

Rapport

‘Toezicht op zorgnetwerken van thuiswonende kwetsbare ouderen’

Fase I en II

Auteurs: D. Verver¹, MSc., Drs. H. Merten¹, Prof. Dr. C. Wagner^{1,2}

EMGO+ Instituut/VUmc, 14 oktober 2015

ISBN/EAN: 978-90-824223-1-3

¹EMGO+ Instituut/VUmc, afdeling Sociale geneeskunde
Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam
www.emgo.nl

²NIVEL
Otterstraat 118-124, 3513 CR Utrecht
www.nivel.nl

Contactpersoon onderzoek

Mw. D. Verver, MSc.

Email: d.verver@vumc.nl

Tel: 020-4445897

©2015 EMGO+ Instituut

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het EMGO+ Instituut te Amsterdam. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Leeswijzer	4
Samenvatting.....	5
1. Inleiding en aanleiding onderzoek	7
1.1 Achtergrond.....	7
1.2 Integrale zorg.....	8
1.3 Transitie in de langdurige zorg	9
1.4 Doel onderzoek	12
2. Methoden.....	13
2.1 Fase I Risicoanalyse	13
2.1.1 Onderzoeksvraag I.....	13
2.1.2 Methoden.....	13
2.2 Fase II Pilot study.....	14
2.2.1 Onderzoeksvraag II.....	14
2.2.2 Methoden.....	14
3. Resultaten.....	18
3.1 Resultaten risicoanalyse (fase I).....	18
3.2 Resultaten pilot study (fase II).....	21
3.2.1 Deelnemers	21
3.2.2 Interviews organisaties.....	22
3.2.3 Interviews ouderen	27
3.2.4 Interviews zorgverleners	31
3.3 Risico's	34
4. Beantwoording onderzoeksvragen	37
5. Bevindingen pilot study in relatie tot de transitie in de langdurige zorg.....	40
6. Beschouwing en aanbevelingen	41
7. Vervolg van het onderzoek.....	44
8. Referenties	45
Bijlage I Tevredenheid over zorg en coördinatie.....	48
Bijlage II Samenwerking en signalering in het zorgnetwerk	49
Bijlage III Afspraken in het zorgnetwerk	53
Bijlage IV Betrokken zorgverleners per oudere.....	58

Voorwoord

Voor u ligt het eerste rapport van het onderzoek naar toezicht op zorgnetwerken van thuiswonende kwetsbare ouderen van 75 jaar en ouder. Het onderzoek bestaat in totaal uit vier fasen. Dit is een tussentijdse rapportage over de bevindingen van de risico analyse en de pilot study, de eerste twee fasen van het onderzoek. De resultaten van de overige fasen, een vragenlijst onderzoek en de evaluatie van een toezichtactiviteit, zullen aan het eind van het onderzoek gerapporteerd worden.

Het onderzoek wordt gefinancierd binnen het programma 'effectief toezicht' van ZonMw, voor de duur van 42 maanden. De startdatum van het onderzoek was november 2012. Het onderzoek wordt uitgevoerd binnen de Academische Werkplaats Toezicht (AWT). De AWT is in 2011 ingericht naar aanleiding van een advies van de gezondheidsraad om een samenwerkingsverband te formaliseren voor het onderzoek naar de effectiviteit van toezicht. De volgende organisaties zijn onderdeel van de AWT:

- IGZ, Inspectie voor de gezondheidszorg (Utrecht)
- NIVEL, Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Utrecht)
- IQ healthcare, Scientific Institute for Quality of healthcare (UMC St. Radboud Nijmegen)
- EMGO+, Institute for health and care research (VUmc Amsterdam)
- iBMG, instituut Beleid & management Gezondheidszorg (Erasmus Universiteit Rotterdam)

Het doel van de AWT is het toezicht in de gezondheidszorg te professionaliseren, wetenschappelijke kennis over toezicht uit te breiden, te verspreiden en bij te dragen aan de ontwikkeling van toezichtmethoden en instrumenten. In dit onderzoek werken de onderzoekers nauw samen met medewerkers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) om al tijdens het onderzoek de link met de toezichtpraktijk te leggen. Deze werkwijze heeft voordelen voor beide partijen: de praktijk kan directe input leveren voor het onderzoek en de kans dat resultaten in de toezichtpraktijk opgepakt worden is op deze manier groter.

Alle organisaties, ouderen en zorgverleners die hun medewerking aan dit onderzoek hebben verleend willen wij hartelijk danken voor hun bijdrage aan de eerste twee fasen van het onderzoek. Wij danken de leden van de begeleidingscommissie ook hartelijk voor de input en medewerking tijdens dit onderzoek.

Leeswijzer

Het rapport start met een samenvatting van de bevindingen. Daarna zal in de inleiding de achtergrond bij dit onderzoek beschreven worden. Vervolgens worden de veranderingen in de langdurige zorg in relatie tot dit onderzoek toegelicht. In de methoden wordt beschreven hoe de risicoanalyse (scoping review) en de pilot study uitgevoerd zijn. Daaropvolgend worden de resultaten van beide fasen weergegeven en besproken. Hierna volgt de beantwoording van de onderzoeksvragen. Vervolgens wordt ingegaan op de relevantie van de resultaten in het licht van de transitie binnen de langdurige zorg. Tenslotte wordt een beschouwing gegeven met aanbevelingen en het rapport wordt afgesloten met de beschrijving van de volgende fasen van het onderzoek.

Samenvatting

Thuiswonende ouderen vormen een belangrijke doelgroep in de huidige gezondheidszorg. Zij worden ouder en blijven langer zelfstandig thuis wonen, waarbij vaak verschillende vormen van zorg en ondersteuning aanwezig zijn. Er vormt zich in deze situatie een netwerk van formele en informele zorgverleners rondom de oudere. Uit diverse onderzoeken van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) blijkt dat de kwaliteit van zorg in zorgnetwerken niet altijd goed geregeld is, waarbij communicatie en regie regelmatig ontbreekt. Voor de IGZ is het lastig om toezicht te houden op zorgnetwerken als een eenduidig aanspreekpunt ontbreekt. Dit vormde de aanleiding voor onderzoek naar toezicht op zorgnetwerken van thuiswonende kwetsbare ouderen. Deze studie beoogt kennis en ervaring te verzamelen van cliënten en hun zorgverleners, waarmee input voor het ontwikkelen van een nieuw toezichtkader geleverd kan worden. In dit rapport worden de resultaten van de eerste twee fasen van het onderzoek besproken, waarin onderzocht is welke risico's potentieel aanwezig zijn voor de thuiswonende oudere, hoe zorgnetwerken van deze doelgroep er uit zien, welke afspraken hierbinnen worden gemaakt en wat de mening van de cliënten is over de zorg die zij ontvangen. Deze informatie dient als basis voor het vervolg van het onderzoek.

Uit de scoping review (fase I) zijn vele risico's naar voren gekomen voor de thuiswonende kwetsbare oudere. Het grootste gedeelte van de wetenschappelijke artikelen had betrekking op de fysieke componenten en daaraan gerelateerde risico's. Onderwerpen die hier met name naar voren gekomen zijn: vallen, heupfracturen en polyfarmacie. In de literatuur werd ook wel gesproken over 'medicalisatie' van klachten, wat inhoudt dat er niet naar de oudere als geheel gekeken wordt en dat klachten met name in medisch opzicht opgepakt worden, zonder dat er rekening wordt gehouden met de andere domeinen van gezondheid. De laatste jaren is er echter meer aandacht gekomen voor het sociale netwerk en het belang hiervan voor thuiswonende ouderen. In de grijze literatuur (rapporten en beleidsstukken) over thuiswonende kwetsbare ouderen werd ingegaan op dit onderwerp en andere aspecten van welzijn. Opvallend hierbij was dat in een groot deel, van met name de beleidsdocumenten, weinig gebruik is gemaakt van verwijzingen of referenties. Een van de mogelijke verklaringen voor deze constatering is dat veldpartijen in de dagelijkse praktijk situaties signaleren waar nog weinig onderzoek naar is gedaan.

De interviews (fase II) met betrokken organisaties, thuiswonende ouderen en hun zorgverleners hebben veel kwalitatieve informatie opgeleverd. Er zijn negen organisaties, 29 ouderen en 37 zorgverleners geïnterviewd.

Enkele organisaties gaven aan dat zij actief bezig zijn met het zoeken van oplossingen voor de veranderingen en bezuinigingen in de langdurige zorg en ondersteuning voor thuiswonende ouderen. Tegelijkertijd zijn vele initiatieven ontstaan en daarmee ontbreekt het overzicht voor de ouderen en de zorgverleners. De belangrijkste risico's voor thuiswonende ouderen genoemd door de organisaties zijn: eenzaamheid/klein sociaal netwerk, vallen en de bezuinigingen in de langdurige zorg.

De thuiswonende ouderen waren over het algemeen tevreden over de zorg en ondersteuning die zij op dat moment ontvingen, maar zij gaven aan zelf weinig zicht te hebben op de mate van samenwerking en afstemming binnen hun zorgnetwerk. Daarnaast lag de focus van de ouderen vooral bij de zorg- en/of hulpverleners waar zij het meeste contact mee hebben, veelal de huishoudelijke hulp. Het interview met de ouderen heeft waardevolle informatie opgeleverd over de

samenstelling van het zorgnetwerk en de manier waarop zij het functioneren van het netwerk beoordelen. De informatie van de ouderen over de kwaliteit en veiligheid van de zorg heeft minder concrete informatie opgeleverd. Deze begrippen lijken zij lastig te kunnen interpreteren, daarnaast zijn zij blij überhaupt zorg te ontvangen en lijkt voor hen het aspect bejegening het meest van belang te zijn als gevraagd wordt naar het begrip kwaliteit van zorg. Als aanvulling kwam naar voren dat ouderen niet graag om hulp vragen, omdat zij anderen niet tot last willen zijn.

De belangrijkste risico's genoemd door de ouderen zelf zijn: Niet in staat zijn hulp te roepen als dat nodig is en vallen/persoonlijke ongevallen.

De helft van de betrokken zorgverleners geeft aan geen knelpunten te ervaren in de samenwerking met andere zorgverleners van de thuiswonende ouderen. Hierbij wordt vaak aangegeven dat samenwerking voor de betreffende oudere nog niet nodig is en dat er meer sprake is van informatieoverdracht dan van samenwerking. Dit kan een reden zijn voor de constatering dat samenwerkingsafspraken, gestructureerde informatieoverdracht, het hebben van een hoofdaanspreekpunt, een zorgcoördinator en een geactualiseerd behandelplan (dat toegankelijk is voor alle betrokken zorgverleners) veelal ontbreken. Sommige zorgverleners hebben aangegeven hier niet tevreden over te zijn en juist meer samenwerking te zoeken. Een knelpunt dat hierbij wordt aangegeven is dat het moeilijk kan zijn om op tijd bij de juiste zorgverlener terecht te komen en dat het leggen van contact niet altijd even makkelijk gaat. Hierop aansluitend blijkt uit de interviews ook dat in een netwerk niet alle zorgverleners op de hoogte zijn van elkaars aanwezigheid. Of er in deze gevallen gesproken kan worden van een zorgnetwerk is een belangrijke vraag. Er wordt meerdere malen aangegeven dat voor een goede samenwerking korte lijnen en persoonlijk contact belangrijke voorwaarden zijn. Formele afspraken over regie en signalering ontbreken in veel gevallen, waarbij zorgverleners vaak aangeven dat de regie bij de oudere zelf ligt. Hierbij is onduidelijk of en hoe de inschatting wordt gemaakt of de oudere hier toe in staat is. Daarnaast lijkt er onder de verschillende zorgverleners onduidelijkheid te zijn over welke zorgverlener verantwoordelijk is om dit in kaart te brengen.

De belangrijkste risico's voor thuiswonende kwetsbare ouderen volgens de betrokken zorgverleners zijn: eenzaamheid/klein sociaal netwerk en vallen/persoonlijke ongevallen.

Samenvattend, zijn de belangrijkste bevindingen van dit onderzoek dat er nog vele mogelijkheden zijn op het gebied van samenwerking in zorgnetwerken van thuiswonende ouderen. Hierbij is aandacht voor potentiële risico's voor de thuiswonende ouderen een belangrijk aspect. De meest genoemde risico's in dit onderzoek zijn: eenzaamheid/klein sociaal netwerk, vallen/persoonlijke ongevallen, de bezuinigingen in de langdurige zorg en niet in staat zijn om hulp te roepen als dit nodig is. De bezuinigingen in de langdurige zorg was voor ouderen een belangrijk risico omdat zij bang zijn geen recht meer te hebben op hulp en daardoor minder goed in staat zijn om zelfstandig te blijven wonen. Het monitoren van de gevolgen door de veranderingen in de langdurige zorg is dan ook een aanbeveling die uit dit onderzoek volgt om deze ongewenste effecten te signaleren.

De IGZ zou de informatie van thuiswonende kwetsbare ouderen over de samenstelling van hun netwerk kunnen gebruiken om in kaart te brengen wie er een rol speelt in het zorgnetwerk van de thuiswonende ouderen. Hierbij is het van belang dat er naast de aandacht voor samenwerking en communicatie in het toezicht ook gekeken wordt hoe zorgnetwerken omgaan met ouderen die niet zelf actief met een hulpvraag komen.

1. Inleiding en aanleiding onderzoek

1.1 Achtergrond

De levensverwachting stijgt¹ en mensen blijven langer gezond. Toch worden de meeste ouderen vroeg of laat afhankelijk van zorg. Er wordt dan teruggeduigd op sociale netwerken en op collectief georganiseerde zorg. Toenemende zorgkosten en personeelstekorten zetten de zorg voor deze groep ouderen echter onder druk².

De laatste jaren vormen kwetsbare ouderen een belangrijke doelgroep voor het beleid van ministeries, hulpverleningsorganisaties en ouderenbonden². In het regeer- en gedoogakkoord van 2010 wordt het doel gesteld om de zorg voor ouderen te verbeteren en het toezicht op de zorg voor deze doelgroep te verbeteren. Het opkomen voor kwetsbare groepen, waaronder ouderen, is ook een van de drie aandachtspunten van het meerjarenbeleidsplan 2012-2015 van de IGZ³.

Kwetsbaarheid

Er wordt veel geschreven en gediscussieerd over kwetsbaarheid, onder meer omdat een algemeen geaccepteerde definitie nog altijd ontbreekt. Ook over de leeftijdsgrens voor kwetsbare ouderen is geen eenduidigheid⁴. Definities variëren van breed tot smal, waarbij vooral aandacht is voor fysieke kwetsbaarheid. Vanuit de term kwetsbaarheid zou het juist mogelijk zijn om, in plaats van een ziekte gebaseerd beeld, meer vanuit een integrale benadering naar gezondheid te kijken⁵.

Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) heeft in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) onderzoek gedaan naar kwetsbare ouderen in Nederland². Het SCP omschrijft kwetsbaarheid bij ouderen als: "Een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren die de kans vergroten op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden)"². Door kwetsbaarheid vanuit een breder perspectief te benaderen vertoont het enige overlap met de begrippen 'kwaliteit van leven', 'multimorbiditeit' en 'succesvol ouder worden', die ook vaak gebruikt worden in ouderenonderzoek⁶. Het begrip kwetsbaarheid onderscheidt zich van multimorbiditeit en lichamelijke beperkingen door naast fysieke problemen ook rekening te houden met psychische en sociale problematiek⁶. Ouderen met meerdere aandoeningen (multimorbiditeit) en ernstige beperkingen zijn vaker kwetsbaar, maar niet alle kwetsbare ouderen hebben multimorbiditeit of ernstige beperkingen. Er is een groep kwetsbare ouderen die geen ernstige aandoeningen of beperkingen heeft en toch vatbaar is voor een snelle achteruitgang in hun gezondheid^{7,8,9,10,11}.

Regie

Naast kwetsbaarheid is afname van regie een belangrijk onderwerp voor thuiswonende ouderen. Zo wordt er gesproken over afname van regie over het eigen leven, maar ook wordt er specifiek gekeken naar regie in de zorg^{12,13}. Voor het begrip 'regie' is ook geen eenduidige definitie en dit maakt het een lastig te operationaliseren begrip¹³. Regie over de zorg wordt in dit onderzoek gedefinieerd als degene (of degenen) die beslist hoe de zorg wordt georganiseerd¹⁴. Voor ervaren eigen regie wordt de definitie van Galenkamp aangehouden: "de mate waarin iemand greep ervaart op gebeurtenissen en situaties in zijn/haar leven"¹⁵.

Kwetsbare ouderen in Nederland

Thuiswonende ouderen worden gemiddeld kwetsbaarder met de jaren. De Nederlandse bevolking

telt in 2011 tweeënhalve miljoen personen van 65 jaar en ouder. Dit aandeel zal naar verwachting stijgen tot een kwart van de bevolking in 2030².

In Nederland zijn er in 2010 naar schatting tussen de 600.000 en 700.000 kwetsbare ouderen van 65 jaar en ouder, uitgaande van de brede definitie van kwetsbaarheid zoals geschetst door het SCP. De meeste van hen, tussen de 500.000 en 600.000 personen, wonen zelfstandig; de rest verblijft in een verzorgingshuis of verpleeghuis. Verder is naar schatting 38% van de thuiswonende ouderen van 75 jaar en ouder kwetsbaar en 50% van de thuiswonende ouderen boven de 80². Naar verwachting van het SCP-bevolkingsmodel zal het aantal kwetsbare ouderen van 65 jaar en ouder toenemen van 700.000 in 2010 naar meer dan 1 miljoen in 2030.

Thuiswonende kwetsbare ouderen maken vaak gebruik van verschillende hulp- en/of zorgverleners omdat zij op meerdere gebieden problemen kunnen ervaren¹⁶. Dit kan de zorg en ondersteuning voor hen complex en gefragmenteerd maken^{17,18}. Er zijn niet alleen professionele hulpverleners betrokken in de zorg voor deze groep, maar ook particuliere hulpverlening, mantelzorgers, vrijwilligers en andere mensen die een rol spelen in de zorg en ondersteuning voor thuiswonende kwetsbare ouderen.

Deze omstandigheden brengen mogelijk risico's met zich mee. Zo is het hebben van veel verschillende zorgverleners evenals onvoldoende informatieoverdracht aangemerkt als specifieke risico-indicator voor patiënten binnen de langdurige ouderenzorg¹⁹. In vergelijking met zorg in instellingen is het aantal hulp- en zorgverleners die met elkaar zouden moeten communiceren over de zorg van de thuiswonende oudere groter, bovendien ontmoeten deze zorgverleners elkaar minder vaak voor overleg²⁰.

1.2 Integrale zorg

Zoals hiervoor beschreven is, speelt de problematiek van kwetsbare thuiswonende ouderen zich af op meerdere leefgebieden en dus zou ook de zorg en ondersteuning meerdere terreinen moeten bestrijken. De huidige organisatie van de zorg lijkt niet goed berekend op de zorg- en ondersteuningsbehoefte van mensen met verschillende (chronische) aandoeningen. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) geeft in hun handreiking 'Samenhangende zorg in de eerste lijn' aan dat de eerste lijn versnipperd is en dat er weinig sturingskracht en regie zou zijn²¹. Daarbij geven zij ook aan dat de huidige organisatie van de zorg, inclusief marktwerking, niet stimuleert tot samenwerken. Hierdoor ontbreekt de aandacht en betrokkenheid van zorgverleners voor de gehele patiënt en zijn zij meer probleem specifiek gericht²¹.

Vanwege de problemen op meerdere gebieden, de betrokkenheid van verschillende zorgverleners en afgenomen zelfstandigheid van de thuiswonende kwetsbare ouderen is het nodig om een integrale aanpak van zorg en ondersteuning te leveren voor deze groep. Hierbij zouden de verschillende zorgverleners, die gelijktijdig en opeenvolgend zorg leveren, goed met elkaar moeten samenwerken. Dit lijkt geen nieuw concept aangezien in 1985 al door Challis en Davies beschreven is dat er behoefte is aan 'zorg op maat' voor de ouderenzorg²². Volgens het Nationaal programma ouderenzorg (NPO) is tevens coördinatie over het zorgproces van de cliënt en een goede informatieoverdracht belangrijk. Een meer geïntegreerde aanpak is nodig met actieve betrokkenheid van de oudere, samenwerkende hulpverleners en professionals. Ouderen hebben volgens het NPO

behoefte aan een centraal coördinatiepunt en zo min mogelijk belasting door administratieve processen²³.

Integratie wordt vaak als oplossing gezien voor vele problemen in de gezondheidszorg. Toch is er (nog) geen consensus over de definitie van ‘integrale zorg’²⁴. Belangrijk bij integrale zorg is dat de persoon in zijn geheel in beeld is en dat er niet alleen ziekte-specifiek gehandeld wordt, wat een grote cultuuromslag in de zorgverlening betekent²⁵.

Formele en informele zorg en netwerken

Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen formele en informele zorg. Onder informele zorg wordt de zorg verstaan die verleend wordt door mantelzorgers of andere niet professionele zorgverleners. Formele zorg is de zorg die verleend wordt door professionele zorgverleners²⁶.

Ook is er een onderscheid te maken tussen formele en informele netwerken. Onder formele netwerken verstaan wij daadwerkelijk geregistreerde samenwerkingsverbanden. Wij spreken van een informeel netwerk wanneer meerdere zorgverleners betrokken zijn bij eenzelfde patiënt, maar er geen registratie is over de samenwerking en afstemming tussen deze zorgverleners.

1.3 Transitie in de langdurige zorg

Naast de eerdere genoemde vraagstukken rondom de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen, speelt ook mee dat er een grote stelselwijziging doorgevoerd is per januari 2015 op het gebied van de langdurige zorg. In onderstaand overzicht wordt de inrichting van de langdurige zorg beschreven zoals deze was en hoe de huidige situatie is.

De helft van de zelfstandig wonende kwetsbare ouderen ontving in 2010 zorg vanuit de Wet maatschappelijke opvang (Wmo) of de Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten (AWBZ)². Vanuit de AWBZ werd de langdurige zorg voor mensen met een ernstige beperking bekostigd. Het ging hierbij om beperkingen door een handicap, chronische ziekte of ouderdom. De volgende voorzieningen vielen onder de AWBZ²⁷:

- Persoonlijke verzorging
- Verpleging
- Begeleiding, begeleiden van activiteiten en dagopvang
- Behandeling
- Langdurig verblijf in een zorginstelling
- Kortdurend verblijf in een zorginstelling

De Wmo werd en wordt uitgevoerd door de gemeente en regelt dat mensen met een beperking ondersteuning kunnen krijgen. Deze ondersteuning is voor ouderen, gehandicapten of mensen met psychische problemen. De Wmo omvatte tot 1 januari 2015 de volgende voorzieningen²⁸:

- Huishoudelijke hulp
- Aanpassingen in de woning
- Vervoer in de regio, voor mensen die slecht ter been zijn en niet met het openbaar vervoer kunnen reizen
- Rolstoel, alleen via de Wmo als deze voor langere tijd nodig is
- Maaltijdverzorging
- Maatschappelijke opvang en ontmoetingsactiviteiten

- Verhuiskostenvergoeding, als door ouderdom, ziekte of een handicap naar een aangepaste woning verhuisd moet worden
- Hulp aan buurthuizen en verenigingen
- Voorlichting en cursussen

De Tweede Kamer heeft op 24 april 2014 ingestemd met het wetsvoorstel voor de nieuwe Wmo, de Eerste Kamer heeft dit wetsvoorstel op 8 juli 2014 aangenomen. De startdatum van de transitie was 1 januari 2015. Dit betekent onder andere dat er taken vanuit de AWBZ nu onder de Wmo vallen, waarbij de gemeenten de verantwoordelijkheid hebben voor de uitvoering van deze taken. De volgende taken vallen nu ook onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten²⁹.

Begeleiding: gemeenten zouden volgens het kabinet beter in moeten kunnen spelen op lokale omstandigheden en de zorgbehoefte van haar inwoners. De gemeenten zijn daarom nu verantwoordelijk voor de ondersteuning en begeleiding die aan huis geleverd wordt. Gemeenten krijgen hierbij de vrijheid om te bepalen wie de voorzieningen uit de Wmo echt nodig hebben. Burgers hebben vanuit de Wmo recht op:

- Ondersteuning bij zelfredzaamheid
- Ondersteuning bij participatie
- Beschermd wonen en opvang
- Ondersteuning mantelzorg
- Cliëntondersteuning

Ook is de nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz) ingevoerd³⁰. De Wlz is er voor mensen die behoefte hebben aan permanent toezicht, waarbij zij 24 uur per dag zorg nodig hebben in de directe nabijheid. De Wlz heeft hiermee de AWBZ vervangen. Zorg op grond van de Wlz kan binnen een instelling verleend worden maar ook in de thuissituatie geboden worden via het Volledig Pakket Thuis (VPT). Dit is een integraal pakket aan zorg thuis, dat geleverd wordt door of onder de verantwoordelijkheid van een zorginstelling. Ook bestaat de mogelijkheid tot het Modulair Pakket Thuis (MPT) met losse zorgonderdelen (zoals begeleiding, verzorging, verpleging en/of behandeling en huishoudelijke hulp) zonder wonen en exclusief eten en drinken. Het verblijf in een instelling kan nu alleen gerealiseerd worden wanneer de situatie thuis niet langer houdbaar is. Dit zal tot gevolg hebben dat ouderen langer zelfstandig thuis zullen blijven wonen, met ondersteuning en zorg thuis en meer hulp vanuit het eigen sociale netwerk.

De Zorgverzekeringswet (Zvw) blijft bestaan, maar ook hier zijn enkele vormen van zorg vanuit de AWBZ onder gebracht. Via de Zvw is nog steeds medische en verpleegkundige zorg geregeld. Wijkverpleegkundigen leveren nu meer verpleging en verzorging aan huis. Het gaat hierbij om verzorging die verband houdt met geneeskundige zorg of een hoog risico op geneeskundige zorg.

Overige veranderingen

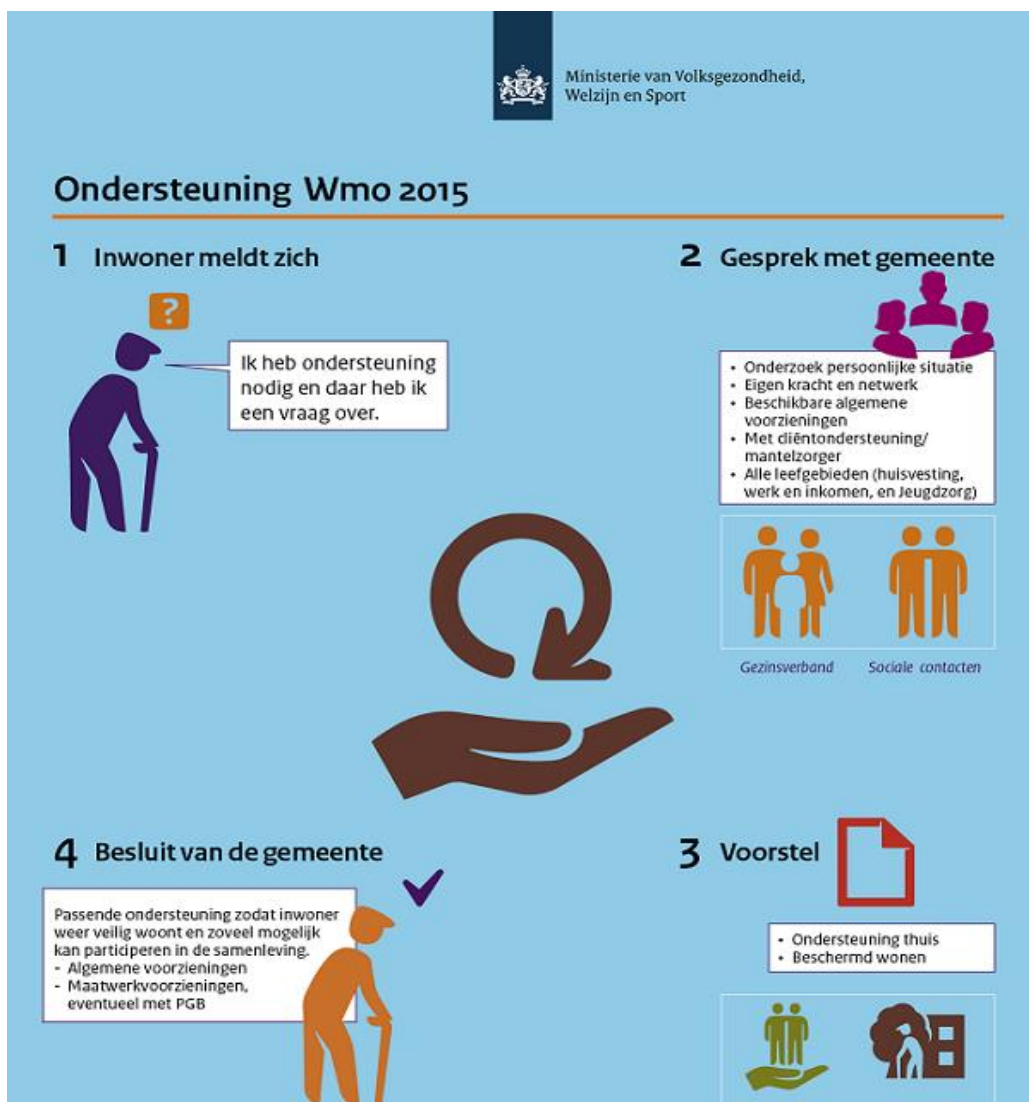
Zoals beschreven, is sinds januari 2015 de gemeente verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning van haar inwoners. Daarbij is de verantwoordelijkheid voor het toezicht op de naleving van de Wmo ook bij de gemeenten belegd. In de Wmo staat beschreven dat de eisen voor huishoudelijke hulp vanuit de Wmo aangescherpt dienen te worden. Om in aanmerking te komen voor huishoudelijke hulp moeten mensen dit 'hard nodig' hebben en is de eigen bijdrage inkomensafhankelijk. De beslissing of iemand recht heeft op huishoudelijke hulp, ondersteuning en

begeleiding vanuit de Wmo wordt door de gemeenten gemaakt. Er zijn speculaties dat het ontbreken van ervaring bij gemeenten op het gebied van ondersteuning en begeleiding tot problemen zou kunnen leiden. Het kabinet wil dat in de toekomst de gemeenten zelf bepalen of mensen hulp in natura ontvangen of een Persoons Gebonden Budget (pgb). Tot nu toe ligt deze keuze bij de cliënt zelf.

Een andere ontwikkeling is die van het sociale wijkteam, dit is een concept dat zich aan het uitbreiden is nu er meer verantwoordelijkheden bij de gemeenten is komen te liggen. Movisie omschrijft dit concept als volgt: "Een sociaal wijkteam heeft over het algemeen zowel een zorgcomponent, een ondersteuningscomponent als een samenlevingsopbouwcomponent. Het doel is wijkbewoners te activeren, te helpen participeren en hen te ondersteunen in hun sociaal en maatschappelijk functioneren"³¹. Hierin wordt uit gegaan van de eigen kracht van burgers en de nadruk gelegd op het eigen netwerk van burgers. Wanneer iemand een hulpvraag heeft wordt er eerst gekeken of deze persoon dit op eigen kracht kan oplossen en vervolgens of het binnen het eigen netwerk opgelost kan worden.

In figuur 1 wordt weergegeven welke stappen iemand met een hulpvraag zou moeten doorlopen om in aanmerking te komen voor een voorziening vanuit de Wmo.

Figuur 1: Stappenplan aanvraag Wmo voorziening



1.4 Doel onderzoek

Samenvattend blijkt uit voorgaande beschrijving dat de ouderenzorg voor grote uitdagingen staat. De veranderingen die binnen de ouderenzorg op zullen treden, zoals het leveren van meer intensieve zorg in de thuissituatie door een netwerk van formele en informele zorgverleners, hebben ook gevolgen voor de manier waarop het toezicht op deze zorg ingericht moet worden. Het toezicht op deze sector door de IGZ richt zich in de huidige vorm met name op het functioneren van zorginstellingen en individuele zorgprofessionals, niet zozeer op het functioneren van zorgnetwerken.

Uit diverse onderzoeken van de IGZ is gebleken dat de kwaliteit en veiligheid van zorgnetwerken niet altijd goed geregeld is. Regelmatig ontbreekt de regie en schiet de communicatie, samenwerking en overdracht te kort^{32,33}. De zorg die geleverd wordt aan thuiswonende kwetsbare ouderen kan complex zijn. Dit komt niet alleen door multimorbiditeit die aanwezig is bij een gedeelte van deze groep, maar ook omdat de zorg veelal samenhangt met wonen en welzijn. Daarnaast zijn er vele aspecten die een rol spelen bij de complexiteit van zorg, waaronder het ontbreken van regie. Dit laatste draagt, naast culturele, juridische en ICT aspecten, bij aan de complexiteit van het toezicht³².

Om de specifieke vraagstukken voor het toezicht op netwerkzorg te kunnen ondervangen (waaronder normen voor netwerkzorg, wisselende samenstelling en organisatie van netwerken, het ontbreken van één aanspreekpunt) is een nieuw toezichtkader nodig dat past bij de veranderingen in de langdurige zorg. Met het toezicht op het functioneren van een (integraal) netwerk rondom een persoon is nog relatief weinig ervaring³⁴. Het feit dat de vormgeving van de langdurige zorg nog volop in ontwikkeling is maakt het niet eenvoudig een nieuwe methode van toezicht te ontwikkelen.

Het doel van het onderzoek is om bij te dragen aan de ontwikkeling van een nieuw toezichtkader voor zorgnetwerken van thuiswonende kwetsbare ouderen. Het verzamelen van kennis en ervaringen van thuiswonende kwetsbare ouderen, hun zorgverleners en betrokken organisaties zal aanknopingspunten opleveren voor de ontwikkeling van methoden binnen het toezicht. In de eerste fase van het onderzoek wordt een risicoanalyse op basis van de literatuur verricht, door middel van een scoping review, naar risico's die zich voor kunnen doen in hele zorg- en ondersteuningsproces rondom thuiswonende kwetsbare ouderen van 75 jaar en ouder. In de tweede fase wordt deze risicoanalyse aangevuld door middel van interviews met thuiswonende ouderen, hun zorgverleners en andere hulporganisaties waar zij mee te maken hebben. Daarnaast heeft deze pilot study tot doel om te bepalen in hoeverre het mogelijk is om vanuit de thuiswonende kwetsbare ouderen het zorgnetwerk in kaart te brengen en welke relevante informatie dit oplevert voor het toezicht.

2. Methoden

2.1 Fase I Risicoanalyse

2.1.1 Onderzoeksvraag I

Om een beeld te krijgen van de risico's die voor thuiswonende kwetsbare ouderen een rol kunnen spelen is in de eerste fase van dit onderzoek een risicoanalyse op basis van de bestaande literatuur uitgevoerd.

De onderzoeksvraag waarop uiteindelijk een antwoord wordt gezocht is als volgt: *“Welke risico's in (regionale) zorgnetwerken zijn vanuit het perspectief van thuiswonende kwetsbare ouderen, hun mantelzorgers, behandelaars en inspecteurs het meest urgent voor toezicht door hun potentiële ernst en frequentie?”*

2.1.2 Methodes

Voor de beantwoording van deze onderzoeksvraag zijn verschillende onderzoeksmethodes gebruikt. De eerste stap was het in beeld brengen van bekende risico's uit de literatuur. Omdat het een breed onderwerp betreft zijn de risico's in kaart gebracht door middel van een scoping review³⁵. Bij dit type review wordt er, naast het gebruik van wetenschappelijke peer-reviewed artikelen, ook gekeken naar de beschikbare kennis uit rapporten en beleidsstukken. De risico's voor thuiswonende kwetsbare ouderen zijn hierbij geïnventariseerd aan de hand van beschikbare nationale en internationale literatuur. Vervolgens zijn er gesprekken met experts op het gebied van ouderenzorg en toezicht gehouden om de risicoanalyse verder aan te vullen. In fase II van het onderzoek zijn interviews met organisaties, ouderen en hun zorgverleners afgenomen om een antwoord op de onderzoeksvraag te kunnen geven.

De risicoanalyse focust zich op risico's die zich voor kunnen doen bij alle aspecten in de zorg en ondersteuning rondom thuiswonende kwetsbare ouderen van 75 jaar en ouder. Binnen deze risicoanalyse wordt een risico als volgt gedefinieerd: *“Het gevaar voor schade of verlies door een bepaalde onzekere gebeurtenis”*³⁶.

Het uitgangspunt van de risicoanalyse is dat de risico's bij het leveren van integrale zorg en ondersteuning vanuit een netwerk bepaald worden door de kenmerken van:

- De kwetsbare ouderen
- Het (zorg)proces
- Het netwerk
- De randvoorwaarden van het (zorg)proces

Deze kenmerken kunnen risico's opleveren en deze risico's kunnen het leveren van de integrale zorg en ondersteuning negatief beïnvloeden. De wijze waarop het netwerk omgaat met, of oplossingen biedt voor, deze risico's bepaalt uiteindelijk of de gewenste integrale zorg en ondersteuning wordt geleverd.

Als startpunt van de scoping review werd het SCP rapport 'kwetsbare ouderen' gebruikt². In dit onderzoek is de keuze gemaakt om de definitie voor kwetsbaarheid van het SCP te hanteren zoals beschreven in hoofdstuk één op pagina zeven.

Na de verkenning van de beschikbare rapporten en beleidsstukken is vervolgens binnen PubMed gezocht naar wetenschappelijke literatuur over kwetsbare ouderen, integrale zorg, zorgnetwerken en welke risico’s hier aan gebonden kunnen zijn op een niet systematische basis.

De volgende zoektermen zijn gebruikt tijdens de risicoanalyse in de wetenschappelijke literatuur:

- Frailty (MeSH)
- Risks (MeSH)
- Problems (MeSH)
- Care networks
- Continuity of care
- Primary care
- Fragmented care
- Integrated care (MeSH)
- Chains of care (MeSH)
- Frail older adults (MeSH)
- Community dwelling elderly (MeSH)
- Care coordination
- Information transfer
- Safety (Mesh)

De onderzoekers hebben de abstracts van de artikelen gelezen en op basis hiervan bepaald of de artikelen relevante informatie bevatten voor het onderzoek. Van de rapporten en andere openbare stukken zijn de samenvattingen gelezen en aan de hand hiervan is bepaald of deze informatie voor het onderzoek relevant was.

2.2 Fase II Pilot study

2.2.1 Onderzoeksvraag II

In de pilot study is vanuit de thuiswonende kwetsbare oudere het zorg- en ondersteuningsnetwerk in kaart gebracht. Hiermee kan bepaald worden in hoeverre de cliënt als startpunt voldoende informatie over het netwerk en het functioneren daarvan oplevert. Daarnaast is de ouderen en hun zorgverleners gevraagd naar de belangrijkste risico’s voor de thuiswonende kwetsbare ouderen om een antwoord te kunnen geven op de in fase I gestelde onderzoeksvraag. De onderzoeksvraag die in fase II beantwoord wordt is als volgt: *“In hoeverre kunnen de ervaringen van cliënten door de IGZ gebruikt worden bij het in kaart brengen en toetsen van de kwaliteit van netwerkzorg?”*.

2.2.2 Methoden

De ouderen zijn voor deelname aan een interview benaderd via een vertrouwd persoon of organisatie. Hiervoor zijn thuiszorgorganisaties, welzijnsorganisaties, vrijwilligersorganisaties, woningbouwcorporaties en serviceflats benaderd voor deelname aan het onderzoek. Deze organisaties en hun medewerkers kennen de ouderen en komen bij hen over de vloer. Vervolgens konden zij de onderzoekers in contact brengen met de thuiswonende ouderen. De aantallen en resultaten van deze interviews worden weergegeven in hoofdstuk 3.2, resultaten pilot study.

Interviews met organisaties

De eerste stap tijdens de pilot study was het afnemen van een interview met een of meerdere medewerkers van de deelnemende organisaties. Hierbij waren zowel managers als zorg- en hulpverleners betrokken. Tijdens dit interview werden de volgende onderwerpen besproken: hoe gaat deze organisatie om met kwetsbaarheid van thuiswonende ouderen, is er beleid ten aanzien van signalering voor kwetsbaarheid, wat zij daar vervolgens mee (kunnen) doen en welke risico’s deze organisatie ziet voor de thuiswonende kwetsbare ouderen.

Tijdens de eerste wervingsronde zijn drie organisaties aangeschreven om via hen in contact te komen met thuiswonende kwetsbare ouderen. Twee van de drie hebben toestemming gegeven voor

deelname. Eén organisatie besloot in een later stadium om toch niet deel te nemen. In een tweede wervingsronde zijn er nog 12 andere organisaties benaderd. Uiteindelijk hebben in totaal negen organisaties toegezegd deel te nemen en zijn zij geïnterviewd door de onderzoekers.

Tijdens de gesprekken met de organisaties gaven de onderzoekers tien enveloppen af met daarin een informed consent formulier en retourenvelop voor de ouderen voor deelname aan het onderzoek. De organisaties zorgden er zelf voor dat deze formulieren bij de ouderen terecht kwamen. Vervolgens stuurden de ouderen die deel wilden nemen aan het onderzoek deze formulieren ingevuld retour. Na ontvangst van de formulieren namen de onderzoekers telefonisch contact op met de ouderen om een afspraak te maken voor een interview.

Interviews met thuiswonende kwetsbare ouderen

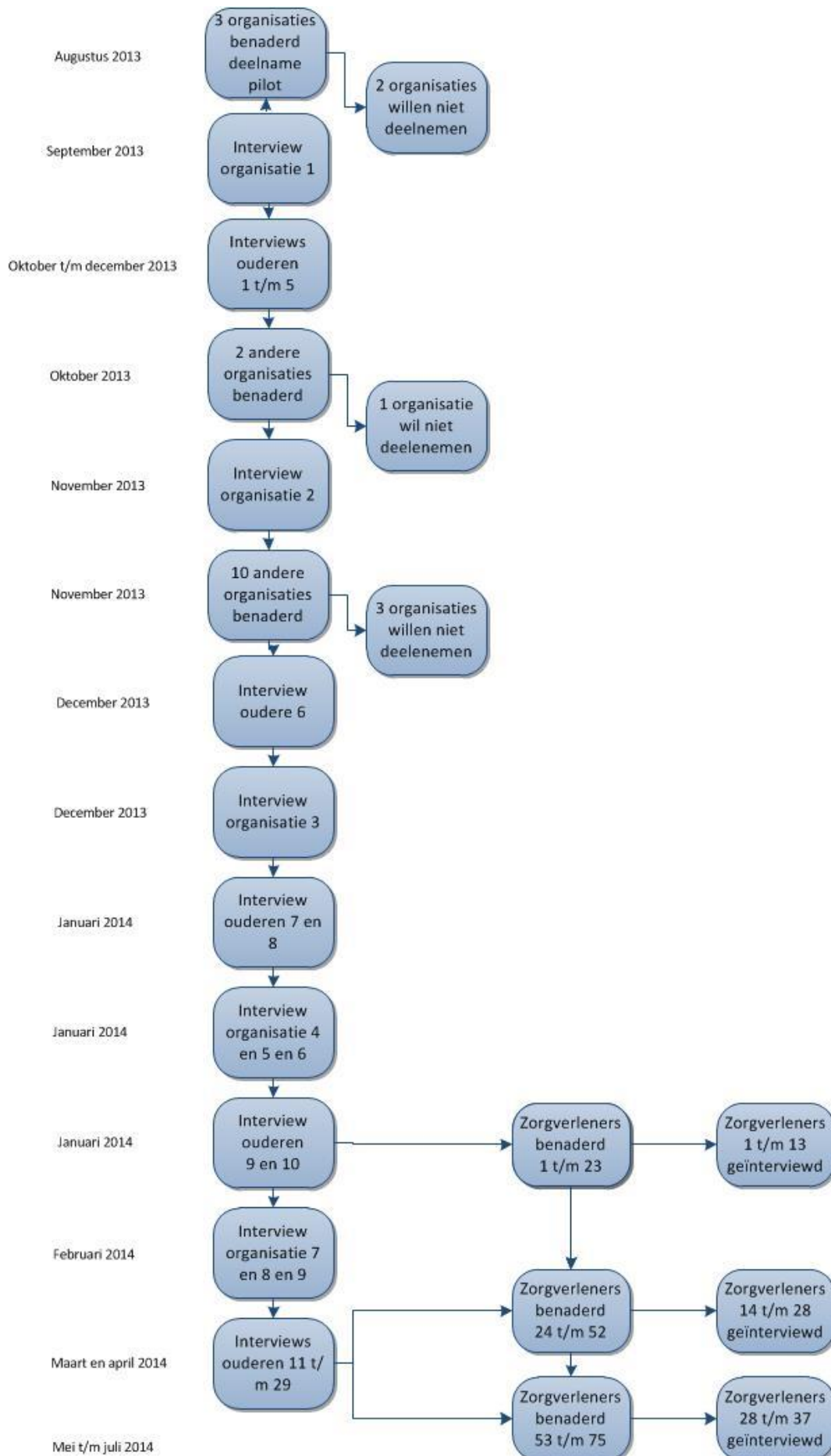
De onderzoekers hebben van 32 ouderen een aanmelding ontvangen voor deelname aan het interview, 29 van deze interviews zijn gerealiseerd. Eén keer heeft een interview niet kunnen plaatsvinden in verband met een ziekenhuisopname. Tevens is het met twee ouderen niet gelukt een afspraak in te plannen, omdat deze hier zelf niet toe in staat waren en er geen contact mogelijk is geweest met de mantelzorger.

De interviews met de ouderen waren semigestructureerd. Het conceptueel model van kwetsbaarheid van Gobbens (2010)³⁷, waarbij verschillende domeinen van kwetsbaarheid kunnen worden vastgesteld, is gebruikt om kenmerken van kwetsbaarheid vast te stellen. Daarbij is er voor gekozen om tijdens de interviews kwetsbaarheid vast te stellen met de Tilburg Frailty Indicator (TFI)³⁷. Naast vragen over kwetsbaarheid zijn ook achtergrondkenmerken van de ouderen uitgevraagd om iets over de diversiteit van de ouderen te kunnen zeggen. Andere onderwerpen die tijdens dit interview aan bod zijn gekomen: betrokken zorgverleners, wensen en behoeften op het gebied van zorg, kwaliteit van leven, regie en gezondheid. Deze onderwerpen zijn op basis van de onderzoeksvragen geselecteerd en daarbij is ook gekeken naar relevante vragen en items uit andere onderzoeken bij deze doelgroep^{13,38}. Ook zijn deze onderwerpen en de opzet van de topiclijst besproken tijdens de eerste bijeenkomst van de begeleidingscommissie van het onderzoek in oktober 2013.

Interviews met zorgverleners

Tijdens de interviews met de ouderen is hen gevraagd of de onderzoekers contact op mochten nemen met de zorg- en hulpverleners die op dat moment betrokken waren bij de zorg- of ondersteuning voor de ouderen. Indien de ouderen toestemming gaven, hebben zij een toestemmingsformulier ondertekend met de contactinformatie van de betreffende zorg- en hulpverleners. De onderzoekers hebben de zorgverleners met een brief op de hoogte gesteld van het onderzoek en hen vervolgens telefonisch benaderd voor een telefonisch interview van ongeveer 15 minuten. Dit betrof een gestructureerd interview waarbij de volgende onderwerpen aan bod zijn gekomen: samenwerking en afstemming in de zorg, regie, signalering, kwetsbaarheid, bekendheid met andere zorgverleners, informatieoverdracht en knelpunten in de zorg voor deze betreffende patiënt. Wanneer zorgverleners een vraag niet specifiek voor de betreffende patiënt kon beantwoorden, is naar een antwoord in het algemeen gevraagd. Indien de zorg- of hulpverleners behoorden tot de organisatie via wie de onderzoekers in contact gekomen zijn met de ouderen, zijn deze niet benaderd, omdat de informatie over samenwerking en afstemming in de zorg tijdens het interview met de organisatie al waren uitgevraagd. Tevens zijn dezelfde zorgverleners niet meerdere keren benaderd voor een interview. In figuur 2 het stroomschema van de pilot study weergegeven.

Figuur 2: Stroomschema pilot study



Analyse van de interviews.

De interviews met de negen deelnemende organisaties zijn samenvattend uitgewerkt en voorgelegd aan de medewerker(s) van de organisaties ter aanvulling of verbetering. De aanvullingen en verbeteringen zijn vervolgens verwerkt en deze informatie is gebruikt voor het analyseren van de vraagstukken.

De semigestructureerde interviews met de 29 deelnemende ouderen zijn opgenomen en aan de hand van de onderzoeksvragen en deelvragen zijn de interviews samenvattend uitgewerkt. De gestructureerde interviews met de zorgverleners zijn per vraag geanalyseerd.

3. Resultaten

3.1 Resultaten risicoanalyse (fase I)

De risico's die tijdens de scoping review naar voren zijn gekomen zijn ingedeeld op verschillende onderwerpen. Hierbij is de indeling van het conceptueel model van Gobbens³⁷ aangehouden voor kwetsbaarheid. De onderwerpen zorgproces, zorgnetwerk en randvoorwaarden zijn aangedragen door de IGZ in een handreiking voor toezicht op integrale zorg en ondersteuning³⁹. Er is voor deze indeling gekozen omdat hiermee inzichtelijk wordt op welke niveaus de risico's voorkomen en of dit risico's zijn die onder het werkgebied van de IGZ vallen.

- Kwetsbaarheid
 - o Fysiek
 - o Psychisch
 - o Sociaal
- Zorgproces
- Zorgnetwerk
 - o Formele zorgverleners
 - o Informele zorgverleners
- Randvoorwaarden

De schematische weergave van de risicoanalyse wordt in figuur 3 weergegeven zoals deze op basis van de scoping review is ontwikkeld. Hierin is geen onderscheid gemaakt tussen hoge en lage waarschijnlijkheid van het optreden van het risico en de impact ervan, noch is de kwaliteit van de studies systematisch beoordeeld. Deze analyse is bedoeld om een overzicht te krijgen van wat er bekend is in de literatuur.

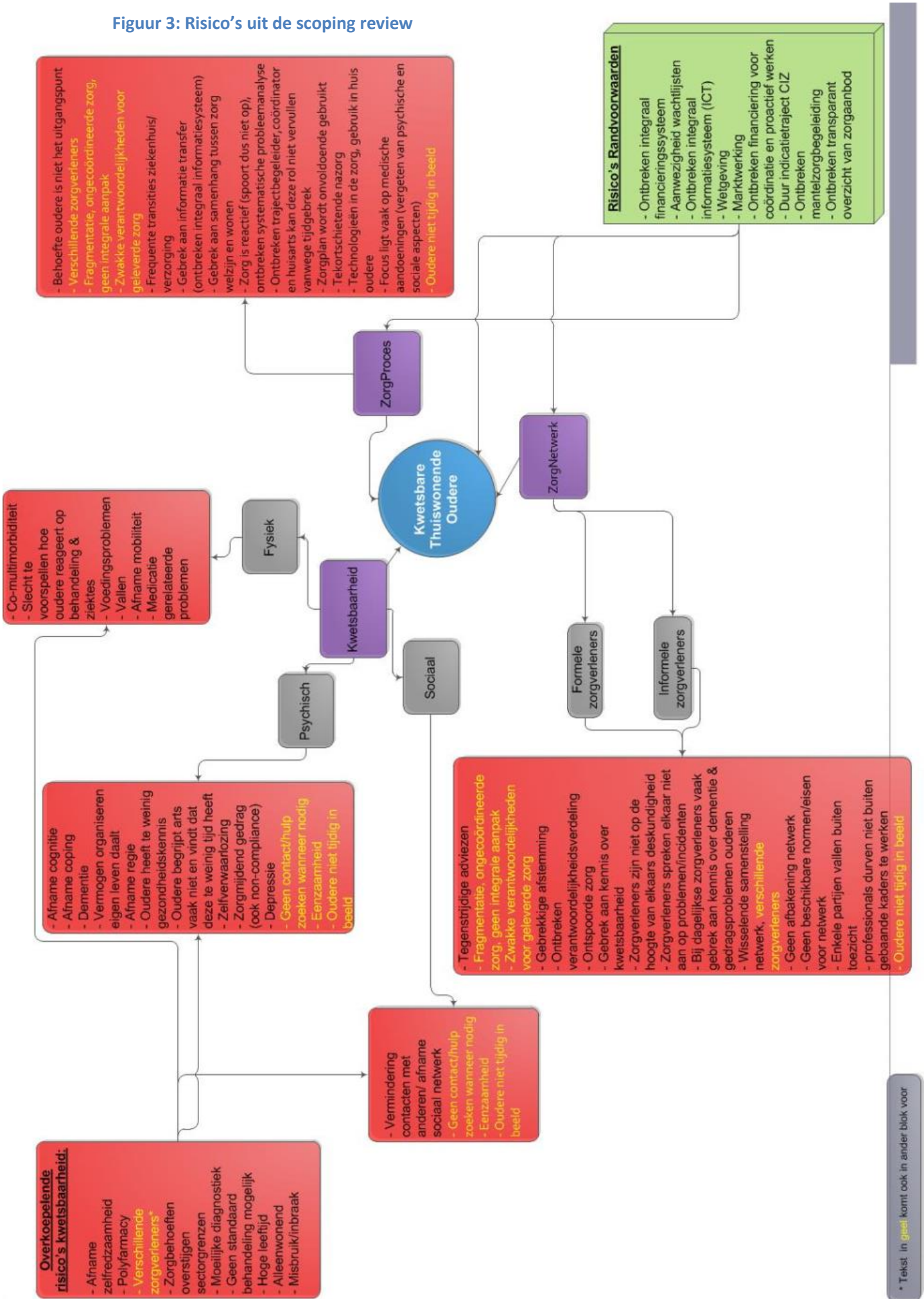
De scoping review laat zien dat de focus van wetenschappelijke artikelen met name ligt op de medische kant van kwetsbaarheid. Er zijn vele publicaties over vallen⁴⁰, (heup)botbreuken^{41,42} en polyfarmacie⁴³ te vinden. Ook wordt er in artikelen gesproken over 'medicalisering'^{44,45} van klachten. Er wordt in dat geval niet naar de oudere als geheel gekeken; klachten worden in medisch opzicht opgepakt zonder dat er rekening wordt gehouden met andere domeinen van gezondheid en welbevinden. Er zijn steeds meer artikelen te vinden over dementie⁴⁶ en eenzaamheid⁴⁷, maar over het sociale en psychische aspect is nog weinig literatuur beschikbaar. Ook welzijn is een term die in wetenschappelijke artikelen weinig voor komt. De laatste jaren is er meer aandacht gekomen voor het sociale netwerk²³ en het belang hiervan voor thuiswonende ouderen. In de grijze literatuur (rapporten en beleidsstukken) over thuiswonende kwetsbare ouderen wordt wel vaker in gegaan op dit onderwerp en andere aspecten van welzijn.

Een andere bevinding uit de scoping review is dat de informatie over zorgnetwerken met name focust op geformaliseerde netwerken en de genoemde netwerken (ketens) zijn veelal ziekte specifiek^{19,48, 47}. De thuiswonende kwetsbare ouderen hebben vaak niet één specifieke ziekte, maar een opeenstapeling van aandoeningen en ziektes¹⁶. Risico's ten gevolge van deze opeenstapeling lijken nauwelijks onderzocht. Een aantal genoemde risico's voor de geformaliseerde netwerken is ook van toepassing in de zorg voor thuiswonende ouderen, waaronder; het hebben van meerdere zorgverleners¹⁹, gebrekkige afstemming⁴⁸ en het ontbreken verantwoordelijkheidsverdeling⁴⁹.

Risico’s in het zorgproces worden in de literatuur beschreven, hieronder vallen onder andere; het ontbreken van een integraal informatie systeem⁴⁹, reactieve zorg⁵⁰ en frequente transitie ziekenhuis en thuiszorg⁵¹. Ook hier ligt de focus op medische aandoeningen. Daarnaast worden deze risico’s worden niet altijd specifiek in het geval van thuiswonende kwetsbare ouderen genoemd.

Waar het in het huidige onderzoek met name om gaat, is hoe de IGZ toezicht kan houden op zorg die mogelijk ongecoördineerd, gefragmenteerd en met weinig samenwerking geleverd wordt aan een kwetsbare groep thuiswonende ouderen. Het is hierbij van belang om de risico’s die hieraan ten grondslag zouden kunnen liggen in beeld te hebben. De risico’s die tijdens de risicoanalyse naar voren zijn gekomen kunnen een ingang bieden voor het toezicht.

Figuur 3: Risico's uit de scoping review



3.2 Resultaten pilot study (fase II)

3.2.1 Deelnemers

In totaal zijn 15 verschillende organisaties benaderd voor deelname aan het onderzoek. Hiervan zijn negen organisaties geïnterviewd. Acht van de negen hebben daarbij toegezegd ouderen voor het onderzoek te kunnen benaderen. De onderzoekers hebben in totaal 32 aanmeldingen van thuiswonende ouderen ontvangen en bij 29 ouderen zijn interviews gehouden. Deze ouderen hebben met elkaar 90 zorgverleners doorgegeven die de onderzoekers voor een kort telefonisch interview mochten benaderen. Hierbij hebben 15 ouderen dezelfde zorgverleners doorgegeven, daarom zijn 75 verschillende zorgverleners telefonisch benaderd. In tabel 1 is een overzicht opgenomen van het aantal deelnemers.

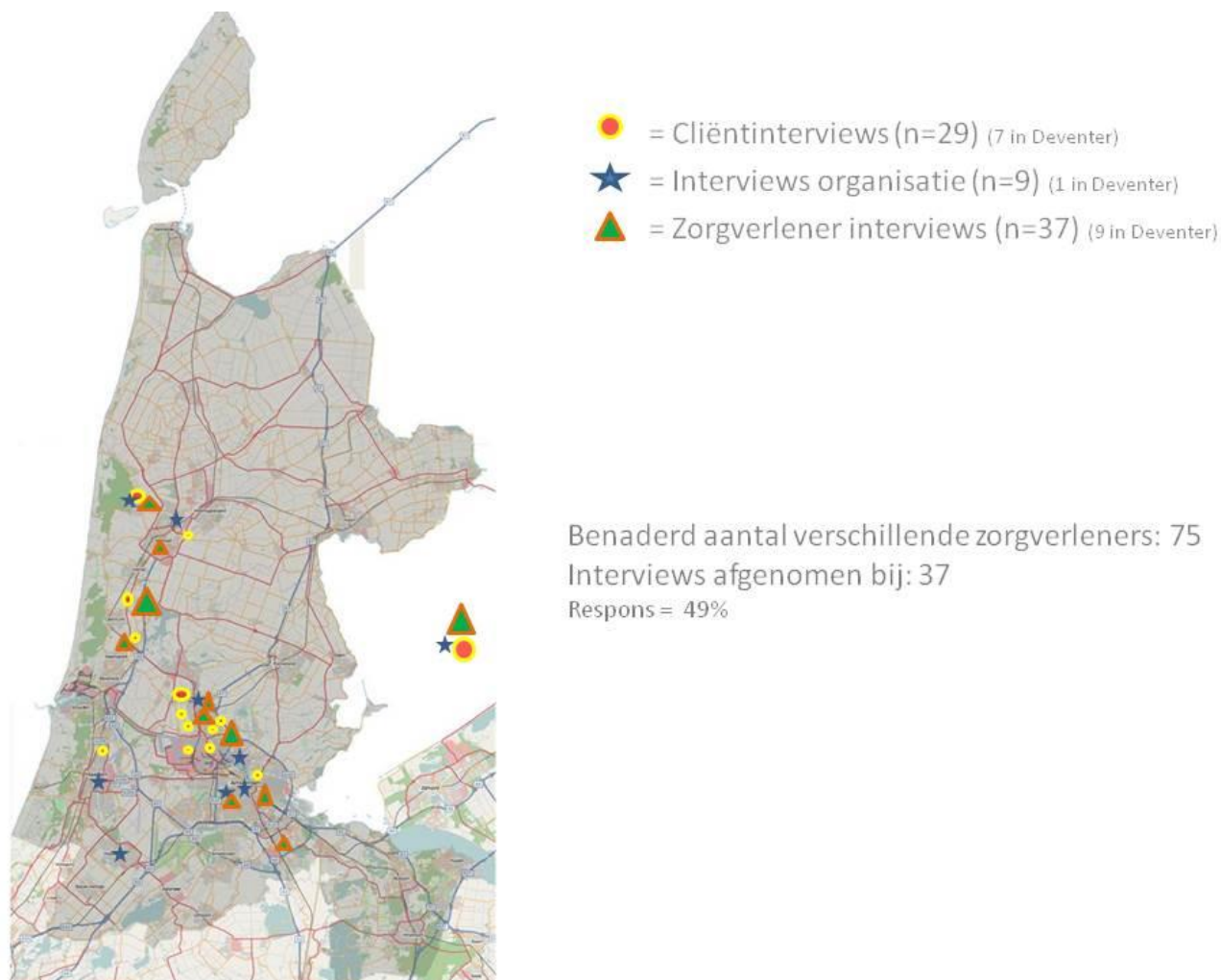
Tabel 1: Benaderde organisaties (n=15)

Type organisatie	Neemt deel en geïnterviewd	Ouderen aangemeld	Ouderen geïnterviewd	Zorgverleners benaderd	Zorgverleners geïnterviewd
1 Gemeente sociaal loket	Ja	-	-	-	-
2 Gemeente sociaal loket	Nee	-	-	-	-
3 Kaderhuisarts	Ja	8	7	18	9
4 Serviceflat	Ja	5	5	6	3
5 Thuiszorgorganisatie	Nee	-	-	-	-
6 Thuiszorgorganisatie	Ja	9	7	28	12
7 Thuiszorgorganisatie	Nee	-	-	-	-
8 Thuiszorgorganisatie	Ja	4	4	17	3
9 Thuiszorgorganisatie	Nee	-	-	-	-
10 Vrijwilligersorganisatie	Ja	1	1	2	0
11 Welzijnsorganisatie	Nee	-	-	-	-
12 Welzijnsorganisatie	Ja	-	-	-	-
13 Welzijnsorganisatie	Ja	0	-	-	-
14 Woningcorporatie	Ja	4	4	18	10
15 Woningcorporatie	Nee	-	-	-	-
Oudere aangemeld via netwerk onderzoekers	n.v.t.	1	1	1	0
TOTAAL	9	32	29	75 (90-15 dubbele aanmelding)	37

Uit het totaal aantal zorgverleners dat is benaderd kan niet het aantal zorgverleners per oudere geëxtrapoleerd worden. Dit omdat de deelnemende organisaties niet nogmaals benaderd zijn om informatie rondom specifieke ouderen uit te vragen. Ook hebben sommige ouderen vanuit dezelfde organisatie verschillende typen zorg en/of ondersteuning (huishoudelijke hulp, verzorging en verpleging); binnen deze organisaties is één zorgverlener benaderd. Deze keuze is gemaakt omdat er tijdens het interview met name gevraagd wordt naar de afstemming en samenwerking binnen een organisatie, op deze manier worden de organisaties niet onnodig belast door de hoeveelheid brieven en interviews.

In figuur 4 is weergegeven op welke locaties in Noord-Holland de interviews hebben plaats gevonden. Daarnaast hebben er zeven interviews in Deventer plaats gevonden.

Figuur 4: Locaties interviews



3.2.2 Interviews organisaties

Tijdens de interviews met de organisaties werd met name gesproken over hoe zij de zorg en ondersteuning voor thuiswonende kwetsbare ouderen vormgeven, tegen welke zaken zij hierbij aanlopen, hoe zij de veranderingen in de langdurige zorg tegemoet zien en wat zij belangrijke risico's vinden voor de thuiswonende kwetsbare ouderen. De bevindingen van de interviews worden hieronder per thema besproken.

3.2.2.1 Signalering

Uit de interviews blijkt dat er variatie is tussen de organisaties in hoe zij de signalering voor thuiswonende kwetsbare ouderen vormgeven. Deze variatie hangt samen met de mate van contact en nabijheid met de oudere. Door verschillende organisaties werd tevens benoemd dat de scheidslijn tussen signaleren en 'bemoeizorg' moeilijk kan zijn. In samenhang hiermee werd ook genoemd dat de autonomie van ouderen gerespecteerd moet worden: in sommige gevallen signaleren organisaties dat het niet goed gaat maar kunnen zij hier weinig mee doen omdat ouderen dit niet willen. In

onderstaande beschrijving wordt geïllustreerd hoe de verschillende typen organisaties invulling geven aan het begrip signalering.

Serviceflat

De medewerkers van de serviceflat geven aan dat er verschillende manieren zijn waarop zij de signaleringsfunctie vormgeven. Ten eerste is er een receptie aanwezig: als iemand die dagelijks de deur uit gaat een dag niet langsloopt, wordt er actie ondernomen. Door de korte lijnen tussen verpleging, overige medewerkers, directie en familie kan er snel actie ondernomen worden. Ook heerst er tussen bewoners onderling een grote sociale controle waardoor men onderling ook een signaleringsfunctie heeft. Daarnaast zijn de woningen uitgerust met een alarm en wordt er dagelijks gekeken of mensen hun maaltijden ophalen en opeten.

Kaderhuisarts

Tijdens het interview met de kaderhuisarts wordt genoemd dat er (nog) geen eenduidig beleid is rondom signalering. De geïnterviewde kaderhuisarts heeft regelmatig polyfarmacie overleg met de apotheker en er wordt een screening uitgevoerd door de POH-ers onder 75+-ers, maar dit wordt niet door alle huisartsen in de regio gedaan. Ook werd genoemd dat er grote verschillen zijn tussen regio's in de mate waarin er mogelijkheden zijn voor financiering van dergelijke initiatieven.

Thuiszorg

Bij de thuiszorg wordt er, naast signalering bij ouderen die reeds in zorg zijn, ook aandacht besteed aan signalering binnen wijken in het algemeen. 25 verpleegkundigen van een thuiszorgorganisatie hebben expliciet tijd gekregen om contacten te leggen in de buurt en om op die wijze onderdeel van het buurtnetwerk te worden. Er wordt tevens genoemd dat men hierbij ook een belangrijke rol voor de huisarts ziet, maar in de praktijk is dit vaak lastig vorm te geven door een gebrek aan tijd en financiering.

Welzijn en vrijwilligersorganisaties

Tijdens de interviews met de welzijns- en vrijwilligersorganisaties wordt genoemd dat de gemeente een actieve rol speelt in de signalering onder ouderen. Een welzijnsorganisatie heeft vanuit de gemeente de opdracht gekregen om contact op te nemen met alle mensen van 75 jaar en ouder om vervolgens een preventief huisbezoek af te leggen. In de praktijk blijkt dat ongeveer 60% van de benaderde ouderen hier niet aan meedoet, waardoor het lastig is om deze groep te bereiken. Dit zou kunnen gaan om een groep die volledig zelf de regie in handen heeft, maar wellicht ook een deel die zorg mijdt. Verder blijkt dat de signalering onder cliënten veelal niet gestructureerd geregeld is, dit is per persoon verschillend en niet structureel afgestemd tussen organisaties. Zo wordt er door huisartsen, familie, burens, stichtingen, maatschappelijk werkers, thuiszorg etc. contact opgenomen met welzijnsorganisaties. Volgens de welzijnsorganisatie zou het mooi zijn als er een explicietere signaleringsfunctie voor de huisarts weggelegd zou zijn, waarin zij niet alleen de medische aspecten meenemen maar juist ook de sociale aspecten.

Sociaal loket

Bij het sociaal loket wordt genoemd dat signalering moeilijk te organiseren is vanuit de positie van het sociaal loket. Mensen komen langs met een specifieke hulpvraag, vaak is aan de buitenkant niet te zien dat de zelfredzaamheid minder wordt en zij komen weinig bij de mensen thuis. Tijdens

huisbezoeken wordt soms wel gesignaleerd dat er problemen zijn, waar mogelijk wordt dit opgepakt en doorgezet aan een ouderenwerk organisatie.

Woningcorporatie

Bij de woningcorporatie wordt (nog) weinig aan actieve signalering gedaan. Wel is men voornemens om hier in de toekomst meer mee te gaan doen. Op dit moment is het zo dat het team leefbaarheid alleen na een melding bij mensen langs gaat om te kijken of zij niet in een vervuilde woning leven en/of er andere problemen zijn waar anderen hinder van ondervinden.

3.2.2.2 Samenwerking en contact

Overkoepelend komt uit de interviews naar voren dat informatieoverdracht tussen zorgverleners en organisaties een belangrijk knelpunt is. Factoren die hier aan bijdragen zijn het ontbreken van een (goed werkend) digitaal systeem, het niet in kaart hebben van de zorgverleners die binnen een bepaalde regio werkzaam zijn en het ontbreken van persoonlijk contact tussen zorg- en hulpverleners binnen een bepaalde regio. In onderstaande beschrijving is voor een aantal organisaties de bevindingen op het gebied van samenwerking en contact verder uitgewerkt.

Serviceflat

Uit het interview met de serviceflat komt naar voren dat er bij de zorgverleners binnenshuis sprake is van nauwe samenwerking. De lijnen tussen de verpleegkundigen en de directie zijn kort. Tevens zijn zij tevreden over samenwerking met andere zorgorganisaties in de buurt. Indien zij constateren dat er veranderingen optreden in de situatie van de cliënt wordt er contact opgenomen met de familie en de huisarts, dit verloopt meestal naar tevredenheid.

Kaderhuisarts

In het gesprek met de kaderhuisarts komt naar voren dat de samenwerking met vooral thuiszorgorganisaties in de omgeving erg wisselend is. Dit wordt volgens deze kaderhuisarts bemoeilijkt door de wisselingen in het personeelsbestand, hierdoor mist een vast aanspreekpunt om mee te overleggen. Ook zijn er meerdere organisaties waar hij mee te maken heeft en deze organisaties hebben allemaal een eigen werkwijze wat de samenwerking bemoeilijkt.

Thuiszorg

Tijdens het gesprek met een thuiszorgorganisatie komt naar voren dat de wijkverpleegkundigen vanuit hun functiebeschrijving de opdracht hebben om de spil te zijn in een zorgnetwerk. Daarbij wordt van hen verwacht dat zij nauw contact onderhouden met de andere zorgverleners in de buurt en dan met name de huisarts. De wijkverpleegkundigen constateren hierbij dat een huisarts vaak waarde hecht aan een vast contactpersoon.

Een andere thuiszorgorganisatie heeft een geformaliseerd samenwerkingsverband opgezet tussen de verschillende zorgverleners die werkzaam zijn in een bepaalde regio. In een kleine regio lijkt dit goed te werken. Alle zorgverleners kennen elkaar persoonlijk en nemen daarom makkelijker contact op met elkaar. Hetzelfde samenwerkingsverband werkt niet automatisch in een andere regio, dit lijkt afhankelijk te zijn van vele factoren, waaronder bevolkingssamenstelling en de rol van de gemeente.

Welzijn- en vrijwilligersorganisaties

De welzijnsorganisaties die tijdens dit onderzoek zijn geïnterviewd voeren preventieve huisbezoeken uit in opdracht van de gemeente. Zo zijn zij op de hoogte van de 75+-ers die in de betreffende wijken wonen. De resultaten van deze screening worden teruggekoppeld aan de gemeente. Eventuele hulpvragen die uit deze huisbezoeken naar voren komen worden door de welzijnsorganisatie opgepakt, waarbij ouderen o.a. in aanraking komen met de sociale kaart. Dit is een overzicht van alle organisaties en praktijken op het gebied van zorg en welzijn in een gemeente. Naast de preventieve huisbezoeken worden cliënten op verschillende andere wijzen aangemeld bij de organisaties, bijvoorbeeld via huisartsen, familieleden of bureaus.

Een aspect waar een welzijnsorganisatie tegen aanloopt is dat huisartsen zich met name richten op het medische aspect van het ouder worden en dat soms het sociale en psychische aspect vergeten wordt. Ook hebben enkele huisartsen bij de welzijnsorganisaties aangegeven de werkzaamheden van deze organisaties overbodig te vinden.

Sociaal Loket

Bij het sociaal loket is er sprake van samenwerking met enkele organisaties, waarbij een organisatie van ouderenwerkers de belangrijkste partner is. Het sociaal loket kan, indien nodig, contact opnemen met de huisarts van de cliënt, maar alleen na toestemming van de cliënt.

3.2.2.3 Regie

Bij het onderwerp regie komt uit de interviews de dunne scheidslijn met bemoeizorg naar voren. Door verschillende organisaties wordt benoemd dat ouderen er moeite mee hebben als de regie of de zelfredzaamheid afneemt, zij willen graag vasthouden aan hun autonomie. Voor een organisatie gaat op dat moment de vraag spelen hoe ver je kunt en mag gaan en op welk moment de regie niet meer volledig bij de oudere kan blijven liggen. Ook wordt geconstateerd dat sommige ouderen om deze reden niet om hulp vragen of dat zij hulp weigeren.

Serviceflat

In de serviceflat krijgen ouderen begeleiding waar dit mogelijk en wenselijk is, waarbij de regie zoveel mogelijk bij de oudere zelf blijft liggen. Indien men problemen constateert en de oudere geen hulp wil, neemt men soms contact op met de familie om het probleem gezamenlijk te bespreken.

Kaderhuisarts

Tijdens het interview met de kaderhuisarts komt naar voren dat de zorgverzekeraars ook een belangrijke rol bij regie hebben. Professionals in de ouderenzorg zijn erg afhankelijk van de zorgverzekeraar: deze bepaalt welke handelingen vergoed worden en heeft daarmee de regie over de innovaties in de zorg. De bereidwilligheid van verzekeraars in verschillende regio's om te investeren in nieuwe initiatieven wisselt en dat kan frustrerend werken.

Thuiszorg

Een thuiszorgorganisatie beschrijft tijdens het interview hoe de situatie naar hun idee optimaal vormgegeven kan worden: zodra het minder goed gaat met een oudere zou de (wijk)verpleegkundige de regie moeten hebben over de zorg rondom de oudere, waarbij nauw contact is met de huisarts.

Welzijn en vrijwilligersorganisaties

Een welzijnsorganisatie noemt dat de ‘allesmijders’ vaak wel bij de huisarts komen en dat ze daarom zeker niet allemaal buiten beeld vallen. Een andere welzijnsorganisatie geeft juist aan dat er iets of iemand zou moeten zijn die de ‘allesmijders’ in de gaten houdt en vraagt hoe het met ze gaat. Het is alleen moeilijk te zeggen wie dit zou moeten zijn, deze organisatie zegt dat het mooi zou zijn als de buurt hier zelf een rol in gaat spelen, deze kan ‘de mijders’ zien en wellicht ze aanspreken of contact met ze opnemen. Bij deze organisatie speelde de vraag hoe hulp aan ouderen gegeven moet en kan worden waarbij de vitaliteit en de zin in het leven ontbreekt, die niet meer buiten komen om mensen te ontmoeten en eigenlijk al bezig zijn ‘om de aarde los te laten’. Naast aandacht voor deze ouderen, is aandacht ook nodig voor de groep ouderen die nog wel graag dingen willen ondernemen.

3.2.2.4 Veranderingen in de langdurige zorg

De interviews hebben plaats gevonden voordat de transitie van de langdurige zorg is ingegaan. De onderzoekers hebben de organisaties gevraagd hoe zij de transitie en de daarbij komende veranderingen in de langdurige zorg tegemoet zagen, hieronder volgt een overkoepelende uitwerking van de antwoorden.

Ouderen die nu nog hulp aan huis krijgen en veel baat hebben bij een praatje, hebben hier straks wellicht geen recht meer op, deze hulp is wel van groot belang voor de signalering. De hulp van familie en burens wordt steeds belangrijker, maar niet iedereen heeft die of het contact is niet goed. Daarbij kan het risico op vervuiling (van de woning, maar ook verwaarlozing) toenemen omdat mensen hun recht op hulp kunnen verliezen. Door een thuiszorgorganisatie werd als grootste risico genoemd dat ouderen straks zoveel energie moeten steken in het regelen van de dagelijkse zaken, dat er geen tijd meer over blijft voor de leuke dingen, de activiteiten die het leven de moeite waard maken. De (lokale) overheden verwachten nu meer van de buurt, maar dit wordt nog niet concreet ingevuld, een gestructureerde signalering ontbreekt bijvoorbeeld.

De gemeenten hebben volgens de geïnterviewde organisaties (nu nog) te weinig expertise om de komende veranderingen op te kunnen vangen. Nu al vormt dit soms een probleem, bijvoorbeeld bij de keukentafelgesprekken. *“De gemeente zet hier vaak mensen voor in die geen achtergrond in de zorg/welzijn hebben. Deze mensen hebben dan een driedaagse cursus gevolgd om gesprekken te voeren. De gemeente heeft geen idee wat voor problematiek de mensen hebben waar zij mee te maken krijgen en met welke problemen deze mensen worstelen en zij hebben dus geen inhoudelijke kennis over deze onderwerpen. Maar dit zien de gemeenten zelf niet!”* aldus een welzijnsorganisatie. Er wordt ook genoemd dat het misschien niet de taak van een organisatie of de overheid is om de signalering en eenzaamheid aan te pakken, maar die van de samenleving en de gewone burger: *“Kijk eens naar je burens”*.

Organisaties merken onder andere aan de subsidieverstrekkers, zoals de gemeenten, dat ze anders naar organisaties gaan kijken. Daarbij gaan ze andere aspecten meewegen in de beslissing voor financiering, zoals: eigen kracht, betrekken van netwerk, omgeving/wijk en activering. Met de komende veranderingen is het belangrijk dat de zorg thuis goed wordt geregeld. Dit geldt met name voor ouderen met een zorgzwaartepakket van een tot en met vier, deze kunnen met de komende veranderingen niet meer terecht in een verzorgingshuis, maar hebben wel hulp nodig om langer zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen. De vraag is of de zorg en de gemeenten hier wel op voorbereid zijn. De zaken die volgens de organisaties in ieder geval thuis geregeld moeten worden

zijn: vervoer, ontmoeting en passende activiteiten.

Een verwachting is dat met de komende veranderingen ouderen meer afhankelijk zullen worden van vrijwilligers. Uitbuiting en misbruik van thuiswonende ouderen zijn bekende risico's en met het toenemen van het aantal verschillende vrijwilligers het risico hierop toenemen.

Op het moment zijn er vele initiatieven op het gebied van ouderenzorg, als voorbeeld kan gedacht worden aan de lopende NPO projecten⁵². Dat er iets moet gebeuren om de zorg voor thuiswonende ouderen te integreren, en daarmee wellicht te verbeteren, lijkt bij verschillende organisaties op de agenda te staan. Tegelijkertijd worden er veel verschillende initiatieven gestart. Er is geen overzicht van het totale aanbod en er lijken tevens kwaliteitsverschillen (per regio) te zijn. Wanneer dit overzichtelijk en inzichtelijk gemaakt zou worden, kunnen deze initiatieven aanvullend op elkaar zijn. Uit de interviews komt naar voren dat organisaties nu moeite hebben om overzicht te krijgen over wat er allemaal beschikbaar is op het gebied van de ouderenzorg.

3.2.3 Interviews ouderen

Tijdens de 29 interviews met thuiswonende ouderen is met name gesproken over de zorgverlening en ondersteuning, wensen en behoeften, samenwerking, regie en afstemming binnen de zorg en welke knelpunten men eventueel ervaart.

In onderstaande tabel worden de achtergrondkenmerken van de geïnterviewde ouderen weergegeven. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers aan de pilotstudy is 83,5 (SD 6,6) oplopend van 68 tot en met 95. Het gemiddelde cijfer dat zij geven voor hun kwaliteit van leven is een 7,0 (SD 1,08) variërend van een 4 tot een 8,5. Hierbij konden vier mensen geen cijfer noemen, omdat zij dit te ingewikkeld vonden. Er hebben zeven mannen deelgenomen aan het onderzoek, waarvan er drie alleen wonen en de rest met hun partner die in deze gevallen mantelzorger zijn van de man. Deze mantelzorgers zijn aanwezig geweest bij het interview, maar niet apart benaderd. 75,9% van de deelnemers woont alleen, waarvan er drie (13,6%) in een aanleunwoning wonen. 41,3% heeft een inkomen hoger dan 1200 euro in de maand en 17,2% heeft geen antwoord gegeven op deze vraag of wist het antwoord niet.

Overwegend vindt men dat men zelf de regie heeft over zijn zorgverlening, al vinden de ouderen dit een moeilijke vraag om te beantwoorden. Voor het berekenen van kwetsbaarheid is het afkappunt van Gobbens voor de TFI³⁷ gebruikt, waarbij een score van 5 of hoger als 'kwetsbaar' wordt gehanteerd. Negen ouderen van de 29 zijn niet kwetsbaar en de gemiddelde score op de TFI is 6,2 (SD 2,54), waarbij de range van 0 tot 11 loopt op een schaal van 0 tot 15 punten.

Tabel 2: Achtergrondkenmerken geïnterviewde ouderen (n=29)

Cliënt-nummer	Geslacht	Leeftijd	Kwaliteit van leven	Inkomen >1200	Alleen wonend	Regie	Score TFI	Aantal kinderen
1	V	87	8	Ja	Nee	Internist	6	2
2	V	93	7,25	Ja	Ja	Zelf met dochter	4	3
3	V	87	8	Ja	Ja	Zelf	5	3
4	V	91	7,5	Ja	Ja	Zelf	8	1
5	V	91	8	Ja	Ja	Zelf	6	2
6	V	80	7,75	Nee	Ja	Zelf	3	0
7	M	75	?	Nee	Nee	Huisarts	0	4
8	M	89	7	?	Ja (AL)*	Thuiszorg	4	3
9	V	78	8,5	Ja	Nee	Man	6	2
10	V	69	8	Nee	Ja	Zelf	4	0
11	V	80	6	?	Ja	Dochter	9	2

12	V	88	8	Nee	Ja	Zelf	2	3
13	V	79	7	?	Ja	Zelf	10	0
14	V	91	?		Ja	Kinderen + thuiszorg	11	4
				Nee				
15	M	78	7	Nee	Nee	Zelf + thuiszorg	9	2
16	M	83	6	Ja	Nee	Huisarts	6	4
17	V	83	4	Ja	Nee	Zelf + zoon	9	3
18	M	77	6,5	Nee	Nee	Partner + thuiszorg	8	1
19	V	80	6	Nee	Ja	Zelf	4	0
20	M	92	7	Nee	Ja	Huisarts	4	2
21	V	78	7	Nee	Ja	Zelf	9	5
22	V	82	7	Ja	Ja (AL)	Thuiszorg	8	1
23	V	86	?	?	Ja	?	8	2
24	V	88	7	Nee	Ja (AL)	Thuiszorg	6	0
25	V	77	7	Ja	Ja	Zelf	6	0
26	M	73	4,5	Ja	Ja	Gemeente	7	2
27	V	87	8	Ja	Ja	Huisarts	7	0
28	V	86	?	Nee	Ja	?	6	5
29	V	95	7,5	?	Ja	Zelf	4	2
Gemiddelde /Percentage	75,9% vrouw	83,5	7,0	41,4%	75,9%		6,2	2,1

*AL = aanleunwoning

In bijlage I wordt per oudere weergegeven hoe tevreden zij zijn over de zorg en hulp die zij ontvangen en over de organisatie hiervan. Over het algemeen zijn de ouderen tevreden over de zorg die geleverd wordt. Dit werd door twee deelnemers als volgt beschreven:

- *“Als je tevreden bent gaat alles een stuk makkelijker”*
- *“Ouderen moeten niet zo zeuren en aardig zijn, je moet blij zijn dat je hulp krijgt”*

Ook zijn er ouderen die weinig tot geen contact hebben met hulp- of zorgverleners. Deels omdat het niet nodig is, zoals de zorgverleners ook beschrijven en deels omdat de ouderen zelf het niet nodig vinden. Het is opvallend dat een deel van de ouderen niet regelmatig contact met de huisarts heeft.

Over de organisatie en coördinatie heerst onduidelijkheid bij de ouderen, ze begrijpen niet altijd wat de onderzoekers bedoelen met deze begrippen en vaak wordt het antwoord gegeven dat ze er niks van merken, dus dat het wel goed zal gaan.

In tabel 3 worden punten genoemd die ouderen tijdens de interviews hebben aangegeven belangrijk te vinden in de zorg. Als belangrijkste aspect komt de bejegening en vriendelijkheid van de zorgverleners naar voren, tevens vinden de ouderen het belangrijk dat ze hun zorgverleners kunnen vertrouwen.

Tabel 3: Behoeften ouderen

Behoeften / belangrijke aspecten t.a.v. zorg	Aantal x genoemd
Vriendelijkheid/aandacht van zorgverleners, luisteren en de tijd nemen, niet gehaast werken	11
Mensen in huis die waarop je kunt vertrouwen	4
Contact/afstemming zorgverleners	4
Privacy	3
Naar buiten gaan (hulp hierbij)	3
Geen financiële zorgen	2
Op tijd komen, afspraken nakomen	2
Iemand waar het hart gelucht kan worden	2
Kennis van zaken, dingen regelen die gevraagd worden	2
Vragen naar tevredenheid vanuit thuiszorg	1
Veiligheid	1
Open- en eerlijkheid	1
Als de huishoudelijke taken maar gedaan worden	1
Regelmaat	1
Rekening houden met het feit dat deze generatie anders is groot gebracht dan de jongelui van nu (privacy/verschillende hulpen)	1
Rekening houden met de dingen die men zelf niet kan	1

Tijdens het stellen van de vraag over belangrijke aspecten van de zorg werden onder andere de volgende opmerkingen gegeven:

- *“Het moet zo blijven als het kan, ze moeten niet overal aan plukken!”*
- *“Het is belangrijk dat er een beetje meer aandacht voor de patiënt is, niet altijd maar gauwgauwgauw”*
- *“Je moet uit kijken dat ze niet over je heen gaan praten in plaats van tegen je in het ziekenhuis, het voelt soms als ouderendiscriminatie”*
- *“In het ziekenhuis moest ik elke keer tegen een nieuwe specialist vertellen hoe of wat, ik vroeg toen of ze niet met elkaar overleggen, en dat doen ze dus niet”*

3.2.3.1 Vraagverlegenheid

Een ander punt dat tijdens de interviews duidelijk naar voren is gekomen is dat ouderen vaak niet om hulp willen of durven vragen. De volgende redenen worden meerdere keren genoemd:

- *“Ik heb altijd alles zelf gedaan en nu moet ik ineens om hulp vragen”*
- *“Kinderen of andere jonge mensen hebben hun eigen leven en die wil je niet lastig vallen door hulp te vragen”*
- *“Mijn burens zijn allemaal ook oude mensen en een paar jonge stellen die werken allemaal fulltime, hoe kun je daar nu hulp aanvragen?”*

3.2.3.2 Acceptatie

Naast de tevredenheid over de zorg en de vraagverlegenheid lijken de ouderen ook een bepaalde mate van acceptatie voor de achteruitgang te hebben. Hierover zeiden enkele ouderen het volgende:

- *"Wie dan leeft, wie dan zorgt"*
- *"Mijn kwaliteit van leven wordt niet meer beter, je wordt ouder dus je krijgt steeds meer dingen. Vroeger deed ik alles zelf, nu moet je alles aan een ander over laten".*
- *"Ik kan dit wel aan zo, als mijn hulp maar de boodschappen blijft doen red ik het wel! En ik moet zelf ook wat te doen hebben, ik ga niet de hele dag op de stoel zitten."*
- *"Veel moois is er niet meer, het is allemaal wel gebeurd, maar van een bos bloemen word ik wel vrolijk".*

3.2.3.3 Vier case beschrijvingen van thuiswonende ouderen

Om een beter beeld te krijgen bij de ouderen die geïnterviewd zijn, zijn hieronder vier case beschrijvingen toegevoegd. Hier is gekozen voor een op het oog schrijnende situatie, waarbij de oudere zelf tevreden is, twee situaties waarbij de oudere wensen en behoeften heeft ter verbetering van kwaliteit van leven en een positieve situatie, waarbij de oudere tevreden is.

1. Vrouw van 83, woont zelfstandig in een appartement en is weduwe. Bij binnenkomst in het appartement ruikt het naar urine, zit mevrouw haar pruik scheef op haar hoofd en lijkt ze inconsistente dingen te vertellen. Ze heeft geen hulp en wil geen hulp omdat ze zelf vindt dat het goed gaat en ze tevreden is met haar leven. Er is nauwelijks contact met de huisarts, bij het benaderen van de huisarts lijkt mevrouw niet de goede naam opgegeven te hebben. Ze is nabesteld om te vragen of ze misschien het adres of telefoonnummer kan doorgeven, maar dat weet mevrouw niet en ze vindt dat we gewoon op de doorgegeven naam moeten zoeken. Deze huisarts bestaat echter niet.
2. Vrouw van 79, woont zelfstandig in een klein appartement en is altijd alleen geweest. Mevrouw heeft een slecht gestel en loopt in huis met 2 stokken of een rollator. Buitenshuis komt mevrouw eigenlijk niet, tenzij het mooi weer is, de lift het doet en mevrouw de energie heeft om met de rolstoel tot het bankje beneden voor het gebouw te komen en daar te gaan zitten. Mevrouw kan zelf geen boodschappen doen. Een vrijwilliger doet één keer in de 2 weken boodschappen voor mevrouw. Mevrouw haar vriesvak van de koelkast is stuk en daarom kan mevrouw geen brood invriezen, dus doet zij twee weken met haar brood. Ook komt er één keer in de week een vrijwilliger om één uur met mevrouw naar buiten te gaan met de rolstoel. Mevrouw zou zo graag een keer naar de dierentuin gaan, ze heeft een jaarkaart, maar ze is er al jaren niet meer geweest omdat niemand met haar mee wil.
Mevrouw ontvangt geen thuiszorg of huishoudelijke hulp omdat ze vindt dat ze het 'halfbakken werk' dat zij doen ook zelf wel kan. Mevrouw staat om 7 uur op om zichzelf klaar te maken als om half 11 iemand komt om met haar naar buiten te gaan. Stofzuigen doet mevrouw zittend vanuit haar stoel.
3. Een ouder echtpaar woont in Amsterdam op de eerste en tweede verdieping van een appartement. Meneer heeft de ziekte van Parkinson en is een jaar geleden gevallen waarbij hij zijn schouder heeft verbrijzeld en zijn heup gebroken. Meneer wordt steeds slechter en zijn linker arm kan hij niet gebruiken vanwege de verbrijzelde schouder. Het is voor meneer erg moeilijk om een trap op en af te lopen, onder andere omdat hij zich niet goed vast kan houden. Het echtpaar heeft een traplift aangevraagd, maar zij hebben maar recht op één traplift. Omdat zij twee trappen hebben in huis moeten er twee trapliften komen, deze tweede traplift zou het

echtpaar zelf moeten vergoeden. Zij leven van een AOW dus dat kunnen zij niet betalen. Er is hen gezegd dat ze dan beter kunnen verhuizen, want nu komt er geen traplift.

4. Meneer van 92 woont zelfstandig alleen in een woonhuis. Meneer heeft zijn vrouw en drie kinderen verloren, maar lijkt een erg opgewekte vriendelijke man. Hij doet zelf op de fiets zijn boodschappen en hij vindt het leuk om te koken. Hij komt niet meer boven in verband met de trap, maar heeft alles beneden georganiseerd. Hij heeft beneden geen douche, maar hij wast zichzelf in de keuken bij de wasbak. Meneer zegt heel tevreden te zijn over zijn leven en de zorg. Meneer ontvangt thuiszorg, maar dat is volgens hem meer om hem in de gaten te houden dan dat ze echt wat doen. Meneer ziet de huisarts een keer per maand bij hem thuis en hij heeft goed contact met enkele burens. Meneer is erg blij dat hij thuis woont en zou nooit willen verhuizen.

3.2.4 Interviews zorgverleners

Zoals te zien is in tabel 1 zijn er 37 verschillende zorgverleners telefonisch geïnterviewd, dit zijn de zorgverleners van 20 verschillende ouderen. Tijdens de interviews is onder andere gevraagd of de betreffende zorgverlener de huidige samenwerking rondom de betreffende oudere goed vindt lopen, of hij knelpunten ervaart en zo ja welke, wie de regie heeft over het zorgnetwerk, of hij de oudere kwetsbaar vindt, wie verantwoordelijk is voor de signalering wanneer het niet goed meer zou gaan met een oudere en welke risico's hij belangrijk vindt voor thuiswonende kwetsbare ouderen.

Knelpunten

Ongeveer de helft van de zorgverleners zegt geen knelpunten te ervaren in de samenwerking, hierbij leken zorgverleners vaak te focussen op de samenwerking binnen hun eigen organisatie. Enkele zorgverleners geven aan dat het moeilijk is om binnen de eerste lijn goed te kunnen samenwerken, omdat het lastig is iedereen bij elkaar te krijgen. Dit lijkt binnen organisaties of instellingen makkelijker te verlopen omdat men elkaar kent en contact makkelijker is gelegd. Daarnaast wordt de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn ook als lastig omschreven.

- Medisch specialist: *“Er is ruim onvoldoende overzicht welke zorgverleners er aanwezig zijn regionaal en waar mee samengewerkt kan worden, laat staan in een wijdere omgeving.”*
- Huisarts: *“Samenwerking in de zorg is een zwak punt, ik moet er vaak achteraan bellen om te kijken wat er nu precies is afgesproken in de tweede lijn.”*
- Huisarts: *“MDO's zijn erg arbeidsintensief en leveren vaak relatief weinig informatie op”*
- Ergotherapeut: *“Wanneer je eerstelijns behandeling doet, is het lastig om te overleggen, je moet zelf goed inzetten. Als iemand intern zit, is het makkelijker om te overleggen en gebeurt het ook vaker. In de eerste lijn is het moeilijker om iedereen bij elkaar te krijgen voor overleg.”*

De antwoorden op de vragen over samenwerking en signalering staan per zorgverlener uitgeschreven in bijlage II.

Afspraken en samenwerking

Er lijken nauwelijks afspraken te bestaan over de samenwerking en afstemming in de zorg rondom de thuiswonende ouderen. Zorgverleners geven aan 'op eigen eilandjes' te werken en pas contact te zoeken wanneer dit nodig is.

- Huisarts: *"Er is eigenlijk geen sprake van samenwerking, het is meer een mate van informatieoverdracht, iedereen werkt namelijk op zijn eigen eilandje en zoekt pas contact als hij er zelf niet uit komt"*
- Wijkverpleegkundige: *"Wij proberen een spil in het web te zijn, maar dit wordt bemoeilijkt door de andere zorgverleners, iedereen werkt op zijn eigen eiland en andere zorgverleners zien ons alleen als uitvoerend en niet als organiserend"*

Een aantal zorgverleners lijkt het in sommige gevallen ook niet nodig te vinden om samen te werken in de zorg voor de betreffende ouderen. Als reden hiervoor wordt vaak aangegeven dat de situatie niet ernstig genoeg is. Wanneer er sprake is van een ziekte waarbij multidisciplinaire richtlijnen zijn opgesteld lijkt de samenwerking wel beter afgestemd en is er vaker sprake van structureel contact.

Ongeveer de helft van de zorgverleners lijkt tevreden te zijn met de samenwerking, dan wel informatieoverdracht. Als belangrijk punt voor tevredenheid wordt hierbij genoemd dat er korte lijnen zijn tussen de verschillende zorgverleners, dat ze goed bereikbaar zijn en dat ze elkaar persoonlijk kennen, zodat er makkelijk contact gezocht kan worden.

Signalering

Een punt van kritiek genoemd door een huisarts is dat de informatie in het dossier vaak niet alle relevante informatie van een persoon bevat, maar alleen de medische gegevens. Zo hoeft een huisarts bijvoorbeeld niet altijd op de hoogte te zijn van de aanwezigheid van thuiszorg, huishoudelijke hulp of mantelzorg, omdat dit zorgverleners zijn die niet altijd via een huisarts geregeld hoeven te worden. Dit maakt het voor huisartsen lastig om overzicht te hebben over het zorgnetwerk, terwijl vaak naar voren komt dat zorgverleners huisartsen, naast de oudere zelf, de aangewezen persoon vinden om dit overzicht te hebben en het aanspreekpunt te zijn voor de cliënt.

- Medisch specialist: *"Huisartsen willen veel, en ze willen de centrale rol in de gezondheidszorg hebben, maar dit kunnen zij niet waarmaken. Als huisartsen een kleinere populatie zouden hebben zouden ze aan casefinding kunnen doen, kwetsbaarheid en het sociale netwerk in kaart brengen en meer gerichte zorg leveren en afstemmen"*
- Huisarts: *"Signalering is een punt, er wordt uit gegaan van de eigen verantwoordelijkheid, maar ik weet ook dat hulp vragen voor ouderen vaak erg moeilijk is"*

De visie van huisartsen op de signaleringstaak lijkt te verschillen, sommigen geven aan proactief bezig te zijn met signalering, maar de functie van de huisarts lijkt nog veelal reactief te zijn en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt lijkt dan voorop te staan. Tijdens het stellen van deze vraag werden sommige artsen al wel geprikkeld, omdat zij zich naar aanleiding hiervan hardop af vroegen hoe dat moet met diegene die langer thuis moeten wonen, met een klein sociaal netwerk en niet in staat zijn om zelf te signaleren. Enkele wijkverpleegkundigen zeggen de taak te hebben om de spil in het web te zijn, maar dat deze taak vaak door andere zorgverleners bemoeilijkt wordt omdat zij vinden dat de thuiszorg een meer uitvoerend en geen coördinerend orgaan is.

In bijlage III wordt per oudere weergegeven welke afspraken er zijn tussen de verschillende zorgverleners, of er een hoofdaanspreekpunt is qua zorg volgens de zorgverleners en of er sprake is van een geactualiseerd behandelplan en geïntegreerde dossiervoering.

Integrale dossiervoering

Er lijkt in geen van de gevallen sprake te zijn van integrale dossiervoering, wel is er bij een medisch specialist sprake van een dossiervoering waar de huisarts en verpleeghuisarts toegang tot hebben, maar zij kunnen hier alleen informatie uithalen, niet invoeren. Binnen een organisatie lijkt dit vaak wel goed geregeld, maar tussen organisaties moet er actief informatie gedeeld worden om andere zorgverleners op de hoogte te stellen. Dit gebeurt doorgaans alleen ‘wanneer dit nodig is’ en niet structureel.

Communicatie

Een veel gehoord knelpunt in de samenwerking is de mate of nauwkeurigheid van communicatie tussen de eerste en de tweede lijn, waarbij de tweede lijn opmerkingen heeft over de communicatie vanuit de eerste lijn en de eerste lijn opmerkingen heeft over de communicatie vanuit de tweede lijn. Een aantal zorgverleners heeft genoemd graag beter op de hoogte gehouden te worden van de medische situatie van een cliënt. De informatieoverdracht vanuit het ziekenhuis lijkt voornamelijk per post te gaan. De thuiszorg en huishoudelijke hulp hebben bij elke cliënt thuis een map liggen waarin geschreven wordt. Deze is voor de betrokken zorgverleners en familie toegankelijk, maar wordt niet door iedere zorgverlener gebruikt. Enkele huisartsen hebben genoemd dit boek te gebruiken en een van de fysiotherapeuten. Enkele zorgverleners hebben genoemd dat dit een belangrijk punt is dat aandacht vereist en dat er met de huidige technologie toch zeker iets mogelijk moet zijn.

- Medisch specialist: *“Veel huisartsen sturen een korte brief met de voorgeschiedenis van een patiënt, dan kan je nog wel eens belangrijke informatie missen”*
- Medisch specialist: *“Huisartsen klagen over de communicatie vanuit het ziekenhuis, maar huisartsen zelf communiceren pas als het niet meer gaat met de cliënt en dan wordt er hulp gevraagd”*
- Apotheker: *“Als de medicatie aangepast wordt van een patiënt is het erg waardevol om deze waardes teruggekoppeld te krijgen van de huisarts, dit ontbreekt vaak terwijl het erg belangrijke informatie is, een elektronisch patiëntendossier zou ook in dit geval erg handig zijn”*

Behandelplannen lijken bij ongeveer de helft aanwezig te zijn, maar deze zijn vaak niet multidisciplinair opgesteld. De behandelplannen zijn door individuele zorgverleners opgesteld, een enkele keer in overleg met een andere zorgverlener.

Zorgnetwerk

In bijlage IV, wordt per oudere weergegeven welke zorgverleners betrokken zijn bij de zorg voor de oudere volgens de oudere zelf. In de kolommen daarnaast wordt per geïnterviewde zorgverlener weergegeven welke zorgverleners bekend zijn bij de betreffende zorgverlener. Hier komt uit naar voren dat de zorgverleners vaak niet op de hoogte zijn van de andere betrokken zorgverleners. Maar ook dat de zorgverleners soms andere zorgverleners noemen die de ouderen zelf niet genoemd hebben. Om netwerkzorg te kunnen laten slagen zouden de zorgverleners op zijn minst op de hoogte moeten zijn van de betrokken zorgverleners per cliënt. Wel is de vraag of de huishoudelijk medewerkster op de hoogte moet zijn van alle professionele medische zorgverleners en vice versa.

Relevantie voor toezicht

Van alle betrokken zorgverleners kan er een indeling gemaakt worden naar:

- Formele zorgverleners
- Informele zorgverleners
- Ondersteunende zorg- of hulpverleners

De IGZ heeft de wettelijke taak om toezicht te houden op de zorgverleners die vallen onder de Zvw en de Wlz, dit zijn de formele zorgverleners. Onder de formele zorgverleners vallen alle professionele zorgverleners; de huisarts, de medisch specialisten, de fysiotherapeut, de ergotherapeut, de medewerkers van dagcentra en de thuiszorg (verpleging en verzorging), etc.

De informele zorgverleners zijn de mantelzorgers en bijvoorbeeld de vrijwilligers. De mantelzorger speelt vaak een cruciale rol in de zorg voor de thuiswonende oudere, dit kan een partner zijn, een (klein)kind, buren of vriend. De IGZ heeft niet de wettelijke taak om toe te zien op de zorg die mantelzorger of vrijwilligers leveren.

Onder de ondersteunende zorg- of hulpverleners vallen de huishoudelijk medewerkers, ouderenadviseurs of welzijnsorganisaties en de maaltijdbezorgers. Deze zorg- of hulpverleners vallen niet onder het toezicht van de IGZ, maar maken vaak wel deel uit van een netwerk.

3.3 Risico's

In alle interviews is expliciet gevraagd naar risico's die men ziet voor thuiswonende kwetsbare ouderen in de breedste zin van het woord. Aan de ouderen zelf is de volgende vraag gesteld "Wat vindt u belangrijke risico's voor uzelf, of voor andere thuiswonende ouderen?" Er is een prioritering van de risico's gemaakt die uit de interviews naar voren zijn gekomen. Deze zijn op volgorde gezet van het totaal aantal verschillende deelnemers dat dit risico heeft benoemd. Belangrijk is om in gedachten te houden dat de grootte van de verschillende groepen niet gelijk is.

In tabel 4 wordt een overzicht weergegeven van de genoemde risico's.

Tabel 4: Risico's volgens deelnemers

Risico	Organisaties n=9	Ouderen n=29	Zorgverleners n=37	Totaal n=75
Geen (of klein) sociaal netwerk/eenzaamheid	5	5	14	24
Vallen/persoonlijke ongevallen	5	7	9	21
Bezuinigingen (minder hulp/niet meer terecht kunnen in een instelling)	5	5	3	13
Niet in staat zijn hulp te roepen als dat nodig is	1	7	5	13
Verwardheid/dementie	2	1	7	10
Gebrek aan toezicht/alleen wonen		4	5	9
Vervuiling/verwaarlozing	3		6	9
Medicatiegebruik/polyfarmacie	2		6	8
Inbraak/misbruik	4	2	2	8
Afname mobiliteit	1	2	4	7
Afhankelijkheid zijn van anderen	2	3	2	7

Slechte coördinatie/geen integrale zorg	3		3	6
Vraagverlegenheid	2		3	5
Digitale omgeving/veranderende maatschappij	2		2	4
Huis inrichting/type woning		2	2	4
Slechte/weinig communicatie van zorgverleners		1	2	3
Tekort aan mantelzorgers			3	3
Gebrek aan kennis en overzicht over gezondheid en zorgverleners			3	3
Lage kwaliteit en verschil in kwaliteit van zorg	1		2	3
Ondervoeding	1	1	1	3
Niet meer buiten komen	1	1	1	3
Financiering van de zorg		1	1	2
Een mantelzorger zijn			2	2
Complex geheel van/veel verschillende zorgverleners		1	1	2
Gebrek aan capaciteit van thuiszorg			2	2
Houding van de persoon zelf		2		2
Regie verlies	1			1
Geen (of overleden) kinderen	1			1

De risico's genoemd door alle respondenten betreffen vele verschillende domeinen zoals gezondheid, zorg, welzijn, sociale aspecten, financiële aspecten en veiligheidsaspecten. Wanneer alle antwoorden gecombineerd worden kunnen vier risico's als meest genoemd aangeduid worden: eenzaamheid/klein sociaal netwerk, vallen/persoonlijke ongevallen, de komende bezuinigingen en niet in staat zijn om hulp te roepen als dit nodig is. De bezuinigingen in de langdurige zorg was voor ouderen een belangrijk risico omdat zij bang zijn geen recht meer te hebben op hulp en daardoor minder goed in staat zijn om zelfstandig te blijven wonen.

Bovendien hebben een aantal ouderen ten aanzien van dit onderwerp aangegeven dat zij mensen uit hun sociale netwerk niet om hulp kunnen vragen, omdat zij vinden dat hun kinderen of andere jonge mensen het al druk genoeg hebben met hun eigen leven. Partners werken vaak allebei en ze hebben dan vaak ook een gezin om te verzorgen, dit lijkt voor veel ouderen een belemmering om een beroep voor hulp op hen te doen. Echter, de ouderen hebben dit zelf niet specifiek als risico aangegeven.

Naast dat er door de verschillende groepen veel dezelfde risico's zijn genoemd, zijn er ook verschillen te ontdekken. De organisaties en de zorgverleners hebben beiden verwardheid/dementie, vervuiling/verwaarlozing en medicatiegebruik als belangrijke risico's genoemd. Deze risico's worden door de ouderen zelf helemaal niet genoemd.

Op basis van de genoemde risico's in de interviews is gekeken welke hiervan niet uit de scoping review naar voren zijn gekomen. De nieuw geïdentificeerde risico's worden in tabel 5 weergegeven. Hieruit komen vooral sociaal en maatschappelijk gerelateerde risico's naar voren.

Tabel 5: Toegevoegde risico's na pilot studie

Risico's	Aantal keer genoemd
Bezuinigingen (minder hulp/niet meer terecht kunnen in een instelling)	13
Niet in staat zijn hulp te roepen als dat nodig is	13
Vraagverlegenheid	5
Digitale omgeving/veranderende maatschappij	4
Niet meer buiten komen	3
Lage kwaliteit en verschil in kwaliteit van zorg	3
Huis inrichting/type woning	4
Houding van de persoon zelf	2
Geen (of overleden) kinderen	1
Slechte/weinig communicatie van zorgverleners	3
Gebrek aan capaciteit van thuiszorg	2
Onvoldoende mantelzorg mogelijk	3

De meest genoemde risico's zijn in tabel 6 ondergebracht dan wel bij de verschillende domeinen van kwetsbaarheid zoals Gobbens³⁷ heeft beschreven, het zorgnetwerk, het zorgproces of de maatschappelijke (rand)voorwaarden. Hieruit blijkt dat de respondenten de meeste risico's zien op het fysieke en sociale domein.

Tabel 6: Top tien risico's ingedeeld per domein

Domein	Risico	Aantal keer genoemd
Sociale kwetsbaarheid	Geen (of klein) sociaal netwerk/eenzaamheid	24
	Misbruik/inbraak	8
	Gebrek aan toezicht/alleen wonen	9
Fysieke kwetsbaarheid	Afhankelijk zijn van anderen	7
	Afname mobiliteit	7
	Vallen/persoonlijke ongevallen	21
	Niet om hulp kunnen roepen wanneer dit nodig is	13
Psychische kwetsbaarheid	Vervuiling/verwaarlozing	9
	Verwardheid/dementie	10
Zorgnetwerk	-	
Zorgproces	Medicatiegebruik/polyfarmacie	8
Maatschappelijk (randvoorwaarden)	Bezuinigingen (minder hulp/niet meer terecht kunnen in een instelling)	13

4. Beantwoording onderzoeksvragen

Onderzoeksvraag I: Welke risico's in (regionale)zorgnetwerken zijn vanuit het perspectief van thuiswonende kwetsbare ouderen, hun mantelzorgers, behandelaars en inspecteurs het meest urgent voor toezicht door hun potentiële ernst en frequentie?

In fase I is een inventarisatie gemaakt van de bestaande literatuur en in figuur 3 wordt weergegeven welke risico's voor het functioneren van zorgnetwerken van kwetsbare ouderen bekend zijn.

Voor de beantwoording van deze onderzoeksvraag is eerst breed geïnventariseerd welke risico's de verschillende partijen in het algemeen zien voor de thuiswonende kwetsbare ouderen. De meest genoemde risico's volgens de organisaties, de thuiswonende ouderen en hun zorgverleners zijn:

- Geen (of een klein) sociaal netwerk/eenzaamheid
- Vallen/persoonlijke ongevallen
- Bezuinigingen
- Niet in staat zijn hulp te roepen als dat nodig is

Het niet hebben van een sociaal netwerk of het hebben van een klein sociaal netwerk in relatie tot eenzaamheid wordt het meest genoemd als risico door de geïnterviewden. In het licht van de veranderingen in de langdurige zorg en de focus van de overheid op de zelfredzaamheid en het sociale netwerk van een burger, is dit een belangrijke bevinding. Binnen de huidige organisatie van de langdurige zorg is het uitgangspunt doorgaans dat deze aanvullend dient te zijn op datgene wat een cliënt en zijn sociale netwerk zelf kunnen organiseren. Indien de cliënt geen of slechts een zeer klein sociaal netwerk heeft, dan kan dit tot gevolg hebben dat er extra inspanningen van de betrokken zorgverleners nodig zijn. Bijvoorbeeld door het actief aanbieden van zorg, het leveren van meer zorg, het actief organiseren van een netwerk of de inzet van vrijwilligers.

Ondanks dat er al veel aandacht is in de vorm van onderzoeken naar en interventies voor valpreventie bij ouderen, lijkt dit nog steeds een belangrijk risico vanuit alle verschillende perspectieven.

De gevolgen van de bezuinigingen zijn ten tijde van de interviews voor vele deelnemers nog onduidelijk. Deze onzekerheid heeft tot gevolg dat men onvoldoende weet hoe de zorg en ondersteuning in de toekomst vormgegeven wordt en of men het dan nog wel redt om zelfstandig te blijven wonen.

Het 'niet in staat zijn hulp te roepen als dit nodig is' is een risico dat met name vanuit het perspectief van de thuiswonende ouderen genoemd wordt. Het gaat in deze gevallen met name om de acute situaties, bijvoorbeeld dat men na een val op de grond ligt en niet bij de telefoon kan. Hierbij werd enkele keren aangegeven dat het dragen van een persoonlijk alarm te duur is, of onhandig omdat het met douchen niet om kan blijven terwijl hier vaak valincidenten plaatsvinden. De relatie met het genoemde valrisico komt ook hier duidelijk naar voren.

Hoewel deze risico's genoemd worden door hun potentiële ernst en frequentie is er nog een stap nodig om deze risico's te vertalen naar toezicht. Een mogelijke methode is om indicatoren te ontwikkelen die inzicht geven in de signalering op eenzaamheid in relatie tot het sociale netwerk, vallen, zorgbehoefte en de mogelijkheden om hulp te roepen in acute situaties. Een element dat het lastig maakt deze risico's te vertalen naar toezicht, is de aanwezigheid van twee toezichthouders, namelijk de IGZ en de gemeenten. De risico's raken de verschillende domeinen, maar zijn niet zonder meer los van elkaar te zien. Een mogelijke oplossing is het samen optrekken van beide toezichthouders in het toezicht op deze risico's.

Binnen een zorgnetwerk zouden afspraken gemaakt kunnen worden wie er verantwoordelijk is voor deze signalering van deze risico's. Dit lijkt op dit moment niet structureel geregeld te zijn, zorgverleners geven hierbij meerdere malen als argument dat dit nog niet nodig is. Het is vaak voor de betrokken zorgverleners ook niet geheel duidelijk wie er in het (zorg)netwerk van een cliënt betrokken zijn. Dit is een risico dat naar voren kwam over de zorgnetwerken rondom de thuiswonende kwetsbare ouderen. Evenals het elkaar niet kennen (ontbreken persoonlijk contact) of het niet kunnen bereiken van andere betrokken zorgverleners, met als gevolg gebrek aan informatie-uitwisseling en communicatie tussen verschillende betrokken zorgverleners. Deze risico's sluiten aan bij de risico's die gevonden zijn in de literatuur in de eerste fase van het onderzoek (figuur 3). Om een volledig beeld te krijgen is navraag bij de cliënt en de netwerkpartners nodig. Met behulp van deze informatie kan vervolgens gekeken worden naar wanneer signalering nodig is en door wie dit bepaald wordt.

De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) heeft in 2010 een handreiking 'verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' uitgebracht, met een checklist van 13 punten die bij samenwerken in de zorg geregeld zouden moeten zijn⁴⁹. In deze punten is de ondersteuning vanuit het gemeentelijke domein echter niet opgenomen. De checklist zou een goed uitgangspunt kunnen zijn voor het opstellen van eventuele indicatoren, maar is daarmee nog niet volledig om alle domeinen te dekken.

Onderzoeksvraag II : In hoeverre kunnen de ervaringen van cliënten door de IGZ gebruikt worden bij het in kaart brengen en toetsen van de kwaliteit van (regionale) netwerkzorg?

De interviews met de thuiswonende ouderen hebben waardevolle informatie opgeleverd. Uit de interviews blijkt dat zij met meer zorg- en hulpverleners te maken hebben dan dat bij de betrokken zorg- en hulpverleners onderling bekend is. Het gebruik van thuiszorg of de aanwezigheid van mantelzorg is bij de huisarts en andere zorgverleners regelmatig niet bekend. Het interview met de oudere levert zinvolle informatie op over de omvang van het zorgnetwerk en de intensiteit van het contact met de oudere. Dit heeft daarmee ook vanuit het oogpunt van toezicht toegevoegde waarde.

Het is echter de vraag of het ook waardevolle informatie oplevert over het functioneren en de kwaliteit van het netwerk. Ouderen lijken vaak tevreden te zijn over de zorg die zij ontvangen en dit met name toe te schrijven aan de bejegening van de zorg- en hulpverleners en het feit dat ze überhaupt hulp ontvangen. Zij hebben nauwelijks zicht op de afstemming, regie en samenwerking in het zorgnetwerk. Zij zeggen er niet veel van te merken, ‘dus zal het wel goed gaan’.

De informatie over de samenwerking en afstemming in de zorg rondom de ouderen is tijdens de pilot study met name verzameld bij de zorgverleners. De zorgverleners spreken niet van een samenwerkingsverband, maar zij hebben het vooral over overdracht van informatie. Er wordt pas om advies gevraagd wanneer diegene er zelf niet meer uit komt. Het is voor samenwerking belangrijk dat zorgverleners elkaar persoonlijk kennen, op deze manier kunnen er op een laagdrempelige manier vragen gesteld worden. Echter, zorgverleners zijn vaak niet op de hoogte welke andere professionele zorgverleners er bij hen in de regio werkzaam zijn, laat staan in een bredere omgeving.

De kwaliteit van het samenwerkingsverband zou wellicht door middel van specifieke vragen wel bij de thuiswonende ouderen uitgevraagd kunnen worden. Als vragen worden gesteld over bijvoorbeeld de tijdigheid van de thuiszorg, de communicatie en benadering vanuit de huisarts, benadering of informatie vanuit de gemeente, geven de ouderen hier concrete antwoorden op.

Samenvattend kan hieruit opgemaakt worden dat het bevragen van de cliënt aanvullende informatie oplevert over de samenstelling van het zorgnetwerk, maar dat het lastig is om informatie over het functioneren van het zorgnetwerk via deze weg te vergaren. Voor het beantwoorden van deze vraag dient aanvullende informatie via de betrokken zorgverleners verzameld te worden. Het cliënt- en zorgverlenersperspectief zijn dus beiden van belang om een goed beeld van het netwerk te krijgen. Dit geldt ook voor het toezicht op zorgnetwerken: voor een volledig beeld zou de IGZ beide perspectieven kunnen onderzoeken en op basis hiervan een integraal oordeel geven over de kwaliteit van de netwerkzorg.

5. Bevindingen pilot study in relatie tot de transitie in de langdurige zorg

In hoofdstuk 1.2 zijn de veranderingen in de langdurige zorg beschreven. In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek in het licht van deze veranderingen geplaatst.

Een belangrijk punt dat uit de pilot study naar voren kwam, is dat ouderen vaak niet om hulp durven of willen vragen. In het stappenplan beschreven in hoofdstuk 1.2 wordt uitgegaan van de eigen kracht van de burgers. De vraag is of thuiswonende kwetsbare ouderen met dit stappenplan uit het oog zullen raken van de zorg- en/of hulpverlening.

Een ander punt is dat de aanwezigheid van Wmo loketten in elke gemeente verschillend is geregeld. Zo zijn er gemeenten waar geen fysiek aanwezige loketten zijn voor de Wmo. De aanvraag voor voorzieningen dient dan volledig via internet geregeld te worden. Ook hier ligt een hoge drempel voor de thuiswonende ouderen. Wellicht dat dit zal wijzigen nu er meer verantwoordelijkheden bij de gemeenten liggen. Naast het feit dat het bereiken van een Wmo loket lastig kan zijn voor thuiswonende ouderen, lijkt het voor vele thuiswonende ouderen ook vaak onduidelijk welke voorzieningen aanwezig zijn in een gemeente, voor welke voorzieningen zij bij de gemeente terecht kunnen en bij wie zij vervolgens terecht kunnen met hun hulpvraag. Een overzicht per gemeente met alle mogelijke voorzieningen, contactpersonen en gegevens zou voor velen een uitkomst bieden, wanneer deze op papier wordt aangeboden en niet digitaal.

In de langdurige zorg zal ook meer uitgegaan worden van het eigen netwerk van de burgers en hun eigen kracht. Tijdens de interviews in de pilot study is naar voren gekomen dat ouderen zich zorgen maken over de bezuinigingen en veranderingen. Zo zeggen de ouderen hun kinderen of buren niet om hulp te kunnen of willen vragen om de volgende uiteenlopende redenen:

- Geen eigen netwerk
- Geen familie
- Kinderen wonen ver weg
- Kinderen werken allemaal fulltime
- Kinderen hebben hun eigen leven
- Geen contact met kinderen
- Vrienden allemaal op hoge leeftijd
- Buren die werken of ook op leeftijd zijn

Het lijkt hierbij belangrijk dat de gemeenten met hun nieuwe verantwoordelijkheden de ouderen die niet met een hulpvraag komen identificeren. Dit zou in een vorm van screening gedaan kunnen worden, eventueel in samenwerking met huisartsen of wijkverpleegkundigen. Naast aandacht voor de mogelijkheden van signalering is aandacht voor ouderen die niet in staat zijn om op eigen kracht of met hun eigen netwerk een oplossing te zoeken voor hun hulpvraag een belangrijk punt. Hierbij moet ook opgemerkt worden dat de gemeenten nu zelf vast moeten stellen wie wel of geen hulp mogen ontvangen. Gemeenten hadden hier weinig tot geen ervaring mee voor de start van de transitie. Het is daarom belangrijk om te onderzoeken of ouderen die hulp nodig hebben en hier recht op hebben dit ook ontvangen. Een belangrijk punt van aandacht hierbij is dat de gemeenten sinds de transitie ook verantwoordelijk zijn voor het toezicht op de Wmo.

6. Beschouwing en aanbevelingen

Het aantal thuiswonende kwetsbare ouderen neemt toe. Met de veranderingen in de langdurige zorg is het belangrijk de behoefte aan zorg en ondersteuning voor deze groep te monitoren. Uit het onderzoek blijkt dat belangrijke aspecten hierbij zijn: eenzaamheid, vallen en de behoefte aan ondersteuning. Naast deze drie meest genoemde risico's zijn vele andere potentiële risico's de revue gepasseerd. Het is niet mogelijk om voor al deze potentiële risico's beheersmaatregelen te treffen, niet alleen omdat er veel verschillende risico's aanwezig kunnen zijn, maar ook omdat er door de IGZ en andere partijen niet op alle maatregelen toegezien kan worden. Bovendien stelt de IGZ niet zelf de normen en kaders waar toezicht op gehouden kan worden, maar wordt dit in het veld door de beroepsbeoefenaren vastgesteld. In het vervolg van het onderzoek zal geaccepteerd moeten worden dat minder cruciale risico's (nog) niet aan bod komen⁵³.

Sterke punten van het onderzoek

Het sterke punt van dit onderzoek is dat het perspectief van degene waar het om gaat, de thuiswonende kwetsbare ouderen, leidend is. Tevens zijn zij het startpunt van waaruit het netwerk in kaart wordt gebracht, zodat het netwerk in de volledige breedte in kaart kan worden gebracht waarbij zowel informele als formele zorgverleners in beeld zijn. Daarnaast is vanuit verschillende perspectieven (experts, zorg- en welzijnsorganisaties en ouderen) gekeken naar het netwerk en de risico's voor de thuiswonende ouderen. Aanvullend daarop zijn de betrokken zorgverleners benaderd om de informatie aan te vullen en te verifiëren.

De informatie is op een kwalitatieve wijze uitgevraagd waardoor een goed inzicht is verkregen in de achterliggende gedachten en wensen en behoeften van de ouderen. Er is een relatief groot aantal ouderen geïnterviewd, omdat na een vijftal interviews duidelijk werd dat er een grote diversiteit in samenstelling van netwerken bestaat. Als laatste is in dit onderzoek aandacht voor de ontwikkelingen rondom de transitie wat het onderwerp relevant en toepasbaar maakt voor de praktijk.

Zwakke punten van het onderzoek

Het opstarten van het benaderen van organisaties en ouderen heeft veel tijd gekost en verliep moeizaam. Het benaderen van de zorgverleners voor het telefonische interview is tevens een tijdrovend en ingewikkeld proces geweest, waarbij het plannen van een afspraak een lastig element was. Dit heeft mogelijk een negatieve invloed op de respons gehad.

In de zorgnetwerken konden niet alle zorgverleners geïnterviewd worden, waardoor er geen volledig zicht is op het zorgnetwerk. Niet iedereen wilde meewerken en ook hebben de onderzoekers niet iedereen kunnen bereiken.

Een ander punt is dat het perspectief van de mantelzorgers een meer prominente plek had kunnen krijgen. Tijdens de interviews met de ouderen was een enkele keer een mantelzorger aanwezig. Aan hen is in die gevallen een aantal vragen gesteld, maar de mantelzorgers zijn niet apart benaderd. Zij hadden een aanvullend perspectief in dit onderzoek kunnen bijdragen. Ditzelfde geldt voor de rol van de ouderenadviseurs. Deze hulpverlener zijn wij niet tegen gekomen tijdens het onderzoek, maar vervult vaak een belangrijke rol in de ouderenzorg en ondersteuning.

Aanbevelingen praktijk:

Op het gebied van samenwerking en afstemming liggen nog vele verbetermogelijkheden voor de professionele zorgverleners. De zorgverleners zouden minimaal op de hoogte moeten zijn van wie een rol speelt in de zorg of ondersteuning van een desbetreffende thuiswonende oudere. Vervolgens zouden er afspraken gemaakt kunnen worden (wellicht in samenwerking met de gemeenten) wie verantwoordelijk is voor de signalering van (achteruitgang) van thuiswonende ouderen, wie het hoofdaanspreekpunt is voor deze oudere, wie de regie heeft in dit netwerk en wie de coördinatie heeft. Dit zou de oudere zelf kunnen zijn, maar dit is afhankelijk van de oudere, of deze hier toe in staat is.

Aanbevelingen beleid:

Er zou in kaart gebracht kunnen worden welke zorg- en hulpverleningsorganisaties er in een regio zijn. Deze informatie zou gedeeld kunnen worden met zorgverleners en ouderen, zodat zij beschikken over deze informatie wanneer zij dit nodig hebben.

Ouderen en zorgverleners maken zich zorgen over de gevolgen van de bezuinigingen in de langdurige zorg. Om in beeld te brengen of deze zorgen terecht zijn zouden de effecten van de bezuinigingen op het welzijn van thuiswonende ouderen gemonitord kunnen worden.

Het afwachten tot dat een oudere met een hulpvraag naar het sociaal loket komt lijkt geen afdoende oplossing voor deze doelgroep. Voor sommigen is dit zelfs onmogelijk wanneer er bijvoorbeeld alleen een digitaal loket aanwezig is, of dit slecht bereikbaar is. Niet alleen weerhoudt dit thuiswonende ouderen ervan om een hulpvraag neer te leggen, ook durven zij vaak niet om hulp te vragen of doen zij dit pas wanneer het te laat is en het probleem 'de zorg in schiet'. Gemeenten zouden actief op zoek kunnen naar een hulpvraag van de kwetsbare thuiswonende ouderen. Echter, in een recent onderzoek van de Universiteit van Maastricht is de effectiviteit onderzocht van een programma dat kwetsbare thuiswonende ouderen opspoort en zorg op maat biedt en dit blijkt niet effectief te zijn⁵⁴. Zij geven aan dat dit onderzoek bijdraagt aan het bewijs dat de zorg en ondersteuning voor thuiswonende kwetsbare ouderen een lastige taak is en dat meer onderzoek naar de juiste vorm van zorg en ondersteuning nodig is.

Aanbevelingen toezicht:

De IGZ kan de informatie van thuiswonende ouderen over de samenstelling van hun netwerk gebruiken om in kaart te brengen wie er een rol speelt in het zorgnetwerk van de thuiswonende ouderen. Om informatie op het gebied van samenwerking en afstemming binnen dit netwerk te krijgen is contact met de zorgverleners nodig. Dit is een tijdrovende taak, voorafgaand zou een afweging gemaakt kunnen worden in welke gevallen dit uitgevoerd moet worden.

De IGZ zou het veld kunnen stimuleren tot het ontwikkelen van normen over de samenwerking binnen een zorgnetwerk, om de afstemming van zorg en het contact tussen zorgverleners te stimuleren, waarbij het toezicht zal focussen op het netwerk en niet alleen de individuele beroepsbeoefenaren of organisaties. De handreiking van de KNMG 'verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' zou hier een goed uitgangspunt bieden⁴⁹. Een kanttekening hierbij is dat hierin alleen aanbevelingen vanuit de zorg worden gedaan, het ondersteuningselement vanuit het gemeentelijk domein wordt hier buiten beschouwing gelaten.

Het is niet mogelijk, noch wenselijk, om alle potentiële risico's te dekken door het ontwikkelen van indicatoren. Aangeraden wordt te focussen op de grootste risico's. Sommige aspecten van potentiële

risico's, zoals 'de bezuinigingen', vallen buiten het wettelijk kader van de IGZ, maar dit zou wel opgepakt kunnen worden door bijvoorbeeld de gemeenten. De IGZ en de gemeentelijke toezichthouders zouden voor de zorg en ondersteuning van kwetsbare ouderen (en wellicht andere kwetsbare groepen) de samenwerking kunnen zoeken om zo integraal beleid voor toezicht op zorgnetwerken op te kunnen zetten.

7. Vervolg van het onderzoek

Het onderzoek naar zorgnetwerken van thuiswonende ouderen bestaat in totaal uit vier fasen⁵⁵. Fase I en II zijn afgerond en in dit rapport besproken. De derde fase omvat een vragenlijst onderzoek, waarbij onder 200 ouderen en diens zorgverleners een vragenlijst wordt uitgezet. Het doel van deze survey study is om op grotere schaal inzicht te krijgen in het functioneren van zorgnetwerken voor thuiswonende kwetsbare ouderen. Hierbij wordt met name ingegaan op samenwerking, regie en verantwoordelijkheidsverdeling.

Organisaties die deelgenomen hebben aan de pilot study en aangegeven hebben deel te willen nemen aan de survey study worden door de onderzoekers benaderd om de vragenlijst uit te zetten onder ouderen, het gaat hierbij om de volgende typen organisaties:

- Woningcorporatie
- Vrijwilligersorganisatie
- Huisarts

Net als in de pilot study wordt aan de ouderen toestemming gevraagd om hun zorgverleners te benaderen, tijdens deze fase gebeurt dit alleen via een schriftelijke vragenlijst.

De volgende onderwerpen komen aan bod in de vragenlijst voor de ouderen:

- Sociaal demografische kenmerken
- Ziekten en aandoeningen
- Kwaliteit van leven
- Kwetsbaarheid
- Zorgverleners
- Contact kinderen
- Aanspreekpunt, regie
- Samenwerking en afstemming
- Tevredenheid, wensen & behoeften
- Risico's

De zorgverleners van de ouderen wordt een korte vragenlijst toegestuurd waarbij de volgende onderwerpen worden uitgevraagd:

- Welke zorg- en hulpverleners zijn bekend
- Afspraken
- Knelpunten
- Dossiervoering en informatie overdracht
- Communicatie
- Richtlijnen
- Kwetsbaarheid en risico's

Dit onderzoek wordt uitgevoerd tijdens de transitie in de gezondheidszorg. Halverwege 2014 is de vragenlijsten uitgezet en halverwege 2015 zal de vragenlijst opnieuw worden uitgezet, waarbij er gefocust wordt op de eventuele gevolgen van de transitie. Er wordt gevraagd aan te geven hoe belangrijk de ouderen de tien meest genoemde risico's vinden en hier wordt een prioritering in gemaakt.

Zoals in het voorwoord is beschreven wordt dit onderzoek uitgevoerd binnen de AWT en werken de onderzoekers nauw samen met de IGZ. Na de survey study vindt fase IV plaats, de evaluatie. In deze fase zullen de onderzoekers een nieuw toezichtkader evalueren. De IGZ test dit toezichtkader in drie pilots en deze worden op kwalitatieve wijze geëvalueerd door de onderzoekers.

8. Referenties

1. Zantinge E, van der Wilk E, Schoemaker C, van Wieren M (red.) De gezondheid van ouderen in Nederland. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2011
2. Van Campen C. Kwetsbare Ouderen. Den Haag: SCP; 2011
3. IGZ. Programmaplan Toezicht Zorg voor Kwetsbare Ouderen. Den Haag: IGZ; 2011
4. Fischer AL. Just what defines frailty? *J Am Geriatr Soc*, 2005; 53: 2229–2230
5. Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, et al. Frailty: An emerging research and clinical paradigm—issues and controversies *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2007; 62: 731–737
6. Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies Onderzoek medische zorg voor ouderen. Den Haag; 2006
7. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA. Frailty in older adults. Evidence for a phenotype. In: *J Gerontol med sci* 2001; 56: 146-156.
8. Slaets JPJ. De oudere patiënt. In: R.O.B. Gans, S.U.J. Hoorntje en R.J.M. Strack van Schijndel (red.), *Consultatieve inwendige geneeskunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2004
9. Deeg DJH, Puts MTE. Kwetsbaarheid bij ouderen. Predictoren en gevolgen. In: *Verpleegkunde*, 2008; 23: 12-23
10. Gobbens RJ, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MTH, Schols JMGA. Fragiele ouderen. De identificatie van een risicovolle populatie. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 2007; 38(2): 56-76
11. Kempen GIJM. Psychosociale aspecten van gezondheid en zelfredzaamheid bij ouderen: van determinanten naar interventie. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 2009; 40 (6): 253-261
12. Doekhie KD, de Veer AJE, Rademakers JDDJM, Schellevis FG, Francke AL. Overzichtsstudie: ouderen van de toekomst. Nivel: Utrecht; 2014
13. LASA. Het heft in eigen handen, ervaringen van ouderen met regie in de zorg. VU University Press: Amsterdam; 2013
14. Olde IZ, Jacobs M, Broese van Groenou M. Zorgnetwerken van kwetsbare ouderen, Onderzoeksrapportage voor hulpverleners, onderzoekers en (beleids)medewerkers in de ouderenzorg. Mei 2013. Beschikbaar via: www.fsw.vu.nl/zorgnetwerk
15. Galenkamp H, Plaisier I, Huisman M, Braam AW, Deeg DJH: Trends in gezondheid en het belang van zelfredzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen. Advies Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam/ VU Medisch Centrum, februari 2012
16. Beland F, Bergman H, Lebel P, et al. A System of Integrated Care for Older Persons With Disabilities in Canada: Results From a Randomized Controlled Trial. *Journal of Gerontology*: 2006; 61A (4): 367–373
17. Callahan EH, Thomas DC, Goldhirsch SL, Leipzig RM. Geriatric hospital medicine. *Med Clin North Am*. 2002; 86: 707–729.
18. Black, D., Bowman, C. Community institutional care for frail elderly people. *BMJ*. 1997;315:441–442.
19. Van den Brink-Muinen A & Wagner C. Risico-indicatoren voor de langdurige zorgverlening Utrecht: NIVEL; 2004
20. Woodward C, Brown J, Abelson J et al. Measuring consistency of personnel in home care: current challenges and findings [A Shortened Version of the Report Presented at the From Knowledge To Wisdom Conference, Sheraton Centre Hotel, Toronto, Canada. Centre for Health Economics and Policy Analysis, 2002.

21. Landelijke huisartsenvereniging . Handreiking, Samenhangende zorg in de eerste lijn. Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis. LHV; 2009
22. Challis D, Davies B. Long term Care for the Elderly: the Community Care Scheme *Br. J. Social Wk.* 1985; 15: 563-579
23. Boekholdt M, Coolen J. Bewegingen in de zorg voor kwetsbare ouderen Overzicht van experimenten in het Nationaal Programma Ouderenzorg Werkdocument Versie 12-06-2010. NPO: 2010. p.12
24. MacAdam M. Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review. Ontario: Canadian Policy Research Networks; April 2008. Beschikbaar via: http://www.cprn.org/documents/49813_EN.pdf
25. CSO, NFU en ZonMw. Toekomstige ouderenzorg; kernwaarden, opbrengsten en perspectief. 2012
26. Tonkens E, van der Broeke J, Hoijsink M. Op zoek naar weerkaatst plezier. Samenwerking tussen mantelzorgers, vrijwilligers , professionals e cliënten in de multiculturele stad. Amsterdam: Pallas Publications Amsterdam UP. 2009
27. <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz/awbz-zorg> *Geraadpleegd op 12-9-2014*
28. <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/wet-maatschappelijke-ondersteuning-wmo/hulp-en-ondersteuning-wmo> *Geraadpleegd op 12-9-2014*
29. <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/hervorming-langdurige-zorg/veranderingen-in-de-langdurige-zorg> *Geraadpleegd op 12-9-2014*
30. <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-in-zorginstelling/wet-langdurige-zorg-wlz> *Geraadpleegd op 12-9-2014*
31. Movisie. Samenwerken in de wijk. Movisie: Utrecht; 2013
32. IGZ. Zorgketen voor kankerpatiënten moet verbeteren. Den Haag: IGZ; 2009.
33. IGZ. Toezicht operatief proces, Den Haag; 2007.
34. Ketelaars, C. Integrated care requires integrated supervision *International Journal of Integrated Care*, 2011; 11: e009.
35. Anderson S, Allen P, Peckham S. Asking the right questions: scoping studies in the commissioning of research on the organization and delivery of health services. *Health Res Policy Syst.* 2008; 6(7): 1–12.
36. Gerritsma J, Grit R. Zo maak je een risicoanalyse. Noordhof; 2009
37. Gobbens RJJ, van Assen MALM, Wijnen-Sponselee MTH, Schols JMGA: The Tilburg Frailty indicator: psychometric Properties. *Journal of the American Medical Directors Association* 2010; 11(5): 344-355
38. Zwart-Older NE, Jacobs MT, Broese Van Groenou MI, van Wieringen M. Samen zorgen voor thuiswonende ouderen Onderzoeksrapportage over de samenwerking tussen mantelzorgers, professionals en vrijwilligers in de thuiszorg. Amsterdam: Vrije Universiteit. December 2013.
39. IGZ. Handreiking toezicht op integrale zorg en ondersteuning vanuit Nederland (concept) Den Haag: IGZ; 2013
40. Pfortmueller CA, Lindner G, Exadaktylos AK. Reducing fall risk in the elderly: risk factors and fall prevention, a systematic review. *Minderva Med.* 2014; 105(4): 275-81
41. Crilly RG, Hillier LM, Mason M, Gutmanis I, Cox L: Prevention of hip fractures in long-term care: relevance of community-derived data. *J Am Geriatr Soc* 2010, 58(4):738–745.

42. Rolland Y, van Abellan Kan G, Benetos A, Blain H, Bonnefoy M, Chassagne P, et al: Frailty, osteoporosis and hip fracture: causes, consequences and therapeutic perspectives. *J Nutr Health Aging*. 2008; 12: 335–346.
43. Gnjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, et al. Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *J Clin Epidemiol*. 2012; 65(9): 989–995.
44. Mulley G. Stop the medicalisation of old age. *BMJ* 2012;344:e803
45. Barsky AJ, Borus JF. Somatization and Medicalization in the Era of Managed Care. *JAMA*. 1995;274(24):1931-1934.
46. Phelan EA, Debnam KJ, Anderson LA, Owens SB. A systematic review of intervention studies to prevent hospitalizations of community-dwelling older adults with dementia. *Med. Care* 2015, 53(2): 207-13
47. Cattan M, White M, Bond J, Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society* 2005; 25: 41-67.
48. NVvPO. POH-2 jaargang 4, Special Ouderen. 2011 Beschikbaar via: http://www.platformouderenzorg.nl/uploads/files/downloads/module_1_special_ouderenen_juni_2011__optioneel_leeswerkspecial.pdf
49. KNMG. Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Utrecht: KNMG; 2010
50. Bodenheimer T. The future of primary care: transforming practice. *N Engl J Med* 2008; 359 (13): 2086-89
51. Murtaugh CM, Litke A. Transitions through postacute and long-term settings: patterns of use and outcomes for a national cohort of elders. *Med Care*. 2002; 40: 227–236.
52. NPO. Beschikbaar via: <http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/>
53. 't Hart, W. Verdraaide organisaties. Kluwer; 2012. p.63 1e druk EAN: 9789013105735Metzelthin Silke Metzelthin SF, van Rossum E, de Witte LP, Ambergen AW, Hobma SO, Sipers W et al. Effectiveness of interdisciplinary primary care approach to reduce disability in community dwelling frail older people: cluster randomised controlled trial *BMJ* 2013; 347 :f5264
54. Verver D, Merten H, Robben PBM, Wagner C. Supervision of care networks for frail community dwelling adults aged 75 years and older: protocol of a mixed methods study. *BMJ Open*, 2015 5:e008632, doi:10.1136

Bijlage I Tevredenheid over zorg en coördinatie

Client-nummer	Over geleverde zorg	Over samenwerking, afstemming en coördinatie
1	Heel tevreden	Lijkt er weinig van te merken dus tevreden
2	Heel tevreden	Ja, met dochter en schoonzoon
3	Tevreden	Ze hebben het allemaal zo druk, maar lijkt goed te gaan
4	Aardige mensen maar ik moet soms zo lang wachten voordat ze de kousen uit komen trekken	Weet ik niet
5	Super tevreden	Ik kan alles met ze bespreken en huisarts is op de hoogte
6	n.v.t. (ontvangt geen zorg)	n.v.t. (ontvangt geen zorg)
7	Heel tevreden alleen niet over de tijdigheid	Alles gaat over zo veel schijven, de lijnen zijn veel te lang
8	Ze doen hun best, dus het gaat goed	Tevreden
9	Heel tevreden	Jawel, gaat goed met de thuiszorg, van de rest weet ik het niet
10	Prima	Het loopt allemaal wel gesmeerd
11	Tevreden	Over de thuiszorg wel, maar het ziekenhuis niet
12	Goed	Als huisarts komt schrijft hij in boek van thuiszorg
13	Blij met hulp, zorg is slecht (HA)	Ze zien elkaar niet
14	Tevreden	Huisarts slecht bereikbaar, planning organisatie is niet altijd goed, ligt aan reorganisatie
15	Tevreden	Tevreden
16	Zeer tevreden	Zeer tevreden, alles goed georganiseerd, als ik bel dat ik iets nodig heb is het de volgende dag zowat geregeld. Ook overleggen ze met elkaar. Wel jammer dat er vaak wisselende specialisten zijn, steeds weer een ander
17	Tevreden	Denk dat het wel goed gaat, ze schrijven in de boeken, HA kijkt hier niet in
18	Deels tevreden deels ontevreden, een paar van het team zijn heel goed, maar van een deel vraag je je wel eens af waarom ze aangenomen zijn	Ik denk niet dat ze contact met elkaar hebben dat is moeilijk te zeggen, maar zelf merken we daar weinig van
19	Tevreden , zou niet weten wat er beter kan	Tevreden zoals het voltrokken wordt
20	Tevreden	Tevreden
21	Zeer tevreden	Zeer tevreden: mensen moeten niet zo zeuren, de zorg is goed
22	Tevreden, al zou het fijn zijn als ze meer tijd zouden hebben	Tevreden over thuiszorg, over huishoudelijke hulp weet ik niet
23	Wel goed, er zouden wel wat minder verschillende mensen mij kunnen helpen	Zeer ontevreden, de planning lijkt vaak niet logisch. Een medewerker die voor verschillende mensen in hetzelfde gebouw moet zijn komt vaak meerdere keren op een dag terug, of er zijn allemaal verschillende
24	Zeer tevreden, helemaal geen klachten	Tevreden
25	Zeer tevreden	Tevreden. Ik snap niet dat mensen klachten hebben, alles gaat prima. Misschien ben ik een makkelijk mens?
26	Tevreden, zou alleen meer hulp willen hebben op het moment, wordt straks wel weer minder	Weet ik niet, maak ik weinig van mee, het wordt allemaal wel geregeld
27	Zeer tevreden, het is echt liefdeswerk van de mensen. Ze nemen de tijd voor je, horen je aan en drinken gewoon even kopje koffie met je, dat heb je zo nodig!	Tevreden, prettige samenwerking buurtzorg en huisarts
28	Prima, al zijn ze wel drukdruk	Ik ben nooit ontevreden, we zullen wel zien wat er gebeurt, dat weet toch niemand
29	Zeer tevreden, helemaal geen klachten	Zeer tevreden

Bijlage II Samenwerking en signalering in het zorgnetwerk

Beroep	Wat gaat er goed?	Knelpunten?	Regie?	Signalering
Ambulant begeleider; Niet aangeboren hersenletsel	Het loopt goed	Soms is het moeilijk om iemand snel te pakken te krijgen, maar is uiteindelijk geen knelpunt omdat je ze wel op tijd te pakken krijgt	In principe alles samen met mantelzorg	De mantelzorger, voor de rest andere mensen die over de vloer komen, iedereen heeft wel een signaleringsfunctie maar iedereen op een ander vlak
Apotheek	Als er overleg met huisarts nodig is kan dat	Concurrerende apotheken	Onbekend	Oudere zelf of Huisarts
Cardioloog	Indien nodig is samenwerking goed maar in dit geval niet van toepassing	In het algemeen: Als een ander specialisme iets wijzigt dat voor mij van belang is krijg ik hier niet altijd bericht van. Dit kan ik in het dossier opzoeken, maar hier krijg ik geen melding van.	Weet ik niet, ik heb hem maar 1x gezien	patiënt zelf, ten tweede Huisarts, dit is een typische functie van de huisarts. Verder misschien mantelzorg, ik kan alleen niet zien of deze betrokken zijn
Cardioloog	Geen mening, er is geen sprake van overleg In het algemeen: Uitstekende contacten binnen en buiten het ziekenhuis	Zorgprobleem moet over genomen worden van ziekenhuissetting naar thuissituatie. Dit kost vaak tijd en dan ligt de patiënt op een verkeerd bed. De zorg thuis kan vaak niet op korte termijn geregeld worden. Dit is een steeds vaker voorkomend probleem door toenemende populatie ouderen / hulpbehoevenden	Zeker zelf, weet goed wat ze wel en niet wil	Familie of zelf en eventueel huisarts
Coördinator dagcentrum	In deze case loopt het heel goed, vrij korte lijnen, heeft te maken met dezelfde locatie, je komt elkaar letterlijk tegen Ook gaat de cliënt vaak naar het ziekenhuis, daar heeft hij een vaste verpleegkundige, deze vervangt eigenlijk de huisarts	Nee, in deze situatie niet omdat de lijnen heel kort zijn	Cliënt heeft een bepaalde mate van regie over zijn netwerk, is in staat om te zeggen wat hij wel en niet wil. Parkinsonverpleegkundige is spel in het web, regelmatig bezoek en terugkoppeling	Fysiotherapie heeft belangrijke signaleringsfunctie, maar wij ook. Net als de partner en Parkinsonverpleegkundige
Dermatoloog	Als het nodig is mondeling contact met huisarts	Samenwerking is goed	Op zich zelf	Ik signaleer op een bepaald deel aspect (of patiënt zelf) en anders in algemeen zou dat de huisarts zijn
Doseringsarts (trombosedienst)	LESA eerstelijns samenwerkingsafspraken met huisarts, tandarts, thuiszorg en	Over het algemeen niet	Voor zover bij mij bekend eigen regie (ik zie de patiënt	Wij kunnen alleen signaleren over de cijfers naar huisarts toe

	trombosedienst		nooit, alleen maar getallen voor dosering antistolling)	
Eigenaar cateringbedrijf (maaltijden)	Contact thuiszorg	Contact met thuiszorg, maar we kunnen niet altijd zorgvraag beantwoorden ivm routes	Weet ik niet, cliënt regelt wel zelf maaltijden	Lastig te beantwoorden, ik weet niet wie er over de vloer komen
Ergotherapeut	Op zich gaat het wel goed, maar onder een dak gaat het toch makkelijker	Wanneer je eerstelijns behandeling doet, is het lastig om te overleggen, je moet zelf goed inzetten. Als iemand intern zit, is het makkelijker om te overleggen en gebeurt het ook vaker. In eerste lijn is het moeilijker om iedereen bij elkaar te krijgen voor overleg.	Oudere met mantelzorger	Dagbehandeling, vrouw, thuiszorg→ er zijn meerderen die dagelijks contact hebben
EVV-er (dagbesteding)	In huis korte lijntjes, je kan iedereen bereiken en is behulpzaam	Afspraken die niet nagekomen worden Dingen die worden nagelaten in rapportage	Oudere (ze vraagt zelf om hulp)	Diegene die aanwezig is op de dagbesteding
Fysiotherapeut	Niet echt sprake van samenwerking, mocht er wat zijn hebben wij overleg met de huisarts en dat is prima. Hebben we ook regelmatig contact mee voor andere patiënten	Geen	Volledig zelf	Wij en thuiszorg
Fysiotherapeut	Goed, als ik samenwerking zoek, wordt daarop gereageerd	Bereikbaarheid is niet altijd goed, er is geen gestructureerd overleg dus het kan even duren voordat je de juiste vraag op de juiste plek hebt.	75% zelf, de rest door huisarts of andere betrokken zorgverleners op dat moment	Oudere zelf, of zorgverlener die op dat moment aanwezig is
Fysiotherapeut	Structureel overleg (om 6 weken) met huisarts al 30 jaar	Met andere huisartsen soms moeilijk contact te krijgen die zijn soms 'antifysiotherapie'	Oudere	Oudere + partner
Fysiotherapeut	Ik kan ze goed vinden en ze zijn bereikbaar Contact huisarts is niet nodig omdat het ziekte-specifiek is, hij krijgt wel verslag van neuroloog. Kan mij wel voorstellen dat de HA meer van ons wil weten	Geen	Niet goed zelf in staat en mantelzorger heeft ook problemen, lastig	Ik denk dat ik dat ben, ik zie hem het meest, als het niet goed gaat neem ik contact op met parkinsonsverpleegkundige Wijkverpleging zou signalering moeten hebben, die zien hem dagelijks
Geriatr	MDO op donderdag waar de huisarts uitgenodigd wordt als cliënt die week geweest is	Informatie voorziening loopt moeizaam van eerste naar de tweede lijn. Persoonlijk contact is belangrijk voor goede afspraken, maar wellicht niet haalbaar? Je weet nooit wat er van afspraken terecht komt die met brief zijn verstuurd	Niet zelf in staat regie te voeren, mantelzorger	Mantelzorger en anders huisarts
(Klinisch) Geriatr	Nederland heeft eigenlijk een goed systeem, overall is er wel iemand voor, maar je kan niet voortdurend informeren,	Bezuinigingen (te weinig tijd om zorg goed af te stemmen) Parttime zorgverleners (meer mensen om mee te	Oudere (huisarts zou het moeten hebben)	Familie en anders huisarts (wel letten op eigen verantwoordelijkheid)

'Toezicht op zorgnetwerken van thuiswonende kwetsbare ouderen' rapportage fase I en II

	mensen werken minder en er is minder geld beschikbaar	communiceren)		
Huisarts	Als ik een vraag heb kan ik altijd contact opnemen de andere betrokken zorgverleners	Geen	Oudere (is scherp van geest)	Verpleging (van serviceflat)
Huisarts	Korte lijnen in klein dorp Gestructureerd Multi disciplinair overleg voor verschillende patiënten groepen	Geen	Oudere (buiten beeld van zorg, zelfstandig)	Belangrijk punt, eigen verantwoordelijkheid, maar kan dat wel bij ouderen?
Huisarts	Alleen samen werken als dat nodig is	Geen	Oudere. Denk ik, geen idee eigenlijk	Oudere
Huisarts	Signalering vanuit thuiszorg, informatieoverdracht met afdeling geriatrie	Geen	Oudere, altijd tot dat deze dement wort	Mantelzorg
Huisarts	Continu overleg met dochter, thuiszorg en specialisten	Specialistische zorg is moeilijk in communicatie, ik krijg vaak geen brieven vanuit de tweede lijn. Samenwerking in zorg is een zwak punt, ik moet er vaak achteraan bellen om te kijken wat er nu precies is afgesproken in de tweede lijn.	Zeker zelf	Zelf, dochter en ik
Huisarts	Gaat prima, zeker omdat deze patiënten erg zelfstandig zijn	Niet bij deze patiënten, maar algemeen: waar meer disciplines betrokken zijn, is het lastig om goed overzicht te houden en zorg op tijd op elkaar af te stemmen. En zelf niet meer overzicht hebben.	Volledig zelf	Zelf, thuiszorg en familie
Huishoudelijke hulp	Ze reageren als ik er om vraag	Geen	Oudere (voor anderen wordt wel snel regie overgenomen, ze hebben weinig te vertellen dan)	Oudere en grote kennissenkring
Huishoudelijke hulp	Ik zie veel dezelfde zorgverleners	Geen	Wij, met dochter (De oudere helemaal niet)	Wij of de zorg, die komen ook elke dag
Huishoudelijke hulp	Goed, al is er niet echt sprake van samenwerking	Geen	Volledig zelf	Degene die er is
Huishoudelijke hulp	Als er wat is wordt er via de map gecommuniceerd, in dit geval nvt, stabiele cliënt	Spreken en werken elkaar soms tegen Soms er weinig communicatie, als iemand opgenomen is in het ziekenhuis merken wij dit soms pas als we weer bij de cliënt langs komen	Volledig zelf	Iedereen die bij de cliënt betrokken is, niet de cliënt zelf
Huishoudelijke hulp	Geen sprake van samenwerking, je werkt zelfstandig	nvt	Volledig zelf	Als ik er ben en anders oudere zelf
Neuroloog	Dit is geen goed voorbeeld, ik heb geen	In het algemeen: Het organiseren van een MDO voor	Volledig zelf	Familie

'Toezicht op zorgnetwerken van thuiswonende kwetsbare ouderen' rapportage fase I en II

	contact met de andere zorgverleners	een patiënt waar ik mij zorgen over maak met huisarts en revalidatiearts , is heel moeilijk te regelen De huisarts weet vaak ook niet welke zorgverleners zijn betrokken. Terugkoppeling van informatie laat te wensen over		
Neuroloog	Korte lijnen met specialisten	Het is soms moeilijk om de juiste persoon te pakken te krijgen (met name huisartsen)	Oudere, deels met mantelzorger	Oudere zelf met mantelzorger
Oogarts	Niet van toepassing, in algemeen werken de brieven goed	Nee	Weet ik niet	Ik zou denken huisarts
Orthooped	Contact met revalidatiecentrum	Ontbreken persoonlijk contact met andere zorgverleners Onvoldoende overzicht welke zorgverleners er aanwezig zijn regionaal Nauwkeurigheid van communiceren Ontbreken EPD	oudere	Oudere zelf en anders huisarts
POH	Korte lijnen met een thuiszorgorganisatie (maar dit is er maar één terwijl er veel meer in de regio zijn)	Vaak dubbele zorg, afstemming/communicatie is niet goed	Oudere (gaan uit van de autonomie van de patiënt)	Verpleegkundige
Thuiszorg-verpleegkundige	Contact met familie	Meerdere kapiteins op 1 schip en niet altijd in het belang van de patiënt, zelfs zijn er verschillende visies/koersen binnen een organisatie Communicatie	Oudere (wel veel contact met dochter)	Als ik signaleer geef ik het door aan de dochter
Wijkverpleegkundige	Op zich kan je altijd een beroep op elkaar doen	Informatie voorziening Communicatie Iedereen werkt op zijn eigen eiland Iedereen wil klanten werven	Oudere met mantelzorg	Thuiszorg of mantelzorgers
Wijkverpleegkundige	Goed	Niet in deze situatie Algemeen: Wij lopen tegen de casemanagers op, aangezien wij deels dezelfde taken en verantwoordelijkheden hebben is onduidelijk wie wat doet	Volledig zelf	Samen met cliënt, geeft goed aan wat klachten zijn
Wijkverpleegkundige	Lijnen zijn kort, ken alle zorgverleners persoonlijk	Nee, als ze er zijn ga ik kijken of ik het op kan lossen	Volledig zelf	In principe zelf, mocht ik er zijn zal ik het met cliënt bespreken
Ziekenverzorgende (dagbesteding)	Prettig, je kan altijd vragen of terug koppelen	Geen problemen in samenwerking, houden we ook wel bij, als er iets is horen we het wel gelijk	Dat cliënt regelt dingen zelf, wat hij niet zelf kan laat hij aan partner of kinderen over	De thuiszorg en wij als wij hier dingen signaleren en dan koppelen wij dat terug

Bijlage III Afspraken in het zorgnetwerk

Beroep	Samenwerkingsafspraken met andere zorgverleners	Gestructureerde info-overdracht?	Hoofdaanspreekpunt	Zorgcoördinator?	Geactualiseerd behandelplan	Geïntegreerde dossiervoering
Ambulant begeleider NAH	Onderling contact over uitvoering , informele afspraken	Nee, als er iets is	Nee, volgens mij niet. Het is wel duidelijk wie wat doet. Revalidatiearts heeft contact opgezet, misschien dat hij deze rol vervult , maar ik weet niet hoe de cliënt dat ziet	Nee, zijn vrouw regelt alles, zou je als coördinator kunnen zien	Ja, begeleidingsplan , maar is voor intern gebruik	Nee
Apotheek	Nee, als er overleg nodig is kan dat	Nee	Geen afspraken maar ik ga er van uit dat dit de huisarts is en dat deze ook het overzicht heeft over de betrokken zorgverleners	Nee	Niet toegankelijk voor apotheker	Niet toegankelijk voor apotheker, deze heeft alleen een medicatie dossier
Cardioloog	Nee, omdat het een cardiologisch probleem betreft en geen MDO behoeft	Collega's binnen huis kunnen dossiers inzien, maar er is geen overlegstructuur. Huisarts krijgt alleen een brief als het nodig is	Dat verschilt per specialisme, voor cardiologische zorg ben ik dat	Nee	Ja	Binnenhuis wel, niet voor externen
Cardioloog	Nee	Altijd brief naar huisarts na ontslag, of bij beleidswijziging	Nee, verschilt ook per probleem	Niet dat ik weet	Ja en nee, onmogelijk door chronische infectie	Binnen huis wel digitaal systeem, niet voor extern
Coördinator dagcentrum	<ul style="list-style-type: none"> - Met mantelzorger bezoek wanneer zij wil, meneer komt 4x per week - MDO 1x 6 maanden - Logopedist komt langs - Met fysiotherapeut voor groep cliënten met Parkinson 	MDO 1x per 6 maanden	Toch onduidelijk, maar in principe Parkinson verpleegkundige	Weet ik niet, ik vermoed Parkinsonverpleegkundige	Zorgleefplan, wordt elk half jaar bijgesteld	Nee
Dermatoloog	Nee, niet nodig voor deze aandoening	Ja, brief als het nodig is en aan begin en eind van behandeling	Ligt er aan waar het om gaat, voor de ziekte ben ik het aanspreekpunt, voor de rest	Weet ik niet	Ja van februari 2014	Ja (weet niet of huisarts al toegang heeft)

			is dat de huisarts			
Doseringsarts (trombosediens)	Ja, cardioloog weet dat het overgedragen is aan ons, apotheek geeft ons info door over interacties, wij stellen huisarts op de hoogte als antistolling ontregeld is	Nee, alleen als er iets is	Durf ik niet te zeggen, over algemeen overleggen wij met huisarts	Weet ik niet	Antistolling plan is levenslang	Nee
Eigenaar cateringbedrijf	Nee	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
Ergotherapeut	Alleen informeel met zorgverleners van dezelfde organisatie	Nee	Nee, volgens mij niet. Met thuiszorg is verantwoordelijke verzorgende. Maar niet van alle zorgverleners bij elkaar, huisarts blijft natuurlijk altijd eindverantwoordelijk	Nee	Nvt op het moment niet meer onder behandeling	Nee
Eerste verantwoordelijke (dagbesteding)	MDO binnen de organisatie om de 6 maanden (met fysio en mantelzorger, verpleeghuisarts, eerste verantwoordelijke)	Alleen binnenhuis met Multi Disciplinair Overleg	Eerste verantwoordelijke, maar huisarts is verantwoordelijk	Eerste verantwoordelijke, alleen tijdens de dagbesteding	Zorgleefplan op papier, is toegankelijk voor huisarts (als hij langs komt)	Nee, papieren map in huis
Fysiotherapeut	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Fysiotherapeut	Ja, formeel met huisarts, om de zoveel tijd contact en informeel met neuroloog (ad hoc)	Ja met huisarts, maar: <ul style="list-style-type: none"> - Bereidheid tot overleg is belangrijker dan de structuur van het overleg. - Je kan de Samenwerking wel formaliseren, maar dit zal waarschijnlijk het doel overstijgen (meer papierwerk en minder overleg) 	Ja huisarts	Nee	Ja	Alleen binnenhuis
Fysiotherapeut	1x in de 6 weken met huisarts overleg	Ja	Nee, voor het deelgebied waar ik voor werk ben ik het, en anders zal ik huisarts	Nee, weet ik niet	Ja, periode behandelen en kijken resultaten	Nee

			benaderen		(doorbehandelen of niet)	
Fysiotherapeut	Ja, vanuit Parkinson-net, 3x per jaar MDO	Om 3 maanden verslag naar neuroloog	Niet formeel vastgelegd, maar Parkinson verpleegkundige en ik spelen wel grote rol hierin	Nee	Ja, alleen fysiotherapeutische zorg	Nee
Geriatr	Ja met huisarts en neuroloog, verwijscriteria voor poli en dagpoli	Digitaal dossier intern met neuroloog, samen sturen we brief naar huisarts en multidisciplinair overleg op donderdag	Informeel besproken met mantelzorg, verpleegkundig specialist ouderengeneeskunde	Nee, ik denk huisarts	Nee, wel een oude	Alleen binnenhuis
(Klinisch) Geriatr	Nee	Nee	?	?	Nee	Nee
Huisarts	Wordt door verpleging op de hoogte gesteld als het niet goed gaat	Nee	Ja, afgesproken met de verpleging dat ik dat ben	Nee, nvt	Alleen voor HA beschikbaar	Nee, alleen voor HA beschikbaar
Huisarts	Nee, niet van toepassing	Nee, niet van toepassing	Niet speciale afspraken, dat zijn wij	Nee	Nee, meneer ontvangt geen vaste zorg	Alleen binnen de praktijk
Huisarts	Nee, niet van toepassing	Nee, niet van toepassing	Nee, geen afspraken	Nee	Nee	Nee
Huisarts	Geen formele afspraken	Niet gestructureerd, maar gaat wel goed met name afdeling geriatrie	In principe zijn wij dat, maar als er acute zorg is wordt dat de specialist	Nee	Nee	Nee
Huisarts	Functie van huisarts is om samen te werken met andere professionals, dit is in de middeleeuwen al vastgelegd	Ik verwijs altijd netjes, maar ontvang weinig correspondentie uit de tweede lijn. Thuiszorg heeft een map, waar ik in schrijf als het nodig is	Ja, is in Nederland de huisarts	De huisarts	Medisch dossier en zorg-map bij thuiszorg	Nee
Huisarts	Algemene gebruikelijke samenwerkingsafspraken	Alleen zo nodig	Ik ben de huisarts, dus het eerste aanspreekpunt, maar dit is niet expliciet vastgelegd	Nee	Nee	Nee, is wel geprobeerd, maar dit werkte niet goed. Elektronisch patiënten dossier zou uitkomst zijn, zeker als patiënt zelf inzicht zou kunnen hebben.
Huishoudelijke hulp	Nee	We bellen wel eens met de thuiszorg als er iets is	weet ik niet	Nee	Nee	Een map in huis

'Toezicht op zorgnetwerken van thuiswonende kwetsbare ouderen' rapportage fase I en II

Huishoudelijke hulp	Als er iets is geef ik het door aan de dochter	nee	Dochter	Nee wij hebben niks met zorg te maken	Nee	Een map in huis net als de thuiszorg
Huishoudelijke hulp	N.v.t., als er iets is hebben we contact met thuiszorg	nvt	Weet ik niet	Thuiszorg coördinator	Nee	Nee
Huishoudelijke hulp	Nee, n.v.t. huishoudelijke hulp valt toch veel buiten de zorg	nee	Hoofdaanspreekpunt binnen huishoudelijke hulp is leidinggevende, per type zorg afhankelijk	Nvt, los van zorg	Zorgplan voor huishoudelijke hulp alleen	Nee, wel een map maar zorgverleners hebben meer aan de map van de thuiszorg
Huishoudelijke hulp	nvt	nvt	Weet ik niet	Weet ik niet	Nee	Zorgmap voor zorgverleners die thuis komen, maar mevrouw vertelt het allemaal zelf
Neuroloog	Nee	Huisarts ontvangt brief bij veranderingen, we kunnen niet voor iedereen een MDO doen	Nee	Nee voor deze patiënt niet nodig, voor veel anderen zou dit wel nodig zijn	Nee	Ja binnen huis en huisarts + verpleeghuisarts hebben toegang, maar kunnen er niet in schrijven.
Neuroloog	Nee, alleen als er problemen zijn	Nee, alleen als dat nodig is	Ligt er aan waar het over gaat. Neurologische dingen ben ik aanspreekpunt, anders huisarts. Wordt niet geformaliseerd maar wel besproken met cliënt	Nee	Nee, niet vastgelegd, dit wordt per keer bekeken	Alleen binnenhuis
Orthooped	Er bestaat een verwijstraject waarop huisarts aangesloten zijn (is voor nieuwe verwijzingen)	Afspraken over ontslagbrief aan huisarts	Ik neem aan de huisarts?	Weet ik niet, zou HA moeten zijn In het ziekenhuis: hoofdbehandelaar schap is belangrijke term, is in dit geval orthopedie	?	Nee, in huis is wel een elektronisch dossier, maar extern wordt met brieven gecommuniceerd
Oogarts	Nee	Nee, brief naar huisarts als patiënt is geweest	Nee	Nee	Nee	Nee
POH	Nee	Nee	Meestal huisarts	nvt	Ja	Toegang tot KIS systeem, als huisarts het deelt

'Toezicht op zorgnetwerken van thuiswonende kwetsbare ouderen' rapportage fase I en II

Thuiszorg-verpleegkundige	Nee In dit geval niet nodig, wij geven geen somatische zorg	Nee In dit geval niet nodig, wij geven geen somatische zorg	Nee, wij staan los van de zorg	Nee	Nee	Rapportage ligt bij patiënt thuis
Wijkverpleegkundige	Je kan altijd een beroep op elkaar doen, maar er zijn geen afspraken over. Vooral met alle nieuwe communicatiemogelijkheden moet er toch iets op te verzinnen zijn	Nee Er wordt te weinig gecommuniceerd	Voor thuiszorg is er één telefoonnummer die de cliënt kan bellen. Maar niet voor alle zorg.	Nee Het zijn geen super complexe patiënten, dus is hier niet van toepassing	Nee	Er is een map bij de mensen thuis, hier schrijft de thuiszorg in, maar andere hulpverleners doen er niets mee
Wijkverpleegkundige	In buurtzorgweb vastgelegd dat ik huisarts bel als het nodig is en fysiotherapie als hij pijn heeft	Nee, als het nodig is ga ik meestal even langs	Ja, dat ben ik (persoonlijk begeleider)	Ben ik ook, persoonlijk begeleider omvat al deze termen. Als er problemen zijn probeer ik het op te lossen en zoek ik contacten als het nodig is.	Ja op buurtzorgweb. i.s.m. andere zorgverleners opgesteld	Nee, alleen binnenhuis beschikbaar
Wijkverpleegkundige	Formeel met mantelzorgers	n.v.t.	Ik denk dat ik dat ben, persoonlijk begeleidster	Ik denk dat ik dat ben, persoonlijk begeleidster	Ja	Alleen binnenhuis
Ziekenverzorgende (dagbesteding)	Mochten er problemen zijn dat je dan kan bellen, of dat zij bellen, meneer belt zelf ook nog wel, hij regelt zelf ook dingen	Wij hebben 1x in half jaar evaluatie, met cliënt Verder alleen als het nodig is	In huis In principe wel, ben ik met iemand anders, we houden mappen bij	Nee, omdat hij nog thuis woont is dat familie. Wij zouden kunnen inspringen voor bepaalde dingen	Nee	In huis wel, voor degene die met de cliënt te maken hebben en verder niet

Bijlage IV Betrokken zorgverleners per oudere

Alleen weergegeven als er minimaal één zorgverlener is geïnterviewd

Client-nummer	Betrokken zorgverleners volgens oudere	Geïnterviewde zorgverlener I	Geïnterviewde zorgverlener II	Geïnterviewde zorgverlener III	Geïnterviewde zorgverlener IV	Geïnterviewde zorgverlener V
2	<ul style="list-style-type: none"> - Verpleging, privé* - Particuliere zorg** - Huishoudelijke hulp - Huisarts (POH) - Mantelzorger (Dochter) 	Zorgverleners bekend bij particuliere zorg: <ul style="list-style-type: none"> - Huishoudelijke hulp - Verpleging - Huisarts - Dochter 	Zorgverleners bekend bij huisarts (POH): <ul style="list-style-type: none"> - Oogarts - Dochter 			
3	<ul style="list-style-type: none"> - Huisarts (POH) - Huishoudelijke hulp - Boodschappenservice - Maaltijden service 	Zorgverleners bekend bij huisarts (POH): <ul style="list-style-type: none"> - Orthopeed - Dermatoloog - Apotheek 				
4	<ul style="list-style-type: none"> - Huisarts - Verpleging, privé - Mantelzorger (dochter) - Huishoudelijke hulp (particulier) 	Zorgverleners bekend bij huisarts: <ul style="list-style-type: none"> - (Cardioloog, nu uit beeld) - Verpleging (privé) - Mantelzorger (dochter) 				
7	<ul style="list-style-type: none"> - Huisarts - Orthopeed - Apotheeker - Thuiszorg - Longarts 	Zorgverleners bekend bij huisarts: <ul style="list-style-type: none"> - Orthopeed - Longarts 	Zorgverleners bekend bij apotheker: <ul style="list-style-type: none"> - Huisarts 			
8	<ul style="list-style-type: none"> - Huisarts - Geriater - Kinderen (m.n. dochter) - Thuiszorg - Huishoudelijke hulp 	Zorgverleners bekend bij thuiszorg (wijkverpleegkundige): <ul style="list-style-type: none"> - Kinderen - Huisarts 	Zorgverleners bekend bij huishoudelijk medewerker: <ul style="list-style-type: none"> - Thuiszorg - Huisarts 	Zorgverleners bekend bij huisarts: <ul style="list-style-type: none"> - Mantelzorg - Thuiszorg - Geriater 		

		<ul style="list-style-type: none"> - POH-er - Huishoudelijke hulp - Fysiotherapeut - Welzijns-team 	<ul style="list-style-type: none"> - Mantelzorger (dochter) 	<ul style="list-style-type: none"> - Fysiotherapeut 	
9	<ul style="list-style-type: none"> - Huisarts - Neuroloog - Klinisch geriater - Dag opvang + fysiotherapie - Thuiszorg - Huishoudelijke hulp - Zonnebloem - Man als mantelzorger 	<p>Zorgverleners bekend bij klinisch geriater:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Huisarts 	<p>Zorgverleners bekend bij wijkverpleegkundige:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geriater - Neuroloog - Huishoudelijke hulp - Huisarts - Man - Kinderen - Zonnebloem 	<p>Zorgverleners bekend bij dagbesteding:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Huisarts - Psychiater - mantelzorger 	<p>Zorgverleners bekend bij huisarts:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neuroloog - Geriater - Fysiotherapeut - Thuiszorg?
10	<ul style="list-style-type: none"> - Orthopeed - Longarts - Huisarts - Thuiszorg - Huishoudelijke hulp 	<p>Zorgverleners bekend bij orthopeed:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Huisarts - Longarts (zelfde ziekenhuis) 	<p>Zorgverleners bekend bij huishoudelijke medewerker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thuiszorg 	<p>Zorgverleners bekend bij huisarts:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orthopeed - Longarts 	
11	<ul style="list-style-type: none"> - Huisarts - Huishoudelijke hulp - Thuiszorg - Mantelzorg - Cardioloog - Nefroloog (internist?) - Longarts 	<p>Zorgverleners bekend bij huisarts:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dochter - Internist - Cardioloog - Longarts - Uroloog - Thuiszorg 			
15	<ul style="list-style-type: none"> - Huisarts - Huishoudelijke hulp - Thuiszorg - Dagbesteding (ergotherapeut) - Fysiotherapeut - Mantelzorger 	<p>Zorgverleners bekend bij fysiotherapeut:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Huisarts - Thuiszorg - Ergotherapeut - Partner 	<p>Zorgverleners bekend bij ziekenverzorgende (dagbesteding):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Huisarts - Thuiszorg - Huishoudelijke hulp - wijkverpleegkundige 		

				- Mantelzorger (vrouw)		
16	<ul style="list-style-type: none"> - Huisarts - Huishoudelijke hulp - Thuiszorg VP - Thuiszorg VZ - Mantelzorgers - Psycholoog - Cardioloog - Neuroloog - Geriater - Dagbesteding (ergotherapeut) - Trombosedienst 	<p>Zorgverleners bekend bij trombosedienst:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Huisarts - Cardioloog - (Apotheek) - (Tandarts) 	<p>Zorgverleners bekend bij geriater:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Huisarts - Neuroloog - Cardioloog - Fysiotherapeut - mantelzorger 	<p>Zorgverleners bekend bij psycholoog/ambulante begeleider:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Huisarts - Thuiszorg - Dagbesteding - Revalidatiearts - Fysiotherapeut - Mantelzorger (vrouw) - Familie (dochter+ zoon) 	<p>Zorgverleners bekend bij ergotherapeut:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Huisarts - thuiszorg - Neuroloog - Fysiotherapeut - Mantelzorger(vrouw) - Psycholoog - Dagbesteding 	<p>Zorgverleners bekend bij cardioloog:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Internist - Uroloog - Chirurg - Neuroloog - Geriater - Huisarts
17	<ul style="list-style-type: none"> - Huisarts - Huishoudelijke hulp (thuiszorg voor man!) - Mantelzorger (zoon) - Oogarts - Dermatoloog - Orthopeed - Cardioloog - (Welzijn) 	<p>Zorgverleners bekend bij dermatoloog:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Huisarts - Cardioloog 				
18	<ul style="list-style-type: none"> - Huisarts - Huishoudelijke hulp - Thuiszorg - Mantelzorger - Neuroloog - Cardioloog - Fysiotherapeut - Dagbesteding 	<p>Zorgverleners bekend bij neuroloog:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Huisarts - (apothek) - Thuiszorg - Mantelzorg 	<p>Zorgverleners bekend bij fysiotherapeut:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Huisarts - Thuiszorg - HHH - Ergotherapeut - Dagbesteding - Logopedist - Neuroloog - Cardioloog - Parkinson verpleegkundige 	<p>Zorgverleners bekend bij coördinator dagcentrum:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Specialist ouderengeneeskunde - Fysiotherapeut - Logopedist - Ergotherapeut - Thuiszorg - Huisarts - Mantelzorg (partner) - Parkinson 		

			- Mantelzorger (partner)	- verpleegkundige - Parkinsonnetwerk (specialisten)
20	- Huisarts - Huishoudelijke hulp+ - Thuiszorg - Cardioloog - Neuroloog - Internist - Fysiotherapeut	Zorgverleners bekend bij wijkverpleegkundige - Kinderen + buren - Huisarts - Fysiotherapeut - ergotherapeut		
21	- Huisarts - Cardioloog - Orthopeed - Oogarts - Huishoudelijke hulp - Mantelzorg - Thuiszorg	Zorgverleners bekend bij cardioloog: - Huisarts - Orthopeed - Oogarts - Mantelzorg		
22	- Huisarts - Huishoudelijke hulp - Diabetes verpleegkundige - Oogarts - Mantelzorger - Thuiszorg	Zorgverleners bekend bij huisarts: - Huishoudelijke hulp - Gynaecoloog - Diabetes verpleegkundige - Pijnpoli - neurochirurg	Zorgverleners bekend bij oogarts: - Huisarts - Gynaecoloog	
23	- Huisarts - Reumatoloog - Orthopeed - Mantelzorg - Thuiszorg	Zorgverleners bekend bij huisarts: - Thuiszorg - Ergotherapeut - Orthopeed - Pijnpoli - Reumatoloog - Fysiotherapeut		
25	- Maaltijden service - Huishoudelijke hulp - Fysiotherapeut - Huisarts	Zorgverleners bekend bij maaltijdservice: - -	Zorgverleners bekend bij fysiotherapeut: - Huisarts - Huishoudelijke hulp	Zorgverleners bekend bij huishoudelijke hulp: - -

26	<ul style="list-style-type: none"> - Mantelzorger - Huishoudelijke hulp - MDL arts - Neuroloog - Cardioloog - Fysiotherapeut - Huisarts 	<p>Zorgverleners bekend bij neuroloog:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardioloog - MDL arts - Huisarts - Thuiszorg (HHH) 	<p>Zorgverleners bekend bij fysiotherapeut:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neuroloog - Cardioloog - Anesthesist - Neurochirurg - Huisarts - Thuiszorg (HHH) - Diëtist - diabetesconsulent
28	<ul style="list-style-type: none"> - Huisarts - Huishoudelijke hulp - Thuiszorg 	<p>Zorgverleners bekend bij huishoudelijke hulp:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Huisarts - Thuiszorg 	
29	<ul style="list-style-type: none"> - Huisarts - Thuiszorg - /wijkverpleegkundige - Oncoloog - Huishoudelijke hulp 	<p>Zorgverleners bekend bij wijkverpleegkundige:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Internist - Huisarts - Hoorspecialist - Huishoudelijke hulp - Mantelzorger - Instrumentmaker voor korset 	<p>Zorgverleners bekend bij huishoudelijke hulp:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thuiszorg - Huisarts

* Alle zorgverleners in het grijs zijn niet benaderd, om een van de volgende redenen:

- Via deze organisaties zijn de onderzoekers in contact gekomen met de ouderen
- De oudere wilde niet dat de onderzoekers hier contact mee op zouden nemen
- Er is een selectie gemaakt in het benaderen van mantelzorgers

** Alle zorgverleners in het groen zijn telefonisch geïnterviewd

***Alle ouderen die medicatie gebruiken, maken gebruik van een apotheek. Er is één oudere die dit opgegeven heeft als zorgverlener omdat hij daar heen moest voor een longcheck en nu niet meer naar de longarts, daarom is gekozen ook deze zorgverlener te benaderen.