



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Netwerken integrale ouderenzorg: *wat is de stand van zaken in Nederland?*

Mei 2020



Samenvatting

In Nederland werken steeds meer professionals en/of organisaties samen in zogeheten netwerken integrale ouderenzorg. Gezamenlijk werken zij aan een samenhangend aanbod van zorg en ondersteuning (inclusief welzijnsactiviteiten) voor thuiswonende ouderen. Het RIVM heeft onderzocht waar deze netwerken in Nederland zitten, wat hun kenmerken zijn, welke doelen ze hebben, hoe ze die bereiken, en welke knelpunten zij ervaren.

Dit onderzoek heeft inzicht opgeleverd in 182 netwerken integrale ouderenzorg. De reikwijdte van de netwerken loopt uiteen. Sommige netwerken omvatten ouderen in een bepaalde wijk(en) of gemeente, bij andere zijn dat ouderen uit meerdere gemeenten. Ruim de helft van de netwerken richt zich alleen op ouderen, en dan vooral op kwetsbare ouderen en ouderen met een specifieke aandoening, bijvoorbeeld dementie of diabetes. In de meeste netwerken werken partijen zowel op bestuurlijk als uitvoerend niveau samen. Partijen uit het medisch en sociaal domein zijn vaak vertegenwoordigd. Meer dan de helft van de netwerken betreft ouderen of mantelzorgers bij het netwerk, bijvoorbeeld via een senioren- of cliëntenraad.

De netwerken streven verschillende doelen na door samen te werken. De twee meest genoemde zijn: stimuleren dat verschillende professionals samenwerken en met elkaar afstemmen, en continuïteit van zorg garanderen. Hiervoor bieden de netwerken verschillende activiteiten en interventies aan voor zowel ouderen als professionals. Voorbeelden zijn casemanagement, betere informatievoorziening, nascholing en samenwerken in een multidisciplinair kernteam of overleg.

Veel genoemde knelpunten die netwerken ervaren, zijn: het ontbreken van structurele financiering, problemen bij de uitwisseling van gegevens tussen professionals, en problemen bij het verbinden van het medisch en sociaal domein. Vanuit het Programma Langer Thuis van het ministerie van VWS lopen verschillende activiteiten om de netwerken hierbij te ondersteunen.

1. Inleiding

Behoeftte aan zicht op netwerken integrale ouderenzorg

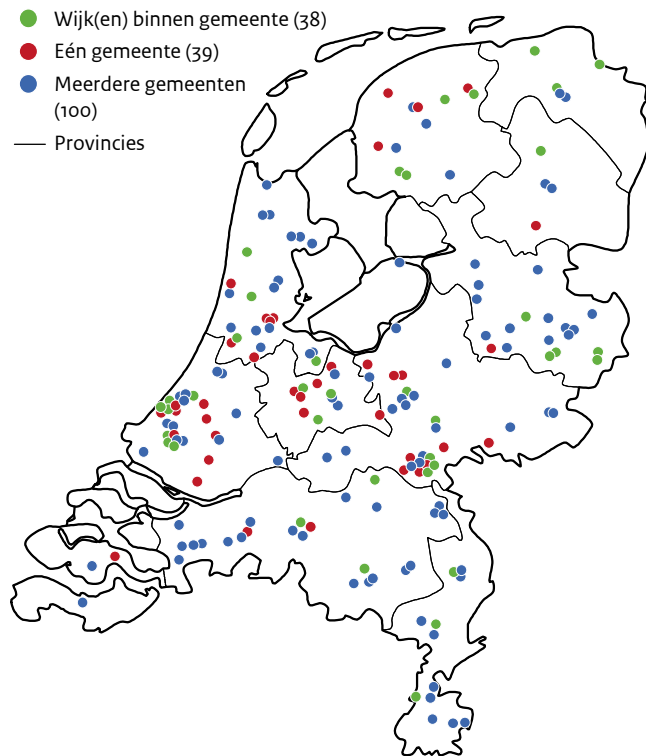
Op steeds meer plekken in Nederland ontstaan zogeheten netwerken integrale ouderenzorg. Dit zijn samenwerkingsverbanden van verschillende professionals (bijvoorbeeld huisartsen, wijkverpleegkundigen, casemanagers) en/of organisaties (bijvoorbeeld huisartsenpraktijken, VVT-organisaties, ziekenhuizen, gemeenten) die met elkaar werken aan een samenhangend aanbod van zorg en ondersteuning (inclusief welzijnsactiviteiten) voor thuiswonende ouderen. Vanuit het Programma Langer Thuis wil het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

(VWS) graag weten waar deze netwerken in Nederland zitten, wat hun kenmerken zijn, welke doelen ze hebben, hoe ze die bereiken, en welke knelpunten zij ervaren. Dit om netwerken de mogelijkheid te geven om van elkaar te leren, of hen te ondersteunen als samenwerking nog niet goed tot stand komt. VWS heeft het RIVM gevraagd om onderzoek onder de netwerken uit te zetten (Tekstbox 4). De resultaten hiervan staan in deze factsheet.

2. Resultaten

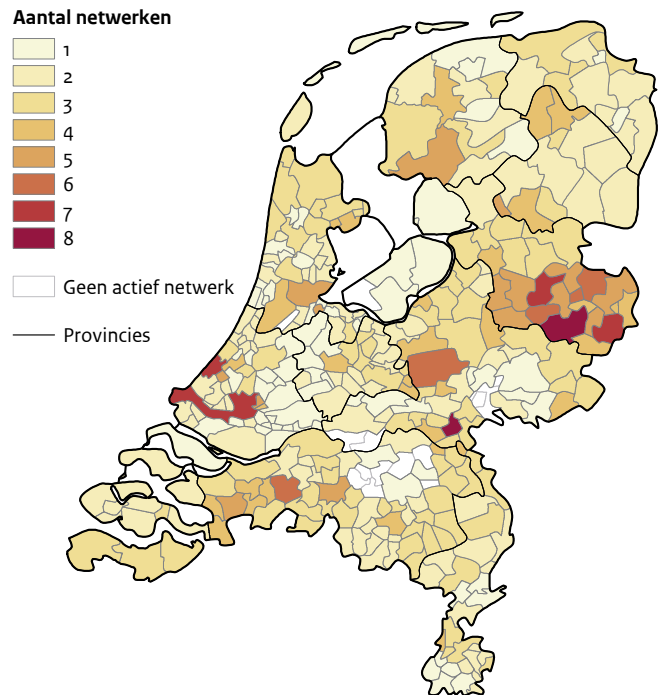
Netwerken wijdverspreid over heel Nederland, reikwijdte verschilt

Voor de inventarisatie zijn 191 netwerken integrale ouderenzorg in kaart gebracht, verspreid over Nederland. Centraal in deze factsheet staan de 182 netwerken die zich primair richten op het leveren van een samenhangend aanbod van zorg en ondersteuning. Figuur 1A en B laten zien dat deze netwerken verspreid over heel Nederland liggen, en dat het aantal netwerken per gemeente uiteenloopt. Negen van de 191 netwerken zijn kennis- of leernetwerken. Zij zijn in deze factsheet buiten beschouwing omdat ze zich primair richten op kennis ontwikkelen of uitwisselen.



Figuur 1A: Spreiding netwerken integrale ouderenzorg.

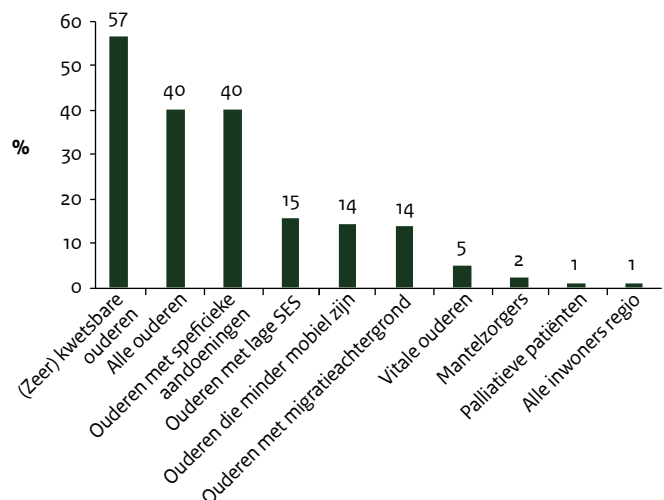
De reikwijdte van de 182 netwerken loopt uiteen. Een deel beslaat een gemeente (21%) of een of meerdere wijken binnen een gemeente (21%). Meer dan de helft (55%) omvat meerdere gemeenten. In sommige gevallen gaat het dan om volledige regio's (bijvoorbeeld 't Gooi, Kop van Noord-Holland, Gelderse Vallei) of om een aantal grote steden. In andere gevallen gaat het slechts om een aantal dorpen.



Figuur 1B: Aantal netwerken integrale ouderenzorg per gemeente.

Doelgroepen zijn vaak kwetsbare ouderen en ouderen met specifieke aandoeningen

Ruim de helft van de netwerken (53%) richt zich alleen op ouderen. De overige netwerken zijn er voor diverse doelgroepen, waaronder ouderen. Ruim twee derde (68%) van alle netwerken richt zich alleen op thuiswonende ouderen, de andere ook op ouderen die in zorginstellingen wonen. Hoewel diverse netwerken (40%) er voor alle ouderen zijn, focussen verschillende netwerken zich op specifieke groepen. Kwetsbare ouderen (57%) en ouderen met specifieke aandoeningen, waaronder dementie, ziekte van Parkinson en diabetes (40%) worden daarbij het vaakst genoemd (Figuur 2).



Figuur 2: Doelgroepen van de netwerken.

Tekstbox 1: Portret Huub Schuwer (Verpleegkundige in de wijk / Casemanager dorp Berg en Dal)

Huub Schuwer is verpleegkundige / casemanager kwetsbare ouderen en is aangesloten bij het netwerk Gezondheid en Welzijn voor ouderen in het dorp Berg en Dal. Sinds acht jaar vormt hij samen met andere professionals, te weten een huisarts en een programma-leider eerstelijnszorg, een kernteam. Verder maken professionals uit het sociaal domein, een psycholoog, een specialist ouderengeneeskunde, een huisartsenpraktijk, een ergotherapeut, een fysiotherapeut, een woningbouwvereniging en drie thuiszorgorganisaties deel uit van het netwerk.

Huub is erg blij met deze samenwerking. *“Wat ik een heel sterk punt vind in deze wijk is dat we elkaar allemaal kennen. We weten van elkaar de zwakke en sterke punten, je weet wat je aan elkaar hebt. Iedereen is bereikbaar en bij verandering van een situatie bij een cliënt, bij problemen kan er direct iets geregeld worden.”* Daardoor worden ouderen volgens Huub vaak sneller geholpen.

Huub benadrukt dat het voor ouderen belangrijk is dat de continuïteit van zorgprofessionals geborgd is. *“Het netwerk streeft hiernaar, maar soms heb je daar geen directe invloed op. Wanneer medewerkers vertrekken en nieuwe medewerkers in de wijk komen werkt het van het netwerk de nieuwe medewerker direct te betrekken en deel te laten nemen in het netwerk.”*

Huub en zijn collega's denken dat ouderen over het algemeen tevreden zijn over de multidisciplinaire zorg die zij van het netwerk ontvangen, mede doordat Huub een centraal aanspreekpunt is. Daarnaast zegt Huub: *“We hebben bij de cliënten helder wat de cliënt belangrijk vindt, wat de cliënt wil bereiken, wat is uw doelstelling? Dat hebben we nu helderder dan vijf jaar geleden, toen neigden we ernaar wel te weten wat goed is voor de cliënt.”*

Voor Huub persoonlijk heeft de nauwe samenwerking binnen het netwerk voor meer werkplezier gezorgd. Hij zegt: *“We werken ontspannen met elkaar, het is vertrouwd. We hebben vrij snel resultaten en dus tevreden cliënten. Dat inspireert.”*

De leeftijdsgroep waarop de netwerken zich richten, loopt eveneens uiteen. Bijna een derde (32%) van de netwerken is er voor 75-plussers. Andere leeftijdsgroepen, zoals 55-plussers (11%) en 65-plussers (23%) worden minder vaak genoemd. Daarnaast zijn er netwerken die geen leeftijds- maar wel een kwetsbaarheids criterium hanteren (21%) of er voor alle leeftijden zijn (12%).

Omvang bereik lastig aan te geven

Voor de netwerken is het lastig om aan te geven hoeveel ouderen zij met hun netwerk bereiken. Ruim de helft van de netwerken (57%) weet dit niet. De overige 43% geeft heel uiteenlopende antwoorden, variërend van enkele tientallen tot honderden of zelfs duizenden ouderen. Hierbij definiëren zij de omvang van het bereik verschillend. Voor de een is dit het aantal ouderen dat zorg en ondersteuning krijgt, en voor de ander het aantal ouderen dat zij potentieel kunnen bedienen. Bovendien geven sommige netwerken een precies aantal, terwijl andere alleen een ruwe schatting geven. Zij baseren zich hierbij op verschillende bronnen,

waaronder het huisartseninformatiesysteem (HIS), het aantal cliënten van bijvoorbeeld casemanagers of praktijkondersteuners van de huisarts, het aantal mensen dat deelneemt aan een bepaalde interventie, of een schatting op basis van demografische gegevens uit de eigen gemeente. Vanwege deze verschillen kan het RIVM nu geen betrouwbaar cijfer geven van het aantal ouderen dat de netwerken in Nederland met elkaar bereiken. Om er toch een idee van te geven staat in Tabel 1 een overzicht van de netwerken die hun bereik wat preciezer hebben kunnen schatten.

Samenwerking zowel op bestuurlijk als op uitvoerend niveau, met diverse partijen

Het merendeel van de netwerken (70%) werkt zowel op bestuurlijk als uitvoerend niveau met elkaar samen. Bijna een kwart (24%) werkt alleen op uitvoerend niveau samen, en een beperkt aantal (3%) alleen op bestuurlijk niveau. Een keur aan organisaties en professionals is bij de verschillende netwerken aangesloten (Figuur 3A en 3B).

Tabel 1: Bereik netwerken integrale ouderenzorg.

Reikwijdte netwerk	Gemiddeld aantal ouderen per netwerk	Range aantal ouderen
Wijk(en) binnen gemeente (n=14)	588	100-1350
Een gemeente (n=8)	948	80-5775
Meerdere gemeenten (n=23)	7058	105-35.000

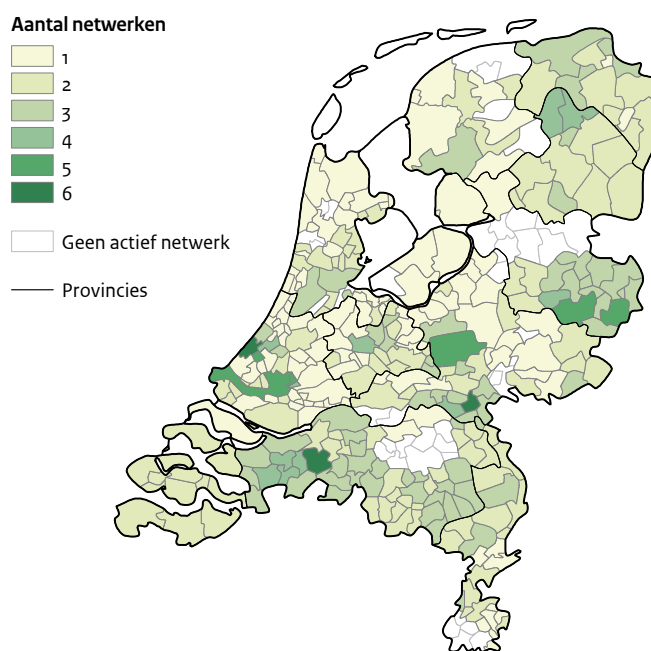
Nb. Deze cijfers moeten heel voorzichtig worden geïnterpreteerd en gebruikt. Dat komt door de sterke variatie in de wijze waarop de schattingen tot stand zijn gekomen en de kwaliteit ervan.

Vooral partijen uit het medisch en sociaal domein zijn vaak vertegenwoordigd, zowel op bestuurlijk als op uitvoerend niveau. Financiers en organisaties en professionals vanuit preventie zijn minder vaak vertegenwoordigd. Een beperkt aantal netwerken geeft aan ook partners uit andere sectoren te betrekken, waaronder woningbouwcorporaties, politie, wetenschappers en wijkraden.

In ruim drie kwart (77%) van de netwerken die op bestuurlijk niveau samenwerken, zijn huisartsen en/of zorggroepen en een of meerdere organisaties uit het sociaal domein vertegenwoordigd. Als ook instellingen voor verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT) worden meegenomen, zien we dat bijna twee derde (65%) van de netwerken op bestuurlijk niveau in deze samenstelling samenwerkt. Als ook ziekenhuizen en financiers (gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren) worden meegenomen, geldt dat ruim een derde (37%) van de netwerken in deze samenstelling samenwerkt.

In meer dan driekwart van de netwerken (76%) die op uitvoerend niveau samenwerken, zijn huisartsen en/of praktijkondersteuners van de huisarts, wijkverpleegkundigen en een of meerdere professionals uit het sociaal domein vertegenwoordigd.

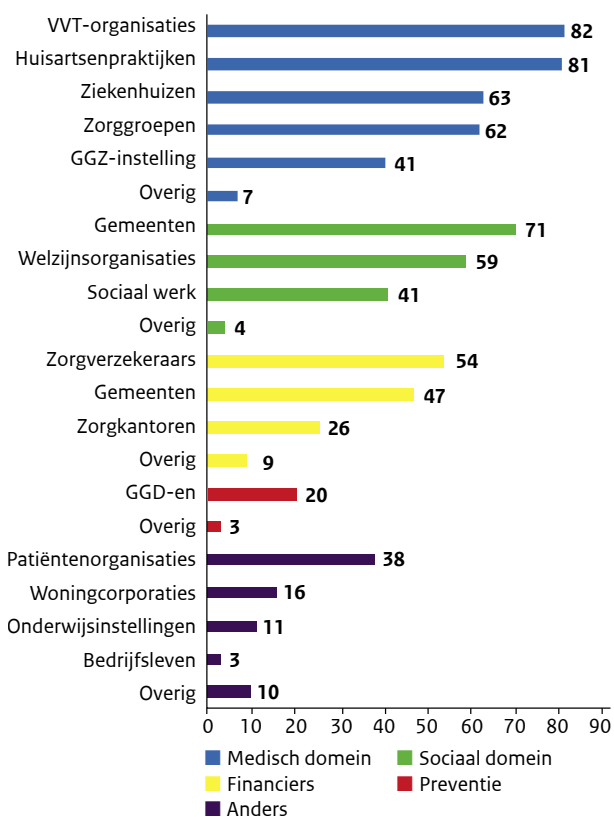
Figuur 3C laat de spreiding over Nederland zien van de netwerken waarin in ieder geval partijen of professionals uit de huisartsenpraktijk/zorggroep, thuiszorg en het sociaal domein vertegenwoordigd zijn op bestuurlijk en/of uitvoerend niveau.



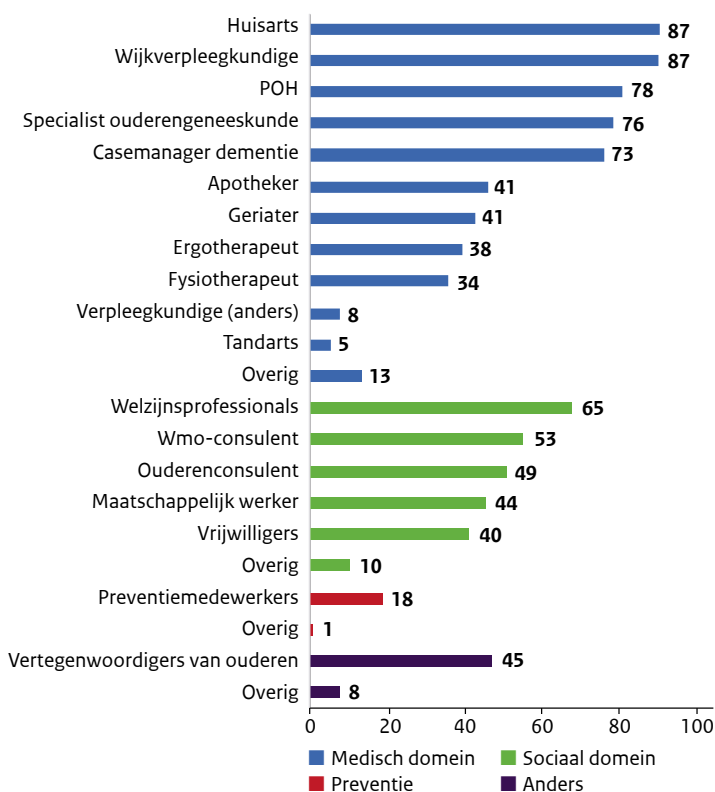
Figuur 3C: Aantal netwerken integrale ouderenzorg waarin in ieder geval partijen of professionals uit de huisartsenpraktijk/zorggroep, thuiszorg en het sociaal domein vertegenwoordigd zijn op het bestuurlijk en/of uitvoerend niveau.

Betrokkenheid ouderen en mantelzorgers verschilt

Meer dan de helft (62%) van de netwerken geeft aan dat zij ouderen betrekken. De wijze waarop dit gebeurt, loopt sterk uiteen. Ruim een kwart van de netwerken betreft



Figuur 3A: Betrokken netwerkpartijen op bestuurlijk niveau.



Figuur 3B: Betrokken netwerkpartijen op uitvoerend niveau.

ouderen bijvoorbeeld via adviesraden, zoals een cliëntenraad, seniorenraad of Wmo-raad (28%). In andere netwerken gebeurt dat via belangenorganisaties voor ouderen en ouderenbonden (23%), project- of werkgroepen van het netwerk (18%) of patiëntenverenigingen (16%). Andere manieren zijn onder andere via Zorgbelang, burgerinitiatieven, denktanks of via onderzoek (als respondent).

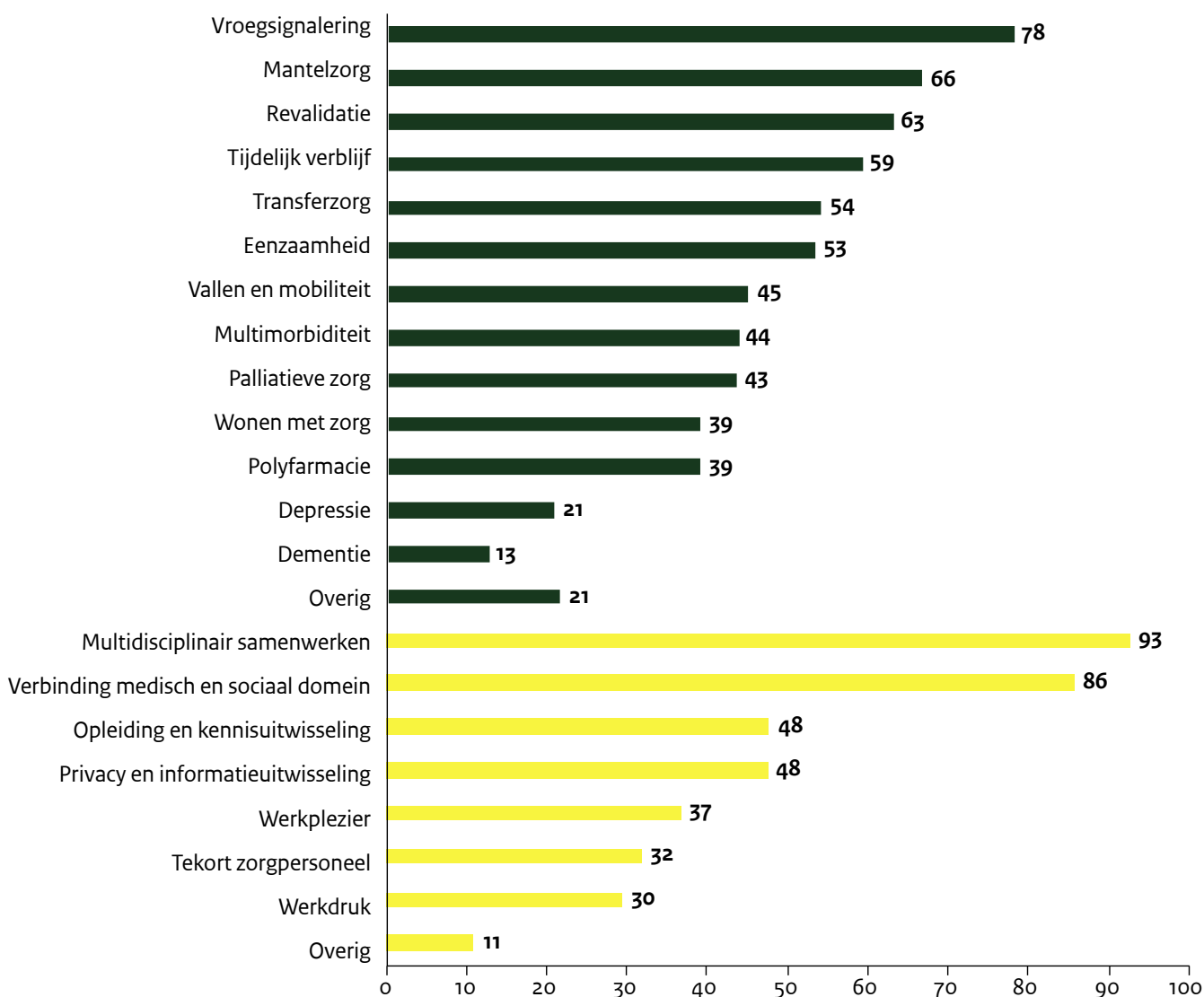
Bijna de helft (48%) van de netwerken betreft mantelzorgers. Net als bij ouderen verschilt de wijze waarop sterk. Meest genoemde vormen zijn betrokkenheid via een mantelzorgsteunpunt of (expertise-)centrum voor mantelzorg (26%), project- of werkgroepen van het netwerk (15%), adviesraad (10%) of patiëntenplatform (10%).

Netwerken streven diverse doelen na

De netwerken streven verschillende doelen na door met elkaar samen te werken. Meest genoemde doelen zijn stimuleren dat verschillende professionals samenwerken en met elkaar afstemmen (32%) en continuïteit van zorg garanderen (23%). Andere doelen die regelmatig worden genoemd, zijn: verschillende domeinen verbinden (medisch, sociaal, wonen, sport) (22%), ouderen ondersteunen om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen (22%), en de kwaliteit van zorg en ondersteuning verbeteren voor ouderen en mantelzorgers (21%). De portretten in Tekstbox 1 tot 3 geven een indruk van de mate waarin de netwerken hun doelen weten te realiseren.

Netwerken bieden een scala aan activiteiten en interventies

Vrijwel alle netwerken werken aan verschillende thema's. Het gaat hierbij zowel om thema's gericht op ouderen als op professionals (Figuur 4).



Figuur 4: Thema's van de netwerken gericht op ouderen (groen) en professionals (geel).

Tabel 2: Overzicht interventies gericht op ouderen en professionals.

Interventie/ activiteit	% van totaal aantal netwerken (n=182)
Voor ouderen	
1. Betere informatievoorziening over en toegang tot zorg en ondersteuning (bijv. via loket, website, informatiepunt, app)	18
2. Inzet casemanagement (dementie)	13
3. Mantelzorgondersteuning	10
4. Individueel zorgplan/ advanced care planning	9
5. Valpreventie	7
Voor professionals	
1. Nascholing en intervisie	30
2. Samenwerking in multidisciplinair kernteam of multidisciplinair overleg	28
3. Afspraken over samenwerking en afstemming tussen medisch en sociaal domein	22
4. Kwaliteitsverbeteringstrajecten	20
5. Gedeeld informatiesysteem voor professionals en organisaties en eventueel cliënten	17

De netwerken bieden een scala aan interventies en activiteiten aan om hun doelen en thema's vorm te geven. Er worden circa 30 verschillende activiteiten en interventies genoemd. Tabel 2 geeft de top 5 van activiteiten en interventies voor ouderen en professionals weer. Ook interventies als afspraken over transferzorg (16%), afspraken over tijdelijk verblijf (15%) en consultatiefunctie van experts (bijvoorbeeld specialist ouderengeneeskunde) in de eerste lijn (15%) worden frequent genoemd. Wat opvalt is dat er vaker activiteiten en interventies voor professionals worden genoemd dan voor ouderen. Belangrijk om hierbij te vermelden is dat netwerken geen uitputtend overzicht gaven van al hun activiteiten en interventies, maar een selectie noemden van wat er binnen hun netwerk gaande was.

Merendeel netwerken gericht op kwetsbare ouderen kent handreiking kwetsbare ouderen

Het merendeel (80%) van de 103 netwerken die zich onder andere richten op (zeer) kwetsbare ouderen kent het document 'Kwetsbare ouderen thuis, handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk'. Deze handreiking¹, ontwikkeld door dertien landelijke organisaties uit het medisch en sociaal domein, bestaat uit zes stappen die van belang zijn voor het leveren van een samenhangend aanbod van zorg en ondersteuning aan thuiswonende kwetsbare ouderen. Bijna alle netwerken die de handreiking kennen, passen een of meerdere elementen toe (98%). Met uitzondering van het element 'Multidomeinanalyse', worden alle elementen door minimaal twee derde van de netwerken toegepast (Tabel 3).

¹ <https://www.beteroud.nl/lokaal-samenwerken/handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis>

Tabel 3: Toepassing elementen handreiking kwetsbare ouderen.

Element handreiking	% van netwerken dat zich richt op (zeer) kwetsbare ouderen, handreiking kent en elementen ervan toepast (n=80)
Vroegsignalering	80
Multidomeinanalyse (MDA)	34
Kernteam dat bestaat uit huisarts, POH, wijkverpleegkundige, vertegenwoordiger uit het wijkteam	80
Multidisciplinair overleg (MDO)	91
Individueel zorg/leefplan	68
Casemanagement en zorgcoördinatie	88

Het niveau waarop netwerken met elkaar samenwerken lijkt weinig invloed te hebben op de mate waarin zij elementen van de handreiking toepassen. Een uitzondering is het element 'vroegsignalering'. Netwerken die alleen op uitvoerend niveau met elkaar samenwerken, passen dit element minder vaak (63%) toe dan netwerken die alleen op bestuurlijk niveau (100%, n=1) of op beide niveaus met elkaar samenwerken (88%).

Veelgenoemde knelpunten betreffen financiering, gegevensuitwisseling tussen professionals en verbinding tussen het medisch en sociaal domein

Meer dan de helft (58%) van de netwerken ervaart knelpunten binnen het netwerk. Vaak genoemde knelpunten zijn het ontbreken van structurele financiering, problemen bij de uitwisseling van gegevens tussen professionals, en problemen bij het verbinden van het

medisch en sociaal domein. Netwerken die alleen op uitvoerend niveau met elkaar samenwerken, ervaren minder vaak knelpunten (45%) dan netwerken die alleen op bestuurlijk niveau (80%) of op beide niveaus (64%) met elkaar samenwerken.

Verder zien we dat netwerken die een wijk(en), een gemeente of meerdere gemeenten omvatten, verschillen in de knelpunten die zij ervaren (Tabel 4). De verbinding tussen medisch en sociaal domein lijkt bijvoorbeeld vooral een knelpunt te vormen voor netwerken die meerdere gemeenten beslaan (54%) en minder voor netwerken die zich op een gemeente (22%) of een wijk(en) richten (25%). Niet opgenomen in Tabel 4 zijn knelpunten die door minder dan 5% van de netwerken zijn genoemd, waaronder werkdruk of personeelwisselingen.

Tabel 4: Ervaren knelpunten binnen verschillende typen netwerken.

Knelpunten	% van alle netwerken met knelpunten	Wijk(en) binnen een gemeente	Een gemeente	Meerdere gemeenten
Geen structurele financiering beschikbaar	62	70	74	56
Gegevensuitwisseling tussen professionals is lastig	46	35	39	52
Onvoldoende verbinding tussen medisch en sociaal domein	42	25	22	54
Onvoldoende of geen beschikbaarheid specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn	16	0	13	22
Gegevensuitwisseling met ouderen is niet mogelijk	12	10	0	17
Marktwerking/ concurrentie	11	0	9	16
Geen regionale ondersteuning bij het organiseren van de samenwerking	10	20	0	11
Schotten in de wetten/ financiering	7	0	4	10
Versnippering aanbod zorg en ondersteuning	6	0	4	8

3. Conclusies

Netwerken integrale ouderenzorg verspreid over heel Nederland

Uit deze inventarisatie blijkt dat netwerken integrale ouderenzorg verspreid zijn over heel Nederland. Partijen uit het medisch en sociaal domein zijn hierin het vaakst vertegenwoordigd, zowel op bestuurlijk als uitvoerend niveau. De verbinding tussen beide domeinen wordt dus op veel plaatsen in Nederland gelegd. Hierdoor komt een meer samenhangend aanbod van zorg en ondersteuning

voor ouderen beschikbaar. Bepaalde partijen zijn nog in mindere mate aangesloten, waaronder apothekers, paramedici, tandartsen, vrijwilligers, ouderen(-vertegenwoordigers), mantelzorgers, financiers en partijen uit de domeinen preventie en wonen. De kwaliteit, het bereik en de borging van de geboden zorg en ondersteuning van de netwerken zou wellicht verder kunnen worden vergroot door meer van deze partijen te betrekken.

Tekstbox 2: **Portret Mevrouw Janssen**

Mevrouw Janssen is 88 jaar en heeft diabetes. Onlangs is zij aan haar oog geopereerd vanwege bloedingen achter het oog. Mevrouw krijgt zorg en ondersteuning van verschillende zorg- en hulpverleners die zijn aangesloten bij het netwerk Gezondheid en Welzijn voor ouderen in Berg en Dal. Daarnaast ondersteunen haar twee dochters en schoonzoon haar door boodschappen te doen en nemen ze haar geregeld mee op pad.

Over het algemeen is mevrouw Janssen zeer tevreden over de zorg en ondersteuning die zij vanuit het netwerk ontvangt. Twee keer per dag komt de thuiszorg langs om haar te douchen of te wassen en haar ogen te druppelen. Mevrouw vertelt dat het niet altijd duidelijk is hoe laat de thuiszorg komt en dat ze wel zo verschillende thuiszorgmedewerkers heeft gehad, maar dat het haar niets uit maakt. *“Met de een heb ik meer contact dan met de ander. Alleen ze verzorgen je allemaal hartstikke goed”*. Bovendien is het zorgpersoneel altijd goed op de hoogte van wat er speelt en heeft ze niet het gevoel dat ze haar wensen steeds opnieuw duidelijk hoeft te maken. Ook met de huisarts heeft mevrouw heel goed

contact. Ze vertelt: *“Als ik binnenkom, dan weet hij bijna wat ik heb. Ik hoef het helemaal niet te zeggen. Nee ik vind... ik vertrouw die man tot en met.”*

Mevrouw Janssen is zich ervan bewust dat verschillende zorg- en hulpverleners samenwerken om passende zorg en ondersteuning te bieden. Volgens haar is er onderling goed contact. De welzijnsverwerker die verbonden is aan het netwerk Gezondheid en Welzijn in Berg en Dal, is de centrale contactpersoon van mevrouw. Als er vragen zijn of er is wat aan de hand, dan kan mevrouw Janssen contact opnemen met haar. Mevrouw vertelt: *“Ze [de contactpersoon] heeft dus contact met de thuiszorg en ze heeft contact met de dokter en ze heeft contact met de Huiskamer [red. voorziening waar ouderen elkaar kunnen ontmoeten, samen kunnen eten en kunnen deelnemen aan activiteiten].”* Mevrouw Janssen vindt het prettig *“dat je weet waar je zijn moet. In het begin dan weet je niks, dan weet je niet wie je moet bellen en wie je moet aanspreken en ja...[...] haar kun je altijd aanspreken. [...] Wat kan je nog meer wensen als je tachtig bent?”*

Ook enkele uitdagingen

Door de samenwerking tussen de verschillende organisaties en professionals binnen de netwerken is een groot en divers aanbod aan interventies en activiteiten ontstaan, zowel voor ouderen als professionals. Tegelijkertijd ervaren netwerken knelpunten in de samenwerking. Evenals andere onderzoeken² laat ook deze inventarisatie zien dat netwerken onder andere problemen ervaren rondom financiering, gegevensuitwisseling tussen professionals en het verbinden van het medisch domein met andere domeinen (welzijn, wonen).

Vanuit het Programma Langer Thuis van het ministerie van VWS lopen verschillende activiteiten om de netwerken integrale ouderenzorg bij dit soort uitdagingen te ondersteunen. Zo verstrekt VWS financiële ondersteuning aan netwerken om samenwerkingsverbanden op te zetten of te versterken. Dat gebeurt via de ZonMw-programma's Langdurige Zorg en Ondersteuning (LZO) en Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP). Daarnaast ondersteunt ROS Raedelijk regionale netwerken integrale ouderenzorg met informatie en advies tijdens leerbijeenkomsten en vanuit het netwerk-bureau Langer Thuis (<https://regionalezorgnetwerken.nl/>).

Netwerken volgen

Het RIVM gaat dit onderzoek in 2021 herhalen om de (door-)ontwikkeling van netwerken integrale ouderenzorg in Nederland te volgen. Het RIVM ontwikkelt verder een online kaart van Nederland waarin de verschillende netwerken integrale ouderenzorg worden weergegeven. Zo kunnen professionals die betrokken zijn bij de netwerken elkaar gemakkelijker vinden en eventueel ervaringen met elkaar uitwisselen. Ook zal het RIVM in 2020 en 2021 zowel ouderen als professionals interviewen om te kijken hoe zij de integrale ouderenzorg ervaren.

² Van Linschoten CP, Te Velde B (2016). Inventarisatie en analyse van multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen. ARGO: Groningen; Buist Y, De Bruin SR, Rijken M, Lemmens L, Van Vooren N, Baan CA (2018). Vroegsignalering bij (kwetsbare) ouderen: wat is nodig om samenwerking te verbeteren? RIVM: Bilthoven.

Tekstbox 3: **Portret Marieke (Huisarts)**

Marieke is huisarts en actief binnen de Kcoetz Wijkgerichte Zorg voor kwetsbare ouderen in Zuid-Kennemerland. Doelen van het netwerk zijn het medisch en sociaal domein verbinden en kwetsbare ouderen een vangnet bieden. Er zijn daarom verschillende partijen bij het netwerk aangesloten, waaronder huisartsenpraktijken, ziekenhuis, GGZ-instellingen, de GGD en verschillende partijen uit het sociaal domein. Nieuw is de rol van de verpleegkundige ouderenzorg. Deze verpleegkundigen leveren casemanagement aan kwetsbare ouderen, inclusief ouderen met dementie. Zij zijn het aanspreekpunt voor huisartsen, paramedici, ouderen en hun familie.

Volgens Marieke zijn de lijntjes tussen partijen in het netwerk, zoals mantelzorgondersteuning, de verschillende afdelingen van een ziekenhuis en thuiszorg, kort: *“Er zijn zoveel spelers. Ik denk als je elkaar kent en weet te vinden en weet wat je aan elkaar hebt, dat maakt de samenwerking veel prettiger. Dat is de grote meerwaarde van zo'n groot netwerk waar ook gemeenten en sociale wijkteams en zo in zitten. Dat je wat meer weet wat er achter de andere deuren gebeurt.”* Daarnaast is door de samenwerking tussen de verschillende thuiszorgorganisaties een betere afstemming

mogelijk. Wachtlijsten voor de inzet van een verpleegkundige ouderenzorg zijn er hierdoor bijvoorbeeld niet. Voor Marieke zorgt de samenwerking voor meer werkplezier. Zij kent de andere zorg- en hulpverleners in het netwerk goed, en verwijst haar cliënten daardoor sneller dan voorheen en met een gerust gevoel door: *“De tijd dat je als huisarts tijdens het spreekuur acht verpleeghuizen moest gaan bellen omdat je met een crisis zat vreet energie, en dat is echt niet leuk. Ondertussen weet je dat mensen thuis zitten met de handen in het haar. Maar je hebt ook acht mensen in de wachtkamer zitten en dat geeft gewoon heel veel stress. Die situatie hebben we niet meer. Dat is ook wel wat we het meeste horen van mensen: als we maar niet [naar die tijd, red.] teruggaan en als dat maar nooit meer gebeurt. Dat ervaren alle huisartsen als heel stressvol.”*

Volgens Marieke is een goed communicatieplan het grootste leerpunt. Daarin moet duidelijk staan beschreven uit welke activiteiten en welke partijen het netwerk bestaat. Hiermee worden miscommunicatie en onduidelijkheden tussen aangesloten netwerkpartners voorkomen. Daarnaast zijn externe partijen hierdoor op de hoogte van de mogelijkheden van het netwerk en kunnen zij deze benutten.

Tekstbox 4: **Methode van onderzoek**

Inventarisatie netwerken integrale ouderenzorg

In het najaar van 2019 doorzochten wij grijze literatuur en relevante websites op (potentiële) netwerken integrale ouderenzorg. Verder vroegen wij verschillende sleutelfiguren in ons netwerk naar bij hen bekende netwerken. Dit betrof onder andere de lokale netwerken ouderenzorg en netwerken Juiste Zorg op de Juiste Plek die recentelijk een ZonMw-subsidie ontvangen hebben.

Online vragenlijst

Begin 2020 nodigden wij de contactpersonen van 368 (potentiële) netwerken uit om een online vragenlijst in te vullen. Verschillende samenwerkingspartners binnen dit project namen daarnaast een link naar de vragenlijst op in hun nieuwsbrief of plaatsten een link naar de vragenlijst op hun website. Doel van de vragenlijst was om zicht te krijgen op de kenmerken van de netwerken integrale ouderenzorg. Kenmerken waarnaar onder andere is gevraagd, zijn: beoogde doelgroep(en), betrokken organisaties en professionals, doelen die het netwerk nastreeft, thema's waaraan wordt gewerkt, interventies en activiteiten, en ervaren knelpunten.

Het precieze non-respons percentage is lastig te bepalen. Slechts een beperkt aantal contactpersonen dat de vragenlijst niet invulde, gaf door middel van een reactie op de uitnodigingsmail aan wat de reden hiervoor was: het netwerk bestond niet meer of richtte zich niet op (thuiswonende) ouderen. Daarnaast bestaat het vermoeden dat een aantal netwerken is samengegaan met een ander netwerk of onder een andere dan bij ons bekende naam werkt. Voor een aantal netwerken werden meerdere vragenlijsten ingevuld. Ook werd een aantal vragenlijsten ingevuld door respondenten die geen onderdeel uitmaakten van een netwerk integrale ouderenzorg, zoals wij dat definieerden voor dit onderzoek. Deze data werd respectievelijk samengevoegd of buiten beschouwing gelaten. Uiteindelijk konden we voor dit onderzoek gebruikmaken van de antwoorden van respondenten van 191 netwerken. Centraal in deze factsheet staan de 182 netwerken die zich primair richten op het leveren van een samenhangend aanbod van zorg en ondersteuning. De respons op de verschillende vragen liep uiteen. Daarom telt het aantal of percentage respondenten per vraag niet overal op tot respectievelijk 182 of 100%.

Met dank aan:

Denise Seelen (Raedelijk), David van Kerkhof (Raedelijk), Renske Neumann (InEen), Frederik Vogelzang (InEen), Vicky de Boer (ZonMw), Henriette Giesbers (RIVM) en alle respondenten.

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

mei 2020

Contact:

Simone de Bruin, RIVM, Centrum voor Voeding,
Preventie en Zorg, simone.de.bruin@rivm.nl.

Auteurs:

Simone de Bruin, Lidwien Lemmens, Maarten Beijer,
Marthe Scheepens.

De zorg voor morgen begint vandaag