



SAMENWERKEN IN ZORGNETWERKEN_

Een kwalitatieve studie naar kenmerken en interacties in zorgnetwerken van thuiswonende ouderen met een laag inkomen en/of een lagere opleiding

Harmke Hulshof

Wendy Kemper-Koebrugge

Dorry Stuij

Miranda Laurant

28 januari 2021

INHOUDSOPGAVE

COLOFON.....	4
VOORWOORD.....	5
SAMENVATTING	6
ACHTERGROND	7
1 INLEIDING	7
2 DOELSTELLING	8
3 VRAAGSTELLING	8
4 BEGRIPPEN EN TERMEN IN DIT RAPPORT	8
ONDERZOEKSMETHODE.....	10
1 STUDIE DESIGN.....	10
2 WERVING DEELNEMERS EN SELECTIECRITERIA	10
3 DATAVERZAMELING	11
4 DATA-ANALYSE.....	12
RESULTATEN.....	13
1 KARAKTERISTIEKEN DEELNEMERS	13
2 KENMERKEN ZORGNETWERKEN LAGERE SES.....	14
3 INTERACTIE IN ZORGNETWERKEN	15
4 AFSTEMMEN.....	16
4.1 Beïnvloedende factoren.....	16
4.2 Sturing in het keuzeprocess	19
4.3 Grijze gebieden in de taakverdeling.....	20
4.4 Gelijkwaardigheid.....	21

5	NAVIGEREN	23
	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	25
1	AANBEVELINGEN VOOR PRAKTIJK	26
2	AANBEVELINGEN VOOR ONDERZOEKERS	27
	REFERENTIES.....	29

COLOFON

Uitgevoerd door:

HAN University of Applied Sciences, Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening

Gefinancierd door:

Zwaartepunt Health, HAN University of Applied Sciences

Auteurs

Harmke Hulshof

Wendy Kemper- Koebrugge

Dorry Stuij

Miranda Laurant

Contact

HAN University of Applied Sciences, Wendy Kemper via lectoraat.ozd@han.nl

Copyright

Alle rechten voorbehouden. Uit deze uitgave kan vrijelijk worden geciteerd, mits met bronvermelding.

Dit rapport als volgt citeren: Hulshof H, Kemper W, Stuij D, Laurant M (2020). Samenwerken in zorgnetwerken. Een kwalitatieve studie naar kenmerken en interacties in zorgnetwerken van thuiswonende ouderen met een laag inkomen en/of een lagere opleiding.

Nijmegen: HAN University of Applied Sciences.

Datum: 28 Januari 2021

VOORWOORD

Het zwaartepunt Health van de HAN University of Applied Sciences focust zich op het verkleinen van gezondheidsverschillen tussen mensen met een hoge en lage sociaaleconomische status (SES). Dit is belangrijk omdat mensen met een lagere SES gemiddeld 6 jaar korter leven dan mensen met een hogere SES en 15 jaar in een minder goed ervaren gezondheid leven. Op verschillende niveaus liggen aangrijpingspunten om gezondheidsverschillen te verkleinen, zoals op het gebied van:

- (1) Een individueel persoon, te denken aan leefstijlfactoren
- (2) De sociale en fysieke omgeving, bijvoorbeeld het netwerk,
- (3) De maatschappij, zoals bekostiging.

Dit onderzoek richt zich op de samenwerking in netwerken van ouderen met een lagere SES. In het afgelopen jaar zijn we door middel van gesprekken met ouderen, formele- en informele zorgverleners op zoek gegaan naar inzicht in kenmerken en interacties van deze netwerken en hebben we gekeken wat aangrijpingspunten zijn om het functioneren van deze netwerken te verbeteren. Een goed functionerend netwerk kan namelijk bijdragen aan een goede ervaren gezondheid en kwaliteit van leven.

Tijdens dit onderzoek hebben we verschillende ouderen, formele en informele zorgverleners gesproken. Dit waren interessante gesprekken waarin vanuit verschillende perspectieven gesproken werd over het samenwerken in netwerken. We willen de deelnemers aan de focusgroepen en interviews hartelijk bedanken voor hun openheid en bijdragen. In het bijzonder bedanken wij de drie welzijnsmedewerkers, die gedurende het gehele onderzoek betrokken zijn geweest.

Wij wensen u veel leesplezier.

Harmke Hulshof

Wendy Kemper-Koebrugge

Dorry Stuij

Miranda Laurant

SAMENVATTING

In Nederland wonen ouderen steeds langer zelfstandig thuis en dat doet een groter beroep op de ondersteuning vanuit hun zorgnetwerken. Deze netwerken functioneren niet altijd optimaal. Het functioneren van het netwerk kan beïnvloed worden door effectief gebruik te maken van drie netwerkmechanismen: afstemmen, navigeren en sociale besmetting. Weinig is bekend over interacties binnen deze netwerkmechanismen die het functioneren van een netwerk van thuiswonende ouderen met een lagere sociaaleconomische status (SES) beïnvloeden. Aandacht voor deze doelgroep is essentieel, omdat ze doorgaans een minder goede ervaren gezondheid hebben en we weinig aandacht hebben voor de verschillen in zorgnetwerken met ouderen met een hogere SES. Het doel van deze studie is om te onderzoeken hoe interacties (in relatie tot de voornoemde netwerkmechanismen) een rol spelen in deze netwerken en wat aangrijpingspunten zijn om de interactie in deze netwerken te verbeteren. Een kwalitatieve studie werd uitgevoerd tussen juni 2019 en oktober 2020 in Nijmegen en Arnhem, waarin interviews en focusgroepen zijn gehouden. De data werden geanalyseerd door middel van een framework-analyse op netwerkmechanismen. De resultaten laten zien dat in deze netwerken de hulpvraag vaak niet helder is en dat de formele zorg beslissingen neemt in het netwerk en geneigd is om snel zaken uit handen te nemen van de oudere en informele zorgverleners. Verwachtingen en taakverdelingen zijn niet altijd duidelijk en ongelijkwaardigheid in relaties speelt een rol. We concluderen dat onze studie een aantal inzichten geeft over netwerken van ouderen met een lagere SES. Navigeren in deze netwerken, naar passende ondersteuning en activiteiten, vraagt meer afstemming tussen de oudere, het informele en formele netwerk. Aangrijpingspunten om dit afstemmingsproces te verbeteren liggen op het gebied van eenvoudige voorlichting en informatie, taakverheldering en het sturen op gelijkwaardigheid in relaties.

ACHTERGROND

1 INLEIDING

In Nederland nemen de vergrijzing en zorgvraag toe en daarmee de druk op het zorgsysteem. Met oog op de toenemende zorgvraag en de stijgende en hoge zorgkosten, wonen ouderen langer thuis. Dit betekent dat er een toenemend en groter beroep wordt gedaan op steun vanuit het netwerk van thuiswonende ouderen. Om die reden gaat steeds meer aandacht uit naar de samenwerking en afstemming tussen de netwerkleden. Het netwerk kan bestaan uit formele zorgverleners zoals huisarts, wijkverpleegkundigen etc. en informele zorgverleners zoals familie, vrienden en burens (Garssen, 2011; Hengelaar et al., 2018; Hilderink & Verschuuren, 2018). In dit rapport wordt het netwerk bestaande uit de oudere en eventueel zijn/haar partner, de formele en informele zorgverleners, aangeduid als het zorgnetwerk (Broese van Groenou, Jacobs, Zwart-Olde, & Deeg, 2016).

In de praktijk blijkt dat zorgnetwerken meestal niet optimaal functioneren en daarmee blijft mogelijke steun onbenut (Kemper-Koebrugge, W., Adriaansen, Laurant, & Wensing, 2019; Verver, Merten, Robben, & Wagner, 2018). In een goed functionerend netwerk vindt onderlinge interactie plaats tussen de oudere, formele en informele zorgverleners. Deze interactie leidt bijvoorbeeld tot afstemming over taakverdeling in het netwerk, samen beslissingen nemen en een netwerk dat in staat is om meer of andere hulp te zoeken (Cohen, 2004; Kemper-Koebrugge, Wendy, Koetsenruijter, Rogers, Laurant, & Wensing, 2016; Kennedy et al., 2015; Tsasis, Evans, & Owen, 2012; Vassilev, Rogers, Kennedy, & Koetsenruijter, 2014). De veronderstelling is dat de onderlinge interactie in een zorgnetwerk kan verbeteren als netwerkleden drie netwerkmechanismen effectief kunnen inzetten en hanteren, te noemen (1) afstemmen, (2) navigeren, en (3) sociale besmetting. Het netwerkmechanisme afstemmen draait om samen beslissen en onderlinge relaties. Navigeren heeft betrekking op het zoeken en verbinden naar meer of andere hulp. Sociale besmetting draait om het herkennen van patronen in een netwerk en de onderlinge versterking, verspreiding en onbewust overnemen van gedrag (Cohen, 2004; Kennedy et al., 2015; Tsasis et al., 2012; Vassilev et al., 2014).

Een eerdere studie heeft onderzocht welke interacties het functioneren van een zorgnetwerk kunnen beïnvloeden en wat aangrijpingspunten zijn om de interactie te verbeteren (Kemper-Koebrugge, W. et al., 2019). Ouderen die betrokken waren in deze studie waren echter gemiddeld hoger opgeleid. Daarmee is het onduidelijk welke interacties het functioneren van een zorgnetwerk van ouderen met een lagere opleiding en/of laag inkomen beïnvloeden. Deze groep wordt ook wel gedefinieerd als ouderen met een lagere sociaaleconomische status (SES).

De meest gebruikte indicatoren voor een lagere SES zijn een laag opleidingsniveau en een laag inkomen. Een grote groep is laaggeletterd en/of migrant. Meestal is SES lastig meetbaar en om die reden wordt er in onderzoek regelmatig gekeken naar contextuele factoren, zoals sociaalgeografische gegevens van bijvoorbeeld postcodegebieden (Grundy & Holt, 2001; Holt-Lunstad, Smith, & Layton, 2010; Kunst, 2010; Shavers, 2007). Aandacht voor de groep ouderen met een lagere SES is van belang, omdat er een

toenemende kloof wordt gezien tussen de gezondheid van ouderen met een hogere SES en lagere SES. Zo is de levensverwachting van mensen met een hogere SES gemiddeld 6 jaar langer en leven ze gemiddeld 15 jaar langer in goede gezondheid dan mensen met een lagere SES (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2019; Garssen, 2011; Mackenbach et al., 2008; Marmot, 2005). Eerder onderzoek laat daarnaast zien dat mensen met een lagere SES vaker een minder goed netwerk rapporteren en minder steun ervaren. (Aartsen, Veenstra, & Hansen, 2017; Koetsenruijter, J., 2017; Turner & Marino, 1994; Vonneilich et al., 2012; Weyers et al., 2008). Weinig is bekend over welke interacties in zorgnetwerken van ouderen met een lagere SES ervoor zorgen dat het netwerk minder goed functioneert. Het is belangrijk om dat te onderzoeken, omdat een goed functionerend netwerk kan bijdragen aan een betere ervaren gezondheid en kwaliteit van leven (Vonneilich et al., 2012; Weyers et al., 2008).

2 DOELSTELLING

Voorliggend onderzoek heeft tot doel om inzicht te krijgen in interacties die een rol spelen in zorgnetwerken van ouderen met een lagere SES om zo aangrijpingspunten te hebben om het functioneren van het netwerk te verbeteren.

3 VRAAGSTELLING

1. Wat zijn kenmerken van zorgnetwerken van thuiswonende ouderen met een lagere SES?
2. Welke interacties in relatie tot de netwerkmechanismen (afstemmen, navigeren en sociale besmetting) spelen een rol in zorgnetwerken van thuiswonende ouderen met een lagere SES?
3. Wat zijn aangrijpingspunten in relatie tot de netwerkmechanismen die de interactie in deze netwerken kunnen verbeteren?

4 BEGRIPPEN EN TERMEN IN DIT RAPPORT

Hieronder volgen een aantal begrippen, zoals deze zijn gehanteerd in dit rapport.

Netwerk. Een netwerk is een structuur van personen en organisaties die samen aan een doel werken, zoals ondersteuning van een kwetsbare oudere. Een netwerk kan bewust zijn georganiseerd, maar ook bestaan zonder dat sprake is van formele organisatie (Koetsenruijter, Jan et al., 2014).

Informeel netwerk/zorgverleners. Informeel netwerkliden bieden niet-betaalde en niet-beroepsmatige hulp, vaak ontstaan vanuit persoonlijke relatie. Te denken valt aan familieleden, burens, vrienden en vrijwilligers (Linders, Elisabeth Anna Henrica Maria, 2010).

Formele netwerk/zorgverleners. Formele zorgverleners bieden beroepsmatige en betaalde hulp, waarbij te denken valt aan thuiszorg, dagbesteding, ondersteuning welzijn, fysiotherapeut, huisarts, ergotherapeut.

Zorgnetwerk. Familie, buren, vrienden, vrijwilligers, de oudere en zorgverleners vormen samen een zorgnetwerk dat ouderen ondersteunt. (Broese van Groenou et al., 2016).

Netwerkmechanismen. Op verschillende manieren kan gekeken worden naar een netwerk. Een van de mogelijkheden is in kaart brengen wie er deel uitmaakt van een netwerk (constellatie).

Netwerkmechanismen helpen om naar interactie en relaties in een netwerk te kijken: Wat doen netwerkleiden en hoe gaan mensen met elkaar om? Kijken naar relaties en interactie in het netwerk geeft informatie over het functioneren van een netwerk en waar mogelijk aangrijpingspunten liggen om dit functioneren te verbeteren. In dit rapport worden drie netwerkmechanismen onderscheiden, met elk onderliggende acties die het functioneren van een netwerk positief kunnen beïnvloeden (Cohen, 2004; Kemper-Koebrugge, W. et al., 2019; Kennedy et al., 2015).

- 1) Afstemmen: relaties vormgeven, taken verdelen en samen beslissen/anticiperen (het eens worden over steun)
- 2) Navigeren: zoeken en verbinden naar meer of andere hulp/steun
- 3) Sociale besmetting: herkennen van patronen die het netwerk beïnvloeden. Zo kunnen gedragingen en ideeën zich bijvoorbeeld onbewust in een netwerk verspreiden en dit kan de mensen en organisaties in een netwerk zowel positief als negatief beïnvloeden.

Sociaaleconomische status (SES). De drie meest gebruikte indicatoren voor een SES zijn: opleidingsniveau, beroep en inkomen. Meestal wordt er ook gekeken naar contextuele factoren, zoals inkomstenbronnen en sociaalgeografische gegevens van postcodegebieden. Bij deze indicatoren wordt er doorgaans gekeken naar bijvoorbeeld het inkomen en opleidingsniveau van de omgeving (Grundy & Holt, 2001; Shavers, 2007). In sommige gevallen speelt laaggeletterdheid ook een rol bij mensen met een lage SES. Het is bekend dat mensen met een lagere SES een slechtere gezondheidsstatus hebben dan mensen met een hogere SES. Bovendien vormen ouderen met een lage SES een risicogroep als het gaat om een slechtere toegang tot gezondheidszorg en een verminderde sociale integratie (Heijmans, Zwikker, Heide, & Rademakers, 2016).

ONDERZOEKSMETHODE

1 STUDIE DESIGN

Voor deze kwalitatieve mixed-method studie naar kenmerken, interacties en aangrijpingspunten in zorgnetwerken van ouderen met een lagere SES is data verzameld door middel van:

1. Focusgroepen met experts
2. Individuele semigestructureerde interviews met 4 ouderen en vertegenwoordigers van informele en formele zorg in hun netwerk
3. Herhalende interviews met 3 welzijnsmedewerkers over zorgnetwerken van ouderen met een lagere SES waarin zij op dat moment werkzaam waren (Green & Thorogood, 2018; Read, 2018).

Het design van de studie is gebaseerd op de COREQ richtlijnen, welke de kwaliteit van het onderzoek waarborgen met betrekking tot de onderdelen onderzoeksteam, onderzoeksmethoden, resultaten, analyse en interpretatie (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007). Het onderzoekersteam had een achtergrond in educatie, gezondheidswetenschappen, maatschappelijk werk en organisatiewetenschap.

2 WERVING DEELNEMERS EN SELECTIECRITERIA

Voorafgaand aan de studie zijn bij het onderzoeksteam 2 welzijnsorganisaties uit het oosten van Nederland betrokken. Vanuit deze welzijnsorganisaties zijn 3 welzijnsmedewerkers gedurende het onderzoek betrokken geweest. Deze 3 welzijnsmedewerkers zijn meerdere malen geïnterviewd over hun werk in de netwerken van ouderen met een lagere SES.

Experts op het gebied van werken met ouderen met een lagere SES zijn per e-mail geworven voor deelname aan een focusgroep. Voorafgaand is een lijst gemaakt met potentiële deelnemers en deze is gaandeweg verder aangevuld op basis van namen die via-via werden aangedragen. Ouderen voor deelname aan de interviews werden geworven uit de caseload van de welzijnsmedewerkers, waarbij aan de hand van werving in een bepaalde wijk of postcodegebied een inschatting werd gemaakt of een oudere en zijn/haar informele netwerk behoren tot de doelgroep lagere SES. Het gaat om 4 casussen (twee per welzijnsorganisatie), waarbij elke casus bestaat uit een oudere, een formele en informele zorgverlener. De oudere werd persoonlijk benaderd door de welzijnsmedewerker.

De informatiebrieven en toestemmingsverklaringen zijn taalkundig vereenvoudigd en gecheckt en goedgekeurd door de Ethische Adviescommissie Onderzoek van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN). Via de oudere werd gevraagd naar een informele en formele zorgverlener in zijn/haar netwerk die zou willen deelnemen aan een interview. Ouderen die thuiswonend waren, met leeftijd van 60 jaar of ouder, minimaal 1 keer per maand een zorgvraag hebben, met lichte tot matige problematiek

werden geïnccludeerd in de studie. Mensen op wachtlijst voor acute opname verpleeghuis, mensen met gediagnostiseerde dementie en mensen die de Nederlandse taal niet spreken werden uitgesloten van deelname.

3 DATAVERZAMELING

Alle deelnemers aan de studie hebben een schriftelijke informed consent verklaring ondertekend, inclusief toestemming voor het maken van een geluidsopname.

Focusgroep

De focusgroep werd gestart met een vraag over welke kenmerken passend en typerend zijn voor ouderen met een lagere SES en hoeverre er onderscheid wordt gemaakt in aanpak in hun werk. Daarnaast is ingegaan op onderwerpen rondom omgaan met ouder worden in deze doelgroep en kenmerken van hun netwerk en verschil met netwerken van ouderen met een hogere SES. De moderator (WK), een ervaren onderzoeker, versterkte interactie en stelde verdiepende vragen. Observator (DS), die veel ervaring op gebied van samenwerken met ouderen heeft, heeft zo nodig aanvullende vragen gesteld. Observator (HH) heeft aantekeningen gemaakt over non-verbale communicaties en interacties tussen de deelnemers.

Individuele semigestructureerde interviews

De interviews richtten zich op welke kenmerken en interacties een rol spelen in zorgnetwerken van thuiswonende ouderen met een lagere SES, waarbij de perspectieven van de oudere, formele en informele zorgverleners werden meegenomen. De interviewvragen voor ouderen, informele en formele zorgverleners waren identiek, behalve dat de formulering van de vragen werd aangepast aan de perspectieven van de netwerkliden. Interviews werden afgenomen door HJH. Het eerste interview werd geëvalueerd met WK met focus op de kwaliteit en verdieping van de vragen en antwoorden. De interviews begonnen met een vraag welke mensen steunen of helpen. Dit werd ingevuld op een netwerkanalyse formulier, welke gedurende het interview werd aangevuld. Manieren van afstemmen, navigeren en sociale besmetting werden in kaart gebracht door open vragen en doorvragen op specifieke situaties en voorbeelden, zoals *'Stel u heeft andere hulp nodig dan u nu krijgt, hoe zoekt u dan?'* De interviews met de leden uit een netwerk werden zo dicht mogelijk op elkaar gepland, zodat de (zorg)situatie of het zorgnetwerk niet veel veranderd zou zijn, bij voorkeur met een maximaal tijdsinterval van twee weken.

Herhalende interviews met welzijnsmedewerkers

Om beter inzicht te krijgen in het functioneren van zorgnetwerken in de praktijk werden 3 welzijnsmedewerkers meerdere malen geïnterviewd over verschillende zorgnetwerken. In de interviews werd gesproken over praktijksituaties en ervaringen met het werken in deze netwerken met als doel om tot verbeteracties en inzichten te komen. Aan de start hebben de welzijnsmedewerkers een training gekregen over wat meedoen aan onderzoek betekent en wat het onderzoeksproces inhoudt. Een goed reflectievermogen was een belangrijk kenmerk voor de deelnemende welzijnsmedewerkers. In groepsbijeenkomsten werd ingegaan op de ervaringen door verdiepende vragen te stellen en werden ervaringen uit de individuele interviews geverifieerd.

4 DATA-ANALYSE

De focusgroepen en individuele semigestructureerde interviews werden letterlijk getranscribeerd en geanonimiseerd. De herhalende interviews met welzijnsmedewerkers werden opgeschreven door middel van een woordelijke transcriptie. De data-analyse omvatte de volgende stappen. Om te beginnen heeft HJH nauwkeurig de transcripten gelezen en herlezen om zich de data eigen te maken. Vervolgens werden alle transcripten van de focusgroepen, semigestructureerde interviews en herhalende interviews geïntegreerd geanalyseerd door middel van een framework analyse (Green & Thorogood, 2018). Daarbij werd gebruikt gemaakt van Atlas. TI Software (versie 8). Het framework bevatte de thema's: (1) Afstemmen, (2) Navigeren, (3) Sociale besmetting. Het framework werd gemaakt met als doel om de interacties in zorgnetwerken beter te begrijpen en inzicht te krijgen in wat aangrijpingspunten zijn om het functioneren van een zorgnetwerk te verbeteren (Kemper-Koebrugge, W. et al., 2019). Twee onderzoekers codeerden (HJH en WK) onafhankelijk van elkaar. Ze codeerden betekenisvolle onderdelen en zinsdelen door middel van het framework. Daarna werden aan de hand van een open codering hier sub-thema's en categorieën aan toegevoegd. Na twee transcripten hebben de twee onderzoekers hun coderingen vergeleken en bediscussieerd totdat ze tot overeenstemming kwamen. Ten tweede heeft HJH na het analyseren van alle transcripten de codes georganiseerd in een mind map. Gebaseerd op deze mind map, hebben HJH en WK de eerste conclusies getrokken. Tenslotte werden tijdens een aantal team meetings (HH, WK, DS) de sub-thema's en categorieën bediscussieerd totdat overeenstemming werd bereikt. De besluiten werden vastgelegd in notities ten aanzien van de transparantie en betrouwbaarheid van de studie.

RESULTATEN

1 KARAKTERISTIEKEN DEELNEMERS

Twee focusgroepen met experts (n=3 en n=8) hebben plaatsgevonden in juni 2019. Ruim 50 experts zijn benaderd via e-mail, waarvan 14 niet gereageerd hebben. De meest voorkomende redenen voor niet deelnemen waren tijdgebrek en vakantieperiode. In totaal zijn 13 personen benaderd voor deelname aan een individueel interview, waarvan 3 niet hebben deelgenomen door tijdgebrek en wisseling van baan. Van eind juli tot begin oktober 2019 zijn in totaal 11 interviews afgenomen, welke duurden tussen de 20 en 90 minuten. Alle interviews met ouderen en de informele zorg werden thuis afgenomen en de interviews met formele zorgverleners vonden plaats op kantoor. Bij één zorgnetwerk is er niet gesproken met de formele zorg, omdat het na meerdere pogingen niet gelukt is om daarmee in contact te komen. Bij 3 interviews waren derden aanwezig, waaronder twee partners en een vrijwilligster. Van de 4 ouderen en hun 4 informele zorgverleners waren 6 personen laagopgeleid en 1 persoon was middelhoog opgeleid. Een van de oudere was hoogopgeleid, maar werd geïnccludeerd op basis van het criteria laag inkomen. Van begin oktober 2019 tot begin maart 2020 hebben we herhalende interviews uitgevoerd met 3 welzijnsmedewerkers over totaal 8 verschillende casussen. Daarnaast hebben 7 groepsoverleggen plaatsgevonden. Tabel 2 toont de karakteristieken van de deelnemers.

Tabel 2. Karakteristieken deelnemers (n = 25)

		Functie en kenmerken	Geslacht	Gemiddelde leeftijd (range)	Opleidingsniveau
Focusgroepen (FG1, FG2.) n = 11	Focusgroep 1	1 Projectleider 1 wijkbeheerder 1 Wijkverpleegkundige	2 vrouwen 1 man	43 (41-50)	3 hoog
	Focusgroep 2	3 welzijnsmedewerkers 1 Familiecoach 1 Wijkverpleegkundige 1 Wijkbeheerder 1 Vrijwilligerscoördinator 1 Opbouwwerker	5 vrouwen 3 mannen	53 (40-66)	6 hoog 2 middel
Interviews (N1...,N2) n = 11	4 ouderen (A)	3 eengezinswoning 1 appartement 2 ongehuwd, 1 weduwe 1 getrouwd	4 vrouwen	74 (59-87)	3 laag 1 hoog
	3 formele zorgverleners (B)	1 ouderenadviseur 2 wijkverpleegkundigen	1 man 2 vrouwen	48 (33-58)	1 hoog 2 middel
	4 informele zorgverleners (C)	2 buurman 1 kind / familie 1 broer / familie	4 mannen	53 (32-68)	3 laag 1 middel
Herhalende interviews welzijnsmedewerkers (AON..) n = 3	3 formele zorgverleners; 30 interviews	> 10 jaar ervaring met doelgroep	3 vrouwen	49 (47-51)	3 hoog

High = afgestudeerd aan HBO of universiteit, gemiddeld = MBO, laag = lager dan MBO.
N = aantal deelnemers, A = ouderen; B = informele zorgverleners; C = formele zorgverleners

2 KENMERKEN ZORGNETWERKEN LAGERE SES

Uit de focusgroepen en enkele interviews zijn kenmerken naar voren gekomen van zorgnetwerken van ouderen met een lagere SES. Deze kenmerken zijn hieronder verder uitgewerkt.

Uiteenlopende definitie. Experts vinden het moeilijk om de doelgroep te definiëren. In de focusgroepen werden daarom verschillende omschrijvingen gegeven van ouderen en hun netwerk met een lagere SES, zoals mensen die geen kans gehad hebben, kan per individuele situatie verschillen, beheersen een aantal gezondheidsvaardigheden niet, gaat niet of wel om opleidingsniveau, mensen in kwetsbare situaties, multi-problematiek, minder gezond door ongezonde leefstijl.

“Ik kijk er heel erg naar dat mensen een aantal vaardigheden niet goed beheersen, niet goed hebben eigen gemaakt en dat dat invloed heeft op alle levensdomeinen; financiën, werk, werk vinden, opvoeden, je administratie noem het maar op.. en dat dát vooral met opleiding te maken heeft.”
(FGE1G, projectleider)

Rol van huisarts. Uit een van de focusgroepen komt naar voren dat de huisarts een centrale en cruciale rol heeft in zorgnetwerken van ouderen met een lagere SES. De huisarts lijkt in deze netwerken meer overwicht te hebben. Daarentegen wordt benoemd dat de huisarts de persoon kan zijn die overzicht houdt en signaleert in het netwerk, terwijl een expert daarbij wel aangeeft dat de huisarts juist niet weet wie er allemaal betrokken zijn.

“Voor deze mensen zeg maar, lager opgeleiden, is gewoon een huisarts, wat jij ook zegt, een autoriteit. En dat zullen de mensen uit de hogere kringen veel minder hebben, omdat die vaak op dezelfde scholen hebben gezeten met hetzelfde niveau.” (FGE2SA2, welzijnsmedewerker)

Het beeld van de focusgroep dat huisarts in deze netwerken heel belangrijk is, werd niet bevestigd in de interviews met de ouderen en informele zorgverleners. Eén van de formele zorgverleners geeft aan dat de huisarts een belangrijke signalerende functie heeft.

“Maar, ook daar zit weer een verschil met een wijk met een hoge SES hoor. Hier [wijk met lagere SES] komt veel via de huisarts. Die signaleert dan iets: vervuiling of zo, of huidproblemen. Dus, die bellen dan met ons.” (N2B2, wijkverpleegkundige)

Ander perspectief op gezondheid. Experts benoemen dat het belangrijk is dat rekening gehouden wordt met andere perspectieven op gezondheid, omdat juist een oudere met een lagere SES een ander perspectief op gezondheid kan hebben over wat bijvoorbeeld gezonde voeding is. In deze netwerken lijkt het extra belangrijk om steun te geven in de vorm van informatie en advies geven aan de oudere

over bijvoorbeeld een ziektebeeld of leefstijl. Deze voorlichting dient gegeven te worden in eenvoudig taalgebruik en herhaald te worden.

“[...] Ik was bij een mevrouw en ik vroeg naar haar zelfredzaamheid rondom het eten. Nee, ze zorgde elke dag zelf voor haar eten [...] oké en wat neemt u dan? En ja, ik neem vandaag dat en dat. Oké, ik zeg en neemt u dat altijd als u naar de snackbar gaat? Nee, zegt ze, ik neem elke dag iets anders. Nee, ik moet gevarieerd eten. Ze at echt elke dag bij de snackbar. Maar wel elke dag iets anders. [...] Eet u gevarieerd? Ja.” (FGE2WV, wijkverpleegkundige)

Begrijpen van informatie. Experts en formele zorgverleners noemen dat veel ouderen in deze netwerken praktische ondersteuning nodig hebben bij het lezen en schrijven van brieven, omdat dit door een oudere regelmatig als moeilijk ervaren wordt. Dit zorgt ervoor dat ouderen en hun netwerk regelmatig informatie niet begrijpen en dat verwarring of onduidelijkheid ontstaat. Om die reden krijgen de meeste ouderen in deze netwerken ondersteuning bij hun administratie en financiën. Experts benoemen dat het aanpassen van taalgebruik belangrijk is in deze netwerken.

“Nou, ik denk dat dat voor een belangrijk deel te maken heeft ook met het taalgebruik in dat soort brieven. Dat is denk ik voor haar een te hoog niveau. Teveel moeilijke lange zinsconstructies. Moeilijke woorden. Verwijzingen naar wetten die haar niks zeggen. Ik bedoel, dat ik daar kom in het kader van WMO, waarschijnlijk weet ze dat niet. WMO, WLZ, al dat—“ (N1B1, ouderenadviseur)

“Wat er ook genoemd is van, taalgebruik aanpassen. Ik spreek nauwelijks buitenlands bij wijze van spreken. Binnenlands spreek ik heel veel talen, omdat je gewoon je taal moet aanpassen aan degene waarmee je een gesprek hebt. “ (FGE2OW, opbouwwerker)

3 INTERACTIE IN ZORGNETWERKEN

Deelnemers beschreven een diversiteit aan interacties en aangrijpingspunten binnen de netwerkmechanismen in zorgnetwerken van ouderen met een lagere SES. Tabel 3 toont een overzicht van de thema's, sub-thema's en categorieën. De thema's komen voort uit het framework en daaraan zijn sub-thema's en categorieën toegevoegd aan de hand van open codering. Het thema sociale besmetting bleek niet expliciet uit de data naar voren te komen en is daarom niet beschreven.

Tabel 3. Overzicht van thema's en categorieën gerelateerd aan interacties in zorgnetwerken van ouders met een lagere SES

Thema's	Sub-thema's	Categorieën
Afstemmen	Beïnvloedende factoren	Relaties vormen en behouden Uiting van emoties Helderheid hulpvraag Hulp afhouden Veranderende wet -en regelgeving
	Sturing in keuzeproses	Oudere beslist Keuzes maken voor de oudere
	Grijze gebieden in taakverdeling	Diverse oorzaken Mogelijke gevolgen Omgaan met grijze gebieden
	Gelijkwaardigheid	Rol van ongelijkwaardigheid Omgaan met ongelijkwaardigheid
Navigeren		Begeleiding in zoekproces Online zoeken naar hulp Angst voor schulden Hulp in de buurt

4 AFSTEMMEN

4.1 Beïnvloedende factoren

Afstemmen in deze netwerken kan door verschillende factoren met name door formele zorgverleners ervaren worden als een modderig en/of moeizaam proces. De verschillende beïnvloedende factoren worden hieronder verder uitgewerkt zijn:

- Relaties vormen en behouden
- Uiting van emoties
- Helderheid van de hulpvraag
- Hulp afhouden
- Veranderende wet- en regelgeving.

Relaties vormen en behouden. Experts en formele zorgverleners benoemen dat het juist ook in deze netwerken belangrijk is om een relatie op te bouwen met de ouders en zijn/haar netwerken. Het kost in sommige gevallen meer moeite om een voet tussen de deur te krijgen, omdat mensen geneigd zijn om dingen sneller als bemoeizorg te ervaren.

“Mijn ervaring is dat bij hoger opgeleide mensen een hoop vragen veel eerder vanuit een cliënt zelf komt. En, dat wij ... Hier merk je vooral dat je signaleert, maar dat het continu wel aftasten blijft: wat kan ik zeggen? Wat kan ik niet zeggen? Wat kan ik voorstellen? Zit ik dan iemand teveel in z'n vaarwater? Roept dat weerstand bij iemand op? Want, mensen in deze wijk voelen gauw dingen als bemoeizorg” (N2B2, wijkverpleegkundige)

Het begint eigenlijk met contact maken en communicatie met de oudere en het netwerk, waardoor je vertrouwen wekt en binnen kan komen bij de oudere. Een van de welzijnsmedewerkers legt aan andere professionals uit wat de oudere beweegt en nodig heeft voordat zij gaan kennismaken met de oudere. Een andere welzijnsmedewerker noemt dat empathie tonen belangrijk is, omdat je hiermee aansluiting en begrip creëert. Humor gebruiken is daarbij belangrijk volgens deze welzijnsmedewerker.

Uiting van emoties lijkt een grotere rol te spelen in deze netwerken wat onderlinge afstemming lastiger kan maken. Mensen in deze netwerken kunnen soms ongenoegen uiten, boos worden. Enerzijds omdat mensen gewend zijn om zo met elkaar om te gaan, anderzijds vanuit een gevoel van onmacht en onkunde en soms onwetendheid wat ze kunnen verwachten en hoe het zorgstelsel in elkaar zit. Dit komt vooral naar voren uit de interviews met de welzijnsmedewerkers.

“Zus en kleindochter waren boos dat wijkcoach niet meewerkte, Zij denken dat mevrouw dan helemaal wordt verzorgd, hun beeld was niet goed [...]” (AON101, welzijnsmedewerker)

“Mevrouw vraagt niet, laat het op zich afkomen, is naderhand boos . Als je vraagt naar eigen acties dan gebeurt er niets.” (AON101, welzijnsmedewerker)

Formele zorgverleners in deze netwerken moeten kunnen omgaan met uitingen van deze emoties. Sommige welzijnsmedewerkers geven aan dat ze emoties van ouderen afkappen of parkeren. Aan de andere kant noemen andere welzijnsmedewerkers dat ze zich inleven in de emoties en proberen te achterhalen waar deze vandaan komen. In de praktijk komen emoties regelmatig voort uit frustraties en onbegrip.

“In de kiem smoren.. ik probeer dat zo snel mogelijk [...] Ik maak het heel feitelijk, zonder veel emotie, anders ontploft het”. (AON101, welzijnsmedewerker)

Helderheid hulpvraag. Formele zorgverleners en experts beschrijven dat deze netwerken doorgaans een minder concrete hulpvraag hebben in vergelijking met een netwerk van ouderen met een hogere SES. Aan de andere kant komt naar voren dat een vraag juist ook heel concreet kan worden neergelegd. Het helder krijgen van de hulpvraag is een lastig proces, omdat leden van het netwerk een verschillende kijk hebben op wat nodig is en de hulpvraag wordt meestal ingevuld of gesteld door een ander dan de oudere zelf. Onderling lijken zorgen en risico's niet besproken te worden, terwijl dit juist kan helpen om een hulpvraag helder te krijgen.

“Het wordt mij hoe langer hoe duidelijker; kleindochter heeft zo'n ander beeld van oma, dat daar miscommunicatie ontstaat. Dan gaan zaken een ander leven leiden. Ik kom daarmee bij de kern van de

hulpvraag, dat meer het netwerk functioneren zelf het probleem is, hoe het disfunctioneert in dit geval [...]” (AON101, welzijnsmedewerker)

Bij ouderen met een lagere SES is meer ondersteuning nodig van formele zorgverleners rondom een hulpvraag. Formele zorgverleners beschrijven dat bij ouderen met een hogere SES meer een coachende rol wordt gepakt door formele zorgverleners, informatie geven en meedenken is meestal voldoende. De formele zorgverleners geven aan dat ze bij ouderen met een lagere SES doorgaans uitpluizen waar hulp nodig is door bijvoorbeeld bewust een gesprek te starten over zichtbare dingen en via omweggetjes onderwerpen aangekaart. *‘Goh ik zie dat u bent afgevallen, hoe komt dat?’*. Op die manier probeert de welzijnsmedewerker ingangen te vinden naar een onderliggende hulpvraag. Daarna blijft een formele hulpverlener meestal actiever aanwezig om de oudere te steunen en sturen.

Hulp afhouden. ‘Nee zeggen’ lijkt in deze netwerken een grotere rol te spelen. Formele zorgverleners uit de interviews en welzijnsmedewerkers noemen verschillende redenen waarom deze ouderen nee zeggen tegen hulp. Veel ouderen met een lagere SES hebben meestal moeite om een situatie te overzien en de consequenties die daarbij horen. Een oudere mist dan overzicht en kiest er dan soms voor om hulp af te weren. Daarnaast kan het afhouden van hulp ontstaan door bijvoorbeeld de financiële gevolgen van hulp krijgen, waarvoor iemand niet wil of kan betalen. Verder ervaren sommige ouderen hulp als bemoeizorg of speelt er een gevoel van angst en controleverlies.

“Ik kan nu mijn afspraken al niet bijhouden en dan komt er nog een afspraak bij”. Dat die hulp juist bedoeld is om de afspraken te helpen bijhouden, wordt niet voorzien.” (AON301, welzijnsmedewerker)

Formele zorgverleners noemen verschillende manieren van omgaan met ouderen die hulp afhouden. Bij ouderen en hun netwerk met lagere SES kun je niet alles verbaal oplossen, maar is het belangrijk in vertrouwen te investeren door iets samen te doen. Sommige ouderen hebben veel vertrouwen in de huisarts, omdat ze deze persoon vaak al langer kennen. De huisarts kan dan soms meer bespreken, omdat dit voor de oudere niet als bedreigend ervaren wordt. Daarnaast zijn doorvragen en luisteren belangrijke vaardigheden van formele zorgverleners. Vraag aan de oudere wat je wel kunt doen en deel daarbij zorgen, zoals *‘uw kinderen maken zich zorgen’*. Daarnaast geven professionals aan risico’s af te wegen en te accepteren.

“Soms zeggen mensen; dan val ik maar een keer. Als ik dan denk, ze hebben er goed over na gedacht, ze begrijpen het risico dan laat ik het voor wat het is. En dan maak ik een afspraak voor over een paar weken” (AON203, welzijnsmedewerker)

Veranderende wet -en regelgeving. Experts en welzijnsmedewerkers geven aan dat de huidige regels en wetgeving rondom het leveren van zorg en privacy het niet makkelijker maken om een oudere goed

te begeleiden, juist ook ouderen met een lagere SES. Het onderling uitwisselen van informatie tussen de formele zorg is lastig door privacywetgeving. Daarnaast is bij ouderen met een lagere SES de hulpvraag vaker niet helder en is er tegenwoordig vaak tijdgebrek om dit als formele zorgverlener verder uit te zoeken. Dit tijdgebrek heeft ook te maken met de fragmentatie van de hulpverlening, waardoor de formele zorgverlener zijn/haar uren steeds moet verantwoorden en er minder ruimte is om iets uit te zoeken dat buiten zijn/haar domein ligt.

“[...] Wat je eerder nog deed van ik kan het niet duiden, niet pluis gevoel en een ingang zoeken en zo. Er is steeds minder ruimte om die tijd te nemen om die ingang te vinden” (FGE1ZB, wijkverpleegkundige)

4.2 Sturing in het keuzeprocess

De vraag rijst wie stuurt en de regie heeft in het netwerk bij het maken van beslissingen en keuzes. Dit varieert van situaties waarin de oudere beslissingen maakt tot situaties waarin formele zorgverleners die beslissingen neemt voor de oudere.

Oudere beslist. Het maken van keuzes wordt bij de oudere gelaten als de formele zorgverlener vindt dat de hulp niet dringend nodig is, als de oudere de risico's kan overzien en geen gevaar vormt voor zichzelf en anderen. Ook worden keuzes bij de oudere neergelegd als deze zelf in staat is om hulp te zoeken en te vergelijken of als de formele zorgverlener allang blij is om een voet tussen de deur te hebben.

Meerdere formele zorgverleners benoemen echter dat ze de regie om keuzes te maken bij de oudere willen laten, maar dat ze daarbij steeds afwegen in hoeverre de oudere daartoe in deze netwerken in staat is. In veel gevallen is het op zijn minst twijfelachtig of een oudere zelf nog keuzes kan maken.

“[...] dat als je zo iemand hebt, lager opgeleid, lagere SES, sociaaleconomische situatie, dat naarmate de leeftijd toeneemt en ook de, ja allerlei gezondheidsproblemen komen, vergeetachtigheid, verminderde mobiliteit, dat eigenlijk de beperkte regie die ze eigenlijk al over hun leven hadden alleen maar beperkter wordt.” (N1B1, ouderenadviseur)

Een informele zorgverlener benoemt de keuze bij de oudere te laten, ondanks dat de oudere naar zijn mening verkeerde beslissingen maakt. *“[...] Ik zie soms weleens dat ze als een mot naar het licht toevliegt en steeds maar tegen die lamp aanvliegt. Steeds maar weer in mijn ogen de verkeerde beslissingen nemen. Maar het is haar beslissing.” (N4C2, informele zorg)*

Keuzes maken voor de oudere. Formele zorgverleners en welzijnsmedewerkers beschrijven dat ze bewust en onbewust veel keuzes maken voor de ouderen. Ze geven aan sneller geneigd te zijn om dingen over te nemen in deze netwerken. Formele zorgverleners geven hiervoor verschillende redenen,

zoals het niet inzichtelijk hebben van het eigen netwerk van de oudere of dat de formele zorg geneigd is om te denken een betere oplossing te zien dan de informele zorg of de oudere zelf.

“[...] De oplossing die de familie kan bieden is kwalitatief vaak een mindere oplossing dan dat ik denk dat mogelijk zou zijn. Maar voor hun is dat een prima oplossing. [...] Nou dan geef ik mezelf een tik. Dan denk ik ho, ho. Het moet niet mijn oplossing zijn, het moet hun oplossing zijn.” (FGE2VC, vrijwilligerscoördinator).

In de interviews geven ouderen echter zelf aan het gevoel te hebben een keuze te mogen maken en beslissingen te mogen nemen. In veel gevallen worden door formele zorgverleners andere professionals betrokken bij het maken van beslissingen. Een welzijnsmedewerker geeft aan de informele zorg te betrekken bij het maken van keuzes, dit wordt verder niet expliciet genoemd. Uit de interviews komt wel naar voren dat de informele zorg zelden tot nooit contact heeft met de formele zorg. Als ze elkaar al ontmoeten is deze ontmoeting toevallig en kortdurend.

4.3 Grije gebieden in de taakverdeling

Onduidelijkheden over taakverdeling en verantwoordelijkheden spelen een rol in deze netwerken. Dit worden ook wel grijze gebieden genoemd en dit zijn meestal zichtbare knelpunten of dingen die niet vastliggen of besproken zijn. Enkele situaties waarin grijze gebieden voorkomen zijn: het regelen van vervoer, huishoudelijke taken zoals afwassen, maaltijden opwarmen, urine wegbrengen naar huisarts.

Diverse oorzaken. Verschillende oorzaken worden benoemd voor het ontstaan van grijze gebieden. Om te beginnen worden taakverdelingen en taakinhoud bekend geacht, terwijl in de praktijk de werkwijze van andere professionals vaak niet helder of bekend is. Daarnaast worden vaak verwachtingen en verantwoordelijkheden niet uitgesproken. Dit geldt zowel voor professionals onderling als tussen de oudere en zijn/haar netwerk. Het is daarbij meestal lastig om aan ouderen met een lagere SES uit te leggen waar taken van mensen ophouden. Bovendien is het meestal lastig om inzicht te krijgen in wie er betrokken zijn en wie wat doen in het netwerk, omdat formele zorgverleners vaak al niet weten van elkaar dat ze betrokken zijn. Daarnaast worden bij multidisciplinaire overleggen (MDO) geen oudere en/of informele zorgverleners betrokken. Verder ontstaan grijze gebieden door de beperkte bereidheid in netwerk om iets kleins te doen, het strikt opvolgen van protocollen en de strikte taakopvattingen van formele zorgverleners waardoor mensen niet snel taken opnemen buiten hun taakgebied om.

Mogelijke gevolgen. Grijze gebieden kunnen zorgen voor scheve verwachtingen en dat taken juist niet of dubbel gedaan worden. In een van de casussen zorgde onduidelijkheid over taakverdelingen en verantwoordelijkheden tussen formele zorgverleners rondom het wegbrengen van een urinemonster

ervoor dat de oudere werd opgenomen in een intramurale setting met een verwaarloosde urineweginfectie die niet meer behandelbaar was.

“ [...] Tweemaal is er met veel moeite urine opgevangen door de zorg en in de koelkast gezet. De zorg mag de urine niet naar de huisarts brengen, dat moet het netwerk doen. De urine heeft beide keren te lang in de koelkast gestaan om nog onderzocht te kunnen worden. [...] Het is toch heel apart. Dus blijkbaar ligt het gevoel van verantwoordelijkheid dus echt bij die taak en dan zet je het in de koelkast”
(AON201, welzijnsmedewerker)

Omgaan met grijze gebieden. Omgaan met grijze gebieden vraagt handelen van professionals en het netwerk. Het is ouderen met een lagere SES soms lastig uit te leggen waar taken van mensen ophouden en hoe ons zorgsysteem werkt, dus het is belangrijk om heel concreet te maken wat iemand komt doen. Vervolgens is de taakverdeling inzichtelijk maken een belangrijke actie. Dit kan door gebruik te maken van beeldend materiaal en daarmee uitleggen wie doet wat en waarom. Een welzijnsmedewerker noemt dat een grijs gebied kan worden voorkomen als mensen dingen buiten hun taakgebied uitvoeren.

“ [...] Het buiten de lijntjes kleuren zag ik als iets dat ongewenst is. Ik kwam vaak niet verder dan de constatering ‘he, dat ligt buiten mijn kleurplaat’. Nu denk ik, ja, dat ligt buiten mijn kleurplaat maar als niemand dat kleurt, moeten we het er dus over hebben [...]. Wat geholpen heeft is dus de bewustwording en het zien van de mogelijkheid hierin samen te werken.” (AON201, welzijnsmedewerker)

Een multidisciplinair overleg (MDO) organiseren kan helpen om helder te krijgen wat anderen doen of willen doen en wat hun verwachtingen zijn. Ook kan het helpen om patronen in het netwerk vast te leggen in dossiers, waardoor zorgverleners het functioneren van (leden van) het netwerk beter kunnen begrijpen. Nu wordt er in dossiers door formele zorgverleners weinig tot niets vastgelegd over patronen in het netwerk. Daarnaast wordt genoemd door welzijnsmedewerkers dat het belangrijk is om actief het netwerk te bevragen en daarbij nieuwsgierig te zijn naar wat netwerk kan en wil doen.

4.4 Gelijkwaardigheid

Rol van ongelijkwaardigheid. Verschillende leden in het formele zorgnetwerk gaan niet gelijkwaardig met elkaar om. Ongelijkwaardigheid tussen professionals wordt ervaren en benoemd door een van de welzijnsmedewerkers. De huisarts kan overrulen wat als resultaat heeft dat de welzijnsmedewerker de neiging heeft om een omtrekkende beweging te maken buiten de huisarts om. Aan de andere kant noemt een expert dat ongelijkheid geen negatieve lading hoeft te hebben, omdat ongelijkheid ook positief benut kan worden.

“Ik denk dat gelijkwaardigheid natuurlijk een streven is. Maar ik denk dat er zeker geen sprake is van gelijkheid. Want zelfs al maak je een plan, dan nog ben je als beroepskracht een leidend persoon. [...] En ik denk dat dat soms ook juist een kracht is. Net zoals de huisarts vaak een kracht kan zijn om dingen te doorbreken [...]” (FGE2OA, ouderenadviseur)

Ongelijkwaardigheid tussen de formele zorgverlener en de oudere kan in deze netwerken te maken hebben met onvolledig informeren, moeilijk taalgebruik en mate waarin een oudere zich serieus genomen voelt. Veel brieven zijn moeilijk voor de ouderen, waardoor een oudere informatie niet begrijpt. Ouderen in deze netwerken antwoorden meestal dat ze zich serieus genomen voelen, doordat de formele zorg meedenkt en er prettig contact is. Er worden weinig concrete voorbeelden gegeven over waarom iemand zich serieus genomen voelt. Wat bij ouderen in deze netwerken nog een rol kan spelen is dat de oudere altijd al het gevoel heeft gehad dat mensen op hem/haar neerkeken. Een van de oudere noemt dat het neerkijken voorkomt uit het feit dat de oudere zelf niet gestudeerd had. Het gevoel van ongelijkwaardigheid komt dan voort uit het feit dat iemand minder opleiding heeft gevolgd.

Omgaan met ongelijkwaardigheid. Formele zorgverleners noemen een aantal manieren voor omgaan met ongelijkwaardigheid tussen de professional en de ouderen. Ze benoemen dat aansluiten bij de belevingswereld van ouderen belangrijk is. Daarbij proberen ze een oudere zo volledig mogelijk te informeren. In sommige gevallen wordt ervoor gekozen om informatie weg te laten, bijvoorbeeld als dat meer onrust geeft.

“ Tenzij als de cliënt er niet veel van snapt of het meer onrust geeft laat ik wel eens wat informatie weg . Maar over het algemeen hou ik van openheid dus leg ik het net zolang uit zodat de cliënt het snapt.” (AON3, welzijnsmedewerker)

Daarnaast geven welzijnsmedewerkers aan het belangrijk te vinden om een oudere te betrekken bij het maken van keuzes, omdat vaak bij deze ouderen niet duidelijk is wat de oudere zou willen en op basis van welke afwegingen een oudere een keuze maakt. Dit begint bij een oudere actief bevragen op hoe hij/zij keuzes maakt. Dat kan helpen om te begrijpen wat belangrijk is voor de oudere en welke afwegingen hij/zij maakt in een keuzeprocess. Daarnaast vragen welzijnsmedewerkers aan oudere wat zij nodig hebben om verder te kunnen of wie zij zelf willen betrekken.

“ Ik vond het belangrijk van mevrouw te horen hoe dit in het verleden is gegaan om haar inzicht te geven hoe zij eerder tot keuzes kwam en hoe zij dit in de toekomst anders zou kunnen gaan doen, zodat zij niet boos of verdrietig hoeft te zijn ten gevolg van iets wat ook anders zou kunnen.” (AON1, welzijnsmedewerker)

Verder noemt een welzijnsmedewerker dat het belangrijk is dat professionals onderling elkaars expertise serieus nemen. Het kan daarbij helpen om het gesprek met bijvoorbeeld een huisarts of wijkverpleegkundige aan te durven gaan over normen, waarden en verwachtingen en deze dan ook uit te spreken naar elkaar.

“ Jullie kijken elk vanuit jullie eigen expertise. Het één is niet beter dan het andere, het is alleen anders. Ook hier gaat het om bewustwording maar ook om geloven in de eigen professionaliteit. Ik ben geneigd hiërarchisch te denken en dat staat een gelijkwaardige uitwisseling in de weg [..]” (AON2, welzijnsmedewerker).

5 NAVIGEREN

Begeleiding in zoekproces. In het algemeen wordt benoemd dat ouderen het lastig vinden om hulp te zoeken. Formele zorgverleners in de interviews, experts en iemand van informele zorg geven aan dat men geneigd is om meer dingen en zorg uit handen te nemen of ouderen meer aan de hand mee te nemen. Een oudere met een lagere SES is vaak niet in staat om alleen vanuit zijn/haar eigen overzicht naar mogelijkheden te zoeken en een keuze daarin te maken, wat maakt dat ouderen minder zelfstandig kunnen zoeken naar hulp en meer begeleiding nodig hebben in het zoekproces. Zowel experts als formele zorgverleners maken daarom regelmatig een voorselectie uit het hulpaanbod, waardoor sommige opties niet voorgelegd worden. Ouderen met een hogere SES zoeken vaker zelf naar hulp.

“ Inderdaad dat mensen die meer opleiding genoten hebben wel makkelijker zelf in staat zijn om stappen te zetten om hulp te vragen van buitenaf Ja, die zijn minder bang denk ik om de telefoon te pakken of op te zoeken en te kijken van wat is er allemaal? Ja. En dan denk ik als je naar deze casus kijkt en de streep doortrekt inderdaad naar vergelijkbare situaties dan denk ik dat wij eerder iets aan moeten bieden van goh u zou ook eens hier kunnen kijken of u zou eens daar kunnen kijken. Dat is denk ik het verschil..” (N3B2, wijkverpleegkundige)

Uit de individuele interviews komt naar voren dat sommige ouderen zelf initiatief nemen bij hulp zoeken in de buurt via bijvoorbeeld de buurtkrant. Ook wisselen sommige ouderen via-via tips en handigheidjes uit en komen ze via elkaar in contact met anderen. In het algemeen brengt de ene hulpverlener de andere hulpverlener binnen.

Online zoeken naar hulp. Formele zorgverleners beschrijven dat veel zaken digitaal geregeld worden. Veel ouderen met een lagere SES vinden digitalisering lastig. Dit beeld wordt bevestigd door de

geïnterviewde ouderen, slechts één van hen maakt gebruik van online navigeren, wat tevens een oudere is met een hogere opleiding.

“Ja, waar. Ze moeten zoeken, bij wie ze moeten wezen. Veel gaat natuurlijk via internet tegenwoordig, daar kan niet iedereen mee overweg. Mensen hebben misschien ook niet het intellectuele vermogen om dat nog te leren op latere leeftijd, met de computer. Ja.” (N2B2, wijkverpleegkundige)

Angst voor schulden. Zowel ouderen als formele zorgverleners benoemen dat financiële middelen een rol spelen bij navigeren in deze netwerken. Bepaalde hulp wordt in deze netwerken niet zomaar ingezet, omdat dit een eigen financiële bijdrage vraagt. Een voorbeeld hiervan is dat ouderen terughoudend zijn om huishoudelijke hulp of hulpmiddelen aan te vragen, omdat ze bang zijn dat daar kosten aan verbonden zijn. Ouderen geven aan dat ze soms zorgen hebben om (meer) schulden te krijgen. Kijkend naar de netwerken van ouderen uit de interviews dan zit in de netwerken meestal een boekhouder of bewindvoerder op het gebied van financiën.

“Ja, ja, ja. Ik denk huh? Want ze zei op een gegeven moment van ja, die kost zo, ik denk oh god, nee, straks kom ik in de schulden weet je wel, paniek hè.” (N4A, oudere)

Hulp in de buurt. In de interviews met ouderen, formele- en informele zorgverleners werd een range aan ervaringen beschreven wat betreft navigeren naar hulp in de buurt. De hulp die geboden wordt in de buurt verschilt per wijk en individuele situatie. Aan de ene kant komt het voor in wijken dat men elkaar kent, ‘ons-kent-ons’, terwijl aan de andere kant er wijken zijn waar mensen niks van elkaar weten. Daarnaast wordt benoemd dat mensen met een lagere SES vaak hun eigen dosis ellende en problemen hebben, zoals geldproblemen, psychische problematiek. Ze hebben daardoor minder mogelijkheden en ruimte om anderen in de buurt te helpen.

“Ik denk dat mensen met een lagere sociaaleconomische status over het algemeen meer problemen hebben dan ... Financiële problemen, gezondheidsproblemen, familieproblemen ... Dat is misschien een aanname. En, ik denk dat er daardoor weinig ruimte is voor het helpen van een ander. Ja.” (N2B2, wijkverpleegkundige)

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

De bevindingen uit deze kwalitatieve studie naar kenmerken, interacties en aangrijpingspunten in zorgnetwerken van ouderen met een lagere SES hebben geleid tot onderstaande conclusies en aanbevelingen.

Diverse ervaringen en kenmerken

Formele zorgverleners vinden ouderen met een lagere SES een lastig te omschrijven doelgroep. Het lijkt een taboe te zijn om een onderscheid te maken naar ouderen met een hogere SES en ouderen met een lagere SES. De doelgroep wordt dan ook meestal beschreven als een groep mensen die een aantal gezondheidsvaardigheden niet heeft en een laag opleidingsniveau lijkt een grotere rol te spelen dan een laag inkomen. Formele zorgverleners zien een centrale rol voor de huisarts in deze netwerken, maar dat wordt niet bevestigd door de ouderen en informele zorgverleners. Daarnaast worden informatie en adviezen lang niet altijd goed begrepen door bijvoorbeeld moeilijk taalgebruik vanuit instanties en formele zorgverleners. Dit kan zorgen voor onduidelijkheid en onbegrip vanuit de oudere en zijn/haar netwerk.

Afstemmen vraagt extra aandacht

Kijkend naar de interactie in deze netwerken spelen een aantal factoren een rol. In deze netwerken moet meer aandacht uitgaan naar het afstemmingsproces. Om te beginnen is de hulpvraag in deze netwerken vaak niet helder en een oudere met een lagere SES heeft daarbij doorgaans meer begeleiding nodig dan een oudere met een hogere SES om de hulpvraag helder te krijgen. Er schuilt een vraag achter een vraag of er is een verschil van opvatting over de hulpvraag bij de diverse netwerkleden. Daarnaast zijn op het gebied van afstemmen meestal onduidelijkheden rondom taakverdelingen, ook wel grijze gebieden genoemd. Dit kan zorgen voor emoties zoals onbegrip, boosheid en verwarring bij de oudere en informele zorgverleners. In het proces van afstemmen worden meer beslissingen gemaakt door formele zorgverleners, omdat ze juist in deze netwerken geneigd zijn om meer uit handen te nemen. In het navigeerproces zorgt dit ervoor dat sommige opties niet voorgelegd worden aan de oudere. In het geheel kan dit ervoor zorgen dat ouderen nog minder regie hebben.

Uiteenlopende aangrijpingspunten

Verschillende aangrijpingspunten komen naar voren die de interactie in het netwerk kunnen verbeteren. Een belangrijk aangrijpingspunt voor de formele zorgverleners is om taken te verduidelijken door bijvoorbeeld het organiseren van een multidisciplinair overleg (MDO), waarbij ook informele zorgverleners en/of ouderen actief betrokken worden. Daarnaast is het belangrijk om aan een oudere en zijn/haar netwerk uitleg en voorlichting te geven in eenvoudige taal over bijvoorbeeld een gezonde leefstijl en de werking van ons zorgsysteem. Elkaars expertise erkennen en de oudere keuzes laten

maken zijn aangrijpingspunten om een gevoel van ongelijkwaardigheid in deze netwerken te verkleinen. Op het gebied van navigeren moeten formele zorgverleners meer begeleiding geven aan de oudere en zijn/haar netwerk en daarbij is het belangrijk om samen te leren zoeken naar hulp.

1 AANBEVELINGEN VOOR PRAKTIJK

In deze alinea worden aanbevelingen beschreven voor verschillende formele zorgverleners die in de praktijk in aanraking komen met ouderen met een lagere SES en hun (zorg)netwerken.

Samenwerking en afstemming

- Besteed als formele zorgverlener bij deze doelgroep expliciet aandacht aan onderlinge afstemming in hun netwerk en betrek daarbij ook de informele zorgverleners.
- Deel zorgen in het netwerk en vraag naar verschillende perspectieven hierop. Dit kan helpen om de hulpvraag te verhelderen.
- Wees bewust van het feit dat ouderen in deze netwerken sneller geneigd zijn om nee te zeggen tegen hulp, omdat dit voor hen een manier is om de regie te houden. Deel daarbij actief zorgen en perspectieven op de situatie, maak een risicoafweging en betrek zo nodig de huisarts.
- Deel de ervaringen over werken met deze doelgroep met collega's en draag daarmee bij aan het verminderen van het taboe dat daarop lijkt te rusten.

Inzicht in verantwoordelijkheden en taken

- Organiseer multidisciplinaire overleggen (MDO) om taken, verantwoordelijkheden en verwachtingen te delen en inzichtelijk te maken. Betrek bij een soortelijk afstemmingsoverleg ook informele zorgverleners.
- Maak taakverdelingen en verantwoordelijkheden inzichtelijk voor een oudere en zijn/haar netwerk door te concretiseren en visualiseren. Ontwikkel een compact format waarin dit ingevuld kan worden en zorg ervoor dat een oudere dit kan ophangen.

Informereren en verhelderen

- Informeer en leg uit in begrijpelijk taal over onderwerpen als leefstijl en de werking van ons zorgsysteem. Hiervoor biedt de website van Pharos tools en handvatten. De terugvraagmethode kan formele zorgverleners bijvoorbeeld helpen om na te gaan of de oudere en zijn/haar informele zorgverleners de informatie hebben begrepen (Murugesu, Heijmans, Franssen, & Rademakers, 2018).
- Investeer tijd en inspanning om de hulpvraag bij ouderen in deze netwerken te verduidelijken.

Ongelijkwaardigheid verminderen

- Stuur op gelijkwaardigheid tussen formele zorgverleners en ouderen en het informele netwerk, zodat ouderen meer ruimte krijgen om keuzes te maken. Het proces van beslissen kan bijvoorbeeld ondersteund worden door gebruik te maken van de 4 fasen in het proces van samen beslissen (Oosterveld, Noordman, & Rademakers, 2019; Stiggelbout, Pieterse, & De Haes, 2015).
- Vraag een oudere bewust naar hoe hij/zij keuzes maakt. Dit kan helpen om te begrijpen welke afwegingen en keuzes een oudere maakt en wat daarbij belangrijk is voor hem/haar. Heb daarbij oog voor financiële gevolgen van keuzes en maak die bespreekbaar vanaf het begin.
- Durf als formele zorgverleners onderling normen, waarden en verwachtingen naar elkaar uit te spreken en erken elkaars expertise.

2 AANBEVELINGEN VOOR ONDERZOEKERS

Hieronder worden aanbevelingen beschreven voor verschillende onderzoekers die onderzoek doen of gaan doen rondom ouderen met een lagere SES en hun netwerken.

Werving en selectie

- Zorg ervoor dat informatie over het onderzoek en toestemmingsverklaringen worden aangepast naar een begrijpelijk taalniveau en beperk de informatie zoveel als mogelijk. Sluit op deze manier zoveel mogelijk aan bij de leefwereld van deze ouderen, die in veel gevallen ver afstaat van de onderzoekswereld. Hiervoor zijn verschillende tools beschikbaar, zoals de online checklist toegankelijke informatie van Pharos of de tool Klinkende Taal. Via stichting ABC kan een ervaringsdeskundige teksten en voorlichtingsmateriaal testen.
- Benader juist deze groep mensen zowel mondeling als schriftelijk, omdat enkel geschreven taal in veel gevallen niet begrepen wordt. Het rapport 'Inwoners in de hoofdrol' geeft hierop een nadere toelichting en voorbeelden (Pharos, 2017)
- Als mensen laaggeletterd zijn, sluit mondelinge toestemming beter aan bij hun leefwereld, want daarmee geven zij in hun eigen taal toestemming. Achteraf vragen om schriftelijke toestemming vragen werd door professionals bijna als niet integer beschouwd, omdat dit niet aansloot bij de leefwereld van deze doelgroep en zij al vaak een handtekening moesten vragen voor iets wat deze doelgroep niet begreep. De doelgroep tekende dan wel uit vertrouwen in de professional, maar de professional wil dit vertrouwen niet beschamen.
- Kies en overweeg zorgvuldig de onderzoeksmethode. Zo lijkt het verzamelen van data middels observaties in deze netwerken lastiger, omdat formele zorgverleners de ouderen en hun netwerk willen beschermen en moeilijk kunnen uitleggen wat meedoen aan onderzoek betekent.

- Als je toestemming vraagt, maak deze dan concreet naar de situatie en de vraag op dat moment. Bijvoorbeeld: 'mag ik U nu hier een paar vragen over stellen, ik neem dit dan op...'. In plaats van een algemene toestemming te vragen voor deelname aan een onderzoek waarin op verschillende momenten data wordt verzameld.
- Pas de minimale leeftijdsgrens voor deelname aan, omdat ouderen in deze doelgroep eerder kwetsbaar zijn en/of een zorgbehoefte hebben. In dit huidige onderzoek is de leeftijd van 75+ jaar naar 60+ bijgesteld.
- Steek de werving van ouderen en hun netwerk met een lagere SES in op postcodegebied. Werven op kenmerken van een lagere SES, zoals minder inkomen en een lager opleidingsniveau is namelijk lastig. Formele zorgverleners weten dit vaak niet en/of vinden het moeilijk om hierin te differentiëren en zich hierover uit te spreken.
- Trek samen op met sleutelpersonen of formele zorgverleners in het wervingsproces. Dit kan bijdragen aan de bereidwilligheid van ouderen om deel te nemen. (Pharos, 2017)

Uitvoering van het onderzoek

- Definieer van tevoren wat in het onderzoek wordt verstaan onder de doelgroep ouderen met een lagere SES en houdt aan deze definitie vast. Dit voorkomt een gesprek over wat verstaan wordt onder deze doelgroep, waardoor niet over de daadwerkelijke inhoud gesproken wordt. Bespreek vervolgens in de onderzoeksgroep hoe de doelgroep te herkennen is.
- Betrek actief huisartsen en praktijkondersteuners (POH). Andere professionals geven namelijk aan dat de huisarts een centrale positie heeft in deze netwerken, maar de huisarts of POH hebben we niet gesproken in dit onderzoek.
- Richt vervolgonderzoek op het ontwikkelen van tools en handvatten die gericht zijn op het verbeteren van interacties en samenwerking in netwerken. De huidige tools en handvatten richten zich veelal op de interactie tussen de oudere en professionals of professionals onderling.

REFERENTIES

Aartsen, M., Veenstra, M., & Hansen, T. (2017). Social pathways to health: On the mediating role of the social network in the relation between socio-economic position and health. *SSM-Population Health*, 3, 419-426.

Broese van Groenou, M., Jacobs, M., Zwart-Older, I., & Deeg, D. J. (2016). Mixed care networks of community-dwelling older adults with physical health impairments in the Netherlands. *Health & Social Care in the Community*, 24(1), 95-104. doi: 10.1111/hsc.12199

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2019). Gezonde levensverwachting; onderwijsniveau. Retrieved from <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=83780NED&LA=NL>

Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676. doi: [10.1037/0003-066X.59.8.676](https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676)

Garssen, J. (2011). *Demografie van de vergrijzing*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

Green, J., & Thorogood, N. (2018). *Qualitative methods for health research*. sage.

Grundy, E., & Holt, G. (2001). The socioeconomic status of older adults: How should we measure it in studies of health inequalities? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(12), 895-904. doi: 10.1136/jech.55.12.895

Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 39(1-2), 133-144. doi: 10.1007/s10464-007-9100-9

Heijmans, M., Zwikker, H., Heide, I., & Rademakers, J. (2016). Zorg op maat. Kennisvraag: hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden? Utrecht: Nivel

Hengelaar, A. H., van Hartingsveldt, M., Wittenberg, Y., van Etten-Jamaludin, F., Kwekkeboom, R., & Satink, T. (2018). Exploring the collaboration between formal and informal care from the professional perspective—A thematic synthesis. *Health & Social Care in the Community*, 26(4), 474-485.

Hilderink, H., & Verschuuren, M. (2018). Volksgezondheid toekomst verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht (Rapportnummer 2018-0030). Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>

Kemper-Koebrugge, W., Adriaansen, M., Laurant, M., & Wensing, M. (2019). Actions to influence the care network of home-dwelling elderly people: A qualitative study. *Health & Social Care in the Community*, doi:10.1111/hsc.12714 [doi]

Kennedy, A., Rogers, A., Vassilev, I., Todorova, E., Roukova, P., Foss, C., . . . Serrano-Gil, M. (2015). Dynamics and nature of support in the personal networks of people with type 2 diabetes living in Europe: Qualitative analysis of network properties. *Health Expectations*, 18(6), 3172-3185. doi: 10.1111/hex.12306

Koetsenruijter, J. (2017). *Social support networks of diabetes patients* (proefschrift). Nijmegen: Radboud Universiteit

Koetsenruijter, J., van Lieshout, J., Vassilev, I., Portillo, M. C., Serrano, M., Knutsen, I., . . . Foss, C. (2014). Social support systems as determinants of self-management and quality of life of people with diabetes across Europe: Study protocol for an observational study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 29. doi: 10.1186/1477-7525-12-29.

Kunst, A. E. (2010). Een overzicht van sociaal-economische verschillen in gezondheid in Europa. *De gezonde levensloop* (pp. 39-57). Amsterdam: Amsterdam University Press.

Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A. R., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. E. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23), 2468-2481. doi: 10.1056/NEJMsa0707519

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)

Oosterveld, M., Noordman, J., & Rademakers, J. (2019). Kennisvraag. Samen beslissen in de spreekkamer. Ervaringen en behoeften van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Utrecht: Nivel

Pharos. (2017). *Inwoners in de hoofdrol*. Utrecht: Pharos.

Shavers, V. L. (2007). Measurement of socioeconomic status in health disparities research. *Journal of the National Medical Association*, 99(9), 1013-1023.

Stiggelbout, A. M., Pieterse, A. H., & De Haes, J. C. (2015). Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Education and Counseling*, 98(10), 1172-1179. doi: 10.1016/j.pec.2015.06.022

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. <https://doi.org/10.1002/9781118715598.ch21>

Tsasis, P., Evans, J. M., & Owen, S. (2012). Reframing the challenges to integrated care: A complex-adaptive systems perspective. *International Journal of Integrated Care*, 12, e190. doi:10.5334/ijic.843 [doi]

Turner, R. J., & Marino, F. (1994). Social support and social structure: A descriptive epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior*, 193-212.

Vassilev, I., Rogers, A., Kennedy, A., & Koetsenruijter, J. (2014). The influence of social networks on self-management support: A metasynthesis. *BMC Public Health*, 14(1), 719.

Verver, D., Merten, H., Robben, P., & Wagner, C. (2018). Care and support for older adults in the Netherlands living independently. *Health & Social Care in the Community*, 26(3), e404-e414. doi: 10.1111/hsc.12539

Vonneilich, N., Jöckel, K., Erbel, R., Klein, J., Dragano, N., Siegrist, J., & von Dem Knesebeck, O. (2012). The mediating effect of social relationships on the association between socioeconomic status and subjective health—results from the heinz nixdorf recall cohort study. *BMC Public Health*, 12(1), 285.

Weyers, S., Dragano, N., Möbus, S., Beck, E., Stang, A., Möhlenkamp, S., . . . Siegrist, J. (2008). Low socio-economic position is associated with poor social networks and social support: Results from the heinz nixdorf recall study. *International Journal for Equity in Health*, 7(1), 13. doi: 10.1186/1475-9276-7-13

OPEN UP
NEW **HAN** UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES
HORIZONS.