92%	4,7

Tabel 12 Meningen over belang werkzaam bestanddeel: vinden creatieve oplossingen buiten het bestaande aanbod

Groepsactiviteiten

Vaak gaan de deelnemers ook naar activiteiten die worden georganiseerd in een ontmoetingsplek. Alleen Amsterdam heeft een Huis van de Tijd. In de meeste andere regio's wordt ofwel een lichtere vorm van een Huis van de Tijd opgezet of groepsactiviteiten in centra in de wijk door SBD-teamleden georganiseerd, zoals een lunch of een koffiemoment. Het hebben van een eigen SBD-ontmoetingsplek wordt door SBD-

teamleden en professionals van belang geacht, maar niet als noodzakelijk. Het is voor hen in mindere mate een werkzaam bestanddeel (Tabel 13).

	(Helemaal mee eens)	Gemiddelde score (1-5)
SBD-team	92%	4,6
Professionals	70%	4,1
Management, bestuur en financiers	52%	3,6
Alle respondenten	75%	4,2

Tabel 13 Meningen over het belang van werkzaam bestanddeel: een eigen SBD ontmoetingscentrum

Praktische ondersteuning

Naast ondersteuning op gebied van zingeving en sociale relaties, ondersteunen de SBD-teamleden soms ook praktisch. Hierin verschillen de regio's, waarbij twee regio's meer praktische ondersteuning geven dan de andere vier. Praktische ondersteuning betreft het regelen van een ID kaart of parkeervergunning, het doen van administratie en boodschappen, koken en opruimen. Hoewel dit niet de kern van de SBD-benadering is, voert het SBD-teamlid deze taken vaak uit vanuit het idee dat hij of zij er toch al is. Men redeneert dan: als dit op dit moment de behoefte van de deelnemer is, dan is deze praktische ondersteuning dus toch 'des SBD'.

“Dus ik had laatst, toen had ik het er dan met een casemanager over dat ik bij een mevrouw eigenlijk als een soort boodschappen maatje kwam. Om de week. Toen zei ik van ja, dat is niet helemaal de insteek natuurlijk en maar en die mevrouw, die had een goed netwerk of die heeft een goed netwerk. Die voelt zich helemaal niet eenzaam, dus dat ging eigenlijk prima. Alleen die vond het gewoon fijn om iemand erbij te hebben. Nou ja, dan stel ik me op als zo een persoon en dat is ergens ook wel een beetje sociale benadering. Omdat je wel de mens als mens ziet. Maar dan ben je er wel echt als gezelligheidsdier.” (R6_PS_004)

Inzet van schillen

Als een SBD-teamlid een band heeft opgebouwd met een deelnemer en weet wat zijn behoeftes zijn, dan wordt vaak voor een specifieke activiteit een schil ingezet. Op deze manier kan het SBD-teamlid zich richten op het overzien van de ondersteuning en het monitoren of deze nog voldoet aan de behoeftes van de deelnemer. De inzet van het SBD-teamlid wordt afgebouwd en vervangen met een schil. De schil wordt geïntroduceerd door het SBD-teamlid en komt na verloop van tijd alleen bij de deelnemer. Afstemming tussen het SBD-team en de schillen is informeel. Zij sturen elkaar via de app berichtjes, bellen even of zij schrijven in een notitieboekje dat bij de deelnemer ligt.

“Die [SBD-teamlid] eigenlijk via die studenten op de hoogte wordt gehouden van nou, hoe gaat het? Heb je zorgen of niet trek aan de bel en dat we de frequentie van het begeleidingsgesprek wat terugschroeven bij de deelnemer.” (R1_R_017)

“Ja, die was echt de juiste persoon om daar zaken te kunnen regelen voor hem. Voornamelijk met WhatsApp, maar ook telefonie, ook telefonie. Ja, en zij gaf goede terugkoppeling over wat ze allemaal geregeld had en wie er dan op welke dagen kwamen. Er lagen agenda.... gewoon een papieren agenda op tafel bij deelnemer en daar schreef zij haar verhaaltjes in. Daar schreef ik mijn verhalen ook in en dat kon wat hij dan mocht lezen, hè? Want je kan niet alles neerzetten bij een patiënt vriend.” (R4_PS_011)

Ondersteuning van naasten

In alle regio's ligt de nadruk op het ondersteunen van de persoon met geheugenproblematiek. Ondersteuning voor naasten, als die wordt gegeven, is met name gericht op het herstellen van de relatie met de deelnemer, het verschaffen van informatie over dementie, het creëren van begrip en het ontlasten van de naaste door de deelnemer ergens naartoe mee te nemen, zodat de naaste tijd heeft voor zichzelf. In de interviews staan respondenten dan ook weinig stil bij de ondersteuning voor de naaste. Het ontlasten van de naaste wordt het meest besproken en als belangrijk gezien:

"Ik kom ook bij een echtpaar juist om mevrouw, of de partner, te ontlasten. Zodat die even haar eigen ding kan doen." (R2_PS_009)

Tijd voor ondersteuning

De tijd die SBD-teamleden hebben om ondersteuning te bieden, wordt regelmatig genoemd als een belangrijk werkzaam bestanddeel van de SBD. Het vormt een duidelijk verschil met de beperkte tijd die reguliere zorg- en welzijnsondersteuning doorgaans mag hebben. Zeker aan het begin van de Social Trials konden SBD-teamleden zonder beperkingen in tijd ondersteuning bieden aan deelnemers.

"De SBD kijk, de invulling zoals de benaderingsvorm is natuurlijk niet nieuw. Hé, Alleen de setting, hoe ze het presenteren wel hè? Dat er een team is die daarvoor tijd krijgt en de financiële middelen." (R4_PS_008)

"Dat is dan wel het voordeel van een SBD-professional. Die komt, heeft de tijd, en kan die tijd ook nemen." (R5_PS_005)

"En daar heb je als casemanager vaak niet alle tijd voor om dat goed te kunnen regelen en dat tijdsaspect heeft de sociale benadering dementie weer wel, waardoor dat veel beter uit de verf komt, zeg maar." (R3_PS_011)

In meerdere regio's zijn beperkingen opgelegd aan de tijd, omdat het financieel en praktisch niet haalbaar was. Ook door de toename van het aantal aanmelding zijn afspraken gemaakt over de te besteden tijd per deelnemer.

"Toen we drie jaar geleden startten met het SBD-team, was het een klein team dat werd aangestuurd, dat werd geschoold, er was ruimte en tijd. En ik weet nog heel goed dat ik in een van de eerste gesprekken heb aangegeven dat als er mensen en tijd zijn is dat heel mooi. Maar mensen en tijd kosten gewoon geld." (R5_PS_007)

"Ik vind ook best wel knap dat mensen zoveel tijd aan iemand kunnen besteden, want dan denk ik, ja, die moeten we met zijn allen wel betalen al die tijd. En Als je 50 van die mensen in een week moet helpen, dan gaat dat niet werken." (R4_PS_011)

"Zolang het doel is bij de mensen thuis mensen met een dementie, zolang mogelijk, eh in zetten op het menselijke aspect en vooral inzoomen op wat er nog wel mogelijk is, dan denk ik dat is een hartstikke mooi streven en dat gun je ieder mens met dementie, dat er zo iemand meekijkt zeg maar. Alleen met de dubbele vergrijzing die eraan zit te komen, denk ik ja, in hoeverre is het ook echt betaalbaar als het niet een project zit. Daar heb ik echt mijn vraagtekens bij." (R1_PS_008)

Hier tekent zich een spanningsveld af, want men blijft de intensieve ondersteuning in tijd wel als werkzaam bestanddeel van de SBD zien, al achten zorg- en welzijnsprofessionals dit gemiddeld iets minder van belang (Tabel 14).

	(Helemaal) mee eens	Gemiddelde score (1-5)
SBD-team	89%	4,5
Professionals	71%	3,9
Management, bestuur en financiers	86%	4,5
Alle respondenten	85%	4,4

Tabel 14 Meningen over het belang van het werkzame bestanddeel: het hebben van tijd om te ondersteunen.

3.3.4 Afronding

De SBD ondersteuning kent geen ingekaderd eindmoment. In tegenstelling tot vormen van zorg en welzijn die vaak tijdelijk van aard zijn, gaat de SBD-ondersteuning permanent door. De ondersteuning stopt alleen als een deelnemer overlijdt, opgenomen wordt in het verpleeghuis of geen ondersteuning meer wenst. In enkele gevallen stopt de ondersteuning, omdat het SBD-teamlid vertrekt en de capaciteit ontbreekt om deze te vervangen. Met name in een latere fase van dementie wordt de ondersteuning tenslotte soms beëindigd, omdat reeds veel andere professionals bij de deelnemer betrokken zijn. Het SBD-teamlid heeft dan het gevoel niet meer van toegevoegde waarde te zijn.

“Ik vind iets zelf, dat klinkt misschien vreemd, iets minder succesvol als je gaat opvullen. Dus iemand heeft al een aantal dagen dagbesteding hè? Gaat al, of er komt een vrijwilliger nog extra aan huis of familie doet veel. En dan ben jij min of meer de vierde of de vijfde dag van de week, zeg maar. Voor mijzelf is dat dan minder dan het echte toevoegen” (R5_PS_003)

Bij opname in het verpleeghuis zorgen SBD-teamleden voor een zachte landing. Het SBD-teamlid voert gesprekken met het intramurale personeel om de deelnemer daar te introduceren. Soms blijft het teamlid komen tot de deelnemer gewend is. Bij overlijden worden SBD-teamleden vaak ook uitgenodigd voor een uitvaart, wat voor velen van hen een erkenning is van de band die is opgebouwd met de deelnemer. Voor SBD-teamleden is deze erkenning mooi en bijzonder, omdat ze in sommige gevallen dichter bij de deelnemer lijken te staan dan directe familie.

“Mensen die zeggen van daar is mijn vriendin weer, weet je wel. Dat is gewoon zo een warme band die je met mensen kunt hebben. Dat vind ik wel vind ik wel het mooie, en dat geeft inderdaad zeker voldoening.” (R4_PS_003)

“En toen had diegene mij ook heel dicht in die cirkel, gewoon bij zijn familie gezet... dat ik ze echt zoiets van, maar daar ik hoor daar toch niet. Ik hoor toch...” (R4_PS_005)

4 Inbedding van de SBD benadering

Om de SBD duurzaam te organiseren speelde naast het vraagstuk van de vormgeving, de inbedding in het regionale netwerk een rol. De regio's die participeerden in de Social Trials hadden bijna allen een voorgeschiedenis met de SBD. Zij kenmerkten zich door een uitgesproken belangstelling voor deze benadering, soms sterk gesteund door een bestuurder. De SBD sloot inhoudelijk aan bij bestaand regionale beleid en was in sommige regio's onderwerp van bespreking in bovenregionale beleidsnetwerken. Diverse regio's hadden eerder ervaring opgedaan met de SBD met kleinschalige pilots in samenwerking met TaO of Care. De deelname aan de Social Trials vormde een voortzetting van reeds ingezette trajecten, maar bracht tegelijkertijd een aantal nieuwe ontwikkelopgaven met zich mee.

De implementatie van SBD-teams naast het reguliere zorg- en ondersteuningsaanbod genereerde nieuwe vraagstukken met betrekking tot de positionering en meerwaarde van de SBD. Centraal daarbij stonden vragen over de inbedding van de SBD binnen de keten van dementiezorg en de noodzakelijke afstemming met bestaande zorg- en welzijnsstructuren. De keuze om de SBD-teams los van het reguliere aanbod te positioneren, bemoeilijkte de institutionele verankering en noopte regio's om door te ontwikkelen op het oorspronkelijke ontwerp. In dit hoofdstuk wordt het proces van inbedding van de SBD besproken met aandacht voor de sociale, structurele en domeinoverstijgende uitdagingen die dit proces met zich meebracht.

4.1 Nut en noodzaak

In alle regio's is brede steun voor wat zij interpreteren als het gedachtegoed achter de sociale benadering. Daarbij worden vaak waarden genoemd als het centraal stellen van de mens in brede zin, aandacht voor zingeving en welzijn en vraaggericht werken.

“Ik vind het gedachtegoed, dat hebben we allemaal hetzelfde, hè, dat je mensen meer zelfvertrouwen en in de regio, in de lead wil laten. En dat ze als de diagnose krijgen, dat je heel erg naar zingeving gaat kijken.”
(R4_PS_008)

Veel gemeenten, zorg- en welzijnsorganisaties en verzekeraars benoemen expliciet dat het gedachtegoed aansluit bij hun werkwijze of de beweging die zij al enige tijd aan het inzetten zijn richting de-medicalisering en de mens centraal stellen, waarin het zwaartepunt van zorg en welzijn verschuift naar preventieve ondersteuning en van een ziekte-perspectief naar een gezondheidsperspectief.

“Ons uitgangspunt is: ‘Zie mij’. En ‘zie mij’ is dat je de ander ziet en leert kennen. En op basis daarvan je handelen aanpast. Sluit natuurlijk heel goed aan bij de sociale benadering. Sluit heel goed aan bij het concept van kwaliteit van bestaan. Sluit heel erg aan bij het concept dat je zorg en ondersteuning verleend vanuit een individuele relatie en niet vanuit collectieve normen.” (R4_R_005)

“Kijken naar positieve gezondheid, oftewel, waar de sociale benadering heel mooi op aansluit: kijken naar wat voor persoon hebben we voor ons en hoe kunnen we die ondersteunen in plaats van denken vanuit welke handelingen moeten we wel of niet uitvoeren” (R2_R_002)

“[Zorgorganisatie] kijkt naar wat in er [naam regio] moet gebeuren. [Zorgorganisatie] is eigenlijk bezig met een transformatie van zorg naar welzijn en ondersteuning in de wijk en daar past dat SBD-gedachtegoed heel mooi bij.

Dat je ook echt kijkt naar de mensen en alle sociale rollen en wat hij nog kan en hoe je dat zo lang mogelijk vol kunt houden. Ook om opnamen natuurlijk te voorkomen.” (R5_R_001).

Verschil van mening richt zich met name op het nut en de noodzaak van het inzetten van de SBD voor het in de praktijk brengen van dit gedachtegoed. Meerdere respondenten, vooral uit de welzijnszorg, geven aan dat zij eigenlijk al volgens dit gedachtegoed werken of willen werken, maar onvoldoende tijd en ruimte krijgen om het volledig tot zijn recht te laten komen. Dergelijke benaderingen hebben in het verleden al bestaan, maar zijn wegbezuinigd.

“Nou, het wordt wel als iets heel bijzonders en nieuws gepresenteerd, terwijl ik, als ik even over mezelf praat, het zie als mijn vak mijn werk waar ik vanaf mijn begin van de opleiding tot nu toe altijd mee heb gewerkt. Dus ik zie het niet als iets nieuws dat we de nadruk leggen op welzijn dat die uitvergroet wordt en versterkt wordt en ook in je handelen. Dat is alleen wel mooi. Maar binnen onze huidige werk en de werkdruk en werkzaamheden lukt dat niet altijd bij iedereen om dat even goed handen en voeten te geven, maar. Ik heb in mijn jongere jaren en begin van mijn carrière als verpleegkundige niet anders gedaan.” (R4_PS_007)

“Wat ik zeg, [de SBD lijkt] op de ambulante begeleiding van vroeger die wegbezuinigd is. En dan wordt er een ander project, als ik over R2 spreek, wel binnengehaald die dan hetzelfde gaat doen naar mijn idee.” (R2_PS_013)

Enkele respondenten benoemen ook dat het inzetten van SBD-teamleden leidt tot verdere fragmentatie van het veld en dat het gedachtegoed daarom beter eigen kan worden gemaakt door de bestaande professies of vrijwilligers.

“Juist als we moeten gaan kijken, kan het niet overgenomen worden door vrijwilligers, door familie, dan zou ik zeggen, laten we die mensen scholen in plaats van dat er nog extra ‘extra’ bijkomt. Dat als deze mensen ook echt moeten gaan passen in begeleiding enzo, dan is dat denk ik, ja, weinig vernieuwend ook, want begeleiding is er nu al. En ik vind zelfs dat we daar al naar moeten kijken. Is het echt nodig of kan het vervangen worden door een vrijwilliger van een maatjesproject, van een fietsproject, iemand die met iemand gaat fietsen.” (R1_PS_008)

Toch zien ook meerdere respondenten de meerwaarde van het inzetten van SBD-teamleden. Soms om hele praktische redenen, omdat er bijvoorbeeld geen indicatie voor nodig is en omdat zij wel de tijd en de financiering hebben. Naast de laagdrempeligheid en tijd die het mogelijk maken om sneller en zonder bureaucratie, ondersteuning in te zetten dan bij reguliere zorg het geval is, zien respondenten ook toegevoegde waarde in de benadering zelf. De SBD wordt gewaardeerd vanwege haar onderscheidende persoonsgerichte insteek, waarbij de persoon achter de diagnose en diens sociale context centraal staan in plaats van dementie als ziekte. De SBD zou door het bieden van ruimte voor betekenisvolle en niet-geprotocolleerde ontmoetingen een impuls kunnen zijn voor een bredere culturele verandering in de omgang met dementie.

“Ik denk wel dat SBD nodig is, even los van ons van welzijn, ik denk wel dat SBD sowieso breed gezien nodig is in de samenleving. Ik denk wel dat heel veel mensen en ook nog heel veel collega’s van ook andere organisaties nog wel echt een beetje echt kijken met zo’n bril van iemand heeft de ziekte dementie, oh jee, die kan niks meer, even kort door de bocht. (...) Dat die hele sociale benadering op de kaart wordt gezet, dat vind ik wel heel belangrijk.” (R1_PS_014)

“Er is geen druk voor cliënten en SBD-teamleden, omdat zij zonder verwachtingen langs gaan bij de personen met dementie. Deelnemers krijgen niet het idee dat er iets ‘moet’ gebeuren” (R5_PS_004)

4.2 Inbedding in bestaande structuren en processen

De verschillen van mening over nut en noodzaak van het inzetten van SBD-teamleden hangen samen met de uitdagingen die de regio's ervaren met de inbedding. Het los inzetten van SBD-teams betekent volgens veel respondenten dat de SBD-teams in de regio geplaatst zijn zonder structureel en procedureel voldoende aangehaakt te zijn bij het bestaande aanbod van zorg en welzijn. Dit leidde in beginsel tot domeinstrijden en een niet altijd positieve waardering van elkaars werk. In deze paragraaf worden die uitdagingen besproken.

4.2.1 Functionele inbedding

Respondenten constateren dat bij aanvang maar een beperkt aantal concrete samenwerkingsafspraken zijn gemaakt, veelal op bestuurlijk niveau. Op uitvoerend niveau waren de SBD-teamleden echter veelal niet aangehaakt bij bestaande structuren. Respondenten herkennen in deze wel de meerwaarde van het ongeprotocolleerd en regelvrij werken van de SBD-teamleden. Regelmatig wordt benoemd hoe flexibel SBD-teamleden inzetbaar zijn, ook door het ontbreken van indicatiestelling, en dat zij door het regelvrij werken juist de tijd en ruimte hebben om aan te sluiten bij de wensen van de client.

*“Dat is dan wel het voordeel van een SBD-professional. Die komt, heeft de tijd, en kan die tijd ook nemen.”
(R5_PS_005)*

“Momenteel kun je het team zo inzetten. Daar is geen bureaucratie of ingewikkelde procedure voor nodig. Dat helpt erg om ze te benaderen.” (R1_PS_008)

Het vrij van alles werken heeft echter ook een keerzijde. Zorg- en welzijn zijn domeinen met vele spelers, waarin de afgelopen jaren veel wijzigingen en verschuivingen hebben plaatsgevonden, onder meer door de introductie van wijkteams, casemanagers en ketens voor dementie. Respondenten geven aan dat de daartoe ontwikkelde afstemmings- en overlegstructuren en de dossiervorming het mogelijk maken om tussen deze domeinen wat samenhang en integratie te creëren. SBD-teamleden waren hierbij, maar ook nu nog onvoldoende aangehaakt, waardoor de afstemming en integratie niet altijd optimaal is. In het begin van de Social Trials waren nagenoeg geen reguliere overleggen waarin de SBD-teamleden en betrokken professionals uit de reguliere zorg- en welzijn elkaar spraken over de deelnemers. Afstemming verliep informeel, ad hoc en alleen als het moest.

“Als het nodig is communiceren wij en anders niet en dat vind ik wel fijn, want ik denk van ja we hoeven elkaar niet op te zoeken als we niks hoeven te bespreken of te vragen. Ik spreek ze dus niet heel vaak” (R1_PS_005)

“We hebben sinds kort hier in [naam regio] een overleg regelmatig nu met buurtteams, casemanagers en praktijkondersteuners. Om elkaar te vinden, wie doet nu wat, en hoe zit het dan precies, waarvoor kan ik iemand aan zijn jasje trekken. Dat is nu heel fijn. Daar zou de sociale benadering ook tussen kunnen zitten bijvoorbeeld. Of iemand, of contactpersoon. Want ik denk niet dat iedereen hier goed van op de hoogte is. Misschien hoor je dat ook wel een beetje aan mij.” (R2_PS_019)

Naarmate, de tijd vorderde zijn in enkele regio's afstemmingsmomenten opgezet. Zo neemt in sommige regio's een SBD-teamlid deel aan een multidisciplinair overleg als een deelnemer wordt besproken. In een enkele regio is daarnaast een gezamenlijk dossier gekomen, om elkaar op de hoogte te houden. In de meeste gevallen en in de meeste regio's verloopt de afstemming echter nog informeel en ad-hoc: telefonisch, via de mail of een app berichtje. Het is ook niet eenvoudig om de afstemming te organiseren, omdat het ontbreekt aan een gezamenlijke organisatorische infrastructuur.

“Maar dat zou wel fijn zijn. Kijk als ze nu deelnemer is van [naam zorgorganisatie], dan kan ik gewoon in het systeem alles wegschrijven en dan kunnen de casemanagers ook lezen. Maar als ik er eentje van [naam andere zorgorganisatie] krijg, ja, dan moet ik ze per e mail informeren en dan kunnen zij het in het systeem wegschrijven en ik hoop dat dat straks na 1 april als we daar mogelijk onder één organisatie vallen, dat we dan gewoon van die infrastructuur gebruik kunnen maken.” (R6_PS_003).

4.2.2 Sociale inbedding

De uitdagingen met de inbedding blijken ook een sociale component te hebben. Respondenten wijzen er veelvuldig op hoe belangrijk het is dat de zorg- en welzijnsprofessionals en SBD-teamleden wederzijds van elkaar weten wat zij doen en waarom, elkaars werk waarderen en bij voorkeur elkaar persoonlijk kennen en vertrouwen.

In meerdere regio's hadden de SBD-teamleden geen goede start, omdat voor veel professionals onduidelijk was wat hun taken waren, wat het verschil was met het bestaande aanbod en wat hun positie was in de keten. In enkele regio's positioneerden de SBD-teams zich aanvankelijk ook als mogelijke vervanging voor het bestaande casemanagement. Hierdoor werd in eerste instantie de toegevoegde waarde door veel professionals niet gezien en begrepen en zelfs ook betwist. De onbekendheid bij de start maakte ook dat huisartsen, POH-ers en casemanagers deelnemers niet of niet op tijd aanmeldden. Duidelijkheid over wat een SBD-teamlid doet, is dan ook een noodzakelijke conditie voor inbedding (Tabel 15).

	(Helemaal) mee eens	Gemiddelde score (1-5)
SBD-team	89%	4,6
Professionals uit zorg/welzijn	93%	4,9
Management, bestuur en financiers	95%	4,8
Alle respondenten	82%	4,7

Tabel 15 Meningen over de noodzakelijke conditie: duidelijkheid over de SBD en taken SBD

Het gebrek aan structurele en procedurele inbedding hielp daarbij niet mee. Het ontbreken van heldere aanmeldcriteria en procedures, het niet deelnemen van SBD-teamleden aan bestaande overleggen, gaf professionals en SBD-teamleden weinig mogelijkheden elkaar ook beter te leren kennen. Daarbij vonden in verschillende regio's ook nog wisselingen plaats in de projectleiding. Tezamen met het informele en niet-geprotocolleerde werken van SBD-teamleden ontstond bij professionals verwarring over de werkwijze van de SBD.

“We hebben nu al de vierde projectleider, en ook met al die vragen. We hebben echt geen idee. (...) Ik heb helemaal geen overzicht en mijn collega's ook niet. We hebben geen idee hoe of wat.” (R5_PS_002)

“Wat komen jullie dan doen, wie zijn jullie dan? (...) En dat is eigenlijk wat een SBD-teamlid, waartoe wij geneigd zijn om dat SBD-teamlid steeds ook tot de orde te roepen. De verantwoording, ter verantwoording. Wat ben jij dan aan het doen, waarom doe je dat. Oh, je hoeft niet te rapporteren.” (R1_PS_002)

In verschillende regio's zijn SBD-teamleden daarom actief geweest om hun werkwijze en hun rol onder de aandacht te brengen in de regio. Dergelijke activiteiten zijn volgens meerdere respondenten erg belangrijk geweest om te zorgen dat professionals cliënten daadwerkelijk gingen doorverwijzen:

“Dus ik geef daar regelmatig presentaties over, ook bij thuiszorgteams, wijkverpleegkundigen. Dan vertel ik wat SBD inhoudt, waar het over gaat en wat onze mogelijkheden zijn. Dus uit al dat soort hoeken krijgen wij steeds meer aanmeldingen.” (R2_PS_008)

“Maar de grootste uitdaging is dat ze dat team weten te vinden. Dat er contact is met casemanagers, de aanmelding van nieuwe deelnemers, het uitleggen van wat je precies doet, bekendheid geven aan een boel zorgorganisaties.” (R2_PS_006)

Vooraf welzijnsmedewerkers en casemanagers geven aan dat het belangrijk is dat zij de SBD-teamleden ook persoonlijk kennen. In meerdere regio's is de keuze voor de inzet van SBD-teamleden of welzijnsprofessionals namelijk mede afhankelijk van de inschatting met wie de cliënt potentieel een 'klik' heeft.

“Weet je, dan gaat het denk ik heel erg over of je iemand kent. Dus wat met ik nu al bij die sociale benadering, dan denk ik 'oh daar moeten we [naam SBD-er] naartoe sturen of daar moeten we [naam SBD-er] naartoe sturen'. En dat is ook bij Home Instead, daar ken ik ook een paar mensen, die zouden daar wel lekker mee matchen.” (R3_PS_013)

“Het is een beetje persoonlijke voorkeur of aanvoelen van 'hey die kan daar wel voeten aan de grond krijgen'. Of 'die gaat altijd leuke dingen doen en daar houdt diegene ook van.’ (R5_PS_013)

Het elkaar persoonlijk kennen ging dan ook met de tijd het gebrek aan procedures en structuren compenseren.

“Dus stel Pietje weet dat wijkverpleegkundige Grietje of casemanager Pietje weet dat SBD-collega X erin zit en die weten elkaar te vinden, dan loopt het top. Dan kun je makkelijk met elkaar schakelen, afstemmen, dan zijn er korte lijnen, dan weten ze van elkaar wie wat daarin doet. Maar soms is dat proces daar naartoe van weten wie waar verantwoordelijk voor is en wie je waarvoor moet hebben dat is soms nog een beetje zoeken. Maar als ze elkaar niet kennen, dan loopt dat nog niet helemaal soepel.” - (R2_R_002)

Respondenten constateren dat over de tijd de SBD-teamleden sociaal beter ingebed zijn geraakt in de regio en dat daarmee ook het aantal aanmeldingen is toegenomen. Dit is echter zeker nog niet optimaal en vraagt veel tijd en inzet van SBD-teamleden, omdat het vaak niet gefaciliteerd wordt door formele procedures en structuren. Ook speelt een rol dat de positie van SBD-teamleden nog ter discussie staat bij verschillende professionals, omdat zij de SBD als een bedreiging ervaren voor hun eigen positie.

4.2.3 Inbedding in domeinen

Inbedding gaat volgens verschillende respondenten dan ook over het accepteren van elkaars domein en taken, en de ander niet als een bedreiging ervaren voor jouw positie. Dat wordt bemoeilijkt door het feit dat de taken en het domein van de SBD-teamleden voor veel respondenten, zeker bij de start, niet helemaal helder waren. De afbakening tussen het zorgdomein en het werk van SBD-teamleden is daarbij het meest helder en het minst betwist. Met casemanagers is de relatie langzamerhand verbeterd, ondanks een moeilijke start, maar met welzijnspartijen blijven nog spanningen bestaan.

Zorg

Uit de interviews met zowel de SBD-teamleden als de zorg- en welzijnsprofessionals komt naar voren dat de SBD niet tot het zorgdomein behoort en SBD-teamleden daarom geen reguliere zorgtaken kunnen overnemen. De SBD wordt vooral gezien als een aanvulling op de zorg en vormt daarmee in principe geen bedreiging voor de positie van zorgprofessionals. Het kan zorgprofessionals ontlasten door niet 'zorggerelateerde' vraagstukken op te pakken. SBD-teamleden kijken volgens meerdere respondenten ook anders naar de deelnemers, met meer aandacht voor sociaal welzijn. SBD-teamleden kunnen zich meer verdiepen in het leven van de deelnemers en daarmee meer proactief en persoonsgericht te werk gaan. Met name ook in de vroege fase van dementie kunnen SBD-teamleden een belangrijke rol vervullen.

“Het medische moet je niet negeren, maar je hebt meer oog voor de welzijnskant. Wat beweegt nou echt iemand. Hoe is nu echt iemand. Hoe is de persoon die nu voor mij zit. In de zorg ben je toch soms een beetje, ja, een boodschap wat op de lopende band ligt.” (R4_PS_001)

SBD-teamleden kunnen professionals uit het zorgdomein ook op andere manieren ondersteunen. Namelijk, ze kunnen helpen bij het signaleren en monitoren van personen met geheugenproblemen en ze kunnen toegang krijgen tot zorgmijders.

“Het zijn een paar extra ogen die meekijken in een situatie. Dat vind ik heel plezierig. Vooral als je een hoge caseload hebt, dan kun jijzelf niet degene zijn. Ik kan niet iedere 2 weken gaan kijken bij iemand. Dat gaat niet en dat kunnen zij wel. Dan kan ik wat vaker met een gerust hart wegblijven.” (R1_PS_008)

“En zag ik er af en toe een lach en kreeg ik een knuffel van haar en heb ik op die manier heb ik dus ook de huisarts binnen kunnen krijgen. De hoe noem je dat, wijkverpleging op het laatste moment. Nou dat was zo fijn en we hebben haar dus uiteindelijk naar een verzorgingshuis kunnen begeleiden. Nou dat, anders was zij echt nou, daar heeft ze nog heeft ze daar echt nog wel een fijne tijd gehad. Ja dat dat, dat was zo'n bijzonder verhaal.” (R6_PS_005)

“Wat vaak is, is dat ik door een huisarts, POH of casemanager gebeld wordt met de boodschap dat iemand, ehm, geen zorg accepteert of het heel moeilijk vindt om mensen toe te laten of iedereen op afstand houdt. En dan vragen ze, oké, jullie zijn een soort van laagdrempelig. Kijk even of jij wel binnen kan komen. Ik bel meestal eerst iemand op. Vaak leidt dat gesprek eigenlijk nergens toe en dan ga ik gewoon bij iemand langs een week later en dan laten mensen mij bijna altijd binnen.” (R3_PS_007)

Toch zijn spanningen ontstaan tussen zorgprofessionals en SBD-teamleden. Omdat SBD-teamleden dicht bij de deelnemer komen te staan en zaken horen die hulpverleners niet altijd horen, voelen SBD-

teamleden soms ook de noodzaak om als vertegenwoordiger op te treden van de deelnemer of tegen het advies van een professional in te gaan. De zorgprofessionals ervaren dit als ongewenste bemoeienis. Het feit dat SBD-teamleden niet altijd in contact staan met de zorgprofessionals vergroot het risico op dergelijke spanningen:

“Dat dus soms hetgeen wat een POH of een huisarts aangeeft wat het beste is voor deze cliënt, dat de het SBD-teamlid zo de rol van vertegenwoordiger, van vertrouwenspersoon van de cliënt serieus neemt dat ze echt een beetje tegenover de POH of de huisarts gaan staan.” (R2_R_002)

Casemanagement

In alle regio's is de samenwerking met casemanagers in beginsel een issue geweest. Casemanagers in meerdere regio's voelden zich bedreigd in hun positie door de introductie van de SBD. Casemanagers dementie vormen nog een vrij jonge professie, die pas sinds enkele jaren een positie heeft weten te verkrijgen danwel te bevechten tussen de andere professies. De onduidelijkheid bij aanvang over welke taken en rollen SBD-teamleden precies zouden vervullen en de uitspraken van de SBD-teams dat het casemanagement overbodig zou maken, deed bij veel casemanagers de alarmbellen afgaan. Casemanagers zien zichzelf vooral als de regisseurs, maar in meerdere regio's leken SBD-teamleden deze rol deels over te willen nemen.

“Er speelt een gevoel van bedreiging. Er komt iemand voorbij die zich, als je het negatief wilt benoemen, bemoeit met iemand die aan jou is toegewezen en in de rol van casemanager dementie word je beoogd om die verantwoordelijkheid te nemen als het gaat om het coördineren van de zorg. Als die communicatie niet goed verloopt tussen verschillende betrokken personen, waaronder iemand van het SBD-team, dan loop je het risico dat je allemaal zelf hulp gaat inzetten of dingen gaat inzetten, waardoor die bedreiging versterkt wordt. Huh wacht even, ik ben de controle kwijt, ik moet toch de boel leiden, wat ben je aan het inzetten, waarom heb je contact gehad met de huisarts zonder dat ik daarvan weet.” (R1_PS_002)

“De casemanagers zijn toch ook een beetje huiverig, van nou, we hebben heel veel overlap. En zij zijn in principe een dure kracht. Daar proeven we soms toch een beetje bij, ja die houden het toch liever een beetje bij zich.” (R4_PS_002)

De meeste respondenten van de vragenlijst geven aan dat zij het belangrijk vinden dat er duidelijke samenwerkingsafspraken zijn met casemanagers (Tabel 16).

	(Helemaal) mee eens	Gemiddelde score (1-5)
SBD-team	86%	4,6
Professionals	82%	4,9
Management, bestuur en financiers	95%	4,8
Alle respondenten	88%	4,7

Tabel 16 Meningen over het belang van duidelijke samenwerkingsafspraken met casemanagers

Volgens meerdere respondenten heeft het wel enige tijd en moeite gekost om tot goede afspraken en relaties te komen. Cruciaal was daarbij dat casemanagers en SBD-teamleden met elkaar in gesprek

kwamen en gingen samenwerken, waarbij SBD-teamleden ook expliciet de regierol bij de casemanagers lieten. Het beeld is nu dat de samenwerking in veel regio's met de meeste casemanagers goed verloopt. Waarbij veel meer duidelijkheid is over de rolverdeling en erkenning is voor de toegevoegde waarde die beide hebben. De SBD-teamleden positioneren zich daarbij ook expliciet als 'ondersteuners' van de casemanagers:

"Over het algemeen gaat het steeds beter. In het begin waren bij een aantal casemanagers de hakken in het zand omdat zij het gevoel hadden dat wij hun werk aan het overnemen waren. Dat is helemaal niet waar. Ik ben veel meer uit op samenwerking. Wij zijn allemaal uit op hetzelfde, dat de mensen die thuis wonen, dat het die zo goed mogelijk gaat" (R2_PS_008).

"We komen nu een keer per maand samen met de casemanagers. Ik merk wel dat zij nu door hebben wat wij doen, en dat wij beter door hebben wat zij doen. Eerst zagen de casemanagers het meer als een bedreiging en van 'wat is dit nieuwe' en bestaat mijn baan straks nog wel" (R2_PS_004)

"Maar de kwaliteit van leven nog naar voren halen. En ik moet zeggen, dat probeer ik zelf ook altijd hoor. Ik probeer ook de mensen in hun kracht van hun leven te laten staan en niet dat de dementie overheerst. Dus in dat opzicht werken we wel een beetje op dezelfde manier denk ik alleen, hebben wij andere taken. Daarbij gaan wij dieper en gaan we op een andere manier daarin en ik merk dat de sociale benadering meer zit op het welbevinden. Zingeving, en als ik denk dat kan toegevoegd worden, hè? Dat is fijn, nou dan probeer ik daar iemand wel warm voor te maken" (R6_PS_009)

"Een casemanager en SBD-er gaan allebei uit van de mens, maar het zijn andere rollen, omdat de casemanager boven de situatie gaat staan en gaat regelen. Als casemanager dementie moet je met een helicopterview kijken naar een situatie en als SBD-teamlid sta je naast de client." (R1_PS_008)

Toch is deze relatie ook niet helemaal vrij van spanningen. Net als bij de zorgverleners kunnen ook casemanagers en SBD-teamleden tegenover elkaar komen te staan, wanneer ze de behoeften van een deelnemer anders interpreteren:

"Ik heb ook wel collega's gehad die wel tegen dingen aanliepen die niet goed liepen, met een SBD-team medewerker die heel erg zijn eigen gang ging. Dat kan dan ook tegenwerken. Dat ging zelfs zo ver dat iemand die dus eigenlijk volgens de casemanager echt niet meer thuis kon wonen, dat die SBD-medewerker daar een hele andere koers in ging varen en dat tegenhield. Ik heb dat niet meegemaakt, maar dan kan het wel averechts werken." R2_PS_013)

Wijkverpleegkundigen kunnen ook een rol spelen bij het coördineren van de zorg rond cliënten met dementie. Hoewel zij zich niet per se bedreigd voelen door de rol van SBD-teamleden, kunnen zij wel wat overlap ervaren. Van oudsher richten wijkverpleegkundigen zich ook deels op welzijnsvragen bij cliënten, maar door tijdsdruk komen ze daar voor hun gevoel te weinig aan toe. In één regio is nog geen contact en samenwerking met wijkverpleegkundigen.

Welzijn

Het onderscheid tussen wat SBD is en doet ten opzichte van het welzijnsdomein is minder duidelijk en daarmee ook meer betwist. In veel interviews, met name met professionals vanuit welzijnsorganisaties zelf, ziet men vooral heel veel gelijkenissen met wat in welzijn al gedaan wordt en ook in de manier van

werken. Van oudsher onderscheidt het welzijnswerk zich expliciet van de zorg door hun meer mensgerichte benadering, op maat, met tijd en aandacht voor de cliënt. Dat geeft hen ook een duidelijke positie ten opzichte van hun sterker geprofessionaliseerde zorgcollega's. En nu komt er dan opeens een andere speler (SBD) die zich juist op dit domein begeeft en dus als bedreiging wordt gezien:

“Ik word ook niet als SBD-medewerker door hen [welzijnsmedewerker, casemanager] als volwaardige gesprekspartner gezien” (R2_PS_002)

“Misschien kun je beter kijken of je dat [activiteiten welzijn en SBD] kunt integreren en samenwerken in plaats van 10 verschillende dingen naast elkaar hebben” (R1_PS_014)

Daarbij kent het welzijnswerk vele vormen en varianten die ook nog eens variëren tussen regio's en soms meer of minder overlap vertonen met het werk van SBD-teamleden. Dit gevoel van overlap wordt versterkt door het ontbreken van formele verwijsafspraken en relaties, waardoor in de praktijk, zonder veel onderlinge afstemming, een rolverdeling zich moet uitkristalliseren. Daarbovenop moesten ambulante begeleiders hun uren in sommige regio's met SBD-teamleden gaan delen, omdat het SBD-team deels vanuit de betaaltitel ambulante begeleiding gefinancierd werd. Welzijnswerkers kregen daardoor niet alleen het gevoel dat zij actief hun domein moesten gaan verdedigen, er werd ook daadwerkelijk op hun werk bezuinigd:

“Maar je hebt ook welzijnsmedewerkers, die begeleiding bieden en daar zitten ook heel veel mensen met het hart op de juiste plek. En soms vind ik ook dat het SBD daaraan snijdt, dus dat er eigenlijk overeenkomsten zijn tussen wat zij betekenen en wat de SBD doet” (R1_PS_008)

Toch zien ook veel respondenten wel duidelijk een verschil tussen wat welzijn doet en wat SBD-teamleden doen. Dat begint er al bij dat welzijn zich vaak richt op een bredere groep, terwijl SBD-teamleden zich specifiek op mensen met dementie richten. Daarbij richt welzijn zich meestal op het bestaande aanbod, waar SBD-teamleden zelf creatieve activiteiten ontwikkelen. Tot slot hebben SBD-teamleden veelal meer ruimte en tijd om een vertrouwensband met deelnemers aan te gaan en zich meer te richten op zingeving.

“Het is, het is heel, het is welzijnsgericht werken bij mensen thuis. En ik denk dat dat sowieso heel nieuw is, want meestal als je bij iemand thuiskomt, dan moet er iets zijn. Dus dan is het zorg gericht en aangezien we toch een hele switch hebben naar het welzijn, waarom zou dat niet thuis kunnen?” (R6_PS_004)

“Welzijn organiseert activiteiten, probeert de mensen daarheen te krijgen en dan stopt hun zorg weer. Maar de sociale benadering gaat echt verder in mensen begeleiden om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen.” (R3_PS_011)

“Als er bijvoorbeeld praktische zaken zijn, zoals het regelen van de administratie, dan zal er waarschijnlijk een leefcoach ingevlogen worden. Als er echt meer op welzijn ingezet moet worden, dan zal er voor een SBD-er gekozen worden.” (R5_PS_002)

Aan het eind van de Social Trials is de samenwerking tussen de SBD en welzijn nog steeds pril. Slechts in enkele regio's wordt de toenadering gezocht door gezamenlijk activiteiten te organiseren of SBD-teamleden toegang te geven tot faciliteiten van welzijn.

5 Opschaling van de SBD benadering

De wijze waarop de SBD opgeschaald kan worden, vormt nog een open vraagstuk. Voor de SBD bestaat momenteel geen structurele bekostiging en de huidige werkwijze met losse teams blijkt in de praktijk uitdagingen met zich mee te brengen. In de regio's verkent men nog hoe de SBD op een duurzame wijze vormgegeven, ingebed en gefinancierd kan worden. In de manier waarop binnen de regio's wordt gesproken over opschaling, alsook in de aanpassingen die zijn doorgevoerd ten opzichte van het oorspronkelijke ontwerp, tekenen zich verschillende potentiële opschalingsscenario's af.

5.1 De opschalingsuitdaging

De opschalingsuitdaging verloopt langs twee lijnen: Het bekostigen van de SBD en het organiseren van de SBD.

5.1.1 Duurzame bekostiging als noodzakelijke conditie

Alle regio's worstelen ten eerste met de bekostiging van de SBD. Zolang onduidelijk blijft of de SBD bekostigd wordt, is het niet eenvoudig om de SBD verder te verspreiden in de regio. Het bekostigen met creatieve oplossingen binnen de huidige bekostigingssystemen of een integrale bekostiging, uitgeprobeerd middels een experimenteertitel van NZa, aangevuld met subsidies en eigen middelen, is voor hen niet duurzaam. In het rapport 'SBD in het Systeem' wordt uitgebreid verslag gedaan van de deze worsteling. Voor nu kiezen de meeste regio's in afwachting van uitsluitel vanuit VWS over de financiering van de SBD voor een bekostiging vanuit SPUK-Dos. Een enkele regio neemt de SBD op in de IZA-plannen.

“Heel plat gezegd dus als er ergens in dat proces komend jaar er toch nog weer een stekker uit wordt gehaald en wij die financiering niet rond krijgen voor de jaren na 2024, dan houdt het voor ons ook op, want we zijn geen liefdadigheidsorganisatie.” (R2_R_002)

“Maar de IZA akkoorden zijn natuurlijk de samenwerking in de ketens van allerlei organisaties. Dus als die met zijn allen zeggen van ja, wij gaan met die SBD verder, dan past die wel.” (R3_R_004)

Onderwijl blijft men zich in de regio's de vraag stellen uit welk domein (Wmo, Zvw, Wlz) de SBD gefinancierd zou moeten worden. Binnen de regio's worden meerdere mogelijkheden tegelijkertijd als opties beschouwd (Tabel 17). Hoewel niet alle regio's hebben deelgenomen aan de experimenteertitel van de NZa en geen stappen hebben ondernomen om deze om te zetten naar een structurele betaaltitel, blijft de geschiktheid van een integrale bekostigingsvorm onderwerp van discussie. Drie kwart van de respondenten van de vragenlijst meent namelijk dat een dergelijke integrale bekostigingswijze het meest passend is.

	(Helemaal) mee eens	Gemiddelde score (1-5)
Wmo	67%	4,1
Zvw	55%	3,8
Wlz	52%	3,7
Domeinoverstijgend	75%	4,5

Tabel 17 Meninge n over geschikte bekostiging in % en gemiddelde score

Bij een domeinspecifieke financiering acht twee derde dat de SBD uit het sociale domein gefinancierd dient te worden. Ongeveer de helft van de respondenten beschouwt financiering via de Zvw of Wlz als een mogelijke optie. Uit de interviews blijkt echter dat deze visie wellicht is gebaseerd op de gedachtegang van een herallocatie van middelen vanuit deze domeinen naar de Wmo met de gemeente als belangrijkste uitvoerder van de SBD.

“Ik denk vanuit zijn aard dat die beginfase van de sociale benadering ontzettend goed past bij de Wmo-dienstverlening. Maar ik snap ook dat gemeenten zeggen, wij schieten daarbij in, bij de hele Wmo. Als er geen financiële middelen komen, dan zien wij er ook geen ruimte voor. Dat is wat gemeenten zeggen. Gemeenten zouden middelen moeten krijgen om dit in te kopen. En dan zou je ook de schottenproblematiek voorbij zijn. Dan faciliteer je het gewoon in een ander stuk van het systeem, dan waar het tot nu toe gezeten heeft. Maar dat betekent dus dat je af moet romen van de Zvw of af moet romen vanuit de WLZ.” (R4_R_005)

“Ik denk, hij [SBD] moet door gemeentes gedragen worden, want het past niet in het zorgstelsel. Het tweede zou wel kunnen zijn dat je in het zorgstelsel er toch ruimte gemaakt, dan met name in dit care deel. Maar die ontschotting daar moet hard op ingezet worden om dit voor elkaar te krijgen.” (R1_R_16)

5.1.2 Duurzaam organisatorisch ontwerp en inbedding als noodzakelijke conditie

De regio's zijn ten tweede zoekende hoe de SBD als organiseerwijze op te schalen. Het vormgeven met losse SBD-teams en schillen, naast het reguliere aanbod, is voor de meeste regio's niet duurzaam. Het brengt, zoals in het voorgaande beschreven, teveel uitdagingen met zich mee in de inbedding en uitvoering. Het bestuurlijk onderbrengen van teams in de regio is tevens een vraag. Voor een goede inbedding is borging in de hele keten van zorg- en welzijn nodig, maar iemand moet de organisatorische infrastructuur en aansturing bieden. In de regio's gaat men door op het pad dat is ingezet, maar voor de toekomst en opschaling in andere regio's acht men het, het meest wenselijk dat de gemeente of een welzijnsorganisatie bestuurlijk verantwoordelijk is (Tabel 18). Hetzij zelf, hetzij onder de vlag van een samenwerkingsverband met zorgorganisaties. Men ziet veel minder een rol voor organisaties die alleen zorg leveren. Het onderbrengen van de SBD bij een landelijke organisatie, acht men het minst wenselijk.

	(Helemaal) mee eens	Gemiddelde score (1-5)
Zorgorganisatie	45%	3,2
Gemeente of welzijnsorganisatie	61%	3,9
Samenwerkingsverband zorg en welzijn	63%	3,9
Landelijke organisatie	33%	2,9

Tabel 18 Meninge over geschiktheid varianten om de SBD onder te brengen

Het duurzaam bemensen van teams is daarbinnen tevens problematisch. Niet alleen in benodigde capaciteit aan SBD-teamleden en studenten en vrijwilligers voor de schillen, maar ook in continuïteit van personen in teams. De tijd en capaciteit die nodig is voor SBD-ondersteuning en het oneindige karakter daarvan, spelen regio's parten. Opschalen volgens het oorspronkelijke model is te weinig ingebed in de keten van zorg en welzijn, vergt teveel capaciteit aan SBD-professionals en tijd.

“Ik denk niet dat je 35 SBD-teams kan neerzetten. Dat is gewoon niet betaalbaar. Dat is niet realistisch.” (R1_PS_014)

“Nou staat het [SBD-team] er nog naast, dat is nog eens extra, dus alles wat er was bestond al en dan heb je nog eens dat team dat wordt er nog eens bijgezet of ernaast gezet.” (R1_R_007)

“Hoe dit werkt, kan straks niet financieel uitgerold worden.” (R3_PS_002)

“Het moet niet iets op zichzelf staand zijn. Het moet eigenlijk onderdeel zijn van ons totale aanbod van VVT.” (R6_R_006)

De meeste regio's willen de zoektocht naar een duurzame vormgeving en inbedding wel aangaan, omdat de benadering van de SBD wordt omarmd. Bij velen past de SBD bij hun regionale beleid om dementievriendelijke gemeenten te worden, waarbij sommige regio's de opschaling van de SBD expliciet als beleidslijn hebben geformuleerd. Andere regio's wegen de SBD daarbij ook af tegen andere benaderingen in de dementiezorg. Twee regio's zijn ten tijde van de Social Trials gestopt met SBD en 1 regio na de Sociale Trials.

“Ik denk ook wel dat het als concept in de huidige vorm niet haalbaar blijft. Maar dat je het als organisaties moet omarmen als een belangrijke methode en een benadering die je inzet.” (R6_R_002)

“Als we kijken naar de benadering en de beweging dan is mijn stellige overtuiging dat dit echt een wezenlijk onderdeel is van de transformatie die we hebben te gaan. (...) Alleen of je dan op deze manier moet organiseren...?” (R5_R_002)

“Wij hebben het heel duidelijk in onze visie opgenomen dat wij zeggen: “Binnen nu en 4 jaar werkt heel [naam zorgaanbieder] op basis van het gedachtegoed van de sociale benadering”. Dus vooral kijken naar de aspecten van kwaliteit van leven, de zingeving en de betekenisvolle dag. Dat gaat heel erg op de voorgrond komen te staan.” (R1_R_017)

5.2 Opschalingsscenario's

Gestuurd door de vraag in hoeverre de SBD los van dan wel ingebed in de reguliere zorgstructuur gepositioneerd moet worden, en in hoeverre opschaling een bredere systeemverandering vereist (zoals aanpassing van bekostiging, toezicht en registratiesystemen), hebben regio's uiteenlopende gedachten over de organisatorische opschaling (Figuur 1). Op basis van de interviews lijken zich vier scenario's af te tekenen: een professionaliseringsscenario, een normatief-cultureel scenario, een integratiescenario en een uitbestedingscenario.

Professionaliseringscenario

Enkele regio's bouwen voort op het oorspronkelijke ontwerp door het opzetten van nieuwe teams in andere wijken. Zij kiezen voor een professionaliseringscenario: de SBD vertoont kenmerken van een nieuwe professie. De SBD blijft vormgegeven met autonome teams van in de SBD geschoolde teamleden en schillen om de methodiek van de SBD goed te blijven borgen en het onderscheid met andere zorg- en welzijnsaanbod helder te houden. Een dergelijk scenario kan naar de mening van respondenten echter alleen slagen als de SBD meer geformaliseerd wordt. In structuren, om de huidige tekortkomingen in aansturing en samenwerking tegen te kunnen gaan. In beroepswetgeving, teneinde kwaliteit te borgen en verantwoording af te leggen aan bijvoorbeeld de Inspectie.

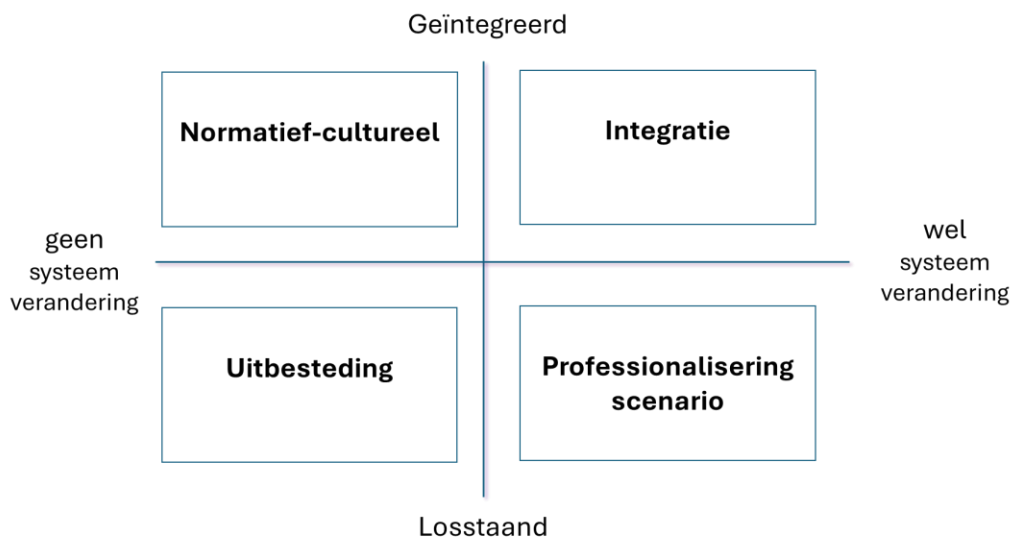
En in registratieprocessen, om vanuit een eigen betaaltitel gefinancierd te kunnen worden en de onderlinge afstemming met andere professionals middels dossiervorming en overleggen te kunnen realiseren. Binnen de regio's klinkt dan ook een pragmatische ondertoon ten aanzien van de uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid van dit scenario. Men erkent een lichte variant voor ogen te hebben met een meer pragmatische inslag, waarbij de scholing en methodiek in een beperktere vorm wordt ingezet.

“Het is zeg maar de vastheid van de methodiek die tot succes leidt en als je het een beetje doet helpt het niet, hè, want dan krijg je toch weer dominante andere factoren die daar doorheen zwemmen en dat zie je hier gebeuren, doen we een beetje sociale benadering en een beetje ouderwetse zorg ” (R1_R_016)

“Het moet meer formeel worden. Dan heb je ook veel meer die afbakening, heb je ook veel meer die wie doet wat, dat het meer verdeeld is, dat het duidelijker is. Dat lijkt mij heel prettig”. (R1_PS_010)

“Het is niet geformaliseerd. Niet in een harde hiërarchische structuur, maar dan zie je dat het de kunst om die functies [SBD versus reguliere zorg en welzijnsaanbod] naast elkaar te laten bestaan en elkaar dat ook te gunnen. Dus je vraagt eigenlijk ook om iemand die dat coördineert, die het durft aan de mensen over te laten eigenlijk. Je zoekt een verbindend iemand die die goed naar mensen kan luisteren, naar elkaar kan brengen en het durft te laten gebeuren. Maar voldoende inzicht heeft om erop te sturen.” (R1_R_16)

“Het is gewoon wel lastiger te handhaven als het een light-versie wordt. Maar ja, goed, misschien moeten we daar ook reëel in zijn en moeten we inderdaad zeggen van nou je moet al blij zijn als je het gewoon lekker in die drie gebieden overeind kan houden. En dat daar mensen enthousiast over zijn. En ja, dat het dan in die andere gebieden wat minder goed uit de verf komt, ja, weet je wel, count your blessings” (R3_R_001)



Figuur 1 Scenario's voor opschaling

Normatief-cultureel scenario

In een deel van de andere regio's kiest men voor zogenoemd normatief-cultureel scenario. Bij dit scenario wordt afgestapt van losse teams en tracht men de SBD op te schalen door het scholen van reguliere professionals en vrijwilligers in de SBD. Vanuit de gedachte dat een dementievriendelijke samenleving

vergt dat iedereen vanuit de principes van de SBD dient te werken, schalen zij op met het oog op een cultuuromslag. De regio's voorkomen hiermee dat zware systeemveranderingen noodzakelijk zijn. Daar zorg- en welzijnsprofessionals zich reeds onder de institutionele regels van het zorgsysteem bewegen, is bij deze vorm van opschaling geen nieuwe bekostiging of wet- en regelgeving nodig.

Het normatief-culturele scenario brengt echter ook nieuwe condities voor opschaling met zich mee. Het breed implementeren van scholing rondom de SBD-methodiek vereist een substantiële investering, waarbij tevens de vraag rijst wie precies geschoold zouden moeten worden: alle betrokkenen rondom mensen met dementie, of een gerichte selectie van zorg- en welzijnsprofessionals. In de regio's maakt men daarnaast een onderscheid tussen het benaderen van personen met dementie volgens de uitgangspunten van de SBD en het daadwerkelijk werken volgens de methodiek. Het structureel toepassen van SBD-principes vraagt een aanzienlijke tijdsinvestering van zorg- en welzijnsprofessionals, wat niet altijd strookt met de huidige tijdsnormen in de zorgpraktijk. Opschaling volgens het normatief-culturele scenario impliceert dan ook dat professionals meer ruimte moeten krijgen voor interacties met personen met dementie dan de beschikbare uren momenteel toelaten. Dit onderstreept dat enige mate van systeemverandering of aanvullende inzet van eigen middelen onvermijdelijk blijft.

“Waar we nu naar kijken, is qua opschalen dat we naar een netwerk team willen waar we dus de SBD manier van werken, de denkwijze de visie willen gaan overdragen aan ook de bestaande professionals in de wijk, dus dat is een andere benadering waardoor je misschien wel sneller meer mensen kunt benaderen en bereiken. Ik vind dat niet per se een afgezwakte vorm, want ik denk dat het wel een andere is ook om sneller stappen te kunnen maken, te kunnen opschalen.” (R1_R_020)

“Als je deze visie aanhangt, dan ga je dat ook breder neerzetten.Wij hebben in onze strategische koers ook wel afgesproken dat wij binnen nu en 3 jaar eigenlijk heel intramuraal, maar ook de wijkverpleging via het gedachtegoed van sociale benadering dementie willen laten werken.” (R6_R_003)

“Je moet ook methodisch zuiver blijven. Het is prima om te verspreiden, Maar het moet ook leiden tot gedisciplineerd methodisch gedrag wat meetbaar is en niet ‘ik doe maar een beetje sociale benadering’.” (R1_R_016)

Integratiescenario

Een derde scenario, het integratiescenario, combineert elementen van het professionaliserings- en het normatief-culturele scenario. Regio's die in de richting van dit scenario bewegen, menen integratie te realiseren door ofwel professioneel opgeleide SBD-teamleden op te nemen in bestaande teams (bijvoorbeeld een sociaal wijkteam) ofwel door reguliere zorg- en welzijnsprofessionals te scholen tot expert in SBD. Men beoogt bij beide varianten bij te dragen aan de duurzame verankering van het SBD-gedachtegoed binnen de bestaande organisatorische structuren. De multidisciplinaire samenwerking binnen de teams wordt in dit scenario versterkt door een uitbreiding van de reeds aanwezige disciplines. Hoewel in dit integratiescenario grotendeels dezelfde systeemvoorwaarden van toepassing zijn als in het professionaliseringsscenario, lijken deze in mindere mate beperkend te werken. Men ziet als voordeel van dit scenario dat de noodzaak tot afstemming met het reguliere zorg- en welzijnsaanbod van nature is ingebed in het integratiemodel. Om de afhankelijkheid van systeemvoorwaarden verder te reduceren, wordt in sommige regio's gekozen voor de alternatieve invulling van het integratiescenario met aandachtsfunctionarissen, een variant die dichter aansluit bij het normatief-cultureel scenario. In deze

variant worden de reeds bestaande duo-functies of verbindingsrollen geïntensiveerd. Het verschil is dat niet afzonderlijke SBD-professionals aan de teams worden toegevoegd, maar dat reguliere zorg- en welzijnsprofessionals de SBD-expertrol op zich nemen binnen hun bestaande functie. Vanuit hun specialistische kennis over de SBD dragen zij verantwoordelijkheid voor de borging van de benadering en bewaken zij dat mensen met dementie op een SBD-conforme wijze worden ondersteund.

“Als je mensen met een andere achtergrond in het team zet, dan leef je ook weer hele andere impuls aan het team en lijkt het mij ook makkelijker in de ontwikkeling om dan die sociale benadering ook werkelijk goed neer te zetten.” (R6_R_002)

“Het moet niet iets op zichzelf staand zijn. Het moet eigenlijk onderdeel zijn van ons totale aanbod van VVT” (R6_R_006).

“Mijn benadering zou zijn: ga zoveel mogelijk mensen scholen in die sociale benadering. (...) en zet vanuit het SBD-team die mensen bij een buurtteam, die er al overal zijn, zodat de lijntjes ook heel kort zijn als een soort van expert.” (R1_PS_014)

Uitbestedingsscenario

Het laatste scenario is het uitbestedingsscenario, waarbij men de SBD inkoop bij een organisatie buiten de systemische kaders van welzijn en zorg in de private markt. Slechts een enkeling spreekt in deze termen. Binnen dit scenario krijgt opschaling vorm doordat zorg- en welzijnsaanbieders de SBD inkopen als product of dienst, die vervolgens via een eigen betalingen of een persoonsgebonden budget (PGB) beschikbaar wordt gesteld aan personen met dementie. Deze benadering vertoont overeenkomsten met particuliere diensten zoals een boodschappendienst, tuinonderhoud of maaltijdvoorziening ('tafeltje-dekje'). In dit model ligt de verantwoordelijkheid voor scholing, implementatie en aansturing niet bij zorg- of welzijnsaanbieders, noch bij de zorgverzekeraar in de vorm van een formele betalingstitel. De borging van kwaliteit en financiële duurzaamheid komt primair te liggen bij het uitvoerende bedrijf of de dienstverlener.

5.2.1 Toekomstperspectief van de scenario's

Waardering van de scenario's

In de vragenlijst is gevraagd naar de mate waarin de varianten als mogelijke opschalingsscenario's mogelijk worden geacht (Tabel 19). Verreweg de meesten menen ten eerste dat de SBD opgeschaald moet worden. Slechts een enkeling vindt dat SBD niet opgeschaald moet worden. Een derde meent dat SBD wel kan worden opgeschaald, maar dat het kan worden aanbesteedt. Als SBD binnen zorg- en welzijnsdomeinen wordt opgeschaald, dan heeft de integratie van SBD-professionals binnen bestaande teamstructuren bij ruim 80% met een score van 4,3 de voorkeur. Opschalen door scholing volgt daar dicht op. Drie kwart vindt dit scenario een mogelijkheid, waarbij met een score van 4,2 vergeleken met 4,0 een kleine voorkeur is voor het scholen van een selectie van professionals. Het doorgaan op de huidige losse teams met een verdere professionaliseringslag acht men met 55% en een score van 3,7 het minst geschikt als opschalingsstrategie.

	(Helemaal) mee eens	Gemiddelde score (1-5)
Niet opschalen	5%	1,5
Professionalisering	55%	3,7
Normatief cultureel		
-iedereen scholen	75%	4,0
-selectie scholen	75%	4,2
Integratie		
-SBD-professionals in team	82%	4,3
-reguliere professional als expert	63%	3,9
Aanbesteding	33%	2,9

Tabel 19 Meningen over potentieel scenario in % en gemiddelde score

Opschalen in de samenleving

Hoewel de SBD is ontwikkeld met het oog op zowel individuele ondersteuning als het bewerkstelligen van een bredere maatschappelijke verandering, blijkt uit de implementatie binnen de Social Trials dat de nadruk primair is komen te liggen op het eerste. De SBD-teams richtten zich in de praktijk hoofdzakelijk op directe, individuele begeleiding van mensen met dementie. De ambitie om via deze benadering tevens bij te dragen aan een bredere denkomslag in de samenleving is minder zichtbaar. In de regio's bleek dat de SBD-teams vooral op zichzelf opereerden en weinig verbinding zochten met wijkinitiatieven of gemeenschapsprojecten. De zichtbaarheid en bekendheid van de teams in de wijk bleef beperkt. De nadruk in de ondersteuning lag op één-op-één contact, terwijl er juist kansen lagen in het bij elkaar brengen van mensen en het aansluiten bij bestaande wijkinitiatieven. In de regio's ziet men deze ambitie ook meer als iets voor de langere termijn. En wellicht zijn SBD-teams dan ook niet meer nodig.

“Om nou te zeggen, we zijn ook naar de wijk gegaan en mensen weten hiervan, mensen enthousiast gemaakt, dat heb ik niet gezien.” (R6_R_003)

“Misschien, wel echt op de lange termijn, wil je dat mensen het gewoon zelf ook helemaal integreren. Dat je geen SBD-teams nodig hebt. Maar dat het zo'n olievlek is dat mensen het zelf al helemaal oppakken, bij wijze van spreken.” (R4_R_001)

“Iedereen in [naam regio] op de SBD manier kijkt, werkt, elkaar benaderd. Niet alleen de professionals, maar ook het informele netwerk, ook de inwoners zelf.” (R5_R_001).

6 Conclusie

In dit rapport staat centraal hoe de SBD is vormgegeven en ingebed, wat werkzame bestanddelen en belemmerende factoren zijn en hoe de SBD kan worden opgeschaald. Geconcludeerd kan worden dat vrijwel alle deelnemende regio's voorafgaand aan de Social Trials al bekend waren met de SBD, vaak voortgekomen uit eerdere pilots of gedragen door bevlogen bestuurders. De regio's herkenden in de SBD een benadering die goed aansloot bij de beleidsontwikkelingen rondom dementie in de regio. De Sociale Benadering Dementie wordt breed omarmd in de Social Trial-regio's vanwege haar mensgerichte en relationele insteek. In de praktijk blijkt het duurzaam organiseren van de SBD echter complex te zijn.

Variatie in vormgeving

Hoewel de oorspronkelijke opzet, met een onafhankelijk team zonder zorgachtergrond, ondersteund door schillen van vrijwilligers en studenten, richtinggevend was, hebben regio's accenten gelegd passend bij de lokale context. In de praktijk blijken de teams veelal een gemengde samenstelling te hebben. In sommige regio's is gekozen voor een team met een dominante aanwezigheid van professionals met een zorgachtergrond, terwijl andere regio's sterker vasthouden aan de inzet van teamleden zonder zorgervaring. De toegevoegde waarde van schillen wordt erkend, maar hun inzet is in de praktijk kwetsbaar. Gebrek aan continuïteit en wervingsproblemen spelen de regio's parten. De scholing in de SBD wordt als essentieel beschouwd. Desalniettemin nam het uniform scholen af door verloop in de teams en ontwikkelden sommige regio's scholingsvarianten die beter aansloten bij lokale behoeften.

Inbedding

Het daadwerkelijk inbedden bracht uitdagingen met zich mee over de verhouding en samenwerking met bestaande zorg- en welzijnsstructuren. Deze voltrokken zich op functioneel, sociaal en domein overkoepelend niveau. De keuze om SBD-teams los van de reguliere voorzieningen te positioneren bood enerzijds ruimte voor flexibiliteit en borging van de SBD, maar leidde anderzijds tot onduidelijkheden over de positie van de SBD in de dementieketen. In de beginfase was weinig sprake van samenwerking en afstemming door het ontbreken van formele afspraken en gezamenlijke overlegstructuren. Afstemming vond vooral ad hoc plaats, veelal informeel als het echt nodig was. Dit bemoeilijkte de functionele inbedding. Functioneel botste het vrije karakter van de SBD dan ook met de bestaande werkwijzen, waardoor spanningen ontstonden rondom procedures en communicatie. Deze spanningen namen af naarmate meer werd ingezet op formalisatie en structurele afstemming van de SBD.

De uitvoering van de SBD leidde op sociaal en domein niveau tevens tot een zekere weerstand of vragen. Met name de onduidelijkheden over de taken van de SBD-teams en diens positie in het samenspel van zorg en welzijn, zorgden voor terughoudendheid bij professionals. In sommige regio's werden de SBD-teamleden aanvankelijk zelfs gezien als mogelijke vervanging of overbodige overlap. De ambiguïteit rondom de rolverdeling werd versterkt door het ontbreken van heldere procedures voor aanmelding en afstemming en de afwezigheid van een gezamenlijke organisatorische infrastructuur. Dit verbeterde door rolafspraken te maken en elkaars meerwaarde te erkennen. Echter, het onderscheid tussen de SBD en het bestaande welzijnsaanbod blijft onhelder. De inbedding van de SBD is daarmee geen afgerond proces, maar een dynamisch traject dat mede afhangt van lokale verhoudingen, bestuurlijke keuzes en de bereidheid tot samenwerking.

Opschalen

De opschaling van SBD is nog een zoektocht. Hoewel brede erkenning is voor de waarde van de SBD als benadering in de zorg voor mensen met dementie, vormt duurzame opschaling een uitdaging. De belangrijkste knelpunten liggen in de structurele financiering en organisatorische inbedding. Zolang onduidelijk is vanuit welk domein (Wmo, Zvw of Wlz) gefinancierd wordt, blijft opschaling onzeker. Organisatorisch zoeken regio's naar vormen waarmee de SBD duurzaam kan worden ingebed. In de praktijk lijken vier opschalingsscenario's te ontstaan: professionalisering (met aparte teams), normatief-cultureel (scholing van reguliere professionals), integratie (inbedding in bestaande teams) en aanbesteding (als in te kopen dienst). Tot slot blijkt de oorspronkelijke maatschappelijke ambitie van de SBD (het stimuleren van een bredere denkomslag richting een dementievriendelijke samenleving) tot nu toe onderbelicht gebleven. De nadruk lag in de praktijk vooral op individuele ondersteuning.

Werkzame bestanddelen

De werkzame bestanddelen van de SBD zitten enerzijds in de visie en de methodiek van de SBD en anderzijds in de ruimte om de SBD in de praktijk context gebonden te kunnen implementeren. In de wijze waarop de regio's op verschillende wijze vorm hebben gegeven aan de SBD lijken sommige werkzame bestanddelen zich te ontleen aan de benadering van de SBD, zoals het opbouwen van een vertrouwensband, het herstellen van sociale relaties en het ondersteunen op basis van wat mensen zingeving geeft. Deze elementen sluiten aan bij het uitgangspunt van de SBD dat dementie niet alleen als een medisch probleem moet worden benaderd, maar als een sociaal en existentieel vraagstuk. Tegelijkertijd zijn er werkzame bestanddelen die wellicht minder expliciet aan de methodische uitgangspunten van de SBD zijn toe te schrijven, maar eerder aan de context van de pilotprojecten waarin de SBD is geïmplementeerd. Zo hebben werkzame bestanddelen als het ontbreken van bureaucratische lasten, de ruimte om af te wijken van standaardprocedures en de beschikbaarheid van tijd en aandacht voor maatwerk bijgedragen aan het uitvoeren van de SBD. Deze elementen zijn niet per definitie verankerd in de SBD-methodiek, maar lijken eerder mogelijk gemaakt door de experimenteeruimte die de pilots bieden. De werkzame bestanddelen zijn in alle regio's waarneembaar, ongeacht de gekozen vormgeving.

Belemmerende factoren

Tegelijkertijd zijn de contextuele werkzame bestanddelen moeilijk vast te houden bij een meer duurzame positionering van de SBD. Het ontbreken van structurele inbedding, de blijvende onduidelijkheid over rolverdelingen, de spanningen rondom vooral het welzijnsdomein, maken tevens dat de SBD nog niet eenvoudig is in te bedden in het bredere systeem van dementiezorg. Ook het regelvrij en met veel tijd en maatwerk werken, blijkt op termijn mogelijk niet duurzaam te zijn gegeven de benodigde juridische en financiële kaders die zorgen voor transparante afstemming en verantwoorde inzet van middelen.

Tot besluit

Ondanks dat de contouren van de vormgeving en inbedding zich in de loop van de tijd hebben afgetekend, vraagt het geïntegreerd duurzaam organiseren van de SBD in de dementieketen om aandacht voor heldere positionering, samenwerking met de zorg- en welzijnsdomeinen en bestuurlijke en functionele ondersteuning.

Bijlage 1 Topiclijst interviews SBD-teams en schillen

Effecten van de SBD:

- Welke effecten heeft de SBD voor deelnemers en hun naasten, en voor u als professional?
- Hoe verschillen de effecten per persoon met dementie en hun naaste?
- Wat maakt dat de SBD tot deze effecten leidt?

Vormgeving van de SBD:

- Hoe ziet de deelnemersreis eruit? Kunt u over een casus vertellen (uitdiepen op werkwijze, type ondersteuning, gebruikte instrumenten)
- Hoe zijn de teams samengesteld?
- Hoe wordt onderling afgestemd?
- Wie (schillen, reguliere zorg en welzijn) wordt wanneer in de clientreis betrokken, en waarom?

De SBD professional

- Wat houdt de SBD-werkwijze in? Hoe verschilt deze van andere benaderingen uit het reguliere zorg en welzijn domein?
- Welke scholing heeft gehad om de SBD ondersteuning te geven?
- Hoe ziet de relatie en omgang met personen met dementie eruit? Hoe is deze relatie en omgang anders dan in andere banderingen uit het reguliere zorg en welzijn domein?

Samenwerking met de SBD

- In hoeverre is de SBD iets dat de huidige, reguliere, zorg- en ondersteuning vervangt of is het iets extra's ernaast of bovenop?
- Hoe wordt samengewerkt met reguliere professionals? (uitdiepen op wijze afstemming, ervaren onderlinge relaties in termen van mogelijke spanningen en successen, kennis van elkaar e.d.)

Belemmerende en bevorderende factoren in het vormgeven en inbedden van de SBD

- Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren bij het vormgeven en inbedden van de SBD? Waarom zijn deze factoren belemmerend of bevorderend?

Bijlage 2 Topiclijst interviews managers, bestuurders, beleidsmedewerkers

Beleid / wetgeving / bekostiging

- Welke lijn ziet tussen de SBD en de beleidsontwikkelingen binnen uw organisatie, regio en nationaal? Welke kansen en uitdagingen ziet u hierin?
- Hoe ervaart u de ruimte binnen de huidige wetgeving en bekostiging om de SBD vorm te geven en loopt u tegenaan?

Regionale ondersteuning en samenwerking de SBD

- Welke afspraken zijn tussen de betrokken zorg en welzijnsorganisaties gemaakt over ieders taken, verantwoordelijkheden en de invulling van de SBD? In hoeverre paste dat in de mogelijk bestaande samenwerking en afspraken?
- Zijn hierin mogelijk dilemma's of conflicten ontstaan waarover verdere afspraken nodig zijn geweest?
- Welke verschillen tussen de organisaties/partijen in cultuur, sociale verhoudingen en belangen hebben een rol gespeeld hebben in de afstemming en coördinatie in de implementatie van de SBD?
- Wat gaat goed, niet goed en hoe kan het beter in de vormgeving en inbedding?
- Wat is nodig om voor de toekomst deze benadering te borgen?

Samenwerking met andere partijen

- Met welke partijen heeft u samengewerkt? Wat zijn u ervaringen hiermee?
- Hoe is de samenwerking met onderwijsinstelling en vrijwilligersorganisaties in de regio om de ondersteuning van schillen vorm te geven? Wat zijn u ervaringen hiermee?
- Hoe ziet u de samenwerking en rol van de gemeente?

Macroperspectief op de veranderingen op microniveau

- Welk effect heeft de SBD volgens u op deelnemers en naasten en inzet van personeel?
- In hoeverre heeft de SBD naar uw perspectief gevolgen voor de gemeenschap? Welke positieve gevolgen zoals bijv. meer solidariteit en saamhorigheid in de wijk dan wel negatieve gevolgen ziet u?

Borging en schaalbaarheid

- Wat is uw verwachting wat betreft de verdere borging en verspreiding van de SBD in uw regio voor de komende jaren? Moet het verder geborgd en verspreid? Hoe is men in uw regio aan het opschalen? En wat is daarvoor nodig? Of juist niet en waarom niet?

Bijlage 3 Opzet co-creatie sessie

Deel 1: Bepalen welke acties in de ondersteuningstrajecten bijdragen aan succes van een casus

- Deelnemers wordt gevraagd zich voor te stellen met de huiswerkopdracht, en specifiek de casus een cijfer te geven voor het succes ervan. Succes mag zelf gedefinieerd worden. Naast cijfer ook toelichting ervan, en eigen rol in succes.
- Alle deelnemers wordt gevraagd om te reflecteren op hun casus, en 3 acties te noteren op een post-it die bijdroegen aan het succes ervan. Als de huiswerk opdracht casus een niet zo een succesvolle casus betrof, dan mag hij/zij een andere in gedachte nemen waar er wel (veel) succes is bereikt.
- Hierna mag iedereen de 3 acties opplakken op de poster met een relatiecirkel. Acties die heel erg belangrijk zijn voor succes mogen in het midden van de cirkel; acties die minder belangrijk zijn mogen in de buitenste cirkels. Acties die bij nader inzien, in vergelijking met andere acties, toch niet zo belangrijk zijn mogen aan de buitenkant van de cirkel.
- We bespreken de acties die bijdragen aan succes van belangrijk (degenen die in het midden van de cirkel staan) naar niet belangrijk (buiten de cirkel). Waarom dragen deze acties (niet) bij aan succes? Op welke manier (niet)? Wie voert ze (niet) uit? Welke acties worden niet ondernomen in een gemiddelde of niet zo succesvolle casus? Waarom?

Deel 2: Bepalen wat nodig is om de SBD op te schalen

- Iedereen schrijft op wat er nodig is om de SBD op te schalen. Iedereen schrijft 3 tot 5 ideeën op post-its in één van de volgende thema's: Benodigde organisatorische infrastructuur, benodigde cultuur, benodigde systemische structuur
- We bespreken per categorie wat er nodig is om de SBD op te schalen, en bediscussiëren of iedereen het hiermee eens is of dat er verschillende ideeën zijn.

Bijlage 4 Enquête

Effecten van de SBD

De sociale benadering dementie richt zich op het verbeteren van de kwaliteit van leven en het welzijn van mensen met dementie en hun omgeving. In plaats van te focussen op medische aspecten staat in deze benadering de sociale context en het dagelijks leven van de persoon centraal. Dit wordt geacht positieve effecten te hebben voor personen met dementie, hun naasten, zorg- en hulpverleners en de maatschappij.

In hoeverre bent u het ermee eens dat door deelname aan de SBD de volgende effecten worden bereikt **voor personen met dementie**:

	Helemaal mee oneens	Enigszins mee oneens	Noch oneens noch eens	Enigszins mee eens	Helemaal mee eens	Geen mening
Betere kwaliteit van leven						
Betere zelfredzaamheid						
Herstellen van sociale relaties						
Meer contact met het sociale netwerk						
Meer zingeving						
Meer eigenwaarde						
Beter met het dementieel beeld kunnen omgaan						
Langer thuis kunnen blijven wonen						

In hoeverre bent u het ermee eens dat door deelname aan de SBD de volgende effecten worden bereikt **voor naasten van deelnemers**:

	Helemaal mee oneens	Enigszins mee oneens	Noch oneens noch eens	Enigszins mee eens	Helemaal mee eens	Geen mening
Betere kwaliteit van leven						
Verminderde belasting						
Beter begrip voor het dementieel beeld						
Beter sociaal contact met de persoon met dementie						

In hoeverre bent u het ermee eens dat door deelname aan de SBD de volgende effecten worden bereikt **voor zorg- en hulpverleners uit het reguliere zorg- en welzijnsaanbod:**

	Helemaal mee oneens	Enigszins mee oneens	Noch oneens noch eens	Enigszins mee eens	Helemaal mee eens	Geen mening
Lagere werkdruk						
Verbeterde arbeidstevredenheid van zorg- en hulpverleners						
Betere mogelijkheden voor monitoring en signalering van behoeften van deelnemers						

In hoeverre bent u het ermee eens dat door deelname aan **de** SBD de volgende effecten worden bereikt **voor de maatschappij als geheel:**

	Helemaal mee oneens	Enigszins mee oneens	Noch oneens noch eens	Enigszins mee eens	Helemaal mee eens	Geen mening
Het creëren van een dementievriendelijke samenleving (bijv. verminder stigma rondom dementie, het de-medicaliseren van dementie en verbeterd begrip voor de persoon met dementie)						

Werkzame bestanddelen van de SBD

De SBD onderscheidt zich van bestaande benaderingen door een gedachtegoed en methodiek. Deze aanpak bevat specifieke elementen, de zogenoemde werkzame bestanddelen, die moeten leiden tot het bereiken van effecten met de SBD. Deze bestanddelen vormen de kern van de aanpak en worden als essentieel gezien voor het realiseren van de doelen van de SBD. Hieronder worden de belangrijkste werkzame bestanddelen uiteengezet.

Hoe belangrijk zijn volgens u de volgende werkzame bestanddelen van de SBD voor het realiseren van effecten voor de persoon met dementie, de naasten, zorg- en hulpverleners en de maatschappij?

	Helemaal mee oneens	Enigszins mee oneens	Noch oneens noch eens	Enigszins mee eens	Helemaal mee eens	Geen mening
Het ondersteunen van personen met dementie op basis van hun zingeving geeft						

Het ondersteunen van personen met dementie op basis van diens sociale rollen

Het ondersteunen van deelnemers op basis van een opgebouwde vertrouwensband

Het vinden van creatieve oplossingen om activiteiten te ondernemen, buiten het bestaande ondersteuningsaanbod aansluitend bij interesses van deelnemers

Het verbinden van de deelnemer met diens sociale netwerk

Het verkrijgen van de benodigde tijd door de SBD-teamleden om deelnemers te ondersteunen in datgene wat nodig is

Het inzetten van schillen bij de ondersteuning van deelnemers (vrijwilligers en studenten)

Het niet hebben van een zorgachtergrond

Het volgen van de SBD-scholing van TaO of Care

Het volgen van een in de eigen regio ontwikkelde scholing in de SBD

Het niet combineren van de functie van het SBD-teamlid met een andere functie (bijvoorbeeld 50% maatschappelijk werk en 50% het SBD-teamlid)

Het zich enkel richten op personen met dementie

Het beschikbaar zijn voor mensen zonder diagnose dementie

Het hebben van een eigen de SBD-ontmoetingscentrum (bijv. een huis van de tijd)

Het vrij blijven van bureaucratische en administratieve lasten

Duidelijke samenwerkingsafspraken met casemanagers dementie

Duidelijkheid over wat de SBD is en het bijbehorende takenpakket

Opschaling van de SBD

Met het aflopen van de Social Trials is het een vraag of en hoe de SBD kan worden opgeschaald. Om de SBD te kunnen blijven aanbieden of succesvol in een nieuwe regio te implementeren, zijn mogelijkserwijs specifieke randvoorwaarden nodig.

Kunt u aangeven in welke mate de volgende strategieën voor opschaling van belang zijn voor de opschaling van de SBD:

	Helemaal mee oneens	Enigszins mee oneens	Noch oneens noch eens	Enigszins mee eens	Helemaal mee eens	Geen mening
Opschalen door financiering vanuit de WMO						
Opschalen door financiering uit de Zvw						
Opschalen door financiering vanuit de Wlz						
Opschalen door een domeinoverstijgende vorm van financiering						
Opschalen door het scholen van alle zogrprofessionals in de SBD						
Opschalen door het scholen van specifieke zorgprofessionals (bijv. casemanagers) in de SBD						
Opschalen met een apart team aan de SBD-teamleden						
Opschalen door de SBD-teamleden te integreren in bestaande teams (bijv. sociaal wijkteam)						
Opschalen door zorgprofessionals in bestaande teams als de SBD-expert te laten werken (bijv. maatschappelijk werker als aandachtsfunctionaris de SBD)						
Opschalen door de SBD aan te besteden via een landelijke de SBD-organisatie						
Opschalen door de SBD onder te brengen bij een zorgorganisatie						
Opschalen door de SBD onder te brengen bij een						

samenwerkingsverband van
welzijns- en zorgorganisaties

Opschalen door de SBD
onder te brengen bij een
welzijnsorganisatie of de
gemeente

Opschalen door aan te
sluiten bij landelijke
initiatieven (bijv. Buurtzorg
of Het verhaal van de
toekomst)

Niet opschalen