



Passende zorg voor ouderen thuis

knelpunten in kaart

Sociaal en Cultureel Planbureau
Den Haag, juli 2021

Colofon

Plaisier, I. en M. den Draak (2021). *Passende zorg voor ouderen thuis: knelpunten in kaart*.
Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).
ISBN 978 90 377 0985 8

Over het SCP

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is een interdepartementaal, wetenschappelijk instituut, dat – gevraagd en ongevraagd – sociaalwetenschappelijk onderzoek verricht. Het SCP rapporteert aan de regering, de Eerste en Tweede Kamer, de ministeries en maatschappelijke en overheidsorganisaties. Het SCP valt formeel onder de verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het SCP is opgericht bij Koninklijk Besluit op 30 maart 1973.

Contact

Voor meer informatie over deze publicatie kunt u contact opnemen met Inger Plaisier via i.plaisier@scp.nl of met de afdeling Persvoorlichting via pers@scp.nl.

Redactie

[Inger Plaisier \(https://www.scp.nl/over-scp/medewerkers/plaisier\)](https://www.scp.nl/over-scp/medewerkers/plaisier)

[Maaïke den Draak \(https://www.scp.nl/over-scp/medewerkers/draak\)](https://www.scp.nl/over-scp/medewerkers/draak)

Ontwerp & realisatie en beeld

[Textcetera \(http://www.textcetera.nl/\)](http://www.textcetera.nl/), Den Haag

Openingsbeeld

HH | Hans van Rhooon

Inhoud

Introductie.....	4
Relevantie van de inventarisatie	5
Welke ouderen krijgen geen passende zorg en ondersteuning?	7
Terugkerende thema's binnen de knelpunten	12
Schotten in de zorg en ondersteuning.....	15
De systeemwereld sluit niet aan bij de leefwereld	18
Tekorten.....	26
Samenspel tussen organisaties	33
Handelingen in de uitvoering	39
Houding en handelen van ouderen en naasten	46
Lessen	56
Gevolgen van de coronacrisis voor het ontvangen van passende zorg en ondersteuning	60
Methodologische verantwoording.....	63

Introductie

Passende zorg voor ouderen thuis: knelpunten in kaart is een digitale publicatie ('card stack'), opgebouwd uit diverse pagina's of 'kaarten', die samen een geheel vormen maar op zichzelf ook informatief zijn. De publicatie biedt inzicht in de factoren waardoor sommige zelfstandig wonende ouderen niet de zorg en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben. De kaarten gaan in op verschillende thema's in die knelpunten en op de achtergrond en aanpak van het inventariserende onderzoek. De publicatie geeft geen zicht op het aantal of aandeel ouderen dat in de praktijk met deze knelpunten te maken heeft. De card stack richt zich op de mechanismen in het sociaal domein en de ouderenzorg, hun uitwerking in de (lokale) praktijk en hoe burgers en uitvoerders tegen het stelsel aankijken en ermee omgaan.

Relevantie van de inventarisatie

Auteurs: [Maaike den Draak](#) en [Inger Plaisier](#)

Ruim 1,2 miljoen 75-plussers in Nederland wonen zelfstandig. Over het algemeen redden zij zich goed, soms is ondersteuning nodig. De zorg en ondersteuning voor de ouderen met een hulpbehoefte verloopt meestal goed, maar er zijn ook signalen dat er ouderen zijn die geen passende ondersteuning [[Wanneer ouderen geen professionele ondersteuning ontvangen maar dat wel nodig hebben, of wanneer ouderen deze wel ontvangen maar de ondersteuning te weinig of te veel is of niet aansluit op de behoeften. Bijvoorbeeld een oudere die huishoudelijke hulp krijgt, maar eigenlijk woonbegeleiding nodig heeft.](#)] van professionals ontvangen maar dat wel nodig hebben (De Klerk et al. 2019). In deze publicatie richten we ons op zaken die niet goed gaan.

Het is niet ondenkbaar dat een gebrek aan passende zorg en ondersteuning kan leiden tot verergering van de problemen, een lagere kwaliteit van leven en een verhoogde kans op de inzet van acute – en vaak zware – zorg (Den Draak et al. 2021). Daarom is het van belang om meer inzicht te krijgen in de factoren waardoor sommige ouderen niet de zorg en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben. Dit inventariserende onderzoek kijkt met name naar knelpunten binnen het stelsel voor langdurige zorg die te maken hebben met de inrichting, uitvoering en uitwerking van het zorgstelsel (in brede zin) (zie kaart [Terugkerende thema's binnen de knelpunten](#)).

Hoe is de zorg en ondersteuning voor zelfstandig wonende ouderen geregeld?

Ouderen die zelfstandig wonen ontvangen zorg en ondersteuning thuis vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) via de gemeente en vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Ouderen die in een zorginstelling wonen, zoals een verpleeghuis, ontvangen hun zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz), die door de landelijke overheid wordt gefinancierd en door de zorgkantoren wordt uitgevoerd. Om in aanmerking te komen voor Wlz-zorg heeft de oudere een indicatie nodig van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Er is een groep ouderen die thuis zorg krijgt uit de Wlz. Dat kan een eigen keuze zijn. Maar het kan ook noodgedwongen zijn, omdat zij op de wachtlijst staan voor verblijf in een instelling.

De knelpunten in deze publicatie zijn genoemd door deskundigen, in onderzoeksrapporten en -documenten en in krantenartikelen (zie kaart [Methodologische verantwoording](#)).

Literatuur

Draak, M. den, S. Kooiker en I. Koper (2021). Langer thuis wonen van ouderen met een zorgbehoefte. In: L. van Noije, D. Verbeek-Oudijk en J. de Haan (red.), *Kwesties voor het kiezen 2021. Analyse van vijf urgente maatschappelijke vraagstukken voor de komende kabinetsperiode* (p. 199-252). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Klerk, M. de, D. Verbeek-Oudijk, I. Plaisier en M. den Draak (2019). *Zorgen voor thuiswonende ouderen. Kennissynthese over de zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Deze kaart citeren

Draak, M. den en I. Plaisier (2021). Relevantie van de inventarisatie. In: *Passende zorg voor ouderen thuis: knelpunten in kaart*. Geraadpleegd op [datum] via <https://digitaal.scp.nl/passende-zorg-voor-ouderen-thuis/relevantie-van-de-inventarisatie>.

Publicatiedatum

8 juli 2021

Welke ouderen krijgen geen passende zorg en ondersteuning?

Auteurs: [Inger Plaisier](#) en [Maaike den Draak](#)

Deze publicatie richt zich op ouderen met een zorgbehoefte op het grensvlak tussen zelfstandig wonen en wonen in een instelling. Op basis van gesprekken met deskundigen en de bestudeerde literatuur (zie kaart [Methodologische verantwoording](#)) delen we ouderen zonder passende zorg en ondersteuning in 4 onderstaande typen in.

Ouderen die (net) niet voldoen aan de voorwaarden om zorg of ondersteuning te krijgen

Professionals in de zorg benoemen een groep ouderen die nog niet voldoet aan de criteria voor de Wet langdurige zorg (Wlz), maar die bijvoorbeeld op sociale gronden behoefte heeft aan meer zorg en ondersteuning. Hieronder bevinden zich bijvoorbeeld mensen met gevorderde dementie die zich op het kantelpunt van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en Wlz bevinden. Doordat het voor deze ouderen thuis steeds onveiliger wordt en zij door wat de ziekte met zich meebrengt een steeds groter beroep op hun mantelzorgers doen, raken deze mantelzorgers overbelast (zie ook Westhoff et al. 2019). Het kan ook gaan om ouderen die zich als alleenwonende erg eenzaam of onzeker voelen. Het zorgaanbod in de Wmo 2015 is voor hen ontoereikend (De Groot et al. 2018). Enkele geïnterviewden vertellen dat regelmatig een klein gezondheidsprobleem wordt aangegrepen om wijkverpleging in te kunnen zetten, wat in feite niet-passende zorg is.

Er zijn ook ouderen met gezondheidsproblemen en een zorgbehoefte die niet in aanmerking komen voor langdurige zorg doordat zij nog geen duidelijke diagnose hebben, vertellen deskundigen. Mensen met neurologische aandoeningen vallen volgens hen ook vaak tussen wal en schip. Als er geen geheugenproblemen spelen, komen zij bijvoorbeeld niet in aanmerking voor Wlz-zorg en een casemanager [[Een vaste begeleider met regiefunctie voor cliënt en naasten, die onder meer de samenwerking tussen betrokken organisaties en hulpverleners coördineert.](#)]¹ Maar hun aandoening is meestal wel blijvend en een gespecialiseerde casemanager zou kunnen ondersteunen in het vinden van passende zorg en maatwerk.

Daarnaast gaat het om ouderen met een acute verslechtering van hun gezondheid, voor wie de procedures voor de zorgaanvraag te lang duren, waardoor er achter de feiten aan gelopen wordt. Hieronder bevinden zich ouderen die terechtkomen op de spoedeisende hulp (SEH) of verpleegafdeling van ziekenhuizen en ouderen in de geriatrie revalidatiezorg (GRZ) en eerstelijns verblijf (ELV). Deze ouderen kunnen niet doorstromen naar huis of een andere verblijfsplek zolang niet duidelijk is op welke zorg zij aanspraak kunnen maken (o.a. SIGRA 2017; Stichting Transmurale Zorg 2019; Ubink-Bontekoe en Spierenburg 2018).

Sommige ouderen voldoen niet aan de criteria om zorg of ondersteuning te krijgen, maar ervaren zelf wel dat zij daar een grote behoefte aan of recht op hebben, zo vertellen enkele geïnterviewden. Deze ouderen ontvangen in hun eigen beleving dus geen passende zorg en ondersteuning, maar de zorg en ondersteuning is volgens de zorgprofessionals wel adequaat.

Ouderen voor wie geen passend aanbod is

Thuiswonende ouderen met de lichtste indicatie voor Wlz-zorg [[zorgprofiel VV Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging](#)] hebben vaak moeite om passend aanbod te vinden. Deze ouderen hebben behoefte aan toezicht, bijvoorbeeld vanwege valrisico. Verpleeghuizen bieden daar weinig plekken voor, onder meer omdat het minder rendabel is om aanbod voor deze groep te creëren dan voor cliëntgroepen met zwaardere indicaties en daarmee, hogere zorgbudgetten, vertellen zorgprofessionals. Ouderen met zo'n lichte indicatie voelen zich, zo beschrijven enkele geïnterviewden, ook minder op hun plek in een verpleeghuis omdat de meeste bewoners vaak veel zwaardere problematiek hebben en dat schrikt af. Woonzorg nieuwe stijl [[Denk aan gescheiden wonen en zorg via particuliere woonzorg of reguliere zorginstellingen.](#)] sluit vaak beter aan bij de behoeften en wensen van deze ouderen, maar het aanbod is veelal nog beperkt. Bovendien zijn de huren en servicekosten daarvoor vaak hoog en kunnen of willen ouderen dat bedrag niet altijd opbrengen (Plaisier en Den Draak 2019).

Een andere groep ouderen voor wie passend aanbod moeilijk is, zijn ouderen met problemen op meerdere domeinen (Feitsma en Kaper 2018; Francke et al. 2017). Geïnterviewden noemden bijvoorbeeld ouderen met zowel psychische als somatische problemen: zij passen niet op de psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis, maar zijn vanwege hun zorgvraag vaak ook niet op hun plek op een somatische afdeling.² In de geestelijke gezondheidszorg (ggz) zijn verblijfsplekken voor deze groep cliënten door de afbouw van bedden zeer schaars geworden.

Tot slot is het ook moeilijk om passende zorg en ondersteuning te organiseren voor ouderen bij wie de zorgvraag tijdelijk groter is (o.a. De Groot et al. 2018; Harnas en Schout 2017). Professionals noemden voorbeelden van ouderen die vanuit het ziekenhuis naar huis worden gestuurd om daar verder te herstellen, en ouderen in de terminale fase.

Ouderen die niet in beeld, maar wel kwetsbaar zijn

Volgens verschillende geïnterviewde zorgprofessionals en belangenbehartigers hebben sommige ouderen wel een zorgbehoefte, maar zijn ze niet of onvoldoende in beeld bij professionele hulp; zij worden niet opgemerkt totdat het escaleert. Daaronder bevinden zich ouderen zonder sociaal netwerk, maar ook heel bescheiden ouderen en ouderen met onvoldoende gezondheidsvaardigheden, die zelf geen hulp zoeken. Het kan ook gaan om oudere paren in een wankel evenwicht, die voor elkaar zorgen en bij elkaar willen blijven. Soms spelen er ook andere problemen waar weinig zicht op is, zoals schulden of een

verslaving, waarbij schaamte een rol kan spelen. Ook trauma's uit het verleden, die op latere leeftijd weer kunnen opspelen, worden niet altijd onderkend, vertelden respondenten van een belangenbehartigingsorganisatie.

Over ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond bestaan ook zorgen, vooral over vrouwen met een lage sociaaleconomische status en taalachterstand (o.a. De Booys et al. 2018; De Klerk et al. 2019; RvO 2019). Zij leven vaker geïsoleerd, rekenen meer (vanuit culturele tradities) op zorg van hun familie en hebben vaker onvoldoende kennis van het Nederlands zorgstelsel en de bijbehorende aanvraagprocedures. Oudere migranten met psychische problemen vormen bovendien een risicogroep voor onvoldoende zorg. Een oorzaak van dat laatste zou kunnen zijn dat psychische problemen vanuit hun cultuur ontkend kunnen worden en daardoor over het hoofd worden gezien. Er zijn ook ouderen met een migratieachtergrond die niet verzekerd blijken te zijn. Geïnterviewden noemden bijvoorbeeld migrantenouderen die na pensionering teruggingen naar het land van herkomst en wegens gezondheidsproblemen door de familie weer zijn teruggehaald naar Nederland.

Ouderen die hulp krijgen uit een persoonsgebonden budget (pgb) kunnen ook zeer kwetsbaar zijn en niet de juiste zorg en ondersteuning krijgen. Deze ouderen zijn zelf verantwoordelijk voor de inkoop van hun zorg en ondersteuning en kunnen heel afhankelijk raken van de zorgaanbieder. Er is niet altijd goed zicht op of de oudere wel krijgt wat nodig is (Plaisier en Den Draak 2019).

Ouderen die wel in beeld zijn, maar zorg en ondersteuning afhouden

Sommige ouderen zijn wel in beeld bij professionele hulpverleners maar houden zelf (meer) zorg en ondersteuning af. Er zijn ouderen die zorg mijden vanwege de hoge eigen bijdrage. Het gaat dan vaak om ouderen met relatief hoge inkomens, die ook hoge eigen bijdragen moeten betalen.

Een deel van de ouderen woont in een niet-passende woning,³ waardoor zij niet goed zelfredzaam kunnen zijn, maar toch niet willen verhuizen (De Groot 2020; De Klerk et al. 2019). Bijvoorbeeld omdat ze gehecht zijn aan de buurt of vanwege de kosten van een verhuizing en een hogere huur bij een verhuizing (als er al een geschikte woning beschikbaar is).

Zowel in de literatuur als in de interviews worden ook ouderen genoemd die geen voorzieningen willen aanvragen. Soms omdat zij bescheiden zijn en niet te veel van de gemeenschap willen vragen, of omdat zij niet afhankelijk willen zijn. Nog een stap verder gaat het als ouderen zorg of ondersteuning weigeren omdat zij onvoldoende ziektebesef hebben of niet goed inzien dat zij beter af zouden zijn met zorg of ondersteuning.

Literatuur

Booys, M. de, D. Achterbergh, A. de Lange, C. Mastenbroek, C. Klop en J.-W. Dik (2018). *Startnotitie Naar reguliere integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis*. Diemen: Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd 10 september 2020 via www.zorginstituutnederland.nl.

- Feitsma, M. en M. Kaper (2018). *Kijk op de keten. Knelpunten, opgaven en inspirerende initiatieven. Ouderenzorg in de provincie Drenthe*. Assen: Trendbureau Drenthe. Geraadpleegd 19 februari 2021 via <https://trendbureaudrenthe.nl>.
- Francke, A.L., P.M. Rijken, K. de Groot, A.J.E. de Veer, K.A.M. Verkleij en H.R. Boeije (2017). *Evaluatie van de wijkverpleging. Ervaringen van cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals. Deevaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg*. Utrecht: NIVEL. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.nivel.nl.
- Groot, C. de (2020). *Kwart miljoen ouderenwoningen gevraagd, liefst in eigen buurt (special)*. Utrecht: Rabobank/RaboResearch. Geraadpleegd 15 september 2020 via <https://economie.rabobank.com>.
- Groot, K. de, A. de Veer, S. Versteeg en A. Francke (2018). *Het organiseren van langdurige zorg en ondersteuning voor thuiswonende patiënten. Ervaringen van praktijkondersteuners in de huisartsenzorg*. Utrecht: NIVEL. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.nivel.nl.
- Harnas, S. en P. Schout (2017). *Meldactie 'Ouderen met een kwetsbare gezondheid'. Op weg naar een ouderenvriendelijke samenleving*. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.patiëntenfederatie.nl.
- Klerk, M. de, D. Verbeek-Oudijk, I. Plaisier en M. den Draak (2019). *Zorgen voor thuiswonende ouderen. Kennissynthese over de zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Plaisier, I. en M. den Draak (2019). *Wonen met zorg. Verkenning van particuliere woonzorg voor ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Raad van Ouderen (2019). *Advies Raad van Ouderen keuze-informatie verpleeghuizen*. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.beteroud.nl/raad-van-ouderen.
- SIGRA (2017). *Krakende ketens in de zorg voor kwetsbare ouderen. Verbeter de zorg – begin bij jezelf! Stedelijk advies Amsterdam. Knelpunten en oplossingsmogelijkheden*. Amsterdam: SIGRA. Geraadpleegd 21 februari 2021 via www.sigra.nl.
- Stichting Transmurale Zorg (2019). *Stand van zaken crisisproblematiek in regio Haaglanden op 11 juni 2019*. Den Haag: Stichting Transmurale Zorg. Geraadpleegd 19 februari 2021 via <https://transmuralezorg.nl>.
- Ubink-Bontekoe, C. en M. Spierenburg (2018). *In één keer goed! Een verkennend onderzoek naar gebruik van Eerstelijnsverblijf*. Utrecht: Vilans. Geraadpleegd 12 november 2020 via www.vilans.nl.
- Westhoff, E., L. Koster, A. Brons, P. Tazelaar en I. Mulder (2019). *Rapportage evaluatieonderzoek 'Maatwerk in de Wlz-zorg thuis'*. Barneveld: Significant. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.rijksoverheid.nl.

Deze kaart citeren

Plaisier, I. en M. den Draak (2021). Welke ouderen krijgen geen passende zorg en ondersteuning? .

In: *Passende zorg voor ouderen thuis: knelpunten in kaart*. Geraadpleegd op [datum] via

<https://digitaal.scp.nl/passende-zorg-voor-ouderen-thuis/welke-ouderen-krijgen-geen-passende-zorg-en-ondersteuning->.

Publicatiedatum

8 juli 2021

Informatie noten

- 1 Een casemanager is vaak wel beschikbaar voor ouderen met dementie.
- 2 De psychogeriatrische afdeling is voor mensen met geheugenproblemen. De somatische afdeling is voor mensen met chronische lichamelijke klachten.
- 3 Bijvoorbeeld met een trappenhuis of slecht toegankelijk sanitair.

Terugkerende thema's binnen de knelpunten

Auteurs: [Inger Plaisier](#) en [Maaïke den Draak](#)

De informatie uit het onderzoek (interviews en literatuur, zie kaart [Methodologische verantwoording](#)) toont meerdere knelpunten op het gebied van passende zorg en ondersteuning voor zelfstandig wonende ouderen. Er komen 6 thema's naar voren en 3 niveaus waarop de knelpunten spelen. Deze niveaus vertonen gelijkenis met de verschillende logica's die Van Cadsand en Renes (2017) onderscheiden: de logica van het systeem/stelsel, de logica van de organisatie en de logica van de uitvoering. Onderstaande figuur geeft de thema's die in deze publicatie worden besproken schematisch weer.

Thema's en niveaus binnen de knelpunten

[Thema's en niveaus binnen de knelpunten op het gebied van passende zorg en ondersteuning voor zelfstandig wonende ouderen]

stelsel	organisaties	individueel
<ul style="list-style-type: none">- schotten- systeemwereld sluit niet aan bij leefwereld	<ul style="list-style-type: none">- tekorten- samenspel tussen organisaties	<ul style="list-style-type: none">- handelingen in de uitvoering- houding en handelingen van ouderen en naasten

Schotten in de zorg en ondersteuning

De zorg en ondersteuning is opgedeeld in verschillende werkerreinen. De scheidslijnen of schotten die voor deze opdelingen zorgen, worden vaak ervaren als een belemmering voor passende zorg en ondersteuning. Het gaat om schotten in de wet- en regelgeving, maar ook om schotten in de financiering, schotten op basis van de problematiek van de oudere (de grondslag voor zorg) en schotten in de uitvoering. (Lees meer over de ervaren knelpunten in [Schotten in de zorg en ondersteuning](#)).

De systeemwereld sluit niet aan bij de leefwereld

De systeemwereld met wetten, regels, procedures en afspraken wringt vaak met de dagelijkse realiteit waarin ouderen en hun naasten leven. De manier waarop het systeem is ingericht en functioneert, blijkt in de praktijk soms ook – op velerlei manieren – een belemmering te vormen voor passende zorg en ondersteuning. (Lees meer over de ervaren knelpunten in [De systeemwereld sluit niet aan bij de leefwereld](#)).

Tekorten

Tekorten in de middelen die nodig zijn om zorg te kunnen bieden aan ouderen worden genoemd als belangrijke bron van problemen bij het bieden van voldoende of passende zorg. Het gaat daarbij niet alleen om krapte in financiering en daaruit voortvloeiende problemen met de capaciteit en passendheid van het aanbod en het gebrek aan tijd van zorgpersoneel, maar ook spelen krapte op de arbeidsmarkt voor zorgpersoneel en onvoldoende woningaanbod voor ouderen een rol. (Lees meer over de ervaren knelpunten in [Tekorten](#)).

Samenspel tussen organisaties

Bij de uitvoering van de zorg en ondersteuning voor ouderen zijn vele instanties, organisaties en beroepsgroepen betrokken. Het samenspel tussen deze organisaties en de onderlinge verhoudingen zijn van invloed op de zorg en ondersteuning die een oudere uiteindelijk ontvangt. Dat samenspel verloopt lang niet altijd vlekkeloos. (Lees meer over de ervaren knelpunten in [Samenspel tussen organisaties](#)).

Handelingen in de uitvoering

Bij de uitvoering van de zorg en ondersteuning voor ouderen zijn veel organisaties en professionals betrokken. De handelingen van al deze organisaties en mensen tezamen leiden tot de zorg en ondersteuning die een oudere in de praktijk krijgt. Een aantal aspecten in de uitvoering kan belemmerend werken voor passende zorg en ondersteuning. (Lees meer over de ervaren knelpunten in [Handelingen in de uitvoering](#)).

Houding en handelen van ouderen en naasten

Ook het gedrag en handelen van ouderen en hun naasten is van invloed op de zorg en ondersteuning die zij wel of niet krijgen. Mensen handelen niet volgens het ideaal dat de overheid graag zou zien. Hun gedrag is niet puur rationeel; emoties, verwachtingen, normen en opvattingen spelen allemaal ook een belangrijke rol. Bovendien hebben zij lang niet altijd alle informatie en bronnen tot hun beschikking om de keuze te maken die voor hen het meest optimaal is. (Lees meer over de ervaren knelpunten in [Houding en handelen van ouderen en naasten](#)).

Knelpunten zijn verweven, oplossingen daardoor ook

De oorzaken van niet-passend zorggebruik bij thuiswonende ouderen zijn onderling met elkaar verweven. Deeloplossingen zijn daardoor veelal onvoldoende. Kant-en-klare oplossingen zijn dan ook niet aan te wijzen. Wel is een aantal lessen te trekken waar ook bij wijzigingen in beleid bij kan worden stilgestaan. (Lees meer over de lessen in [Lessen](#)).

Literatuur

Cadsand, R. van en I. Renes (2017). *Gespreksdocument Grensvlakken Ouderenzorg*. Juni 2017. Leiden: Zilveren Kruis. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.zilverenkruis.nl.

Deze kaart citeren

Plaisier, I. en M. den Draak (2021). Terugkerende thema's binnen de knelpunten. In: *Passende zorg voor ouderen thuis: knelpunten in kaart*. Geraadpleegd op [datum] via <https://digitaal.scp.nl/passende-zorg-voor-ouderen-thuis/terugkerende-themas-binnen-de-knelpunten>.

Publicatiedatum

8 juli 2021

Schotten in de zorg en ondersteuning

Auteurs: [Maaike den Draak](#) en [Inger Plaisier](#)

De zorg en ondersteuning is opgedeeld in verschillende werkterreinen. De scheidslijnen of schotten die voor deze opdelingen zorgen, worden zowel door de geïnterviewde deskundigen als in de geanalyseerde literatuur ervaren als een belemmering voor passende zorg en ondersteuning (zie bv. Boeije et al. 2019; De Booys et al. 2018; Van Cadsand en Renes 2017; Glimmerveen et al. 2019; KPMG 2018). Het gaat om schotten in de wet- en regelgeving, maar ook om schotten in de financiering, schotten op basis van de problematiek van de oudere (de grondslag voor zorg) of schotten in de uitvoering.

Schotten in de wetgeving

Ouderen die zelfstandig wonen en zorg of ondersteuning nodig hebben, hebben te maken met verscheidene zorgwetten: de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en/of de Wet langdurige zorg (Wlz). Deze wetten verschillen van elkaar in onderliggende visie, uitgangspunten en toelatingscriteria. Ze sluiten daardoor niet in alle gevallen naadloos op elkaar aan. Ook is de uitvoering van de wetten en het toezicht daarop verschillend ingericht. Zo zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de Wmo 2015, de zorgverzekeraars voor de Zvw en de zorgkantoren voor de Wlz. De schotten in de wetgeving hangen samen met de schotten in de financiering van zorg en ondersteuning, zo merken ook geïnterviewde deskundigen.

'Dus laat dat nou gewoon weg: welk schot het dan is of welk potje'

[...] als mensen beginnende dementie hebben dan is het soms wel heel fijn als je wat individuele begeleiding thuis in kunt zetten. Dat is dan dat iemand even mee gaat boodschappen doen of in ieder geval dat er een oogje is die kijkt. Ja, maar vaak lukt dat niet om dat aan te vragen want dat moet dan vanuit de Wmo betaald worden, dat moet de gemeente doen. Maar de gemeente zegt: 'Nee, maar er is sprake van een dementie dus dat wordt uiteindelijk toch een Wlz en omdat de Wlz voorliggend is, gaan we het niet vanuit de Wmo betalen.' Maar dan denk ik: ja, ho, wacht even, we zitten nog in het begintraject en juist als je hier goed opvangt dan voorkom je dat het heel snel achteruit gaat [...] en dan bespaar je misschien zelfs wel een heleboel geld zo meteen in de Wlz. Dus laat dat nou gewoon weg: welk schot het dan is of welk potje.

(Specialist ouderengeneeskunde in eerste lijn)

Schotten in de financiering

De financiering van zorg en ondersteuning verloopt via verschillende geldstromen en kanalen (gemeente, zorgverzekeraar, zorgkantoor). Soms worden zorgtaken die erg op elkaar lijken op een verschillende manier gefinancierd omdat ze door de omstandigheden onder een andere wet vallen. Dat kan voor onduidelijkheid zorgen. Zo bestaan er meerdere mogelijkheden voor een tijdelijke

opname in een instelling en kan hulp bij de maaltijd geboden worden vanuit de Wmo 2015 of als persoonlijke verzorging vanuit de Zvw. Volgens geïnterviewde deskundigen en de literatuur kan die onduidelijkheid zorgen voor het uitblijven van passende zorg en ondersteuning (zie bv. Van Cadsand en Renes 2017).

‘Dan kom je in een discussie waar je niet in wil zitten’

[...] waarbij ik denk dat het geen ELV [eerstelijnsverblijf] is, zegt de gemeente tegen ons: ‘Het is ELV.’ Dan zeggen we nee, maar goed dan kom je in een discussie waar je niet in wil zitten natuurlijk, want ja, die cliënt die wacht op zijn besluit.

(Medewerker verpleeghuis)

Schotten op basis van de problematiek van de oudere

De aard en de ernst van de problematiek van een oudere bepalen welke zorgaanbieders en professionals zorg en ondersteuning mogen verlenen. Dat hangt samen met de deskundigheid, maar ook met de schotten in de wetgeving en financiering. Voor ouderen bij wie nog geen diagnose is gesteld of die met meerdere typen gezondheidsproblemen kampen,¹ kan het volgens respondenten daardoor lastig zijn om een (geschikte) zorgverlener te vinden.

Schotten in de uitvoeringspraktijk

Bij de zorg en ondersteuning voor ouderen zijn vele beroepsgroepen, specialismen en organisaties betrokken. Het is een breed werkveld. De diverse spelers in het werkveld hebben uiteenlopende achtergronden en culturen, spreken ieder hun eigen vaktaal en zijn in dienst van verschillende organisaties die elkaar soms ook beconcurreren. Deze onderlinge verschillen kunnen, zo stellen onze geïnterviewden, schotten vormen. Een veelgenoemd schot is dat tussen het medische domein² en het sociale domein.³

‘Het schisma is nog steeds zorg en ondersteuning’

Het schisma is nog steeds zorg en ondersteuning. En iedereen heeft het erover dat dat samen moet optrekken. Dat is nog lang niet zo. Er zijn nog maar een paar voorbeelden waarin dat echt goed gaat. En waarin ook wijkverpleging betrokken is in het wijkteam, of waarin de POH [praktijkondersteuner huisarts] of de huisarts betrokken is in het wijkteam. (...) En dat gaat niet vanzelf.

(Medewerker kennisorganisatie)

Analyse: knelpunten ontstaan wanneer de schotten leidend zijn

De bestaande schotten lijken niet altijd goed aan te sluiten bij de situatie van individuele ouderen en de problemen die deze ouderen in het dagelijks leven tegenkomen (zie ook [De systeemwereld sluit niet aan bij de leefwereld](#)). Voor de partijen die betrokken zijn bij de uitvoering van de zorg en

ondersteuning⁴ blijkt het moeilijk te zijn om over de schotten heen samen te werken (zie ook [Samenspel tussen organisaties](#)). Volgens onze respondenten ontstaan knelpunten voor ouderen met name wanneer de schotten en niet de zorgbehoefte van de oudere leidend zijn voor de keuzes die professionals, zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars maken. Het is daarbij niet altijd duidelijk of het probleem zit in de vormgeving van het stelsel of in de interpretatie en uitvoering ervan. Meerdere geïnterviewden erkennen echter dat er altijd enige vorm van afbakening (en dus schotten) nodig zal zijn. Voor een goed functionerende integrale zorg voor ouderen zijn daarom ook goede onderlinge communicatie en afspraken noodzakelijk.

Literatuur

Boeije, H., R. Verkaik, K. de Groot, H. Kappen en J. Korevaar (2019). *Kwaliteit van leven van langer thuiswonende ouderen. Sessies met de praktijk*. Utrecht: Nivel. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.nivel.nl.

Booys, M. de, D. Achterbergh, A. de Lange, C. Mastenbroek, C. Klop en J.-W. Dik (2018). *Startnotitie Naar reguliere integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis*. Diemen: Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd 10 september 2020 via www.zorginstituutnederland.nl.

Cadsand, R. van en I. Renes (2017). *Gespreksdocument Grensvlakken Ouderenzorg. Juni 2017*. Leiden: Zilveren Kruis. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.zilverenkruis.nl.

Glimmerveen, L., L. Stouthard en K. Benning (2019). *Van thuis naar het verpleeghuis. Op weg naar een soepele overgang*. Utrecht: Vilans. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.rijksoverheid.nl.

KPMG (2018). *Juiste zorg op de juiste plek. Onderzoek naar condities en consequenties (Definitieve rapportage ten behoeve van bespreking in de taskforce Zorg op Juiste Plek)*. Amstelveen: KPMG. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.zonmw.nl.

Deze kaart citeren

Draak, M. den en I. Plaisier (2021). Schotten in de zorg en ondersteuning. In: *Passende zorg voor ouderen thuis: knelpunten in kaart*. Geraadpleegd op [datum] via <https://digitaal.scp.nl/passende-zorg-voor-ouderen-thuis/schotten-in-de-zorg-en-ondersteuning>.

Publicatiedatum

8 juli 2021

Informatie noten

- 1 Bijvoorbeeld somatisch, psychogeriatrisch, psychiatrisch, middelenverslaving.
- 2 Bijvoorbeeld huisarts, specialist in ziekenhuis, wijkverpleegkundige.
- 3 Bijvoorbeeld ouderenwerker, cliëntondersteuner, mantelzorgondersteuner, welzijnswerker.
- 4 Bijvoorbeeld zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten.

De systeemwereld sluit niet aan bij de leefwereld

Auteurs: [Maaike den Draak](#) en [Inger Plaisier](#)

De zorg en ondersteuning is georganiseerd middels allerlei wetten, regels, procedures, protocollen en afspraken. Deze zijn in principe bedoeld om eenduidigheid te scheppen, willekeur te voorkomen, budgetten verantwoord uit te geven en de voortgang en kwaliteit van de zorg en ondersteuning te bewaken. Ze voorkomen ook dat organisaties en professionals steeds opnieuw moeten overleggen over dezelfde kwesties. De bestaande regels, procedures en formulieren komen grotendeels voort uit het zorgstelsel, maar gemeenten en zorgorganisaties voegen ook zelf regels toe. De systeemwereld die zo vorm heeft gekregen wringt echter vaak met de dagelijkse realiteit waarin ouderen en hun naasten leven, blijkt uit diverse voorbeelden van geïnterviewde deskundigen. De manier waarop het zorgstelsel is ingericht en functioneert, blijkt in de praktijk soms ook – op velerlei manieren – een belemmering te vormen voor passende zorg en ondersteuning.

Belemmerende regels en procedures

Soms staan regels en procedures een passende oplossing in de weg voor een oudere die zich in een specifieke situatie bevindt, zo blijkt uit de interviews. Zij werken bijvoorbeeld vertragend terwijl het nodig is om de zorg snel op te schalen of ze belemmeren het delen van relevante informatie tussen zorgprofessionals. Soms bepalen regels ook dat zorgorganisaties onderling geen afspraken mogen maken om oneerlijke concurrentie te voorkomen, maar staat dit samenwerking en afstemming die wel gewenst is in de weg (De Klerk et al. 2019).

‘Dat soort moeilijk te begrijpen regels die dan belemmerend werken...’

[In een gemeente] hadden ze iets moois ingericht voor de mantelzorgers, een voorziening zodat zij met elkaar in contact waren of minder belast werden. Maar daar mocht niet van gebruikgemaakt worden als je al een ander ding uit de Wmo [Wet maatschappelijke ondersteuning 2015] had. Dat soort moeilijk te begrijpen regels die dan belemmerend werken... Dat geeft wel aan dat de regels wat dat betreft complex zijn en het soms moeilijk maken om zorg waarvan je denkt dat het goed is, in te zetten of georganiseerd te krijgen.

(Medewerker toezichthoudende instantie)

Indicatiemogelijkheden sluiten niet aan bij behoeften

Er is ontevredenheid over de mogelijkheden voor het afgeven van indicaties en de bijbehorende procedures. Zo geven gemeenten soms kortlopende indicaties af voor de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) terwijl duidelijk is dat de problematiek en de zorgbehoeften langdurig zijn. Volgens respondenten is het soms voor professionals en familie van de oudere

duidelijk welke zorg of ondersteuning de oplossing zou zijn, maar kan de oudere daar geen indicatie voor krijgen. Met name tussen de Wmo 2015/Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) wordt een stap gemist en verbazen zorgprofessionals zich erover hoe lastig het is om in aanmerking te komen voor een Wlz-indicatie.¹ Bovendien wordt het Wlz-indicatieproces in de praktijk vaak als traag, bureaucratisch en belastend ervaren (Feitsma en Kaper 2018; Glimmerveen et al. 2019).

‘Werk nou even mee, het is al zo moeilijk’

[...] werd ik vanmorgen door familie gebeld en nou ja, daar doet het CIZ [Centrum Indicatiestelling Zorg] enorm moeilijk om een indicatie af te geven terwijl, hè, werk nou even mee, het is al zo moeilijk. Dus ja, dat merk ik ook wel steeds meer, hoor. Denk ik, ja, het is zo'n complexe situatie en dan [...] op de letter moet het dan kloppen voordat ze de indicatie afgeven. Dan denk ik, met zijn allen staan we eromheen, er zit 24 uur zorg in en die man die kan gewoon niet alleen zijn.

(Specialist ouderengeneeskunde in eerste lijn)

‘De Wlz-indicatie: [...] op het moment dat het zo[ver] is, zijn ze eigenlijk al veel te slecht’

De Wlz-indicatie: [...] mensen komen er helemaal niet zo snel voor in aanmerking, maar op het moment dat het zo [ver] is, zijn ze eigenlijk veel te slecht al, [...] dan komen ze sneller in het ziekenhuis terecht en dan moet in een keer alles gaan rollen. [Dan] liggen mensen, dat heb ik ook meegemaakt, wekenlang in het ziekenhuis, dus eigenlijk een bed bezet te houden, omdat er geen plek is, maar ze kunnen ook niet terug naar huis.

(Onafhankelijk cliëntondersteuner Wlz)

Opbouw zorg thuis lijkt niet gelijk op te gaan met afbouw verzorgingshuizen

Het landelijk beleid is om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen en zorg en ondersteuning in de eigen omgeving van de oudere te organiseren. Tussen 2013 en 2016 werd de afgifte van indicaties voor verblijf in een instelling afgebouwd (Kromhout et al. 2018). Met de afbouw van de indicaties verdwenen ook de verzorgingshuizen. Maar de opbouw van een nieuwe zorgschil thuis of alternatieven op het gebied van zorg en wonen bleven achter (De Klerk et al. 2019; Plaisier en Den Draak 2019). In de thuissituatie is er onder meer een gemis aan medisch-specialistische kennis over ouderen, de sociale functie van het verzorgingshuis, geschikte woningen voor ouderen, nachtzorg en voldoende plekken voor een tijdelijk verblijf. Maar ook preventie, vroegopsporing van kwetsbare ouderen en het op tijd signaleren van mogelijke problemen gebeuren nog onvoldoende, vertellen deskundigen uit de praktijk. Bovendien zitten er grenzen aan de logistieke en financiële mogelijkheden van het aanbod voor zelfstandig wonende ouderen (zie ook Plaisier en Den Draak 2019).

‘Er is niet in hetzelfde tempo wat teruggekomen’

Volgens mij is iedereen het er ook wel over eens dat het versneld sluiten van verzorgingshuizen geen gelijke tred heeft genomen met het realiseren van alternatieven, tussenvoorzieningen of wat dan ook. Dus de [verzorgingshuizen] zijn als een gek allemaal gesloten [...], maar er is niet in hetzelfde tempo wat teruggekomen.

(Medewerker kennisorganisatie)

‘Al die bezuinigingen in de thuiszorg en zorg’

En natuurlijk helemaal al die bezuinigingen in de thuiszorg en zorg, verzorgingshuizen, dat is natuurlijk gewoon bizar. Als je gaat zeggen dat het belangrijk is om mensen langer thuis te laten wonen, ga je juist de ondersteuning die gericht is om langer thuis te wonen afschaffen.

(Medewerker kennisorganisatie)

Strakke bewaking eigen budgetten en risicomijding

De schotten, regels en budgetverdeling zorgen voor prikkels in het zorgsysteem die bedoeld zijn om onterecht en inefficiënt gebruik van zorg en ondersteuning tegen te gaan. Maar soms kunnen ze ook een ongewenste uitwerking tot gevolg hebben (zie bv. De Booys et al. 2018; Non et al. 2015; ZorgImpuls 2017). De gefragmenteerde financieringsstromen kunnen ertoe leiden dat organisaties hun eigen budget strak bewaken. Zo kan het vanuit het oogpunt van de gemeente niet of weinig lonen om te investeren in vroegopsporing en preventie, omdat het financiële profijt daarvan bij andere organisaties neerslaat, zoals de zorgverzekeraars. En een aanbieder van verpleeghuiszorg zal weinig geneigd zijn een oudere in de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) op te nemen wanneer deze twijfelt of de oudere het bed op tijd weer zal kunnen verlaten. De aanbieder wil immers niet het risico lopen dat de zorg of ondersteuning niet vergoed wordt, dat hij door de zorgverzekeraar op de vingers wordt getikt of dat het GRZ-bed langdurig bezet blijft. Dergelijk risicomijdend gedrag van zorgaanbieders en zorgverzekeraars staat het tegemoetkomen aan de behoeften van ouderen in de weg. Zo worden ouderen met een meervoudige grondslag (bv. geestelijke gezondheidszorg (ggz) en somatiek) soms doorgeschoven naar een andere aanbieder of professional.

‘Die manager zegt: “Ja, dat krijg ik niet betaald”’

De financiering is denk ik enorm leidend. [...] Die manager zegt: ‘Ja, dat krijg ik niet betaald.’ Dat denken heel veel bestuurders: ‘Als ik het niet betaald krijg, dan moeten we er ook maar niet te veel tijd in stoppen.’ Die productiviteit is enorm belangrijk, die declarabele uren. Van de gemeente precies zo. Die houden de hand op de knip. Zorgverzekeraars trouwens ook, zitten heel erg te sturen op zo min mogelijk zorg terwijl dat niet altijd de beste zorg is.

(Wijkverpleegkundige)

‘De woningcorporatie zegt: “Ja jammer dan, dat is niet ons pakkie-an”’

Dat is al een probleem als de drempel geslecht moet worden van de voordeur naar de galerij. Wiens verantwoordelijkheid is dat? Dat soort discussies. Of een lift die aangepast moet worden in het trappenhuis. Ja, nou ja, de woningcorporatie zegt: ‘Ja jammer dan, dat is niet ons pakkie-an.’ En dan komt dus iemand niet meer buiten.

(Specialist ouderengeneeskunde in eerste lijn)

Andere prikkels met een ongewenste uitwerking

Het zorgsysteem bevat nog meer prikkels die soms tot een ongewenste uitwerking leiden volgens de gesproken respondenten. Het element van marktdenken werkt bijvoorbeeld de samenwerking tussen organisaties tegen en ondermijnt volgens hen de onderlinge solidariteit en het vertrouwen (zie ook De Klerk et al. 2019). Ook staat in de financiering van de zorg de aandoening van de oudere centraal, waardoor aanbieders en professionals niet altijd al hun werkzaamheden vergoed krijgen. Handelingen en verrichtingen die direct betrekking hebben op de aandoening worden dan wel gefinancierd, maar de activiteiten die de randvoorwaarden scheppen (indirecte zorguren, bv. overleg met andere professionals) of die het algehele functioneren van de oudere verbeteren worden niet gefinancierd.² Ouderen zelf worden financieel geprikkeld om zorggebruik te vermijden of uit te stellen door het systeem van eigen bijdragen en eigen risico. Dat kan onnodig zorggebruik voorkomen, maar mogelijk stellen ouderen daardoor ook noodzakelijke zorg te lang uit waardoor hun kwetsbaarheid toeneemt. Een bekend voorbeeld zijn de hogere eigen bijdragen bij de overgang van de Wmo 2015/Zvw naar de Wlz die ouderen en hun naasten afschrikken om Wlz-zorg aan te vragen.

‘We zijn juist ook heel erg een markt die het van samenwerken moet hebben’

Dus terug naar eenvoud en helderheid en meer vanuit vertrouwen werken en samenwerken, wat gewoon helemaal overboord gegooid is omdat we keuzevrijheid zouden moeten hebben en daarmee een diverser aanbod zouden moeten hebben vanuit dat marktdenken. Maar wij zijn niet een markt die winst moet maken, dat mogen we ook niet. We zijn juist ook heel erg een markt die het van samenwerken moet hebben. Maar dat wordt wel gefrustreerd door de huidige regelgeving. En de huidige financiering.

(Medewerker kennisorganisatie)

‘Er is geen ‘recht’ op integrale domeinoverstijgende zorg’

Er is geen ‘recht’ op integrale domeinoverstijgende zorg voor kwetsbare ouderen thuis. Nergens staat beschreven op welke zorg je als oudere mag rekenen. Het gevolg is dat de discussie over wat al dan niet tot integrale zorg gerekend kan worden met duidelijke afspraken over de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling steeds opnieuw door de lokale/regionale zorgaanbieders gevoerd moet worden met de financiers. Dat leidt in de praktijk tot veel frustratie bij de zorgaanbieders en ondersteuners.

(De Booy et al. 2018, p. 12)

Regeldruk demotiveert

De vele regels, procedures en formulieren brengen bureaucratie en regeldruk met zich mee en schrikken volgens de respondenten ouderen en professionals af. De regeldruk demotiveert professionals, zo lijkt de gedachte; ze zijn veel tijd kwijt aan administratie en die tijd zouden ze liever aan cliënten besteden. Zo hebben sommige wijkverpleegkundigen het idee dat ze hun vak niet kunnen uitvoeren zoals ze dat graag zouden willen. Ouderen en hun mantelzorgers kunnen de regeldruk als een drempel ervaren of zich erdoor belast voelen (zie ook Glimmerveen et al. 2019).

‘Meer boekhouder dan verpleegkundige’

Ik zie dus zoveel collega's, die voelen zich meer boekhouder dan verpleegkundige. Als ze maar de cijfertjes en de regeltjes op orde hebben dan worden ze in feite beloond, dan doe je het heel goed. En als je daartegen in opstand komt dan gaat je kop eraf, want dat is lastig.

(Wijkverpleegkundige)

‘Ontzettend veel stress’

Stel dat het zo zou gaan, dat de wijkverpleegkundige zegt: ‘Nou, het gaat eigenlijk niet meer thuis, we moeten echt kijken naar het verpleeghuis hier in de omgeving.’ Nou, die 2 opmerkingen zorgen al voor ontzettend veel stress, want oh het gaat dus thuis niet meer, oh een verpleeghuis, welk verpleeghuis dan? En is dat verpleeghuis wel in staat om een thuissituatie te creëren, om een gevoel van thuis zijn te creëren? En dan hebben we het nog niet over de zakelijke dingen. Stel als de wijkverpleegkundige dan zegt: ‘Ja, dan moet u wel een indicatie daarvoor aanvragen, dit zijn de gegevens van het indicatiekantoor, leest u het allemaal maar eens rustig door.’ Nou, zelfs ik heb geen zin om zelf een indicatie aan te vragen voor een familielid, want daar is een bepaald jargon voor nodig. En dat is een jargon wat alleen de mensen uit een zorginstelling kennen. En als je dan ook nog weet dat er gewoon heel veel emotioneel leed is om die stap te maken...

(Medewerker organisatie voor belangenbehartiging)

Overschatting van ouderen en hun netwerk

Voor veel ouderen en hun mantelzorgers, maar ook voor professionals, zijn aanvraagprocedures en -formulieren (te) ingewikkeld (zie ook Kromhout et al. 2018). Er wordt verwacht dat zij de taal van de beoordelende instantie begrijpen en spreken. Vaak is informatie alleen digitaal beschikbaar, terwijl een deel van de ouderen niet of onvoldoende digitaal vaardig is.³ Ook heeft niet iedere oudere een mantelzorger die hem of haar kan helpen (Kooiker et al. 2019). De procedures vormen een extra belasting voor ouderen en hun eventuele mantelzorgers tijdens een moeilijke periode in hun leven die al veel stress met zich meebrengt. Bovendien hebben sommige ouderen er volgens de professionals moeite mee om hulp en ondersteuning voor zichzelf aan te vragen (zie ook De Klerk et

al. 2019). Ook zijn zij niet altijd voldoende geïnformeerd over of voorbereid op het ouder worden, het omgaan met beperkingen en het zelfstandig blijven wonen. Beoordelaars en andere professionals hebben daarnaast niet altijd genoeg oog voor het welzijn van de betrokken mantelzorgers (zie ook De Boer et al. 2020).

‘En juist ook als je gezondheid afneemt, [...] nemen je digitale vaardigheden ook weer af’

Veel informatie is digitaal, er wordt verwezen naar websites. Ja, dat is niet voor iedereen even toegankelijk. Het is echt zo dat veel senioren steeds digitaler worden maar dat betekent vooral dat ze e-mailen en facebooken. Maar dat is nog weer wat anders dan dingen aanvragen of dingen uitzoeken via internet. En juist ook als je gezondheid afneemt, je motoriek neemt af, je gezichtsvermogen neemt af, nemen je digitale vaardigheden ook weer af. Het is een hardnekkig vooroordeel dat het een uitstervend probleem is, maar dat is niet zo.

(Medewerker organisatie voor belangenbehartiging)

Analyse: knelpunten lijken te ontstaan wanneer regels en belangen van organisaties leidend zijn

Wanneer de systeemwereld niet aansluit bij de dagelijkse leefwereld van ouderen en hun mantelzorgers, belemmert dit het verkrijgen van passende zorg en ondersteuning. Ouderen en hun mantelzorgers komen al helemaal in de knel wanneer de regels, behoeften en belangen van organisaties voorrang krijgen op hun eigen behoeften en wensen. Het gaat dan om bureaucratie en het rigoureuus vasthouden aan regels en procedures. Maar het gaat ook om organisaties en professionals die aanbodgericht werken en daarbij uitgaan van hun bestaande zorgaanbod in plaats van dat zij tegemoetkomen aan de wensen en ervaren behoeften van de cliënt (vraaggericht werken). Meer algemeen gezegd lijken knelpunten te ontstaan wanneer organisaties en professionals keuzes maken die voor henzelf het makkelijkst of plezierigst werken zonder oog te hebben voor de behoeften van de cliënt. Bijvoorbeeld door zorg en ondersteuning te verstrekken vanuit de financieringsvorm die voor de organisatie het makkelijkst te organiseren valt en daarbij de behoefte van de oudere ondergeschikt te maken. Veranderingen om meer vraaggericht en integraal te werken, regeldruk en bureaucratie tegen te gaan en het cliëntperspectief centraal te stellen worden op diverse plekken ingezet, maar de praktijk blijkt moeilijk te veranderen. Financiële prikkels lijken in de weg te staan.

‘Dat gaat niet over dat de oudere goede zorg krijgt thuis’

Dan verzinnen ze een transferverpleegkundige [...]. Dat is vanuit de organisatie denken, dat het ziekenhuis goed regelt dat iemand gewoon snel de deur uit is. Maar dat gaat niet over dat de oudere goede zorg krijgt thuis.

(Medewerker kennisorganisatie)

‘In de theorie zie ik goede dingen komen, maar de praktijk blijft zo achter’

Sommige aanbieders [...] die een volledig pakket thuis bieden, die sturen ook naar de Wlz omdat het organisatorisch en financieel aantrekkelijker is om op die manier zorg te verlenen dan uit de Zvw en de Wmo. Dus het is heel aanbodgericht denken en daardoor vallen mensen vaak tussen wal en schip. Niet kijken van: wat is het meest effectief?, maar: hoe komen wij hier het beste uit?

(Wijkverpleegkundige)

In de theorie zie ik goede dingen komen, maar de praktijk blijft zo achter. Die zit gevangen in die dagelijkse praktijk van tijd en geld en werkdruk en personeelsgebrek en daar komen ze niet uit.

(Wijkverpleegkundige)

Literatuur

Boer, A. de, M. de Klerk, D. Verbeek-Oudijk en I. Plaisier (2020). *Blijvende bron van zorg. Ontwikkelingen in het geven van informele hulp 2014-2019*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Booys, M. de, D. Achterbergh, A. de Lange, C. Mastenbroek, C. Klop en J.-W. Dik (2018). *Startnotitie Naar reguliere integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis*. Diemen: Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd 10 september 2020 via www.zorginstituutnederland.nl.

Feitsma, M. en M. Kaper (2018). *Kijk op de keten. Knelpunten, opgaven en inspirerende initiatieven. Ouderenzorg in de provincie Drenthe*. Assen: Trendbureau Drenthe. Geraadpleegd 19 februari 2021 via <https://trendbureaudrenthe.nl>.

Glimmerveen, L., L. Stouthard en K. Benning (2019). *Van thuis naar het verpleeghuis. Op weg naar een soepele overgang*. Utrecht: Vilans. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.rijksoverheid.nl.

Klerk, M. de, D. Verbeek-Oudijk, I. Plaisier en M. den Draak (2019). *Zorgen voor thuiswonende ouderen. Kennissynthese over de zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Kooiker, S., A. de Jong, D. Verbeek-Oudijk en A. de Boer (2019). *Toekomstverkenning mantelzorg aan ouderen in 2040 Een verkenning van de regionale ontwikkelingen voor de komende 20 jaar*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Kromhout, M., N. Kornalijnslijper en M. de Klerk (2018). *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking. Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Non, M., A. van der Torre, E. Mot, E. Eggink, P. Bakx en R. Douven (2015). *Keuzeruimte in de langdurige zorg. Veranderingen van zorgpartijen en cliënten*. Den Haag: Centraal Planbureau/Sociaal Cultureel Planbureau.

Plaisier, I. en M. den Draak (2019). *Wonen met zorg. Verkenning van de particuliere woonzorg voor ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

ZorgImpuls (2017). *Samen voor kwetsbare ouderen 010. Regioanalyse keten kwetsbare ouderen Rotterdam*. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.zorgimpuls.nl.

Deze kaart citeren

Draak, M. den en I. Plaisier (2021). De systeemwereld sluit niet aan bij de leefwereld. In: *Passende zorg voor ouderen thuis: knelpunten in kaart*. Geraadpleegd op [datum] via <https://digitaal.scp.nl/passende-zorg-voor-ouderen-thuis/de-systeemwereld-sluit-niet-aan-bij-de-leefwereld>.

Publicatiedatum

8 juli 2021

Informatie noten

- 1 Een indicatie voor intramuraal verblijf wordt alleen afgegeven aan mensen met een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24-uurszorg in de nabijheid. Wanneer de oudere zelf in staat is om te alarmeren, is het oordeel dat van een dergelijke behoefte geen sprake is.
- 2 Zie ook 'Discussienota Zorg voor de Toekomst (https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2020Z22483&did=2020D47706)', p. 29]
- 3 Zie [Mediawijzer.net](https://www.mediawijzer.net), *Organisaties trekken aan de bel: 'Meer hulp nodig om ouderen online verder te helpen'* (<https://www.mediawijzer.net/ouderen-in-digitaal-nederland-2019/>).

Tekorten

Auteurs: [Inger Plaisier](#) en [Maaïke den Draak](#)

Tekorten in de middelen die nodig zijn om zorg te kunnen bieden aan ouderen worden zowel door geïnterviewden als in de literatuur genoemd als belangrijke bron van problemen bij het bieden van voldoende of passende zorg aan ouderen die dat nodig hebben. Het gaat daarbij niet alleen om krapte in financiering en daaruit voortvloeiende problemen met de capaciteit en passendheid van het aanbod en het gebrek aan tijd van zorgpersoneel, maar ook krapte op de arbeidsmarkt voor zorgpersoneel en onvoldoende woningaanbod voor ouderen spelen een rol.

Krappe financiering

Er zijn diverse signalen dat de bekostiging van de langdurige zorg niet altijd aansluit op wat in de praktijk nodig is (zie bv. De Booy et al. 2018; Feitsma en Kaper 2018; Glimmerveen et al. 2019; KPMG 2018). Bij de zorginkoop door gemeenten en zorgkantoren zou volgens verschillende geïnterviewden de nadruk te veel liggen op kostenbeheersing en te weinig op effectiviteit of doelmatigheid. Gemeenten die moeite hebben om de begroting sluitend te krijgen neigen om te bezuinigen op de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) (zie ook Non et al. 2015).¹ In de Wmo 2015 kunnen de verplichte aanbestedingstrajecten dan een prikkel voor zorg- en welzijnsaanbieders zijn om met een zo krap mogelijke financiering zo veel mogelijk aan gemeenten te willen leveren. Dat kan erg magere contracten opleveren.

‘Onder de kostprijs aanbieden’

[...] wat je dan ziet is dat grote welzijnsorganisaties met expansiedrang gewoon onder de kostprijs aanbieden. [...] dan is het een heel mager contract, dan wordt het echt op minimale basis uitgediend. Ja, dat is gewoon niet goed.

(Medewerker brancheorganisatie welzijn)

Volgens verschillende geïnterviewden is de financiering van aanbod in de Wet langdurige zorg (Wlz) niet altijd rendabel voor zorgaanbieders, bijvoorbeeld het verpleeghuisaanbod voor mensen met een lichte Wlz-indicatie. Medewerkers van een verpleeghuis leggen uit dat zij voor een afdeling voor mensen met een lichte indicatie in de praktijk net zo veel personeelsinzet nodig hebben als voor een afdeling voor mensen met zwaardere indicaties, terwijl er minder financiering per bewoner tegenover staat.

‘Doe maar een ZZP 6-afdeling want daar krijg ik tenminste voor betaald’

Als ik nu een afdeling zou hebben met 10 of 15 bedden ZZP 4, en je dan somatisch en PG [psychogeriatrisch] door elkaar hebt zitten, ja, hoe moet je dat gaan opvangen? Heb je aan personeelsbezetting net zo veel nodig als voor een ZZP 6-afdeling. Doe maar een ZZP 6-afdeling want daar krijg ik tenminste voor betaald.

(Medewerker verpleeghuis)

Volgens geïnterviewde professionals zou er ook te weinig financiering zijn voor voorwaardenscheppende handelingen door organisaties, zoals tijd voor samenwerking met andere hulpverleners, innovatie of experimenteerterruimte, of de inzet van een huisartsenpraktijk op vroegsignalering (zie ook kaart [De systeemwereld sluit niet aan bij de leefwereld](#) en kaart [Samenspel tussen organisaties](#)). Pilots en experimenten voor een integrale aanpak van zorg blijven vaak steken wanneer de extra financiering stopt (De Booys et al. 2018). Een geïnterviewde wijkverpleegkundige geeft aan dat de samenwerking tussen het medisch en sociaal domein vaak erg afhankelijk is van tijdelijke, projectmatige financiering en dat deze vaak geen stand houdt als de financiering stopt.

‘Zodra de financiering stopt, stopt deze interventie ook vaak’

Het draait alleen maar om geld. Heel vaak zie je inderdaad pilots over samenwerking tussen het sociaal en het medische domein. Dat loopt best aardig maar zodra de financiering stopt, stopt deze interventie ook vaak. Dat is triest.

(Wijkverpleegkundige)

Toch zijn er ook mensen die ervan overtuigd zijn dat het beschikbare geld niet per definitie te weinig is, maar dat het probleem er vooral in zit dat het niet op de juiste manier wordt besteed.

‘Dat er heel veel verdwijnt in allerlei miscommunicatie’

Ik ben ervan overtuigd dat als we het geld dat we hebben voor zorg en ondersteuning voor ouderen goed benutten, we echt genoeg hebben. Dat er heel veel verdwijnt in allerlei miscommunicatie. Met wisselingen, en te veel organisaties en te veel verschillende mensen, dat we het lef moeten hebben om dat te verminderen en te vereenvoudigen.

(Medewerker kennisorganisatie)

Capaciteitstekort

De vraag naar zorg neemt toe door het groeiende aantal ouderen, maar de capaciteit van de zorg groeit niet in gelijke tred mee (De Booys et al. 2019; De Klerk et al. 2019). Verpleeghuizen kunnen bijvoorbeeld de vraag niet aan. De krappe financiering heeft hierin zijn weerslag. Jaarlijks onderhandelen zorgaanbieders met het zorgkantoor en maken productieafspraken. Als tijdens het lopende jaar het productieplafond wordt bereikt dat is afgesproken met het zorgkantoor of de zorgverzekeraar, kunnen zorgaanbieders bijcontracteren, maar dat kost veel tijd (De Klerk et al. 2019). Ondertussen worden bedden of plekken gesloten omdat zorgaanbieders geen financiële risico's willen lopen (ZorgImpuls 2017). Daardoor moeten cliënten langer op de wachtlijst of – als langer wachten geen optie meer is – uitwijken naar een andere aanbieder, soms in een andere regio. Dat betekent voor die andere zorgaanbieders dat zij ouderen uit hun eigen regio niet altijd kunnen

bedienen wanneer het zorgkantoor cliënten uit andere regio's aandraagt. Dit werpt de vraag op of zorgkantoren de zorg wel op de juiste plekken inkopen, en of er wel een goede afstemming is met zorgaanbieders, huisartsen en gemeenten over wat er in een regio nodig is.

'Toen is de hele regio afgebeld voor een plek'

We hebben recent een situatie gehad met een cliënt die – echt dat ging thuis niet meer, maar woonde nog steeds thuis met een ZZP 4 – is ingestuurd door de huisarts naar het ziekenhuis. Het ziekenhuis denkt: die nemen wij niet op hè, want er is wel een probleem maar geen medisch probleem waardoor ze in het ziekenhuis moet verblijven. Toen is de hele regio afgebeld voor een plek. Er is nergens plek en toen hebben ze in [gemeente A] – nou, dat is voor onze mensen een wereldreis hè, het gaat maar over 20 kilometer denk ik, maar goed als je 80 bent... – die cliënt aangemeld als GRZ [geriatrische revalidatiezorg]. Dus zij is met valse voorwendselen ergens binnengeloost...

(Medewerker verpleeghuis)

Onvoldoende passend aanbod

Omdat ouderen langer thuis wonen met complexe gezondheidsproblemen is er behoefte aan een nieuwe zorgschil voor thuiswonende ouderen die de druk op ziekenhuisbedden kan verminderen: meer nachtzorg in de wijk, mogelijkheden voor zorg met een 'oppasfunctie', meer zorgmomenten per dag en specialistische ouderenzorg voor thuiswonende ouderen die voorheen alleen beschikbaar was in het verpleeghuis (Den Draak et al. 2021; De Klerk et al. 2019). Het geeft een andere zorgvraag en vraagt ook om ander aanbod. Zorg in de wijk sluit daar nog niet altijd op aan.

'Dus de oudere op zichzelf is al complexer'

Voorheen levensbedreigende ziekten – kanker, CVA [een hersenbloeding of beroerte] – waar je dood aan ging, die worden nu chronisch. Dus mensen worden gewoon ouder met meerdere aandoeningen tegelijkertijd. Daar komt de cognitieve problematiek nog bij, en eenzaamheid. Dus de oudere op zichzelf is al complexer. En gingen die ouderen vroeger eerder het verzorgingshuis/verpleeghuis in, blijven ze nu allemaal thuis. En dat geeft gewoon een heel andere zorgvraag en dat vraagt ook om heel ander aanbod.

(Medewerker kennisorganisatie)

Uit de interviews blijkt dat het inkoopbeleid van zorgkantoren en -aanbieders er soms ook toe leidt dat er wel een verblijfsplek in de regio is, maar dat deze op papier niet past bij de zorgbehoefte van een cliënt vanwege het type plek dat is ingekocht. Er is bijvoorbeeld alleen een plek voor iemand met een somatische zorgbehoefte, maar er is een plek bij psychogeriatricie nodig. Of er is een bed voor geriatrische revalidatiezorg beschikbaar, terwijl behoefte is aan eerstelijnsverblijf. Verpleeghuizen kunnen hierin niet zomaar schuiven.

Ook past het aanbod niet altijd bij de wensen van ouderen, zo blijkt uit de interviews en de literatuur. Er zijn bijvoorbeeld te weinig verblijfsplekken voor echtparen die samen willen blijven, en ook is er weinig (betaalbaar) woonzorgaanbod voor mensen met een lage Wlz-indicatie (zorgprofiel VV4) die de drempel naar een verpleeghuis te groot vinden (Plaisier en Den Draak 2018).

Dat het aanbod niet goed aansluit bij behoeften van ouderen komt soms ook door een tekort aan deskundigheid van de organisaties en zorgverleners die worden ingezet (zie ook De Booy et al. 2018). Medewerkers van een verpleeghuis ervaren bijvoorbeeld dat er weinig zorgaanbod is voor ouderen met psychiatrische problematiek, terwijl ook bij ouderen sprake kan zijn van (forse) psychiatrische problemen waardoor de reguliere thuiszorg en verpleeghuiszorg niet goed aansluiten.

‘Naar de psychiatrie kunnen ze nooit’

Een andere groep waar we mee te maken hebben, dat zijn mensen die zowel psychiatrische problemen hebben en thuis zitten en dan daarbij ook lichamelijke problemen krijgen en ja, dan is dat een discussie waar horen die mensen dan: is dit psychiatrie, is dat passend op een PG-afdeling [een psychogeriatrische zorgafdeling] of is het passend op een somatiekafdeling of moet het naar de psychiatrie? Naar de psychiatrie kunnen ze nooit want er is nooit een bed vrij dus daar kan je moeilijk iemand kwijt. Je kan vragen voor een advies maar als ze niet opgenomen zijn, komen ze niet eens...

(Medewerker verpleeghuis)

Te weinig tijd van professionals

Geïnterviewden menen dat in de Wmo 2015 vaak te lage indicaties worden afgegeven vanwege bezuinigingen, waardoor de zorgvraag van ouderen niet goed wordt bediend en er te weinig aandacht voor hun behoeften is. De inzet van uren huishoudelijke hulp is bijvoorbeeld resultaatgericht (een schoon huis) zonder oog te hebben voor het welzijn van de oudere. Of er wordt nog maar 2 in plaats van 4 uur huishoudelijke hulp geboden, waarin onvoldoende resultaat wordt behaald. Uit de literatuur blijkt daarnaast dat professionals in sociale wijkteams te weinig tijd krijgen om te kunnen doen wat ze zouden moeten doen; met name preventieve taken schieten erbij in (Kromhout et al. 2018).

‘Omdat er ook te weinig tijd is vaak’

[...] ik zie ook dat mensen niet de juiste zorg krijgen omdat er te weinig deskundigheid is, omdat er ook te weinig tijd is vaak dus reageert men heel reactief in plaats van proactief en dan ben je dus te laat om problemen te voorkomen en ook omdat er inderdaad zoals met psychiatrische problematiek vaak gewoon, men weet niet hoe ze daar mee om moeten gaan. Eenzaamheid komt heel vaak voor. Wat moet je met eenzaamheid? Nou ja dan gaan we maar weer elke avond ogen druppelen dan verzachten we nog enigszins de eenzaamheid. Ineffectieve zorg, gebeurt veel.

(Wijkverpleegkundige)

Er is ook vaak weinig tijd om in het netwerk van een cliënt te investeren, terwijl dit veel kan opleveren. Volgens een geïnterviewde medewerker van een kennisorganisatie zouden professionals meer proactief of outreachend [[Zorg op de plek waar de cliënt verblijft en waarbij de hulpverlener actief contact legt en houdt met de cliënt.](#)] gaan werken als zij meer vrijheid en vertrouwen krijgen van hun organisaties, wat ten goede komt aan de kwaliteit van leven van ouderen.

‘Want je doet de dingen die nodig zijn’

Als jij gaat zitten op ieder uurtje of iedere minuut, ja, dan krijg je ook iedere minuut. En als jij meer vrijheid geeft en het achteraf meer vanuit vertrouwen verwerkt, dan krijg je een ander..., en vaak is het niet duurder. Nee, want je doet de dingen die nodig zijn. Je gaat niet ineens iets heel anders doen.

(Medewerker kennisorganisatie)

Personeelstekort

Het tekort aan zorgpersoneel wordt steeds duidelijker zichtbaar in de zorg en ondersteuning van ouderen, en speelt vooral in de grote steden. Niet alleen groeit de behoefte aan zorgpersoneel door vergrijzing, ook de afnemende belangstelling voor het vak speelt een rol (zie bv. Francke et al. 2017; De Groot et al. 2018; IGJ 2019; Zorgimpuls 2017). Uit de interviews blijkt ook dat tijdgebrek van professionals doorwerkt in hun motivatie voor het werk, bijvoorbeeld bij de wijkverpleging. Veel wijkverpleegkundigen kunnen geen werkgever vinden waar ze hun werk kunnen uitvoeren zoals ze denken dat hun vak eruit zou moeten zien. Door problemen met het aantrekken van voldoende vast personeel werken zorgorganisaties ook met zzp'ers. Die zijn kostbaar en stellen hoge eisen, bijvoorbeeld aan de tijdstippen waarop ze werken (geen nacht- of weekenddienst) (zie ook Plaisier en Den Draak 2019). Een probleem is ook dat naast de zorgaanbieders die met een gemeente of zorgkantoor een contract hebben afgesloten, er ook zorgaanbieders actief zijn die ongecontracteerde zorg aanbieden. Zij kunnen soms betere arbeidsvoorwaarden bieden.

‘Omdat ze daar soms veel meer ruimte ervaren om betere zorg te verlenen’

Waarom denk je dat het verloop in de zorg zo groot is? Waarom denken we dat die ongecontracteerde zorg zo enorm groeit? Dat hele systeem houdt dat in stand en zorgt daarvoor. Als die gecontracteerde zorgaanbieders zo de pin op de neus krijgen: je mag maximaal 10 uur in de week aan zorg aanbieden of je mag maar 7000 per jaar, dat betekent alle cliënten met een wat grotere zorgvraag, die willen ze niet want dat is ten nadele dus die komen bij de ongecontracteerde terecht. Waarom gaan zorgverleners bij ongecontracteerde zorgaanbieders werken? Omdat ze daar soms veel meer ruimte ervaren om betere zorg te verlenen, omdat daar soms de regeldruk wat minder is.

(Wijkverpleegkundige)

Het personeelsgebrek werkt door in het capaciteitstekort. In het geval van personeelsgebrek kan bijvoorbeeld een crisisbed in een verpleeghuis niet vrijgegeven worden.

Naast het tekort aan betaalde beroepskrachten neemt ook het aantal vrijwilligers in de zorg af. Een van de verklaringen daarvoor is dat mensen meer en langer betaald werken en geen tijd meer hebben voor vrijwilligerswerk (De Boer et al. 2021).

Niet genoeg geschikte woningen

De woningvoorraad van geschikte woningen voor ouderen schiet tekort. Dit aspect speelt met name in grote steden, waar zich veel etage- en portiekwoningen bevinden die vaak niet geschikt zijn voor ouderen (Den Draak et al. 2021; De Klerk et al. 2019). In krimpregio's speelt het gebrek aan voorzieningen in de nabijheid een rol. Ouderen die in een niet-geschikte woning wonen zijn minder zelfredzaam: zij hebben vaker hulp nodig bij het doen van boodschappen of bij de zelfverzorging. Zij kunnen ook vaak niet thuis revalideren na een ziekenhuisopname (ze kunnen de trap niet op of ruimtes zijn te krap voor een rolstoel). Ook zijn woningen die wel toegankelijk zijn voor ouderen niet altijd geschikt omdat ze te duur zijn voor ouderen of mensen met een beperking.

Analyse: de tekorten aan de middelen hangen onderling met elkaar samen

De tekorten die spelen op het gebied van financiën, zorgaanbod, personeelsaanbod en passend woonaanbod voor ouderen zijn sterk aan elkaar gerelateerd. Een tekort in het ene domein heeft gevolgen voor het andere. Zo hangen financiële middelen en het personeelsaanbod onderling samen en zijn voorwaardelijk voor voldoende aanbod, terwijl een gebrek aan passende woningen voor ouderen leidt tot een grotere vraag naar verblijfsplekken in de ouderenzorg.

Literatuur

Boer, A. de, M. de Klerk, D. Verbeek-Oudijk en I. Plaisier (2020). *Blijvende bron van zorg. Ontwikkelingen in het geven van informele hulp 2014-2019*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Booys, M. de, D. Achterbergh, A. de Lange, C. Mastenbroek, C. Klop en J.-W. Dik (2018). *Startnotitie Naar reguliere integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis*. Diemen: Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd 10 september 2020 via www.zorginstituutnederland.nl.

Draak, M. den, S. Kooiker en I. Koper (2021). Langer thuis wonen van ouderen met een zorgbehoefte. In: L. van Noije, D. Verbeek-Oudijk en J. de Haan (red.), *Kwesties voor het kiezen 2021. Analyse van vijf urgente maatschappelijke vraagstukken voor de komende kabinetsperiode* (p. 199-252). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Feitsma, M. en M. Kaper (2018). *Kijk op de keten. Knelpunten, opgaven en inspirerende initiatieven. Ouderenzorg in de provincie Drenthe*. Assen: Trendbureau Drenthe. Geraadpleegd 19 februari 2021 via <https://trendbureaudrenthe.nl>.

Francke, A.L., P.M. Rijken, K. de Groot, A.J.E. de Veer, K.A.M. Verkleij en H.R. Boeije (2017). *Evaluatie van de wijkverpleging. Ervaringen van cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals. Deevaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg*. Utrecht: Nivel. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.nivel.nl.

IGJ (2019). *Kwetsbare oudere in Best staat centraal in zorgnetwerk van huisarts, praktijkondersteuner en wijkverpleegkundige*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.igj.nl.

Glimmerveen, L., L. Stouthard en K. Benning (2019). *Van thuis naar het verpleeghuis. Op weg naar een soepele overgang*. Utrecht: Vilans. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.rijksoverheid.nl.

Groot, K. de, A. de Veer, S. Versteeg en A. Francke (2018). *Het organiseren van langdurige zorg en ondersteuning voor thuiswonende patiënten. Ervaringen van praktijkondersteuners in de huisartsenzorg*. Utrecht: Nivel. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.nivel.nl.

Klerk, M. de, D. Verbeek-Oudijk, I. Plaisier en M. den Draak (2019). *Zorgen voor thuiswonende ouderen. Kennissynthese over de zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

KPMG (2018). *Juiste zorg op de juiste plek. Onderzoek naar condities en consequenties (Definitieve rapportage ten behoeve van bespreking in de taskforce Zorg op Juiste Plek)*. Amstelveen: KPMG. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.zonmw.nl.

Kromhout, M., N. Kornalijnslijper en M. de Klerk (2018). *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking. Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Plaisier, I. en M. den Draak (2019). *Wonen met zorg. Verkenning van particuliere woonzorg voor ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

ZorgImpuls (2017). *Samen voor kwetsbare ouderen 010. Regioanalyse keten kwetsbare ouderen Rotterdam*. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.zorgimpuls.nl.

Deze kaart citeren

Plaisier, I. en M. den Draak (2021). Tekorten. In: *Passende zorg voor ouderen thuis: knelpunten in kaart*. Geraadpleegd op [datum] via <https://digitaal.scp.nl/passende-zorg-voor-ouderen-thuis/tekorten>.

Publicatiedatum

8 juli 2021

Informatie noten

- 1 Meerdere verzamelde krantenartikelen hadden bezuinigingen op de Wmo 2015 door de gemeente als onderwerp.

Samenspel tussen organisaties

Auteurs: [Inger Plaisier](#) en [Maaïke den Draak](#)

Bij de uitvoering van de zorg en ondersteuning voor ouderen zijn vele instanties, organisaties en beroepsgroepen betrokken. Denk bijvoorbeeld aan gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren, huisartsen, wijkverpleging, ziekenhuizen, thuiszorgorganisaties en welzijnsorganisaties. Dat wordt alleen maar meer nu ouderen met complexere problematiek langer zelfstandig wonen. Het samenspel tussen deze organisaties en de onderlinge verhoudingen zijn van invloed op de zorg en ondersteuning die een oudere uiteindelijk ontvangt. Dat samenspel verloopt lang niet altijd vlekkeloos, zo blijkt uit de literatuur en de interviews. Het ontbreekt vaak aan een gezamenlijke visie en gezamenlijke doelen, maar ook de onderlinge communicatie en gegevensuitwisseling zijn regelmatig onvoldoende.

‘Waardoor je deeloplossingen krijgt in plaats van een echte integrale aanpak’

Ik denk dat er niet altijd een integrale aanpak is. Dus de verschillende elementen, [zoals] de huisarts, geriater, de gemeente, maar ook de zorgprofessionals die door de gemeente worden aangesloten, het is niet één integraal netwerk waardoor je [...] elke keer je verhaal vertelt waardoor je deeloplossingen krijgt in plaats van een echte integrale aanpak.

(Medewerker ouderenbelangenorganisatie)

Het ontbreken van een gezamenlijke visie en doelen

Het ontbreekt de diverse instanties, organisaties en beroepsgroepen die bij een oudere betrokken zijn regelmatig aan een gezamenlijke visie en gezamenlijke doelen, blijkt uit de interviews en de literatuur (De Booy et al. 2018; De Bruin et al. 2018). Iedere betrokken zorgorganisatie voert haar deel van de zorg en ondersteuning uit. Maar vaak is er geen of onvoldoende sprake van een samenwerkend team, gedeelde verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid, en overkoepelend leiderschap of afspraken over regie (zie bv. IGJ 2018a; Van de Maat 2019; ZorgImpuls 2017). Verschillende factoren spelen een rol, zo leggen diverse geïnterviewden uit. De betrokken partijen hebben ieder hun eigen belang waardoor ze niet op één lijn zitten. Ze hebben bijvoorbeeld te maken met verschillende wetgeving, regels en uitgangspunten/doelen (zie kaart [Schotten in de zorg en ondersteuning](#)). Wanneer organisaties vergelijkbare diensten leveren, kunnen concurrentie-afwegingen en marktdenken ook een goede onderlinge samenwerking in de weg staan.

‘Dus dan krijg je al die kleine buurtzorg- en thuiszorgorganisaties in 1 wijkje’

Dus dat systeem... en ik snap de keuzes en politiek Den Haag, want het gaat natuurlijk allemaal om het geld, de gemeenten hebben de Wmo-zorg [Zorg vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.] gekregen met een fikse korting, de zorgverzekeraars die moesten marktwerking hebben, dus dan krijg je al die kleine buurtzorg- en thuiszorgorganisaties in 1 wijkje.

(Medewerker ouderenbelangenorganisatie)

Bovendien brengen aanbestedingsprocedures onzekerheid met zich mee voor zorgaanbieders waardoor zij enkel nog voor de korte termijn plannen maken en de continuïteit van samenwerkingsprojecten gevaar loopt. Ook kunnen bij een financiële investering door de ene partij de financiële baten bij een andere partij terechtkomen. Een voorbeeld: de uitgaven die gemeenten doen aan preventie en Wmo-voorzieningen besparen kosten voor zorgverzekeraars en de Wlz. Daarnaast verschillen organisaties en beroepsgroepen in cultuur en taal van elkaar (zie ook De Booy et al. 2018; De Bruin et al. 2018; Glimmerveen et al. 2019). Ze begrijpen elkaar niet altijd goed en werken vanuit een andere visie en werkwijze. Met name tussen het medische domein (zorgdomein) en het sociaal domein (welzijnsdomein) is de ervaren kloof groot (zie ook Feitsma en Kaper 2018; Van de Maat 2019).

‘Als we bijvoorbeeld beter zouden samenwerken met het sociaal domein’

Naar mijn idee, als we bijvoorbeeld beter zouden samenwerken met het sociaal domein, kan ons bordje juist wat leger.

(Huisarts)

‘Welzijn heeft een andere taal dan de huisarts’

Bij Welzijn op recept proberen we dat te verbinden met elkaar, ja. En dan nog, de communicatie is wel een aandachtspunt. Welzijn heeft een andere taal dan de huisarts en dat is een van de dingen waar je dus voor de continuïteit en het borgen wel heel erg op moet letten, de communicatie. [...] Wat Welzijn ook weleens vergeet, is, dan wordt er verwezen en dan heb je met mevrouw Jansen een gesprek en op een goede, positieve manier gaat ze dingen doen, en dan komt er geen terugkoppeling naar die huisarts of er komt een heel epistel waarvan die man denkt: joh, wat gaan we nou allemaal weer doen.

(Medewerker brancheorganisatie welzijn)

Onvoldoende onderlinge communicatie en gegevensuitwisseling

De organisaties en professionals die bij een oudere betrokken zijn, communiceren onvoldoende en wisselen onvoldoende informatie met elkaar uit (zie bv. De Booy et al. 2018; De Bruin et al. 2018; IGJ 2018a; IGZ 2017; De Klerk et al. 2019). Dit blijkt niet alleen uit de literatuur, maar werd ook bevestigd in de verschillende interviews.

‘Zoek het maar uit’

Stel dat je geopereerd bent en je hebt revalidatie gehad en je gaat weer naar huis, dat er [dan] thuis ook informatie is over wat je dan wel en niet kan doen, en hoe. En dat er gekeken wordt of er genoeg ondersteuning thuis is of niet. En vaak is het nu zo: zoek het maar uit. [...] En dat zijn allemaal van die scheidslijnen waarvan ik denk: ja, daar gaat het heel vaak mis. Medicatie is niet goed afgesproken, de

huisarts heeft geen idee wat eigenlijk dan van belang is. Er wordt aanvankelijk heel zware medicatie ingezet. Nou, dat zijn allemaal van die dingen die heel belangrijk zijn om juist net wel die ondersteuning te geven, zodat het ook goed gaat en mensen dus niet weer terugkomen [...]. En dat kun je voorkomen door echt ook goed te informeren en ook te laten weten wat er nodig is, maar ook af te stemmen met de hulpverleners rondom thuis.

(Medewerker kennisorganisatie)

Verscheidene belemmeringen spelen een rol, blijkt uit de interviews en de literatuur. Zo kunnen zorgorganisaties niet of slecht bereikbaar zijn voor collega's van andere organisaties, met name buiten kantoortijden. Ook maken zorgorganisaties vaak geen of onvoldoende afspraken met elkaar. Het gaat bijvoorbeeld om afspraken om elkaar te informeren over beschikbare capaciteit, afspraken over wie vanuit welke organisatie het aanspreekpunt is, afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden of afspraken over hoe te handelen bij grensvraagstukken. Hierdoor is er in de praktijk onvoldoende afstemming of kost de afstemming steeds opnieuw tijd. Ook kan het zijn dat het aanbod van voorzieningen in de regio onvoldoende op elkaar aansluit. Dat kan komen doordat zorgorganisaties onderling te weinig met elkaar afstemmen, maar ook doordat gemeenten niet een aaneensluitend aanbod hebben ingekocht. Bovendien maakt versnippering van het aanbod het voor alle betrokkenen lastig te overzien welke voorziening of dienst door welke organisatie geleverd wordt en in welke gemeente of wijk.

'Het gaat ook om afstemming'

(Respondent 1): *[...] als er dan te weinig plekken zijn dan zeg ik: ja, maar het is niet alleen de verantwoordelijkheid van het zorgkantoor, het gaat ook om afstemming van huisarts, zorgaanbieder en zorgkantoor, die moeten met zijn drieën kijken wat is de behoefte in die regio.*

(Respondent 2): *En gemeente.*

(Respondent 1): *Ja natuurlijk, ja, sorry, die moet er sowieso bij.*

(Specialist ouderengeneeskunde in eerste lijn (respondent 1) en huisarts (respondent 2))

Het beleid en de infrastructuur van de gemeenten voorzien ook niet altijd in overlegstructuren. In een heel aantal gemeenten of wijken worden wel multidisciplinaire overleggen gehouden, maar daar zijn niet altijd alle organisaties en professionals bij betrokken. Bijvoorbeeld omdat veel verschillende zorgorganisaties in de gemeente werkzaam zijn. Daarnaast kan de houding die een organisatie aanneemt ook een drempel vormen in de samenwerking met andere organisaties. Sommige organisaties zijn vooral op zichzelf gericht en te weinig op samenwerking. Zij investeren niet in het onderhouden van onderlinge contacten met andere organisaties en remmen daarmee medewerkers af die dat wel willen. Soms willen ze te veel werkzaamheden bij zichzelf houden, maar het kan ook zijn dat organisaties juist taken op elkaar afschuiven, bijvoorbeeld de meer complexe of de minder rendabele taken.

‘Dus er worden ook geen afspraken gemaakt’

Als een gemeente totaal niet geïnteresseerd is in überhaupt het welzijnswerk, er zijn natuurlijk gewoon gemeentes die hebben het welzijnswerk wegbezuinigd en die zijn ook helemaal niet geïnteresseerd in sociaalachtige, participatieachtige activiteiten. En op het moment dat er binnen zo'n gemeente heel weinig gebeurt op dat sociale domein, zie je ook dat dat ook invloed heeft op de huisartsen, de wijkverpleegkundigen etc. Er wordt helemaal niet gefaciliteerd om elkaar te ontmoeten, dus er worden ook geen afspraken gemaakt.

(Medewerker kennisorganisatie)

Het ontbreken van de middelen om samen te werken

Goede communicatie en gegevensuitwisseling kunnen ook belemmerd worden door het ontbreken van de middelen om samen te werken (zie ook kaart [Tekorten](#)). Samenwerken vraagt investering van tijd, menskracht en geld. Zorgorganisaties moeten veelal zelf tijd en geld investeren in samenwerkingsactiviteiten en dat vormt een barrière. Voor overleg en afstemming is vaak geen financiële vergoeding beschikbaar, bijvoorbeeld omdat deze niet gedeclareerd kunnen worden als cliëntgebonden uren (zie ook kaart [De systeemwereld sluit niet aan bij de leefwereld](#) en kaart [Tekorten](#)). Soms is wel projectmatige financiering beschikbaar maar zijn op de lange termijn de financiële middelen te onzeker en instabiel.

‘Wie financiert dat dan?’

(Respondent 1): *Ga proactief ergens mee aan de gang en zorg dat je dan op dat gebied de ouderenzorg in dat stukje, ja, verbetert met elkaar. Ja. [...]*

(Respondent 2): *En ook dan heb je natuurlijk gewoon wel een lastige: je dag zit vol en je moet ook naar het ziekenhuis en je moet ook nog ...*

(Respondent 1): *Ja en wie financiert dat dan? Ik bedoel wat ik nu schets met die huisartsenpraktijk is omdat ik daar zelf gewoon heel veel eigen tijd in heb gestopt en dan komt er wel weer een consult uit en dan denk ik: oké, nou het consult dat vergoedt dan wel weer wat ik geïnvesteerd heb. Dat is natuurlijk ook niet helemaal in verhouding, maar je ziet gewoon dat het dan wel makkelijker wordt en dat je elkaar gaat leren kennen, maar dat is wel een proces van toch, nou hoelang ben ik al bezig, een jaar of 9 denk ik zo.*

(Specialist ouderengeneeskunde in eerste lijn (respondent 1) en huisarts (respondent 2))

‘Want samenwerking kost tijd. En op een of andere manier moet het allemaal gratis’

(Respondent): *Nou ja, gelukkig bij VWS [ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport] zijn ze nu bezig om eens te kijken om, laat maar zeggen, dure gespecialiseerde zorgkosten een stukje daarvan naar die voorkant te halen.*

(Interviewer): *Naar de Zorgverzekeringswet?*

(Respondent): *Ja. Om daar MDO's [multidisciplinair overleg] zoals ze dat noemen, multidisciplinair overleg, om die betaald te krijgen, zodat als de sociaal werker er zit dat die er ook voor betaald krijgt. Want samenwerking kost tijd. En op een of andere manier moet het allemaal gratis en een ander komt alleen maar als hij betaald wordt.*

(Medewerker brancheorganisatie welzijn)

De uitwisseling van informatie tussen organisaties wordt daarnaast belemmerd door het ontbreken van een integraal software- en informatiesysteem, vertelde onder meer een medewerker van een toezichthoudende instantie (zie ook De Booy et al. 2018; De Bruin et al. 2018). Organisaties gebruiken systemen die onderling van elkaar verschillen. Dit bemoeilijkt het delen van informatie. Hierdoor vindt bijvoorbeeld bij verhuizing naar het verpleeghuis de overdracht vaak niet, onvolledig of incorrect plaats (Glimmerveen et al. 2018). Het delen van informatie tussen professionals en zorgorganisatie wordt ook bemoeilijkt door privacywetgeving.¹ Ook stellen organisaties en gemeenten zelf regels en protocollen op voor de uitwisseling van gegevens. Professionals geven aan dat de huidige wet- en regelgeving in de weg staat van een goede communicatie en overdracht tussen zorg- en hulporganisaties. Daarnaast is sommige informatie ook niet beschikbaar omdat deze simpelweg niet verzameld wordt. Zo ontbreekt vaak informatie over de beschikbare (bedden)capaciteit.

Analyse: problemen in samenspel vooral zichtbaar op grensvlakken en bij overgangen

In de zorg voor thuiswonenden ouderen kunnen veel verschillende actoren betrokken zijn. Er is echter niet altijd sprake van een gezamenlijke visie en gezamenlijke doelen en ook de onderlinge communicatie en gegevensuitwisseling zijn regelmatig onvoldoende. Knelpunten en problemen als gevolg van een slecht samenspel tussen de betrokken organisaties doen zich vooral voor op grensvlakken en bij overgangen tussen wetten, financieringsbronnen en professionele domeinen (zie kaart [Schotten in de zorg en ondersteuning](#)). Onderdelen waarbij regelmatig problemen worden ondervonden zijn:

- de overgang van het ziekenhuis naar huis;
- de overgang van tijdelijk verblijf in een zorginstelling naar huis;
- de overgang van thuis naar het verpleeghuis;
- samenwerking tussen het medische domein (zorgdomein) en het sociaal domein (welzijnsdomein).

Literatuur

Booy, M. de, D. Achterbergh, A. de Lange, C. Mastenbroek, C. Klop en J.-W. Dik (2018). *Startnotitie Naar reguliere integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis*. Diemen: Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd 10 september 2020 via www.zorginstituutnederland.nl.

Bruin, S. de, L. Lemmens, C. Baan, A. Stoop, M. Lette, M. Boorsma, G. Nijpels, N. Zonneveld, L. Stouthard, M. Spierenburg en M. Minkman (2018). *Sustainable tailored integrated care for older people in Europe (SUSTAIN-project). Lessons learned from improving integrated care in the Netherlands*. Bilthoven/Utrecht: SUSTAIN. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.sustain-eu.org.

Feitsma, M. en M. Kaper (2018). *Kijk op de keten. Knelpunten, opgaven en inspirerende initiatieven. Ouderenzorg in de provincie Drenthe*. Assen: Trendbureau Drenthe. Geraadpleegd 19 februari 2021 via <https://trendbureaudrenthe.nl>.

Glimmerveen, L., L. Stouthard en K. Benning (2019). *Van thuis naar het verpleeghuis. Op weg naar een soepele overgang*. Utrecht: Vilans. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.rijksoverheid.nl.

IGJ (2018a). *Kwetsbare oudere in Harlingen staat centraal in zorgnetwerk. Meer afstemming nodig met mantelzorgers*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.igj.nl.

IGZ (2017). *Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.igj.nl.

Klerk, M. de, D. Verbeek-Oudijk, I. Plaisier en M. den Draak (2019). *Zorgen voor thuiswonende ouderen. Kennissynthese over de zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Maat, J.W. van de (2019). *Integrale ouderenzorg gebaat bij goede samenwerking professionals. 4 knelpunten die integrale ouderenzorg bemoeilijken*. Geraadpleegd 18 september 2019 via www.movisie.nl.

ZorgImpuls (2017). *Samen voor kwetsbare ouderen 010. Regioanalyse keten kwetsbare ouderen Rotterdam*. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.zorgimpuls.nl.

Deze kaart citeren

Plaisier, I. en M. den Draak (2021). *Samenspel tussen organisaties*. In: *Passende zorg voor ouderen thuis: knelpunten in kaart*. Geraadpleegd op [datum] via <https://digitaal.scp.nl/passende-zorg-voor-ouderen-thuis/samenspel-tussen-organisaties>.

Publicatiedatum

8 juli 2021

Informatie noten

- 1 De Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) sinds mei 2018, de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP) daarvoor en andere wetten die regels geven voor de verwerking van persoonsgegevens, zoals de Wmo 2015.

Handelingen in de uitvoering

Auteurs: [Maaike den Draak](#) en [Inger Plaisier](#)

Bij de uitvoering van de zorg en ondersteuning voor ouderen zijn veel organisaties en professionals betrokken. Dat zijn de zogenoemde ‘handen aan het bed’, maar ook mensen die bijvoorbeeld als manager of beoordelaar vorm geven aan de organisatie van de zorg en ondersteuning. De handelingen van al deze organisaties en mensen tezamen leiden tot de zorg en ondersteuning die een oudere in de praktijk krijgt. Een aantal aspecten in de uitvoering kan belemmerend werken voor passende zorg en ondersteuning. Uit de literatuur en uit de interviews met deskundigen komt naar voren dat het daarbij kan gaan om zowel het ontbreken van de juiste kennis en deskundigheid als het ontbreken van de juiste vaardigheden en werkhouding. En soms krijgen professionals onvoldoende ruimte om hun kennis en vaardigheden op de juiste manier in te zetten.

Het ontbreken van de juiste deskundigheid

Veel organisaties zijn geneigd om lagergeschoolde zorgmedewerkers in te zetten die goedkoper zijn, bijvoorbeeld een casemanager [[Een vaste begeleider met regiefunctie voor cliënt en naasten, die onder meer de samenwerking tussen betrokken organisaties en hulpverleners coördineert.](#)] zonder verpleegkundige achtergrond, vertellen 2 verpleegkundigen. Dit kan tot gevolg hebben dat een bepaalde deskundigheid ontbreekt, dat zorgmedewerkers minder goed de situatie en de onderliggende problematiek kunnen doorzien of dat zorgmedewerkers minder getraind zijn in het signaleren van problemen en het preventief werken (zie ook De Booys et al. 2018). Tegelijkertijd vraagt het toenemende aantal ouderen dat met complexere zorgvragen thuis woont om specifieke deskundigheid in de eerste lijn¹ en de tweede lijn.² Het gaat om kennis over – en affiniteit met – ouderen, (psycho)geriatrie en ouderengeneeskunde. Nu schiet deze kennis in de wijk vaak nog tekort en bieden ziekenhuizen te weinig gespecialiseerde afdelingen en diagnostiek voor ouderen.

‘De goedkoopst mogelijke kracht’

We hebben natuurlijk – nog steeds – een trend gehad van wie mag deze handeling uitvoeren, de goedkoopst mogelijke kracht, terwijl daar dus kennis ontbreekt om de juiste dingen te doen want je kan wel keurig driemaal daags die medicijnen gegeven hebben maar ondertussen niet signaleren wat de verdere gevolgen zijn van Alzheimer; dat iemand niet meer eet, niet meer voor zichzelf zorgt, ik noem maar wat. Dat signaleren ze vaak niet, omdat ze niet weten waar ze op moeten letten. Nou, dan heb je de poppen aan het dansen, dan zien we mensen vallen, blaasontsteking en delier, hop ziekenhuisopname. Ook die mensen vind ik tussen wal en schip raken omdat ik vind dat we een te laag deskundigheidsniveau hebben in de wijk en ook een beperkt deskundigheidsniveau als we het hebben over [...] de combinatie met psychiatrische problematiek, ook dat zijn mensen die tussen wal en schip raken. Ik zie dat daar te weinig competenties zijn in de wijk om daar goed mee om te gaan en daar wordt niet de juiste zorg ingezet.

(Wijkverpleegkundige)

Onvoldoende op de hoogte van de regelingen

Zorgprofessionals zijn niet altijd op de hoogte van alle bestaande regelgeving en regelingen (zie onder meer Glimmerveen et al. 2019). Huisartsen en wijkteams weten bijvoorbeeld niet altijd wanneer mensen voor een indicatie in aanmerking komen, welke formulieren ingevuld moeten worden en welke rol zij kunnen spelen als verwijzer. Soms worden ouderen daardoor niet goed doorverwezen of worden indicaties te laat aangevraagd. Ook de mogelijkheid van onafhankelijke cliëntondersteuning is bij professionals niet goed bekend (Glimmerveen et al. 2019; De Groot et al. 2018).

Onvoldoende bekend met elkaars werk

Bij ouderen die (zouden moeten) worden doorverwezen, wordt niet altijd de juiste professie ingezet. Dat komt mede doordat professionals elkaar vaak niet kennen of niet weten te vinden, zoals blijkt uit zowel de interviews als de literatuur. Zij zijn onvoldoende bekend met het vakgebied, de werkwijze, mogelijkheden en het aanbod van andere beroepsgroepen. Met name de scheiding tussen de medische wereld en het sociaal domein is een veelgenoemde barrière (zie ook Van de Maat 2019).

‘Ik heb nog onvoldoende contacten gelegd binnen het sociaal domein’

Dat trek ik mezelf ook aan. Ik heb nog onvoldoende contacten gelegd binnen het sociaal domein. [...] En ik heb wel eens iemand uitgenodigd en die verwees dan naar de website. Ja, dat schiet natuurlijk niet op.

(Huisarts)

Het ontbreken van de vaardigheden en juiste houding voor samenwerking

In de samenwerking met andere professionals en organisaties spelen de vaardigheden en de houding van de professional een rol. Zorgprofessionals die onvoldoende op de hoogte zijn van het aanbod van andere zorgorganisaties en beroepsgroepen, zouden zelf proactief kunnen zoeken naar informatie en netwerken. Of aan hun cliënt kunnen vragen welke hulpverleners nog meer betrokken zijn en contact met hen leggen. Maar de netwerkgedachte is nog lang niet altijd onderdeel van het denken en doen van zorg- en hulpverleners, concludeert ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ, voorheen IGZ)³ in een aantal van hun rapporten (IGJ 2018a, 2018b, 2019; IGZ 2017). Professionals zijn bijvoorbeeld geneigd om (te) veel zelf te doen of binnen de eigen professie op te lossen, vertellen geïnterviewden. Zoals een wijkverpleegkundige die wel denkt aan wat zij kan betekenen voor de oudere, maar niet denkt aan de mogelijkheden van sociaal werk. Anderen hebben weinig vertrouwen in de kunde van voor hen onbekende professionals, omdat zij te weinig weten over elkaars werk en kwaliteiten. Het bekende spreekwoord onbekend maakt onbemind gaat hier op (zie ook De Bruin et al. 2018).

‘Elkaars kwaliteiten kennen is ook wel een belangrijk iets’

(Respondent): *Dan moet je dat ook gewoon slim inrichten, het is handig dat welzijn en dat zou ik zeker naar onze leden toe zeggen, van probeer bij wijze van spreken het kamertje naast de huisarts te huren of te gaan zitten, dat je elkaar even vindt bij het koffiezetapparaat, want daar gaat het over. Dat je even de boterham met elkaar eet en dan hebben we het er even over en zo simpel is dat, weet je en die huisarts heeft er ook voldoende aan om het vertrouwen te hebben van o, ik weet wat hij of zij doet, dat is in orde en als ik die terugkoppeling krijg van mevrouw Jansen die is daar en daarheen, dat dat voldoende is. Want dat is natuurlijk ook wel een beetje eigen aan die huisarts, dan willen ze overal in meegaan en weten van wat gebeurt daar dan en hoezo dan. Dus elkaars kwaliteiten kennen is ook wel een belangrijk iets. [...]*

Dat het niet meer gaat over die huisarts of de welzijnswerker, het gaat om het netwerk. [...] Het is niet meer van deze tijd om je te presenteren als organisatie, je moet je als netwerk presenteren en organiseren.

(Interviewer): *Netwerk rond?*

(Respondent): *Rond ouderen en dat betekent dus van de ggz [geestelijke gezondheidszorg] tot sociaal werk tot huisarts en de wijkverpleegkundigen en wat ook maar.*

(Medewerker brancheorganisatie welzijn)

Wanneer meerdere professionals bij dezelfde oudere zijn betrokken delen zij niet altijd alle informatie, stemmen zij niet altijd goed met elkaar af, maken ze onvoldoende afspraken over wie de regie heeft en zijn zij niet altijd goed voor elkaar bereikbaar (m.n. buiten kantoortijden) (zie ook kaart [Samenspel tussen organisaties](#)). Dit blijkt zowel uit de interviews als de literatuur (zie bv. De Booy et al. 2018; De Bruin et al. 2018). Ook de overdracht naar een andere zorgprofessional kan vaak beter, vertellen enkele geïnterviewden, bijvoorbeeld door niet naar een website te verwijzen maar warm over te dragen, door het cliëntdossier goed bij te houden of door de oudere pas uit het ziekenhuis te ontslaan wanneer de zorg thuis goed geregeld is (zie ook Westhoff et al. 2019).

Een beperkte taakopvatting

Professionals zijn veelal gefocust op het overnemen van concrete handelingen van ouderen zonder daarbij oog te hebben voor het grotere plaatje, vertellen verschillende geïnterviewden. Hierdoor kan de oudere vaardigheden verliezen en heeft de professional onvoldoende zicht op de vraag achter de vraag. Soms nemen professionals geen verantwoordelijkheid omdat zij menen dat bepaalde taken niet tot hun werkzaamheden behoren. Problemen worden daardoor niet gesignaleerd, niet opgepakt of op een ander afgeschoven. Een van de kritieken is ook dat professionals en zorgorganisaties nog onvoldoende persoonsgericht werken. Er is bijvoorbeeld onvoldoende oog voor de toekomstwensen die de oudere heeft of de informatievoorziening aan de oudere en de familie schiet tekort. Veel professionals hebben jarenlang te horen gekregen dat ze handelingsgericht moeten werken, dat ze niet te veel vooruit of buiten hun eigen pakket moeten denken en dat ze iedere minuut moeten declareren. Zij hebben zich een cultuur eigen gemaakt waarin goed werknemerschap (in tegenstelling tot professionaliteit) en het opvolgen van protocollen centraal stonden. Dat maakt het moeilijk voor professionals om vanuit een ander perspectief te gaan werken.

‘Niet bedenkende dat iemand zelf die medicijnen niet op kan halen’

Ik ken ze ook, hè. En dan vanuit een revalidatiecentrum of een verpleeghuis naar huis, ze geven keurig een recept mee, niet bedenkende dat iemand zelf die medicijnen niet op kan halen. Dus wij hebben ons best gedaan en hier houdt het op hè, hier is de deur, iemand loopt weg en wat er daarna gebeurt...

(Wijkverpleegkundige)

‘We hebben ook heel veel verzorgenden fout opgeleid, omdat ze allemaal uurtje factuurtje doen’

Ik denk dat iedereen die betrokken is in de ouderenzorg, die heeft hart voor ouderen. Daar ben ik van overtuigd. Niemand wil het slechtste. Alleen door de manier waarop we de dingen organiseren, raken mensen murw. En doen ze uiteindelijk minder de dingen die uiteindelijk ook voor de patiënt het beste zouden zijn. We hebben ook heel veel verzorgenden fout opgeleid, omdat ze allemaal uurtje factuurtje doen. Ze zijn helemaal in een soort strak stramien ingericht, terwijl ze bijna niet meer zelf mogen nadenken. Gelukkig komt dat weer terug hoor, maar dat is wel wat we jaren gedaan hebben. Dat heb je ook niet zomaar afgeleerd.

(Medewerker kennisorganisatie)

Het ontbreken van ruimte voor de professional

Soms ervaren professionals niet de ruimte om te doen wat volgens hun eigen professionele mening nodig is, zo wordt in de interviews aangegeven. Dat kan voortkomen uit het beleid en de cultuur binnen hun eigen zorgorganisatie, maar kan ook het gevolg zijn van bestaande regelingen, budgetten, procedures en afspraken met andere organisaties, zoals de gemeente of de zorgverzekeraar. Buiten de eigen kaders denken kan dan betekenen dat de eigen zorgorganisatie financieel de knip op de neus krijgt. Soms ook blijken ingezette innovaties geen werkelijke veranderingen met zich mee te brengen. Dit alles kan ontmoedigend werken en sommige zorgprofessionals besluiten daardoor om als zelfstandige te gaan werken of ander werk te zoeken.

‘Dit is het nieuwe concept, ga het maar zo doen’

En dan wordt er vaak gezegd van: geef de ruimte terug aan de professional, dan krijgen we dat hele gebeuren van hè, Jos de Blok heeft zelfsturende teams, oh de hele wereld gaat [over op] zelfsturende teams. Maar niet nadenken ook, past dat bij de visie vanuit ons huis of vanuit onze werkwijze? Hoe gaan we dat dan inrichten? Hoe gaan we mensen faciliteren? Nee, het wordt gewoon, pok, gedropt als zijnde: dit is het nieuwe concept, ga het maar zo doen. [...] Het wordt een soort blauwdruk waarin je denkt: ok, we halen alle teammanagers eruit, iedereen gaat het zelf doen. Mensen gaan niet ineens iets anders doen, vanzelf. Dus wat zegt [naam zorgorganisatie]: ‘Ja, wij doen het niet meer.’ Ja, dat ligt ook wel aan op welke manier je het dan geïmplementeerd hebt en ook gekeken hebt: is het passend voor de doelgroep? Voor mijn type medewerkers? Ja, het is niet one size fits all. Denk ik. Vind ik ook zo bijzonder hoe dat dan gaat.

(Medewerker kennisorganisatie)

‘Ik kan geen zorgaanbieder vinden waar ik mijn werk kan uitvoeren zoals ik denk dat het vak eruit moet zien’

Ik ben zzp'er en niet voor niks en ik ga tegen heel veel dingen in omdat ik zeg voor mij gaat de cliënt voorop, maar ik heb het heel vaak moeilijk en werkgevers willen me ook niet allemaal omdat men niet gewend is het op die manier te doen. Ze werken volgens vaste procedures en regels en als een cliënt daar niet in past, ja, dat is dan pech voor de cliënt in plaats dat ze zeggen 'we gaan ons best doen om het voor die cliënt wel voor elkaar te krijgen'.

(Wijkverpleegkundige)

Het is heel complex, denk ik. Ja en ik denk inderdaad, omdat ik gezien heb hoe ik 30 jaar geleden begon, meer dan 30 jaar geleden, het was zo anders en het is niet meer te herkennen. Het is niet te herkennen het werk. Ik werk en woon in de Randstad, ik kan geen zorgaanbieder vinden waar ik mijn werk kan uitvoeren zoals ik denk dat het vak eruit moet zien. Ze zijn er niet. We hadden ooit een heel goed imago, geen personeelsgebrek, [...] de meeste mensen van de hbo-v [hbo-verpleegkunde] die wilden de wijk in omdat daar alle competenties werden gebruikt, je heel veel autonomie had. Ja, het imago is helemaal weg.

(Wijkverpleegkundige)

Individuele professionals die knelpunten oplossen

Welke zorg en ondersteuning voor een oudere wordt ingezet hangt mede af van de kennis, vaardigheden, houding en netwerken van de betrokken professionals. Sommigen hebben meer lef, durven hun nek uit te steken, weten neuzen dezelfde kant op te krijgen of nemen taken op zich waar ze niet voor betaald worden. Daar lijkt een element van toeval in te zitten (zie ook Feitsma en Kaper 2018), maar het hangt mogelijk ook samen met de keuzes van organisaties en het type werknemer dat zij in dienst nemen. Uiteindelijk kan de individuele professional een verschil maken en dat geldt niet alleen voor direct betrokkenen die zorg- of hulpverlener zijn, maar dat kunnen ook managers, beleidsmedewerkers of bestuurders zijn. De Bruin et al. (2018) concluderen dat betrokkenheid in alle lagen van de organisatie positief bijdraagt aan de verbetering van de integrale zorg voor ouderen.

‘Je moet het hebben van bepaalde trekkers’

Soms is het een bestuurder met visie, met lef, waar het goed gaat. Dat zie ik dan. Ja en dan is het toevallig waar die dan zit. Dat zegt niks over de regio. Soms zie je dat er meerdere zijn, een huisarts of een zorgverzekeraar of een gemeente, die zeggen 'joh we gaan ervoor' en die met elkaar proberen het anders neer te zetten, veel meer dat integraal werken. Ja, je moet het hebben van bepaalde trekkers. Het hangt echt van personen af als je het mij vraagt.

(Wijkverpleegkundige)

Literatuur

Booys, M. de, D. Achterbergh, A. de Lange, C. Mastebroek, C. Klop en J.-W. Dik (2018). *Startnotitie Naar reguliere integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis*. Diemen: Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd 10 september 2020 via www.zorginstituutnederland.nl.

Bruin, S. de, L. Lemmens, C. Baan, A. Stoop, M. Lette, M. Boorsma, G. Nijpels, N. Zonneveld, L. Stouthard, M. Spierenburg en M. Minkman (2018). *Sustainable tailored integrated care for older people in Europe (SUSTAIN-project). Lessons learned from improving integrated care in the Netherlands*. Bilthoven/ Utrecht: SUSTAIN. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.sustain-eu.org.

IGJ (2018a). *Kwetsbare oudere in Harlingen staat centraal in zorgnetwerk. Meer afstemming nodig met mantelzorgers*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.igj.nl.

IGJ (2018b). *Zorgnetwerken kwetsbare oudere in Tiel zijn veilig en persoonsgericht. Afspraken over coördinatie nog onvoldoende in de praktijk gebracht*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.igj.nl.

IGJ (2019). *Kwetsbare oudere in Best staat centraal in zorgnetwerk van huisarts, praktijkondersteuner en wijkverpleegkundige*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.igj.nl.

IGZ (2017). *Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.igj.nl.

Feitsma, M. en M. Kaper (2018). *Kijk op de keten. Knelpunten, opgaven en inspirerende initiatieven. Ouderenzorg in de provincie Drenthe*. Assen: Trendbureau Drenthe. Geraadpleegd 19 februari 2021 via <https://trendbureaudrenthe.nl>.

Glimmerveen, L., L. Stouthard en K. Benning (2019). *Van thuis naar het verpleeghuis. Op weg naar een soepele overgang*. Utrecht: Vilans. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.rijksoverheid.nl.

Groot, K. de, A. de Veer, S. Versteeg en A. Francke (2018). *Het organiseren van langdurige zorg en ondersteuning voor thuiswonende patiënten. Ervaringen van praktijkondersteuners in de huisartsenzorg*. Utrecht: Nivel. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.nivel.nl.

Maat, J.W. van de (2019). *Integrale ouderenzorg gebaat bij goede samenwerking professionals. 4 knelpunten die integrale ouderenzorg bemoeilijken*. Geraadpleegd 18 september 2019 via www.movisie.nl.

Westhoff, E., L. Koster, A. Brons, P. Tazelaar en I. Mulder (2019). *Rapportage evaluatieonderzoek 'Maatwerk in de Wlz-zorg thuis'*. Barneveld: Significant. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.rijksoverheid.nl.

Deze kaart citeren

Draak, M. den en I. Plaisier (2021). *Handelingen in de uitvoering*. In: *Passende zorg voor ouderen thuis: knelpunten in kaart*. Geraadpleegd op [datum] via <https://digitaal.scp.nl/passende-zorg-voor-ouderen-thuis/handelingen-in-de-uitvoering>.

Publicatiedatum

8 juli 2021

Informatie noten

- 1 De eerste lijn betreft o.a. de huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers.
- 2 De tweede lijn betreft o.a. ziekenhuizen.
- 3 De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) fuseerde op 1 oktober 2017 met de Inspectie Jeugdzorg (IJZ) tot de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

Houding en handelen van ouderen en naasten

Auteurs: [Maaike den Draak](#) en [Inger Plaisier](#)

Ook het gedrag en handelen van ouderen en hun naasten is van invloed op de zorg en ondersteuning die zij wel of niet krijgen. Mensen handelen niet volgens het ideaal dat de overheid graag zou zien. Hun gedrag is niet puur rationeel; emoties, verwachtingen, normen en opvattingen spelen allemaal ook een rol, blijkt uit verschillende voorbeelden van geïnterviewden. Bovendien hebben zij lang niet altijd alle informatie en bronnen tot hun beschikking om de keuze te maken die voor hen het meest optimaal is (zie bv. Feitsma en Kaper 2018; IGZ 2017; De Klerk et al. 2019; Westhoff et al. 2019).

Te lang vasthouden aan het ‘oude’

Er zijn ouderen die (te) lang proberen vast te houden aan het oude, is de ervaring van meerdere geïnterviewden. Zij hebben moeite de veranderde realiteit te accepteren, hebben onvoldoende in de gaten of ontkennen dat het langdurig slechter met ze gaat of onderkennen hun toenemende hulpbehoefte niet. Zo vertellen sommige ouderen aan de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)-consulent of de Wet langdurige zorg (Wlz)-indicatiesteller dat ze alles nog zelf doen, terwijl hun mantelzorgers in de praktijk een grote bijdrage leveren. Ook zijn ouderen vaak gehecht aan hun eigen, vertrouwde buurt en zijn ze bang die te moeten verlaten (De Groot 2020). Soms worden ouderen (en soms ook hun mantelzorgers) er door andere mensen in hun omgeving op gewezen dat het echt niet meer gaat, vertellen geïnterviewde deskundigen. Sommige ouderen zijn zich er niet van bewust dat ze eigenlijk iets missen, zoals sociale contacten en gezelligheid, maar bloeien op wanneer zij naar een verpleeghuis of geclusterde ouderenwoning verhuizen.

‘Meestal denken ze zelf altijd nog wel dat het wel gaat’

Degene die zelf over het algemeen die hulp nodig heeft, dat is mijn beleving in ieder geval, die belt wel zelf het minst. Het is eigenlijk altijd door aanjagen van een ander. Meestal denken ze zelf altijd nog wel dat het wel gaat.

(Onafhankelijk cliëntondersteuner Wlz)

‘Dan pas zien ze wat ze eigenlijk gemist hebben’

(Respondent 1): *Ik heb iemand in mijn hoofd die dan nog net wel in dit huis kon met lichamelijke beperkingen en eigenlijk niet gedacht had dat ze het zo gemist had, die aanspraak en de gezelligheid en er zit natuurlijk ook wel een stukje van het verzorgd worden waar mensen op zeker moment wel echt behoefte aan hebben terwijl ze het zich niet altijd bewust zijn. [...]*

(Respondent 2): *Ze zijn zich niet altijd bewust van dat ze eigenlijk iets missen.*

(Respondent 1): *Ja, want je ziet ze opbloeien.*

(Huisarts (respondent 1) en specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn (respondent 2))

Onvoldoende voorbereid zijn

Als gevolg zijn lang niet alle ouderen voldoende voorbereid op deze nieuwe fase in hun leven waarin ze kampen met beperkingen en een toenemende hulpbehoefte (zie ook Feitsma en Kaper 2018; Glimmerveen et al. 2019; De Groot et al. 2019). Zij hebben zich er bijvoorbeeld niet in verdiept of verhuizing naar een andere woning of woonomgeving een goede optie voor hen zou zijn. Of zij weten niet aan wie ze (informele) hulp kunnen vragen.

‘Een hele scholingsmodule [...] voor ouderen’

Ik weet niet of je het project ‘SamenOud’ in Groningen kent? [...] Zij hebben een hele scholingsmodule opgezet voor ouderen. Voor ouderen die nog vitaal zijn en die dus gewoon meer geleerd worden van: wat betekent het om ouder te worden? Met welke dingen zou je in aanraking kunnen komen? Weet je waar je hulp kunt vragen? En welke hulp? Weet je, zij zijn veel beter geïnformeerd. Het is eigenlijk net als met moeders of jonge stellen die kinderen krijgen. Daar hebben we het allemaal heel goed voor geregeld, maar voor ouderen...

(Medewerker kennisorganisatie)

Regie willen houden

Veel ouderen willen zelfstandig blijven en zelf de inrichting van hun leven blijven bepalen, zo blijkt ook uit de interviews (zie ook Feitsma en Kaper 2018). Sommige ouderen zijn bang de regie te verliezen en vragen daardoor niet of te laat om hulp. Ze willen bijvoorbeeld geen onbekenden over de vloer of zijn bang dat de gemeente alles van hen overneemt, aldus een medewerker van een cliëntbelangenorganisatie. Zij willen zelf kunnen bepalen wat kwaliteit van leven inhoudt en welke hulp ze krijgen.

Niet tot last willen zijn

Aan de andere kant ervaren sommige ouderen dat zelfredzaamheid (te veel) wordt opgelegd door de overheid, zo geven deskundigen in de interviews aan (zie ook Feitsma en Kaper 2018). Soms interpreteren ouderen zelfredzaamheid en langer thuis wonen als alles zelf blijven doen, zonder hulp. Sommige ouderen willen geen last zijn, niet voor hun kinderen maar ook niet voor de samenleving als geheel. Er is een groep bescheiden ouderen die te weinig zorg vraagt vanuit de gedachte dat ze de samenleving al zo veel kosten. Sommige ouderen met een migratieachtergrond vinden dat ziekte bij het leven hoort en dat daar geen dokter bij nodig is.

‘Bij senioren zit heel erg het sentiment “wij kosten de staat veel geld”’

Vergis je niet: bij senioren zit heel erg het sentiment ‘wij kosten de staat veel geld’. Dat is echt een sentiment wat er speelt, daar is ook heel veel boosheid over, maar het belemmert hen daarentegen ook vaak in hun vraag.

(Medewerker ouderenbelangenorganisatie)

Schaamte

Een andere reden om niet om hulp te vragen is schaamte, laten geïnterviewden ons weten. Sommige ouderen schamen zich ervoor dat het niet meer gaat en ze hulp nodig hebben. Zij zien het als een zwaktebod. Ook zit aan bepaalde ziektebeelden een taboe of stigma verbonden, zoals aan psychische aandoeningen, dementie of incontinentie.

‘Dan komt er een officiële indicatiesteller van de gemeente’

Ik denk dat het ook te maken heeft met de band die ze dan hebben met een wijkverpleegkundige die dan wel een bepaald vertrouwen geniet en nou, dan komt er een officiële indicatiesteller van de gemeente en dan is het zo van: ‘Nou, is eigenlijk niet nodig.’

(Medewerker toezichhoudende instantie)

Voor sommige ouderen met een migratieachtergrond is het belangrijk dat hun kinderen voor hen zorgen in plaats van de thuiszorg of medewerkers in een verpleeghuis. Bovendien kan onder migranten een extra sterk schaamtegevoel spelen als het gaat om psychische problemen.

‘Dan weet echt de hele gemeenschap dat jij depressief bent’

Ja, maar ook daar heb je het schaamtegevoel van: o, als je dat naar buiten brengt dan weet echt de hele gemeenschap dat jij depressief bent. Op zich in Nederland is dat gewoon geaccepteerd: vervelend voor je, gaan we je helpen of niet. Maar, niet in het Turks en ook niet in het Marokkaans...

(Medewerker ouderenbelangenorganisatie)

Zwaarwegende financiële redenen

Ouderen en hun familieleden kunnen ook financiële redenen hebben die voor hen zwaar wegen in de keuzes die ze maken voor zorg en ondersteuning. Dergelijke redenen worden relatief vaak genoemd in zowel de literatuur als de interviews met deskundigen. Soms zijn de financiële middelen er eenvoudigweg niet, bijvoorbeeld wanneer geschikte woningen een te hoge huur hebben. Soms is het verkeerde zuinigheid, zoals het voorbeeld van een oudere mevrouw met een groot vermogen op de bank die tafeltje-dek-je afzegt omdat ze het te duur vindt. Maar ook zijn

ouderen gevoelig voor financiële prikkels in het stelsel, zoals een hogere eigen bijdrage onder de Wlz dan onder de Wmo 2015/Zorgverzekeringswet (Zvw) of een hoger persoonsgebonden budget onder de Wlz dan onder de Wmo 2015. Soms is er onvoldoende kennis over de exacte hoogte van de eigen bijdrage maar is het afschrikkeffect voldoende om een andere keuze te maken (Glimmerveen et al. 2019). Oudere huiseigenaren zijn bang dat aanpassing van hun woning de waarde zal doen verminderen terwijl ze nog niet weten of de aanpassing in de toekomst echt nodig zal zijn. Bovendien houden zij graag geld achter de hand in plaats van dit geld te investeren in een verbouwing (De Groot et al. 2019).

‘Want dat kost geld’

Door de eigen bijdrage gaan een aantal ouderen [...] niet naar de geadviseerde onderzoeken die de huisarts of de specialist heeft ingesteld, want dat kost geld. En ook medicatie ophalen, doen ze ook niet.

(Medewerker ouderenbelangenorganisatie)

Onvoldoende hulpbronnen en vaardigheden

Ouderen hebben niet altijd alle hulpbronnen en vaardigheden tot hun beschikking die nodig zijn om tot de best passende zorg en ondersteuning te komen (zie bv. De Groot et al. 2018; De Klerk et al. 2019). Hierbij kan gedacht worden aan financiële mogelijkheden en vaardigheden, maar bijvoorbeeld ook aan kennis, een ondersteunend sociaal netwerk en communicatie- en gezondheidsvaardigheden. Sommige ouderen zijn onvoldoende bekend met de mogelijkheden van zorg en ondersteuning, ontberen internetvaardigheden om de informatie op te zoeken of zijn niet in staat de eigen hulpvraag te benoemen. Soms zijn er mantelzorgers maar kennen ook zij de weg niet in de zorg of zijn zij overbelast (De Boer et al. 2020; De Klerk et al. 2019).

De moeite die het kost

Het verkrijgen van passende zorg en ondersteuning kan veel moeite kosten en alleen al de verwachting dat het veel moeite zal kosten vormt voor sommige ouderen of mantelzorgers een drempel. Mensen zien op tegen de energie, de tijd of het werk wat het hun zal kosten, blijkt uit de interviews met deskundigen. Aanvraagprocedures kunnen bijvoorbeeld als belastend worden ervaren (zie ook Glimmerveen et al. 2019) en huiseigenaren kunnen opzien tegen een verbouwing (De Groot et al. 2019).

‘Ja, laat dan maar zitten, dan hoeft het niet’

[...] dat je iets aan die Wmo vraagt wat uiteindelijk uit een ander kader moet komen [...] waarvoor je weer wordt doorverwezen: ‘Ja, maar dan moet je opnieuw naar je huisarts of naar je specialist, want dat kan ik niet doen.’ ‘Ja, laat dan maar zitten, dan hoeft het niet.’

(Medewerker ouderenbelangenorganisatie)

‘Een beetje meer verlichting in die paarse krokodil’

Ik heb ook zo'n echtpaar: hij heeft Parkinson en zij komt gewoon om en dan heeft ze wel administratieve ondersteuning of iets en ja, dus ze is dan ook adequaat genoeg om hulp te vinden. Dat vind ik al heel wat hè, want er zijn natuurlijk genoeg mensen die daarin niet zo makkelijk de weg vinden. Maar dan nog zijn er toch een aantal dingen die ze ook zelf moet doen en je zit al met een van karakter veranderende man, wat de situatie heel ingewikkeld maakt thuis en nou ja, ze willen dan ook absoluut niet weg dus dat speelt ook mee en dat moet je misschien ook helemaal niet doen, maar een beetje meer verlichting in die paarse krokodil, dat zou toch wel fijn zijn, ja.

(Huisarts)

Negatief beeld van het aanbod

Soms hebben ouderen en hun familieleden een negatief beeld van de bestaande zorg- en ondersteuningsvoorzieningen of zijn zij onvoldoende geïnformeerd over de mogelijkheden, valt op te maken uit de interviews en de literatuur. Zo heeft het verpleeghuis bij sommige mensen een negatief imago (Feitsma en Kaper 2018). Ook voelen sommige familieleden zich schuldig wanneer hun partner of ouder in een verpleeghuis geplaatst wordt (zie ook Plaisier en Den Draak 2019).

Gebrek aan vertrouwen

Uit de interviews valt daarnaast op te maken dat sommige ouderen of hun familieleden onvoldoende vertrouwen hebben in de betrokken organisaties en professionals die de gedane aanvraag beoordelen. Soms is er zelfs sprake van wantrouwen. Zij hebben bijvoorbeeld het gevoel dat het om bezuinigingen draait, de ervaring dat de zorg te laat komt of ze krijgen tegenstrijdige adviezen van verschillende professionals (zie ook Van Cadsand en Renes 2017).

‘Soms [...] moet je eigenlijk wel een soort vertrouwen op zien te bouwen’

[...] wat we dan wel merken dat is dan vaak meer dat ze gewoon bellen, even voor het bellen om een praatje en dan komt er heel aarzelend dan toch wel een vraag om ondersteuning uit en soms [...] moet je eigenlijk wel een soort vertrouwen op zien te bouwen voordat ze echt daadwerkelijk ook die hulp ingezet willen hebben en dat gebeurde dan over het algemeen wel telefonisch.

(Onafhankelijk cliëntondersteuner Wlz)

‘Ik ben alleen maar een kostenpost van de gemeente, daarom bezuinigen ze’

[...] dat je elke keer je verhaal vertelt waardoor je deeloplossingen krijgt in plaats van een echte integrale aanpak en dat ervaren mensen, waardoor zij heel sterk het gevoel krijgen dat ze van het kastje naar de muur worden gestuurd [...]. ‘Ja, ik ben alleen maar een kostenpost van de gemeente, daarom bezuinigen ze of dat doet de zorg hè’, dat gevoel komt daar ook heel erg vanuit. Maar ook gewoon mensen die letterlijk ervaren dat ze uiteindelijk bijna ja, te laat zijn en in een ziekenhuis terechtkomen of wat dan ook, omdat er

eigenlijk onvoldoende integraal gewerkt is [...]. Het wederzijds onbegrip hè: ‘Ik heb toch gevraagd maar die zegt dat’. Maar ook het gevoel dat ze onvoldoende uitleg krijgen waarom ze dan wel of niet iets ontvangen of waarom wel of niet de huisarts betrokken is.

(Medewerker ouderenbelangenorganisatie)

Mantelzorgers voelen zich te weinig gezien

Mantelzorgers voelen zich niet altijd voldoende gezien, zo blijkt uit zowel de interviews als de literatuur (zie bv. De Boer et al. 2020). Overbelaste mantelzorgers ervaren bijvoorbeeld niet altijd concrete acties om hun overbelasting tegen te gaan. Mantelzorgers voelen zich verantwoordelijk maar worden of voelen zich niet altijd betrokken door de professionals (IGJ 2018a, 2018b). Zo kan ontslag van de oudere uit het ziekenhuis of uit een eerstelijnsverblijf (ELV) de mantelzorgers overvallen doordat er van tevoren geen afstemming plaats heeft gevonden (zie ook Feitsma en Kaper 2018; Glimmerveen et al. 2019). Ook worden mantelzorgers die geen familie van de oudere zijn niet door alle instanties en professionals erkend (Feitsma en Kaper 2018).

Onrealistische verwachtingen

Ouderen en hun familieleden kunnen onrealistische verwachtingen hebben ten aanzien van de geboden zorg. Veel Nederlanders zien de zorg voor ouderen als een taak voor de overheid (De Boer et al. 2020).¹ Sommige ouderen zijn overtuigd van hun ‘opgebouwde rechten’ op zorg en sommige familieleden en mantelzorgers houden hun betrokkenheid af zodra er eenmaal professionele zorg is ingezet, vertellen deskundigen. Ook komt het voor dat ouderen of hun familieleden te veel vragen van de zorg. Zij vinden het moeilijk te accepteren dat de zorg niet altijd optimaal te organiseren valt rond een cliënt. Zo plakken mantelzorgers soms hun eigen normen op de zorg en vinden bijvoorbeeld dat de oudere iedere dag gedoucht moet worden. Ook zijn er ouderen of familieleden die verwachten dat de wijkverpleegkundige een klusje als de afwas, een brief posten of de vuilnis buiten zetten er wel even bij doet, vertellen wijkverpleegkundigen.

‘Ik zeg wel eens tegen cliënten: “Vraagt u dit nou ook aan de huisarts?”’

Het heeft ook met verwachtingen te maken [...], er wordt heel vaak gevraagd: ‘Wil je even de vuilniszak buiten zetten of de brief even posten?’ Ik zeg wel eens tegen cliënten: ‘Vraagt u dit nou ook aan de huisarts?’, want die wordt uit datzelfde potje betaald, hè. Wij zijn een soort voetvolk geworden. ‘Je kan toch wel even de boterhammetjes smeren en een eitje koken voor moeder?’ Die horen we ook heel vaak, en dat afwasje even doen. Zit daar de hele familie op de bank, dan verwachten ze dat de verpleegkundige dat afwasje doet.

(Wijkverpleegkundige)

Aan de andere kant zijn er ook ouderen met te lage verwachtingen van de zorg. Zij hebben bijvoorbeeld een negatief beeld van de zorg of beseffen onvoldoende wat een voorziening hun zou kunnen opleveren. Ook kunnen bezuinigingen en een negatief imago ouderen het gevoel hebben gegeven dat ze slechte zorg moeten accepteren en dat ze er niemand op kunnen aanspreken wanneer de zorg en ondersteuning niet goed geregeld zijn.

Onvoldoende aansluiting bij behoeften van ouderen

Ouderen van nu lijken nu vaker eigen wensen en behoeften te hebben dan de generatie voor hen (De Klerk et al. 2019). Wanneer het aanbod aan zorg en ondersteuning onvoldoende aansluit bij de behoeften van de oudere of de mantelzorger, kan dit een belemmering vormen deze voorzieningen te gebruiken. Zo is er behoefte aan dagbesteding die aansluit bij de eigen interesse, of wil men geen gebruik maken van groepsgewijze dagbesteding (Westhoff et al. 2019). En geboden respijtzorg [tijdelijke overname van de zorg om de mantelzorger te ontlasten] sluit bijvoorbeeld niet aan bij de behoefte van partners om juist samen op vakantie te gaan. Ook schrikt het veel echtparen af dat zij gescheiden worden wanneer de hulpbehoevende partner naar een verpleeghuis verhuist (Feitsma en Kaper 2018). De stap naar een verpleeghuis wordt sowieso door veel ouderen als een grote stap ervaren, vertellen geïnterviewden. Er is behoefte aan opties tussen thuis en het verpleeghuis in en aan minder traditionele ouderenwoningen, maar die zijn er nog onvoldoende (zie bv. Den Draak et al. 2021; Harnas en Schout 2017).

‘Er is met dat sluiten van verzorgingshuizen een tussenoptie weggevallen’

Er is met dat sluiten van verzorgingshuizen een tussenoptie weggevallen die laagdrempelig is voor mensen om tijdiger in een situatie te komen wonen waarin de situatie minder snel zal escaleren of er in ieder geval meer mogelijkheden zijn om bijvoorbeeld 24-uurszorg in te zetten (...). Hoe hoger de drempel van thuis naar een stap in de vervolgzorg, hoe groter het risico (denk ik) dat die stap te laat gezet kan worden.

(Medewerker kennisorganisatie)

Zich onheus bejegend voelen

Ouderen en hun naasten kunnen zich onheus bejegend voelen door de betrokken professional of zorgorganisatie. Bijvoorbeeld omdat zij zich niet begrepen voelen, boos zijn over procedures of niet als kwetsbaar aangesproken willen worden.

‘Als je negatief mondig bent dan...’

(Interviewer): *Is het ook zo dat mensen die behoorlijk mondig zijn ook makkelijker die hulp krijgen of zie je dat niet?*

(Respondent): *Nou, ik denk wel dat het wel scheelt, maar ja, mondig zijn dat betekent dan wel in de zin van als je positief mondig bent en volgens mij, als je negatief mondig bent dan...Nee, het werkt niet altijd in je voordeel. Ja, het kan ook tegen je werken.*

(Onafhankelijke cliëntondersteuner Wlz)

‘Dat mensen ook niet zo betiteld willen worden’

We hebben hier een keer een bijeenkomst gehad met vrijwillige ouderenadviseurs en VWS [ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport] onder andere en dat zal ik nooit vergeten, dat iemand zei [...]: ‘Ik kom hier vandaag omdat ik het heel belangrijk vind om over mijn langer thuis zijn en dergelijke te praten en ook over thema’s zoals eenzaamheid, maar als iemand mij vandaag zou hebben gezegd “je mag als eenzame mee”, dan was ik niet gekomen. Dus iedereen die aan mijn deur aanbelt vanuit het perspectief je bent kwetsbaar, je bent eenzaam, daar is per definitie het antwoord “nee” en ik doe de deur dicht.’ [...] Dat is denk ik wel een belangrijke waar we ons soms zorgen over maken, dat mensen ook niet zo betiteld willen worden en dat het ook heel erg over beeldvorming gaat en hoe je de mensen aanspreekt daarin.

(Medewerker ouderenbelangenorganisatie)

Ouderen, familie en professionals zijn het niet altijd eens

Ouderen, hun familieleden en de betrokken professionals zijn het niet altijd met elkaar eens wat de best passende zorg en ondersteuning voor de oudere is. Er kan soms veel discussie ontstaan over het wel of niet aanvragen van een Wlz-indicatie en het wel of niet verhuizen naar een verpleeghuis. Sommige ouderen willen koste wat kost thuis blijven wonen, maar dit is niet altijd de beste oplossing. Soms moet een rechterlijke machtiging voor dwangopname worden aangevraagd.² Ook wanneer familie en professionals het met elkaar eens zijn, kan verhuizing naar een verpleeghuis voor de familie en oudere emotioneel zeer belastend zijn (Glimmerveen et al. 2019).

‘Dan doen we een crisis want nu zijn ze daartoe bereid’

(Interviewer): [...] zien jullie dat ook dat mensen niet opgenomen willen worden of dat de familie... terwijl het eigenlijk wel noodzakelijk is?

(Respondent): Ja, dat komt wel voor. [...] dan word ik als consulterend arts erbij betrokken [...]. Vaak komt er dan thuiszorg, zijn het situaties dat je denkt van: ja, dit kan ook echt niet meer, en ja, daar moet je dan binnen zien te komen om te zien dat je dat een keer voor elkaar krijgt [...]. Meestal is het dan wachten tot er een crisissituatie is en dan moet je ook knopen doorhakken. Zo’n situatie kan ook doorbroken worden wanneer die mensen bijvoorbeeld dan vallen, iets breken en op de GRZ [geriatrische revalidatiezorg] komen en dan zeg je van ‘en nu gelijk door’ en dat is niet de bedoeling van de GRZ maar zo gebruiken we hem wel eens en dat is eigenlijk oneigenlijk gebruik van de GRZ [...]. Bij PG [psychogeriatrische zorg] kan dat ook voorkomen dat je zegt ‘ja, mensen willen absoluut niet weg’, maar ja, als er dan een moment is dat mensen iets somatisch erbij hebben, dat je dan zegt ‘en nu we pakken hem gelijk op en dan doen we een crisis want nu zijn ze daartoe bereid’ en als ze dan eenmaal uit huis zijn en daar de mensen kennen dan kun je dat geleidelijk opbouwen. Dan hoef je geen ibs [inbewaringstelling in de Wet zorg en dwang] en geen mensonterende toestanden [...] en dat gaat heel vaak goed.

(Specialist ouderengeneeskunde verpleeghuis)

Literatuur

Boer, A. de, M. de Klerk, D. Verbeek-Oudijk en I. Plaisier (2020). *Blijvende bron van zorg. Ontwikkelingen in het geven van informele hulp 2014-2019*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Cadsand, R. van en I. Renes (2017). *Gespreksdocument Grensvlakken Ouderenzorg. Juni 2017*. Leiden: Zilveren Kruis. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.zilverenkruis.nl.

Feitsma, M. en M. Kaper (2018). *Kijk op de keten. Knelpunten, opgaven en inspirerende initiatieven. Ouderenzorg in de provincie Drenthe*. Assen: Trendbureau Drenthe. Geraadpleegd 19 februari 2021 via <https://trendbureaudrenthe.nl>.

Glimmerveen, L., L. Stouthard en K. Benning (2019). *Van thuis naar het verpleeghuis. Op weg naar een soepele overgang*. Utrecht: Vilans. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.rijksoverheid.nl.

Groot, C. de (2020). *Kwart miljoen ouderenwoningen gevraagd, liefst in eigen buurt (special)*. Utrecht: Rabobank/RaboResearch. Geraadpleegd 15 september 2020 via <https://economie.rabobank.com>.

Groot, K. de, A. de Veer, S. Versteeg en A. Francke (2018). *Het organiseren van langdurige zorg en ondersteuning voor thuiswonende patiënten. Ervaringen van praktijkondersteuners in de huisartsenzorg*. Utrecht: Nivel. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.nivel.nl.

Groot, C. de, M. van der Staak, F. Daalhuizen en G. de Kam (2019). *Aanpassen of verkassen? Langer zelfstandig in een geschikte woning*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving. Geraadpleegd 15 september 2020 via <https://themasites.pbl.nl/o/aanpassen-of-verkassen>.

Harnas, S. en P. Schout (2017). *Meldactie 'Ouderen met een kwetsbare gezondheid'. Op weg naar een ouderenvriendelijke samenleving*. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.patiëntenfederatie.nl.

IGJ (2018a). *Kwetsbare oudere in Harlingen staat centraal in zorgnetwerk. Meer afstemming nodig met mantelzorgers*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.igj.nl.

IGJ (2018b). *Zorgnetwerken kwetsbare oudere in Tiel zijn veilig en persoonsgericht. Afspraken over coördinatie nog onvoldoende in de praktijk gebracht*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.igj.nl.

IGZ (2017). *Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.igj.nl.

Klerk, M. de, D. Verbeek-Oudijk, I. Plaisier en M. den Draak (2019). *Zorgen voor thuiswonende ouderen. Kennissynthese over de zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Plaisier, I. en M. den Draak (2019). *Wonen met zorg. Verkenning van de particuliere woonzorg voor ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Westhoff, E., L. Koster, A. Brons, P. Tazelaar en I. Mulder (2019). *Rapportage evaluatieonderzoek 'Maatwerk in de Wlz-zorg thuis'*. Barneveld: Significat. Geraadpleegd 19 februari 2021 via www.rijksoverheid.nl.

Deze kaart citeren

Draak, M. den en I. Plaisier (2021). Houding en handelen van ouderen en naasten. In: *Passende zorg voor ouderen thuis: knelpunten in kaart*. Geraadpleegd op [datum] via <https://digitaal.scp.nl/passende-zorg-voor-ouderen-thuis/houding-en-handelen-van-ouderen-en-naasten>.

Publicatiedatum

8 juli 2021

Informatie noten

- 1 Zie ook [I&O Research, YEP's: jonge ouderen sorteren beperkt voor op hun \(echt\) oude dag \(https://www.iore-search.nl/actueel/yeps-jonge-ouderen-sorteren-beperkt-voor-op-hun-echt-oude-dag/#.XXi5LilzaUk\)](https://www.iore-search.nl/actueel/yeps-jonge-ouderen-sorteren-beperkt-voor-op-hun-echt-oude-dag/#.XXi5LilzaUk).
- 2 Zie ook [NOS, Rechter aan huis: 80-plussers steeds vaker gedwongen opgenomen \(https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2279304-rechter-aan-huis-80-plussers-steeds-vaker-gedwongen-opgenomen\)](https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2279304-rechter-aan-huis-80-plussers-steeds-vaker-gedwongen-opgenomen).

Lessen

Auteurs: [Maaike den Draak](#) en [Inger Plaisier](#)

Knelpunten zijn verweven, oplossingen daardoor ook

De oorzaken van niet-passend zorggebruik bij thuiswonende ouderen die zich op het grensvlak tussen zelfstandig thuis en verblijf in een (verpleeg)tehuis bevinden, zijn onderling met elkaar verweven (zie de fictieve casussen in onderstaande tekstboxen). Deeloplossingen zijn daardoor veelal onvoldoende. Kant-en-klare oplossingen zijn dan ook niet aan te wijzen. Wel is een aantal lessen te trekken waar ook bij wijzigingen in beleid bij kan worden stilgestaan.

Fictieve casus: sociale problemen als oorzaak van grotere zorgvraag

Stel, de betrokken medische en zorgprofessionals hebben – mede door de schotten in de zorg en ondersteuning – onvoldoende aandacht voor de sociale kant van de situatie van de oudere. Er is geen samenwerking met professionals uit het sociaal domein. De zorgprofessional zou graag verder kijken dan alleen de medische kant, maar is dat niet gewend en weet niet wat er mogelijk is op het welzijnsvlak. Bovendien hanteert de zorgorganisatie waar de professional voor werkt regels die het belemmeren om tijd te besteden aan contact met andere organisaties wanneer daar geen financiële vergoeding voor mogelijk is. De oudere zelf heeft ook geen kennis van de mogelijkheden en weet door de complexiteit van het stelsel en de verbrokkelde informatie ook niet waar hij of zij moet zijn. De oudere onderneemt dan ook geen actie. Als gevolg daarvan neemt het sociaal isolement van de oudere steeds verder toe. De eenzaamheid wordt erger en daardoor verergeren de gezondheidsklachten, zoals pijn. De oudere doet een groter beroep op de medische zorg en daarmee neemt ook de druk op zorgprofessionals en zorgorganisaties toe, waardoor zij uiteindelijk door toenemende tekorten geen tijd en ruimte zien om integraal te leren werken.

(Deze fictieve casus is gebaseerd op voorbeelden en casussen die ons werden aangereikt in de interviews en literatuur (zie kaart [Methodologische verantwoording](#))).

Fictieve casus: van zelfredzaam naar ontredderd

Stel, professionals in de zorgsector raken gedemotiveerd door de regeldruk waar ze in hun werk tegenaan lopen. Een deel van hen switcht naar een andere baan. Hierdoor kampt de zorgsector met een tekort aan personeel. Een ouder echtpaar hoort hierover in de media. Ze zijn bescheiden en willen de samenleving niet tot last zijn. Ze hebben wel gezondheidsproblemen, maar kunnen nog prima voor elkaar zorgen, vinden ze. Bovendien vertelde de buurvrouw dat het geen zin heeft om zorg of ondersteuning aan te vragen, omdat de gemeente toch eerst een beroep doet op mantelzorgers. Daarom doen ze geen beroep op professionele zorg en ondersteuning anders dan de huisarts. Het echtpaar krijgt daardoor niet

de zorg en ondersteuning die ze eigenlijk nodig hebben en zowel sociaal als fysiek gaan ze verder achteruit. De vrouw takelt het snelst af en het valt de man steeds zwaarder om voor haar te zorgen. Ze doen daardoor steeds vaker een beroep op de huisarts. De huisarts en de dochter van het echtpaar die op twee uur rijden afstand woont, vinden dat het zo niet langer gaat. Er is instellingszorg nodig voor de vrouw, volgens hen. Het oudere echtpaar is het daar niet mee eens en wil geen aanvraag doen omdat ze niet gescheiden willen worden, maar stemmen wel in met huishoudelijke hulp – zorg die eigenlijk niet voldoende past. Uiteindelijk stemt het echtpaar alsnog in met een aanvraag voor zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz-zorg). Bij het bezoek van de indicatiesteller van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) zet het echtpaar hun beste beentje voor, waardoor de indicatiesteller nog geen noodzaak voor instellingszorg ziet en de aanvraag afwijst, tot grote frustratie van de betrokkenen. Zolang er geen Wlz-indicatie is, staat het echtpaar niet op de wachtlijst voor het verpleeghuis in de buurt. De zorgvraag neemt verder toe en enige tijd later wordt wel Wlz-zorg geïndiceerd. Hoewel thuiswonen niet langer wenselijk is, komen zij onderaan de wachtlijst voor een tweepersoons appartement in het verpleeghuis en blijft de vrouw voorlopig thuis wonen. Daar krijgt het echtpaar nu ook hulp van een wijkverpleegkundige. Door de zorgen om zijn vrouw raakt de man echter overbelast en als gevolg van een CVA [een beroerte of hersenbloeding] belandt hij in het ziekenhuis. Door deze crisis kan de vrouw niet langer thuis blijven wonen. Zij komt terecht in een verpleeghuis ver van huis. Haar man komt op een revalidatieafdeling van het verpleeghuis waarvoor zij op de wachtlijst staan, en kan zijn vrouw niet dagelijks bezoeken. Een maand na de verhuizing overlijdt de vrouw.

(Deze fictieve casus is gebaseerd op voorbeelden en casussen die ons werden aangereikt in de interviews en literatuur (zie kaart [Methodologische verantwoording](#))).

Belangrijk om effecten te doordenken

Een verandering op één vlak kan een (onverwacht) gevolg op een ander vlak met zich meebrengen. Het is daarom raadzaam om de effecten van voorgestelde oplossingen op alle niveaus goed te doordenken. Dat kan onder meer met de hulp van organisaties en professionals die er in de praktijk mee moeten werken en door pilots uit te voeren.

Bedenk: iedereen heeft een rol

De oorzaken van knelpunten liggen in het stelsel, de uitvoering ervan door organisaties en het gedrag van individuen. Oplossingen moeten dus op alle niveaus gezocht worden. Bij het verbeteren van de zorg voor thuiswonende ouderen heeft dan ook iedereen een rol: overheidsinstanties (wetgevend, beleidsmakend of uitvoerend; nationaal of lokaal), zorgverzekeraars, zorgkantoren, zorgaanbieders, individuele zorgverleners, de oudere zelf en hun sociale netwerk. Zij vormen allen een deel van een grotere keten. Organisaties en professionals zouden zich daar bewust van moeten zijn en kunnen nadenken over wat hun eigen aandeel kan zijn in het verbeteren van de zorg en ondersteuning aan kwetsbare ouderen binnen het bestaande stelsel.

Moeten we het systeem of de uitvoering aanpassen?

Een oplossingsrichting is het beter laten aansluiten van de systeemwereld aan de uitvoeringspraktijk en de leefwereld van mensen. De vraag is of het nodig is om daarvoor het systeem opnieuw vorm te geven. Mogelijk valt nog een hoop winst te behalen door in de uitvoering beter met de schotten om te gaan en samen te zoeken naar de mogelijkheden die het huidige stelsel wél biedt. Organisaties en professionals kunnen hier nog in leren. Daarnaast ligt er een verantwoordelijkheid voor de overheid, zowel landelijk als lokaal. Die kan praktische oplossingen aanreiken voor de problemen die in de dagelijkse praktijk worden ervaren. Bijvoorbeeld door aan te geven waar de wet- en regelgeving handlingsruimte biedt om te doen wat nodig is voor een cliënt of door duidelijkheid te scheppen wie lokaal regie en eindverantwoordelijkheid heeft voor cliënten.

‘Als je een bepaalde visie op zorg hebt, dan kan er echt veel, ook binnen de schotten’

Zeker, er zijn echt systeemfouten waardoor ook dingen gefrustreerd worden. Dat is zeker zo. Maar daar zal ik niet mee beginnen, omdat ik ook wel echt in mogelijkheden denk. Ik bedoel, natuurlijk, we hebben schotten. Hoe dan ook hebben we schotten, maar het gaat erom dat je, als je een bepaalde visie op zorg hebt, dan kan er echt veel, ook binnen de schotten. En als je gaat zitten op wat er niet kan, dan hoef je ook niet te bewegen. Dus dat is een beetje zo van de kip en het ei.

(Medewerker kennisorganisatie)

Ontwikkel een langetermijnvisie die past bij de behoefte in de regio

Ook verleden, heden en toekomst zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Kortetermijndenken kan op de langere termijn (grotere) knelpunten veroorzaken. Alle partijen zouden hun handelingen daarom ook in het perspectief van een langere termijn moeten plaatsen en beoordelen. Daarnaast valt waarschijnlijk winst te boeken door meer in te zetten op preventie, bij voorkeur in combinatie met deskundigheid. Denk bijvoorbeeld aan de inzet van specialisten ouderenzorg in de eerstelijnszorg. Ook kunnen mensen zich beter voorbereiden op hun ouderdom. Sommige mensen hebben daar hulp bij nodig.

De realiteit is dat er grenzen zijn aan de mogelijkheden

Tot slot is het belangrijk om te beseffen dat niet alles opgelost kan worden. Sommige situaties, dilemma's of onzekerheden zijn niet te voorkomen en maken deel uit van het leven in deze laatste fase. Ook aan de mogelijkheden om langer thuis te wonen zitten grenzen.

Deze kaart citeren

Draak, M. den en I. Plaisier (2021). Lessen. In: *Passende zorg voor ouderen thuis: knelpunten in kaart*. Geraadpleegd op [datum] via <https://digitaal.scp.nl/passende-zorg-voor-ouderen-thuis/lessen>.

Publicatiedatum

8 juli 2021

Gevolgen van de coronacrisis voor het ontvangen van passende zorg en ondersteuning

Auteurs: [Inger Plaisier](#) en [Maaike den Draak](#)

Dit onderzoek vond vrijwel geheel plaats voor half maart 2020; voordat de coronacrisis begon. Vanaf dat moment werd bezoek aan kwetsbare ouderen thuis afgeraden, omdat zij de belangrijkste risicogroep van het coronavirus bleken te zijn. Het coronavirus heeft voor deze groep ingrijpende gevolgen gehad.

Ouderen risicogroep voor coronavirus

Mensen ouder dan 70 jaar hebben een verhoogd risico om bij een besmetting met het coronavirus ernstig ziek te worden, in het ziekenhuis te worden opgenomen en te overlijden.¹ Al in het begin van de coronacrisis werd het bezoek aan zelfstandig wonende ouderen daarom ontraden en werd een bezoekverbod in verpleeghuizen ingesteld. Ruim een derde van de ouderen (62-plussers) heeft minder contact met vrienden dan voor de coronapandemie en een op de vijf heeft minder contact met kinderen.² Ook voelden ouderen (70-plussers) zich in 2020 vaker emotioneel eenzaam dan in 2019 (De Klerk et al. 2021). Het is de vraag in hoeverre de sociale contacten (met name met vrienden) zich volledig zullen herstellen als de crisis voorbij is.

Minder zorg, ondersteuning en ontmoeting

Bij thuiszorgorganisaties was sprake van een tekort aan beschermende middelen waardoor een deel van de thuiszorg wegviel, soms ook omdat ouderen zelf de zorg aan huis afhielden. Ook andere vormen van ondersteuning zoals dagbesteding, algemene voorzieningen zoals een buurthuis en andere plaatsen met mogelijkheden voor ontmoetingen werden gesloten. Door de coronamaatregelen was het voor ouderen ook moeilijker voldoende te bewegen. Te weinig bewegen kan tot (meer) fysieke en mentale gezondheidsproblemen leiden (RIVM 2020). Daarnaast werd de medische zorg afgeschaald, waardoor medische controles en operaties of andere ingrepen zonder haast uitgesteld werden. De verminderde zorg, ondersteuning en ontmoetingen betekenden voor thuiswonende ouderen een groter risico op slechte hygiëne, sociaal isolement, eenzaamheid, een lager welbevinden en een toename van gezondheidsproblemen (Plaisier en de Klerk 2020).

Minder mantelzorg en zwaardere belasting van mantelzorgers

Als gevolg van het (deels) wegvallen van de thuiszorg en dagbesteding waren thuiswonende ouderen tijdens de coronacrisis vaker aangewezen op mantelzorgers, bijvoorbeeld partners of dichtbij wonende kinderen. Een deel van deze mantelzorgers – waaronder ook ouderen die voor hun partner zorgden – werd zwaarder belast dan anders (RIVM 2021). Sommige mantelzorgers

kwamen er alleen voor te staan, omdat anderen werd ontraden om te reizen en vanwege de beperking van het aantal bezoekers, met name bij ouderen met een kwetsbare gezondheid (De Boer et al. 2020). Vooral huisgenoten gaven meer zorg, bijvoorbeeld ouderen die hun partner helpen (De Klerk et al. 2021).

Uitstel verhuizing naar verpleeghuis

Voor sommige ouderen die op de drempel van het verpleeghuis stonden, was de coronacrisis en de bezoekregeling juist een reden om hun aankomende verhuizing uit te stellen (De Boer et al. 2020; RIMV 2021). Ouderen in verpleeghuizen en woonzorgcentra werden namelijk afgezonderd van de buitenwereld. Ook bleken woonzorginstellingen plekken te zijn waar het virus zich snel kon verspreiden en vele slachtoffers eiste. Daar bleven dan ook bedden tijdelijk onderbezet.

Maar ook initiatieven en creatieve oplossingen

Dit alles betekent dat de coronacrisis bestaande problemen bij het verkrijgen van passende zorg en ondersteuning uitvergrootte: de ondersteuningsbehoefte nam toe (boodschappen doen, vervoer regelen, eenzaamheid bestrijden, mantelzorgers ontlasten) en het zorgaanbod nam af (dagbesteding dicht, minder thuiszorg, minder mantelzorgers om de zorg mee te delen). Anderzijds was er, zeker tijdens de eerste coronagolf in 2020, ook veel aandacht voor de nood waarin veel ouderen verkeerden, waardoor er ook initiatieven en creatieve oplossingen werden gezocht om de ergste nood te verlichten. Vanuit zowel de professionele zorg, het sociaal domein als de samenleving werd gezocht naar oplossingen om ouderen die in een isolement of tussen wal en schip dreigden te raken zo goed mogelijk in beeld te krijgen en hen waar mogelijk te ondersteunen.³ Deze initiatieven hebben wellicht ook inzichten gebracht over aangrijpingspunten en oplossingsrichtingen voor de knelpunten die ook zonder het coronavirus spelen in de zorg voor kwetsbare ouderen die zich op de drempel tussen thuis en het verpleeghuis bevinden. Een vervolgonderzoek kan deze inzichten bijeen brengen zodat de lessen die daaruit te trekken zijn kunnen bijdragen aan het verbeteren van de werking van het lokale sociale domein en de zorg en ondersteuning aan deze groep ouderen.

Literatuur

Baâdoudi, F., T. Kuijpers, B. Everaars, G. Herber en A. Spijkerman (2021). *Hoe gaat het met thuiswonende ouderen tijdens COVID-19: inzichten uit de literatuur*. Bilthoven: RIVM. Geraadpleegd 15 juni 2021 via <https://www.rivm.nl/sites/default/files/2021-02/Factsheet%2520Kennisintegratie%2520COVID-19%2520strategie%2520thuiswonende%2520ouderen.pdf>.

Boer, A. de, R. Hoefman, M. de Klerk, I. Plaisier en S. de Roos (2020). *Beleidssignalement maatschappelijke gevolgen coronamaatregelen. Mantelzorgers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Klerk, M. de, M. Olsthoorn, I. Plaisier, J. Schaper en F. Wagemans (red.) (2021). *Een jaar met corona. Ontwikkelingen in de maatschappelijke gevolgen van corona*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Plaisier, I. en M. de Klerk (2020). *SCP Coronakompas: Zorg. Kwaliteit van leven in tijden van corona*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

RIVM (2021). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Thema Zorg. Druk op zorg en ondersteuning thuis*. Geraadpleegd 15 juni 2021 via <https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/c-vtv/zorg/druk-thuiszorg>.

Deze kaart citeren

Plaisier, I. en M. den Draak (2021). Gevolgen van de coronacrisis voor het ontvangen van passende zorg en ondersteuning. In: *Passende zorg voor ouderen thuis: knelpunten in kaart*. Geraadpleegd op [datum] via <https://digitaal.scp.nl/passende-zorg-voor-ouderen-thuis/gevolgen-van-de-coronacrisis-voor-het-ontvangen-van-passende-zorg-en-ondersteuning>.

Publicatiedatum

8 juli 2021

Informatie noten

- 1 Zie [RIVM, Risicogroepen en COVID-19 \(https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/risicogroepen\)](https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/risicogroepen).
- 2 Gegevens afkomstig van Longitudinal Ageing Studies Amsterdam, uit 2019 en 2020.
- 3 Zie bijvoorbeeld [Thuis in het Verpleeghuis, Mooie initiatieven verzachten enigszins de coronacrisis \(https://www.waardigheidentrots.nl/praktijk/mooie-initiatieven-coronacrisis/\)](https://www.waardigheidentrots.nl/praktijk/mooie-initiatieven-coronacrisis/).

Methodologische verantwoording

Auteurs: [Inger Plaisier](#) en [Maaïke den Draak](#)

Voor deze publicatie is gebruikgemaakt van semigestructureerde interviews met deskundigen uit de wetenschap en de praktijk en van literatuur (Nederlandse onderzoeksrapporten, documenten en artikelen over de praktijk van de zorg aan ouderen). Er is gekozen voor deze methodiek, omdat interviews zich goed lenen voor open, explorerende vragen en voor antwoorden waarin ervaringen en voorbeelden nader kunnen worden toegelicht.

De onderzoekers interviewden in totaal 27 deskundigen in 14 interviews,¹ in de periode van juli tot en met november 2019. De geïnterviewden hadden deskundigheid op verschillende werkterreinen: beleid, wetenschap, toezicht, belangenbehartiging en de uitvoeringspraktijk. Daarnaast streefden we naar diversiteit in expertise, dit alles om uit zoveel mogelijk verschillende perspectieven en inzichten te kunnen putten. De interviews werden letterlijk getranscribeerd.² In het computerprogramma Atlas.ti werd een thematische analyse uitgevoerd.

Naast het houden van interviews werd ook literatuur bestudeerd om zo een meer compleet beeld te kunnen schetsen. Met behulp van Atlas.ti werden 25 Nederlandstalige onderzoeksrapporten en -documenten gecodeerd en thematisch geanalyseerd, welke gepubliceerd waren in de periode van 2015 tot en met 2019. Ook werden 49 landelijke en regionale krantenartikelen geanalyseerd over knelpunten in de zorg en ondersteuning voor ouderen, die verschenen tussen maart 2018 tot begin oktober 2019. De krantenartikelen zijn minder vaak gebruikt voor deze publicatie, maar schetsen wel de zorgen en sentimenten die in de maatschappij leven. De codering van de documenten en krantenartikelen in Atlas.ti gebeurde op dezelfde wijze als de interviews, zodat de informatie als geheel geanalyseerd kon worden. Naast de publicaties die in Atlas.ti geanalyseerd werden, is bij het schrijven van deze card stack gebruikgemaakt van aanvullende literatuur die deels tijdens de loop van het project gepubliceerd werd.

Geanalyseerde literatuur

Onderstaande 25 documenten en rapporten werden met behulp van Atlas.ti gecodeerd en thematisch geanalyseerd. Daarnaast is bij het schrijven van de card stack gebruikgemaakt van aanvullende literatuur. Deze wordt onderaan de betreffende kaarten genoemd.

Boeije, H., R. Verkaik, K. de Groot, H. Kappen en J. Korevaar (2019). *Kwaliteit van leven van langer thuiswonende ouderen. Sessies met de praktijk*. Utrecht: Nivel. Geraadpleegd 19 februari 2021 via <http://www.nivel.nl/>.

Booys, M. de, D. Achterbergh, A. de Lange, C. Mastenbroek, C. Klop en J.-W. Dik (2018). *Startnotitie Naar reguliere integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis*. Diemen: Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd 10 september 2020 via <http://www.zorginstituutnederland.nl/>.

Cadsand, R. van en I. Renes (2017). *Gespreksdocument Grensvlakken Ouderenzorg. Juni 2017*. Leiden: Zilveren Kruis. Geraadpleegd 19 februari 2021 via <http://www.zilverenkruis.nl/>.

Feitsma, M. en M. Kaper (2018). *Kijk op de keten. Knelpunten, opgaven en inspirerende initiatieven. Ouderenzorg in de provincie Drenthe*. Assen: Trendbureau Drenthe. Geraadpleegd 19 februari 2021 via <https://trendbureaudrenthe.nl>.

Francke, A.L., P.M. Rijken, K. de Groot, A.J.E. de Veer, K.A.M. Verkleij en H.R. Boeije (2017). *Evaluatie van de wijkverpleging. Ervaringen van cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals. Deevaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg*. Utrecht: Nivel. Geraadpleegd 19 februari 2021 via <http://www.nivel.nl/>.

Glimmerveen, L., L. Stouthard en K. Benning (2019). *Van thuis naar het verpleeghuis. Op weg naar een soepele overgang*. Utrecht: Vilans. Geraadpleegd 19 februari 2021 via <http://www.rijksoverheid.nl/>.

Groot, K. de, A. de Veer, S. Versteeg en A. Francke (2018). *Het organiseren van langdurige zorg en ondersteuning voor thuiswonende patiënten. Ervaringen van praktijkondersteuners in de huisartsenzorg*. Utrecht: Nivel. Geraadpleegd 19 februari 2021 via <http://www.nivel.nl/>.

Groot, C. de, M. van der Staak, F. Daalhuizen en G. de Kam (2019). *Aanpassen of verkassen? Langer zelfstandig in een geschikte woning*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving. Geraadpleegd 15 september 2020 via <https://themasites.pbl.nl/o/aanpassen-of-verkassen/>.

Harnas, S. en P. Schout (2017). *Meldactie 'Ouderen met een kwetsbare gezondheid'. Op weg naar een ouderenvriendelijke samenleving*. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland. Geraadpleegd 19 februari 2021 via <http://www.patiëntenfederatie.nl/>.

Heide, I. van der, S. van den Buuse en A. L. Francke (2018). *Dementiemonitor Mantelzorg 2018. Mantelzorgers over ondersteuning, zorg, belasting en de impact van mantelzorg op hun leven*. Utrecht: Nivel. Geraadpleegd 19 februari 2021 via <http://www.nivel.nl/>.

IGJ (2018a). *Kwetsbare oudere in Harlingen staat centraal in zorgnetwerk. Meer afstemming nodig met mantelzorgers*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Geraadpleegd 19 februari 2021 via <http://www.igj.nl/>.

IGJ (2018b). *Zorgnetwerken kwetsbare oudere in Tiel zijn veilig en persoonsgericht. Afspraken over coördinatie nog onvoldoende in de praktijk gebracht*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Geraadpleegd 19 februari 2021 via <http://www.igj.nl/>.

IGJ (2019). *Kwetsbare oudere in Best staat centraal in zorgnetwerk van huisarts, praktijkondersteuner en wijkverpleegkundige*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Geraadpleegd 19 februari 2021 via <http://www.igj.nl/>.

IGZ (2017). *Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg. Geraadpleegd 19 februari 2021 via <http://www.igj.nl/>.

Klerk, M. de, D. Verbeek-Oudijk, I. Plaisier en M. den Draak (2019). *Zorgen voor thuiswonende ouderen. Kennissynthese over de zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

KPMG (2018). *Juiste zorg op de juiste plek. Onderzoek naar condities en consequenties (Definitieve rapportage ten behoeve van bespreking in de taskforce Zorg op Juiste Plek)*. Amstelveen: KPMG. Geraadpleegd 19 februari 2021 via <http://www.zonmw.nl/>.

Maat, J.W. van de (2019). *Integrale ouderenzorg gebaat bij goede samenwerking professionals. 4 knelpunten die integrale ouderenzorg bemoeilijken*. Geraadpleegd 18 september 2019 via <http://www.movisie.nl/>.

Non, M., A. van der Torre, E. Mot, E. Eggink, P. Bakx en R. Douven (2015). *Keuzeruimte in de langdurige zorg. Veranderingen van zorgpartijen en cliënten*. Den Haag: Centraal Planbureau/Sociaal Cultureel Planbureau.

Patiëntenfederatie Nederland, Ieder(in), Ypsilon en MIND (2017). *Als zorg en/of ondersteuning nodig is... Inzicht in routes, keuzemomenten en gewenste ondersteuning*. Geraadpleegd 19 februari 2021 via <http://www.patiëntenfederatie.nl/>.

Raad van Ouderen (2019). *Advies Raad van Ouderen keuze-informatie verpleeghuizen*. Geraadpleegd 19 februari 2021 via <http://www.beteroud.nl/raad-van-ouderen>.

SIGRA (2017). *Krakende ketens in de zorg voor kwetsbare ouderen. Verbeter de zorg – begin bij jezelf! Stedelijk advies Amsterdam. Knelpunten en oplossingsmogelijkheden*. Amsterdam: SIGRA. Geraadpleegd 21 februari 2021 via <http://www.sigra.nl/>.

Stichting Transmurale Zorg (2019). *Stand van zaken crisisproblematiek in regio Haaglanden op 11 juni 2019*. Den Haag: Stichting Transmurale Zorg. Geraadpleegd 19 februari 2021 via <https://transmuralezorg.nl>.

Ubink-Bontekoe, C. en M. Spierenburg (2018). *In één keer goed! Een verkennend onderzoek naar gebruik van Eerstelijnsverblijf*. Utrecht: Vilans. Geraadpleegd 12 november 2020 via <http://www.vilans.nl/>.

Westhoff, E., L. Koster, A. Brons, P. Tazelaar en I. Mulder (2019). *Rapportage evaluatieonderzoek 'Maatwerk in de Wlz-zorg thuis'*. Barneveld: Significant. Geraadpleegd 19 februari 2021 via <http://www.rijksoverheid.nl/>.

ZorgImpuls (2017). *Samen voor kwetsbare ouderen 010. Regioanalyse keten kwetsbare ouderen Rotterdam*. Geraadpleegd 19 februari 2021 via <http://www.zorgimpuls.nl/>.

Veel van het onderzoeksmateriaal dateert dus uit 2019. Sinds de coronacrisis, die in maart 2020 begon, is de aandacht in de zorg en ondersteuning vooral gericht geweest op bestrijding van de coronapandemie en het bieden van hulp aan mensen die ziek werden door het virus. We denken dat daardoor oplossingen voor de meeste problemen die voor de crisis speelden vooruitgeschoven zijn en dat de genoemde knelpunten nog altijd actueel zijn.

Deze kaart citeren

Plaisier, I. en M. den Draak (2021). Methodologische verantwoording. In: *Passende zorg voor ouderen thuis: knelpunten in kaart*. Geraadpleegd op [datum] via <https://digitaal.scp.nl/passende-zorg-voor-ouderen-thuis/methodologische-verantwoording>.

Publicatiedatum

8 juli 2021

Informatie noten

- 1 1 projectleider, 2 huisartsen en 1 verpleegkundige van een kennisorganisatie; 1 zelfstandig Wet langdurige zorg (Wlz)-cliëntondersteuner; 1 specialist ouderengeneeskunde en 1 medewerker cliëntservicebureau van een verpleeghuis; 3 beleidsmedewerkers van een overheidsorganisatie; 2 medewerkers van een cliëntbelangenorganisatie; 6 medewerkers (waaronder een directeur) van 3 verschillende ouderenbelangenorganisaties; 1 opleider/huisarts en 1 opleider/specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn van een opleidingsinstituut; 1 onderzoeker en 1 adviseur/onderzoeker van een kennisorganisatie; 2 inspecteurs van een toezichthoudende instantie; 1 wijkverpleegkundige en 1 casemanager dementie van een beroepsvereniging voor verpleegkundigen; en 1 medewerker van een brancheorganisatie welzijn.
- 2 Op 1 na; van dit interview is geen opname gemaakt, maar werden tijdens het gesprek aantekeningen gemaakt.