

Voorwoord

In het kort

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Doel
- 1.3 Onderzoeksvragen
- 1.4 Onderzoeksmethode en periode
- 1.5 Toetsingskader
- 1.6 Afbakening

2 Conclusies en vervolg

- 2.1 Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis
 - 2.1.1 De netwerkgroep thuis sluit aan op behoefte van (kwetsbare) oudere
 - 2.1.2 De (kwetsbare) oudere ervaart een soepele overgang naar zorg thuis, voorbereiding op ontslag kan beter
 - 2.1.3 Goede motivatie voor samenwerking in netwerken
 - 2.1.4 Duidelijkheid nodig over coördinatie in het netwerk
- 2.2 Aanbevelingen
 - 2.2.1 Spreek af wie het netwerk coördineert
 - 2.2.2 Versterk de samenhang tussen zorg en ondersteuning
 - 2.2.3 Kijk bij ontslag uit eerstelijnsverblijf breed wat thuis nodig is
- 2.3 Vervolg

3 Resultaten

- 3.1 Cliënt centraal
 - 3.1.1 Cliëntondersteuning
 - 3.1.2 Begrijpelijke informatie
 - 3.1.3 Zorgbehoefte in beeld
 - 3.1.4 Afspraken over zorg en ondersteuning
 - 3.1.5 Eigen regie en zelfredzaamheid
- 3.2 Integrale zorg
 - 3.2.1 Professionals kennen elkaar
 - 3.2.2 Informatie-uitwisseling
 - 3.2.3 Zorgcoördinatie en afstemming
 - 3.2.4 Overdracht
 - 3.2.5 Competenties voor samenwerking
 - 3.2.6 Randvoorwaarden voor samenwerking
- 3.3 Mantelzorg
 - 3.3.1 Afstemmen mantelzorg
 - 3.3.2 Versterken informele zorg
- 3.4 Veiligheid
 - 3.4.1 Veilige woon- en leefsituatie
 - 3.4.2 Medicatieveiligheid
 - 3.4.3 Veilige zorgrelatie
 - 3.4.4 Veilige medische technologie

Bijlage

- 1 Toetsingskader



Inspectie voor de Gezondheidszorg
 Ministerie van Volksgezondheid,
 Welzijn en Sport

Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis

Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis



1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Doel
- 1.3 Onderzoeksvragen
- 1.4 Onderzoeksmethode en periode
- 1.5 Toetsingskader
- 1.6 Afbakening

2 Conclusies en vervolg

- 2.1 Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis
 - 2.1.1 *De netwerkzorg thuis sluit aan op behoefte van (kwetsbare) oudere*
 - 2.1.2 *De (kwetsbare) oudere ervaart een soepele overgang naar zorg thuis, voorbereiding op ontslag kan beter*
 - 2.1.3 *Goede motivatie voor samenwerking in netwerken*
 - 2.1.4 *Duidelijkheid nodig over coördinatie in het netwerk*
- 2.2 Aanbevelingen
 - 2.2.1 *Spreek af wie het netwerk coördineert*
 - 2.2.2 *Versterk de samenhang tussen zorg en ondersteuning*
 - 2.2.3 *Kijk bij ontslag uit eerstelijnsverblijf breed wat thuis nodig is*
- 2.3 Vervolg

3 Resultaten

- 3.1 Cliënt centraal
 - 3.1.1 *Cliëntondersteuning*
 - 3.1.2 *Begrijpelijke informatie*
 - 3.1.3 *Zorgbehoefte in beeld*
 - 3.1.4 *Afspraken over zorg en ondersteuning*
 - 3.1.5 *Eigen regie en zelfredzaamheid*
- 3.2 Integrale zorg
 - 3.2.1 *Professionals kennen elkaar*
 - 3.2.2 *Informatie-uitwisseling*
 - 3.2.3 *Zorgcoördinatie en afstemming*
 - 3.2.4 *Overdracht*
 - 3.2.5 *Competenties voor samenwerking*
 - 3.2.6 *Randvoorwaarden voor samenwerking*
- 3.3 Mantelzorg
 - 3.3.1 *Afstemmen mantelzorg*
 - 3.3.2 *Versterken informele zorg*
- 3.4 Veiligheid
 - 3.4.1 *Veilige woon- en leefsituatie*
 - 3.4.2 *Medicatieveiligheid*
 - 3.4.3 *Veilige zorgrelatie*
 - 3.4.4 *Veilige medische technologie*

Bijlage

- 1 Toetsingskader

Voorwoord

De veranderingen in de zorg thuis vragen een andere manier van werken van zorgverleners. Aansluiten bij de behoefte van de burger, beter samenwerken in zorgnetwerken rond de burger. Contact met mantelzorg en afstemmen met de ondersteuning vanuit de gemeente. Het klinkt eenvoudig, maar in de praktijk is het een uitdaging voor alle zorgverleners in de zorg thuis. Een uitdaging die de moeite waard is, want veel mensen willen zo lang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen.

Veel regio's en gemeenten zijn actief bezig met het vormgeven van deze veranderingen in de praktijk. Houten is hier een goed voorbeeld van. Huisartsen, zorgorganisaties, het ziekenhuis, welzijnsorganisaties en de gemeente Houten hebben de handen ineen geslagen in het project DuurSaam houten. De ambitie van 'DuurSaam Houten' is om – vanuit het perspectief van de oudere – de eerstelijnszorg, specialistische zorg en het sociaal domein intensiever en duurzaam met elkaar te verbinden met het doel kwalitatief goede zorg te bieden op de juiste plek.

De veranderingen in de zorg thuis vragen ook een andere manier van werken van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De burger centraal stellen in het toezicht, de dialoog aangaan met zorgaanbieders, en het accent in het toezicht verschuiven van zorgaanbieders naar zorgnetwerken. Samenwerken en samenhang staan hierbij centraal. Dan ontstaan nieuwe vragen. Zoals wie is verantwoordelijk in een netwerk. Wie coördineert het netwerk en wie houdt in de gaten of de zorg thuis nog verantwoord is. Voor de inspectie is het een uitdaging om het toezicht te vernieuwen en aan te laten sluiten bij het veranderend zorglandschap. Een uitdaging die wij graag aangaan.

De inspectie wil het veranderend toezicht zoveel mogelijk samen met de partijen in het veld vormgeven. Daarom zijn we blij dat we in Houten een goede partner hebben gevonden om een pilot te doen naar netwerkzorg bij (kwetsbare) ouderen thuis na eerstelijnsverblijf.

Het mes snijdt in deze pilot aan twee kanten: de zorgaanbieders in Houten gebruiken de resultaten van het inspectieonderzoek in 'DuurSaam Houten' en de inspectie doet ervaring op met een andere manier van toezicht. Het zijn voor de inspectie zeer waardevolle ervaringen, die we meenemen in ons verdere toezicht.

Op veel van de onderzochte thema's gaat het goed in Houten. Ik verwacht dat ook andere regio's en gemeenten kunnen leren van de resultaten van dit inspectieonderzoek. Zij kunnen dit rapport gebruiken in hun zoektocht naar de praktische invulling van de veranderingen in de zorg thuis.

Graag wil ik de ouderen die hebben meegedaan aan dit inspectieonderzoek hiervoor bedanken. De gesprekken waren open en informatief. Door mee te doen aan dit onderzoek dragen zij bij aan betere netwerkzorg voor ouderen thuis, na eerstelijnsverblijf. Dat geldt ook voor de mantelzorgers en alle zorg- en hulpverleners die met de inspectie in gesprek zijn gegaan. Dankzij hen hebben we een goed beeld gekregen van de netwerkzorg thuis aan (kwetsbare) ouderen in Houten. Ook wil ik de mensen van Zorg in Houten van harte bedanken voor het faciliteren van dit onderzoek.

Wij vertrouwen erop dat het bestuurlijk Platform 'DuurSaam Houten' samen met de zorg- en hulpverleners in Houten met de aanbevelingen aan de slag gaat. Wij komen graag nog een keer terug in Houten.

Joke de Vries,
hoofdinspecteur Maatschappelijke Zorg

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Doel
- 1.3 Onderzoeksvragen
- 1.4 Onderzoeksmethode en periode
- 1.5 Toetsingskader
- 1.6 Afbakening

2 Conclusies en vervolg

- 2.1 Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis
 - 2.1.1 De netwerkzorg thuis sluit aan op behoefte van (kwetsbare) oudere
 - 2.1.2 De (kwetsbare) oudere ervaart een soepele overgang naar zorg thuis, voorbereiding op ontslag kan beter
 - 2.1.3 Goede motivatie voor samenwerking in netwerken
 - 2.1.4 Duidelijkheid nodig over coördinatie in het netwerk
- 2.2 Aanbevelingen
 - 2.2.1 Spreek af wie het netwerk coördineert
 - 2.2.2 Versterk de samenhang tussen zorg en ondersteuning
 - 2.2.3 Kijk bij ontslag uit eerstelijnsverblijf breed wat thuis nodig is
- 2.3 Vervolg

3 Resultaten

- 3.1 Cliënt centraal
 - 3.1.1 Cliëntondersteuning
 - 3.1.2 Begrijpelijke informatie
 - 3.1.3 Zorgbehoefte in beeld
 - 3.1.4 Afspraken over zorg en ondersteuning
 - 3.1.5 Eigen regie en zelfredzaamheid
- 3.2 Integrale zorg
 - 3.2.1 Professionals kennen elkaar
 - 3.2.2 Informatie-uitwisseling
 - 3.2.3 Zorgcoördinatie en afstemming
 - 3.2.4 Overdracht
 - 3.2.5 Competenties voor samenwerking
 - 3.2.6 Randvoorwaarden voor samenwerking
- 3.3 Mantelzorg
 - 3.3.1 Afstemmen mantelzorg
 - 3.3.2 Versterken informele zorg
- 3.4 Veiligheid
 - 3.4.1 Veilige woon- en leefsituatie
 - 3.4.2 Medicatieveiligheid
 - 3.4.3 Veilige zorgrelatie
 - 3.4.4 Veilige medische technologie

Bijlage

- 1 Toetsingskader

In het kort

De (kwetsbare) oudere in Houten heeft een spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis. Dit concludeert de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op basis van haar onderzoek naar de netwerkzorg thuis bij ouderen in Houten.

Het zorglandschap verandert. Ouderen blijven zo lang mogelijk thuis wonen. Ook als zij zorg, behandeling of ondersteuning nodig hebben. Ouderen die thuis wonen hebben vaak te maken met verschillende zorg- en hulpverleners. Zij vormen samen met de mantelzorg het '(zorg)netwerk' rond de oudere. Het is voor de oudere belangrijk dat dit netwerk goed samenwerkt. Zeker op het moment dat een oudere niet meer goed voor zichzelf kan zorgen.

Daarom deed de inspectie in 2017 in Houten onderzoek naar hoe de netwerkzorg thuis aan (kwetsbare) ouderen was georganiseerd. De inspectie keek naar de samenwerking en samenhang in overdracht, behandeling, zorg en ondersteuning thuis. De inspectie deed dit onderzoek in samenwerking met de stichting Zorg in Houten.

Voor het onderzoek heeft de inspectie twaalf ouderen thuis bezocht. Deze ouderen waren het afgelopen jaar tijdelijk opgenomen in een eerstelijnsverblijf in Houten. Zij gingen daarna weer naar huis. De inspectie sprak met hen over hun ervaringen met de zorg en hulp thuis. Samen met de oudere bracht de inspectie het netwerk van zorg- en hulpverleners en mantelzorger(s) in kaart. De inspectie sprak per netwerk ook met de belangrijkste mantelzorger en een aantal zorg- en hulpverleners. De inspectie praatte met hen over de zorg, behandeling en ondersteuning die zij aan de oudere boden.

De inspectie kreeg over het algemeen een positief beeld van de netwerkzorg thuis bij (kwetsbare) ouderen in Houten. De netwerkzorg thuis sloot aan bij de behoefte van de ouderen. De ouderen hadden zo veel mogelijk zelf de regie over de zorg thuis. Het viel de inspectie op dat zorg- en hulpverleners in Houten graag met elkaar wilden samenwerken. Hier hadden zij al een goede basis voor gelegd. Maar de praktische uitvoering van deze samenwerking is soms nog lastig. De zorg- en hulpverleners misten bijvoorbeeld nog gezamenlijke zorgplannen en informatiesystemen.

Mantelzorgers bleken kritischer te zijn over de netwerkzorg thuis in Houten dan de ouderen zelf. Ongeveer de helft van de mantelzorgers voelde zich tijdens het onderzoek overbelast of had zich eerder overbelast gevoeld. De zorgverleners hadden wel oog voor hun belasting, maar mantelzorgers ervoeren weinig concrete actie bij overbelasting.

De inspectie ziet als belangrijkste verbeterpunt in Houten de coördinatie en afstemming in het netwerk rond (kwetsbare) ouderen. Nu was vaak niet duidelijk afgesproken wie het netwerk coördineert. Dit heeft tot gevolg dat doelen van zorg en behandeling niet duidelijk op elkaar waren afgestemd. En dat de geboden zorg en ondersteuning vaak los van elkaar stonden.

De inspectie verwacht dat bij elke (kwetsbare) oudere die met verschillende zorg- en hulpverleners te maken heeft duidelijk is afgesproken wie het netwerk coördineert. De coördinatie in het netwerk kan bij de oudere zelf liggen als hij in staat is om dat zelf te doen. Anders kan de mantelzorger of één van de zorgverleners het netwerk coördineren.

Ook is het belangrijk om ervoor te zorgen dat helder is wat deze rol inhoudt. De coördinator moet samenhang brengen in de zorg en ook afstemmen met de ondersteuning vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De inspectie zag nu een grote afstand tussen het zorgdomein en het ondersteuningsdomein in Houten.

De inspectie heeft aangeboden om over enige tijd een kort vervolgonderzoek te doen in Houten. Zij kijkt dan of de coördinatie van het netwerk rond (kwetsbare) ouderen thuis goed is geregeld.

Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Doel
- 1.3 Onderzoeksvragen
- 1.4 Onderzoeksmethode en periode
- 1.5 Toetsingskader
- 1.6 Afbakening

2 Conclusies en vervolg

- 2.1 Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis
 - 2.1.1 De netwerkzorg thuis sluit aan op behoefte van (kwetsbare) oudere
 - 2.1.2 De (kwetsbare) oudere ervaart een soepele overgang naar zorg thuis, voorbereiding op ontslag kan beter
 - 2.1.3 Goede motivatie voor samenwerking in netwerken
 - 2.1.4 Duidelijkheid nodig over coördinatie in het netwerk
- 2.2 Aanbevelingen
 - 2.2.1 Spreek af wie het netwerk coördineert
 - 2.2.2 Versterk de samenhang tussen zorg en ondersteuning
 - 2.2.3 Kijk bij ontslag uit eerstelijnsverblijf breed wat thuis nodig is
- 2.3 Vervolg

3 Resultaten

- 3.1 Cliënt centraal
 - 3.1.1 Cliëntondersteuning
 - 3.1.2 Begrijpelijke informatie
 - 3.1.3 Zorgbehoefte in beeld
 - 3.1.4 Afspraken over zorg en ondersteuning
 - 3.1.5 Eigen regie en zelfredzaamheid
- 3.2 Integrale zorg
 - 3.2.1 Professionals kennen elkaar
 - 3.2.2 Informatie-uitwisseling
 - 3.2.3 Zorgcoördinatie en afstemming
 - 3.2.4 Overdracht
 - 3.2.5 Competenties voor samenwerking
 - 3.2.6 Randvoorwaarden voor samenwerking
- 3.3 Mantelzorg
 - 3.3.1 Afstemmen mantelzorg
 - 3.3.2 Versterken informele zorg
- 3.4 Veiligheid
 - 3.4.1 Veilige woon- en leefsituatie
 - 3.4.2 Medicatieveiligheid
 - 3.4.3 Veilige zorgrelatie
 - 3.4.4 Veilige medische technologie

Bijlage

- 1 Toetsingskader

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

Veranderend zorglandschap

Het zorglandschap verandert. Ouderen blijven langer thuis wonen en na een ziekenhuisopname gaan mensen zo snel mogelijk weer naar huis. Zorg, behandeling en ondersteuning worden in of dichtbij huis geboden. Hierbij spelen de huisarts en de wijkverpleegkundige een belangrijke rol. Het betekent daarnaast dat de mantelzorger steeds belangrijker wordt. Ook de gemeente speelt een steeds grotere rol bij de ondersteuning thuis.

Netwerkzorg thuis

Ouderen die thuis wonen en zorg, behandeling en ondersteuning krijgen, hebben vaak te maken met verschillende partijen. Bij de zorg voor de oudere zijn vaak een mantelzorger en verschillende zorg- en hulpverleners betrokken.

De zorg- en hulpverleners vormen samen met de mantelzorg het '(zorg)netwerk' rond de oudere. Het uitgangspunt hierbij is dat de oudere zoveel mogelijk zelf de regie heeft over dit netwerk. Of dat de oudere hulp daarbij krijgt als dit niet meer lukt. Het is belangrijk dat iedereen in het netwerk goed met elkaar samenwerkt. De mensen in het netwerk moeten de zorg, behandeling en ondersteuning goed op elkaar afstemmen.

Veranderend toezicht

De inspectie past haar toezicht aan op de veranderingen in het zorglandschap. Bij het toezicht op netwerkzorg thuis kijkt zij naar twee onderdelen. De inspectie kijkt naar de kwaliteit van de zorg die individuele zorgverleners of organisaties bieden. En naar de samenwerking in het netwerk rond (kwetsbare) ouderen thuis. De inspectie hanteert het perspectief van de oudere als het startpunt voor haar toezicht.

Samenwerking bij toezicht

De inspectie houdt toezicht op de zorg en behandeling die wordt geleverd vanuit de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het toezicht op ondersteuning vanuit de Wmo. Bij netwerkzorg thuis spelen zowel zorg en behandeling als ondersteuning een rol. Daarom werken de inspectie en de Wmo-toezichthouder samen bij het toezicht.

Houten geschikt voor pilot

De inspectie deed in een pilot in Houten onderzoek naar de netwerkzorg thuis. De pilot sloot goed aan bij het project 'DuurSaam Houten'. Dat project startte begin 2017. Houten was een geschikte gemeente voor de pilot. De omvang van de gemeente is overzichtelijk en de eerstelijnszorg was al goed georganiseerd. De inspectie koos daarnaast voor Houten omdat de stichting 'Zorg in Houten' gemotiveerd was om samen te werken met de inspectie.

Doelgroep

De doelgroep van de pilot was de (kwetsbare) oudere die zorg en ondersteuning thuis ontving na opname in eerstelijnsverblijf. De inspectie kwam via het eerstelijnsverblijf in Houten in contact met (kwetsbare) ouderen.

1.2 Doel

De inspectie wilde met de pilot 'Toezicht op netwerkzorg thuis na eerstelijnsverblijf in Houten' bijdragen aan goede en veilige zorg aan (kwetsbare) ouderen thuis. De inspectie keek naar de samenwerking en samenhang in overdracht, behandeling, zorg en ondersteuning thuis aan (kwetsbare) ouderen na eerstelijnsverblijf in Houten.

Het onderzoek droeg zowel bij aan de vernieuwing van het toezicht van de inspectie als aan de doelstellingen van 'DuurSaam Houten'. Op basis van de bevindingen uit het onderzoek scherpt de inspectie haar toetsingskader verder aan.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Doel
- 1.3 Onderzoeksvragen
- 1.4 Onderzoeksmethode en periode
- 1.5 Toetsingskader
- 1.6 Afbakening

2 Conclusies en vervolg

- 2.1 Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis
 - 2.1.1 De netwerkzorg thuis sluit aan op behoefte van (kwetsbare) oudere
 - 2.1.2 De (kwetsbare) oudere ervaart een soepele overgang naar zorg thuis, voorbereiding op ontslag kan beter
 - 2.1.3 Goede motivatie voor samenwerking in netwerken
 - 2.1.4 Duidelijkheid nodig over coördinatie in het netwerk
- 2.2 Aanbevelingen
 - 2.2.1 Spreek af wie het netwerk coördineert
 - 2.2.2 Versterk de samenhang tussen zorg en ondersteuning
 - 2.2.3 Kijk bij ontslag uit eerstelijnsverblijf breed wat thuis nodig is
- 2.3 Vervolg

3 Resultaten

- 3.1 Cliënt centraal
 - 3.1.1 Cliëntondersteuning
 - 3.1.2 Begrijpelijke informatie
 - 3.1.3 Zorgbehoefte in beeld
 - 3.1.4 Afspraken over zorg en ondersteuning
 - 3.1.5 Eigen regie en zelfredzaamheid
- 3.2 Integrale zorg
 - 3.2.1 Professionals kennen elkaar
 - 3.2.2 Informatie-uitwisseling
 - 3.2.3 Zorgcoördinatie en afstemming
 - 3.2.4 Overdracht
 - 3.2.5 Competenties voor samenwerking
 - 3.2.6 Randvoorwaarden voor samenwerking
- 3.3 Mantelzorg
 - 3.3.1 Afstemmen mantelzorg
 - 3.3.2 Versterken informele zorg
- 3.4 Veiligheid
 - 3.4.1 Veilige woon- en leefsituatie
 - 3.4.2 Medicatieveiligheid
 - 3.4.3 Veilige zorgrelatie
 - 3.4.4 Veilige medische technologie

Bijlage

- 1 Toetsingskader

1.3 Onderzoeksvragen

De centrale vraag in het onderzoek van de inspectie was:

“In hoeverre voldoet de netwerkzorg thuis bij (kwetsbare) ouderen na eerstelijnsverblijf in Houten aan de normen?”

De inspectie heeft hierbij in het bijzonder gekeken naar:

- de ervaringen van ouderen en hun mantelzorgers met netwerkzorg thuis;
- de samenwerking en samenhang in overdracht vanuit het eerstelijnsverblijf naar de thuissituatie;
- de samenwerking en samenhang in de netwerkzorg thuis;
- de verbeteringen die nodig zijn op het gebied van overdracht vanuit het eerstelijnsverblijf en de netwerkzorg thuis.

1.4 Onderzoeksmethode en periode

Het onderzoek is uitgevoerd in de eerste helft van 2017 en bestond uit tien stappen:

1 Afspraken over pilot IGZ met bestuur Zorg in Houten

De inspectie maakte afspraken met het bestuur van Zorg in Houten over de uitvoering van de pilot. Ook maakte zij afspraken over de selectie van de ouderen voor het onderzoek. En over de terugkoppeling van de resultaten aan de organisaties in Houten.

2 Inventarisatie van relevante zorgaanbieders en samenwerkingsafspraken

De inspectie maakte een sociale kaart van Houten met alle relevante zorg- en hulpverleners in de gemeente. Ook inventariseerde zij de belangrijkste samenwerkingsafspraken voor de zorg aan (kwetsbare) ouderen in Houten:

- project ‘Kwetsbare ouderen’;
- eerstelijnsverblijf voor Houtense patiënten.

3 Afspraken met Wmo-toezichthouder over samenwerking in pilot IGZ

In Houten voert de GGD regio Utrecht het toezicht op de Wmo uit. De inspectie heeft de Wmo-toezichthouder gevraagd om samen te werken in deze pilot. GGD regio Utrecht heeft hier positief op gereageerd. Doel van deze samenwerking was om het effect van het inspectietoezicht te versterken. Dit deed de inspectie door informatie uit te wisselen en knelpunten te signaleren en te bespreken. De inspectie en de Wmo-toezichthouder spraken af dat de Wmo-toezichthouder aanwezig zou zijn bij de gesprekken met de Wmo-ondersteuners. En dat zij betrokken zou worden bij de analyse van de data. De Wmo-toezichthouder heeft geen apart toezicht uitgevoerd.

4 Selectie van twaalf ouderen voor onderzoek

De Houtense huisartsen hebben een aantal van hun patiënten uitgenodigd om mee te doen aan de pilot van de inspectie. De patiënten konden deelnemen als zij voldeden aan de selectiecriteria . Twaalf ouderen namen uiteindelijk deel aan het onderzoek.

5 Gesprekken met ouderen

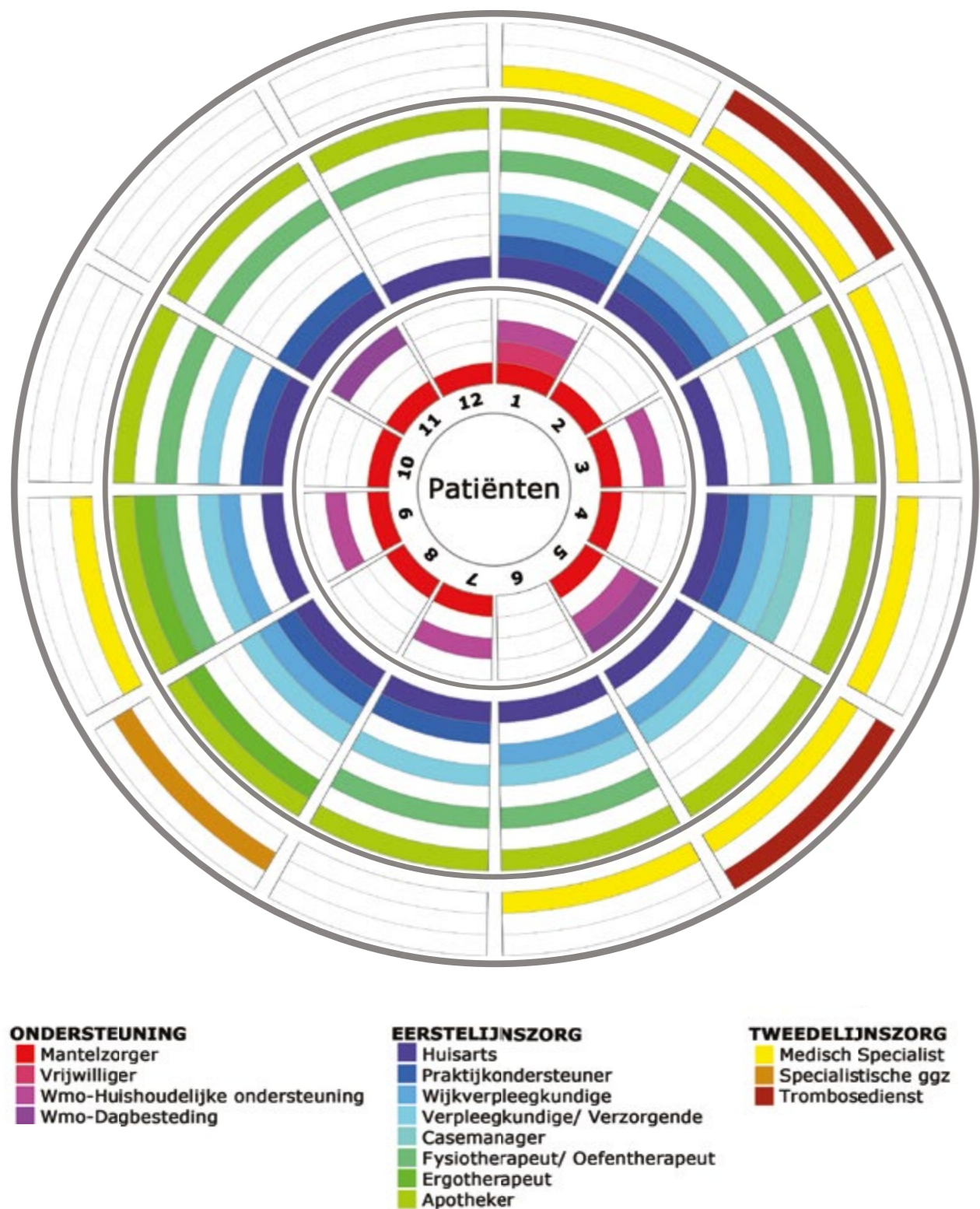
Inspecteurs spraken allereerst met deze twaalf ouderen. De inspecteurs brachten samen met de oudere zijn netwerk van zorg-, hulpverleners en mantelzorger(s) in kaart. Soms was de mantelzorger ook aanwezig bij dit gesprek. Alle ouderen gaven de inspectie toestemming om hun netwerk te benaderen voor een gesprek. Dat gesprek ging over de zorg, behandeling en ondersteuning die de netwerkpartners aan de oudere boden. Figuur 1 geeft de netwerken van de twaalf ouderen weer.

Voorwoord

In het kort

- 1 Inleiding
 - 1.1 Aanleiding en belang
 - 1.2 Doel
 - 1.3 Onderzoeksvragen
 - 1.4 Onderzoeksmethode en periode
 - 1.5 Toetsingskader
 - 1.6 Afbakening
- 2 Conclusies en vervolg
 - 2.1 Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis
 - 2.1.1 De netwerkzorg thuis sluit aan op behoefte van (kwetsbare) oudere
 - 2.1.2 De (kwetsbare) oudere ervaart een soepele overgang naar zorg thuis, voorbereiding op ontslag kan beter
 - 2.1.3 Goede motivatie voor samenwerking in netwerken
 - 2.1.4 Duidelijkheid nodig over coördinatie in het netwerk
 - 2.2 Aanbevelingen
 - 2.2.1 Spreek af wie het netwerk coördineert
 - 2.2.2 Versterk de samenhang tussen zorg en ondersteuning
 - 2.2.3 Kijk bij ontslag uit eerstelijnsverblijf breed wat thuis nodig is
 - 2.3 Vervolg
- 3 Resultaten
 - 3.1 Cliënt centraal
 - 3.1.1 Cliëntondersteuning
 - 3.1.2 Begrijpelijke informatie
 - 3.1.3 Zorgbehoefte in beeld
 - 3.1.4 Afspraken over zorg en ondersteuning
 - 3.1.5 Eigen regie en zelfredzaamheid
 - 3.2 Integrale zorg
 - 3.2.1 Professionals kennen elkaar
 - 3.2.2 Informatie-uitwisseling
 - 3.2.3 Zorgcoördinatie en afstemming
 - 3.2.4 Overdracht
 - 3.2.5 Competenties voor samenwerking
 - 3.2.6 Randvoorwaarden voor samenwerking
 - 3.3 Mantelzorg
 - 3.3.1 Afstemmen mantelzorg
 - 3.3.2 Versterken informele zorg
 - 3.4 Veiligheid
 - 3.4.1 Veilige woon- en leefsituatie
 - 3.4.2 Medicatieveiligheid
 - 3.4.3 Veilige zorgrelatie
 - 3.4.4 Veilige medische technologie

Figuur 1: De netwerken van de twaalf patiënten (ouderen) die hebben meegedaan aan het onderzoek.



6 Gesprekken met mantelzorgers en zorg- en hulpverleners

Inspecteurs spraken vervolgens per netwerk met de belangrijkste mantelzorger van de oudere en met een aantal zorg- en hulpverleners. De inspecteurs spraken altijd met de huisarts. De wijkverpleegkundige speelt een centrale rol in het netwerk van de oudere. En ook de Wmo-ondersteuning is belangrijk. Daarom spraken de inspecteurs ook altijd met deze zorg- en hulpverleners.

Daarnaast sprak de inspectie met een zo groot mogelijke variatie aan zorgverleners uit de eerstelijns. De zorgverleners uit de tweedelijns maakten geen deel uit van het onderzoek. Dat was omdat de inspectie ervan uitging dat de huisarts contact had met de zorgverleners uit de tweedelijns. De inspectie voerde verder een aantal algemene gesprekken om een breder beeld te krijgen van de netwerkzorg thuis aan (kwetsbare) ouderen in Houten. Tabel 1 geeft een overzicht van de gevoerde gesprekken in dit onderzoek. Totaal voerde de inspectie 61 gesprekken met 70 verschillende personen.

Tabel 1: Overzicht van gevoerde gesprekken

Netwerkpartners met wie is gesproken	Aantal gesprekken	Aantal verschillende personen
Ouderen	12	12
Ondersteuning		
Mantelzorgers	11	11
Vrijwilliger	1	1
Hulp bij het huishouden (Wmo)	4	5
Dagbesteding (Wmo)	2	2
Eerstelijnszorg		
Huisarts	9	10
Praktijkondersteuner huisarts	2	2
Wijkverpleegkundige	5	5
Verpleegkundige / verzorgende	3	3
Casemanager	1	1
Fysiotherapeut / oefentherapeut	5	5
Ergotherapeut	1	1
Sociaal psychiatisch verpleegkundige	1	1
Overig		
Eerstelijnsverblijf (zorgcoördinatoren en specialist ouderengeneeskunde)	1	4
Consulent Welzijn	1	1
Beleidsadviseurs Gemeente Houten en medewerker Sociaal Team	1	3
Mobiel Geriatriesch Team (casemanager, specialist ouderengeneeskunde en psycholoog)	1	3
Totaal	61	70

Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis

Bijlage

- 1 Toetsingskader

Voorwoord

In het kort

- 1 Inleiding
 - 1.1 Aanleiding en belang
 - 1.2 Doel
 - 1.3 Onderzoeksvragen
 - 1.4 Onderzoeksmethode en periode
 - 1.5 Toetsingskader
 - 1.6 Afbakening
- 2 Conclusies en vervolg
 - 2.1 Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis
 - 2.1.1 De netwerkzorg thuis sluit aan op behoefte van (kwetsbare) oudere
 - 2.1.2 De (kwetsbare) oudere ervaart een soepele overgang naar zorg thuis, voorbereiding op ontslag kan beter
 - 2.1.3 Goede motivatie voor samenwerking in netwerken
 - 2.1.4 Duidelijkheid nodig over coördinatie in het netwerk
 - 2.2 Aanbevelingen
 - 2.2.1 Spreek af wie het netwerk coördineert
 - 2.2.2 Versterk de samenhang tussen zorg en ondersteuning
 - 2.2.3 Kijk bij ontslag uit eerstelijnsverblijf breed wat thuis nodig is
 - 2.3 Vervolg
- 3 Resultaten
 - 3.1 Cliënt centraal
 - 3.1.1 Cliëntondersteuning
 - 3.1.2 Begrijpelijke informatie
 - 3.1.3 Zorgbehoefte in beeld
 - 3.1.4 Afspraken over zorg en ondersteuning
 - 3.1.5 Eigen regie en zelfredzaamheid
 - 3.2 Integrale zorg
 - 3.2.1 Professionals kennen elkaar
 - 3.2.2 Informatie-uitwisseling
 - 3.2.3 Zorgcoördinatie en afstemming
 - 3.2.4 Overdracht
 - 3.2.5 Competenties voor samenwerking
 - 3.2.6 Randvoorwaarden voor samenwerking
 - 3.3 Mantelzorg
 - 3.3.1 Afstemmen mantelzorg
 - 3.3.2 Versterken informele zorg
 - 3.4 Veiligheid
 - 3.4.1 Veilige woon- en leefsituatie
 - 3.4.2 Medicatieveiligheid
 - 3.4.3 Veilige zorgrelatie
 - 3.4.4 Veilige medische technologie

Bijlage
1 Toetsingskader

7 Analyse

De resultaten van de gesprekken analyseerde de inspectie eerst op het niveau van de individuele oudere. Daarna maakte ze een analyse op gebiedsniveau (Houten). Het doel hiervan was om te beoordelen of de netwerkzorg thuis aan (kwetsbare) ouderen in Houten voldeed aan de normen. De inspectie vormde een oordeel over de samenwerking en afstemming tussen zorgverleners en Wmo-ondersteuners. Dit oordeel stemde de inspectie af met de Wmo-toezichthouder.

8 Toetsing resultaten bij betrokken zorg- en hulpverleners

De inspectie nodigde alle zorg- en hulpverleners met wie zij had gesproken uit voor een presentatie van de resultaten van het onderzoek in Houten. Bij deze bijeenkomst, half juni 2017, waren ongeveer twintig zorg- en hulpverleners aanwezig.

Doel van deze bijeenkomst was om te toetsen of de gepresenteerde resultaten herkenbaar waren. En of ze klopten met het beeld dat de zorg- en hulpverleners zelf hadden van de netwerkzorg thuis aan (kwetsbare) ouderen. Dit was op de belangrijkste punten het geval. De deelnemers gaven enkele aanvullingen en benoemden knelpunten. Ook vertelden ze over recente ontwikkelingen in de zorg thuis in Houten. Deze punten zijn verwerkt in de resultaten (zie hoofdstuk 3).

9 Bespreking conclusies met Bestuurlijk Platform DuurSaam Houten

De inspectie presenteerde de resultaten en de daaruit voortvloeiende conclusies en aanbevelingen eind juni 2017 aan het Bestuurlijk Platform van het project DuurSaam Houten.

10 Informeren ouderen en mantelzorgers over rapport

De ouderen en mantelzorgers die hebben deelgenomen aan het onderzoek ontvingen in juli 2017 een bedankkaart. Daarin stond ook waar men het rapport op de website van de inspectie kon vinden.

Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis

1.5 Toetsingskader

Bij het beoordelen van de netwerkzorg thuis na eerstelijnsverblijf in Houten gebruikte de inspectie een toetsingskader (zie Bijlage 1). Dit toetsingskader is gebaseerd op wet- en regelgeving, veldnormen en richtlijnen. Het toetsingskader bevat vier thema's: Cliënt centraal, Integrale zorg, Mantelzorg en Veiligheid (zie Figuur 2).

Figuur 2: Schema met de thema's en subthema's uit het toetsingskader



Een grotere versie van deze figuur staat op pagina 12.

1.6 Afbakening

Het onderzoek van de inspectie richtte zich op de samenwerking en samenhang in de zorgnetwerken thuis na eerstelijnsverblijf in Houten. De inspectie heeft geen onderzoek gedaan naar de zorgnetwerken vóór opname. Ook de zorg tijdens het eerstelijnsverblijf in Houten en de samenwerking met de tweedelijns werd niet onderzocht.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Doel
- 1.3 Onderzoeksvragen
- 1.4 Onderzoeksmethode en periode
- 1.5 Toetsingskader
- 1.6 Afbakening

2 Conclusies en vervolg

- 2.1 Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis
 - 2.1.1 De netwerkzorg thuis sluit aan op behoefte van (kwetsbare) oudere
 - 2.1.2 De (kwetsbare) oudere ervaart een soepele overgang naar zorg thuis, voorbereiding op ontslag kan beter
 - 2.1.3 Goede motivatie voor samenwerking in netwerken
 - 2.1.4 Duidelijkheid nodig over coördinatie in het netwerk
- 2.2 Aanbevelingen
 - 2.2.1 Spreek af wie het netwerk coördineert
 - 2.2.2 Versterk de samenhang tussen zorg en ondersteuning
 - 2.2.3 Kijk bij ontslag uit eerstelijnsverblijf breed wat thuis nodig is
- 2.3 Vervolg

3 Resultaten

- 3.1 Cliënt centraal
 - 3.1.1 Cliëntondersteuning
 - 3.1.2 Begrijpelijke informatie
 - 3.1.3 Zorgbehoefte in beeld
 - 3.1.4 Afspraken over zorg en ondersteuning
 - 3.1.5 Eigen regie en zelfredzaamheid
- 3.2 Integrale zorg
 - 3.2.1 Professionals kennen elkaar
 - 3.2.2 Informatie-uitwisseling
 - 3.2.3 Zorgcoördinatie en afstemming
 - 3.2.4 Overdracht
 - 3.2.5 Competenties voor samenwerking
 - 3.2.6 Randvoorwaarden voor samenwerking
- 3.3 Mantelzorg
 - 3.3.1 Afstemmen mantelzorg
 - 3.3.2 Versterken informele zorg
- 3.4 Veiligheid
 - 3.4.1 Veilige woon- en leefsituatie
 - 3.4.2 Medicatieveiligheid
 - 3.4.3 Veilige zorgrelatie
 - 3.4.4 Veilige medische technologie

Bijlage

- 1 Toetsingskader

2 Conclusies en vervolg

2.1 Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis

Centrale vraag:

“In hoeverre voldoet de netwerkzorg thuis bij (kwetsbare) ouderen na eerstelijnsverblijf in Houten aan de normen?”

De inspectie heeft over het algemeen een positief beeld gekregen van de netwerkzorg thuis bij (kwetsbare) ouderen in Houten, na afloop van hun eerstelijnsverblijf. De netwerkzorg thuis bij ouderen na eerstelijnsverblijf in Houten voldoet grotendeels aan de normen in het toetsingskader.

2.1.1 De netwerkzorg thuis sluit aan op behoefte van (kwetsbare) oudere

De inspectie concludeert dat de (kwetsbare) ouderen in dit onderzoek voldoende zorg en hulp ervaren om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen. De netwerkzorg thuis sluit volgens de ouderen aan op hun zorgbehoefte. De ouderen vinden dat ze geholpen worden om zo zelfredzaam mogelijk te blijven en zelf de regie te houden over de zorg thuis.

De meeste ouderen en hun mantelzorgers merken dat zorgverleners in hun netwerk onderling contact hebben. Maar zij weten vaak niet welke informatie door wie wordt uitgewisseld. Vooral de communicatie over medicatie verloopt volgens ouderen en hun mantelzorgers niet altijd goed. Ook is het voor ouderen en mantelzorgers vaak niet duidelijk wie de zorg in het netwerk coördineert.

Mantelzorgers zijn kritischer over de netwerkzorg thuis dan de ouderen zelf. Mantelzorgers voelen de – vaak dagelijkse – zorg voor de oudere als een grote verantwoordelijkheid. Als er iets mis gaat in het netwerk, merken zij dit vaak als eerste. Ruim de helft van de mantelzorgers heeft zich overbelast gevoeld of voelde zich ten tijde van het onderzoek overbelast. Mantelzorgers voelen zich over het

algemeen wel gehoord door de zorg- en hulpverleners in het netwerk. Zij ervaren dat er oog is voor hun (over-)belasting, maar missen soms duidelijke ondersteuning. Ook weten zij niet goed wat er moet gebeuren als de situatie van hun naaste verslechtert. Of als zij de zorg zelf (tijdelijk) niet meer kunnen bieden.

2.1.2 De (kwetsbare) oudere ervaart een soepele overgang naar zorg thuis, voorbereiding op ontslag kan beter

De inspectie concludeert dat de (kwetsbare) ouderen in het onderzoek een soepele overgang vanuit het eerstelijnsverblijf naar de zorg thuis ervaren. Zij zijn blij dat zij weer naar huis kunnen. En ook dat hun huisarts het ontslag regelt en dat ze (opnieuw) zorg thuis krijgen.

De inspectie concludeert dat de voorbereiding op het ontslag vanuit het eerstelijnsverblijf naar huis beter kan. Het ontslag verloopt nu vaak ongestructureerd. Zorgcoördinatoren en mantelzorgers zijn niet standaard aanwezig bij het ontslaggesprek. Daardoor voelen zij zich soms overvallen door het ontslag. Ook is bij het ontslag niet standaard aandacht voor alle belangrijke elementen voor de netwerkzorg thuis. Het gaat dan bijvoorbeeld om een actueel medicatie-overzicht voor de oudere én de eigen apotheek. Of over informatie over de mogelijkheden van Wmo-ondersteuning.

De inspectie constateert dat nu alleen de thuiszorg een overdracht krijgt. Het is ook belangrijk om bewust stil te staan bij de overige partners in het netwerk van de oudere. De inspectie signaleert dat ook zij behoefte hebben aan informatie.

2.1.3 Goede motivatie voor samenwerking in netwerken

De inspectie concludeert dat in Houten een aantal randvoorwaarden aanwezig is om goede netwerkzorg thuis te bieden aan een steeds grotere groep (kwetsbare) ouderen. Zorg- en hulpverleners in Houten zijn gemotiveerd om samen te werken in netwerken rond (kwetsbare) ouderen. Veel zorgverleners kennen elkaar en zij weten elkaar weten te vinden als het nodig is. De structuren voor samenwerking in

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Doel
- 1.3 Onderzoeksvragen
- 1.4 Onderzoeksmethode en periode
- 1.5 Toetsingskader
- 1.6 Afbakening

2 Conclusies en vervolg

- 2.1 Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis
 - 2.1.1 De netwerkgorg thuis sluit aan op behoefte van (kwetsbare) oudere
 - 2.1.2 De (kwetsbare) oudere ervaart een soepele overgang naar zorg thuis, voorbereiding op ontslag kan beter
 - 2.1.3 Goede motivatie voor samenwerking in netwerken
 - 2.1.4 Duidelijkheid nodig over coördinatie in het netwerk
- 2.2 Aanbevelingen
 - 2.2.1 Spreek af wie het netwerk coördineert
 - 2.2.2 Versterk de samenhang tussen zorg en ondersteuning
 - 2.2.3 Kijk bij ontslag uit eerstelijnsverblijf breed wat thuis nodig is
- 2.3 Vervolg

3 Resultaten

- 3.1 Cliënt centraal
 - 3.1.1 Cliëntondersteuning
 - 3.1.2 Begrijpelijke informatie
 - 3.1.3 Zorgbehoefte in beeld
 - 3.1.4 Afspraken over zorg en ondersteuning
 - 3.1.5 Eigen regie en zelfredzaamheid
- 3.2 Integrale zorg
 - 3.2.1 Professionals kennen elkaar
 - 3.2.2 Informatie-uitwisseling
 - 3.2.3 Zorgcoördinatie en afstemming
 - 3.2.4 Overdracht
 - 3.2.5 Competenties voor samenwerking
 - 3.2.6 Randvoorwaarden voor samenwerking
- 3.3 Mantelzorg
 - 3.3.1 Afstemmen mantelzorg
 - 3.3.2 Versterken informele zorg
- 3.4 Veiligheid
 - 3.4.1 Veilige woon- en leefsituatie
 - 3.4.2 Medicatieveiligheid
 - 3.4.3 Veilige zorgrelatie
 - 3.4.4 Veilige medische technologie

Bijlage

- 1 Toetsingskader

Houten zijn volop in ontwikkeling. In de afgelopen jaren heeft Houten een stevige basis gelegd voor samenwerking. En Houten heeft een goed georganiseerde eerstelijns. Dat neemt niet weg dat de praktische uitvoering van deze samenwerking soms nog lastig is. De zorg- en hulpverleners missen bijvoorbeeld nog gezamenlijke zorgplannen en informatiesystemen.

De inspectie signaleert in Houten een grote afstand tussen de zorg en ondersteuning vanuit de Wmo. Zorgverleners zijn vaak onbekend met de Wmo-ondersteuners en weten onvoldoende wat de gemeente kan bieden. Daarnaast bereikt de gemeente (kwetsbare) ouderen en hun mantelzorgers zelf ook nog onvoldoende.

Zorg- en hulpverleners in het netwerk hebben veel aandacht voor veiligheid in de thuissituatie. Dat geldt ook voor medicatieveiligheid. De huisartsen en apothekers werken ook goed samen. Maar een deel van de ouderen met polyfarmacie (meer dan 7 verschillende medicijnen per dag) krijgt niet elk jaar een medicatiebeoordeling. De huisartsen in Houten hebben met een aantal apotheken wel afspraken over periodieke medicatiebeoordelingen, maar niet met allemaal. Waar wel afspraken zijn, lukt het nu nog niet om alle ouderen met polyfarmacie jaarlijks aan de beurt te laten komen.

2.1.4 Duidelijkheid nodig over coördinatie in het netwerk

De inspectie concludeert dat de samenhang in zorg, behandeling en ondersteuning van (kwetsbare) ouderen nog niet helemaal goed loopt. Dit komt doordat zorgverleners niet altijd het volledige netwerk rondom een oudere in beeld hebben. Zo weten huisartsen niet altijd welke thuiszorgorganisatie zorg verleent of wie de wijkverpleegkundige is.

De inspectie concludeert dat onderlinge afstemming en zorgcoördinatie in het netwerk nog onvoldoende plaatsvindt. In ruim de helft van de onderzochte netwerken weten ouderen, mantelzorgers, of zorgverleners niet wie het netwerk coördineert.

Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis

2.2 Aanbevelingen

De inspectie denkt dat de belangrijkste winst te behalen is op het gebied van coördinatie en uitwisseling van informatie. De inspectie adviseert daarom het Bestuurlijk Platform van DuurSaam Houten om een aantal verbeteringen te realiseren.

2.2.1 Spreek af wie het netwerk coördineert

Maak met alle zorgorganisaties in Houten die te maken hebben met (kwetsbare) ouderen afspraken over de coördinatie en informatie-uitwisseling in het netwerk. De ‘Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Zorg voor kwetsbare ouderen’ (juni 2017) biedt hiervoor een kader. De inspectie verwacht van de afzonderlijke partners dat zij allen hun bijdrage hieraan leveren.

Bij elke (kwetsbare) oudere met meerdere zorg- en hulpverleners moet duidelijk zijn wie het netwerk coördineert. Dit is belangrijk om de samenhang in de zorg, behandeling en ondersteuning thuis te verbeteren. Als de oudere in staat is om regie te voeren, kan hij ook zelf de zorg in het netwerk coördineren. De coördinatie van het netwerk kan ook bij de mantelzorger of één van de zorgverleners liggen. Dit moeten de betrokkenen wel, in overleg met de oudere zelf, duidelijk afspreken.

Het is ook belangrijk dat het netwerk afspreekt wat deze rol inhoudt. Dit is vooral belangrijk als een zorgverlener uit het netwerk de zorg coördineert. Voorbeelden van taken zijn:

- overzicht houden over wie er in het netwerk van de oudere zitten;
- contact houden met de oudere, de mantelzorger en de zorg- en hulpverleners;
- samenhang brengen in zorg en ondersteuning vanuit de Wmo;
- afspraken maken over informatie-uitwisseling en voortgang hiervan bewaken;
- afstemmen met alle betrokken partners in het netwerk en ervoor zorgen dat zij over voldoende informatie beschikken;
- gezamenlijk zorgplan beheren en periodiek evalueren van de zorg met de oudere, de mantelzorger en de zorgverleners;

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Doel
- 1.3 Onderzoeksvragen
- 1.4 Onderzoeksmethode en periode
- 1.5 Toetsingskader
- 1.6 Afbakening

2 Conclusies en vervolg

- 2.1 Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis
 - 2.1.1 De netwerkgorg thuis sluit aan op behoefte van (kwetsbare) oudere
 - 2.1.2 De (kwetsbare) oudere ervaart een soepele overgang naar zorg thuis, voorbereiding op ontslag kan beter
 - 2.1.3 Goede motivatie voor samenwerking in netwerken
 - 2.1.4 Duidelijkheid nodig over coördinatie in het netwerk
- 2.2 Aanbevelingen
 - 2.2.1 Spreek af wie het netwerk coördineert
 - 2.2.2 Versterk de samenhang tussen zorg en ondersteuning
 - 2.2.3 Kijk bij ontslag uit eerstelijnsverblijf breed wat thuis nodig is
- 2.3 Vervolg

3 Resultaten

- 3.1 Cliënt centraal
 - 3.1.1 Cliëntondersteuning
 - 3.1.2 Begrijpelijke informatie
 - 3.1.3 Zorgbehoefte in beeld
 - 3.1.4 Afspraken over zorg en ondersteuning
 - 3.1.5 Eigen regie en zelfredzaamheid
- 3.2 Integrale zorg
 - 3.2.1 Professionals kennen elkaar
 - 3.2.2 Informatie-uitwisseling
 - 3.2.3 Zorgcoördinatie en afstemming
 - 3.2.4 Overdracht
 - 3.2.5 Competenties voor samenwerking
 - 3.2.6 Randvoorwaarden voor samenwerking
- 3.3 Mantelzorg
 - 3.3.1 Afstemmen mantelzorg
 - 3.3.2 Versterken informele zorg
- 3.4 Veiligheid
 - 3.4.1 Veilige woon- en leefsituatie
 - 3.4.2 Medicatieveiligheid
 - 3.4.3 Veilige zorgrelatie
 - 3.4.4 Veilige medische technologie

Bijlage

- 1 Toetsingskader

- inspelen op een veranderende zorgbehoefte van de oudere;
- aandacht hebben voor de belasting van de mantelzorger.

2.2.2 Versterk de samenhang tussen zorg en ondersteuning

Investeer in bekend zijn met elkaar en maak afspraken over hoe (kwetsbare) ouderen en hun mantelzorgers de Wmo-ondersteuning goed kunnen vinden. Zorg ervoor dat de coördinator van het netwerk weet of de oudere Wmo-ondersteuning krijgt. Zo kan afstemming en informatie-uitwisseling tussen zorg en ondersteuning plaatsvinden. De coördinator van het netwerk is ook aanspreekpunt voor de Wmo-ondersteuner. Zo kunnen signalen op de juiste plaats terechtkomen.

2.2.3 Kijk bij ontslag uit eerstelijnsverblijf breed wat thuis nodig is

Het ontslag uit het eerstelijnsverblijf is een goed moment om met de oudere en de mantelzorger breder te kijken wat nodig is. Het doel is dat de oudere zo lang mogelijk thuis kan blijven wonen. Maak daarom met alle relevante netwerkpartners afspraken over een gestructureerde voorbereiding op het ontslag uit het eerstelijnsverblijf. Zorg ervoor dat naast de oudere zelf, ook de mantelzorger en zorgcoördinator van het eerstelijnsverblijf bij het ontslaggesprek aanwezig zijn. Maak ook afspraken over de overdracht van informatie (bijvoorbeeld medicatie, opvang van de oudere thuis, mantelzorg en ondersteuningsmogelijkheden vanuit de gemeente). Geef de netwerkpartners in de thuissituatie de informatie die nodig is.

2.3 Vervolg

De inspectie heeft het Bestuurlijk Platform van DuurSaam Houten gevraagd om schriftelijk te reageren op de conclusies en aanbevelingen in het inspectierapport.

De inspectie heeft daarnaast aangeboden om over enige tijd een kort vervolgonderzoek te doen in Houten. Dit houdt in:

- een toetsing in Houten van de coördinatie van het netwerk rond (kwetsbare) ouderen thuis, na eerstelijnsverblijf;
- terugkoppeling van de resultaten via een bijeenkomst met het Bestuurlijk Platform DuurSaam Houten en via een beknopt rapport (openbaar).

Voorwoord

In het kort

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Doel
- 1.3 Onderzoeksvragen
- 1.4 Onderzoeksmethode en periode
- 1.5 Toetsingskader
- 1.6 Afbakening

2 Conclusies en vervolg

- 2.1 Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis
 - 2.1.1 De netwerkgorg thuis sluit aan op behoefte van (kwetsbare) oudere
 - 2.1.2 De (kwetsbare) oudere ervaart een soepele overgang naar zorg thuis, voorbereiding op ontslag kan beter
 - 2.1.3 Goede motivatie voor samenwerking in netwerken
 - 2.1.4 Duidelijkheid nodig over coördinatie in het netwerk
- 2.2 Aanbevelingen
 - 2.2.1 Spreek af wie het netwerk coördineert
 - 2.2.2 Versterk de samenhang tussen zorg en ondersteuning
 - 2.2.3 Kijk bij ontslag uit eerstelijnsverblijf breed wat thuis nodig is
- 2.3 Vervolg

3 Resultaten

- 3.1 Cliënt centraal
 - 3.1.1 Cliëntondersteuning
 - 3.1.2 Begrijpelijke informatie
 - 3.1.3 Zorgbehoefte in beeld
 - 3.1.4 Afspraken over zorg en ondersteuning
 - 3.1.5 Eigen regie en zelfredzaamheid
- 3.2 Integrale zorg
 - 3.2.1 Professionals kennen elkaar
 - 3.2.2 Informatie-uitwisseling
 - 3.2.3 Zorgcoördinatie en afstemming
 - 3.2.4 Overdracht
 - 3.2.5 Competenties voor samenwerking
 - 3.2.6 Randvoorwaarden voor samenwerking
- 3.3 Mantelzorg
 - 3.3.1 Afstemmen mantelzorg
 - 3.3.2 Versterken informele zorg
- 3.4 Veiligheid
 - 3.4.1 Veilige woon- en leefsituatie
 - 3.4.2 Medicatieveiligheid
 - 3.4.3 Veilige zorgrelatie
 - 3.4.4 Veilige medische technologie

Bijlage

- 1 Toetsingskader



Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis

Voorwoord

In het kort

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Doel
- 1.3 Onderzoeksvragen
- 1.4 Onderzoeksmethode en periode
- 1.5 Toetsingskader
- 1.6 Afbakening

2 Conclusies en vervolg

- 2.1 Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis
 - 2.1.1 De netwerkzorg thuis sluit aan op behoefte van (kwetsbare) oudere
 - 2.1.2 De (kwetsbare) oudere ervaart een soepele overgang naar zorg thuis, voorbereiding op ontslag kan beter
 - 2.1.3 Goede motivatie voor samenwerking in netwerken
 - 2.1.4 Duidelijkheid nodig over coördinatie in het netwerk
- 2.2 Aanbevelingen
 - 2.2.1 Spreek af wie het netwerk coördineert
 - 2.2.2 Versterk de samenhang tussen zorg en ondersteuning
 - 2.2.3 Kijk bij ontslag uit eerstelijnsverblijf breed wat thuis nodig is
- 2.3 Vervolg

3 Resultaten

- 3.1 Cliënt centraal
 - 3.1.1 Cliëntondersteuning
 - 3.1.2 Begrijpelijke informatie
 - 3.1.3 Zorgbehoefte in beeld
 - 3.1.4 Afspraken over zorg en ondersteuning
 - 3.1.5 Eigen regie en zelfredzaamheid
- 3.2 Integrale zorg
 - 3.2.1 Professionals kennen elkaar
 - 3.2.2 Informatie-uitwisseling
 - 3.2.3 Zorgcoördinatie en afstemming
 - 3.2.4 Overdracht
 - 3.2.5 Competenties voor samenwerking
 - 3.2.6 Randvoorwaarden voor samenwerking
- 3.3 Mantelzorg
 - 3.3.1 Afstemmen mantelzorg
 - 3.3.2 Versterken informele zorg
- 3.4 Veiligheid
 - 3.4.1 Veilige woon- en leefsituatie
 - 3.4.2 Medicatieveiligheid
 - 3.4.3 Veilige zorgrelatie
 - 3.4.4 Veilige medische technologie

Bijlage

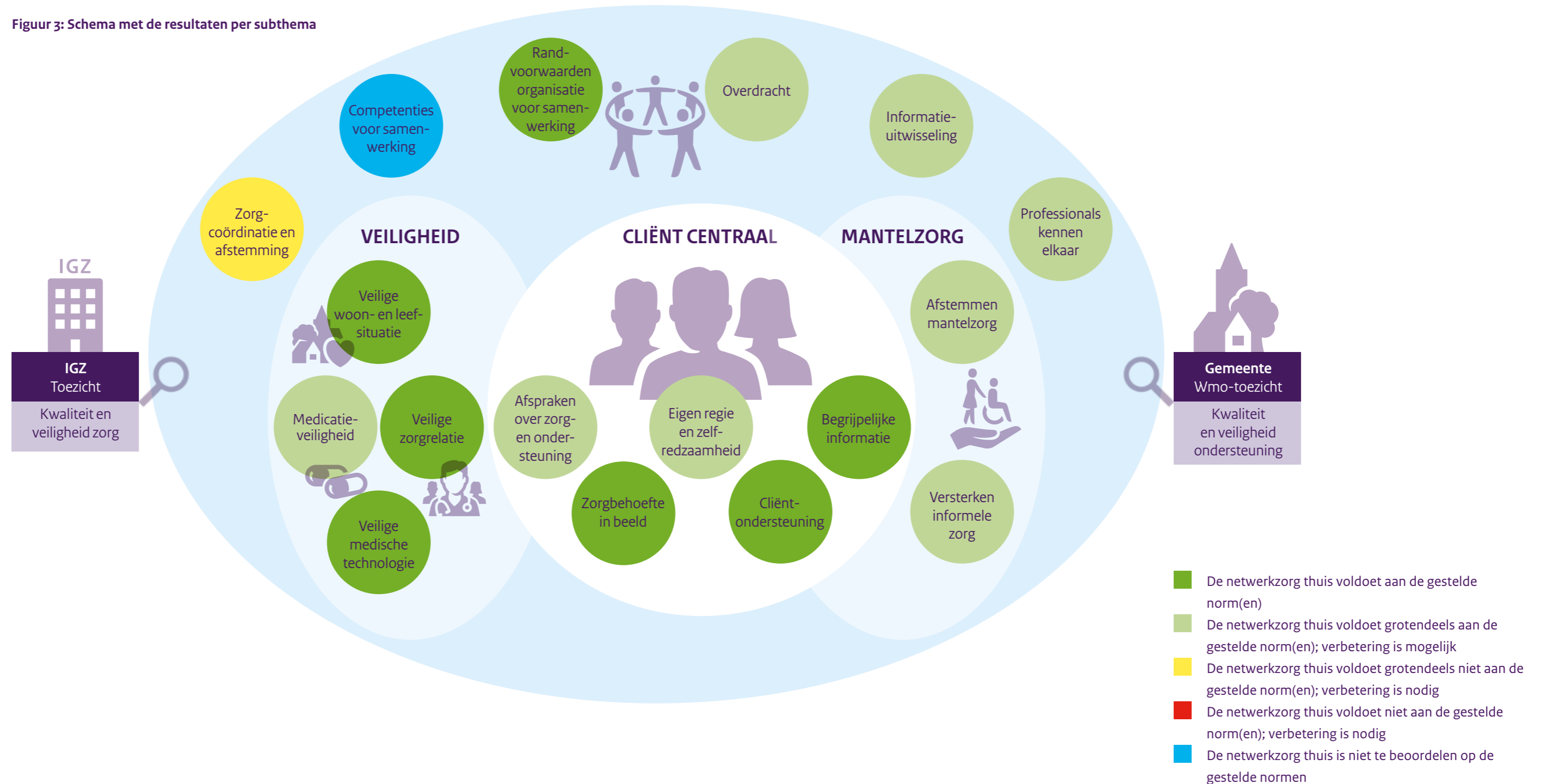
- 1 Toetsingskader

3 Resultaten

In dit hoofdstuk vindt u een toelichting op de resultaten van het onderzoek per subthema. Figuur 3 geeft een overzicht van de resultaten. Hieruit blijkt dat de netwerkzorg thuis op zeven subthema's voldeed en op acht subthema's grotendeels

voldeed aan de normen. De figuur laat verder zien dat de netwerkzorg thuis op één subthema grotendeels niet voldeed aan de normen. Ook toont de figuur dat één subthema niet te beoordelen was.

Figuur 3: Schema met de resultaten per subthema



Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Doel
- 1.3 Onderzoeksvragen
- 1.4 Onderzoeksmethode en periode
- 1.5 Toetsingskader
- 1.6 Afbakening

2 Conclusies en vervolg

- 2.1 Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis
 - 2.1.1 De netwerkzorg thuis sluit aan op behoefte van (kwetsbare) oudere
 - 2.1.2 De (kwetsbare) oudere ervaart een soepele overgang naar zorg thuis, voorbereiding op ontslag kan beter
 - 2.1.3 Goede motivatie voor samenwerking in netwerken
 - 2.1.4 Duidelijkheid nodig over coördinatie in het netwerk
- 2.2 Aanbevelingen
 - 2.2.1 Spreek af wie het netwerk coördineert
 - 2.2.2 Versterk de samenhang tussen zorg en ondersteuning
 - 2.2.3 Kijk bij ontslag uit eerstelijnsverblijf breed wat thuis nodig is
- 2.3 Vervolg

3 Resultaten

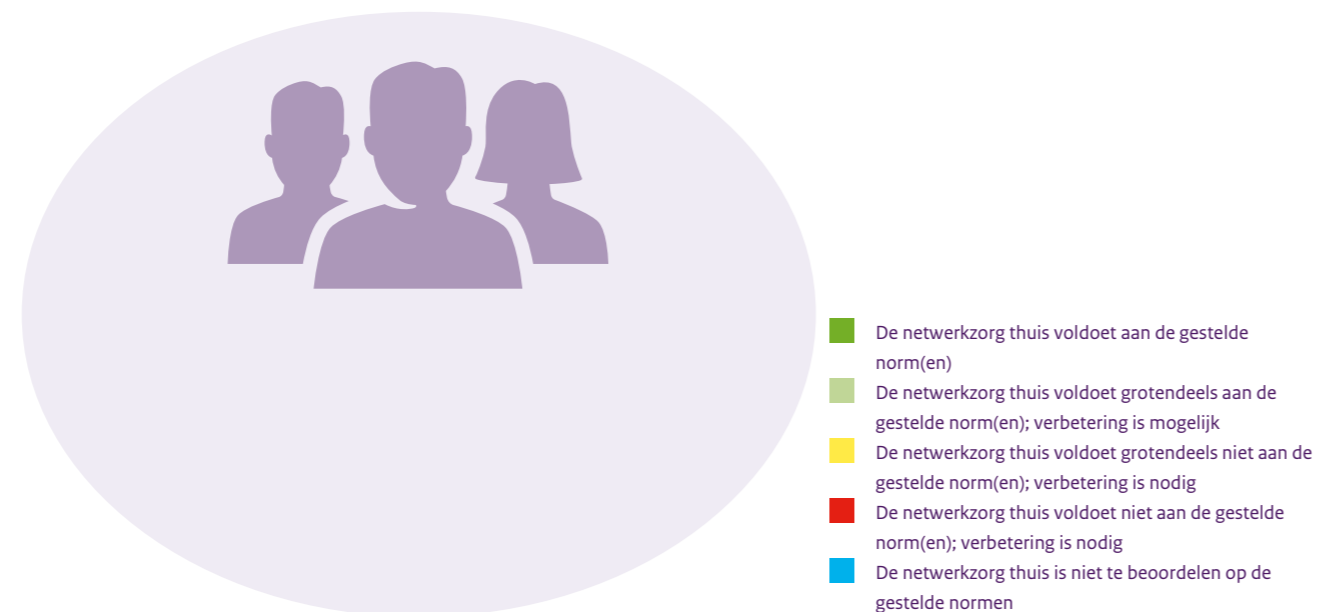
- 3.1 Cliënt centraal
 - 3.1.1 Cliëntondersteuning
 - 3.1.2 Begrijpelijke informatie
 - 3.1.3 Zorgbehoefte in beeld
 - 3.1.4 Afspraken over zorg en ondersteuning
 - 3.1.5 Eigen regie en zelfredzaamheid
- 3.2 Integrale zorg
 - 3.2.1 Professionals kennen elkaar
 - 3.2.2 Informatie-uitwisseling
 - 3.2.3 Zorgcoördinatie en afstemming
 - 3.2.4 Overdracht
 - 3.2.5 Competenties voor samenwerking
 - 3.2.6 Randvoorwaarden voor samenwerking
- 3.3 Mantelzorg
 - 3.3.1 Afstemmen mantelzorg
 - 3.3.2 Versterken informele zorg
- 3.4 Veiligheid
 - 3.4.1 Veilige woon- en leefsituatie
 - 3.4.2 Medicatieveiligheid
 - 3.4.3 Veilige zorgrelatie
 - 3.4.4 Veilige medische technologie

Bijlage

- 1 Toetsingskader

3.1 Cliënt centraal

Figuur 4: Resultaten van het thema ‘Cliënt centraal’



3.1.1 Cliëntondersteuning

- *Waar keek de inspectie naar?*

De inspectie keek of de zorgverleners een inschatting maakten of de oudere zelf zijn zorgbehoefte kon formuleren. Als de oudere dat niet kon, keek de inspectie of de zorgverleners de oudere hierbij hielpen.

Sommige ouderen hebben ondersteuning nodig vanuit de Wmo. Bij die ouderen ging de inspectie na of zij onafhankelijke cliëntondersteuning aangeboden kregen. Die is bedoeld om patiënten te helpen om hun behoefte aan ondersteuning te formuleren.

- *Wat zag de inspectie?*

De zorgverleners uit het netwerk keken of de oudere in staat was om zelf te vertellen aan welke zorg hij behoefte had. En hoe hij die zorg wilde. Als de oudere dit niet kon, dan kreeg hij hierbij hulp. De zorgverleners hielpen de oudere zelf, of de mantelzorger werd erbij betrokken.

Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis

“De patiënt overziet zelf niet goed wat hij wel en niet kan en overziet niet al zijn problemen. De mantelzorger van de patiënt heeft geholpen de zorgbehoefte in beeld te brengen.” (wijkverpleegkundige)

Het onderzoek heeft te weinig informatie opgeleverd over onafhankelijke cliëntondersteuning om hier ook een beoordeling over te geven. De ouderen in het onderzoek hadden hier geen ervaring mee. In het gesprek met de beleidsadviseurs van de gemeente Houten bleek dat de gemeente wel onafhankelijke cliëntondersteuning aanbiedt. Maar op het moment van het onderzoek maakten ouderen daar nauwelijks gebruik van.

3.1.2 Begrijpelijke informatie

- *Waar keek de inspectie naar?*

De inspectie keek of de ouderen na afloop van hun eerstelijnsverblijf begrijpelijke informatie van de zorgverleners hadden ontvangen over de mogelijkheden van zorg thuis.

- *Wat zag de inspectie?*

In het onderzoek bleek dat deze informatie niet bij alle ouderen nodig was, omdat de eerder ontvangen zorg na eerstelijnsverblijf weer werd opgestart. De inspectie zag wel dat de ouderen die voor het eerst zorg thuis ontvingen, begrijpelijke informatie hadden gekregen over de mogelijkheden van zorg thuis. Ze kregen die informatie meestal mondeling van de zorgverleners.

3.1.3 Zorgbehoefte in beeld

- *Waar keek de inspectie naar?*

De inspectie keek of de behoefte van de oudere aan zorg thuis samen met hem in kaart werd gebracht en werd vastgelegd.

- *Wat zag de inspectie?*

De inspectie zag dat de zorgverleners in het netwerk de behoefte aan zorg thuis over het algemeen samen met de oudere in beeld brachten. Zij legden dit ook vast. Als de

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Doel
- 1.3 Onderzoeksvragen
- 1.4 Onderzoeksmethode en periode
- 1.5 Toetsingskader
- 1.6 Afbakening

2 Conclusies en vervolg

- 2.1 Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis
 - 2.1.1 De netwerkgorg thuis sluit aan op behoefte van (kwetsbare) oudere
 - 2.1.2 De (kwetsbare) oudere ervaart een soepele overgang naar zorg thuis, voorbereiding op ontslag kan beter
 - 2.1.3 Goede motivatie voor samenwerking in netwerken
 - 2.1.4 Duidelijkheid nodig over coördinatie in het netwerk
- 2.2 Aanbevelingen
 - 2.2.1 Spreek af wie het netwerk coördineert
 - 2.2.2 Versterk de samenhang tussen zorg en ondersteuning
 - 2.2.3 Kijk bij ontslag uit eerstelijnsverblijf breed wat thuis nodig is
- 2.3 Vervolg

3 Resultaten

- 3.1 Cliënt centraal
 - 3.1.1 Cliëntondersteuning
 - 3.1.2 Begrijpelijke informatie
 - 3.1.3 Zorgbehoefte in beeld
 - 3.1.4 Afspraken over zorg en ondersteuning
 - 3.1.5 Eigen regie en zelfredzaamheid
- 3.2 Integrale zorg
 - 3.2.1 Professionals kennen elkaar
 - 3.2.2 Informatie-uitwisseling
 - 3.2.3 Zorgcoördinatie en afstemming
 - 3.2.4 Overdracht
 - 3.2.5 Competenties voor samenwerking
 - 3.2.6 Randvoorwaarden voor samenwerking
- 3.3 Mantelzorg
 - 3.3.1 Afstemmen mantelzorg
 - 3.3.2 Versterken informele zorg
- 3.4 Veiligheid
 - 3.4.1 Veilige woon- en leefsituatie
 - 3.4.2 Medicatieveiligheid
 - 3.4.3 Veilige zorgrelatie
 - 3.4.4 Veilige medische technologie

Bijlage

- 1 Toetsingskader

oudere niet in staat was om zijn behoefte aan zorg thuis aan te geven, betrokken zijn de mantelzorger.

“Bij het intakegesprek stellen we een zorgplan met allemaal zorgdoelen op. Dit doen we in samenspraak met de patiënt en met de mantelzorger.” (verzorgende)

3.1.4 Afspraken over zorg en ondersteuning

- Waar keek de inspectie naar?

In het onderzoek keek de inspectie of de zorgverleners zorg- of behandelplannen opstelden. De inspectie keek ook of dat samen met de oudere gebeurde en of de oudere deze plannen ook kon inzien. De zorgbehoefte van een patiënt kan in de loop van de tijd veranderen. De inspectie keek daarom ook of de zorgverleners de zorg hierop aanpasten en de zorg bijdroeg aan de kwaliteit van leven van de oudere.

- Wat zag de inspectie?

De inspectie zag dat de zorgverleners uit het netwerk de afspraken met de oudere over zorg en behandeling vastlegden in eigen zorg- en behandelplannen. Dit gebeurde in afstemming met de oudere. Deze afspraken sloten over het algemeen aan bij de behoefte van de oudere. De plannen werden aangepast als die behoefte veranderde.

“Er is een zorgplan van de thuiszorg. Ik heb het doorgelezen en mocht nog opmerkingen geven. Maar ik had geen commentaar.” (oudere)

“Ik kijk ook regelmatig of de patiënt vooruit is gegaan en wat het effect is van de behandeling. De kwaliteit van leven is het belangrijkste. Als de patiënt andere dingen belangrijker vindt, dan respecteer ik dat.” (oefentherapeut)

In Houten is in het project ‘kwetsbare ouderen’ afgesproken dat de huisartsen een gezamenlijk zorgbehandelplan opstellen voor kwetsbare ouderen. Er is afgesproken dat dit plan wordt opgesteld in samenwerking met de oudere zelf, de mantelzorger en andere betrokken zorgverleners. De inspectie kwam in het onderzoek geen

gezamenlijke zorgbehandelplannen tegen van zorgverleners die bij één oudere betrokken waren. Voor sommige kwetsbare ouderen was nog geen (actueel) zorgbehandelplan bij de huisarts.

Enkele ouderen (en hun mantelzorgers) konden het zorgdossier van de thuiszorg niet meer inzien. De thuiszorg was overgegaan op een digitaal zorgdossier, dat de zorgmap thuis verving. De wijkverpleegkundige gaf aan dat dit een tijdelijke situatie was en dat gewerkt werd aan inzagemogelijkheid voor patiënten en mantelzorgers. Het was voor de inspectie niet duidelijk of andere zorgverleners deze inzagemogelijkheid ook krijgen.

3.1.5 Eigen regie en zelfredzaamheid

- Waar keek de inspectie naar?

De inspectie keek of de zorgverleners een inschatting maakten van de regiemogelijkheden van de oudere. Als er sprake is van regievermindering, verwacht de inspectie dat er afspraken zijn over hoe de zorgverleners hiermee omgaan. De inspectie keek ook of de oudere werd geholpen om zo zelfredzaam mogelijk te blijven.

- Wat zag de inspectie?

De inspectie zag dat de zorg- en hulpverleners in het netwerk veel aandacht hadden voor (het versterken van) de zelfredzaamheid van de oudere. Zij hielpen de oudere om zoveel mogelijk zelfstandig te blijven. Bijvoorbeeld door hulpmiddelen (zoals Baxter of automatische medicijnverstreckers) aan te bieden waardoor de oudere zelf verantwoordelijk kon blijven voor het gebruik van de medicatie. Of door de oudere te helpen zelf bloedsuikercurven te maken.

Het merendeel van de ouderen uit het onderzoek gaf aan dat zij zelf de regie over de zorg thuis hadden. Of zij kregen hierbij ondersteuning van de mantelzorger.

“Ik regel in principe zo veel mogelijk zelf. Zo lang ik het zelf kan, doe ik het zelf. En anders helpen mijn kinderen. Ik kan me wel voorstellen dat ik best eens zou bellen om bijvoorbeeld te vragen of iemand me kan helpen met douchen of mijn schoenen aandoen.” (oudere)

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Doel
- 1.3 Onderzoeksvragen
- 1.4 Onderzoeksmethode en periode
- 1.5 Toetsingskader
- 1.6 Afbakening

2 Conclusies en vervolg

- 2.1 Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis
 - 2.1.1 De netwerkzorg thuis sluit aan op behoefte van (kwetsbare) oudere
 - 2.1.2 De (kwetsbare) oudere ervaart een soepele overgang naar zorg thuis, voorbereiding op ontslag kan beter
 - 2.1.3 Goede motivatie voor samenwerking in netwerken
 - 2.1.4 Duidelijkheid nodig over coördinatie in het netwerk
- 2.2 Aanbevelingen
 - 2.2.1 Spreek af wie het netwerk coördineert
 - 2.2.2 Versterk de samenhang tussen zorg en ondersteuning
 - 2.2.3 Kijk bij ontslag uit eerstelijnsverblijf breed wat thuis nodig is
- 2.3 Vervolg

3 Resultaten

- 3.1 Cliënt centraal
 - 3.1.1 Cliëntondersteuning
 - 3.1.2 Begrijpelijke informatie
 - 3.1.3 Zorgbehoefte in beeld
 - 3.1.4 Afspraken over zorg en ondersteuning
 - 3.1.5 Eigen regie en zelfredzaamheid
- 3.2 Integrale zorg
 - 3.2.1 Professionals kennen elkaar
 - 3.2.2 Informatie-uitwisseling
 - 3.2.3 Zorgcoördinatie en afstemming
 - 3.2.4 Overdracht
 - 3.2.5 Competenties voor samenwerking
 - 3.2.6 Randvoorwaarden voor samenwerking
- 3.3 Mantelzorg
 - 3.3.1 Afstemmen mantelzorg
 - 3.3.2 Versterken informele zorg
- 3.4 Veiligheid
 - 3.4.1 Veilige woon- en leefsituatie
 - 3.4.2 Medicatieveiligheid
 - 3.4.3 Veilige zorgrelatie
 - 3.4.4 Veilige medische technologie

Bijlage

- 1 Toetsingskader

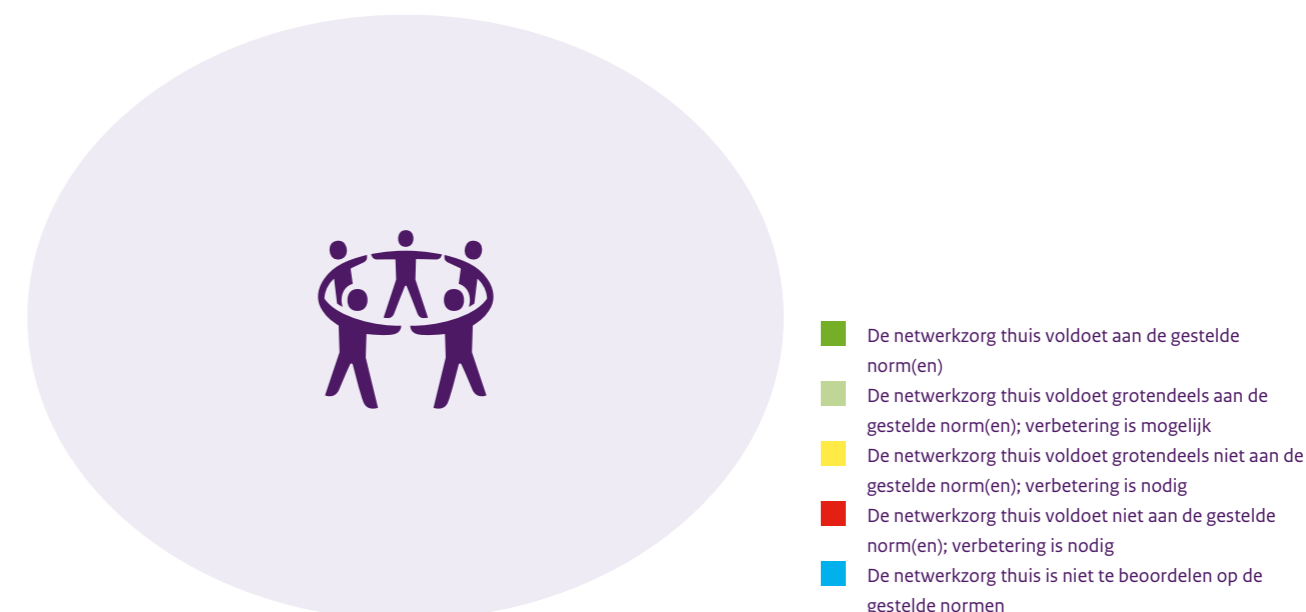
In bijna de helft van de netwerken zag de inspectie geen eenduidigheid over de vraag of een oudere in staat was om zelf de regie te voeren over de zorg. Professionals onderling dachten hier verschillend over. Bij ouderen met verminderd regievermogen, miste de inspectie afspraken over hoe de professionals hiermee om gingen.

“Dat is meer tijdens de zorg dat je daar [red. over regievermindering] samen over praat met de patiënt. Maar dat ligt niet ergens vast.” (wijkverpleegkundige)

Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis

3.2 Integrale zorg

Figuur 5: Resultaten van het thema ‘Integrale zorg’



3.2.1 Professionals kennen elkaar

- *Waar keek de inspectie naar?*
De inspectie vroeg aan de oudere of de verschillende zorg- en hulpverleners uit zijn netwerk elkaar kenden. De inspectie vroeg ook aan de zorg- en hulpverleners rond een oudere of zij bekend waren met anderen in het netwerk.
- *Wat zag de inspectie?*
In het onderzoek bleek dat de ouderen niet altijd wisten of de verschillende professionals in hun netwerk elkaar kenden. De inspectie zag wel dat de meeste zorgverleners wisten welke andere zorgverleners betrokken waren bij een oudere. De zorgverleners konden elkaar vinden als dat nodig was. De inspectie signaleerde dat de huisarts niet altijd wist welke verantwoordelijke zorgverleners (bijvoorbeeld wijkverpleegkundige, ggz) betrokken waren bij de ouderen.

“De thuiszorg is alleen bekend als er ook een zorgplan is. Nu weet ik dat niet. Het zou wel beter zijn als ik het wel zou weten.” (huisarts)

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Doel
- 1.3 Onderzoeksvragen
- 1.4 Onderzoeksmethode en periode
- 1.5 Toetsingskader
- 1.6 Afbakening

2 Conclusies en vervolg

- 2.1 Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis
 - 2.1.1 De netwerkgorg thuis sluit aan op behoefte van (kwetsbare) oudere
 - 2.1.2 De (kwetsbare) oudere ervaart een soepele overgang naar zorg thuis, voorbereiding op ontslag kan beter
 - 2.1.3 Goede motivatie voor samenwerking in netwerken
 - 2.1.4 Duidelijkheid nodig over coördinatie in het netwerk
- 2.2 Aanbevelingen
 - 2.2.1 Spreek af wie het netwerk coördineert
 - 2.2.2 Versterk de samenhang tussen zorg en ondersteuning
 - 2.2.3 Kijk bij ontslag uit eerstelijnsverblijf breed wat thuis nodig is
- 2.3 Vervolg

3 Resultaten

- 3.1 Cliënt centraal
 - 3.1.1 Cliëntondersteuning
 - 3.1.2 Begrijpelijke informatie
 - 3.1.3 Zorgbehoefte in beeld
 - 3.1.4 Afspraken over zorg en ondersteuning
 - 3.1.5 Eigen regie en zelfredzaamheid
- 3.2 Integrale zorg
 - 3.2.1 Professionals kennen elkaar
 - 3.2.2 Informatie-uitwisseling
 - 3.2.3 Zorgcoördinatie en afstemming
 - 3.2.4 Overdracht
 - 3.2.5 Competenties voor samenwerking
 - 3.2.6 Randvoorwaarden voor samenwerking
- 3.3 Mantelzorg
 - 3.3.1 Afstemmen mantelzorg
 - 3.3.2 Versterken informele zorg
- 3.4 Veiligheid
 - 3.4.1 Veilige woon- en leefsituatie
 - 3.4.2 Medicatieveiligheid
 - 3.4.3 Veilige zorgrelatie
 - 3.4.4 Veilige medische technologie

Bijlage

- 1 Toetsingskader

Voor de zorgverleners was vaak niet duidelijk wie de Wmo-ondersteuner was. Ook de zorgverlener met een coördinerende rol in het netwerk was hier vaak niet van op de hoogte.

3.2.2 Informatie-uitwisseling

- *Waar keek de inspectie naar?*

In het onderzoek keek de inspectie of de professionals belangrijke informatie over de zorg thuis onderling uitwisselden. En of de oudere hier ook van op de hoogte was. De inspectie keek ook of de professionals actief informatie opvroegen binnen het netwerk als dit nodig was voor hun eigen handelen.

- *Wat zag de inspectie?*

De inspectie zag dat zorgverleners die betrokken waren in een netwerk rond een oudere informatie met elkaar uitwisselden. De ouderen hadden ook de indruk dat zorgverleners elkaar informeerden.

“Ze doen alles met elkaar samen. Ze bellen elkaar, informeren elkaar en controleren elkaar. Dat doen ze soms als je in je blootje ligt, maar dat kunnen ze niet van elkaar weten.” (oudere)

“Ik heb wel het gevoel dat er over me gekwebbeld is, maar ik weet niet zeker of dit nu nog steeds gebeurt.” (oudere)

Maar voor de ouderen was het meestal niet duidelijk welke informatie door wie in hun netwerk werd uitgewisseld. De inspectie merkte bij één oudere op dat de huisarts geen actuele informatie had over de inzet van ggz. Ook zag de inspectie dat informatie-uitwisseling miste tussen de zorg en de Wmo-ondersteuning. Die informatie-uitwisseling was bij één oudere wel van belang voor de dagbesteding.

“Informatie-uitwisseling met de huisarts als het nodig is. Verder niet. En met de huishoudelijke hulp sowieso niet.” (wijkverpleegkundige)

Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis

3.2.3 Zorgcoördinatie en afstemming

- *Waar keek de inspectie naar?*

De inspectie keek in het onderzoek of het bij de oudere en de zorg- en hulpverleners duidelijk was wie het netwerk coördineerde. De inspectie keek ook of de doelen voor de zorg en ondersteuning op elkaar waren afgestemd.

- *Wat zag de inspectie?*

De inspectie zag dat in bijna de helft van de netwerken duidelijk was wie het netwerk coördineerde. In deze netwerken lag de coördinatie bij de oudere of de mantelzorger. Deze verantwoordelijkheid was meestal niet nadrukkelijk afgesproken. Bij de overige netwerken was het niet duidelijk wie het netwerk rond de oudere coördineerde. De oudere, mantelzorger en zorgverleners noemden allen verschillende personen als antwoord op de vraag van de inspectie wie de zorg in het netwerk coördineerde.

“Als het al gecoördineerd wordt, dan wordt het gedaan door de kinderen.”

(Wmo-hulp in de huishouding)

“Op mijn eigen stukje is er wel coördinatie, maar wat er door de fysiotherapeut of door de thuiszorg wordt gedaan, weet ik niet.” (praktijkondersteuner huisarts)

“Ik zoek uit bij wie ik moet zijn en probeer wel een coördinerende rol te spelen.

Maar dit wordt nooit duidelijk uitgesproken. De rol van de wijkverpleegkundige is ook niet altijd helder.” (wijkverpleegkundige)

Sommige huisartsen zagen zichzelf als regisseur. Maar hun rol beperkte zich veelal tot het overzicht houden van wie er betrokken was bij een oudere. Van echte (actieve) coördinatie was geen sprake.

De inspectie signaleerde dat de wijkverpleegkundigen in de netwerken hun coördinerende rol nog niet als vanzelfsprekend oppakten. Dit bleek bijvoorbeeld bij de overgang van de verantwoordelijkheid van de casemanager van het Mobiel Geriatriesch Team naar de wijkverpleegkundige. Het Mobiel Geriatriesch Team

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Doel
- 1.3 Onderzoeksvragen
- 1.4 Onderzoeksmethode en periode
- 1.5 Toetsingskader
- 1.6 Afbakening

2 Conclusies en vervolg

- 2.1 Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis
 - 2.1.1 De netwerkgorg thuis sluit aan op behoefte van (kwetsbare) oudere
 - 2.1.2 De (kwetsbare) oudere ervaart een soepele overgang naar zorg thuis, voorbereiding op ontslag kan beter
 - 2.1.3 Goede motivatie voor samenwerking in netwerken
 - 2.1.4 Duidelijkheid nodig over coördinatie in het netwerk
- 2.2 Aanbevelingen
 - 2.2.1 Spreek af wie het netwerk coördineert
 - 2.2.2 Versterk de samenhang tussen zorg en ondersteuning
 - 2.2.3 Kijk bij ontslag uit eerstelijnsverblijf breed wat thuis nodig is
- 2.3 Vervolg

3 Resultaten

- 3.1 Cliënt centraal
 - 3.1.1 Cliëntondersteuning
 - 3.1.2 Begrijpelijke informatie
 - 3.1.3 Zorgbehoefte in beeld
 - 3.1.4 Afspraken over zorg en ondersteuning
 - 3.1.5 Eigen regie en zelfredzaamheid
- 3.2 Integrale zorg
 - 3.2.1 Professionals kennen elkaar
 - 3.2.2 Informatie-uitwisseling
 - 3.2.3 Zorgcoördinatie en afstemming
 - 3.2.4 Overdracht
 - 3.2.5 Competenties voor samenwerking
 - 3.2.6 Randvoorwaarden voor samenwerking
- 3.3 Mantelzorg
 - 3.3.1 Afstemmen mantelzorg
 - 3.3.2 Versterken informele zorg
- 3.4 Veiligheid
 - 3.4.1 Veilige woon- en leefsituatie
 - 3.4.2 Medicatieveiligheid
 - 3.4.3 Veilige zorgrelatie
 - 3.4.4 Veilige medische technologie

Bijlage

- 1 Toetsingskader

begeleidde een oudere tot de zorg was geregeld. Daarna ging de verantwoordelijkheid over naar de wijkverpleegkundige. De inspectie zag dat nog niet elke wijkverpleegkundige een goed beeld had van wat de coördinerende rol betekende.

De inspectie zag dat doelen van zorg en behandeling niet duidelijk werden afgestemd. In het onderzoek waren zes ouderen die naast zorg ook ondersteuning kregen vanuit de Wmo; vier ouderen kregen hulp bij het huishouden, één oudere ging naar de dagbesteding en één oudere ontving zowel hulp bij het huishouden als dagbesteding. De inspectie merkte dat zorg en ondersteuning los van elkaar stonden; afstemming vond niet of nauwelijks plaats. De zorgverleners hadden ook weinig beeld van de Wmo-ondersteuning de ouderen kregen.

“Dat [red. zorg en gemeente] staat redelijk los van elkaar.” (wijkverpleegkundige)

“Het is ook niet altijd helder wat de gemeente kan betekenen. Zeker in lastige situaties is het moeilijk te bepalen tot wie je je moet wenden, waar je heen moet.” (wijkverpleegkundige)

3.2.4 Overdracht

- Waar keek de inspectie naar?

De inspectie keek of de zorg vanuit het eerstelijnsverblijf expliciet en op tijd werd overgedragen naar de zorg thuis.

- Wat zag de inspectie?

Verschillende ouderen gaven aan dat de overdracht van eerstelijnsverblijf naar huis soepel was verlopen. De benodigde zorg, behandeling of ondersteuning thuis werd op tijd gestart of weer hervat. De thuiszorg beschikte in de regel over een schriftelijke overdracht vanuit het eerstelijnsverblijf. Bij de meeste ouderen had de eigen huisarts het ontslag uit het eerstelijnsverblijf geregeld.

Verschillende mantelzorgers en zorgverleners gaven daarentegen aan een tijdige en gestructureerde voorbereiding op het ontslag uit het eerstelijnsverblijf te missen.

Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis

De inspectie zag dat de thuiszorg een schriftelijke overdracht kreeg bij het ontslag. Het viel op dat ook andere professionals behoefte hadden aan informatie over het ontslag van hun patiënt uit het eerstelijnsverblijf. Op dit moment kregen zij deze informatie vaak niet.

“Ergens plopt op dat de patiënt weer thuis is.” (praktijkondersteuner huisarts)

De inspectie zag dat de zorgcoördinatoren uit het eerstelijnsverblijf niet standaard bij alle ontslaggesprekken tussen de oudere en de huisarts aanwezig waren. Daar was wel behoefte aan bij de zorgcoördinatoren. De mantelzorger van de oudere was ook niet standaard aanwezig bij het ontslaggesprek. De inspectie signaleerde verder dat er bij ontslag uit het eerstelijnsverblijf niet altijd werd gecontroleerd of er een actueel medicatieoverzicht was. Zowel de oudere als de apotheek van de oudere moet beschikken over een actueel medicatieoverzicht.

De gemeente of Consulent Welzijn bereikte de (kwetsbare) ouderen niet op het moment van ontslag vanuit het eerstelijnsverblijf naar huis. Met het oog op Wmo-ondersteuning kwam de gemeente veelal in contact met haar (kwetsbare) ouderen via doorverwijzing. Soms was dat doorverwijzing vanuit het Mobiel Geriatisch Team of doorverwijzing vanuit de Consulent Welzijn.

3.2.5 Competenties voor samenwerking

- Waar keek de inspectie naar?

De inspectie keek of de professionals in het netwerk overlegden over de zorg en ondersteuning aan een oudere. En of zij hier de juiste competenties voor hadden.

- Wat zag de inspectie?

De verschillende professionals in Houten hadden een grote bereidheid tot samenwerken in de netwerken rond een oudere. De professionals signaleerden zelf niet dat de competenties voor samenwerking bij zichzelf of bij andere professionals ontbraken. Maar het onderzoek heeft te weinig informatie opgeleverd over welke competenties de professionals nodig vinden voor goede samenwerking. De inspectie

- 1 Inleiding**
 - 1.1 Aanleiding en belang
 - 1.2 Doel
 - 1.3 Onderzoeksvragen
 - 1.4 Onderzoeksmethode en periode
 - 1.5 Toetsingskader
 - 1.6 Afbakening
- 2 Conclusies en vervolg**
 - 2.1 Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis
 - 2.1.1 De netwerkzorg thuis sluit aan op behoefte van (kwetsbare) oudere
 - 2.1.2 De (kwetsbare) oudere ervaart een soepele overgang naar zorg thuis, voorbereiding op ontslag kan beter
 - 2.1.3 Goede motivatie voor samenwerking in netwerken
 - 2.1.4 Duidelijkheid nodig over coördinatie in het netwerk
 - 2.2 Aanbevelingen
 - 2.2.1 Spreek af wie het netwerk coördineert
 - 2.2.2 Versterk de samenhang tussen zorg en ondersteuning
 - 2.2.3 Kijk bij ontslag uit eerstelijnsverblijf breed wat thuis nodig is
 - 2.3 Vervolg
- 3 Resultaten**
 - 3.1 Cliënt centraal
 - 3.1.1 Cliëntondersteuning
 - 3.1.2 Begrijpelijke informatie
 - 3.1.3 Zorgbehoefte in beeld
 - 3.1.4 Afspraken over zorg en ondersteuning
 - 3.1.5 Eigen regie en zelfredzaamheid
 - 3.2 Integrale zorg
 - 3.2.1 Professionals kennen elkaar
 - 3.2.2 Informatie-uitwisseling
 - 3.2.3 Zorgcoördinatie en afstemming
 - 3.2.4 Overdracht
 - 3.2.5 Competenties voor samenwerking
 - 3.2.6 Randvoorwaarden voor samenwerking
 - 3.3 Mantelzorg
 - 3.3.1 Afstemmen mantelzorg
 - 3.3.2 Versterken informele zorg
 - 3.4 Veiligheid
 - 3.4.1 Veilige woon- en leefsituatie
 - 3.4.2 Medicatieveiligheid
 - 3.4.3 Veilige zorgrelatie
 - 3.4.4 Veilige medische technologie

kon daarom niet beoordelen of de professionals in de netwerken de competenties hadden om samen te werken.

3.2.6 Randvoorwaarden voor samenwerking

- *Waar keek de inspectie naar?*

De inspectie keek of de professionals in het netwerk van een oudere beschikbaar en bereikbaar waren voor samenwerking. De inspectie keek ook of de organisaties van de professionals tijd en middelen beschikbaar stelden voor samenwerking in het netwerk.

- *Wat zag de inspectie?*

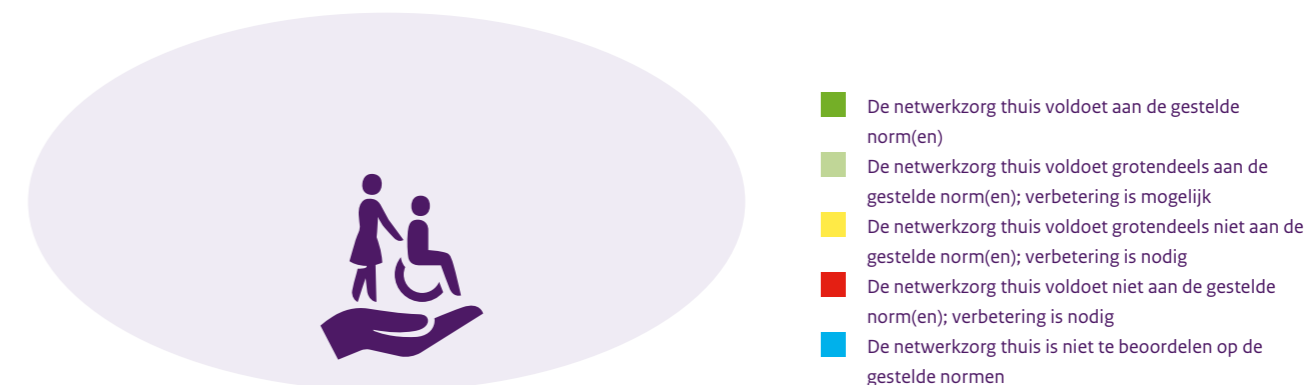
De professionals gaven aan dat randvoorwaarden voor samenwerking in een netwerk in de basis aanwezig waren. Zij ervoeren hierin geen duidelijke belemmeringen. De professionals benoemden wel verschillen in de samenwerking. Zo vonden ze de samenwerking met collega's uit de eigen organisatie beter. Dat kwam omdat er structurele overleggen waren en omdat zij gebruik maakten van hetzelfde ICT-systeem. Ook met professionals die binnen hetzelfde Medisch Centrum werkten, verliep de samenwerking gemakkelijker omdat men elkaar kende en tegenkwam. De recent gestarte multidisciplinaire overleggen (over kwetsbare ouderen versterkten de samenwerking. Deze multidisciplinaire overleggen waren nog niet in alle Medische Centra gestart en nog niet alle thuiszorgorganisaties waren hierbij betrokken.

De structuren voor overleg en samenwerking in Houten waren tijdens het onderzoek nog volop in ontwikkeling. DuurSaam Houten experimenteerde bijvoorbeeld met een beveiligde communicatie-app. Daarmee konden zorg- en hulpverleners in een netwerk rond een patiënt met elkaar communiceren.

Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis

3.3 Mantelzorg

Figuur 6: Resultaten van het thema 'Mantelzorg'



3.3.1 Afstemmen mantelzorg

- *Waar keek de inspectie naar?*

De inspectie keek of de professionals de zorg thuis afstemden op de wensen en mogelijkheden van mantelzorgers. Ook keek de inspectie of de professionals de mogelijkheden van uitbreiden van het informele netwerk bespraken met de mantelzorgers.

- *Wat zag de inspectie?*

De inspectie zag dat de professionals in het netwerk in de meeste gevallen de mantelzorgers kenden en hier contact mee hadden. De mantelzorgers vonden het contact met de professionals over het algemeen positief. De inspectie zag dat in enkele netwerken actief hulp werd aangeboden om de mantelzorger te ontlasten. Dit gebeurde bijvoorbeeld door dagbesteding voor de oudere te regelen. Of door te bevorderen dat een oudere verhuisde naar een andere woning. Ook werd extra hulp aangeboden aan een mantelzorger.

“De wijkverpleegkundige heeft met mij gesproken en gezegd dat als ik een keer weg wil, de thuiszorg wel een keer vaker kan komen. Dat wist ik niet.”
(mantelzorger)

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Doel
- 1.3 Onderzoeksvragen
- 1.4 Onderzoeksmethode en periode
- 1.5 Toetsingskader
- 1.6 Afbakening

2 Conclusies en vervolg

- 2.1 Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis
 - 2.1.1 De netwerkzorg thuis sluit aan op behoefte van (kwetsbare) oudere
 - 2.1.2 De (kwetsbare) oudere ervaart een soepele overgang naar zorg thuis, voorbereiding op ontslag kan beter
 - 2.1.3 Goede motivatie voor samenwerking in netwerken
 - 2.1.4 Duidelijkheid nodig over coördinatie in het netwerk
- 2.2 Aanbevelingen
 - 2.2.1 Spreek af wie het netwerk coördineert
 - 2.2.2 Versterk de samenhang tussen zorg en ondersteuning
 - 2.2.3 Kijk bij ontslag uit eerstelijnsverblijf breed wat thuis nodig is
- 2.3 Vervolg

3 Resultaten

- 3.1 Cliënt centraal
 - 3.1.1 Cliëntondersteuning
 - 3.1.2 Begrijpelijke informatie
 - 3.1.3 Zorgbehoefte in beeld
 - 3.1.4 Afspraken over zorg en ondersteuning
 - 3.1.5 Eigen regie en zelfredzaamheid
- 3.2 Integrale zorg
 - 3.2.1 Professionals kennen elkaar
 - 3.2.2 Informatie-uitwisseling
 - 3.2.3 Zorgcoördinatie en afstemming
 - 3.2.4 Overdracht
 - 3.2.5 Competenties voor samenwerking
 - 3.2.6 Randvoorwaarden voor samenwerking
- 3.3 Mantelzorg
 - 3.3.1 Afstemmen mantelzorg
 - 3.3.2 Versterken informele zorg
- 3.4 Veiligheid
 - 3.4.1 Veilige woon- en leefsituatie
 - 3.4.2 Medicatieveiligheid
 - 3.4.3 Veilige zorgrelatie
 - 3.4.4 Veilige medische technologie

Bijlage

- 1 Toetsingskader

De inspectie miste in de meerderheid van de netwerken gerichte aandacht voor de wensen en mogelijkheden van mantelzorgers. Soms verwachtten netwerkpartners van elkaar dat een ander in het netwerk dit zou oppakken. De inspectie kwam in de netwerken geen afspraken tegen over wie contact hield met de mantelzorger.

“Ik bespreek niet echt met de mantelzorger wat het betekent om voor de patiënt te zorgen. Ik verwacht eigenlijk dat dit meer bij de huisarts ter sprake zal komen.” (oefentherapeut)

De inspectie miste in een aantal netwerken ondersteuning vanuit de professionals bij het uitbreiden van het informele netwerk. Dat kan bijvoorbeeld door een vrijwilliger in te schakelen. Daarnaast maakten mantelzorgers zelf ook niet actief gebruik van mantelzorgondersteuning vanuit de gemeente Houten. Die bood bijvoorbeeld een ‘mantelzorg markt’ aan in het gemeentehuis. Of mogelijkheden om als mantelzorger samen met de oudere wat leuks te gaan doen.

3.3.2 Versterken informele zorg

- Waar keek de inspectie naar?

De inspectie keek of een professional uit het netwerk met de mantelzorger diens belasting besprak. Als er signalen waren van overbelasting, dan keek de inspectie of een professional dit besprak met de mantelzorger. En of de professional actie ondernam als dat nodig was. De inspectie keek ook of het netwerk rekening hield met mogelijke (tijdelijke) uitval van mantelzorgers.

- Wat zag de inspectie?

De inspectie zag dat de professionals oog hadden voor de belasting van mantelzorgers. Over het algemeen waren de zorgverleners op de hoogte van (periodes van) overbelasting. Opvallend was dat ruim de helft van de mantelzorgers zich overbelast voelde ten tijde van het onderzoek. Of dat zij eerder een periode van overbelasting had ervaren.

Verschillende mantelzorgers hadden hun (over)belasting besproken met een zorgverlener in het netwerk en zij voelden zich ook gehoord.

“Er is goed over gesproken wat mijn wensen zijn. De zorgverleners houden ook goed rekening met mijn agenda en verzetten zo nodig afspraken.” (mantelzorger)

“Ik ga ook nog wel eens naar de huisarts om er over te praten. Wat ik zou willen en wat ik zou kunnen.” (mantelzorger)

Wel zag de inspectie dat de overbelasting niet altijd vroegtijdig werd gesignaleerd. Professionals ondernamen ook niet altijd actie hierop. De inspectie signaleerde dat professionals nog weinig aandacht besteden aan het mogelijk (tijdelijk) wegvallen van een mantelzorger. Zij brachten risico’s op uitval van de mantelzorger niet duidelijk in kaart. En zij bespraken niet met de oudere en de mantelzorger wat er dan moest gebeuren.

“Als ik tijdelijk zou uitvallen, dan zou ik niet weten hoe dat opgelost zou moeten worden.” (mantelzorger)

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Doel
- 1.3 Onderzoeksvragen
- 1.4 Onderzoeksmethode en periode
- 1.5 Toetsingskader
- 1.6 Afbakening

2 Conclusies en vervolg

- 2.1 Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis
 - 2.1.1 De netwerkgroep thuis sluit aan op behoefte van (kwetsbare) oudere
 - 2.1.2 De (kwetsbare) oudere ervaart een soepele overgang naar zorg thuis, voorbereiding op ontslag kan beter
 - 2.1.3 Goede motivatie voor samenwerking in netwerken
 - 2.1.4 Duidelijkheid nodig over coördinatie in het netwerk
- 2.2 Aanbevelingen
 - 2.2.1 Spreek af wie het netwerk coördineert
 - 2.2.2 Versterk de samenhang tussen zorg en ondersteuning
 - 2.2.3 Kijk bij ontslag uit eerstelijnsverblijf breed wat thuis nodig is
- 2.3 Vervolg

3 Resultaten

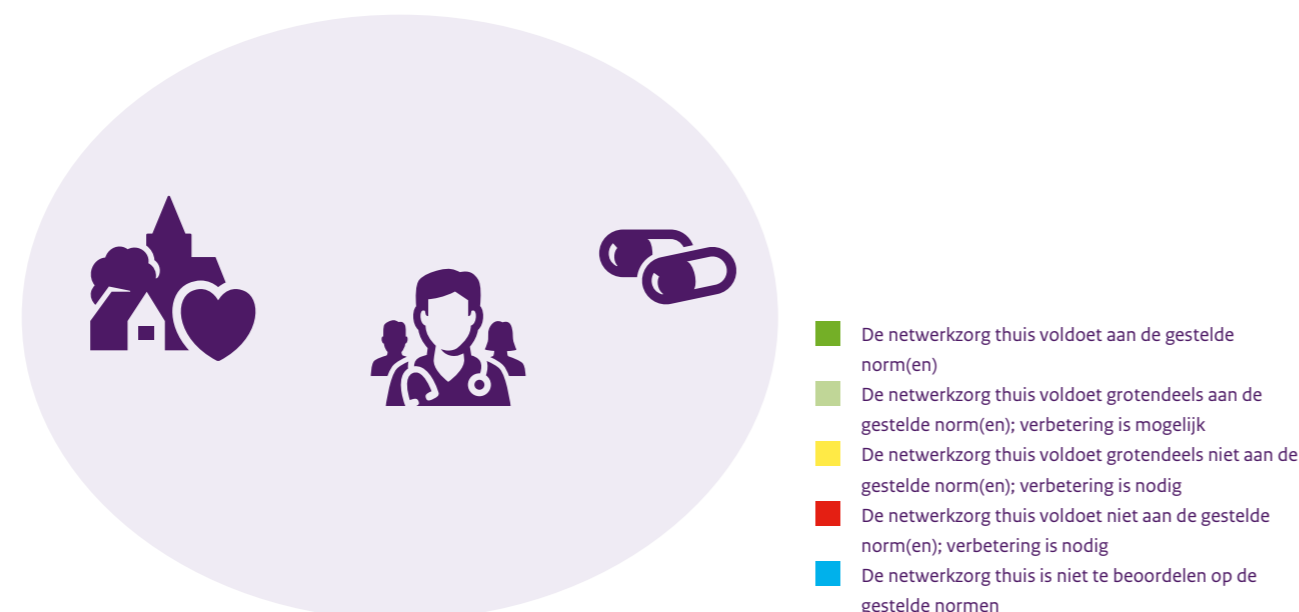
- 3.1 Cliënt centraal
 - 3.1.1 Cliëntondersteuning
 - 3.1.2 Begrijpelijke informatie
 - 3.1.3 Zorgbehoefte in beeld
 - 3.1.4 Afspraken over zorg en ondersteuning
 - 3.1.5 Eigen regie en zelfredzaamheid
- 3.2 Integrale zorg
 - 3.2.1 Professionals kennen elkaar
 - 3.2.2 Informatie-uitwisseling
 - 3.2.3 Zorgcoördinatie en afstemming
 - 3.2.4 Overdracht
 - 3.2.5 Competenties voor samenwerking
 - 3.2.6 Randvoorwaarden voor samenwerking
- 3.3 Mantelzorg
 - 3.3.1 Afstemmen mantelzorg
 - 3.3.2 Versterken informele zorg
- 3.4 Veiligheid
 - 3.4.1 Veilige woon- en leefsituatie
 - 3.4.2 Medicatieveiligheid
 - 3.4.3 Veilige zorgrelatie
 - 3.4.4 Veilige medische technologie

Bijlage

- 1 Toetsingskader

3.4 Veiligheid

Figuur 7: Resultaten van het thema 'Veiligheid'



3.4.1 Veilige woon- en leefsituatie

- *Waar keek de inspectie naar?*
De inspectie keek of de professionals aandacht hadden voor risico's voor de oudere in de woon- en leefsituatie. Als de professionals risico's signaleerden, keek de inspectie of zij deze risico's bespraken met de oudere en hierop actie ondernamen.

- *Wat zag de inspectie?*
Bij ruim de helft van de ouderen in het onderzoek waren valincidenten (mede) de aanleiding tot opname in het eerstelijnsverblijf. De inspectie zag dat zorgverleners in het netwerk bij thuiskomst veel aandacht hadden voor valrisico's in de woon- en leefsituatie van de oudere. Als zij risico's signaleerden, dan bespraken zij deze met de oudere. Ook ondernamen zij in overleg met de oudere actie op de risico's. Veel van de ouderen kregen oefentherapie, fysiotherapie of ergotherapie. Hierdoor waren de ouderen ook zelf alert op valrisico's.

Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis

3.4.2 Medicatieveiligheid

- *Waar keek de inspectie naar?*
De inspectie keek of de oudere een actueel medicatieoverzicht had. Ook keek de inspectie of de huisarts en apotheek afspraken hadden gemaakt over jaarlijkse medicatiebeoordeling bij ouderen met polyfarmacie (meer dan 7 verschillende voorgeschreven medicijnen per dag). De inspectie verwacht dat in een huisartsenpraktijk in 2016/2017 minimaal 15-25 medicatiebeoordelingen worden uitgevoerd bij deze groep ouderen. En dat dit aantal jaarlijks stijgt.

- *Wat zag de inspectie?*
De inspectie zag dat zorgverleners veel aandacht hadden voor de medicatieveiligheid. Diverse ouderen kregen medicatie via een Baxter of een automatische medicijnverstrekker. Bij enkele ouderen zag de thuiszorg toe op de medicatie-inname door de oudere.

Bij ruim de helft van de ouderen in het onderzoek was sprake van polyfarmacie. De huisartsen hadden met een aantal apotheken afspraken gemaakt over het uitvoeren van een jaarlijkse medicatiebeoordeling bij polyfarmacie, maar niet met alle apotheken. Niet bij alle ouderen met polyfarmacie was in het afgelopen jaar een medicatiebeoordeling uitgevoerd. De huisartsen gaven aan dat het nog niet lukte om alle ouderen met polyfarmacie jaarlijks aan de beurt te laten komen. Enkele huisartsen signaleerden risico's in de communicatie met de apotheek van de polikliniek over medicatiewijzigingen.

3.4.3 Veilige zorgrelatie

- *Waar keek de inspectie naar?*
De inspectie keek of de ouderen veilige zorgrelaties ervoeren met de verschillende professionals in hun netwerk. Ook keek de inspectie of de professionals alert waren op signalen van huiselijk geweld. En of zij dan ook actie ondernamen op basis van de Meldcode huiselijk geweld .

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Doel
- 1.3 Onderzoeksvragen
- 1.4 Onderzoeksmethode en periode
- 1.5 Toetsingskader
- 1.6 Afbakening

2 Conclusies en vervolg

- 2.1 Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis
 - 2.1.1 De netwerkgzorg thuis sluit aan op behoefte van (kwetsbare) oudere
 - 2.1.2 De (kwetsbare) oudere ervaart een soepele overgang naar zorg thuis, voorbereiding op ontslag kan beter
 - 2.1.3 Goede motivatie voor samenwerking in netwerken
 - 2.1.4 Duidelijkheid nodig over coördinatie in het netwerk
- 2.2 Aanbevelingen
 - 2.2.1 Spreek af wie het netwerk coördineert
 - 2.2.2 Versterk de samenhang tussen zorg en ondersteuning
 - 2.2.3 Kijk bij ontslag uit eerstelijnsverblijf breed wat thuis nodig is
- 2.3 Vervolg

3 Resultaten

- 3.1 Cliënt centraal
 - 3.1.1 Cliëntondersteuning
 - 3.1.2 Begrijpelijke informatie
 - 3.1.3 Zorgbehoefte in beeld
 - 3.1.4 Afspraken over zorg en ondersteuning
 - 3.1.5 Eigen regie en zelfredzaamheid
- 3.2 Integrale zorg
 - 3.2.1 Professionals kennen elkaar
 - 3.2.2 Informatie-uitwisseling
 - 3.2.3 Zorgcoördinatie en afstemming
 - 3.2.4 Overdracht
 - 3.2.5 Competenties voor samenwerking
 - 3.2.6 Randvoorwaarden voor samenwerking
- 3.3 Mantelzorg
 - 3.3.1 Afstemmen mantelzorg
 - 3.3.2 Versterken informele zorg
- 3.4 Veiligheid
 - 3.4.1 Veilige woon- en leefsituatie
 - 3.4.2 Medicatieveiligheid
 - 3.4.3 Veilige zorgrelatie
 - 3.4.4 Veilige medische technologie

Bijlage

- 1 Toetsingskader

- *Wat zag de inspectie?*

De inspectie zag dat de ouderen zich over het algemeen prettig en veilig voelden bij de professionals in hun netwerk. Bij vermoedens van een onveilige zorgrelatie zijn afspraken in het netwerk nodig over monitoring en communicatie. De zorgcoördinator heeft hierbij een belangrijke rol. Deze rol was niet duidelijk belegd in de netwerken die de inspectie onderzocht.

3.4.4 Veilige medische technologie

- *Waar keek de inspectie naar?*

De inspectie keek of de professionals in het netwerk aandacht hadden voor veilig gebruik van hulpmiddelen en medische technologie. Als er risico's waren in het gebruik van medische technologie, dan keek de inspectie of deze met de oudere werden besproken. En of de professionals hier actie op ondernamen.

- *Wat zag de inspectie?*

Het viel de inspectie op dat bijna alle ouderen beschikten over hulpmiddelen, zoals een rolstoel, rollator, stok of scootmobiel. De professionals in het netwerk hadden aandacht voor veilig gebruik van deze hulpmiddelen. Bij enkele ouderen was een ergotherapeut ingeschakeld voor uitleg over veilig gebruik van de hulpmiddelen. Diverse ouderen maakten gebruik van medische technologie, zoals een automatische medicijnverstrekker, een Implanteerbare Cardioverter-Defibrillator of een bloedglucosemeter. De ouderen kregen hierbij hulp van de thuiszorg of de praktijkondersteuner van de huisarts.

“Toen ik een bloeddrukmeter had gekocht heb ik hem meegenomen naar de huisarts voor het ijken en een uitleg.” (oudere)

- 1 Inleiding
 - 1.1 Aanleiding en belang
 - 1.2 Doel
 - 1.3 Onderzoeksvragen
 - 1.4 Onderzoeksmethode en periode
 - 1.5 Toetsingskader
 - 1.6 Afbakening
- 2 Conclusies en vervolg
 - 2.1 Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis
 - 2.1.1 De netwerkzorg thuis sluit aan op behoefte van (kwetsbare) oudere
 - 2.1.2 De (kwetsbare) oudere ervaart een soepele overgang naar zorg thuis, voorbereiding op ontslag kan beter
 - 2.1.3 Goede motivatie voor samenwerking in netwerken
 - 2.1.4 Duidelijkheid nodig over coördinatie in het netwerk
 - 2.2 Aanbevelingen
 - 2.2.1 Spreek af wie het netwerk coördineert
 - 2.2.2 Versterk de samenhang tussen zorg en ondersteuning
 - 2.2.3 Kijk bij ontslag uit eerstelijnsverblijf breed wat thuis nodig is
 - 2.3 Vervolg
- 3 Resultaten
 - 3.1 Cliënt centraal
 - 3.1.1 Cliëntondersteuning
 - 3.1.2 Begrijpelijke informatie
 - 3.1.3 Zorgbehoefte in beeld
 - 3.1.4 Afspraken over zorg en ondersteuning
 - 3.1.5 Eigen regie en zelfredzaamheid
 - 3.2 Integrale zorg
 - 3.2.1 Professionals kennen elkaar
 - 3.2.2 Informatie-uitwisseling
 - 3.2.3 Zorgcoördinatie en afstemming
 - 3.2.4 Overdracht
 - 3.2.5 Competenties voor samenwerking
 - 3.2.6 Randvoorwaarden voor samenwerking
 - 3.3 Mantelzorg
 - 3.3.1 Afstemmen mantelzorg
 - 3.3.2 Versterken informele zorg
 - 3.4 Veiligheid
 - 3.4.1 Veilige woon- en leefsituatie
 - 3.4.2 Medicatieveiligheid
 - 3.4.3 Veilige zorgrelatie
 - 3.4.4 Veilige medische technologie

Bijlage 1

Toetsingskader ‘Toezicht op netwerken in de zorg thuis’

Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hanteert dit kader voor toetsing van netwerken van professionals die zorg bieden aan kwetsbare cliënten die thuis wonen. Het is een toetsingskader voor inspectieonderzoek op cliëntniveau naar de zorg thuis^[1]. Onder zorg thuis verstaat de IGZ in dit toetsingskader: zorg en hulp in de thuissituatie zoals verpleging, verzorging, begeleiding en ondersteuning, uitgevoerd door zowel professionele zorgverleners als door vrijwilligers of mantelzorgers.

De belangrijkste uitgangspunten van dit toetsingskader zijn:

1 Cliëntperspectief

Het perspectief van de cliënt is het uitgangspunt voor het toezicht van de IGZ. In de zorg thuis staat de kwaliteit van leven met chronische ziekten of beperkingen centraal. In dit toetsingskader is de definitie van ‘gezondheid’ van Machteld Huber leidend. Zij definieert gezondheid als *‘het vermogen zich aan te passen en zelf regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven’*. In de zorg thuis staat de cliënt centraal en geeft de cliënt aan hoe de zorg kan bijdragen aan zijn aanpassingsvermogen en eigen regie.

2 Netwerken

Netwerken rondom cliënten die thuis wonen zijn per cliënt verschillend. De IGZ definieert een netwerk als: *‘de mensen die min of meer gelijktijdig en in wisselende intensiteit betrokken zijn bij de zorg thuis en de ondersteuning van een cliënt’*. Daarbij kan onderscheid gemaakt worden tussen de professionele zorg- en hulpverleners (formele zorg) en mantelzorgers en vrijwilligers (informele zorg). Naast het functioneren van individuele zorg- en hulpverleners is de samenhang en de samenwerking in dit netwerk een wezenlijk onderdeel van de kwaliteit van de zorg thuis.

[1] Dit toetsingskader is niet bedoeld voor toetsing van de zorg thuis die op basis van een persoonsgebonden budget (PGB) wordt geboden.

3 Kwetsbare cliënten

De IGZ zet haar toezichtcapaciteit proactief in, gericht op de grootste risico’s voor de burger. In de zorg thuis zijn de risico’s het grootst bij cliënten die niet, of minder in staat zijn om zelf de regie over de zorg thuis te voeren. Verminderd regievermogen kan verschillende achtergronden hebben, zoals dementie, ouderdom, een verstandelijke beperking, een psychiatrische aandoening of anderszins verminderde zelfredzaamheid.

4 Normen

De IGZ ontleent de normen in dit toetsingskader aan wet- en regelgeving, richtlijnen en protocollen (veldnormen). Naleving van deze normen beperkt de belangrijkste risico’s voor cliënten in de zorg thuis. De normen zijn zoveel mogelijk vanuit het perspectief van de cliënt geformuleerd.

5 Rol IGZ en rol gemeente

De IGZ houdt toezicht op de professionals en organisaties die zorg verlenen op grond van de Zvw of de Wlz of andere zorg bieden. Met behulp van dit kader toetst de IGZ de kwaliteit van deze zorg. De IGZ houdt geen toezicht op ondersteuning die geboden wordt op grond van de Wmo. Hiervoor is de gemeente verantwoordelijk. De IGZ gaat wel na hoe professionals de zorg afstemmen op de ondersteuning die de cliënt ontvangt. Waar mogelijk werkt de IGZ samen met Wmo-toezichthouders bij het toezicht op de zorg thuis.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Doel
- 1.3 Onderzoeksvragen
- 1.4 Onderzoeksmethode en periode
- 1.5 Toetsingskader
- 1.6 Afbakening

2 Conclusies en vervolg

- 2.1 Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis
 - 2.1.1 *De netwerkzorg thuis sluit aan op behoefte van (kwetsbare) oudere*
 - 2.1.2 *De (kwetsbare) oudere ervaart een soepele overgang naar zorg thuis, voorbereiding op ontslag kan beter*
 - 2.1.3 *Goede motivatie voor samenwerking in netwerken*
 - 2.1.4 *Duidelijkheid nodig over coördinatie in het netwerk*
- 2.2 Aanbevelingen
 - 2.2.1 *Spreek af wie het netwerk coördineert*
 - 2.2.2 *Versterk de samenhang tussen zorg en ondersteuning*
 - 2.2.3 *Kijk bij ontslag uit eerstelijnsverblijf breed wat thuis nodig is*
- 2.3 Vervolg

3 Resultaten

- 3.1 Cliënt centraal
 - 3.1.1 *Cliëntondersteuning*
 - 3.1.2 *Begrijpelijke informatie*
 - 3.1.3 *Zorgbehoefte in beeld*
 - 3.1.4 *Afspraken over zorg en ondersteuning*
 - 3.1.5 *Eigen regie en zelfredzaamheid*
- 3.2 Integrale zorg
 - 3.2.1 *Professionals kennen elkaar*
 - 3.2.2 *Informatie-uitwisseling*
 - 3.2.3 *Zorgcoördinatie en afstemming*
 - 3.2.4 *Overdracht*
 - 3.2.5 *Competenties voor samenwerking*
 - 3.2.6 *Randvoorwaarden voor samenwerking*
- 3.3 Mantelzorg
 - 3.3.1 *Afstemmen mantelzorg*
 - 3.3.2 *Versterken informele zorg*
- 3.4 Veiligheid
 - 3.4.1 *Veilige woon- en leefsituatie*
 - 3.4.2 *Medicatieveiligheid*
 - 3.4.3 *Veilige zorgrelatie*
 - 3.4.4 *Veilige medische technologie*

Bijlage

- 1 Toetsingskader

Thema 1: Cliënt centraal

De cliënt krijgt zorg thuis die aansluit bij zijn behoefte en bijdraagt aan zijn kwaliteit van leven

Normen

- 1.1 De cliënt krijgt (cliënt)ondersteuning om zijn behoefte aan zorg thuis te te formuleren.^[2]
- 1.2 De cliënt krijgt begrijpelijke informatie over de mogelijkheden van zorg thuis.^[3]
- 1.3 De behoefte aan zorg thuis is in samenspraak met de cliënt in beeld gebracht.^[4]
- 1.4 In samenspraak met de cliënt is/zijn één of meer zorg-/behandelplan(nen) opgesteld en de cliënt kan dit/deze inzien.^[5]
- 1.5 De cliënt krijgt zorg thuis die aansluit bij zijn (veranderende) behoefte en bijdraagt aan de kwaliteit van leven.^[6]
- 1.6 De cliënt en de wijkverpleegkundige of zorgcoördinator/casemanager maken afspraken bij verandering van regiemogelijkheden van de cliënt.^[7]
- 1.7 De cliënt wordt versterkt in zijn zelfredzaamheid en bij het voeren van de regie over zijn zorg thuis.^[8]

-
- [2] Wkkgz Artikel 2 en 3, 2016; Wlz Memorie van Toelichting, p8, 2014.
 - [3] Wkkgz Artikel 2 en 3, 2016; BW Artikel 7:448 (Wgbo), 1994; Wlz Memorie van Toelichting, p8, 2014.
 - [4] Wkkgz Artikel 2 en 3, 2016; V&VN Richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging 2011.
 - [5] Wkkgz Artikel 2 en 3, 2016; Wlz Artikel 8.1.3, 2014; BW Artikel 7:454 (Wgbo), 1994; V&VN Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, norm 5, 2014; KNMG Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, aandachtspunt 2 en 11, 2010.
 - [6] Wkkgz Artikel 2 en 3, 2016; Zvw Artikel 11, lid 1a, 2015; Wlz Artikel 3.2.1, 2014;KNMG Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, aandachtspunt 10, 2010; V&VN Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, norm 4, 2014.
 - [7] Wkkgz Artikel 2 en 3, 2016; Wlz Artikel 3.2.1, 201; V&VN Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, norm 3, 2014.
 - [8] Wkkgz Artikel 2 en 3, 2016; V&VN Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, norm 3, 2014.

Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis

Thema 2: Integrale zorg

De cliënt krijgt op elkaar afgestemde zorg thuis

Normen

- 2.1 De cliënt ervaart dat de professionals in zijn netwerk weten welke relevante professionals betrokken zijn bij zijn zorg thuis.^[9]
- 2.2 De cliënt weet welke professionals in zijn netwerk welke informatie met elkaar uitwisselen over zijn zorg thuis.^[10]
- 2.3 De cliënt kan erop rekenen dat de professionals in zijn netwerk informatie opvragen bij andere professionals, die onontbeerlijk is voor zijn handelen.^[11]
- 2.4 In samenspraak met de cliënt zijn de doelen voor de zorg thuis op elkaar afgestemd en wordt de zorg gecoördineerd door een wijkverpleegkundige of zorgcoördinator/casemanager.^[12]
- 2.5 In samenspraak met de cliënt is de zorg thuis en de ondersteuning vanuit de Wmo op elkaar afgestemd.^[13]
- 2.6 De cliënt kan erop rekenen dat er een expliciete (schriftelijke) overdracht plaatsvindt naar de 2e of 3e lijn en vice versa.^[14]
- 2.7 De cliënt kan erop rekenen dat de professionals in zijn netwerk competenties hebben om samen te werken.^[15]
- 2.8 De cliënt kan erop rekenen dat de organisaties van de professionals in zijn netwerk randvoorwaarden ter beschikking stellen voor samenwerking.^[16]

-
- [9] Wkkgz Artikel 2 en 3, 2016; KNMG Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, aandachtspunt 9, 2010.
 - [10] Wkkgz Artikel 2 en 3, 2016; BW Artikel 7:457 (Wgbo), 1994.
 - [11] Wkkgz Artikel 2 en 3, 2016; KNMG Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, aandachtspunt 4, 2010.
 - [12] Wkkgz Artikel 2 en 3, 2016; KNMG Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, aandachtspunt 1, 2010; Alzheimer Nederland Zorgstandaard Dementie, p63, 2013.
 - [13] Wkkgz Artikel 2 en 3, 2016; KNMG Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, aandachtspunt 1, 2010.
 - [14] Wkkgz Artikel 2 en 3, 2016; KNMG Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, aandachtspunt 9, 2010; NPCF Informatieoverdracht in de keten voor (kwetsbare) ouderen. Kwaliteitscriteria vanuit het perspectief van de (kwetsbare) ouderen, 2014.
 - [15] Wkkgz Artikel 2 en 3, 2016; Wet BIG, Artikel 35, 1993; LHV/NHG Competentieprofiel van de huisarts, 2005; V&VN Beroepsprofiel verpleegkundige 2020, deel 3, 2012. KNMG Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, aandachtspunt 7, 2010.
 - [16] Wkkgz Artikel 2 en 3, 2016; KNMG Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, aandachtspunt 6, 2010.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Doel
- 1.3 Onderzoeksvragen
- 1.4 Onderzoeksmethode en periode
- 1.5 Toetsingskader
- 1.6 Afbakening

2 Conclusies en vervolg

- 2.1 Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis
 - 2.1.1 *De netwerkgzorg thuis sluit aan op behoefte van (kwetsbare) oudere*
 - 2.1.2 *De (kwetsbare) oudere ervaart een soepele overgang naar zorg thuis, voorbereiding op ontslag kan beter*
 - 2.1.3 *Goede motivatie voor samenwerking in netwerken*
 - 2.1.4 *Duidelijkheid nodig over coördinatie in het netwerk*
- 2.2 Aanbevelingen
 - 2.2.1 *Spreek af wie het netwerk coördineert*
 - 2.2.2 *Versterk de samenhang tussen zorg en ondersteuning*
 - 2.2.3 *Kijk bij ontslag uit eerstelijnsverblijf breed wat thuis nodig is*
- 2.3 Vervolg

3 Resultaten

- 3.1 Cliënt centraal
 - 3.1.1 *Cliëntondersteuning*
 - 3.1.2 *Begrijpelijke informatie*
 - 3.1.3 *Zorgbehoefte in beeld*
 - 3.1.4 *Afspraken over zorg en ondersteuning*
 - 3.1.5 *Eigen regie en zelfredzaamheid*
- 3.2 Integrale zorg
 - 3.2.1 *Professionals kennen elkaar*
 - 3.2.2 *Informatie-uitwisseling*
 - 3.2.3 *Zorgcoördinatie en afstemming*
 - 3.2.4 *Overdracht*
 - 3.2.5 *Competenties voor samenwerking*
 - 3.2.6 *Randvoorwaarden voor samenwerking*
- 3.3 Mantelzorg
 - 3.3.1 *Afstemmen mantelzorg*
 - 3.3.2 *Versterken informele zorg*
- 3.4 Veiligheid
 - 3.4.1 *Veilige woon- en leefsituatie*
 - 3.4.2 *Medicatieveiligheid*
 - 3.4.3 *Veilige zorgrelatie*
 - 3.4.4 *Veilige medische technologie*

Bijlage

- 1 Toetsingskader

Thema 3: Mantelzorgers en vrijwilligers

De professionals werken samen met mantelzorgers en/of vrijwilligers

Normen

- 3.1 Mantelzorgers kunnen erop rekenen dat de professionals in het netwerk rekening houden met zijn wensen/mogelijkheden en de zorg hierop afstemmen.^[17]
- 3.2 De cliënt krijgt ondersteuning van professionals in zijn netwerk bij het uitbreiden van hulp van mantelzorgers en/of vrijwilligers.^[18]
- 3.3 Mantelzorgers kunnen erop rekenen dat professionals in het netwerk hun overbelasting vroegtijdig signaleren, bespreken en in overleg met de mantelzorgers actie ondernemen.^[19]
- 3.4 De cliënt kan erop rekenen dat wanneer mantelzorgers en/of vrijwilligers (dreigen) weg (te) vallen, de professionals in zijn netwerk dit signaleren, bespreken en actie ondernemen.^[20]

[17] Wkkgz Artikel 2 en 3, 2016; Mezzo Model samenwerken voor de informele zorg, 2014; Alzheimer Nederland Zorgstandaard Dementie p21, 2013.

[18] Wkkgz Artikel 2 en 3, 2016; Mezzo Model Samenwerken voor de informele zorg, 2014.

[19] Mezzo Model Samenwerken voor de informele zorg, 2014; Alzheimer Nederland Zorgstandaard Dementie p22, 2013.

[20] Wkkgz Artikel 2 en 3, 2016; Mezzo Model Samenwerken voor de informele zorg, 2014.

Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis

Thema 4: Veiligheid

De cliënt krijgt veilige zorg thuis

Normen

- 4.1 De cliënt kan erop rekenen dat de professionals in zijn netwerk risico's in de woon-/leefsituatie signaleren, bespreken en in overleg met de cliënt actie ondernemen.^[21]
- 4.2 De cliënt kan erop rekenen dat de professionals in zijn netwerk risico's in de medicatieveiligheid signaleren en werken conform de veilige principes in de medicatieketen.^[22]
- 4.3 De cliënt kan erop rekenen dat de professionals in zijn netwerk werken conform de Leidraad veilige zorgrelatie.^[23]
- 4.4 De cliënt kan erop rekenen dat de professionals in zijn netwerk geen vrijheidsbeperking of gedwongen behandeling toepassen, tenzij aan de wettelijke voorwaarden is voldaan.^[24,25]
- 4.5 De cliënt kan erop rekenen dat de professionals in zijn netwerk werken conform de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.^[26]
- 4.6 De cliënt kan erop rekenen dat de professionals in zijn netwerk risico's in het gebruik van hulpmiddelen signaleren, bespreken met de cliënt en in overleg met de cliënt actie ondernemen.^[27]
- 4.7 De cliënt kan erop rekenen dat de professionals in zijn netwerk medische technologie veilig toepassen en dat de keuze voor de toepassing van de technologie in overleg met de cliënt is genomen.^[28]

[21] Wkkgz Artikel 2 en 3, 2016; V&VN Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, norm 4, 2014; Alzheimer Nederland Zorgstandaard Dementie, p66, 2013.

[22] Actiz Veilige principes in de medicatieketen verpleging, verzorging en thuiszorg, stap 2, 2012; Addendum Veilige principes in de medicatieketen, 2014.

[23] Wkkgz Artikel 11, 2016; KNMG Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, aandachtspunt 13, 2010; VWS Leidraad Veilige zorgrelatie, 2016.

[24] Burgerlijk Wetboek, artikel 7:465 lid 6 en artikel 7:466

[25] Burgerlijk Wetboek, Artikel 7:446 t/m 7:468

[26] Wkkgz Artikel 8, 2016.

[27] Wkkgz Artikel 2 en 3, 2016

[28] Wkkgz Artikel 2 en 3, 2016; Wkkgz Uitvoeringsbesluit Artikel 4.1.

Voorwoord

In het kort

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Doel
- 1.3 Onderzoeksvragen
- 1.4 Onderzoeksmethode en periode
- 1.5 Toetsingskader
- 1.6 Afbakening

2 Conclusies en vervolg

- 2.1 Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis
 - 2.1.1 *De netwerkzorg thuis sluit aan op behoefte van (kwetsbare) oudere*
 - 2.1.2 *De (kwetsbare) oudere ervaart een soepele overgang naar zorg thuis, voorbereiding op ontslag kan beter*
 - 2.1.3 *Goede motivatie voor samenwerking in netwerken*
 - 2.1.4 *Duidelijkheid nodig over coördinatie in het netwerk*
- 2.2 Aanbevelingen
 - 2.2.1 *Spreek af wie het netwerk coördineert*
 - 2.2.2 *Versterk de samenhang tussen zorg en ondersteuning*
 - 2.2.3 *Kijk bij ontslag uit eerstelijnsverblijf breed wat thuis nodig is*
- 2.3 Vervolg

3 Resultaten

- 3.1 Cliënt centraal
 - 3.1.1 *Cliëntondersteuning*
 - 3.1.2 *Begrijpelijke informatie*
 - 3.1.3 *Zorgbehoefte in beeld*
 - 3.1.4 *Afspraken over zorg en ondersteuning*
 - 3.1.5 *Eigen regie en zelfredzaamheid*
- 3.2 Integrale zorg
 - 3.2.1 *Professionals kennen elkaar*
 - 3.2.2 *Informatie-uitwisseling*
 - 3.2.3 *Zorgcoördinatie en afstemming*
 - 3.2.4 *Overdracht*
 - 3.2.5 *Competenties voor samenwerking*
 - 3.2.6 *Randvoorwaarden voor samenwerking*
- 3.3 Mantelzorg
 - 3.3.1 *Afstemmen mantelzorg*
 - 3.3.2 *Versterken informele zorg*
- 3.4 Veiligheid
 - 3.4.1 *Veilige woon- en leefsituatie*
 - 3.4.2 *Medicatieveiligheid*
 - 3.4.3 *Veilige zorgrelatie*
 - 3.4.4 *Veilige medische technologie*

Bijlage

- 1 Toetsingskader

Begrippenlijst

Behandeling:

geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke, of specifiek paramedische aard, die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de cliënt (Thesaurus Zorg en Welzijn, 2016).

Casemanager dementie

(ook genoemd dementieconsulent/zorgtrajectbegeleider/persoonlijk begeleider):

een persoonlijk begeleider voor zowel de persoon met dementie als de naasten, tijdens het hele ziekteproces van dementie. Een casemanager helpt bij: het vinden van de weg in de lastige paden van zorg en welzijn, het regelen van zorg zoals indicatiestelling, kosten en organisatie van hulp en het bieden van een luisterend oor en emotionele begeleiding (Alzheimer Nederland, 2016).

Competentie:

de geïntegreerde toepassing van kennis, vaardigheden, attitudes, eigenschappen en inzichten tijdens het beroepsmatig functioneren (LHV/NHG, 2005).

Formele zorg (ook genoemd professionele zorg):

alle zorg die beroepsmatig wordt verleend (Thesaurus Zorg en Welzijn, 2016).

Gezondheid:

het vermogen zich aan te passen en zelf regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven (Huber, 2012).

Informele zorg:

zorg en ondersteuning die onbetaald en niet beroepshalve wordt verricht. Te onderscheiden in gebruikelijke zorg, mantelzorg, zelfhulp, vrijwillige zorg en buurthulp (Thesaurus Zorg en Welzijn, 2016).

Mantelzorger:

natuurlijke persoon die rechtstreeks voortvloeiend uit een tussen personen bestaande sociale relatie zorg verleent zonder dat dit beroeps- of bedrijfsmatig geschiedt (Wlz, 2015).

Medische technologie:

de toepassing van georganiseerde kennis en vaardigheden in de vorm van apparaten, medicijnen, vaccins, procedures en systemen die ontwikkeld zijn om gezondheidsproblemen op te lossen en de kwaliteit van leven te verbeteren (Wkkgz, 2016).

Netwerk:

samenwerkingsverbanden van zorgaanbieders waardoor onder meer verschillende vormen van zorg beter voor een bepaalde doelgroep van patiënten of cliënten beschikbaar moeten zijn en de zorgaanbieders elkaars deskundigheid beter kunnen benutten (Thesaurus Zorg en Welzijn, 2016).

Ondersteuning:

hulp bij de zelfredzaamheid en participatie van personen met een beperking of met chronische psychische of psychosociale problemen, zoveel mogelijk in de eigen leefomgeving en het bieden van beschermd wonen en opvang (Wmo, 2015).

Persoonlijke verzorging:

ondersteuning bij, of het overnemen van activiteiten, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid. Er vindt ondersteuning plaats bij zelfzorg, het stimuleren om dit zelf te doen of te doen aanleren, of het overnemen van de zelfzorg plaats (Wlz, 2015).

Professionals:

de zorg- en hulpverleners die zorg en ondersteuning bieden aan de cliënt.

Regie:

vermogen van iemand om zelfstandig te bepalen hoe zijn leven op verschillende levensgebieden zoals wonen, werken, sociale contacten, eruit moet zien; ook de mogelijkheid om iemand zo veel mogelijk regie te laten houden over zijn leven wanneer hij zorg en/of begeleiding nodig heeft (Thesaurus Zorg en Welzijn, 2016).

Verpleging:

zorg die patiënt krijgt met het oog op genezing van de aandoening en/of voorkoming van verergering van de aandoening (Zvw, 2015).

Vrijheidsbeperking en gedwongen behandeling

(ook genoemd onvrijwillige zorg):

alle maatregelen, fysiek en verbaal, in instellingen die de vrijheid van cliënten beperken; wettelijk vastgelegd in de wet Bopz, in de toekomst in de wet zorg en dwang en de wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, en voor jeugdigen in de jeugdwet en de beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen; onder meer te onderscheiden in dwangbehandeling en middelen en maatregelen, maar ook niet

Voorwoord

In het kort

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Doel
- 1.3 Onderzoeksvragen
- 1.4 Onderzoeksmethode en periode
- 1.5 Toetsingskader
- 1.6 Afbakening

2 Conclusies en vervolg

- 2.1 Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis
 - 2.1.1 *De netwerkzorg thuis sluit aan op behoefte van (kwetsbare) oudere*
 - 2.1.2 *De (kwetsbare) oudere ervaart een soepele overgang naar zorg thuis, voorbereiding op ontslag kan beter*
 - 2.1.3 *Goede motivatie voor samenwerking in netwerken*
 - 2.1.4 *Duidelijkheid nodig over coördinatie in het netwerk*
- 2.2 Aanbevelingen
 - 2.2.1 *Spreek af wie het netwerk coördineert*
 - 2.2.2 *Versterk de samenhang tussen zorg en ondersteuning*
 - 2.2.3 *Kijk bij ontslag uit eerstelijnsverblijf breed wat thuis nodig is*
- 2.3 Vervolg

3 Resultaten

- 3.1 Cliënt centraal
 - 3.1.1 *Cliëntondersteuning*
 - 3.1.2 *Begrijpelijke informatie*
 - 3.1.3 *Zorgbehoefte in beeld*
 - 3.1.4 *Afspraken over zorg en ondersteuning*
 - 3.1.5 *Eigen regie en zelfredzaamheid*
- 3.2 Integrale zorg
 - 3.2.1 *Professionals kennen elkaar*
 - 3.2.2 *Informatie-uitwisseling*
 - 3.2.3 *Zorgcoördinatie en afstemming*
 - 3.2.4 *Overdracht*
 - 3.2.5 *Competenties voor samenwerking*
 - 3.2.6 *Randvoorwaarden voor samenwerking*
- 3.3 Mantelzorg
 - 3.3.1 *Afstemmen mantelzorg*
 - 3.3.2 *Versterken informele zorg*
- 3.4 Veiligheid
 - 3.4.1 *Veilige woon- en leefsituatie*
 - 3.4.2 *Medicatieveiligheid*
 - 3.4.3 *Veilige zorgrelatie*
 - 3.4.4 *Veilige medische technologie*

Bijlage

- 1 Toetsingskader

mogen telefoneren of niet alleen een afdeling verlaten vallen onder vrijheidsbeperking; niet toegestaan in een thuisituatie, aangezien het wettelijk kader daarvoor (nog) ontbreekt (Thesaurus Zorg en welzijn, 2016).

Vrijwilliger:

verricht onbetaald en onverplicht werk ten behoeve van anderen of van (de kwaliteit van) de samenleving in het algemeen, in enig georganiseerd verband (Thesaurus Zorg en Welzijn, 2016).

Zelfredzaamheid:

het vermogen om dagelijkse algemene levensverrichtingen zelfstandig te kunnen doen, bijvoorbeeld wassen, aankleden en koken en vermogen om sociaal te kunnen functioneren, zo nodig met hulp van anderen (Thesaurus Zorg en Welzijn, 2016).

Zorgcoördinator

(ook genoemd casemanager):

persoon die gelijktijdige of opeenvolgende zorg-, hulp- en/of dienstverlening rondom een cliënt regelt en met alle (relevante) betrokken zorg-, hulp- en dienstverleners afstemt, waaronder eventueel ook vrijwilligers en mantelzorgers (Thesaurus Zorg en Welzijn, 2016).

Zorgplan

(ook genoemd zorgleefplan/ondersteuningsplan/begeleidingsplan/behandelplan):

schriftelijk of elektronisch als zodanig vastgelegde uitkomsten van hetgeen met de cliënt dan wel een vertegenwoordiger van de cliënt is besproken met betrekking tot de zorg en behandeling (Wlz, 2015).

Zorg thuis:

zorg en hulp in de thuisituatie zoals verpleging, verzorging, begeleiding en ondersteuning, uitgevoerd door zowel professionele zorgverleners als door vrijwilligers of mantelzorgers (Thesaurus Zorg en Welzijn, 2016).