



rijksuniversiteit
groningen

faculteit gedrags- en
maatschappijwetenschappen

De Friesland

De zoektocht naar de juiste zorg en de rol van samenwerking

Een kwalitatief onderzoek naar de ervaring van hulpvragers en professionals bij het vinden van de juiste zorg en de rol van domeinoverstijgende samenwerking in Friesland

Masterscriptie

Naam: Bowe Brouwer

Emailadres: b.brouwer.6@student.rug.nl

Studentnr.: S3424928

Studie: Master Sociologie, specialisaties Politiek, Maatschappij & Beleid en Gezondheid, Welzijn & Zorg

Begeleider: Prof. dr. N. Steverink

Referent: Dr. M. van Gerner-Haan

Datum: 21 januari 2024

Dank aan iedereen die dit onderzoek mogelijk heeft gemaakt.

Samenvatting

De zorg in Nederland is opgedeeld in vier zorgwetten of zorgdomeinen: de Jeugdwet, Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Wet langdurige zorg (Wlz) en Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze domeinen vallen onder de verantwoordelijkheid van respectievelijk de gemeenten (Jeugdwet en Wmo), de zorgkantoren (Wlz) en de zorgverzekeraars (Zvw). Door deze opdeling kan het vinden van de juiste zorg lastig zijn wanneer zorg nodig is vanuit een of meerdere van deze wetten. Doordat niet altijd duidelijk is bij welke verantwoordelijke de hulpvrager moet zijn kan de route naar de juiste zorg lang en ingewikkeld zijn. Daarnaast geldt dat er grijze gebieden zijn tussen de zorgwetten waar geen van de verantwoordelijke organisaties de verantwoordelijkheid neemt. Domeinoverstijgende samenwerking op professioneel niveau, wordt gezien als mogelijke oplossing voor het verduidelijken van de route (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2022). In dit onderzoek wordt de ervaring van twee groepen betrokkenen onderzocht. Namelijk: hulpvragers die niet zelfstandig uit hun hulpvraag over hulpmiddelen komen en professionals die de hulpvrager begeleiden naar de juiste zorg. Deze professionals zijn medewerkers van de gemeente, het zorgkantoor of de zorgverzekeraar, onafhankelijk clientondersteuners en ergotherapeuten. De onderzoeksvraag is: ‘Wat is de ervaring van hulpvragers en zorgprofessionals in de zoektocht naar de juiste zorg in Friesland en welke rol is hierbij weggelegd voor domeinoverstijgende samenwerking?’ In dit kwalitatieve onderzoek zijn de ervaringen van participanten onderzocht aan de hand van zeventien semigestructureerde diepte-interviews. De data zijn geanalyseerd door middel van een mix van een reflectieve thematische analyse en een thematische analyse met codeboekbenadering. Vanuit de interviews komt naar voren dat de route bij het vinden van de juiste zorg bestaat uit twee etappes. In de eerste etappe is er, voor zowel de hulpvrager als de professional, onduidelijkheid bij het vinden van de juiste verantwoordelijke. In de tweede etappe bestaan knelpunten die de toegang tot ondersteuning, nadat de juiste verantwoordelijke is gevonden, belemmeren. De oplossing voor het verbeteren van de route naar de juiste zorg ligt bij samenwerking. Deze samenwerking moet bij de professionals zowel intern als extern worden opgezocht.

Sleutelwoorden: zorgwetten, zorgdomeinen, samenwerking, domeinoverstijgend

Inhoudsopgave

1. Inleiding	1
1.1. Achtergrond.....	1
1.2. Aanleiding	2
1.3. Relevantie.....	3
1.4. Onderzoeksdoel.....	4
1.5. Leeswijzer	4
2. Theoretisch kader.....	5
2.1. De route naar de juiste zorg.....	5
2.1.1. Betrokken professionals	6
2.1.2. Uitdagingen op de route	9
2.2. Professionele samenwerking	12
2.2.1. De lokale situatie: Friesland	12
2.2.2. De landelijke situatie: Nederland	13
2.2.3. De internationale situatie.....	13
3. Methoden	15
3.1. Keuze voor kwalitatief onderzoek.....	15
3.2. Dataverzameling.....	15
3.2.1. Participantenselectie	15
3.2.2. Interviewschema.....	18
3.2.3. Verloop van het interview	20
3.3. Dataverwerking en -analyse	21
3.4. Kwaliteitseisen kwalitatief onderzoek.....	23
3.5. Ethische overwegingen.....	25
4. Resultaten.....	26
4.1. Ervaring van de hulpvragers bij de route naar de juiste zorg.	27
4.1.1. Onduidelijkheid bij het vinden van de juiste verantwoordelijke	29
4.1.2. Systematische knelpunten bij het komen tot de ondersteuning	30
4.2. Ervaring van de professionals bij de route naar de juiste zorg	34
4.2.1. Onduidelijkheid bij het vinden van de juiste verantwoordelijke	37
4.2.2. Systematische knelpunten bij het komen tot de ondersteuning	40
4.3. Ervaring met samenwerking ten behoeve van het vinden van de juiste zorg.....	41
4.3.1. Interne samenwerking	41
4.3.2. Externe samenwerking	43
5. Discussie	48
5.1. Reflectie op de resultaten als antwoord op de onderzoeksvraag	48
5.2. Reflectie op het onderzoek	51
5.3. Aanbevelingen voor de praktijk	53
Literatuur.....	57

Bijlage A: Mail professionals: zorgverzekeraar en zorgkantoor	62
Bijlage B: Mail professionals: gemeenten, OCO's en ergotherapeuten	63
Bijlage C: Toestemmingsformulier	64
Bijlage D: Interviewschema Hulpvrager	65
Bijlage E: Operationalisatietabel interviewschema hulpvrager.....	68
Bijlage F: Interviewschema Professional	74
Bijlage G: Operationalisatietabel interviewschema Professional.....	77
Bijlage H: Codeboek	81

Begrippenlijst

Jeugdwet

In deze wet is bijna alle zorg en ondersteuning geregeld voor kinderen en jongeren onder de 18 jaar. Deze wet valt onder de verantwoordelijkheid van de Gemeente (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021a).

Wet langdurige zorg - Wlz

Deze wet regelt zware, intensieve zorg voor kwetsbare ouderen, mensen met een handicap en mensen met een psychische aandoening. De uitvoer hiervan valt onder de verantwoordelijkheid van de zorgkantoren (Ministerie van Algemene Zaken, 2022b).

Wet maatschappelijke ondersteuning – Wmo

Het doel van deze wet is ervoor zorgen dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. De gemeente is hierbij verantwoordelijk voor de uitvoer (Ministerie van Algemene Zaken, 2022c).

Zorgverzekeringswet – Zvw

Een zorgverzekering vergoedt vooral medische zorgkosten. Bijvoorbeeld medische behandelingen en medisch noodzakelijke hulpmiddelen. Ook bepaalde hulpmiddelen, fysiotherapie en ergotherapie vallen onder de zorgverzekering. Verder is verpleging en verzorging thuis (wijkverpleging) ondergebracht in de zorgverzekering. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de uitvoer (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022a).

Zorgkantoor

Zorgkantoren zorgen ervoor dat mensen de juiste langdurige zorg krijgen vanuit de Wet langdurige zorg (Ministerie van Algemene Zaken, 2023). Zorgverzekeraar De Friesland is verantwoordelijk voor de uitvoer van het zorgkantoor in Friesland.

Hulpvrager

De hulpvrager is in dit onderzoek een persoon die ondersteuning nodig heeft uit een van de zorgwetten (Jeugdwet, Wlz, Wmo, Zvw). De ondersteuning die de hulpvrager nodig heeft, is in dit onderzoek hulpmiddel gerelateerd. De hulpvrager kan hierbij ook een derde persoon zijn die de hulpvrager vertegenwoordigt.

Professional

In dit onderzoek is de professional een persoon die een taak heeft in de totstandkoming van zorg voor de hulpvrager onder een van de zorgwetten. In dit onderzoek zijn de professionals terug te brengen naar vijf groepen: gemeentemedewerkers, zorgverzekeraar medewerkers, zorgkantoor medewerkers, onafhankelijk clientondersteuners en ergotherapeuten.

1. Inleiding

1.1. Achtergrond

In 2015 werden verschillende zorgtaken door een hervorming verschoven binnen het zorglandschap. De oude Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) kwam te vervallen en de taken en verantwoordelijkheden werden onderverdeeld in vier, deels nieuwe, wetten. De zorgverzekeraars kregen een groter takenpakket doordat delen van de AWBZ overgingen naar de bestaande Zorgverzekeringswet (Zvw) en de nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz). Ook de gemeenten kregen een grotere verantwoordelijkheid doordat delen van de AWBZ onder werden gebracht in de bestaande Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de nieuwe Jeugdwet (Kuijper, 2021). Met de herverdeling werd dan ook een deel van de taken van de overheid gedecentraliseerd naar de gemeenten. De gemeenten kregen de verantwoordelijkheid voor de Wmo en de Jeugdwet erbij. Het idee was dat dit de hulp dichterbij de burger bracht en hiermee de duidelijkheid voor de burgers zou worden vergroot. Hulpvragers zouden hiermee bijvoorbeeld één centraal aanspreekpunt hebben in de vorm van de gemeente voor de Wmo en Jeugdwet. Ook zouden gemeenten meer inspraak krijgen in het besteden van het geld. De middelen konden worden ingezet waar het nodig en wenselijk is voor de specifieke gemeente (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2019). De decentralisatie ging echter gepaard met bezuinigingen waardoor het totaal besteedbare budget naar beneden ging. Gemeenten geven aan dat er niet voldoende budget is om het sociaal domein, waar de Wmo en Jeugdwet onder vallen, toereikend te organiseren (Grol et al., 2021; Sociaal Cultureel Planbureau, 2020). Voor de zorgverzekeraars gold dat zij binnen de Zvw extra verantwoordelijkheden kregen. Daarnaast werd de Wlz ondergebracht bij de zorgkantoren en de grootste zorgverzekeraar per zorgregio is verantwoordelijk voor de uitvoering van het zorgkantoor. Hiermee kregen zowel de gemeente en de zorgverzekeraars niet alleen een grotere verantwoordelijkheid maar werd ook de zorg die voorheen centraal was geregeld in stukken geknipt en onderverdeeld in verschillende zorgwetten.

Zorgvragers zijn bij het ontvangen van zorg afhankelijk van deze vier zorgwetten, die omdat ze naast elkaar bestaan en elk een eigen functie en doel hebben, ook wel vier verschillende zorgdomeinen worden genoemd. Elke zorgwet is gevat in een van de domeinen die verantwoordelijk is voor een deel van de financiering van het zorglandschap. De zorg die een individu kan ontvangen is als het ware in stukken geknipt waarbij elk deel door een andere verantwoordelijke wordt geregeld en gefinancierd. Individuen met een bredere of complexere hulpvraag krijgen vaak te maken met meer dan één van deze domeinen. De zorgbehoefte van de hulpvrager is één geheel dat kan bestaan uit, door wetgeving, opgeknipte zorg uit de verschillende domeinen. De financiering voor de verschillende soorten zorg voor één hulpvrager is ingedeeld in de verschillende domeinen maar voor de hulpvrager zelf zijn deze grenzen onbelangrijk. De hulpvrager heeft simpelweg behoefte aan goede zorg, ongeacht uit welk domein deze afkomstig is. Er is hier sprake van wat onder andere het Sociaal Cultureel Planbureau (2021) het niet aansluiten van de 'systeemwereld' bij de 'leefwereld' noemt. Hiermee wordt bedoeld dat de regels,

procedures en wetten die zijn bedoeld om de kwaliteit en eenduidigheid van de zorg te waarborgen juist in de weg kunnen staan van het bereiken van deze zorg. Het beter laten aansluiten van de systeemwereld bij de leefwereld vergt samenwerking tussen de domeinen om gezamenlijk in de complete zorgbehoefte te voorzien. Dit om te voorkomen dat personen van het kastje naar de muur worden gestuurd en de weg tussen gemeente, zorgkantoor en zorgverzekeraar kwijtraken.

In het rapport ‘Grenzeloos samenwerken’ van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2022) worden problemen bij deze domeinoverstijgende samenwerking verder uitgelicht. Ondanks de wil om domeinoverstijgend samen te werken zitten er toch duidelijke ongewenste grenzen aan het samenwerken. Dit komt door tegengestelde, veelal financiële belangen van de verschillende betrokken instituties. Dit komt voort uit twee financiële onderliggende oorzaken. Allereerst is er casuïstiek die niet goed te plaatsen is in één domein waardoor de verantwoordelijkheid moeilijk te bepalen is. Hierdoor dreigt de hulpvrager tussen wal en schip te vallen en niet geholpen te worden doordat de verschillende verantwoordelijken elk liever de kosten bij een ander zien dan bij zichzelf. Ten tweede brengt het voordeel van vroegtijdig laagdrempelig voorkomen van toekomstige dure zorg problemen met zich mee. Door vroegtijdige interventie kan op lange termijn dure ondersteuning worden uitgespaard. De kosten hiervoor liggen echter niet altijd bij het domein die de toekomstige financiële uitsparing van de voorkomen zorg heeft. Zo zou relatief goedkope ondersteuning, bijvoorbeeld het mogelijk maken om langer thuis te blijven wonen, gefinancierd door de Wmo toekomstige, dure Zvw- of Wlz-zorg kunnen uitsparen. Hier liggen dan de kosten bij de gemeente maar de baten bij de zorgverzekeraar of het zorgkantoor. Deze scheve financiële prikkel beperkt het domeinoverstijgend samenwerken terwijl juist die samenwerking de totale maatschappelijke kosten zou beperken.

1.2. Aanleiding

In Friesland wil zorgverzekeraar De Friesland lokaal de domeinoverstijgende samenwerking bevorderen. De Friesland heeft een team opgericht dat specifiek gaat helpen wanneer individuen tussen wal en schip dreigen te vallen en niet meer weten waar ze terecht kunnen. Dit team heet het Domeinoverstijgend Loket (DOL). Ik heb hier stagegelopen vanuit de masterstudie sociologie en zodoende heb ik mee kunnen kijken bij het relatief nieuwe team. Tijdens mijn stage was het DOL alleen nog maar te bereiken voor professionals met een casus waarmee ze er vanuit hun eigen domein niet uit kwamen. Dit waren veelal gemeentemedewerkers die geen mogelijkheid zagen om vanuit de Wmo of Jeugdwet de ondersteuning te leveren. Zij konden contact opnemen met het DOL en de casus voorleggen. Het DOL dacht dan mee over onder welk domein de ondersteuning valt. In de tijd dat ik hier stage heb gelopen lag de focus op het versterken van de bestaande contacten met gemeenten en het uitnodigen van nieuwe groepen professionals, zoals bijvoorbeeld huisartsen. Een mogelijk doel voor de toekomst was het openstellen van het loket voor alle Friese inwoners die niet weten wie hen kan helpen met hun hulpvraag. Na mijn stage, is het DOL opengesteld voor ook niet-professionals met een hulpvraag. Dit onderzoek gaat echter over de periode voor deze openstelling voor de hulpvrager.

1.3. Relevantie

Bij de onderverdeling van de verschillende wetten bij verschillende uitvoerders speelt een probleem. De gezondheidszorg is op het gebied van de vier wetten zeer strikt ingedeeld in de verschillende hokjes of domeinen. Door dit ‘hokjesdenken’ ontstaat een probleem doordat individueel maatwerk niet meer mogelijk is of de hokjes niet op elkaar aansluiten. Hierdoor raken er individuen tussen wal en schip (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2022). De huidige regels zijn scherp en de bureaucratie is groot. Van gezondheidszorg die buiten de eigen kaders valt worden de handen afgetrokken en wordt de zorgvrager overgedragen aan de andere uitvoerders. Wanneer de andere uitvoerders van de zorgwetten ook vanuit hun regelgeving geen mogelijkheid zien tot het leveren van ondersteuning loopt de hulpvrager vast in de bureaucratische molen. Het risico hierbij is dat de toegankelijkheid van goede zorg voor individuen of groepen met een complexere hulpvraag wordt bemoeilijkt en niet de juiste zorg kan worden geleverd. De ervaringen van de hulpvrager is nog weinig onderzocht en hier bestaat dan ook nog veel onduidelijkheid over. Daarnaast is over de ervaring van de professional bij het vinden van de juiste zorg voor de hulpvrager nog weinig bekend. Dit onderzoek draagt bij aan inzicht verkrijgen in de ervaringen van beide groepen bij de zoektocht naar de juiste zorg.

Een centraal idee in het Nederlandse zorglandschap is dat de juiste zorg op de juiste plek moet komen. Het idee achter ‘de juiste zorg op de juiste plek’ is het toekomstbestendig maken van het Nederlandse zorglandschap (Van der Hulst et al., 2021). Om toekomstbestendig te blijven, moet zorg voorkomen, vervangen en verplaatst worden. De gezondheidszorg in Nederland is in de huidige vorm niet houdbaar en het Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit bestempelen het in het rapport ‘Samenwerken aan passende zorg’ (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022d) zelfs als “koekoeksjong” vanwege de steeds toenemende kosten. De zorg vergt in haar geheel te veel van de overheidsuitgaven waardoor op andere gebieden tekorten ontstaan. Volgens het idee van de juiste zorg op de juiste plek moet het voorkomen, vervangen en verplaatsen van de zorg deze groei beperken en staat de hulpvrager met een hulpvraag zelf centraal en sluiten de zorgpartijen hierop aan (Kennissplatform de Juiste Zorg op de Juiste Plek, 2020). Om de zorg toekomstbestendig te maken en toegankelijk te houden moeten de verschillende organisaties, uitvoerders van de zorgwetten en dus de verschillende domeinen met elkaar samenwerken (Grol et al., 2021). Samenwerking wordt dan ook veelvuldig aangedragen als een van de speerpunten voor het beter afstemmen van de zorg tussen de domeinen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022d; Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2022; Sociaal Cultureel Planbureau, 2021). Maar juist op het gebied van samenwerken tussen de domeinen schort het aan inzicht en blijft het veelal bij het benoemen van het stimuleren van samenwerken. Onderzoek naar de concrete voorwaarden die nodig zijn voor samenwerking in Friesland is van belang om deze samenwerking in de toekomst beter te kunnen realiseren.

1.4. Onderzoeksdoel

Om de mogelijkheden tot beter samenwerken te onderzoeken wordt in dit onderzoek gekeken naar de provincie Friesland. De zorgregio Friesland heeft in Nederland een goed uitgangspunt voor domeinoverstijgende samenwerking omdat de grens van de zorgregio samenvalt met de provinciegrens. Hierdoor werken de verschillende uitvoerders van de verschillende wetten allemaal in dezelfde provincie. Dit maakt het samenwerken gemakkelijker doordat het alleen draait om Friese gemeenten, het Zorgkantoor Friesland en verschillende zorgverzekeraars waarvan De Friesland verreweg de grootste is. De Friesland is de belangrijkste zorgverzekeraar in Friesland omdat 57% van de Friezen is verzekerd bij De Friesland. Daarmee is De Friesland ook verantwoordelijk voor het zorgkantoor Friesland. Deze provincie- en zorgregio-grens maakt dat Friesland een overzichtelijke regio is om domeinoverstijgende samenwerking te onderzoeken en potentieel te verbeteren.

Door middel van interviews zal worden onderzocht hoe de huidige situatie in Friesland is en wat de ervaringen hierbij zijn van hulpvragers die zorgondersteuning nodig hebben en de betrokken professionals die de ondersteuning realiseren. In het onderzoek staan de zoektocht naar de juiste zorg en de rol van domeinoverstijgende samenwerking centraal. Uit de voorgaande geschetste situatie volgt de centrale onderzoeksvraag van het onderzoek: ‘Wat is de ervaring van hulpvragers en zorgprofessionals in de zoektocht naar de juiste zorg in Friesland en welke rol is hierbij weggelegd voor domeinoverstijgende samenwerking?’.

1.5. Leeswijzer

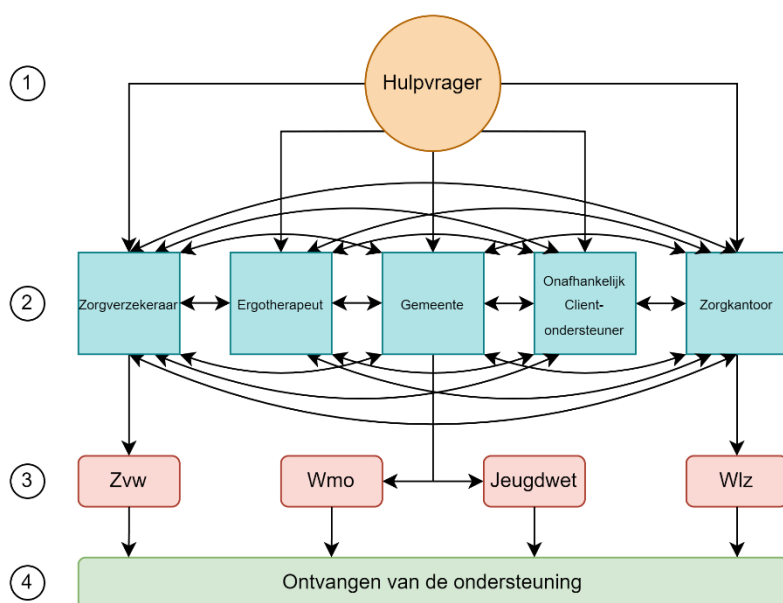
In dit eerste hoofdstuk zijn de achtergrond, aanleiding, relevantie en het doel van het onderzoek ingeleid. Vervolgens wordt in het tweede hoofdstuk het onderzoek verder theoretisch toegelicht. Dit hoofdstuk zal bestaan uit twee delen: ‘De route naar de juiste zorg’ en ‘Samenwerking’. Hierna worden in hoofdstuk drie de keuze voor het doen van kwalitatief onderzoek en de dataverzameling, -verwerking en -analyse beschreven en daarnaast zal in worden gegaan op de kwaliteitseisen en ethische overwegingen bij kwalitatief onderzoek. In hoofdstuk vier worden de resultaten uiteengezet. De resultaten zijn verdeeld in drie delen: Ervaringen van de hulpvragers bij de route naar de juiste zorg, ervaringen van de professionals bij de route naar de juiste zorg en ervaringen met samenwerking. Dit laatste deel is gesplitst in interne- en externe samenwerking. In het laatste hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag, wordt er op het onderzoek gereflecteerd en volgen aanbevelingen voor de praktijk.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksvraag ‘Wat is de ervaring van hulpvragers en zorgprofessionals in de zoektocht naar de juiste zorg in Friesland en welke rol is hierbij weggelegd voor domeinoverstijgende samenwerking?’ nader vanuit bestaande literatuur toegelicht. Het hoofdstuk begint met het beschrijven van de huidige systematische situatie. Hierna wordt ingegaan op de route van de hulpvrager. Hierbij zal worden ingegaan op het zoeken naar de juiste zorg, het doorverwijzen door de professional en de overgang naar zorg vanuit een ander zorgdomein. Hierna wordt de rol van verschillende groepen professionals beschreven. Hierbij komen de bijbehorende knelpunten per beroepsgroep aan bod. Tot slot wordt de rol van domeinoverstijgende samenwerking tussen de verschillende groepen professionals, in Friesland, Nederland en vanuit internationaal perspectief.

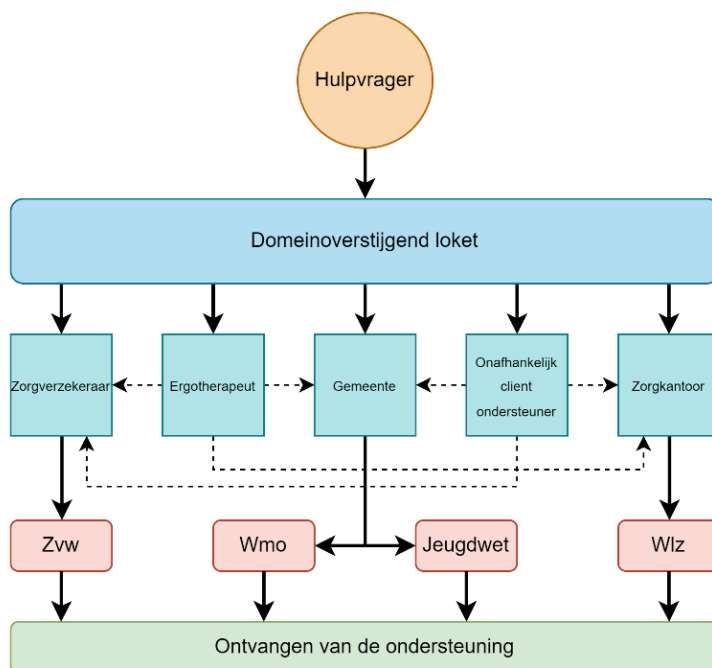
2.1. De route naar de juiste zorg

Het huidige systeem en de situatie waarin zowel de hulpvrager als de professionals zich bevinden, wordt weergegeven in onderstaand stroommodel van de route van de hulpvrager (figuur 1). Allereerst kan de hulpvrager (niveau 1) contact opnemen met meerdere instanties of beroepsgroepen (niveau 2). Vervolgens kan de hulpvrager wel of niet bij de juiste instantie of beroepsgroep zijn. Wanneer de hulpvrager niet bij de juiste instantie of beroepsgroep is zal worden doorverwezen naar een andere instantie of beroepsgroep. Dit is te zien in figuur 1 waarbij de hulpvrager op het niveau 2 wordt door- of terugverwezen. De ergotherapeuten en onafhankelijk clientondersteuners zijn als beroepsgroepen niet verantwoordelijk voor een specifieke zorgwet maar kunnen wel samen met de hulpvrager ondersteuning aanvragen bij de instantie die verantwoordelijk is voor de juiste zorgwet. Wanneer de hulpvrager bij de juiste instantie is kan er ondersteuning worden aangevraagd vanuit de bijbehorende zorgwet (niveau 3). Wanneer de ondersteuning is aangevraagd vanuit de bijbehorende zorgwet kan de hulpvrager de ondersteuning ontvangen (niveau 4).



Figuur 1: Stroomschema van de route van de hulpvrager in de huidige situatie

Door middel van samenwerking kan op verschillende manieren en in verschillende vormen worden gewerkt aan het realiseren van een makkelijker proces voor de hulpvrager en een betere afstemming tussen de verschillende professionals (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022d; Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2022; Sociaal Cultureel Planbureau, 2021). Een mogelijke ideale situatie zou zijn om de onduidelijkheid rondom het kiezen van het juiste aanspreekpunt en de onduidelijkheid bij de professional te elimineren door één centraal loket open te stellen (Amelung 2021; Plaisier & Den Draak., 2021). Dit loket zou de kennis en de bevoegdheid moeten hebben om de hulpvrager in een keer goed door te verwijzen naar de instantie die de hulpvrager het best kan helpen. In die situatie zou de zorg sneller tot stand komen en bevordert dit de toegankelijkheid van de zorg voor de hulpvrager. In figuur 2 is te zien dat de hulpvrager de zoektocht begint op steeds dezelfde plek en via dat loket in één stap terecht komt bij de juiste instantie. Vanuit die instantie komt de hulpvrager terecht bij de juiste zorgwet waarna de ondersteuning wordt toegekend vanuit die zorgwet. De stippellijnen in figuur 2 geven aan dat de ergotherapeut en de onafhankelijk clientondersteuner niet zelf de ondersteuning kunnen toekennen. Deze toevoeging van een domeinoverstijgend loket aan de route zou de duidelijkheid bij alle betrokkenen kunnen vergroten, de kosten verlagen en de efficiëntie bevorderen (Amelung et al., 2021).



Figuur 2: Stroomschema van de route van de hulpvrager in de situatie met een domeinoverstijgend loket

2.1.1. Betrokken professionals

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is het allereerst belangrijk om duidelijk te hebben welke organisaties, en daarmee welke zorgprofessionals, een rol spelen in het bereiken van de juiste zorg voor de hulpvrager. Zoals eerder benoemd spelen de gemeenten, de zorgverzekeraars en het zorgkantoor een wettelijk vastgelegde rol in het aanbieden van zorg. Elk van deze drie partijen is op

basis van respectievelijk de Wmo, Zvw en Wlz verantwoordelijk gesteld. Naast deze verantwoordelijke partijen zijn er nog twee belangrijke partijen die een rol spelen in het bereiken van de juiste zorg en het vergroten van de duidelijkheid rond wet- en regelgeving voor de hulpvrager. Deze twee partijen zijn de onafhankelijk clientondersteuner (OCO) en de ergotherapeut. De OCO is er voor het ondersteunen van de hulpvrager wanneer die er niet uit komt of extra hulp wil (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022c). De ergotherapeut helpt mensen in het zelfstandiger worden bij dagelijkse bezigheden (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2020c).

Gemeente, zorgverzekeraar en zorgkantoor

De Gemeente, zorgverzekeraar en het zorgkantoor hebben allen een wettelijk vastgelegde formele rol in het ondersteunen van de hulpvrager binnen hun eigen zorgdomein. Deze drie partijen zijn dan ook de meest voor de hand liggende partijen waar de hulpvrager contact mee opneemt in het geval van onduidelijkheid rond het aanvragen van ondersteuning. De eerdergenoemde hindernissen voor hulpvragers die een rol spelen bij het niet weten waar te beginnen en van het kastje naar de muur gestuurd worden, vinden voor een groot deel plaats bij de gemeente, de zorgverzekeraar en het zorgkantoor.

Te verwachten is dat brede, niet specifieke zorgvragen van de hulpvragers vooral binnenkomen bij de gemeente of bij de eigen zorgverzekeraar. Bij zorgvragen waar het precieze officiële aanspreekpunt niet duidelijk is, is de gemeente als overheidsinstantie naar verwachting het meest voor de hand liggende eerste beginpunt. Gemeenten bereiken hun laagdrempelige toegang voor informatie door middel van de wijk- of gebiedsteams die, zowel sociaal als ook geografisch, dicht bij de hulpvrager staan (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2020a). Met open spreekuren en telefonische bereikbaarheid zijn zij een goed punt om met een hulpvraag te beginnen. Ook de zorgverzekeraars zijn naar verwachting een instantie waar gemakkelijk contact mee wordt opgenomen. Met name vragen op het gebied van mogelijke vergoedingen vanuit de verzekeringspolis zijn voor de zorgverzekeraars veelvoorkomend (Van Esch et al., 2018). Zowel de gemeente als de zorgverzekeraars zijn in theorie ingericht op het zo laagdrempelig mogelijk helpen van hun inwoners of klanten. Toch is dit niet altijd het geval door de bij de hulpvrager beschreven verschillen tussen de systeemwereld en de leefwereld. Hoewel in de systeemwereld de gemeente en de zorgverzekeraars duidelijk afgebakend en gescheiden zijn, zal het er in de leefwereld van hulpvragers maar net van afhangen met welke vraag zij zitten of wat hun eerdere ervaringen zijn en dus naar wie men toegaat (Plaisier & Den Draak, 2021; Sociaal en Cultureel Planbureau, 2020). Voor het zorgkantoor geldt dat zij vrij onbekend is voor mensen die geen Wlz-indicatie hebben en dus geen gebruik kunnen maken van zorg vanuit de Wlz (Zuurmond & De Boer, 2020). Hierdoor is het minder waarschijnlijk dat mensen aan het begin van de zoektocht beginnen bij het zorgkantoor. Op basis van bovenstaande beschrijving is het interessant om inzicht te krijgen in de ervaring van de betrokken professionals en of zij dit herkennen.

De in theorie laagdrempeligheid van zorg is in de praktijk niet altijd realistisch. Verschillende knelpunten bemoeilijken het realiseren van de zorg. Zo zijn er leveringswachtrijen bij de gemeente op het gebied van ondersteuning vanuit WMO en Jeugdwet, zijn er lange telefonische wachttijden bij de

zorgverzekeraars en is het op het Wlz-domein een wirwar aan instanties met elk weer een eigen functie en taak (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021b; Nationale ombudsman, 2018, 2021). Van belang is om uit te diepen wat de problemen bij deze instanties zijn, hoe zij deze op dit moment tegengaan en waar mogelijke toekomstige concrete oplossingen liggen.

Onafhankelijke clientondersteuner

Onafhankelijke clientondersteuning moet verplicht worden aangeboden vanuit de Wmo en Wlz en is dan ook opgenomen in de bijbehorende wetten. Bij de Wmo geldt dat de gemeente de onafhankelijke clientondersteuning gratis beschikbaar moet stellen aan de hulpvrager. Ook moet de hulpvrager van tevoren op de hoogte worden gebracht over de mogelijkheid om haar belangen vertegenwoordigd te hebben door een onafhankelijk clientondersteuner (OCO) (*Wet maatschappelijke ondersteuning 2015*, 2022). Ook bij de Wlz dient de hulpvrager gebruik te kunnen maken van een door het zorgkantoor beschikbaar gestelde OCO. De hulpvrager of haar vertegenwoordiger moet voorafgaand worden gewezen op de mogelijkheid van een OCO (*Wet langdurige zorg*, 2022). Met de in de wet vastgelegde taak die de OCO heeft voor de hulpvrager is het van belang om deze groep professionals mee te nemen in het onderzoek.

De onafhankelijke clientondersteuners geven in een recent rapport aan dat het uitvoeren van hun werkzaamheden onder druk staat door een zestal redenen (Spruit, 2023). Allereerst worden hulpvragers gehinderd in het op eigen kracht meedraaien in de samenleving wanneer zij zich in een kwetsbare positie bevinden door bijvoorbeeld een beperking of een chronische ziekte. Zij worden gehinderd door juist de wetten en regels die hen zouden moeten ondersteunen. Het gaat hierbij om de Wmo, Wlz, Zvw en Jeugdwet waarbij er een gebrek is aan onderlinge samenwerking en er geen ruimte is voor maatwerk. Ten tweede is de juiste zorg niet beschikbaar doordat er lange wachtrijen zijn bij gemeenten en zorgaanbieders. Er zijn zowel wachtrijen voor de keukentafelgesprekken die toegang geven tot Wmo-voorzieningen en wachtrijen bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) dat gaat over het afgeven van een indicatie voor de Wlz (Centrum Indicatiestelling Zorg, 2023). Na het afgeven van de indicatie kunnen ook de wachtrijen voor het verkrijgen van de uiteindelijke hulp zeer lang zijn. Ten derde is er een toename in meervoudige problematiek waarin ook steeds meer mensen te maken krijgen met meerdere domeinen van zorg. Ten vierde staat de kwaliteit die de OCO kan leveren onder druk doordat in gemeenten de onafhankelijke clientondersteuning op verschillende manieren is vormgegeven en de verschillen te groot zijn tussen de gemeenten. Dit zorgt voor onduidelijkheid omdat OCO's in meerdere gemeenten actief zijn. Als vijfde punt is er de toenemende werkdruk voor de OCO door bezuinigingen en een toenemende vraag. De zesde en laatste ontwikkeling die wordt aangedragen is dat de OCO's steeds vaker tegen de grenzen van het stelsel aanlopen. Het is van belang om inzicht te krijgen in hoeverre deze punten worden herkend in de regio Friesland of dat er andere ontwikkelingen spelen. De oplossing die door Spruit (2023) wordt aangedragen is het inzetten op domeinoverstijgende samenwerking en een betere positie van OCO's. Er wordt aangedragen dat dit kan worden gerealiseerd door het samenvoegen van de wetgeving over OCO's in zowel de Wmo als Wlz en het creëren van een

centraal loket om van daaruit als hulpvrager toegang te hebben tot onafhankelijke clientondersteuning. Op basis van bovenstaande literatuur over de situatie bij de onafhankelijke clientondersteuning is het interessant om inzicht te krijgen in de ervaring van de OCO's in Friesland en of zij dit herkennen.

Ergotherapeut

De ergotherapeut kan voor de hulpvrager ook een rol spelen in het bereiken van de juiste zorg. De ergotherapeut adviseert over het vergemakkelijken van dagelijkse activiteiten wanneer deze activiteiten moeizamer gaan. De ergotherapeut brengt in kaart op welke manier de eigen omgeving kan worden aangepast of op welke manier de hulpvrager kan trainen om de dagelijkse activiteiten zelfstandig te kunnen blijven doen (Ergotherapie Nederland, 2022; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2020c; Nederlandse Zorgautoriteit, 2019). Hiervoor komt de ergotherapeut veelal bij de hulpvrager langs en kijken zij samen met de hulpvrager naar wat nodig is. Het gebruikmaken van een ergotherapeut wordt voor alle Nederlanders vergoed vanuit de basisverzekering en geldt voor tien uren aan ergotherapie (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2020c). Aan de hand van bijvoorbeeld hulpmiddelen voor in huis wordt het mogelijk voor de hulpvrager om zich zelfstandig te redden en langer thuis te blijven wonen. De hulpmiddelen zorgen voor het verkleinen van de druk op de gehele zorg doordat hulpvragers zichzelf kunnen redden en minder afhankelijk zijn van professionele ondersteuning. De hulpmiddelenzorg is een complex systeem omdat hulpmiddelen zowel uit de Zvw, de Wmo als de Wlz kunnen worden vergoed (Zorginstituut Nederland, 2020). Om duidelijkheid te scheppen en om het juiste loket te vinden speelt de ergotherapeut een belangrijke rol de hulpvrager die een hulpmiddelenzorgvraag heeft. Op basis van bovenstaande over de ergotherapeuten is het interessant om inzicht te krijgen in de ervaring van de ergotherapeuten in Friesland en of zij dit herkennen.

2.1.2. Uitdagingen op de route

De start van de route

Het gemak waarop de hulpvrager zonder al te veel voorkennis diens weg moet kunnen vinden in het zorglandschap is een belangrijke pijler voor een goede toegankelijkheid van de zorg (Nationale ombudsman, 2020). In het huidige systeem is deze toegankelijkheid niet goed geborgd. Voor de hulpvrager zijn er veel verschillende instanties die een mogelijk beginpunten zijn. Zoals eerder benoemd hebben hulpvragers te maken met verschillende domeinen waarin de zorg is ingedeeld. De toegang tot deze domeinen ligt voor de hulpvrager bij de gemeente, de zorgverzekeraar of het zorgkantoor maar ook via bijvoorbeeld de wijk- of gebiedsteams die elke gemeente heeft, (Nationale ombudsman, 2018; Plaisier & Den Draak, 2021). Al deze instanties hebben een eigen loket in fysieke of digitale vorm. Dit zijn locaties waar je langs kunt gaan of bijvoorbeeld een telefoonnummer, website of sociale media waar je als hulpvrager terecht kunt met je vragen. Voor elke hulpvrager en voor iedere hulpvraag is te verwachten dat de instantie waar men heen gaat voor antwoorden of ondersteuning verschillend is.

Door de verschillende verantwoordelijken voor de verschillende soorten zorg is te verwachten dat niet iedereen in eerste instantie daar aanklopt waar men zou moeten zijn (Nationale ombudsman,

2020). Zo is er veel onduidelijkheid over de plek waar hulpvragers heen kunnen op het moment dat zij een hulpvraag hebben (Nationale ombudsman, 2020, 2021). De eerste stap van de hulpvrager (van niveau 1 naar 2 in figuur 1) zal door deze onduidelijkheid een mogelijke eerste negatieve ervaring zijn (Nationale ombudsman, 2020; Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2022). Op basis van bovenstaande situatieschets over het begin van de route is het interessant om inzicht te krijgen in de ervaring van hulpvragers en of zij tegen dezelfde problemen aanlopen.

Door- en terugverwijzen

Hoewel de samenwerking tussen de verschillende domeinen misschien ver af staat van de hulpvrager, ondervindt de hulpvrager hier wel de gevolgen van. De samenwerking tussen de partijen speelt namelijk een belangrijke rol bij het doorverwijzen van de hulpvrager naar een andere partij (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2022). Wanneer de hulpvrager niet bij het juiste loket is met diens vraag bestaat de kans dat de hulpvrager doorverbonden moet worden (Stam, 2020). Het correct doorgestuurd worden is afhankelijk van de kennis van de professional en daarnaast afhankelijk van het netwerk van de instantie waar de hulpvrager heeft aangeklopt (Stam, 2020). Hoe breder en completer het netwerk van de instantie, hoe groter de kans dat de hulpvrager naar de juiste verantwoordelijke wordt doorverwezen. Gebeurt het juiste doorverwijzen niet, dan zal de hulpvrager bij de verkeerde organisatie stranden en opnieuw moeten beginnen (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2022). Wanneer het doorverwijzen goed gaat, ondervindt de hulpvrager hier weinig hinder door op de route. Gaat de doorverwijzen echter niet naar wens, dan ondervindt de hulpvrager hier mogelijk wel negatieve gevolgen door. Het risico is namelijk dat de hulpvrager heen en weer wordt gestuurd tussen verschillende organisaties zonder dat hulpvrager verder wordt geholpen (Nationale ombudsman, 2018, 2020, 2021). Dit is het zogenoemde ‘van het kastje naar de muur gestuurd worden’.

Wanneer de samenwerking tussen professionals te wensen overlaat zal de hulpvrager meer zelf moeten doen. De kennis van de hulpvrager in plaats van de kennis van de professional is op dat moment bepalend voor de kans van slagen. Ervan uitgaande dat de professional meer kennis heeft op diens vakgebied is dit een onwenselijke situatie. De hulpvrager weet dan bijvoorbeeld niet wat de volgende stap moet, of kan zijn en kan hierdoor niet verder op de route. Hieruit volgt de situatie waarin de hulpvrager als het ware blijft steken op niveau 2 in figuur 1. Op basis van bovenstaande beschrijving over doorverwijzen is het interessant om inzicht te krijgen in de ervaring van hulpvragers en professionals en of zij tegen dezelfde problemen aanlopen.

Wisselen van zorgwet

Samenwerking tussen verschillende domeinen is ook relevant voor de hulpvragers wanneer de ontvangen ondersteuning van het ene domein overgaat naar een ander domein. Hierbij is te denken aan de overgang van de Jeugdwet naar de Wlz of Wmo wanneer een hulpvrager achttien jaar wordt. Daarnaast gaat de overgang van zorg soms moeilijk wanneer de hulpvrager een Wlz-indicatie krijgt omdat de situatie veranderd en er langdurige zorg nodig is (Nationale ombudsman, 2018). Bij deze overgangen spelen verschillende problemen een rol. Zo kan de eigen financiële bijdrage fors toenemen

bij de overgang naar de WLZ, of kan er sprake zijn van een zogenaamde ‘zorgval’ waarbij de hoeveelheid zorg vanuit het nieuwe domein minder wordt, terwijl de situatie van de hulpvrager gelijk blijft (Plaisier & Den Draak, 2021; De Klerk et al., 2019). Daarnaast kan het zo zijn dat de nieuwe zorg identiek is aan de oude zorg, maar er wel gewisseld moet worden van aanbieder vanwege verschillende contracten van domeinen met aanbieders. Deze drempels zorgen ervoor dat de overgangen minder snel worden gemaakt. Dit kan weer leiden tot het niet ontvangen van de juiste zorg door de hulpvrager (Plaisier & Den Draak, 2021). De overgangen moeten soepeler en duidelijker worden gemaakt door het beter samenwerken tussen de domeinen. Op basis van bovenstaande beschrijving van de overgangen tussen de wetten is het interessant om inzicht te krijgen in de ervaring van hulpvragers en professionals en of zij tegen dezelfde problemen aanlopen.

Kennis en tijd van de professional

In tegenstelling tot de hulpvragers hebben professionals gericht inhoudelijke kennis over het domein of de domeinen waarin zij werkzaam zijn en met welke zij te maken hebben. Toch kan het voor de professional voorkomen dat het vinden van de juiste zorg voor een hulpvrager een zoektocht is. Voor veelvoorkomende situaties en vragen zal hier naar verwachting geen probleem zijn. Wanneer de vraag echter domeinoverstijgend van aard is en er kennis en zorg nodig is vanuit meerdere domeinen, wordt de juiste zorg regelen ingewikkelder (Plaisier en Den Draak, 2021). Het omgaan met en het beantwoorden van vragen is een van de taken van deze professionals. Het is het goed om te weten wat zij doen wanneer zij het antwoord op de vraag van de hulpvrager niet weten. De ervaring van de professional met betrekking tot de regelgeving en procedures binnen en buiten de organisatie spelen hierbij een rol. Hoe groter de kennis over het eigen domein maar ook de andere domeinen, hoe beter de hulpvraag juist kan worden ingeschat. Ook de bijbehorende administratie neemt een groot deel van de tijd van de zorgprofessionals in beslag en zorgt voor werkdruk (Nationale ombudsman, 2018). Naast werkdruk spelen ook mogelijke tijdseisen vanuit de organisatie een rol. Tijdsdruk zou ervoor kunnen zorgen dat de hulpvrager minder goed geholpen wordt dan gewenst of dat de hulpvrager zelfs helemaal niet geholpen wordt en wordt doorgestuurd. Op basis van bovenstaande situatieschets is het interessant om inzicht te krijgen in de ervaring van de professionals en of zij tegen dezelfde problemen aanlopen.

Domeinoverstijgend loket

Een mogelijke situatie met betrekking tot betere samenwerking is weergegeven in figuur 2. Het idee hierachter is één centraal loket waarbij men terecht kan met alle zorggerelateerde vragen (Plaisier & Den Draak, 2021). Een centraal loket waar contact mee kan worden opgenomen bij vragen over de vergoedingen vanuit de verschillende domeinen, genaamd Het Juiste Loket, is dan ook recent opgezet door de overheid om aan deze wens te willen voldoen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022b). De hulpvrager krijgt hier echter enkel een passief advies over vanuit welke wet de hulpvraag kan worden vergoed. Bij de complexere hulpvragen waar het antwoord minder duidelijk is, kan de hulpvrager evengoed te maken krijgen met doorverwijzen. De verantwoordelijke instanties kunnen het namelijk niet eens zijn met het advies dat vanuit ‘Het Juiste Loket’ wordt gegeven. Daarnaast

is het advies niet bindend. Ook de zorgverzekeraar De Friesland heeft een loket geopend om de hulpvrager centraal te kunnen helpen. Op het moment van dit onderzoek is het Domeinoverstijgend Loket (DOL) alleen bereikbaar voor andere professionals een bij hen binnengekomen hulpvraag voor kunnen leggen aan het DOL. Het DOL ondersteunt deze professional met het vinden van de juiste route en ondersteuning. Het DOL wil in de toekomst een actieve rol spelen in het zoeken naar de juiste zorg. Om deze rol te kunnen uitvoeren voor de Friese hulpvrager, moet de manier waarop de hulpvrager contact opneemt met het DOL worden bepaald. De rol voor het DOL kan op twee manieren worden ingevuld. De eerste is een situatie waarbij voor de hulpvrager het DOL de eerste partij is waar contact mee wordt opgenomen. Een risico hierbij is dat de ‘simpele’ en eenduidige vragen van hulpvragers hier ook binnenkomen. Dit zou dan ten koste gaan van de tijd voor ‘complexere’ hulpvragen. De tweede situatie is een schakel vormen voor de samenwerking tussen de domeinen. In deze situatie zouden professionals die er niet uitkomen contact kunnen opnemen met het DOL waarbij het DOL domeinoverstijgend meedenkt over de hulpvraag. Een risico hierbij is dat de samenwerking laat wordt opgezocht waardoor de route van de hulpvrager lang blijft en de hulpvraag kan verergeren in de tussentijd. Op basis van bovenstaande mogelijke oplossingen is het interessant om inzicht te krijgen in de ervaring van hulpvrager en of zij tegen dezelfde problemen aanlopen. Ook de ervaring van professionals en of zij dit ook zien als mogelijke oplossing, is interessant.

2.2. Professionele samenwerking

2.2.1. De lokale situatie: Friesland

In de provincie Friesland neemt de druk op de zorg toe doordat er onder andere een toename is aan kwetsbare ouderen en er sprake is van een beleid gericht op steeds langer thuis wonen voor diezelfde ouderen. Er bestaan echter tekorten aan juist de professionals die de zorg aan huis leveren. Daarnaast nemen de kosten voor de zorg vanuit de Zvw, de Wlz en de Wmo toe per inwoner (Wierstra & de Jong, 2020). Een oplossing voor deze twee knelpunten moet worden gezocht in de ‘mienskip’ (ROS Friesland, 2020). In de provincie Friesland is het thema mienskip, oftewel gemeenschap, een terugkerend thema in de samenleving maar ook in het beleid. Deze gemeenschapszin komt ook naar voren in de zorg. De basis voor het vormen en realiseren van mienskip is met elkaar en voor elkaar werken. Vanuit deze gedachte is samenwerking in Friesland een taak voor iedereen, zowel professional als mantelzorger.

De brede samenwerking wordt gezocht en gevonden in de Friese Samenwerkingsagenda (De Friesland & Vereniging van Friese Gemeenten, 2022). Deze samenwerkingsagenda is opgesteld door partijen die verantwoordelijk zijn voor de zorgdomeinen, namelijk de Friese gemeenten, het zorgkantoor en zorgverzekeraar De Friesland. De eerste aanleiding voor het samenwerken is de landelijke opdracht voor het samenwerken binnen de Nederlandse zorgregio’s, waaronder dus Friesland, op de onderwerpen preventie, ouderen en GGZ. De Friese partijen willen echter verder gaan dan alleen deze onderwerpen en dragen naast deze landelijke thema’s nog twee eigen thema’s aan waarop zal worden samengewerkt: jeugd en Juiste Zorg op de Juiste Plek. Een tweede aanleiding voor het samenwerken, is het versnipperde landschap binnen het domeinoverstijgend samenwerken in Friesland.

In verschillende projecten werken verschillende domeinen wel met elkaar samen maar het ontbreekt aan samenhang. Het creëren van de samenhang in de bestaande projecten is een van de doelen van de samenwerking. De samenwerkingsagenda benoemt zestien ambities voor de komende jaren op de vijf eerdergenoemde thema's. Deze ambities gaan onder andere over de toegankelijkheid van de juiste zorg voor de hulpvrager ongeacht vanuit welk domein, het laten aansluiten van de activiteiten van de verschillende betrokken partijen, de overgang van 18- naar 18+ en het door de hulpvrager kunnen vinden van het juiste loket.

Verder is De Friesland op twee manieren bezig met het vergemakkelijken van het bereiken van de juiste zorg op de juiste plek voor de hulpvrager. Allereerst is er het eerdergenoemde domeinoverstijgend loket dat is ingericht voor vragen vanuit de hulpvrager (De Friesland, Z.D.-a). Daarnaast zet De Friesland in op regionale samenwerking in de vorm van casuïstiektafels (De Friesland, Z.D.-b). Bij deze tafels zitten de gemeenten, zorginstellingen, beleidsmedewerkers en de zorgverzekeraar om tafel om hulpvragers die tussen wal en schip vallen gezamenlijk proberen te helpen. Ook kunnen tijdens deze bijeenkomsten knelpunten in de systeemwereld worden besproken.

2.2.2. De landelijke situatie: Nederland

Samenwerken is, zoals eerder behandeld en genoemd, een belangrijk verbeterpunt in het zorglandschap waarbij onder andere partijen vanuit de verschillende domeinen zoals het zorgkantoor de zorgverzekeraars en de gemeenten een rol hebben (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2022; Sociaal Cultureel Planbureau, 2021; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport., 2022d). Daarnaast zijn er tal van andere grotere en kleinere organisaties die samen het geheel aan zorg voor de hulpvragers regelen, financieren en leveren. Hierin is het onvermijdelijk dat de partijen moeten samenwerken. Dit gebeurt dan ook op grote schaal en met tal van afspraken, contracten en regelingen wordt er samengewerkt (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2022). Toch is er een tekort aan samenwerking op de moeilijkere, complexere situaties en wordt daadwerkelijk samenwerken maar mondjesmaat gerealiseerd (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2022). De uitdagingen die er zijn op nationaal gebied zullen naar alle waarschijnlijkheid ook gelden voor Friesland. Daarnaast is het interessant om te kijken of er verschillen zijn tussen de Nederlandse en Friese situatie. Wat speelt nationaal wel en in Friesland niet en wat speelt er in Friesland dat er nationaal niet speelt.

2.2.3. De internationale situatie

Het vergelijken van landen onderling is lastig omdat elk land zo haar eigen manier van het indelen van de zorg heeft. De situatie is per land verschillend door onder meer verschillen in wet- en regelgeving. Desondanks is het interessant om te kijken naar de internationale context om te zien hoe vergelijkbare problemen hier worden aangepakt. Wereldwijd heeft in de afgelopen decennia een verandering van de publieke voorzieningen plaatsgevonden waarbij delen van de overheidstaak werden ondergebracht bij private partijen (Lapsley & Miller, 2019). Ook wetgeving op het gebied van gezondheidszorg is hierbij ondergebracht bij verschillende verantwoordelijke partijen met als doel de sector efficiënter te maken (Elwood, 1996; Lapsley, 1994; Lapsley & Miller, 2019). De problemen waar in Nederland tegen aan

wordt gelopen zijn niet uniek. Ook in andere landen gelden problemen met deze opdeling in de zorg waarbij verschillende delen van de zorg zijn ondergebracht bij verschillende verantwoordelijken. Deze opdeling wordt ook in andere landen als Brazilië en Colombia als negatief ervaren (Vargas et al., 2014). De opdeling van de zorg in verschillende onderdelen is internationaal gezien dus ook een vraagstuk. Verder speelt in veel landen het probleem dat er steeds meer chronische zieken zijn en dat de inwoners steeds ouder worden. De combinatie hiervan maakt dat de kosten voor de zorg uit de hand lopen en er in veel landen anders naar het zorg systeem moet worden gekeken (Amelung et al., 2021).

Een van de aangedragen systeemveranderingen om de kosten in de zorg te verlagen, de effectiviteit te vergroten en de kwaliteit van zorg te verbeteren is 'geïntegreerde zorg' (Amelung et al., 2021). De geïntegreerde zorg benadering heeft als doel de zorg patiëntgericht in te richten en daarbij samen te werken met verschillende zorgorganisaties. Geïntegreerde zorg zou in Nederland en Friesland een relevante rol kunnen spelen in het bepalen van de manier waarop er kan worden samengewerkt ten behoeve van de hulpvrager. Er wordt onderscheid gemaakt tussen vormen van integratie waarbij onder andere wordt ingegaan op horizontale en verticale integratie (Amelung et al., 2021). Zo kan er sprake zijn van horizontale integratie waarbij verschillende instanties samenwerken in domeinoverstijgende teams en kan er verticale integratie plaatsvinden waarbij de routes van hulpvrager tot uiteindelijke zorg worden vastgesteld en gestroomlijnd. Deze twee vormen van integratie worden in dit onderzoek gebruikt voor het onderscheiden van twee soorten samenwerking. Interne samenwerking gaat over samenwerken binnen de eigen organisatie of beroepsgroep met als doel het vaststellen en stroomlijnen van de route voor de hulpvrager. Externe samenwerking is het met andere organisaties of beroepsgroepen samenwerken met als doel het versimpelen van de route voor de hulpvrager. Op basis van bovenstaande literatuur is het interessant om inzicht te krijgen in de ervaring van de professionals en of zij extra mogelijkheden zien tot interne- of externe samenwerking.

3. Methoden

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het gehele proces van het uitvoeren van het onderzoek. Er zal in worden gegaan op wat er is gedaan, hoe dit is gedaan en waarom dit is gedaan. Allereerst zal de keuze voor kwalitatief onderzoek worden toegelicht. Vervolgens zal achtereenvolgens in worden gegaan op de dataverzameling, de dataverwerking en -analyse, kwaliteitseisen voor kwalitatief onderzoek en ten slotte ethische overwegingen bij het onderzoek.

3.1. Keuze voor kwalitatief onderzoek.

Ik heb gekozen voor een kwalitatieve manier van onderzoek doen waarbij de ervaringen van de participanten bij het vinden van de juiste zorg en de rol van domeinoverstijgende samenwerking centraal staan. De ervaring van de participanten kan bij een kwalitatief onderzoek, in vergelijking met een kwantitatief onderzoek, beter worden achterhaald. Dit komt doordat er bij kwalitatief onderzoek op een dieper niveau inzicht kan worden verkregen in de ervaringen van de participanten (Hennink et al., 2020). Omdat de individuele situatie van de hulpvragers en professionals uiteenlopend kan zijn, is een standaard vragenlijst niet geschikt. Daarom is ervoor gekozen om een diepte-interview te houden met de participanten aan de hand van een semigestructureerd interviewschema. Hierdoor is het beter mogelijk om in te gaan op de individuele situatie en kan er worden doorgevraagd om een dieper begrip te krijgen. Daarnaast kan er vanuit een semigestructureerd interview ingegaan worden op onderwerpen die van tevoren niet te verwachten zijn maar toch aan de orde komen. Deze vrijheid bij een semigestructureerd diepte-interview, zorgt ervoor dat er een completer beeld kan worden gevormd van de gehele persoonlijke situatie. Bij kwalitatief onderzoek kan op deze manier naar de werkelijkheid worden gekeken door de ogen van de participanten. Het onderzoek is daarnaast een verkennend onderzoek omdat er weinig bekend is over de ervaringen van zowel de hulpvragers als de participanten bij het vinden van de juiste zorg. Ook de manieren waarop er concreet domeinoverstijgend samen kan worden gewerkt zijn nog onbekend. Het gebruik maken van een semigestructureerd diepte-interview past goed bij deze verkennende vorm van het onderzoek (Hennink et al., 2020). Al met al is gekozen voor een kwalitatief onderzoek op basis van interviews omdat dit een passende manier is van informatievergaring en dataverzameling die past bij het type verkennend onderzoek en de onderzoeksvraag die gaat over de persoonlijke ervaring van de participanten.

3.2. Dataverzameling

3.2.1. *Participantenselectie*

De persoonlijke ervaring van twee groepen bij het vinden van de juiste zorg en de rol daarbij voor domeinoverstijgende samenwerking vormt de basis van de onderzoeksvraag. De groep hulpvragers bestaat uit mensen met een hulpvraag op het gebied van hulpmiddelen waar zij niet zelfstandig uitkomen. Zij hebben behoefte aan zorg of ondersteuning vanuit een of meerdere zorgdomeinen en zoeken daarom hulp. De tweede groep is de groep professionals die de hulpvragers zal begeleiden en helpen in de route naar de juiste zorg. Deze groep professionals is verder onderverdeeld in vijf

subgroepen. Deze twee groepen, met deels onderliggende subgroepen, zijn dan ook de doelgroepen van wie de ervaringen in het onderzoek centraal staan.

Hulpvragers

Het werven van de hulpvragers voor het houden van interviews is gegaan via het Domeinoverstijgend Loket (DOL) van De Friesland. Het DOL heeft vanaf het begin af aan de hulpvragen die binnenkwamen bijgehouden en gecategoriseerd met als doel om inzichtelijk te krijgen wat de terugkerende en veelvoorkomende vragen zijn. Op het moment van het benaderen van de mogelijke participanten waren er 147 vragen binnengekomen bij het DOL. Een relatief grote categorie hierbij (21) betrof vragen over hulpmiddelen zoals een rolstoel, hoog-laag bed of traplift. Uiteindelijk is ervoor gekozen om deze groep van 21 hulpvragers te benaderen omdat, zoals naar voren is gekomen in hoofdstuk 2, de onduidelijkheid bij hulpmiddelenondersteuning groot is. Allereerst zijn er bij hulpmiddelen verschillende zorgdomeinen die de verantwoordelijkheid voor vergoeding kunnen dragen. Ten tweede zijn hulpmiddelen een vorm van ondersteuning die samenleving-breed in vele soorten en maten voorkomt. Ten slotte kunnen hulpmiddelen daarnaast door het gehele ziekteproces op verschillende momenten ondersteuning bieden. Hiermee beperkt een hulpvraag met betrekking tot hulpmiddelen zich niet tot een bepaalde leeftijdscategorie of een bepaald specifiek ziektebeeld, zoals dat wel het geval was bij veel andere categorieën van zorgvragen die waren binnengekomen bij het DOL. Dit is belangrijk zodat de participanten potentieel een zo goed mogelijke representatie zijn van de hulpvragers die op zoek zijn naar de juiste zorg, ongeacht leeftijd of ziektebeeld.

Een probleem bij de participantenselectie van de hulpvrager was dat de contactgegevens van deze personen niet waren meegenomen in het bijgehouden bestand vanwege privacy-redenen. Hierdoor waren deze gegevens niet bekend bij het DOL. Om toch contact te kunnen maken, zijn via het verzekerdenbestand van De Friesland, d.w.z. zij die verzekerd waren bij De Friesland, van vijftien personen de contactgegevens achterhaald. Een ander deel was onbekend bij De Friesland maar was wel via de wijk- of gebiedsteams van hun gemeente terechtgekomen bij het DOL. Van die personen heb ik de contactgegevens van de hulpvrager via de wijk- en gebiedsteams achterhaald. Van de laatste drie personen waren de contactgegevens niet bekend of te achterhalen. Bij deze personen was het dan ook niet mogelijk om hen te benaderen.

De manier waarop de persoonsgegevens zijn achterhaald, zowel vanuit De Friesland als via de wijk- en gebiedsteams, is goedgekeurd door de ethische commissie van De Friesland en Zilverenkruis. Bij het achterhalen van de contactgegevens van de hulpvragers of de betrokken wijk- en gebiedsmedewerkers is enkel de naam en een telefoonnummer met mij gedeeld. In overige persoonsgegevens heb ik geen inzicht gehad. Daarnaast heb ik tijdens mijn stage succesvol cursussen afgerond op het gebied van privacy en persoonsgegevens en heb ik een geheimhoudingsverklaring ondertekend. Om deze redenen mocht ik toegang krijgen tot deze gegevens en mocht ik deze ook gebruiken voor mijn onderzoek. Verder zijn de gegevens van de personen die niet mee wilden of konden doen, verwijderd.

Met de achttien personen waarvan wel contactgegevens zijn achterhaald heb ik telefonisch contact opgenomen. Bij het eerste contact is benoemd waarvoor er contact werd opgenomen, wat het doel van het onderzoek was en ook werd verteld hoe de contactgegevens achterhaald waren. Daarnaast is hier aangegeven dat er een geluidsopname zou worden gemaakt en deze opname tekstueel zou worden uitgewerkt. Vervolgens is een afspraak gemaakt met de hulpvragers die mee wilden doen aan het onderzoek. Uiteindelijk zijn er vijf participanten gevonden die bereid waren om mee te doen aan het onderzoek. Met deze vijf hulpvragers is een moment voor het houden van een interview afgesproken. Deze vijf hulpvragers hebben uiteenlopende hulpvragen waar ze de juiste zorg voor probeerden te vinden en waarmee ze uiteindelijk terecht zijn gekomen bij het DOL.

De non-response bestond uit dertien personen. Drie personen waren telefonisch niet te bereiken. Twee personen gaven aan meer informatie te willen via email waarna er geen reactie meer is gekomen op de mail en herinneringsmail. Van de overige acht personen waren de voornaamste redenen om niet mee te doen een gebrek aan tijd of een gebrek aan geschatte persoonlijke relevantie. Het geven van een interview kost tijd en niet iedereen zag dat zitten. Daarnaast gaven personen aan dat ik beter iemand anders kon vragen omdat 'die ander' er meer over te vertellen zou hebben. Zij zagen zichzelf niet als geschikt, ook na het benadrukken van het tegendeel.

Professionals

Omdat er maar vijf hulpvragers bereid waren gevonden om mee te werken aan het onderzoek heb ik, in overleg met mijn scriptiebegeleider, besloten om een tweede groep participanten te betrekken bij het onderzoek. Omdat mijn stage bij het DOL was afgelopen, had ik geen toegang meer tot de hulpvragers die bij het DOL in beeld waren. Daarom is de keuze gemaakt om professionals als doelgroep toe te voegen aan het onderzoek. Door deze keuze heeft het onderzoek een bredere focus gekregen op zowel de ervaringen van de hulpvrager als ook de bijbehorende professionele groepen. Hierbij is de keuze gemaakt voor vijf groepen professionals. Allereerst was het van belang om een beeld te krijgen van de ervaringen bij de instanties die verantwoordelijk zijn voor het uitvoeren van de vier zorgwetten. Hiervoor zijn medewerkers van verschillende Friese gemeenten, medewerkers van zorgverzekeraar De Friesland en medewerkers van het zorgkantoor Friesland betrokken bij het onderzoek. Daarnaast zijn de onafhankelijk clientondersteuner (OCO) en de ergotherapeut als doelgroep betrokken bij het onderzoek. De groep OCO's is betrokken vanwege haar wettelijk vastgelegde taak voor het begeleiden van de hulpvrager binnen de Wmo en Wlz. Daarnaast houden zij zich bezig met vooral ook complexere hulpvragen. De groep ergotherapeuten is betrokken vanwege haar expertise op het gebied van hulpmiddelen. Daarnaast gaven meerdere geïnterviewde hulpvragers aan dat de ergotherapeut een belangrijke sparringpartner waren in de route naar de juiste zorg. Professionals uit deze doelgroepen zijn allen via email benaderd met de vraag of zij bereid waren mee te werken aan het onderzoek.

De medewerkers van de Friesland en het zorgkantoor heb ik benaderd met contactgegevens die ik al had door mijn stage bij het Domeinoverstijgend Loket. Deze professionals kenden mij al en waren al op de hoogte van dit onderzoek. Hier was één afmelding door het niet kunnen vinden van een moment

waarop het interview kon worden afgenomen. Hierdoor komt het uiteindelijke aantal professionals in deze groep op zes. De mail die aan hen is gestuurd is opgenomen in bijlage A.

De gemeentemedewerkers heb ik benaderd door zeven Friese gemeenten met relatief grote inwoneraantallen aan te schrijven. Hierbij heb ik gevraagd naar de mogelijkheid tot een interview met een medewerker die gaat over de binnenkomende hulpvragen voor een wijk- of gebiedsteam. Bij dit contact is aangegeven wat de reden voor het onderzoek was en waarom zij werden aangeschreven. Ik heb de zeven gemeenten in vier rondes aangeschreven, waarbij het inwoneraantal niet bepalend was voor de volgorde. In de eerste ronde zijn drie gemeenten en later, vanaf het moment dat er één interview gepland stond, twee gemeenten per ronde aangeschreven. De belangrijkste reden van twee gemeenten om niet mee te doen was het niet meewerken aan incidenteel extern onderzoek. Van drie andere gemeenten is geen reactie ontvangen. Het doel was om twee professionals per beroepsgroep te interviewen en op het moment dat dit aantal was gehaald ben ik gestopt met benaderen van gemeenten. De verstuurde mail is bijgevoegd in bijlage B.

De onafhankelijk clientondersteuners zijn bereikt door drie organisaties die onafhankelijke clientondersteuning aanbieden in Friesland aan te schrijven. Daarnaast zijn drie zelfstandige onafhankelijke clientondersteuners werkzaam in Friesland aangeschreven. Ook hier zijn de organisaties en personen in verschillende rondes benaderd met per ronde een aanbieder en een zelfstandige. Hierbij was het streven ook twee interviews. De redenen om niet mee te doen aan het onderzoek waren tijdkort en het niet willen meewerken aan een onderzoek. Daarnaast is niet van iedereen een reactie ontvangen. Bij het aanschrijven van de personen of organisaties is benoemd wat het onderzoek inhoudt en hoe het interview en de afhandeling zou gaan. Deze mail is te vinden in bijlage B.

Voor het bereiken van de ergotherapeuten heb ik in rondes van twee per keer, in totaal 6 ergotherapeuten benaderd die werkzaam zijn in verschillende gebieden in Friesland. Hiermee is ook doorgedaan tot er twee participanten waren gevonden. De belangrijkste redenen om niet mee te doen was tijdkort. Van een ergotherapeut is geen reactie ontvangen. Ook bij hen is de rol van de ergotherapeut in het onderzoek benadrukt en is hen meegegeven hoe het interview zou gaan en wat er met de informatie zou worden gedaan. Deze mail is te vinden in bijlage B.

Vanuit deze gehele participantenwerving zijn uiteindelijk vijf hulpvragers en twaalf professionals bereid gevonden om geïnterviewd te worden. Overzichtstabellen waarin de participanten worden beschreven, zijn te vinden in het resultatenhoofdstuk. Met deze participanten is een afspraak gemaakt voor het afnemen van het interview. In paragraaf 3.2.3. komt het verloop van het interview komt aan bod.

3.2.2. Interviewschema

Om het interview te laten verlopen als gesprek waarin de ervaring van de participant centraal staat is het van belang om niet een vaste volgorde aan vragen te hebben. Het interview kan op deze manier de volgorde aanhouden waarop de participant de onderwerpen aandraagt. Door niet vast te houden aan een vaste volgorde vloeien de verschillende onderwerpen en vragen goed in elkaar over en wordt het

herhalen van onderwerpen zoveel mogelijk gemeden. Wel is het interviewschema ingedeeld in vaste onderdelen om de duidelijkheid te waarborgen. De volgorde bij het interview is als volgt: introductie, openingsvragen, kernvragen en afsluitende vragen.

Voordat het interview van start ging werd het toestemmingsformulier (bijlage C) ondertekend door de participanten. Hierin is aangegeven wat de rechten van de participanten zijn en wat de rechten en plichten van de onderzoeker zijn. In het toestemmingsformulier is door de participant (1) toestemming gegeven voor het houden van een interview, (2) toestemming gegeven voor de geluidsopname met als doel het tekstueel uitwerken (transcriberen) van het interview, (3) toestemming gegeven voor het bewaren van de geluidsopname en het transcript tot het einde van het onderzoek (het afronden van de scriptie met een beoordeling) en (4) toestemming gegeven voor het gebruiken van de inhoud van het interview voor het onderzoek. Daarnaast is in het toestemmingsformulier opgenomen dat: (5) de geluidsopname, het transcript en het toestemmingsformulier beveiligd worden bewaard op de data-server van de Rijksuniversiteit Groningen en (6) dat deze ook beschikbaar zijn voor de scriptiebegeleider. Verder is opgenomen dat de onderzoeker (7) de plicht heeft de interviews anoniem te verwerken en dat niets in het uiteindelijke rapport van het onderzoek teruggeleid kan worden naar de participant. Tot slot is opgenomen dat (8) het toestemmingsformulier tot een half jaar na het afronden van het onderzoek wordt bewaard als bewijs voor toestemming en hierna zal worden verwijderd. Door het toestemmingsformulier zijn de rechten en plichten duidelijk en wordt het onderzoek met 'informed consent' (toestemming op basis van goede voorlichting) van de participant uitgevoerd.

De introductie van het interviewschema bestond uit een paar zaken. Allereerst stelde ik mezelf nogmaals voor waarbij ik inging op mijn studie en stage en bijbehorende scriptie. Hierna werd het doel van het onderzoek toegelicht: het inzicht krijgen in de ervaringen van de participant bij het vinden van de juiste zorg en de rol van domeinoverstijgende samenwerking. Nadat het doel van het onderzoek was toegelicht, werd de manier waarop het onderzoek zou plaatsvinden uitgelegd. Hier zijn nogmaals de rechten en plichten uit het toestemmingsformulier herhaald. Hierna werd benadrukt dat de participant op elk moment mocht stoppen met het interview en bij vragen mocht onderbreken. Als laatste deel van de introductie werd gevraagd of alles tot zover duidelijk was en werd er nogmaals, ditmaal tijdens de geluidsopname, toestemming gevraagd voor de geluidsopname. Hierna werd gestart met de rest van het interview.

Voor de hulpvrager begon het met de openingsvragen zich kort voor te stellen, het benoemen van hun hulpvraag en uitleggen van de situatie. Ook is hier gevraagd naar de woonsituatie van de participant omdat dit invloed kan hebben op de te ontvangen zorg. Hierna volgden kernvragen die voortkwamen uit de in de literatuur naar voren gekomen knelpunten en mogelijke situaties die zijn ervaren door de hulpvrager. De eerste vragen gaan over de vormen van zorg die werden ontvangen. Wanneer het hierbij niet duidelijk was vanuit welke zorgwet deze zorg werd ontvangen is om verduidelijking gevraagd. Ten tweede is gevraagd naar de route die de hulpvragers hebben afgelegd tot het bereiken van de juiste zorg. Hier komt aan bod met welke organisaties ze contact hebben gehad en

wat de ervaring hiermee was. Ook is hier gevraagd naar mogelijke knelpunten die zij hebben ervaren. Ten derde is er gesproken over al dan niet aanwezige professionele ondersteuning bij het vinden van de juiste route. Hier is gevraagd naar de mogelijke toegevoegde waarde van extra professionele ondersteuning. Ook is hier gevraagd op welk moment in de route deze extra ondersteuning de hulpvrager zou helpen. Tot slot is gevraagd naar de rol voor een domeinoverstijgend loket. Wanneer tijdens het interview alle kernvragen waren besproken, is afsluitend gevraagd naar aanvullingen of onderwerpen die volgens de hulpvrager niet aan bod waren gekomen. Wanneer er geen verdere onderwerpen, aanvullingen of vragen waren, is het interview afgerond. Bij de afronding is gevraagd naar mogelijke onduidelijkheden en is er gevraagd of de participant het transcript en het uiteindelijke rapport van het onderzoek wilde ontvangen. Door middel van de afsluitende vragen is het interview langzaam afgerond wat de participanten helpt om weer uit de rol van geïnterviewde te komen (Hennink et al., 2020). Het volledige interviewschema is terug te lezen in bijlage D. De operationalisatie van het interviewschema is te vinden in bijlage E.

Voor de professionals gold ook dat er werd begonnen met de openingsvragen om zichzelf voor te stellen en het omschrijven van de professionele verantwoordelijkheden en taken. Daarna is ingegaan op de kernvragen die zijn opgesteld aan de hand van de literatuur. Ten eerste is gevraagd naar de zorgdomeinen waarmee de professional te maken had. Als tweede werd gevraagd op welk moment in de route en op welke manier de professional contact heeft met de hulpvragers. Ten derde is de professional gevraagd of zij de hulpvragen goed konden beantwoorden vanuit de eigen kennis en wat zij deden wanneer dit niet het geval was. Ook is hier gevraagd of de professional voldoende tijd had en kreeg om de hulpvrager te helpen. Als vierde onderwerp is gevraagd naar de ervaring met huidige samenwerking met andere professionals en de mogelijkheden voor domeinoverstijgende samenwerking. Na de kernvragen is ook bij de professionals afsluitend gevraagd naar niet behandelde onderwerpen, aanvullingen en vragen. Wanneer ook deze waren behandeld is het interview afgerond. Het interviewschema voor de professionals is terug te vinden in bijlage F. De operationalisatie is te vinden in bijlage G.

3.2.3. *Verloop van het interview*

De interviews zijn allemaal *'face to face'*, in persoon gehouden waarbij we fysiek op dezelfde plaats waren. Voor de hulpvragers was dit in vier gevallen thuis bij de hulpvrager en in een geval op het terras van een restaurant. Voor de zorgprofessionals is veelal op de werkplek van de professional afgesproken. Bij de twee ergotherapeuten is echter met hen op hun woonadres afgesproken omdat zij daar de voorkeur voor hadden. De locatie en het moment voor het interview zijn in alle gevallen in overleg gegaan waarbij de participant de eerste keuze had om het interview op een locatie en moment te plannen waarop het goed zou passen. Hiermee is getracht de participanten zo veel mogelijk tegemoet te komen en zo veel mogelijk op hun gemak te laten voelen in een bekende omgeving.

Voor de interviews werd uitgegaan van een tijdsduur van 45 minuten. Allereerst kwam dit naar voren uit een proefinterview dat is gehouden met een vertegenwoordiger van een hulpvrager die te

maken heeft met meerdere zorgdomeinen. Daarnaast wilde ik al met al niet langer dan een uur in beslag nemen van de participanten, tenzij zij zelf meer tijd beschikbaar hadden, onder andere omdat met de professionals werd afgesproken tijdens werktijd. Door te streven naar 45 minuten blijft er tijd over aan de voor- en achterkant van het interview. Uiteindelijk duurden acht van de interviews langer dan 45 minuten maar bleven onder de 60 minuten. Vier interviews waren korter dan de aangegeven 45 minuten maar langer dan een half uur. Drie interviews waren langer dan een uur en een kwartier. Twee interviews duurden langer dan anderhalf uur. De gemiddelde duur van de interviews was 59 minuten.

3.3. Dataverwerking en -analyse

Een van de kenmerken van kwalitatief onderzoek is dat het een zeer iteratief proces is waarbij gedurende het gehele proces veranderingen worden doorgevoerd (Hennink et al., 2020). Deze iteratieve manier van werken heeft betrekking op de dataverzameling, de dataverwerking en de data-analyse. Deze tussentijdse aanpassingen komen deels voort uit onvoorziene situaties maar voor een ander groot deel komen deze veranderingen voort uit het bezig zijn met het onderzoek. Tijdens de data-analyse heb ik continu aanpassingen doorgevoerd vanuit de opgedane kennis door het uitvoeren van het onderzoek. Zo heb ik tijdens het proces codes en thema's toegevoegd, aangepast en verwijderd, zodat deze beter aansloten op de ervaringen van de participanten. Op deze manier heb ik als onderzoeker in het kwalitatieve onderzoek een belangrijke functie die de kwaliteit van het onderzoek positief kan beïnvloeden door mijn eigen kennis en analyse.

In deze paragraaf wordt het verwerken van de verzamelde data toegelicht en wordt ingegaan op het coderen en het analyseren van de data. De data zijn verwerkt en geanalyseerd aan de hand van thematische analyse. Ik heb gebruik gemaakt van een hybride mix van twee vormen van thematische analyse (Braun & Clarke, 2023). De eerste gebruikte vorm is de '*codebook thematic analysis*' en de tweede vorm is de '*reflective thematic analysis*'. Vanuit de eerste vorm heb ik gebruik gemaakt van een codeboek voor het structureren en bijhouden van de gemaakte codes en thema's. Vanuit de tweede vorm heb ik bij het analyseren gebruik gemaakt van de zes te doorlopen stappen binnen de reflexieve thematische analyse (Byrne, 2021; Braun & Clarke, 2012). Thematische analyse is een methode die kan worden gebruikt om vanuit de ervaringen van de geïnterviewden betekenisvolle patronen en thema's te halen (Braun & Clarke, 2012). Bij de gekozen hybride mix van twee vormen, heb ik als onderzoeker een grote vrijheid in het maken van codes en het bedenken van betekenisvolle thema's. Deze thematische analyse is opgedeeld in zes stappen waarop hieronder op in zal worden gegaan (Byrne, 2021; Braun & Clarke, 2012).

De eerste stap is het vertrouwd raken met de data. Dit is gedaan door het transcriberen van de interviews en het bijhouden van notities met betrekking tot interessante passages of terugkerende patronen tijdens het transcriberen. De data bestaan uit de gehouden interviews met de zeventien participanten die vervolgens zijn getranscribeerd zodat ze tekstueel kunnen worden verwerkt. Tijdens het transcribeerproces is de gemaakte geluidsopname omgezet in tekst zodat er door middel van het kwalitatieve tekstueel dataverwerkingsprogramma ATLAS.ti kan worden gecodeerd en geanalyseerd.

Over het algemeen is alles wat tijdens de opname is gezegd, door zowel onderzoeker als participant, uitgeschreven. Echter, er zijn enkele uitzonderingen. In het proces van transcriberen zijn de door de onderzoeker als niet relevant geachte onderdelen van de interviews, weggelaten. Dit weglaten wordt ook wel segmentatie genoemd (Boeije, 2010). Enkele voorbeelden hiervan zijn het binnenkomen van een derde niet betrokken persoon, het weglopen bij het interview voor bijvoorbeeld het maken van eten en drinken of het niet relevant uitweiden over de woonplaats van de participant. De rest van de interviews is uitgeschreven en is dus onderdeel van de verzamelde data. Deze data zijn per participant opgeslagen in een apart tekstbestand.

De tweede stap is het coderen van de nu uitgeschreven data. Dit coderen is het aangeven van bepaalde ervaringen, problemen, ideeën of meningen die patronen vertegenwoordigen in de data (Braun & Clarke, 2012). Deze patronen en gedeelde ervaringen krijgen een code toebedeeld. Deze codes hebben betrekking op de ervaringen van de participanten. Op deze manier kan per interview, maar ook over meerdere interviews, de inhoud worden gestructureerd in verschillende codes. De gemaakte codes vergemakkelijken het analyseren van de data. Het maken van de codes bestaat uit twee delen. Allereerst worden er van tevoren deductieve codes gemaakt die komen vanuit de theorie en het interviewschema. Voor te verwachten ervaringen en onderwerpen worden voorafgaand op basis van de literatuur en eigen kennis codes gemaakt (Hennink et al., 2020). Dit kunnen bijvoorbeeld specifieke onderwerpen zijn waarnaar wordt gevraagd vanuit het interviewschema. Ten tweede worden inductieve nieuwe codes gemaakt die patronen en onderwerpen vertegenwoordigen die tijdens het coderen van de teksten worden gemaakt. Deze ervaringen waren van tevoren niet verwacht maar komen toch naar voren in de data.

De derde stap in de thematische analyse is het genereren van thema's. Hier wordt de nadruk verschoven van individuele codes naar het categoriseren van codes. De codes zijn in het codeerproces meerdere keren herzien waarbij codes zijn opgesplitst, samengevoegd en hernoemd. Daarnaast zijn onder andere codes die enkel bedoeld waren voor de dataverwerking, die geen betrekking hadden op de ervaringen van de participanten en geen invloed hadden op de analyse, verwijderd. Een voorbeeld hiervan is het verwijderen van de codes van de namen van organisaties die waren geplaatst in de data wanneer een organisatie werd genoemd. Deze waren enkel nuttig zodat ik de organisaties snel terug kon vinden in de data. Vanuit de codes worden verbanden gelegd en overkoepelende thema's geconstrueerd die een dieper inzicht geven in de data. Deze thema's zijn de hoofdlijnen van de data. Onder deze thema's worden de individuele codes geplaatst en gecategoriseerd. Thema's zijn hier ook inductief en deductief vormgegeven. Zo kunnen thema's deductief voortkomen vanuit het interviewschema en het theoriehoofdstuk maar ook inductief voortkomen vanuit het analyseren van de data. Ook het maken van thema's is een iteratief proces waarbij thema's continu worden aangepast. Zo waren de interviewschema's oorspronkelijk ingedeeld in verschillende thema's, met daaronder vragen met betrekking tot die thema's. De initiële deductieve thema's waren gescheiden in thema's voor de hulpvrager en thema's voor de professional. Zo waren de thema's bij de hulpvrager: 'Huidige zorg', 'Route', 'Professionele ondersteuning' en 'Domeinoverstijgend loket'. Voor de professional was het

interviewschema opgedeeld in de thema's 'Zorgdomeinen', 'Contact met hulpvrager', 'Kenniss', 'Doorverwijzen' en 'Samenwerking'. Deze zijn later iteratief aangepast.

De vierde stap is het evalueren van de thema's. De deductieve initiële thema's vanuit de interviewschema's waren geen goede representatie van de thema's die uit de ervaringen van de participanten konden worden gehaald. Allereerst was de initiële scheiding van thema's tussen hulpvragers en professionals niet houdbaar. Thema's gelden tegelijkertijd voor zowel de hulpvrager als voor de professional. Daarnaast was er veel overlapping tussen de acht thema's. Hierom zijn in de loop van het analyse proces de thema's meerdere keren aangepast. Hierbij zijn thema's wegefallen, opgedeeld of samengevoegd in nieuwe thema's. De initiële thema's 'Huidige zorg' en 'Zorgdomeinen' zijn komen te vervallen. De thema's 'Route', 'Professionele ondersteuning', 'Contact met hulpvrager', 'Doorverwijzen' en 'Kenniss' zijn dan ook opgedeeld in twee nieuwe thema's 'Eerste etappe' en 'Tweede etappe'. De thema's 'Domeinoverstijgend loket' en 'Samenwerking' zijn samengevoegd tot een nieuw thema 'Samenwerking'. Dit thema samenwerking is hierbij opgedeeld in de sub-thema's 'Interne samenwerking' en 'Externe samenwerking'.

De vijfde stap in de thematische analyse is het vastleggen van de uiteindelijke thema's. De nieuw gemaakte thema's uit stap vier zijn in deze stap hernoemd naar de definitieve thema's. Uiteindelijk zijn er drie thema's gemaakt waarvan één is opgedeeld in twee sub-thema's. Het thema's 'Eerste etappe' is hernoemd naar 'Onduidelijkheid bij het vinden van de juiste verantwoordelijke. Het thema 'Tweede etappe' is hernoemd naar 'Systematische knelpunten bij het komen tot de ondersteuning'. Het thema 'Samenwerking' is hernoemd naar 'Professionele samenwerking ten behoeve van het vinden van de juiste zorg'. Dit laatste thema heeft twee sub-thema's: 'Interne samenwerking' en 'Externe samenwerking'. Deze thema's vormen de basis voor hoofdstuk 4 en komen daar verder aan bod. Met het vastleggen van de thema's worden ook de codes definitief geplaatst onder de overkoepelende thema's. Het definitieve codeboek is terug te vinden in bijlage H.

De zesde en laatste stap bij de thematische analyse is het rapporteren vanuit de data. Hierbij wordt de data aan de hand van patronen, verbanden en de thema's verhalend gepresenteerd om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag. Deze rapportage is te vinden in hoofdstuk 4 waarbij per thema en sub-thema in wordt gegaan op de ervaringen van de participanten. In hoofdstuk 5 wordt vervolgens antwoord gegeven op de onderzoeksvraag.

3.4. Kwaliteitseisen kwalitatief onderzoek

Het kwalitatieve onderzoek moet voldoen aan de eisen van trustworthiness om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen. Er zijn vier eisen waaraan kwalitatief onderzoek moet voldoen (Lincoln & Guba, 1985; Nowell et al., 2017; Shenton, 2004). Deze eisen zijn geloofwaardigheid, overdraagbaarheid, afhankelijkheid en overtuigingskracht. Met deze eisen in het achterhoofd in het verloop van het gehele onderzoek kan beter worden gewaarborgd dat het onderzoek gedegen uitgevoerd wordt. Hieronder wordt aangegeven wat er tijdens het onderzoek is gedaan om zo goed als mogelijk aan de eisen te voldoen.

De eerste eis is geloofwaardigheid waarmee wordt bedoeld dat wat onderzocht is ook daadwerkelijk een weerspiegeling is van de werkelijkheid (Nowell et al., 2017). Allereerst heb ik door mijn stage bij het Domeinoverstijgend Loket een breed en goed beeld gekregen van de systemen en partijen die een rol spelen bij de vragen van hulpvragers. Verder heb ik ook inzicht gekregen in de beroepsgroepen die betrokken zijn bij de hulpvragers en op welke manier zij zich inzetten voor de hulpvragers. Hierdoor kan de theoretische kennis goed worden gekoppeld aan de situatie in het werkveld en staat de theorie dicht op de praktijk. Daarnaast ben ik in het contact met de participanten duidelijk geweest over het doel van het onderzoek en hun rol daarin. Zo zijn zij van tevoren meegenomen in hun eigen rechten en plichten maar ook in de rechten en plichten van de onderzoeker. Hierdoor zijn de participanten goed op de hoogte waar het onderzoek over gaat waardoor zij gericht antwoord kunnen geven. Daarnaast voelen de participanten zich hopelijk op hun gemak en gerustgesteld over het delen van hun persoonlijke verhaal, zodat zij zich vrij voelen hun verhaal te delen. Verder heb ik tijdens de interviews vaak gecontroleerd bij de participanten of ik hun ervaring goed interpreteerde, wat bijdraagt aan het juist interpreteren en begrijpen van de ervaringen. Ten slotte ben ik door gegeven feedback van mijn scriptiebegeleider scherp gebleden op het doel van het onderzoek en de aansluiting op de werkelijkheid. Hierdoor is het onderzoek uitgevoerd met focus op het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Daarnaast is de aansluiting op de werkelijkheid in het beginstadium van het onderzoek geborgd door de feedback van mijn stagebegeleiders die dicht op de praktijk staan. Zij gaven onder andere feedback op het verminderen van jargon in de communicatie met de hulpvragers. Daarnaast hadden zij veel goede feedback op specifiek de werking en doelen van de verschillende zorgwetten. Hierdoor ben ik de wetten beter gaan begrijpen wat mijn taak als onderzoeker ten goede kwam doordat ik hierdoor meer boven de inhoud stond.

De tweede eis is overdraagbaarheid waarmee wordt bedoeld dat de participanten gelden als afspiegeling van de bredere doelgroep (Nowell et al., 2017). Bij het generaliseren naar de bredere doelgroep moet rekening gehouden worden met de specifieke context waarin de ervaringen van de participanten plaatsvinden. De resultaten en patronen die worden gevonden in dit onderzoek zeggen niet automatisch iets over de gehele doelgroepen. Hoewel kwalitatief onderzoek nooit echt generaliseerbaar is door een kleinere steekproef, kan door het meenemen van de context duidelijk worden gemaakt wat de situatie is. Door het beschrijven van de context waarin de ervaringen van de participanten plaatsvinden kan door toekomstig onderzoekers worden ingeschat in hoeverre mijn resultaten ook zouden kunnen gelden voor een andere context. Deze contexten waarin de ervaringen plaatsvinden zullen worden beschreven in hoofdstuk 4.

De derde eis waar op gelet is, is de afhankelijkheid van het onderzoek. Wanneer het onderzoek opnieuw zou worden uitgevoerd onder vergelijkbare omstandigheden zou er eenzelfde conclusie voort moeten komen (Nowell et al., 2017). Om dit te kunnen borgen zijn in dit methodehoofdstuk zo goed als mogelijk de keuzes die zijn gemaakt in het onderzoek benoemd en uitgelegd. Daarnaast is gebruik gemaakt van veel voorkomende onderzoeksmethoden. Zo zijn de data verzameld aan de hand

van semigestructureerde diepte-interviews en zijn de data geanalyseerd aan de hand van een thematische analyse met codeboekbenadering. Hierdoor is het doen van soortgelijk onderzoek aan de hand van dezelfde methoden beter gestandaardiseerd. Wanneer het onderzoek opnieuw zou plaatsvinden met dezelfde doelgroepen en met dezelfde onderzoeksmethode, worden uit dat onderzoek vergelijkbare uitkomsten verwacht.

Tot slot is overtuigingskracht de eis waaraan de interviewer zelf moet voldoen. De invloed van de interviewer op de participanten moet tot een minimum beperkt worden (Nowell et al., 2017). Omdat de onderzoeker een grote mate van invloed heeft op het maken van keuzes over het interviewschema, de dataverzameling en de dataverwerking en -analyse is deze eis lastiger te bereiken. Maar om deze eis te waarborgen is bij het opstellen van de vragen van het interviewschema zoveel mogelijk literatuur aangehaald. Daarnaast heb ik me bij de dataverzameling neutraal opgesteld en heb ik in de dataverwerking en analyse mijn keuzes gebaseerd op de ervaringen van de participanten en niet op vooroordelen of eigen interpretatie.

Al met al heb ik getracht om het onderzoek zo transparant mogelijk te laten plaatsvinden voor zowel de participanten als ook in het beschrijven van het onderzoek in dit hoofdstuk. Door tijdens het onderzoek te blijven voldoen aan de vier eisen is de kwaliteit zo goed mogelijk geborgd.

3.5. Ethische overwegingen

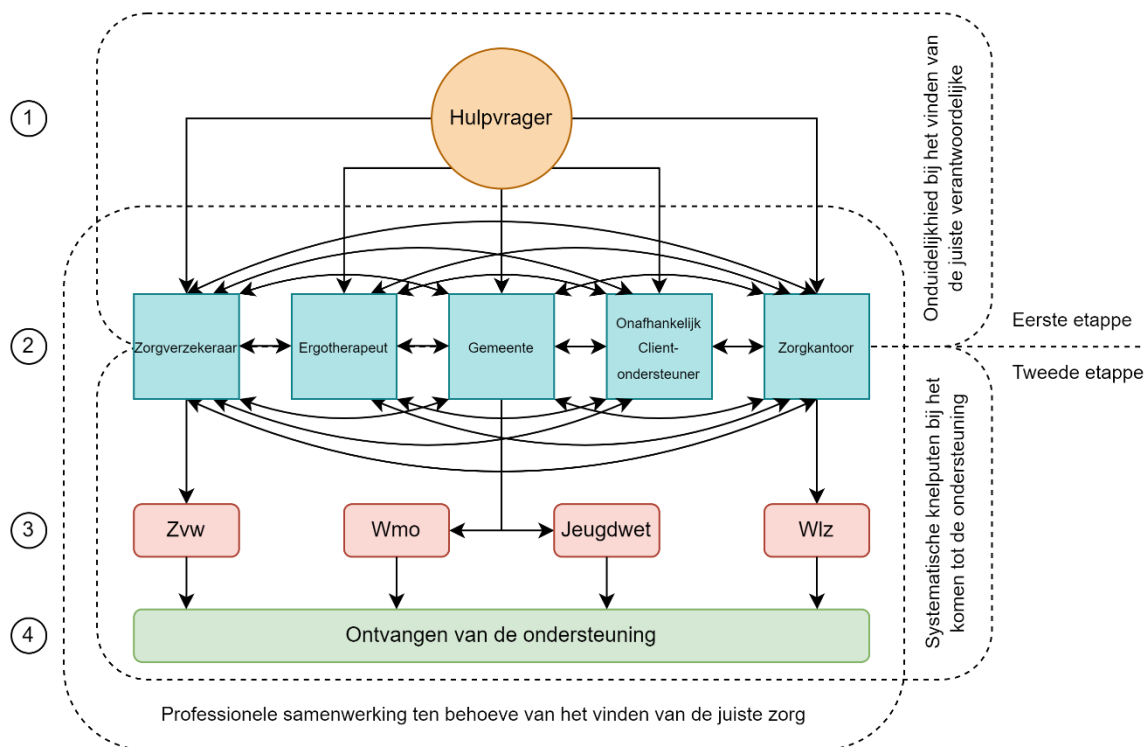
Gedurende het gehele proces van het schrijven van deze scriptie is rekening gehouden met de verantwoordelijkheden op het gebied van ethiek. Zo mag het uitvoeren van het onderzoek de participanten niet schaden en zij moeten er van uit kunnen gaan dat er ethisch wordt omgegaan met hun persoonlijke, gevoelige, ervaringen. Om dit te waarborgen zijn voorzorgsmaatregelen genomen. Allereerst is bij het verkrijgen van de persoonsgegevens van de participanten en anderen uit de potentiële doelgroep ethisch omgegaan met de gegevens. Zo zijn er niet meer gegevens dan strikt noodzakelijk verzameld en is dit verantwoord tegenover de personen van wie de gegevens zijn verzameld. Daarna is nogmaals toestemming gevraagd voor het gebruik van deze gegevens. Het verzamelen van de persoonsgegevens voor het werven van participanten is daarnaast in samenspraak gegaan met de ethische commissie van De Friesland en Zilverenkruis. Zij hebben de uitgevoerde manier van gegevensverzameling en onderzoek doen goedgekeurd. Ten tweede is er door middel van een toestemmingsformulier duidelijk gemaakt wat de rechten en plichten van de onderzoeker en de participanten zijn. Hierdoor hebben de participanten weloverwogen toestemming kunnen geven op het meedoen aan het onderzoek. In het toestemmingsformulier was onder andere opgenomen dat de anonimiteit van de participanten gewaarborgd zou worden door de onderzoeker. Daarnaast is opgenomen op welke manier de verkregen data is opgeslagen en bewaard. Eerder in dit hoofdstuk is per onderdeel van het onderzoek aangegeven hoe er zo ethisch mogelijk is gehandeld.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten die naar voren komen vanuit de interviews gepresenteerd. Allereerst wordt er ingegaan op de resultaten die voortkomen uit de interviews met de participanten die een hulpvraag hebben. Hierbij zullen eerst kort de hulpvragers en hulpvragen worden geïntroduceerd. Daarna wordt ingegaan op de ervaringen van de hulpvrager. De ervaringen van de hulpvrager bij het vinden van de juiste zorg is opgedeeld in twee delen. De route naar het ontvangen van ondersteuning is op te delen in twee etappes. De eerste etappe gaat in op de route van het begin tot dat de juiste verantwoordelijke instantie of organisatie die ondersteuning kan leveren is gevonden. Bij dit deel van de route hoort het thema ‘Onduidelijkheid bij het vinden van de juiste verantwoordelijke’ bij. De tweede etappe loopt van het vinden van de juiste instantie of organisatie tot het daadwerkelijk gebruik kunnen maken van de ondersteuning. Deze verdeling is gemaakt omdat de route naar de juiste zorg voor de hulpvrager niet stopt wanneer de juiste organisatie is gevonden zoals misschien te verwachten is. De route van de hulpvrager loopt door omdat eenmaal bij de juiste organisatie de gewenste zorg niet altijd bereikbaar is. Bij het tweede deel aan ervaringen hoort het thema: ‘Systematische knelpunten bij het komen tot de ondersteuning’.

Na het bespreken van de ervaringen van de hulpvragers worden de ervaringen van de professionals besproken. Eerst zullen ook hier de geïnterviewde professionals worden geïntroduceerd. Daarna zal er een soortgelijke opbouw bestaan waarbij de ervaringen worden opgedeeld in drie thema’s. Hierbij geldt weer dat het eerste thema ‘Onduidelijkheid bij het vinden van de juiste verantwoordelijke’ hoort bij de eerste etappe van de route. Deze etappe loopt voor de professional van het binnenkrijgen van de hulpvraag van de hulpvrager tot het vinden van de juiste verantwoordelijke. De tweede etappe loopt van duidelijk hebben wie de juiste verantwoordelijke is tot de uiteindelijke levering van de ondersteuning. Bij deze tweede etappe hoort het tweede thema ‘Systematische knelpunten bij het komen tot de ondersteuning’. Het derde thema is: ‘Professionele samenwerking ten behoeve van het vinden van de juiste zorg’. Dit thema heeft twee sub-thema’s: ‘Interne samenwerking’ en ‘Externe samenwerking’. Eerst wordt er ingegaan op het sub-thema ‘interne samenwerking’. Interne samenwerking wordt in hoofdstuk twee, vanuit de theorie van geïntegreerde zorg, verticale integratie genoemd. Als tweede zal worden ingegaan op horizontale integratie, oftewel het sub-thema ‘externe samenwerking’.

In figuur 3 hieronder, is het eerdere figuur 1 te zien met enige aanpassingen. Aan figuur 1 zijn de drie thema’s toegevoegd die in het onderzoek naar voren komen. Deze thema’s hebben betrekking op de delen van de route voor de hulpvrager, die binnen de bijbehorende stippellijnen vallen. Zo is te zien dat het thema ‘Onduidelijkheid in het vinden van de juiste verantwoordelijke’ betrekking heeft op de eerste etappe van de route. Een soortgelijke situatie is te zien bij het thema ‘Systematische knelpunten bij het komen tot de ondersteuning’ dat betrekking heeft op de tweede etappe. Het thema ‘Samenwerking’ heeft betrekking op het geheel van de route waar de professionals bij betrokken zijn.



Figuur 3: Stroomschema van de route van de hulpvrager met daarin de drie thema's

4.1. Ervaring van de hulpvragers bij de route naar de juiste zorg.

Er zijn vijf participanten met een hulpvraag geïnterviewd. Zij hebben uiteenlopende hulpvragen maar zij ervoeren allen een barrière met de toegang tot zorg vanuit een of meerdere verschillende zorgdomeinen. Zij zijn daarom in beeld gekomen bij het Domeinoverstijgend Loket (DOL) van zorgverzekeraar De Friesland. Twee participanten zijn zelf de hulpvrager. Twee andere participanten zijn vertegenwoordigers van de hulpvrager en vertellen hun ervaring met betrekking tot de hulpvraag van hun kind. De vijfde participant vertelt over de hulpvraag van zijn moeder. Hieronder zullen de participanten kort worden voorgesteld en hun situatie zal worden geschetst. De geschetste situatie van de hulpvragers is van het moment van het interview en deze kan ondertussen zijn veranderd.

Hulpvrager 1 is een man van 52 jaar oud die bedlegerig is door pijn. Hij heeft daarnaast een conversiestoornis waarbij de hersenen lichamelijke functies uitschakelen. Meneer komt in beeld bij het Domeinoverstijgend Loket in de zoektocht naar een hoog-laagbed. Meneer heeft op dit moment een indicatie voor de Wlz en ontvangt vanuit hier een persoonsgebonden budget (pgb) ook heeft hij verschillende hulpmiddelen vanuit de Wmo. Het hoog-laagbed is uiteindelijk vergoed vanuit de Zvw.

Hulpvrager 2 is een man van 62 jaar oud die bedlegerig is door botproblemen en slijtage. Meneer komt in beeld bij het Domeinoverstijgend loket door problemen rond een tweede matras. Hij heeft op dit moment verschillende hulpmiddelen vanuit de Wmo en Zvw. Uiteindelijk is het tweede matras voor de helft vergoed vanuit Wmo en voor de helft vanuit de Zvw. Bij het gesprek is ook de partner aanwezig. Het interview is dan ook gehouden met zowel de hulpvrager als een vertegenwoordiger.

Hulpvrager 3 is een kind van 4 jaar oud (interview met haar moeder) met een zeer zeldzame progressieve spierziekte. Vanwege problemen met de financiering bij het ombouwen van een rolstoelbus is zij in beeld gekomen bij het Domeinoverstijgend Loket. Zij heeft op dit moment verschillende hulpmiddelen vanuit de Wmo en de Zvw, het huis is verbouwd vanuit de Wmo en zij ontvangt een pgb vanuit de Zvw. De ombouw van de rolstoelbus is uiteindelijk voor een groot deel vergoed vanuit de Wmo en een deel vanuit de Zvw.

Hulpvrager 4 is een kind van 12 jaar oud (interview met haar moeder) met een zeer zeldzame chromosoomafwijking. Zij is in beeld gekomen bij het Domeinoverstijgend Loket vanwege een tweede bed. Vanuit de Wmo en Zvw heeft zij op dit moment verschillende hulpmiddelen en daarnaast heeft zij een indicatie voor de Wlz met pgb. Het bed is uiteindelijk vergoed vanuit de Zvw.

Hulpvrager 5 is een vrouw van 93 jaar oud (interview met haar zoon). Mevrouw kwam in beeld bij het Domeinoverstijgend Loket op het moment dat er hulpmiddelen nodig waren voor het langer zelfstandig thuis blijven wonen. Zij woont nu in een verzorgingshuis en heeft door de tijd heen verschillende hulpmiddelen gehad vanuit zowel de Wmo als ook de Zvw. Inmiddels heeft zij een indicatie voor de Wlz.

Hieronder zijn de verschillende participanten en hulpvragers overzichtelijk in tabel 1 gezet. Hierbij is te zien vanuit welke domeinen zij ondersteuning ontvangen en of zij zelf het interview hebben gedaan en/of een vertegenwoordiger. Ook geslacht en leeftijd staan in tabel 1. Bij hulpvrager 2 zijn zowel de hulpvrager zelf als ook een vertegenwoordiger aanwezig bij het interview en geven zij beide, los van elkaar of gezamenlijk antwoord.

Tabel 1: Persoonskenmerken van de hulpvragers, de betrokken domeinen en mogelijke vertegenwoordigers

	Geslacht	Leeftijd		
Naam	hulpvrager	hulpvrager	Interview met:	Zorgdomeinen
H1	M	52	Hulpvrager	Wmo/Zvw
H2	M	62	Hulpvrager en Partner	Wlz/Wmo/Zvw
H3	V	4	Moeder	Wmo/Zvw
H4	V	12	Moeder	Wlz/Wmo/Zvw
H5	V	93	Zoon	Wlz/Wmo/Zvw

In de volgende paragrafen komen de ervaringen van de hulpvragers met betrekking tot het vinden van de juiste zorg naar voren. Eerst zal worden ingegaan op de ervaring van de hulpvragers met de eerste etappe die loopt van het begin van de zoektocht tot het vinden van de juiste instantie of organisatie die de zorg kan leveren. Daarna zal worden ingegaan op de tweede etappe die loopt van het vinden van de juiste instantie of organisatie tot het daadwerkelijk gebruik kunnen maken van de ondersteuning. Tijdens

beide etappes kon het tot maanden duren totdat er duidelijkheid was over waar de hulpvrager precies moest zijn of totdat er daadwerkelijk van de ondersteuning gebruik kon worden gemaakt.

4.1.1. Onduidelijkheid bij het vinden van de juiste verantwoordelijke

Vanaf het begin dat de hulpvraag ontstond, bestond er onduidelijkheid bij de participanten over waar ze terecht konden met hun vraag of waar ze moesten zijn. Allen gaven aan dat er op een moment in de zoektocht een zekere onduidelijkheid was over de af te leggen route. De hulpvragers gaven aan dat het begin van de zoektocht als lastig werd ervaren. Toen de hulpvraag zich aandiende, waren alle hulpvragers op dat moment onvoldoende voorbereid op hoe ze de zorg moesten gaan regelen. Ze wisten vaak niet wie bij wie ze moesten zijn en ervoeren onduidelijkheid over de zorgwetten.

“En ja, dan moet je echt wel van goeden huize komen, wil je allemaal snappen wat valt waaronder en waarom. (...) Daar moet je eigenlijk een aparte studie voor hebben gedaan, alleen die bestaat niet.” – Hulpvrager 4 (H4)

Om de onduidelijkheid aan het begin van het proces te verkleinen zouden de instanties en organisaties meer duidelijkheid kunnen bieden op internet. De mogelijkheden zouden hier beter te vinden moeten zijn voor de hulpvragers, bijvoorbeeld met betrekking tot mogelijke vergoedingen. Ook geven hulpvragers aan dat ze hulp zochten bij de weg vinden in de zoektocht. Dit kunnen verschillende mensen of ook instanties zijn. Zo worden bijvoorbeeld ergotherapeuten en onafhankelijk clientondersteuners genoemd als geschikte personen.

“Ja ik probeer altijd te kijken wie mij daarbij kan helpen. Al ben ik zelf hoger opgeleid en heb ik best wel wat ervaring met dingen aanvragen. Het is toch altijd beter en makkelijker om het met z'n tweeën te doen. Omdat je gewoon kunt sparren met elkaar. (...) Dat kan soms de ergotherapeut zijn. (...) Dat kan ook een onafhankelijk clientondersteuner zijn en daar heb je dus ook allemaal recht op.” – H4

Gedurende de zoektocht bestaat dus onzekerheid over waar te beginnen en worden hulpvragers van het kastje naar de muur gestuurd zonder verdere duidelijkheid. De oplossingen liggen volgens de hulpvragers onder andere in meer duidelijkheid en betere begeleiding. Hulpvragers kunnen niet alles zelf regelen. De hulpvrager is vaak niet kundig genoeg om te weten wat te vragen en hoe de professional mee te geven waarom contact wordt opgenomen. Meerdere hulpvragers geven dan ook aan dat ze begonnen bij de gemeente, vanuit een slecht overzicht, en vanuit daar hoopten te worden geholpen of doorgestuurd.

“Nou ik begon meestal bij de gemeente en dan sturen zij je ergens naartoe. En dan ga je op die manier maar door totdat je beet hebt.” – H5

Hierbij werd er benadrukt dat er tijdens het contact met de gemeente, maar ook met andere instanties problemen waren. De onduidelijkheid bleef soms bestaan nadat er wel contact was

opgenomen met de verantwoordelijke instanties. Ook werd het doorverwijzen naar anderen als negatief ervaren. Het doorverwijzen kon inhouden dat de hulpvrager op een later moment met een andere collega contact moest opnemen maar kon ook inhouden dat ze contact moesten opnemen met een andere organisatie. Dit doorverwijzen leidde soms ook tot een ‘van het kastje naar de muur’ situatie tussen verschillende instanties. Hierbij wist de hulpvragers niet waarom er werd doorverwezen.

“En toen ging het een beetje moeilijk dus van de verzekering naar de Wmo en terug. Waarbij ik ook niet snapte waarom het niet kon (...) Dus zo word je heen en weer gepingpong. Terwijl je niet snapt waarom dat zo is.” – H4

Daarnaast werd er ook geen antwoord gegeven op de vraag van de hulpvrager. En wist de hulpvrager niet goed welke vervolgstappen er konden worden gezet naar de juiste zorg. Deze onduidelijkheid kon zeer lang duren waarbij er steeds geen duidelijkheid kwam en de hulpvrager in dezelfde spiraal bleef zitten tussen twee of meer instanties.

“Toen ben ik wel twee weken aan het bellen geweest. En dan overdrijf ik niet. Dat je elke dag belt. Dat je probeert.” – H2

Het vinden van de juiste instantie of organisatie die de hulpvrager kon helpen bij de hulpvraag was niet vanzelfsprekend en is dan ook als negatief ervaren door de hulpvragers.

4.1.2. Systematische knelpunten bij het komen tot de ondersteuning

De tweede etappe loopt van het vinden van de juiste verantwoordelijke tot het daadwerkelijk gebruik kunnen maken van de ondersteuning. Er werd aangegeven dat na de eerste etappe van het vinden van de juiste verantwoordelijke, er een nieuwe fase van strijd aanbrak. Eenmaal bij de juiste organisatie moest de hulpvrager er geregeld energie en tijd in steken om op de juiste manier geholpen te worden en om de ondersteuning waar recht op is toegezegd te krijgen.

“Maar ik vind het bizar hoe er, ja, als gewone mensen eigenlijk ten eerste alles zelf moet uit vinden. Met waar moet je zijn. En daarnaast ook nog zo 'n strijd moet voeren om iets voor elkaar te krijgen.” – H3

Wanneer de juiste instantie of organisatie was gevonden begon een nieuwe etappe, met bijbehorende uitdagingen. Deze uitdagingen waren het contact over en de toekenning van ondersteuning, wachttijden en problemen rond het persoonsgebonden budget (pgb). Zo werd er met betrekking tot het contact met de verantwoordelijke partijen aangegeven dat een vorm van meedenken of empathie wenselijk was geweest. De situatie waarin de hulpvrager zich bevond werd soms als zwaar ervaren waarbij gehoord worden en begrepen worden dan waardevol werd geacht. De contacten werden namelijk soms als koud ervaren.

“En prima dat er een callcenter-achtig iets is, maar dat ze wel zo scholen dat ze in de gaten hebben met wie ze te maken hebben en in wat voor soort situatie deze mensen zitten. Enige empathie is ook fijn.” – H3

Een ander punt wat werd aangedragen door de hulpvragers is het inzetten van maatwerk. Complexe gevallen of uitzonderlijke situaties zouden niet goed in beleid of regels te vatten zijn en dus zou maatwerk op dat soort situaties van toepassing moeten zijn volgens de hulpvragers. Hierover werd onder meer aangegeven dat het soms voelde alsof er geen maatwerk mogelijk was en dat de voorzieningen wel aanwezig, maar niet toegankelijk waren voor de hulpvragers die dit wel nodig hadden.

“In Nederland leeft de veronderstelling dat alles goed is geregeld. Nou dat geloof ik ook wel, maar ik denk iets te goed eigenlijk. Dus dat mensen ook raar opkijken als je zegt: nou dat ging nog best wel lastig om dit en dit te krijgen. En dan zeggen ze maar als jullie het niet krijgen, wie dan wel.” -H4

Ook de wachttijden rond de ondersteuning werden als probleem gezien. Als ondersteuning werd toegekend, stelden de hulpvragers dat de levering of de realisatie hiervan lange tijd op zich kon laten wachten. Wachttijden voor het ontvangen van bijvoorbeeld Wmo-ondersteuning van meerdere maanden tot een jaar, waren geen uitzondering. Omdat er vaak ook meerdere hulpmiddelen tegelijkertijd moesten worden aangevraagd en doordat er op het moment dat de hulpvraag ontstaat er meerdere trajecten begonnen te lopen werd er op verschillende ondersteuning tegelijkertijd gewacht. Zo waren hulpvragers lange tijden aan het wachten op de juiste ondersteuning.

“Nou je bent eigenlijk gelijk met heel veel verschillende dingen bezig. Je begint met de ombouw. Ondertussen ook al bezig met de rolstoel. Met de rolstoel zijn we een jaar bezig geweest. Pgb aanvraag ook een jaar bezig geweest om het voor elkaar te krijgen.” – H3

Daarnaast gaven meerderen aan dat de levering van hulpmiddelen hierdoor achter kon lopen op de zorg die op dat moment nodig was. Het zorgbeeld veranderde sneller dan de ondersteuning geleverd kon worden.

“Laat ik het zo zeggen. Het bureaucratische proces duurde langer dan de verslechtering van mijn moeder. Als je het zo bekijkt.” – H5

Een ander punt dat als negatief werd ervaren door de hulpvragers was onduidelijkheid over de overgang naar een ander zorgdomein. Met de overgang wordt bedoeld dat zorg die voorheen bijvoorbeeld vanuit de Wmo werd vergoed, na deze overgang vanuit bijvoorbeeld de Wlz wordt vergoed. Het doel van deze overgang is het onderbrengen van de zorg daar waar het hoort. Als de zorg het doel van de Wmo voorbijgaat en daarnaast tijdsintensief wordt kan bijvoorbeeld een overgang vanuit de Wmo naar de Wlz

plaatsvinden. Over deze overgang bestond echter veel onduidelijkheid bij de hulpvragers. Het doel was niet duidelijk en het werd ervaren als het onnodig afschuiven van verantwoordelijkheid. Ten tweede kent de Wlz een hogere eigen bijdrage dan de Wmo, waardoor de overgang vanuit de Wmo naar de Wlz als negatief werd ervaren. Daarnaast werd ook aangegeven dat het onduidelijk was wie verantwoordelijk was voor de uitvoer van de Wlz. Zo was het zorgkantoor erg onbekend voordat men in aanraking kwam met de Wlz. Wanneer er eenmaal zorg werd ontvangen vanuit de Wlz werd er een wirwar aan organisaties ervaren die elk wel een rol hadden maar waarbij de samenhang onduidelijk was.

“Nee, kijk je krijgt een indicatie van het CIZ. Dan wordt je budget toegewezen, dat regelt het zorgkantoor. Dan de SVB, die gaat het uitbetalen. En van het CAK krijg je weer een rekening van wat je terug moet betalen.” – H1

Verder werden verschillende aspecten van het persoonsgebonden budget (pgb) als negatief ervaren. Het voorwaardelijke karakter van het pgb, als onderdeel van bijvoorbeeld de Wlz, is een onderdeel waar de hulpvragers veel stress van ervoeren. Zij gaven dan ook aan dat het rond de periodieke verlenging van het pgb spannend was omdat er veel van af hangt. Het pgb is voor een groot deel bestemd voor het inkomen van de verzorgers, waardoor een verlaging van het pgb invloed had op de hoeveelheid in te kopen professionele zorg.

“We vragen het elk jaar aan en elk jaar heb ik er weer de zenuwen van. We hebben vier mensen in dienst en het is altijd maar weer afwachten hoe ze (het zorgkantoor) er over denken.” – H3

Daarnaast wordt aangegeven dat in veel gevallen de verlenging van de Wlz-indicatie een formaliteit was, dus dat de herindicatie beter kon worden weggelaten of uitgesteld. De oplossing zou liggen in het voor langere tijd vastleggen van de indicatie waardoor er meer zekerheid kan worden ervaren voor de hulpvrager en de zorgverleners.

“Terwijl ik denk de situatie verandert niet, sterker nog de zorg wordt alleen maar meer. Ook dat, dat je dat ieder jaar moet aanvragen vind ik heel kwalijk. Je zou minimaal met de situatie waarin wij zitten en je een heel duidelijk beeld hebt zou ik gewoon ze voor 5 jaar af kunnen geven. (...) Maar dat scheelt gewoon heel veel tijd en stress met name.” – H3

Ook de administratieve verantwoordelijkheden die bij een pgb kwamen kijken waren onderwerp van kritiek. Zo gaven hulpvragers aan dankbaar gebruik te maken van een pgb maar hier ook zeker nadelen van te hebben ervaren. De administratie is een van de onderdelen waar men moeite mee had. Het was als een geheel bedrijf dat je moet bijhouden naast de zorg die nodig was. De hoeveelheid papierwerk was te vergelijken met het hebben van een eigen bedrijf. Dit komt dan nog bovenop de andere dagelijkse bezigheden en verplichtingen.

*“Maar ik heb tien zorgverleners zoals (***) , dus die allemaal een datumprikker invullen per maand. Die ik eerst moet bedenken. Die ik vervolgens ga inroosteren. (...) En dan gaat (***) haar factuur indienen en die moet ik dan ook weer checken. (...) En ja dat klinkt heel logisch maar het is gewoon een bedrijf ernaast.” – H4*

Hier komt ook bij dat wanneer er fouten zouden worden gemaakt bij de administratie, er grote gevolgen aan konden zitten voor de zorg. De strijd om fraude tegen te gaan voelde doorgeslagen en werkte stress-verhogend. In plaats van het streng controleren van de administratie zou het fijner zijn als de controle bestond uit het navragen of alles lukte en goed verliep. Omdat juist de administratie een grote verantwoordelijkheid was die overweldigend kon voelen. Nu werd de controle als onnodig spannend ervaren door de hulpvragers.

“Want je denkt van, ik heb straks wat fout gedaan. Wat gaan ze doen? Gaan ze ons straffen, gaan ze budget afpakken? (...) En we willen natuurlijk geen fouten maken. Maar als iemand alleen maar tegenover mij gaat zitten, alsof het een soort inspecteur is die alleen maar boetes of straffen kan opleggen. Dan word ik daar automatisch ook heel bang van.” – H4

Als tweede punt bij fraude werd ook aangegeven dat het pgb niet mocht worden ingezet wanneer de zorgvrager in bijvoorbeeld het ziekenhuis werd opgenomen. Dit zorgde voor situaties waarin de zorgprofessionals vanuit het pgb niet meer konden worden ingezet waardoor de zorg volledig terugviel op de mantelzorgers. In deze situatie leek het doel van de inzet van pgb voorbijgeschoten.

*“Maar een kind van 4 kan niet de hele dag alleen in een ziekenhuisbed liggen. Waar een verpleegkundige misschien drie keer per dag langskomt. (...) We hebben nog twee kinderen, het is gewoon niet te doen. En we hebben in april gehad dat (***) kantje-boord heeft gelegen en ik had eigenlijk een pgb'er in willen huren. Want wij konden niet meer. Maar ik zei doe het maar niet. Want stel ze redt het niet. Dan gaan ze kijken naar de eerste dag waarop ze opgenomen is en dan wordt vanaf dan het pgb gestopt” – H3*

Vanaf het begin tot het einde van de route naar de juiste zorg ervoeren hulpvragers ongemakken en onduidelijkheid. Deze onduidelijkheid kwam in de eerste etappe voort uit het niet weten waar te beginnen, doorgestuurd worden en van het kastje naar de muur gestuurd worden. In de tweede etappe kwam het voort uit met moeite zorg toegezegd krijgen, het lange wachten op de toegezegde zorg, onduidelijkheid over de overgang naar een ander zorgdomein en problemen met de processen van het pgb. Dit alles maakte dat de route niet optimaal verliep voor de hulpvragers.

4.2. Ervaring van de professionals bij de route naar de juiste zorg

De ervaringen van de professionals zijn opgedeeld in drie delen. Eerst wordt ingegaan op de route van de juiste zorg in twee delen en vervolgens wordt ingegaan op de ervaringen met interne en externe samenwerking van de professionals. Allereerst de route. Ook de geïnterviewde professionals hebben namelijk te maken met een route naar de juiste zorg. Deze route begint op het moment dat de hulpvrager in beeld komt bij de professional en eindigt wanneer de hulpvrager uit beeld is omdat de uiteindelijke ondersteuning is ontvangen of omdat de hulpvrager niet verder kan worden geholpen door de professional. Ook bij de professional is deze route opgedeeld in twee etappes. De eerste etappe is het stuk van de route van het in beeld komen van de hulpvrager en het helder hebben van de hulpvraag en welke persoon of organisatie daarbij kan of hoort te helpen. Hierbij hoort het thema ‘Onduidelijkheid in het vinden van de juiste verantwoordelijke’ De tweede etappe loopt van het duidelijk hebben wie de hulpvrager kan of hoort te helpen tot het uiteindelijk leveren van de ondersteuning aan de hulpvrager. Hierbij hoort het thema ‘Systematische knelpunten bij het komen tot de ondersteuning’ Beide etappes komen met eigen ervaringen en uitdagingen. Deze twee thema’s zullen als eerst aan bod komen.

Voor de beroepsgroepen gold dat zij in meer of mindere mate bij de eerste dan wel de tweede etappe betrokken waren voor de hulpvrager en de route naar de juiste zorg. De professionals bij de gemeente hadden in de eerste etappe veel contact met hulpvragers die niet precies wisten waar ze moesten zijn. In de tweede etappe was deze organisatie verantwoordelijk voor het regelen van ondersteuning vanuit de Wmo en Jeugdwet. De professional vanuit de zorgverzekeraar was ook in de eerste etappe veel in contact met de hulpvrager over waar zij moest zijn. In de tweede etappe was de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor het regelen van ondersteuning vanuit de Zvw. Het zorgkantoor was in de eerste etappe minder aanwezig voor de hulpvrager omdat zij minder bekend is bij de hulpvrager in juist deze etappe. Hierdoor speelt het zorgkantoor een minder grote rol in de eerste etappe. In de tweede etappe was het zorgkantoor verantwoordelijk voor de uitvoer van de Wlz. De onafhankelijk clientondersteuner had in de eerste etappe vooral de rol van wegwijsmaker. In de tweede etappe was de rol vooral naast de hulpvrager staan die ondersteuning wil ontvangen. De ergotherapeuten namen in de eerste en tweede etappe de rol in van expert op het gebied van hulpmiddelen.

Naast de route tot het komen tot de juiste zorg is voor de professionals ook de ervaring met samenwerking van belang. De samenwerking zal als derde onderdeel worden uitgelicht. Hierbij worden de ervaringen van de professionals die horen bij het thema ‘Professionele samenwerking ten behoeve van het vinden van de juiste zorg’ uiteengezet en toegelicht. Voordat de ervaring van de professionals aan de orde komt zullen allereerst de professionals voorgesteld worden. De professionals worden voorgesteld waarbij hun taken, werkzaamheden en expertises aan bod komen. De geschetste situatie van de professionals is van het moment van het interview en deze kan ondertussen zijn veranderd.

De eerste twee professionals zijn werkzaam bij een Friese gemeente. Ze zijn werkzaam bij twee verschillende gemeenten. De eerste werkt bij het contactcentrum van de gemeente, daar waar alle vragen binnenkomen. Deze vragen komen binnen via de telefoon en mail maar daarnaast is er ook

inlooppreekuur. Daarnaast is een van de taken het inschatten van de benodigde ondersteuning en deze plaatsen bij de juiste verantwoordelijke. De tweede gemeentemedewerker is Wmo-consulent. Zij begeleidt de hulpvrager naar de juiste ondersteuning vanuit de Wmo. Wanneer de ondersteuning niet onder de verantwoordelijkheid van de Wmo valt, wordt ook meegekeken naar waar het wel thuishoort.

“En ja wat wij eigenlijk doen is een stukje triage, een stukje uitvraag. Om te kunnen beoordelen goh, is dit voor ons, is dit voor iemand anders. Kunnen we mensen op weg helpen door even te adviseren.” – Professional 1 (P1)

Twee andere professionals zijn werkzaam bij zorgverzekeraar De Friesland. Professional 3 heeft ervaring bij het klantcontactteam waar puur vragen van klanten binnenkomen. Daarnaast beantwoordt hij ook vragen van andere collega's. Verder is hij ook onderdeel van het Domeinoverstijgend Loket (DOL) waar wordt ingegaan op de domeinoverstijgende vragen die binnenkomen bij De Friesland. Professional twee werkt volledig bij het DOL. Zij houdt zich hier bezig met binnenkomende vragen en het opzetten en verbeteren van het DOL. Ook houdt zij zich bezig met de interne en externe bekendheid. Vier van de professionals zijn werkzaam bij zorgkantoor Friesland.

Ik zit sinds een halfjaar bij het Domeinoverstijgend Loket waarbij je nog wat meer de diepte in gaat. Echt op vragen die verschillende: zorgverzekeringswetten, de Wmo, Wlz.” – P3

Professional 5 werkt op de clientadministratie waar de persoonsgebonden budgetten (pgb) vanuit de Wlz worden toegekend. Daarnaast komen hier ook de vragen binnen van hulpvragers met betrekking tot de Wlz. Daarnaast is de zorgkantoormedewerker onderdeel van het DOL. Drie andere medewerkers van het zorgkantoor zijn zorginhoudelijke medewerkers (ZIM'ers). Zij houden zich bezig met complexere hulpvragen wanneer bijvoorbeeld de reguliere lijnen er niet uitkomen. Wanneer de hulpvragen lastiger zijn dan zijn de ZIM'ers de link tussen de zorgaanbieders en het zorgkantoor waarbij een inschatting maken voor de best aansluitende zorg voor de hulpvrager.

“Maar als ZIM'er doen we met name de wat ingewikkeldere casuïstiek. Dus eigenlijk altijd op zorginhoudelijke beoordeling. In sommige processen is er op een bepaald moment een zorginhoudelijke beoordeling nodig. Of de casuïstieken waarbij het via de reguliere lijnen, zoals we die in Wlz landschap tussen aanbieders en zorgkantoor afgesproken hebben, het in de reguliere lijnen ergens spaak loopt. Dan komen wij ook in beeld.” – P8

De onafhankelijk clientondersteuners (OCO's) die hebben meegewerkt aan het onderzoek zijn beide actief als OCO voor twee verschillende organisaties die beide actief zijn in Friesland. De eerste OCO houdt zich vooral bezig met hulpvragen met betrekking op de Wlz, Wmo en Jeugdwet. In deze functie

staat de OCO naast de hulpvrager en ondersteund onduidelijkheden. De tweede OCO is naast uitvoerend OCO ook regiocoördinator Friesland bij een OCO-aanbieder.

“Het is heel divers en heel breed. En dat is het mooie en ook het moeilijke wel eens. (...) Dan probeer je dat wat te stroomlijnen, informeren, op gemak stellen soms. Maar ook waar wringt de schoen nou eigenlijk en hoe kan dat?” – P9

Als laatste zijn er twee ergotherapeuten die actief zijn in Friesland geïnterviewd. Beide zijn werkzaam als zelfstandig ergotherapeut. De werkgebieden van de ergotherapeuten overlappen niet. Beide ergotherapeuten behandelen vooral volwassenen en ouderen. Zij helpen de hulpvrager in het vinden van de juiste hulpmiddelen voor het beter kunnen uitvoeren van de dagelijkse bezigheden. In veel gevallen gaat dit om aanpassingen binnen huis.

“Dus ik heb best wel veel gedaan, veel verschillende (vormen van ergotherapie). En dat is natuurlijk heel erg handig als je in de eigen praktijk werkt. Want je komt alles tegen.” – P11

Hieronder is in tabel 2 weergegeven bij welke beroepsgroep de participanten werkzaam zijn, welke functie zij hebben in de organisatie en wat hun specialisatiegebieden zijn.

Tabel 2: Beroepsgroep, functie en specialisatie van de professionals

Naam	Beroepsgroep	Functie	Specialisatie
P1	Gemeente	Contactcentrum gebiedsteam	Wmo/Jeugdwet
P2	Gemeente	Wmo-consulent	Wmo
P3	Zorgverzekeraar	Klantcontact/Domeinoverstijgend Loket	Zvw
P4	Zorgverzekeraar	Domeinoverstijgend Loket	Zvw/Samenbrengen Domeinen
P5	Zorgkantoor	Clientadministratie	Wlz
P6	Zorgkantoor	Zorg Inhoudelijk Medewerker	Wlz/ Complexe casuïstiek
P7	Zorgkantoor	Zorg Inhoudelijk Medewerker	Wlz/ Complexe casuïstiek
P8	Zorgkantoor	Zorg Inhoudelijk Medewerker	Wlz/ Complexe casuïstiek
P9	OCO	Onafhankelijk clientondersteuner	Wlz/Wmo/Jeugdwet
P10	OCO	Regiocoördinator/Onafhankelijk clientondersteuner	Coördinatie onafhankelijke clientondersteuning.
P11	Ergotherapeut	Zelfstandig ergotherapeut	Hulpmiddelen volwassenen/ouderen
P12	Ergotherapeut	Zelfstandig ergotherapeut	Hulpmiddelen ouderen

4.2.1. Onduidelijkheid bij het vinden van de juiste verantwoordelijke

De eerste etappe begon voor de professional op het moment dat de hulpvrager in beeld kwam. Voor de verschillende beroepsgroepen was dit op verschillende manieren. Voor de zorgverzekeraar en het zorgkantoor was het contact met de hulpvrager veelal telefonisch. Bij de gemeenten was het contact voor een groot deel telefonisch en deels via email en fysiek. De contactmomenten van de gemeente bestaan voor een groot deel uit contact op afstand en voor een deel fysiek bij inlooptmomenten van de gemeente. De Wmo-consulent kwam ook veel bij hulpvragers thuis en had op die manier op locatie contact met de hulpvrager. Voor de ergotherapeuten en de onafhankelijk clientondersteuners gold dat het eerste contact wel digitaal was maar dat de inhoudelijke momenten daarna veel op locatie waren. Beide beroepsgroepen kwamen veel bij de hulpvragers thuis of kregen de hulpvragers langs bij de eigen praktijk of op kantoor.

De professionals gaven aan dat op het moment dat de hulpvragers bij hen in beeld kwamen zij over het algemeen goed wisten hoe ze de persoon moesten helpen. Zo gaven ze aan voor de meeste gevallen zelf genoeg kennis te hebben om te weten hoe het zit. Mocht er nog onduidelijkheid bestaan over hoe de hulpvrager het best te helpen dan werd dat vooral intern verder uitgezocht. Alle professionals gaven aan dat er veel met collega's of anderen uit de beroepsgroep werd gespard en overlegd. Op deze manier werden de kennishiaten die mogelijk aanwezig waren bij de professionals opgevuld vanuit de eigen omgeving.

“Ik zit wel meer op het stuk Wmo. En mijn collega zit weer meer op het stuk jeugd. Dat vind ik weer ingewikkelde materie. En daar red ik me wel mee hoor. Op zich, wij nemen beide alles wel aan.” - P1

De hulpvrager was niet altijd bij de juiste professional in beeld. Dit gold met name voor de professional werkzaam bij de gemeente, zorgverzekeraar en zorgkantoor. Wanneer een hulpvrager naar hen toe kwam terwijl ze beter bij een andere partij konden zijn gaven de professionals aan zo goed mogelijk door te willen verwijzen. Om dit te bereiken stuurden de professionals gericht door en om zeker te weten dat de hulpvrager het begreep vroegen ze of alles duidelijk was. Ook werd aangegeven dat wanneer het niet lukte, de hulpvrager terug kon komen en ze nog een keer zouden proberen.

“Soms heb je wel eens een gesprek met iemand en die geeft aan ik heb enorme schulden. En dan is dat telefoontje al heel wat geweest. Een hele grote stap om überhaupt contact te zoeken. Dan wil ik ook nog wel eens het contact leggen met de instantie waar ze moeten zijn. Of ik laat de mensen wel zelf bellen maar dan check ik later wel of het wel is gebeurd. Want anders ga ik diegene nog wel terugbellen.” - P1

De professionals herkenden ondanks de poging tot het zo goed mogelijk doorverwijzen, de kastje-naar-de-muur-verhalen ook vanuit de eigen organisatie. Ze geven aan dat dit een onwenselijke situatie is maar dat het niet altijd te voorkomen is. De oorzaken voor het doorverwijzen met kastje-naar-de-muur tot

gevolg liggen bij onduidelijkheid over verantwoordelijkheid of meningsverschillen daarover. Het helemaal helder krijgen van de vraag van de hulpvrager is een goede stap om onnodig doorverwijzen te voorkomen.

“Ja, dat voelt natuurlijk heel snel als van kastje naar de muur. En dat is het voor een deel ook. En soms is het ook het niet helemaal goed begrijpen of het verkeerd vragen. En net anders formuleren. En net weer een ander antwoord krijgen. Dus het vraagt ook van de mensen van zo 'n helpdesk of mensen van de eerste lijn vraagverheldering.”
– P7

De ergotherapeuten waren in de eerste etappe vooral betrokken bij de hulpvrager als een sparringpartner. Ergotherapeuten werden ook door de hulpvragers aangedragen als een beroepsgroep waar veel mee werd overlegd. De ergotherapeuten waren in de eerste etappe van de route naar de juiste zorg vooral bezig met het kijken wat voor ondersteuning er voor de hulpvrager nodig was om hun dagelijks leven makkelijker te kunnen maken. Tijdens de eerste etappe van de route was het ook voor de ergotherapeuten soms zoeken naar door wie de ondersteuning die nodig is, kan worden vergoed. De hulpmiddelen, de ondersteuningsvorm waar het vaak om gaat bij ergotherapeuten, kunnen vanuit verschillende wetten worden vergoed. Ergotherapeuten gaven aan dat er wel duidelijkheid bestond met name door ervaring, maar dat er ook wel handleidingen bestaan die nuttig kunnen zijn wanneer het onduidelijk is.

“Dus dat is voor mensen natuurlijk heel lastig om dat uit te zoeken. En als je al in een situatie zit waarin je verminderde energie hebt of. Ik kom ook wel veel bij mensen die geen internet hebben, dan kom je al niet meer achter dat soort dingen. Dus het is ook een stukje begeleiding en ook wel coaching eigenlijk.” – P11

Een knelpunt dat door de ergotherapeuten werd aangedragen is het tekort aan ergotherapeuten dat er bestaat bij de beroepsgroep. Door dit tekort was het lastiger om de hulpvrager snel te kunnen helpen wanneer er een hulpvraag ontstond waarbij de ergotherapeut kon helpen. Ook doordat er lange tijd geen opleidingsmogelijkheden tot ergotherapeut waren in het noorden van Nederland is er een extra tekort in het noorden.

“Nou er is een opleiding in Groningen gestart. Dus dat is fijn, er was geen opleiding in het noorden. Dus er bleven geen ergotherapeuten hangen.” – P11

Door dit tekort aan mensen gaven de ergotherapeuten het aan extra druk te hebben en niet voor iedereen de gewenste hoeveelheid tijd te hebben. Vanaf 2021 is er echter een opleiding tot ergotherapeut gestart aan de Hanzehogeschool Groningen. Dit zorgt hopelijk voor een toename van ergotherapeuten in het noorden van Nederland en dus ook in Friesland. Net als de ergotherapeuten zijn de onafhankelijk clientondersteuners (OCO's) in de eerste etappe een sparringpartner voor de hulpvrager. De OCO's hielden zich bezig met de hulpvrager verder helpen in de zoektocht om de juiste organisatie te vinden.

De OCO's zette hun kennis van de systeemwereld in om deze begrijpelijk en inzichtelijk te maken voor de hulpvrager met minder kennis.

“En dan gaan we wel een aanmelding maken om het een keer goed te bekijken. Van waar staat het kastje en waar is de muur en wat nog meer. En als iemand het fijn vindt om toch wat samen te kijken.” – P9

De grootste taak voor de OCO's was dan ook het vinden van de juiste organisatie of instantie waar de hulpvrager aan kon kloppen met hun hulpvraag en geholpen kon worden. Deze zoektocht was ook voor de OCO's lastig bij complexere gevallen. Omdat in mindervoorkomende hulpvragen de routes minder duidelijk waren en de vaste verantwoordelijkheid en taakverdeling minder strak was dan bij veelvoorkomende hulpvragen. Juist bij de mindervoorkomende hulpvragen, zo zeiden de OCO's, was het hebben van een goed overzicht van de mogelijke partijen essentieel. Deze kennis kon niet van de hulpvragers zelf worden verwacht.

“Kijk als je in hulp en zorg ineens komt, dan is het best zoeken voor de inwoner of burger. Anderen zijn al wat langer bezig. Iemand wordt 18 bijvoorbeeld. We hadden iets onder de jeugdwet, maar dat moet nu onder de Wmo ofzo zeggen ze. Of Wlz is nog genoemd.” – P9

Omdat de OCO's naast de hulpvragers stonden in de route naar de juiste zorg en daarmee vaak tegenover de bij wet verantwoordelijke partijen, was de OCO ook afhankelijk van de mening van de hulpvrager. Dit kwam bijvoorbeeld naar voren in de overgang naar een Wlz-indicatie voor de hulpvrager. Zo kon het zijn dat de ontvangen ondersteuning het best vanuit Wlz kon worden vergoed, maar dat de hulpvrager dat niet ziet zitten. Dit kwam onder andere door onduidelijkheid over de Wlz bij de hulpvrager, de noodzaak niet inzien voor het veranderen van zorgdomein en een financiële eigenbijdrage die hoger is bij de Wlz dan bij bijvoorbeeld de Wmo. Gemeenten en zorgverzekeraar geven daarbij aan dat niet geld bepalend moet zijn, maar welke wet voorliggend is en dus wie verantwoordelijk is.

“En dan zeg ik volgens mij kun je aanspraak maken. Maar de eigen bijdrage ja, ik ga niet over jouw centen. Maar dat is wel vaak de discussie binnen de gemeente of Zvw. Van ja, het moet niet over het geld gaan, het moet gaan over welke wet is voorliggend.” – P9

Het vinden van de juiste verantwoordelijke is ook voor de professionals niet altijd een eenduidige opdracht. Hierdoor komt het goed begeleiden van de hulpvrager naar de juiste zorg soms onder druk te staan.

4.2.2. Systematische knelpunten bij het komen tot de ondersteuning

De tweede etappe voor de professional loopt van het duidelijk hebben van wie de juiste persoon of organisatie is om de ondersteuning te verlenen tot het uiteindelijk verlenen van de ondersteuning. In het geval van de professionals die werkzaam zijn bij de gemeente, zorgverzekeraar of het zorgkantoor zal dat vaak de persoon of de organisatie zelf zijn. Dit omdat zij bij wet verantwoordelijk zijn voor de uitvoer van een bepaald zorgdomein. Voor de ergotherapeuten en de onafhankelijk clientondersteuners zullen de organisaties die de ondersteuning zullen moeten leveren externe partijen zijn. De laatste twee beroepsgroepen zijn dan ook afhankelijk van anderen in het tot stand komen van de ondersteuning.

De drie beroepsgroepen die bij wet verantwoordelijk zijn voor het uitvoeren van een van de zorgdomeinen hielden zich in de tweede etappe vooral bezig met het uitvoeren van de eigen verantwoordelijkheid. De gemeente was bezig met de uitvoer van de Wmo en de Jeugdwet, de zorgverzekeraar met de Zvw en het zorgkantoor met de Wlz. Voor elk van deze drie beroepsgroepen golden andere uitdagingen in het tot stand brengen van de ondersteuning die zij wettelijk verplicht waren te leveren. Voor de gemeenten waren dit onder andere de wachttijden die er bestonden bij de Wmo en de Jeugdwet. De wachtljsten waren hier meerdere weken voordat de binnengekomen hulpvragen werden behandeld.

“Ik moet zeggen nu is de wachtlijst wel weer redelijk. Vier weken. Maar we hebben ook wel momenten dan heb je 8 weken wachttijd. En dan valt het bij ons mee. Want je hoort echt gemeenten. Nou dan zou ik niet eens meer durven te bellen. Echt niet hoor.”
– P1

Voor het zorgkantoor gold dat zij vooral te maken hadden met de effecten van bredere tekorten die er zijn in de zorg. Zo was er een grote invloed door het tekort aan plekken bij zorginstellingen. Hulpvragers die gebruik wilden maken van en recht hadden op zorg vanuit de Wlz moesten soms lang wachten. Dit komt door het huisvestingtekort en personeelstekort die spelen bij zorginstellingen. De wachtljsten hierbij lopen op tot enkele jaren en zorgen ervoor dat niet de juiste zorg kan worden geleverd.

“Bijvoorbeeld voor sommige doelgroepen van cliënten hebben we gewoon echt te weinig plekken en dan zijn de wachtljsten soms wel 5 jaar.” – P8

OCO's gaven aan dat de bekendheid van de mogelijkheid tot inschakelen van een onafhankelijk clientondersteuner laag is. Terwijl de gemeentes verplicht waren om de onafhankelijke ondersteuning aan te bieden, werd het niet bij elke gemeente even goed kenbaar gemaakt aan de hulpvragers. Hier lagen volgens de OCO's mogelijkheden tot verbetering. Wanneer de OCO-ondersteuning eenduidig en in alle gemeenten hetzelfde wordt vormgegeven zorgt dat voor minder onduidelijkheid bij professional en hulpvrager.

*“Maar ja, als je bijvoorbeeld in (***) woont of je woont in noem maar wat (***), dan heb je weer met met anderen regels te maken. En dat maakt het zo lastig hè. En daar zou ik zeggen, maak die cliëntenondersteuning gewoon eenduidig in elke regio. Dat de burger ook weet van dit zijn mijn rechten, hier kan ik aanspraak op maken.” – P10*

Voor de ergotherapeuten kwam aan bod dat wanneer zij een hulpmiddel aanbevelen aan een hulpvrager en hierbij ook aangeven vanuit welke wet dit zou moeten worden vergoed, dat dit niet altijd lukt. De ergotherapeuten ervoeren dat er geen toekenning kwam voor hulpmiddelen en dat in plaats daarvan alternatieven werden aangeboden die veelal minder geschikt, maar wel goedkoper waren. Deze situaties maken dat de ergotherapeuten ervoeren dat de verantwoordelijke partijen (gemeente, zorgverzekeraar en zorgkantoor) er niet alles aan deden om de juiste zorg te bereiken voor de hulpvrager, maar in plaats daarvan vooral bezig waren met het budget. Een ander probleem waar de ergotherapeuten aangaven tegen aan te lopen was de afhankelijkheid van de ‘grote’ zorgverzekeraars ten opzichte van de ‘kleine’ ergotherapeuten. De ergotherapeuten kregen vanuit de zorgverzekeraars een contract voorgelegd waarin een, naar de mening van de ergotherapeuten, te kleine vergoeding staat tegenover hun werk. Dit contract en bijbehorende vergoeding is in de praktijk niet te weigeren door de ergotherapeuten omdat zij dan een groot deel van hun potentiële klanten niet kunnen helpen doordat zij dan niet zijn verzekerd voor de inzet van de ergotherapeut vanuit hun zorgverzekering.

“En de gesprekken met de zorgverzekeraar, want het gaat ook over tarieven enzo over behandelingen. Die gaan heel moeizaam. Daar merk je heel erg van. Zij zijn groot en wij zijn klein.” – P12

4.3. Ervaring met samenwerking ten behoeve van het vinden van de juiste zorg

Het samenwerken met anderen is een belangrijk onderdeel voor het bereiken van de juiste zorg. Vele vormen van ondersteuning zijn afhankelijk van meerdere partijen. Hierdoor is er samenwerking nodig tussen de verschillende professionals. De samenwerking is opgedeeld in twee vormen van samenwerking, de interne en externe samenwerking. Deze samenwerkingsvormen worden in het theoriehoofdstuk respectievelijk ook wel verticale en horizontale samenwerking genoemd. Interne samenwerking is samenwerken met directe collega’s en anderen binnen de eigen organisatie of beroepsgroep. Externe samenwerking bestaat uit het samenwerken met professionals uit andere organisaties en zorgdomeinen. Deze externe samenwerking is dan ook wel domeinoverstijgende samenwerking. Allereerst zal worden ingegaan op interne samenwerking bij verschillende beroepsgroepen. Daarna zal de externe samenwerking tussen de verschillende beroepsgroepen aan bod komen.

4.3.1. Interne samenwerking

Meerdere professionals gaven aan dat er veel kansen lagen op het gebied van betere interne samenwerking. Zo gaven de zorginhoudelijke medewerkers (ZIM’ers) aan dat er een betere

samenwerking zou moeten komen tussen de ZIM'ers en de inkoopafdeling, binnen het zorgkantoor. Voorheen waren de ZIM'ers namelijk ook verantwoordelijk voor de inkoop van de zorg. De afdeling zorginkoop regelt de contracten die het zorgkantoor heeft met de zorgaanbieders van de Wlz. Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor de zorg die deze zorgaanbieders uitvoeren vanuit de Wlz. De afdeling inkoop gaat er over hoeveel zorg er per zorgaanbieder wordt ingekocht door het zorgkantoor en heeft ook de contacten met de zorgaanbieders. Doordat de ZIM'ers en inkoopafdeling nu op meer afstand staan is er soms onduidelijkheid over wat zorgaanbieders hebben aan beschikbare plekken en leverbare zorg. Door een geborgde samenwerking aan te gaan tussen de twee afdelingen binnen het zorgkantoor zou er meer duidelijkheid ontstaan over beschikbare zorg. Dit zou het verkorten van de wachtlijsten ten goede komen. Op dit moment is de samenwerking niet geborgd en afhankelijk van persoonlijke contacten.

“Zoals bijvoorbeeld met de inkoop, dat dat overleg is er wel, maar het is misschien te afhankelijk van de mensen die erin zitten. Want als de mensen die het al goed op de prioriteitenlijst hebben staan, er misschien uit gaan, over 40 jaar weg gaan. Dat dan zo'n overleg komt te vervallen. En dat het dus niet genoeg is geborgd.” - P7

Ook onafhankelijk clientondersteuners gaven aan dat er meer samenwerking binnen de beroepsgroep zou moeten zijn. OCO's hadden te maken met inhoudelijk verschillende contracten die zij aangingen met gemeenten voor het leveren van de clientondersteuning. Hierdoor verschillen de voorwaarden waaronder de onafhankelijk clientondersteuning kon worden uitgevoerd. Een deel van het wegnemen van de verschillen die er zijn tussen gemeenten zal naast intern ook in samenwerking met deze gemeenten moeten gebeuren. Daarnaast zou samenwerken ook inzicht geven in hoe er per OCO-aanbieder met bepaalde vragen wordt omgegaan, of er soortgelijke vragen binnenkomen en of ze tegen dezelfde problemen aanlopen.

“Alle oco aanbieders denk ik. Aan de ander kant is het ook mooi, ik zou daar wel voor willen pleiten. Want iedere gemeente heeft nu een eigen contract en een eigen smaak en kleur, tarief en uren.(...). Maar ook juist aan die kant van kunnen we daar algemene afspraken over maken.” – P9

Als alternatief werd genoemd dat de contracten die het zorgkantoor heeft met de OCO-aanbieders wel gelijk waren voor heel Friesland. Daarnaast gold voor de contracten met het zorgkantoor dat er een contract is op basis van een gemiddeld aantal uren dat er kan worden besteed aan ondersteuning. In vergelijking met de contracten met de gemeenten die werken met een maximaal aantal totale ondersteuning, werd de voorkeur gegeven aan het werken met gemiddelden. Samenwerking tussen de verschillende aanbieders zou dit mogelijk kunnen realiseren voor alle gemeenten in Friesland. Aangegeven werd dat de beroepsvereniging voor OCO's hier een belangrijke rol in zou kunnen spelen. Verder speelt het probleem dat de wetgeving voor de onafhankelijke clientondersteuning is opgedeeld

is twee wetten. Hierdoor ervoeren de OCO's dat ze niet alle hulpvragers goed konden helpen doordat er tegen de grenzen van de wetten werd aangelopen. De contracten die de OCO's hebben met gemeenten en zorgkantoor vergoeden niet voor respectievelijk de Wlz en Wmo. Het onderbrengen van de gehele onafhankelijke clientondersteuning bij het zorgkantoor, ongeacht de hulpvraag, werd als oplossing genoemd. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zou hier een belangrijke rol in kunnen spelen.

“Eigenlijk zou die cliëntondersteuning gewoon domeinoverstijgend ingezet moeten kunnen worden, hè dus dat je het eigenlijk borgt. En ik heb wel eens gezegd van borg het bij de zorgkantoren want die hebben het redelijk goed op orde en dan heb je ook overal het op dezelfde manier geregeld en haal je het bij de gemeentes weg.” – P10

4.3.2. Externe samenwerking

Externe samenwerking is de samenwerking tussen verschillende partijen of beroepsgroepen op het gebied van het leveren van de juiste zorg. Externe samenwerking en domeinoverstijgende samenwerking worden als synoniemen van elkaar gezien. Beide zijn samenwerking buiten de eigen organisatie met als doel door samenwerking betere zorg te kunnen leveren aan de hulpvragers.

Ervaring van de hulpvragers

Gedurende de route vanaf het begin tot de uiteindelijke ontvangen ondersteuning is voor de hulpvrager de samenwerking tussen professionals, organisaties en instanties van groot belang. De mogelijkheden voor samenwerking die de hulpvragers hebben aangedragen worden hieronder uiteengezet. Door van het geheel aan routes een duidelijk geheel te maken met een gedeelde verantwoordelijkheid komt de verantwoordelijkheid voor het ontvangen van ondersteuning niet te liggen bij de hulpvrager maar bij het gehele systeem. Er wordt aangegeven dat organisaties aangeven niet met elkaar contact te kunnen of willen opnemen. Terwijl dat juist de verantwoordelijkheid bij de hulpvrager wegneemt en voor een beter uiteindelijk resultaat voor alle partijen kan zorgen. Ook wanneer er iets fout gaat tussen twee of meer partijen. Dit is om het kastje-naar-de-muur-verhaal te doorbreken. In deze gevallen zou het voordelig zijn als het kastje en de muur met elkaar gaan praten.

*“En toen op een gegeven moment was ik even niet zo vriendelijk meer. Toen heb ik gezegd, ja maar ik wil dat jij nu gaat bellen en dat heb ik hetzelfde aangegeven bij (***) . Van ja jongens dit is echt jullie fout en jullie moeten nu echt contact met elkaar gaan opzoeken als zorgverzekeraar en als thuiszorg.” – H3*

Als andere oplossing wordt aangedragen te moeten streven naar een proactieve houding vanuit de verschillende zorgdomeinen. Toekomstige ondersteuning kan worden ingeschat en voortijdig worden toegekend zodat wanneer het nodig is, de ondersteuning sneller kan worden gerealiseerd.

“Ja, ze zit al jaren in die rolstoel. Wat zou zo ’n kind dan nodig hebben. Op een gegeven moment heeft ie een douchestoel nodig. Op een gegeven moment heeft ie een rolstoelwoning nodig. Een rolstoelbus. En dat kan je eigenlijk allemaal uittekenen. Dus waarom moet ik een procedure helemaal gaan doorlopen alsof dit een pasgeboren kind is dat niemand kent.” – H4.

Verder wordt er aangegeven dat het wenselijk zou zijn dat er één partij het voortouw neemt afhankelijk van de zorg die er nodig is. Wanneer bijvoorbeeld bij een jong kind een diagnose wordt gesteld dan zou er een persoon aan huis kunnen komen om de eerste stappen door te spreken.

“Ja. Eigenlijk zou je wanneer je in de medische molen komt. En artsen zien dat, wat voor beeld en diagnose er aan zit. Zou het daar eigenlijk al wel kunnen beginnen. Of dat zij een bericht sturen, of de zorgverzekeraar, of de gemeente. En dat die regelen dat er een begeleider aan huis komt om dingen te gaan regelen.” – H3

Met de juiste mensen, kennis en samenwerking kunnen de hulpvragers beter worden geholpen. De verantwoordelijkheid voor deze samenwerking ligt uiteindelijk bij de professionals.

Ervaring van de professionals

Professionals werkzaam bij de gemeenten gaven aan met vele partijen samen te werken voor het leveren van de juiste zorg voor hun inwoners en dus de hulpvrager. Zo gaven zij aan dat in het sociale domein er een enorme hoeveelheid is aan organisaties die een rol spelen voor de hulpvrager. Afhankelijk van de vraag kan dit uiteenlopen van grote overheidsinstanties tot kleinere vrijwilligersorganisatie en alles er tussenin. Deze samenwerking is belangrijk om het netwerk waarin de hulpvragers geholpen kunnen worden zo compleet mogelijk te houden. Hoe korter de lijntjes tussen de partijen hoe sneller en beter de hulpvraag kan worden aangepakt. De professionals gaven ook aan dat de hulpvraag vaak niet op zichzelf staat maar onderdeel is het samenkomen van meerdere problemen. Hierom is het van groot belang om op lokale schaal goed samen te kunnen werken.

“Wij hebben daar wel, ik kan wel zeggen dat ik daar wel een beeld van heb. Maar dat komt ook, dat heeft er natuurlijk ook mee te maken dat wij een kleine gemeente zijn. (...) En zo proberen we de lijntjes kort te houden en zo weten we ook wel wie we moeten hebben waarvoor.” – P1

Ook de zorgverzekeraar professionals gaven aan dat er wordt samengewerkt met partijen buiten het eigen domein. In eerste instantie is dat een sterke samenwerking met het zorgkantoor. Omdat de zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor de uitvoer van de taak als zorgkantoor. De samenwerking is veel aanwezig en de collega's vanuit de twee organisaties kennen elkaar en weten elkaar te vinden. Ook in het Domeinoverstijgend Loket (DOL) werken professionals vanuit beide organisaties samen. Dit

verbetert de contacten en geeft de mogelijkheid om lastigere casussen samen te bespreken. Door het DOL wordt de kennis van beide beroepsgroepen ingezet om domeinoverstijgende hulpvragen aan te kunnen pakken.

“Maar de kunst is om te weten waar je die kennis vindt. Dat is de kracht van het domein, of eigenlijk loket. Nou, dat vind je vooral bij collega's van het zorgkantoor of binnen de Zorgverzekeringswet of collega's vanuit de gemeente.” – P12

Vanuit het DOL werd ook samengewerkt met de Friese gemeenten. Aan de hand van ‘roadshows’ waren de gemeenten uitgenodigd om presentaties over samenwerking bij te wonen. Tijdens deze roadshows werd door het DOL uitgelegd wat zij doen, welke rol zij kunnen spelen voor de gemeenten en wat de voordelen zijn van de domeinoverstijgende samenwerking.

“Dan vertellen we tijdens de roadshows over het DOL. En ieder van de stromingen vertelt dan even wat. De wlz de zvw de wmo. Iedereen vertelt wat de stroming inhoudt.” – P6

Een onafhankelijk clientondersteuner gaf aan ook graag in contact te komen met het DOL omdat er volgens de professional potentie zat in de samenwerking tussen OCO's en het DOL. Omdat de OCO's zich ook vaak bezighouden met de complexere hulpvragen en daarbij vaak te maken kregen met domeinoverstijgende vragen was direct contact en daarmee een korter lijntje met het domeinoverstijgend loket wenselijk. In het interview met een professional werkzaam bij het DOL kwam naar voren dat er inmiddels contact was geweest vanuit het DOL met de OCO-organisatie van de participerende professional. Tijdens deze bijeenkomst zijn de gezamenlijke uitdagingen en kansen met elkaar doorgenomen.

*“Komende donderdag hebben we onze eerste bijeenkomst. Dat is met (***) . Dat zijn onafhankelijke cliëntondersteuners. We hebben van tevoren een aantal knelpunt punten op papier gezet. Wat rode lijnen zeg maar.” – P12*

Ook de ergotherapeuten gaven aan dat externe samenwerking beter zou kunnen bij de beroepsgroep. De samenwerking met gemeenten, zorgverzekeraar en zorgkantoor kunnen volgens hen beter. Met betrekking tot de gemeente werd aangegeven dat contact beter kan. Er werd aangegeven dat het uitmaakte met wie je binnen de gemeente contact had, voor wat er mogelijk was. De toekenning van ondersteuning voor de hulpvrager was te persoonsafhankelijk. Hiervoor zou betere samenwerking kunnen zorgen voor een voorspelbaardere afhankelijkheid vanuit de ergotherapeuten. Ook met de zorgverzekeraar en het zorgkantoor kan het onderlinge contact beter. De ergotherapeuten gaven bijvoorbeeld aan dat er veel tijd verloren gaat aan het in de wacht staan bij de zorgverzekeraar en het zorgkantoor. Een apart nummer voor het bereiken van beide organisaties zou hierbij helpen. Ook de professionals die zij aan de lijn zouden krijgen bij dit aparte nummer zou kunnen helpen bij het beter

kunnen samenwerken. Nu waren de ergotherapeuten afhankelijk van het reguliere nummer, dat ook bereikbaar is voor de hulpvrager, bij beide organisaties. De ergotherapeuten gaven aan dat het wenselijk zou zijn als er meer kennis aanwezig zou zijn bij het nummer dat zij konden bellen, zodat er in meer overleg naar een antwoord op de hulpvraag kan worden gevonden.

“Nou ik denk dus dat het zou helpen als je misschien wel, als zorgverzekeraar, een aparte lijn hebt voor de hulpmiddelen waar een ergotherapeut of een logopedist, maakt niet uit wie daar iets aangevraagd heeft, rechtstreeks met iemand kan bellen. Aparte lijn.(...) En iemand die daar gewoon echt deskundig is op dat gebied en niet een student die dat erbij doet.” – P11

Daarnaast gaven de ergotherapeuten aan dat de samenwerking met huisartsen en zorgverzekeraars op beter kon als het ging om de vraag wie is er uiteindelijk verantwoordelijk voor het kiezen van de juiste zorg. Ergotherapeuten gaven aan dat soms de huisarts moet tekenen voor een vergoeding van een hulpmiddel waar zij geen verstand van hebben terwijl juist de ergotherapeut al een weloverwogen keuze heeft gemaakt. Maar hier kan de ondersteuning zonder de handtekening van de huisarts niet worden vergoed door de zorgverzekeraar. Maar door een grote druk en tijdsnood bij de huisartsen kon dit er soms toe leiden dat het lang op zich liet wachten. Aangegeven werd dat dit efficiënter kan door de verantwoordelijkheid voor het kiezen van de hulpmiddelen bij de ergotherapeut wordt neergelegd.

“Ik vind het gewoon een paarse krokodil dat een huisarts een handtekening moet zetten voor iets waarvan hij nog nooit heeft gehoord. Ik kan niet verwachten dat de huisarts zijn kennis over hulpmiddelen gaat bijschroeven. (...) Dan denk ik waarom is zijn handtekening nodig om iets vergoed te krijgen.” – P12

Als oplossing voor betere samenwerking werd door de hulpvragers benoemd dat een centraal overkoepelende organisatie een goede manier zou zijn om hulpvragers te ondersteunen in hun route naar de juiste zorg. Deze overkoepelende organisatie zou alle hulpvragen aannemen en vanuit daar de juiste route uitstippelen.

“In mijn optiek zou dat echt wel onder een koepel kunnen. Ik denk dat je daarmee veel meer duidelijkheid krijgt. Plus ook daadwerkelijk mensen inzetten die er verstand van hebben. Dat is natuurlijk ook wel heel belangrijk.” – H3

Het Domeinoverstijgend Loket (DOL) van De Friesland is een loket speciaal opgericht voor juist het samenbrengen van de domeinen. Het initiatief lag bij zorgverzekeraar De Friesland en in het team van het DOL zitten zowel medewerkers vanuit de Zvw als ook vanuit de Wlz. Het is als het ware een samenwerking tussen de zorgverzekeraar en het zorgkantoor. De rol van het DOL werd gezien als een mooie tussenstap tussen de twee situaties van daadwerkelijk één loket voor alle vragen en het hebben van meerdere loketten voor verschillende vragen. Vooral op de achtergrond speelde het DOL een rol in

de samenwerking tussen de verschillende zorgdomeinen. Dus ondanks dat er voor de hulpvrager nog steeds meerdere loketten waren en de hulpvrager ook vrij was om overal aan te kloppen was het fijn dat de verschillende loketten onderling konden overleggen en afstemmen.

“Ja dat zou het mooist zijn. Het zou natuurlijk mooi zijn als je een groot loket hebt voor al die vragen. Maar dat is in het verleden ook wel eens gebleken dat het toch gewoon niet gaat. Omdat je dan zoveel, zo breed. Dat is gewoon te veel. Het is al mooi als we nu het DOL als een soort tussenstap hebben. Zo van even sparren. En daar zie ik ook meer winst in. (...) En we hoeven ook niet altijd het absolute antwoorde te hebben, maar wel dat je elkaar gaat beïnvloeden, gaat benaderen om met elkaar ergens naar te kijken. Van hé hoe moet ik dit nou invliegen, of hé is dit nou wel iets voor jullie, ons. Of moeten we het gezamenlijk doen?” – P7

De taak voor het DOL werd gezien als aanjager van de samenwerking en voor het creëren van momentum waarop samenwerking kon plaatsvinden. De idealen die hierbij centraal stonden waren samenwerking, oplossingsgerichtheid en wegnemen van onduidelijkheid en grijze gebieden tussen de verschillende domeinen.

“De ideale situatie is, is dat iedereen ten alle tijden altijd samenwerkt, dat er natuurlijk altijd een passende oplossing is geboden en dat de wetgeving geen grijze gebieden heeft.” – P2

Deze ideale situatie is nog niet gerealiseerd maar veel professionals hopen dat de hulpvrager door middel van samenwerking beter geholpen kan worden bij diens hulpvraag. In het volgende hoofdstuk zal er worden gereflecteerd op de resultaten, de uitvoer van het onderzoek en zullen er aanbevelingen worden gedaan voor de praktijk.

5. Discussie

In dit onderzoek is, aan de hand van zeventien semigestructureerde diepte-interviews, de ervaring van hulpvragers en professionals door middel van een mix van reflectieve thematische analyse en thematische analyse met codeboekbenadering geanalyseerd. Hierin is gefocust op de ervaringen van beide groepen bij het komen tot de juiste zorg. Ook is er gekeken naar de mogelijke rol die domeinoverstijgende samenwerking hierin kan spelen. In het eerste deel zal worden ingegaan op de antwoorden die op de onderzoeksvraag gegeven kunnen worden. In het tweede deel van het hoofdstuk wordt gereflecteerd op het onderzoek. In het laatste deel zal worden ingegaan op welke aanbevelingen kunnen worden gedaan voor de verschillende beroepsgroepen in de praktijk.

5.1. Reflectie op de resultaten als antwoord op de onderzoeksvraag

In het onderzoek stond de volgende onderzoeksvraag centraal: ‘Wat is de ervaring van hulpvragers en zorgprofessionals in de zoektocht naar de juiste zorg in Friesland en welke rol is hierbij weggelegd voor domeinoverstijgende samenwerking?’. Het antwoord op deze vraag bestaat dus uit twee delen: de ervaring van de hulpvrager en de ervaring van de professional in de zoektocht naar de juiste zorg en de rol van domeinoverstijgende samenwerking. Allereerst wordt ingegaan op de ervaring van de hulpvrager in de zoektocht naar de juiste zorg.

De hulpvrager

De hulpvragers ondervinden bij het vinden van de juiste organisatie, maar ook met het regelen van de gewenste ondersteuning bij de juiste organisatie veel problemen. Bij veel van deze problemen geven de hulpvragers aan dat de verantwoordelijkheid voor het vinden en regelen van de juiste zorg te veel bij de hulpvrager zelf ligt. Die taak zou volgens de hulpvragers meer moeten liggen bij de professionals. Deze verantwoordelijkheid uit zich in zeven mogelijke problemen. De eerste drie hiervan zijn onderdeel van het thema ‘Onduidelijkheid bij het vinden van de juiste verantwoordelijke’ en hebben betrekking op de eerste etappe in figuur 3. De volgende vier hebben te maken met het thema ‘Systematische knelpunten in het komen tot de ondersteuning’ en hebben betrekking op de tweede etappe van de route in figuur 3.

Ten eerste lopen hulpvragers, tussen niveau 1 en 2 (figuur 3), aan tegen onduidelijkheid over waar ze terecht kunnen met hun hulpvraag. Dit is in lijn met eerdere bevindingen (Nationale ombudsman, 2020, 2021). Maar waar eerder onderzoek zowel de gemeente als de zorgverzekeraar zien als beginpunt voor de hulpvrager bij vragen over vergoedingen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2020b), komt uit dit onderzoek naar voren dat de gemeente vaak de eerste partij is waar de hulpvrager contact mee opneemt. Dit komt doordat zij volgens de hulpvragers een duidelijke netwerkfunctie hebben. De hulpvrager gaat er dan niet van uit dat de gemeente daadwerkelijk het juiste loket is, maar gaat er wel van uit dat, als ze ergens anders moet zijn, de gemeente goed doorverwijst. In lijn met eerder onderzoek (Zuurmond & De Boer, 2020) geldt daarnaast dat hulpvragers in het beginstadium van de route weinig contact hebben met het zorgkantoor. Dit komt enerzijds door de relatief lage bekendheid van het Zorgkantoor bij de hulpvragers en anderzijds doordat het contact meestal pas plaatsvindt nadat expliciet Wlz-zorg nodig is. Ten tweede ervaren de hulpvragers dat zij

vaak worden doorverwezen op niveau 2 (figuur 3), zonder dat zij hierbij een onderbouwing te horen krijgen. Dit kan leiden tot het ontstaan van kastje-naar-de-muur-situaties, overeenkomstig met eerdere waarschuwingen (Nationale ombudsman, 2018; 2021) en onderzoek (Stam, 2020). Dit komt doordat de hulpvrager niet genoeg kennis heeft van het systeem en zonder antwoord heen en weer wordt gestuurd waarbij de hulpvraag niet wordt beantwoord. Hierbij stopt de route naar de juiste zorg en komt de hulpvrager niet voorbij niveau 2. Ten derde is de ervaring met het Domeinoverstijgend Loket (DOL) van De Friesland voor alle hulpvragers positief. De hulpvragers werden nu echter in een laat stadium in de route, in een poging om er toch domeinoverstijgend uit te komen, doorverwezen naar het DOL. De hulpvragers hadden graag het DOL of een soortgelijke vorm van ondersteuning eerder in de route gehad waardoor tijd en energie bespaard had kunnen blijven die nu naar het zoeken naar de juiste route zijn gegaan. Dit is vergelijkbaar met figuur 2 in het theoriehoofdstuk, waarin een domeinoverstijgend loket aan het begin van de route gepositioneerd is.

Ten vierde ervaart de hulpvrager moeite op niveau 2 (figuur 3) om de noodzaak gewenste ondersteuning duidelijk te maken aan de professional, zoals ook beschreven in eerder onderzoek (Sociaal Cultureel Planbureau, 2021) Dit komt doordat de professional hierbij gevoelsmatig op een te grote afstand staat van de situatie van de hulpvrager en de professional de situatie niet goed kan inschatten. Ten vijfde zijn er de wachttijden bij de toegang tot Wmo-ondersteuning en in het contact met de zorgverzekeraar. De hulpvrager blijft hierdoor steken op niveau 2 en komt niet tot ondersteuning vanuit een van de wetten. Daarnaast zijn er wachtrijen voor het ontvangen van Wlz-zorg. Dit komt voor een groot deel voort uit breder spelende tekorten van personeel en intramurale huisvesting. Door deze tekorten komt de hulpvrager niet tot het ontvangen van de ondersteuning (niveau 4). De lange wachttijden en wachtrijen zijn in lijn met eerdere rapportages (Spruit, 2023; Nationale ombudsman 2018,2021).

Ten zesde is de overgang van ondersteuning vanuit de ene wet naar een andere wet onduidelijk. Hierbij moet de hulpvrager vanuit niveau 4 terug naar niveau 3. Vanuit niveau kan de hulpvrager dan opnieuw naar niveau 4 (figuur 3). Deze ervaring komt overeen met de analyse in eerder onderzoek (Plaisier & Den Draak, 2021). Deze onduidelijkheid wordt ervaren bij zowel de overgang vanuit de Jeugdwet wanneer de hulpvrager 18 jaar wordt en in de overgang naar de Wlz wanneer de ondersteuningsbehoefte groot en langdurig is. Dit komt onder andere door de hogere eigen bijdrage die niet wordt begrepen en als negatief wordt ervaren. Ten slotte ervaart de hulpvrager problemen met het persoonsgebonden budget (pgb). Dit probleem is moeilijker in figuur 3 te plaatsen doordat de problemen ontstaan nadat de ondersteuning (het pgb) al wel is toegekend. De hulpvrager ervaart een te grote eigen verantwoordelijkheid. Deze verantwoordelijkheid komt echter niet met het bijbehorende benodigde vertrouwen. Focus op fraude door professionals en het toekennen van het pgb voor relatief korte termijnen zorgen voor stress onder de pgb-gebruikers. Dit komt overeen met stressfactoren uit eerdere rapportage (Per Saldo, Z.D.) en onderzoek (Larkin, 2015).

De professional

De professionals zijn vanuit hun eigen functie verantwoordelijk voor het helpen van de hulpvrager naar de juiste zorg. De professional heeft het gevoel de hulpvragers goed te kunnen helpen en zo nodig door te verwijzen naar de juiste andere organisatie. Zij geven allen aan dat de eigen kennis vaak voldoende is om de hulpvrager te kunnen helpen. Daarnaast ervaren zij voldoende hulp van collega's om de hulpvrager ook te helpen wanneer de eigen kennis of rol niet afdoende is. Verder verschillen de ervaringen van de beroepsgroepen van elkaar, onder andere met betrekking tot de samenwerking. De ervaring van de vijf beroepsgroepen wordt hieronder uiteengezet.

Ten eerste ervaren de gemeentemedewerkers in overeenstemming met eerder onderzoek (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2020a), een brede verscheidenheid aan hulpvragen. Om deze hulpvragers te kunnen helpen is het van belang dat de gemeente goed is ingebed in het zorglandschap. Om dit te bereiken is het van belang om met veel partijen die zich ook inzetten om hulpvragers te ondersteunen, korte lijnen te hebben. Ten tweede ervaren de medewerkers van de zorgverzekeraar dat het Domeinoverstijgend Loket (DOL) een goede manier is om de hulpvragers te helpen die juist de extra ondersteuning nodig hebben. Daarnaast wijzen ook zij op het belang van samenwerking met de andere domeinen in het verkleinen van de grijze gebieden tussen de wetten. Om dit te bereiken spelen onder andere de directe samenwerking met het zorgkantoor in het DOL en het betrekken van de gemeentes bij het DOL een belangrijke rol. Ten derde ervaren de zorgkantoormedewerkers dat de interne samenwerking beter kan. Daarnaast lopen zij aan tegen de relatief onbekendheid van het zorgkantoor waardoor zij niet de hulpvragers kunnen bereiken die ze willen bereiken. Ten vierde ervaren de onafhankelijke clientondersteuners (OCO's) dat de invulling per gemeente verschilt, wat zorgt voor onzekerheid voor zowel hulpvrager als professional. Zowel de bekendheid bij de hulpvrager als ook de contracten tussen de OCO-aanbieders en de gemeenten verschillen per gemeente. Ook speelt de opdeling van de OCO-ondersteuning in meerdere wetten een negatieve rol in het volledig kunnen ondersteunen van de hulpvrager. Deze problemen die voortkomen uit de verschillen tussen gemeenten maar ook de opdeling in meerdere kwam ook naar voren in eerdere rapportage (Spruit, 2023). De ergotherapeuten ten slotte, ervaren in de samenwerking met de uiteindelijk vergoedende partijen (gemeente, zorgverzekeraar, zorgkantoor) dat de verwachtingen niet op een lijn liggen. Niet alle door de ergotherapeut aanbevolen hulpmiddelen kunnen namelijk vergoed worden voor de hulpvrager. Daarnaast kan het ook zijn dat een huisarts de ondersteuning nog moet goedkeuren voordat de ondersteuning kan worden vergoed. In deze situatie is de goedkeuring van een huisarts die niet gespecialiseerd is in hulpmiddelenzorg belangrijker dan de expertise van de ergotherapeut. Allereerst zorgt dit voor extra druk op de, toch al beperkte, tijd van de huisarts (Flinterman et al., 2023). Ten tweede vergroot het de onduidelijkheid over wie de uiteindelijke verantwoordelijkheid heeft over het toekennen van een hulpmiddel (de ergotherapeut, de vergoedende partij of de huisarts). Ten slotte leidt het tot een extra te doorlopen stap op de route, waarmee de wachttijd voor de hulpvrager langer wordt.

Tegenstelling tussen ervaring hulpvragers en professionals

Uit de interviews blijkt een discrepantie in de ervaringen van de hulpvragers en die van de professionals.

De hulpvragers geven allen duidelijk aan dat de route naar de juiste zorg niet gaat zoals ze zouden willen. Ze ervaren veel onduidelijkheid en ervaren te weinig begeleiding vanuit de professionals. De professionals in dit onderzoek daarentegen geven aan dat zij er juist zijn om de lastig in één domein te plaatsen hulpvragen te beantwoorden en te begeleiden. Zij ervaren dat zij deze taak goed uit kunnen voeren en geven aan dat zij de meeste mensen goed kunnen helpen. Deze ervaringen lijken niet met elkaar te rijmen. |

Allereerst moet erkend worden dat in het onderzoek is gefocust op hulpvragers met een relatief complexe vraag. Door de nadruk op de maatschappelijke minderheid met complexere hulpvragen is de meerderheid aan 'simpelere' hulpvragen ondervertegenwoordigd. Maar bij de groep hulpvragers met een relatief complexe hulpvraag blijft de discrepantie bestaan. De reden voor deze discrepantie is de domeinen die niet goed op elkaar aansluiten. Hierdoor bestaan grijze gebieden waar de verantwoordelijkheid onduidelijk is. Voor de professional kunnen deze grijze gebieden minder duidelijk zijn doordat de kennis over de andere domeinen niet compleet is. De professional gaat er bij het doorverwijzen bijvoorbeeld onterecht vanuit dat de ondersteuning wordt vergoed vanuit een ander domein. Wanneer de hulpvrager dan bij het volgende domein komt blijkt het daar ook niet te worden vergoed omdat de situatie onbewust tussen de wetten in valt. Verder ligt de verantwoordelijkheid te veel bij de hulpvrager. De hulpvrager ervaart voordat de professional in beeld is al onduidelijkheid bij het vinden van de juiste zorg. Deze onduidelijkheid krijgt de professional niet mee. Daarnaast wordt de hulpvrager met te weinig nieuwe informatie doorverwezen naar een ander domein. Zonder dat de professional dit weet kan de hulpvrager hierdoor vastlopen op de route. Door deze onzichtbare onduidelijkheid voor de professional kan het beeld ontstaan dat hulpvragers goed worden geholpen terwijl zij in werkelijkheid vastlopen en dus de juiste ondersteuning niet kunnen bereiken.

5.2. Reflectie op het onderzoek

Het onderzoek heeft een aantal zwakke punten. Het eerste zwakke punt betreft de hoeveelheid participanten in het onderzoek. Bij de hulpvragers is het aantal participanten erg laag en zou een hoger aantal participanten het beeld verduidelijken en de resultaten verstevigen. In dit onderzoek konden niet meer participanten worden gevonden doordat er een beperkt aantal hulpvragers bekend was vanuit mijn stage bij het Domeinoverstijgend Loket. Daarnaast was van de groep bij het DOL bekende hulpvragers een deel niet te bereiken en wilde een deel niet meewerken aan het onderzoek. Toen is ervoor gekozen om professionals te betrekken bij het onderzoek. In dit onderzoek is echter de nadruk gelegd op meerdere beroepsgroepen wat ten koste gaat van de hoeveelheid participanten per beroepsgroep. In dit verkennend onderzoek wegen de meerdere beroepsgroepen op tegen het beperkte aantal participanten per beroepsgroep. Door het betrekken van meerdere beroepsgroepen is namelijk een completer beeld ontstaan van de professionals die betrokken zijn bij de het vinden van de juiste zorg voor de hulpvrager. Bij een mogelijk vervolgonderzoek zouden meer hulpvragers en professionals per beroepsgroep kunnen zorgen voor een betere afspiegeling van de doelgroepen in de maatschappij.

Het tweede zwakke punt heeft te maken met het selecteren van de hulpvragers. De participanten

zijn benaderd omdat hun hulpvraag bij het Domeinoverstijgend Loket (DOL) is binnengekomen. Deze participanten kwamen in beeld omdat ze waren vastgelopen in hun route naar de juiste zorg en werden voorgedragen bij het DOL door een externe professional. Dit heeft twee gevolgen. Het eerste is dat de participanten een relatief lastige hulpvraag hadden, waar een andere professional niet uit kwam. Dit zorgt voor een vertekend beeld van de doelgroep doordat de complexere vragen zijn oververtegenwoordigd en de simpelere vragen zijn ondervertegenwoordigd. Het tweede gevolg is dat de participanten uiteindelijk allen zijn geholpen door het DOL waarbij de juiste ondersteuning is geleverd. Dit vertekent het beeld omdat op deze manier alle participanten uiteindelijk positief zijn geholpen. Hulpvragers die er niet uit kwamen, zijn vastgelopen, zijn afgehaakt of die niet naar tevredenheid zijn geholpen zijn niet meegenomen in het onderzoek. In toekomstig onderzoek zal moeten worden gekeken naar hulpvragers die representatievere afspiegeling zijn in zowel de complexiteit van de hulpvraag als ook de uiteindelijke uitkomst.

Het derde zwakke punt is dat er onderzoek is gedaan in opdracht van De Friesland waardoor er alleen is gefocust op de rol van De Friesland als zorgverzekeraar. Daarnaast heeft De Friesland een grote invloed op het zorgkantoor en zijn deze twee met elkaar verweven, doordat zij als grootste verzekeraar in de zorgregio verantwoordelijk is voor de uitvoer van het zorgkantoor. Door met enkel professionals te spreken die betrokken zijn bij De Friesland, is er wel een goed beeld ontstaan van de werkwijze van De Friesland in het helpen van de hulpvragers, maar niet van de rest van de zorgverzekeraars in Friesland. Hoewel 57% van Friezen is verzekerd bij De Friesland, betekent dit dat 43% bij een andere aanbieder verzekerd is. Over deze laatste grote groep Friezen is hierdoor niet goed te zeggen hoe hun ervaring is met hun zorgverzekeraar. In toekomstig onderzoek zou een representatieve verdeling van verschillende zorgverzekeraars en verzekerden een completer beeld geven van de ervaring van de hulpvragers en professionals met de zorgverzekeraar en het vinden van de juiste zorg.

Naast de zwakke punten van het onderzoek is ook mijn invloed als onderzoeker bepalend voor de loop van het onderzoek (Hennink et al., 2020; Shenton, 2004). Hier ben ik mij van bewust. Ik heb een grote invloed gehad op de gehele onderzoeksopzet. Zowel bij de interviewschema's, dataverwerking, data-analyse en uiteindelijke tekstuele uitwerking van het onderzoek heb ik veel invloed gehad. Hoewel dit als subjectief en negatief kan worden gezien is dit niet per definitie het geval. Mijn opgedane kennis vanuit mijn stage, de literatuur en het uitvoeren van het onderzoek neem ik mee en heeft een positief effect op de uiteindelijke kwaliteit van het onderzoek. Daarnaast helpt mijn voorkennis mij de ervaringen van de hulpvragers en professionals beter te begrijpen en in een bredere context te plaatsen. Tijdens de interviews heb ik deze voorkennis zoveel mogelijk gerelateerd aan de ervaringen van de participanten en geprobeerd deze niet als vooroordelen of aannames mee te nemen tijdens het interview. Vanuit de interviews werden de knelpunten die bestaan in de zorg mij duidelijker en deze ervaring van de participanten hebben mij persoonlijk geraakt en beïnvloed. Ik heb geprobeerd deze persoonlijke invloed niet mee te nemen in de verslaglegging en de analyse. Ik ben mij gedurende het gehele onderzoek bewust geweest van mijn subjectiviteit en heb geprobeerd dit zo veel mogelijk te

beperken.

Deze beperkingen en persoonlijke invloed spelen een belangrijke rol in de uiteindelijke interpretatie van de resultaten van het onderzoek. Bij het trekken van conclusies en het lezen van de aanbevelingen moeten dit worden meegewogen. In de volgende paragraaf wordt per beroepsgroep ingegaan op aanbevelingen die naar voren komen vanuit het onderzoek voor deze scriptie.

5.3. Aanbevelingen voor de praktijk

In het gehele onderzoek is voor elk van de beroepsgroepen veel bekend geworden over het helpen van de hulpvrager en professionele samenwerking. Op basis van deze informatie kunnen enkele praktijkgerichte aanbevelingen worden gedaan. Sommigen van deze aanbevelingen zullen makkelijker gerealiseerd kunnen worden dan anderen. Zoals uit het onderzoek naar voren komt is de zorg uit verschillende domeinen een complex systeem waarbinnen verandering, en zeker domeinoverstijgende verandering, niet snel kan worden vormgegeven door de vele betrokken partijen. In andere gevallen zit wet- en regelgeving in de weg en zal die eerst moeten veranderen voordat er kan worden toegewerkt naar de gewenste situatie.

Voor de zorgverzekeraars en specifiek De Friesland en daarbij het Domeinoverstijgend Loket (DOL) geldt dat de intensieve samenwerking met andere partijen en domeinen een positieve invloed heeft op het versoepelen van het vinden van de juiste zorg. De geïnterviewde hulpvragers geven allen aan dat het DOL een positief effect heeft gehad op hun situatie, waarbij er doorbraken zijn geweest met betrekking tot ondersteuning die ze alleen konden krijgen na interventie door het DOL. Mijn aanbeveling is dan ook om in lijn met de huidige gerealiseerde openstelling van het DOL voor de hulpvrager. Door De Friesland is hier een grote stap in de richting van een effectief domeinoverstijgend loket voor alle Friezen gemaakt. De aanbeveling is dan ook om het DOL aan het begin van de route te positioneren om de hulpvragers eerder te kunnen ondersteunen en niet pas wanneer andere professionals er echt niet uit komen.

De positie die het DOL heeft en de taak die het DOL uitvoert is bij de zorgverzekeraars in Nederland uniek. Het DOL heeft als doel door samenwerking en oplossingsgerichtheid de onduidelijkheid en grijze gebieden tussen de domeinen voor de hulpvrager weg te nemen. Andere verzekeraars zouden er goed aan doen om met dezelfde doelstellingen als het DOL een soortgelijk instrument in te stellen om juist de complexere vragen effectief te beantwoorden. Voor De Friesland en het DOL geldt dat de samenwerking zal moeten blijven worden gezocht om het netwerk waarbinnen de vragen kunnen worden uitgezet en behandeld te vergroten. Een mooi voorbeeld hiervan is het al gemaakte contact tussen het DOL en de OCO-aanbieder om samen te kijken wat er voor elkaar kan worden gedaan. Een mogelijke toevoeging aan het netwerk zijn daarnaast ook ergotherapeuten. De ergotherapeuten geven aan ook belang te hebben bij kortere lijntjes met zorgverzekeraars om te overleggen over ingewikkelde casuïstiek. Aangezien zij zeggen een apart telefoonnummer nuttig te achten zal direct contact met het DOL een oplossing kunnen zijn voor die behoefte.

Voor het zorgkantoor geldt allereerst dat de bekendheid en zichtbaarheid van de zorgkantoren

vergroot zou moeten worden. Dit punt speelt al langer en het vergroten van de bekendheid juist bij personen die nog geen gebruik maken van de Wlz maar in de toekomst waarschijnlijk wel met de Wlz te maken krijgen, verdient aandacht. Er zijn groepen waarbij de overgang naar Wlz-zorg mogelijk te voorspellen is. Een groep als steeds langer thuiswonende ouderen met een groter wordende zorgvraag vanuit de Wmo is een van de groepen die een verhoogde kans hebben op Wlz-zorg in de toekomst. Dit kan in samenspraak met de thuiszorg en mogelijke naasten of mantelzorgers. Daarnaast is ook de overgang van kinderen die achttien jaar gaan worden een groep waarbij een toekomstige Wlz-indicatie goed kan worden ingeschat. Bij deze groep kan ver voor de achttiende verjaardag een gesprek worden gevoerd om de overgang naar de Wlz en de rol van het zorgkantoor te bespreken.

Verder geldt voor het zorgkantoor dat de afstand tussen de Zorginhoudelijk Medewerkers (ZIM'ers) en de afdeling die gaat over de inkoop van de zorg verkleind zou kunnen worden en de samenwerking geborgd kan worden door een intensievere samenwerking. De contacten die er op dit moment zijn, zijn te persoonsafhankelijk. Overleggen over de beschikbare zorg en zorgplaatsen zijn niet geborgd en kunnen makkelijk vervallen wanneer de prioriteiten veranderen. De ZIM'ers geven aan dat de samenwerking kan worden versterkt door periodiek af te spreken elkaar op de hoogte te houden.

Voor het zorgkantoor maar ook voor andere partijen die persoonsgebonden budgetten (pgb) aanbieden zoals de gemeente en de zorgverzekeraars geldt dat er rekening moet worden gehouden met de verantwoordelijkheid van de hulpvrager. De hulpvragers geven op verschillende manieren aan dat het pgb een grote verantwoordelijkheid is. De administratie is een belangrijke taak die veel stress oplevert mede door de strenge controle op fraude. Een ander punt dat stress oplevert is de onzekerheid die gepaard gaat met een pgb doordat het jaarlijks moet worden verlengd. Om deze stressfactoren weg te nemen, kan het voor langere tijden worden toegekend als bijvoorbeeld de zorg stabiel is of groter wordt. Om de administratiestress te verkleinen is het van belang om naast de hulpvrager te gaan staan in plaats van er tegenover. Dit kan door de focus te verleggen van controle op fraude naar het controleren of alles lukt. Voor gemeenten is het belangrijk om een zo centraal mogelijke plek in te nemen in het netwerk van partijen die de hulpvrager helpen. Omdat de gemeente vaak het beginpunt van de route is voor de hulpvrager is goed kunnen doorverwijzen van cruciaal belang. Gemeenten zouden er goed aan doen om het contactcentrum te centraliseren en er als het ware een spin in het web van te maken. Dit bevordert de kwaliteit van de hulp voor hulpvragers en zorgt voor een efficiënte manier van kennisdeling in de organisatie. Juist wanneer wordt gedecentraliseerd en de connectie met het netwerk vermindert, verliest de hulpvrager een belangrijk loket dat zowel bij de gemeente intern als ook extern goed kan doorverwijzen.

De onderlinge samenwerking tussen ergotherapeuten en voor de zorgwetten verantwoordelijke instanties is geholpen bij meer duidelijkheid over de beschikbare en te vergoeden hulpmiddelen. De wensen van de ergotherapeuten en daarmee de hulpvrager die het advies opvolgt, lijken niet te rijmen met de beschikbare hulpmiddelen. Dit probleem is tweeledig waarbij het eerste deel de wisselwerking tussen de hulpvrager en de rol van de ergotherapeut is. Door het verschil tussen de grote kennis van de

ergotherapeut over hulpmiddelen en de relatief beperkte kennis bij de hulpvrager ontstaan er problemen voor de hulpvrager. Omdat de hulpvrager het advies van de ergotherapeut opvolgt en met dat advies naar de verantwoordelijke instantie gaat heeft de hulpvrager niet de kennis maar wel de verantwoordelijkheid om de ondersteuning geleverd te krijgen. Door het gebrek aan kennis kan de hulpvrager de vergoeder niet overtuigen van de noodzaak waardoor de ondersteuning niet geleverd wordt. Het tweede deel van het probleem is de wisselwerking tussen de ergotherapeut en de vergoedende partij. Het aanbevolen hulpmiddel kan niet worden toegekend door de vergoedende partij omdat het wordt gezien als overbodig of overdreven. Door dit verschil in mening komt de hulpvrager klem te zitten tussen de twee partijen en kan men niet komen tot de juiste ondersteuning. Hiervoor is het van belang dat de ergotherapeuten en de vergoedende instanties goed contact hebben en houden zodat er een duidelijk gezamenlijk idee is over wat er mogelijk is qua ondersteuning voor de hulpvrager. Belangrijk hierbij is consequent handelen door beide partijen. De ergotherapeut moet realistisch haalbare hulpmiddelen adviseren en de hulpvrager goed informeren over waarom deze nodig is. De vergoedende instantie moet bij toekenning de beperkte kennis van de hulpvrager en de expertise van de ergotherapeut meenemen in de besluitvorming. Ook moeten beide professionele partijen een controleerbare vastgelegde afweging maken om persoonsafhankelijke besluiten tegen te gaan.

Een andere te veranderen situatie is de afhankelijkheidsrelatie tussen de ergotherapeut en de huisarts, waarbij de ergotherapeut afhankelijk is van de toestemming van de huisarts voor het vergoed krijgen van de ondersteuning. In deze afhankelijkheidsrelatie is juist de ergotherapeut de expert op het gebied van hulpmiddelen en toch is de huisarts nodig in het tot stand brengen van de zorg terwijl de huisartsen in Nederland al te maken hebben met een enorme druk. De huisarts kan uit dit proces worden gehaald door de expertise van de ergotherapeut voldoende te achten voor de toekenning van ondersteuning door de vergoedende instantie. Dit komt de snelheid waarop ondersteuning kan worden geboden ten goede.

Als laatste beroepsgroep komt de onafhankelijke clientondersteuning aan bod. Bij deze doelgroep is vooral interne samenwerking en inrichting een speerpunt. Het is van belang dat de verschillende aanbieders van onafhankelijke clientondersteuning samen gaan werken om de positie van onafhankelijke clientondersteuning te verstevigen. Zo is het nodig om in heel Friesland samen te werken om de contracten die er zijn met de gemeenten gelijk te trekken zodat het voor de hulpvrager niet meer uitmaakt waar in Friesland de ondersteuning wordt gegeven. Een contract zoals dat er is tussen de OCO-aanbieders en het zorgkantoor is hierbij het voorbeeld. Dit is een contract dat allereerst voor alle OCO-aanbieders gelijk en daarnaast ook op basis is van een gemiddelde ondersteuningstijd. Een verdergaande maatregel die de onafhankelijke clientondersteuning ten goede zou komen is het onderbrengen van alle vormen van onafhankelijke clientondersteuning in een wet. Het onderbrengen bij het zorgkantoor is hierbij de beste mogelijkheid omdat de contacten tussen de OCO-aanbieders en het zorgkantoor goed is en er al contracten zijn. Daarnaast is het zorgkantoor al verantwoordelijk voor een deel van de onafhankelijke clientondersteuning in de hele regio Friesland.

Belangrijk is om te benadrukken dat naast de vele knelpunten die beschreven zijn in dit onderzoek er ook heel veel goed gaat. Voor het grootste deel van de mensen is zorg en ondersteuning gelukkig goed te garanderen. Op de momenten dat dit minder goed lukt of wanneer er iets fout gaat, zien alle professionals graag dat het wordt opgelost. Het bovenstaande is dan ook geen kritiek op de professionals of op de organisaties maar schetst een beeld van de systematische knelpunten die moeilijk zijn op te lossen. Om de knelpunten op te lossen is de wil om samen te werken nodig. De wil om samen te willen werken zorgt ervoor dat beroepsgroepen, organisaties en collega's elkaar blijven opzoeken om de problemen te tackelen. Er gaat al veel goed in Friesland en dat schetst een hoopvol toekomstbeeld, ook voor de huidige knelpunten waar nog verbetering mogelijk is. Al met al is en blijft samenwerking de manier om grotere systematische problemen aan te pakken in het belang van de hulpvrager.

Literatuur

- Amelung, V., Stein, V., Suter, E., Goodwin, N., Nolte, E., & Balicer, R. (2021). *Handbook Integrated Care*. Springer Nature.
- Boeije, H. (2010). *Analysis in Qualitative Research* (1ste editie). SAGE Publications.
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. In *American Psychological Association eBooks* (pp. 57–71). <https://doi.org/10.1037/13620-004>
- Braun, V., & Clarke, V. (2023). Is thematic analysis used well in health psychology? A critical review of published research, with recommendations for quality practice and reporting. *Health Psychology Review*, *17*(4), 695–718. <https://doi.org/10.1080/17437199.2022.2161594>
- Byrne, D. (2021). A worked example of Braun and Clarke’s approach to reflexive thematic analysis. *Quality & Quantity*, *56*(3), 1391-1412. <https://doi.org/10.1007/s11135-021-01182-y>
- Centrum Indicatiestelling Zorg. (2023). *Over het CIZ*. CIZ. <https://ciz.nl/over-het-ciz>
- De Friesland & Vereniging van Friese Gemeenten. (2022). Friese Samenwerkingsagenda 2022-2025: Domein overstijgende ambities binnen het Friese zorglandschap. In *Gemeente Súdwest-Fryslân*. <https://sudwestfryslan.nl/wp-content/uploads/2022/05/Bijlage-Friese-Samenwerkingsagenda-2022-2025.pdf>
- De Friesland. (z.d.-a). *Domeinoverstijgend Loket*. <https://www.defriesland.nl/zorgwijzer/domeinoverstijgend-loket>
- De Friesland. (z.d.-b). *Oplossingen voor complexe zorgvragen met Casuïstiektafels*. <https://www.defriesland.nl/over-de-friesland/rol-in-de-zorg/juiste-zorg-op-de-juiste-plek/casuïstiektafels>
- De Klerk, M., Verbeek-Oudijk, D., Plaisier, I., & Den Draak, M. (2019). *Zorgen voor thuiswonende ouderen: Kennissynthese over de zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelingen* (SCP-publicatie 2019-3). Sociaal en Cultureel Planbureau. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2019/04/17/zorgen-voor-thuiswonende-ouderen>
- Ellwood, S. (1996). Full-cost pricing rules within the National Health Service internal market-accounting choices and the achievement of productive efficiency. *Management Accounting Research*, *7*(1), 25–51. <https://doi.org/10.1006/mare.1996.0002>
- Ergotherapie Nederland. (2022). *Dit is ergotherapie - Ergotherapie*. <https://ergotherapie.nl/dit-is-ergotherapie/>
- Flinterman, L., Vis, E., Keuper, J., Schaaijk, A. van, Batenburg, R. (2023). De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2022: toelichting en samenvatting van het onderzoek – en de regionale factsheets. Nivel. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004425.pdf>
- Grol, S., Molleman, G., van Heumen, N., van den Muijsenbergh, M., Haan, N. S. D., & Schers, H. (2021). Effecten van de hervorming van de ouderenzorg. *Huisarts en wetenschap*, *65*(1), 13–17. <https://doi.org/10.1007/s12445-021-1369-7>
- Hennink, M., Hutter, I., & Bailey, A. (2020). *Qualitative Research Methods*. Sage.

- Kennisplatform de Juiste Zorg op de Juiste Plek. (2020). *Kennisagenda Zorg op de Juiste Plek*. ZonMw. https://publicaties.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Ouderen/JZOJP/Kennisagenda_Zorg_op_de_Juiste_Plek_2020.pdf
- Kuijper, K. (2021). *AWBZ: alle wijzigingen op een rij*. Zorgwijzer. Geraadpleegd op 11 april 2022, van <https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2015/awbz-in-2015-alle-wijzigingen>
- Lapsley, I. (1994). Market mechanisms and the management of health care. *International Journal of Public Sector Management*, 7(6), 15–25. <https://doi.org/10.1108/09513559410070551>
- Lapsley, I., & Miller, P. (2019). Transforming the Public Sector: 1998–2018. *Accounting, auditing & accountability*, 32(8), 2211–2252. <https://doi.org/10.1108/aaaj-06-2018-3511>
- Larkin M (2015) Developing the knowledge base about carers and personalisation: contributions made by an exploration of carers’ perspectives on personal budgets and the carer-service user relationship. *Health and Social Care in the Community* 23(1, SI): 33–41. DOI: 10.1111/hsc.12131.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1986). But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *New Directions for Program Evaluation*, 1986(30), 73–84. <https://doi.org/10.1002/ev.1427>
- Ministerie van Algemene Zaken. (2022b). *Wet langdurige zorg (Wlz)*. Rijksoverheid.nl. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleeghuizen-en-zorginstellingen/wet-langdurige-zorg-wlz>
- Ministerie van Algemene Zaken. (2022c). *Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)*. Rijksoverheid.nl. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/wmo-2015>
- Ministerie van Algemene Zaken. (2023). *Zorgkantoren*. Rijksoverheid.nl. <https://www.rijksoverheid.nl/contact/contactgids/adressen-zorgkantoren>
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. (2019). *Decentralisatie van overheidstaken naar gemeenten*. Rijksoverheid.nl. Geraadpleegd op 14 april 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gemeenten/decentralisatie-van-overheidstaken-naar-gemeenten>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020a). *Het kan wél!: Complexe zorgvragen bij VWS*. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-76772235-0114-4ae6-a68d-332df9c645bc/pdf>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020b). *Discussienota Zorg voor de Toekomst*. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-9a206f72-bbc5-47dc-bbd4-d9550ce95ae4/pdf>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020c). *Ergotherapie*. Regelhulp - Ministerie van VWS. <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/revalidatie/ergotherapie>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021a). *De Jeugdwet*. Regelhulp - Ministerie van VWS. <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/jeugdwet>

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021b). *Wlz-algemeen: Hoe werkt de Wet langdurige zorg?* Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland.
<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/wlz-algemeen-hoe-werkt-de-wet-langdurige-zorg>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022a). *De Zorgverzekeringswet (Zvw)*.
 Regelhulp - Ministerie van VWS. <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/zorgverzekeringswet-zvw>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022b). *Het Juiste Loket*. Rijksoverheid.nl.
<https://www.rijksoverheid.nl/contact/contactgids/het-juiste-loket>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022c). *Onafhankelijke cliëntondersteuning*.
 Regelhulp - Ministerie van VWS. <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/clientondersteuning>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022d). *Advies “Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú”*. Rapport | Zorginstituut Nederland.
<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2020/11/27/advies-samenwerken-aan-passende-zorg-de-toekomst-is-nu>
- Nationale ombudsman. (2018). *Zorgen voor burgers* (Nr. 2018/030).
<https://www.nationaleombudsman.nl/system/files/onderzoek/2018030%20Zorgen%20voor%20burgers.pdf>
- Nationale ombudsman. (2020) *Blijvende zorg* (Nr. 2020/031).
<https://www.nationaleombudsman.nl/system/files/bijlage/Rapport%20Blijvende%20zorg.pdf>
- Nationale ombudsman. (2021). *Jaarverslag 2020: De burger verdient beter* (kst-35743-2).
https://www.nationaleombudsman.nl/system/files/bijlage/Jaarverslag%20Nationale%20ombudsman%202020_3.pdf
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2019). *Monitor Hulpmiddelenzorg*.
https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_269793_22/1/
- Nowell, L., Norris, J. M., White, D. L., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International journal of qualitative methods*, 16(1), 160940691773384. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Plaisier, I., & Den Draak, M. (2021). *Passende zorg voor ouderen thuis: knelpunten in kaart*. Sociaal en Cultureel Planbureau. <https://digitaal.scp.nl/passende-zorg-voor-ouderen-thuis/assets/pdf/passende-zorg-voor-ouderen-thuis.pdf>
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2022). *Grenzeloos samenwerken*.
<https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2022/03/04/grenzeloos-samenwerken>
- ROS Friesland. (2020). *Presentatie Regiobeeld ouderenzorg Noordoost Friesland - ROS Friesland*.
<https://www.rosfriesland.nl/nieuws/presentatie-regiobeeld-ouderenzorg-noordoost-friesland/>
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22(2), 63–75. <https://doi.org/10.3233/efi-2004-22201>

- Sociaal Cultureel Planbureau. (2020). *Sociaal domein op koers?*
<https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2020/11/16/sociaal-domein-op-koers>
- Sociaal Cultureel Planbureau. (2021). *Passende zorg voor ouderen thuis: knelpunten in kaart.*
<https://digitaal.scp.nl/passende-zorg-voor-ouderen-thuis/assets/pdf/passende-zorg-voor-ouderen-thuis.pdf>
- Spruit, K. & MEE NL. (2023). *MEE Signaleringsrapportage 2022: Cliëntondersteuners ervaren zorginfarct in hun werk en luiden de noodklok.* MEE NL.
https://indd.adobe.com/view/publication/81349aa2-ccfb-4ab2-b6cc-adf55a4a29a6/pqu6/publication-web-resources/pdf/MEE_NL_003-23_Signaleringsrapportage_drempelvrij.pdf
- Stam, J. (2020). *Blijvende zorg: Nationale ombudsman maakt balans op twee jaar na zijn aanbevelingen om de toegang tot zorg voor burgers te verbeteren* (Nr. 2020/031). Nationale ombudsman. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-b2850f74-62fc-4813-a677-02a425e5133a/pdf>
- Van der Hulst, F., Brabers, A., & de Jong, J. (2021). *Burgers willen vooral door middel van het ontvangen van informatie bij de Juiste Zorg op de Juiste Plek betrokken worden.* Nivel.
<https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004050.pdf>
- Van Esch, T., Brabers, A., Kroneman, M., & De Jong, J. (2018). Kennisvraag Hulpmiddelenzorg. In *Een onderzoek naar informatie, knelpunten, eigen betalingen en de keuze van een zorgverzekering.* Nivel.
https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Kennisvraag_Hulpmiddelen.pdf
- Vargas, I., Mogollón-Pérez, A. S., De Paepe, P., Da Silva, M. J. P., Unger, J., & Vázquez, M. J. D. (2014). Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy and Planning*, 31(6), 736–748. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv126>
- Weer een sterk en stevig PGB.: Programma Per Saldo 2021-2025. (z.d.). In *Per Saldo.*
<https://files.pgb.nl/app/uploads/2020/12/04132112/Programma-Per-Saldo-2021-2025.pdf>
- Wet langdurige zorg.* (2022, 1 juli) Wettenbank Overheid.nl.
<https://wetten.overheid.nl/BWBR0035917/2022-07-01>
- Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.* (2022, 1 juli). Wettenbank Overheid.nl.
<https://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/2022-07-01/0>
- Wierstra, R., & De Jong, J. (2020). Regiobeeld Noordoost Friesland. In *ROS Friesland.*
https://www.rosfriesland.nl/wp-content/uploads/Rapportage_Regiobeeld_NO_JZOJPV1_DF.pdf
- Zorginstituut Nederland. (2020). *Handreiking hulpmiddelen Wlz.*
<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2020/12/04/handreiking-hulpmiddelen-voor-clienten-met-een-wlz-indicatie>

Zuurmond, M., & De Boer, D. (2020). *Cliëntervaringen met de zorg en CZ zorgkantoor: Een onderzoek onder mensen die recent zijn ingestroomd in de Wet langdurige zorg*. Nivel.
<https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003443.pdf>

Bijlage A: Mail professionals: zorgverzekeraar en zorgkantoor

Hoi,

Voor mijn scriptie wil ik graag de interviews die ik heb gehouden met de personen wiens casus is behandeld binnen het Loket, uitbreiden met ook interviews met zorgprofessionals die hier mee te maken hebben. Hierbij dacht ik onder andere aan jou. Ik zou je heel graag willen vragen of je de mogelijkheid ziet om een interview te geven. Je zou me hier enorm mee helpen. Binnen het interview zal ik niet ingaan op specifieke casussen maar het juist algemeen houden en ingaan op jouw ervaringen met contact met verzekerden/burgers/hulpbehoevenden en de mogelijk te realiseren zorg. Tijdens het interview wil ik graag een geluidsopname maken, zodat ik het na de tijd kan uitwerken. Het interview zal helemaal anoniem worden verwerkt in het onderzoek.

(Vragen naar een moment voor het interview. Dit is per persoon verschillend)

Bij voorbaat dank en ik hoor graag van je.

Groet,

Bowe

Bijlage B: Mail professionals: gemeenten, OCO's en ergotherapeuten

Beste,

Ik zou me graag aan u voor willen stellen. Mijn naam is Bowe Brouwer en ik ben masterstudent sociologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Ik schrijf mijn masterscriptie over de toegankelijkheid van hulpmiddelen in Friesland. Voor dit onderzoek heb ik vanuit mijn stage bij zorgverzekeraar De Friesland interviews afgenomen bij cliënten en met hen gesproken over de route die zij hebben afgelegd naar de juiste zorg. In veel gevallen bleek dit een zoektocht en hierom wil ik graag onderzoek doen naar hoe dit beter kan. Als vervolg op de interviews met de cliënten wil ik graag interviews houden met betrokken zorgprofessionals.

Gemeenten:

Ik zou graag de zorgprofessionals interviewen die binnen de gemeente contact hebben met cliënten en hun vragen beantwoorden. Ik hoop op deze manier in contact te komen met de juiste mensen. De wijk- en gebiedsteams zijn bij uitstek een plek waar de geïnterviewde cliënten zeggen heen te gaan met hun vragen. Het zou voor het onderzoek zeer waardevol zijn om met een wijkteammedewerker in contact te komen en te kunnen spreken over de ervaringen op het gebied van onduidelijkheden op het gebied van zorgwetten.

Onafhankelijk clientondersteuners:

De zorgwereld is complex en de Onafhankelijk-Clientondersteuners nemen hier een belangrijke sleutelrol positie in. De verschillende zorgwetten maken het voor cliënten niet makkelijk om de juiste hulp te vinden of het juiste loket te vinden. Juist hierover gaat mijn onderzoek en hierom zou ik dan ook graag interviews houden met u. U als geen ander heeft te maken met dat waar het onderzoek om draait.

Ergotherapeuten:

In de interviews met de cliënten kwam meerdere keren naar voren dat de ergotherapeut een belangrijke rol speelt in het proces, juist bij hulpmiddelenzorg. Hierom dan ook mijn mail. Ik zou graag een interview met u houden. U bent betrokken bij het vinden van de juiste zorg en u neemt volgens de gesproken cliënten een sleutelrol positie in, in het zorglandschap. U zou mij, met dit interview, enorm helpen in mijn afstudeertraject en verder een belangrijke bijdrage doen in het onderzoeken van de mogelijkheden tot het verbeteren van de toegankelijkheid van zorg.

Het interview wil ik graag in persoon houden en zal ongeveer drie kwartier duren. Verder wil ik van het interview graag een geluidsopname maken voor het tekstueel uitwerken. Het gehele interview zal anoniem zijn en alle wat u zegt zal niet naar u te herleiden zijn. De enige mensen die toegang hebben tot zowel de geluidsopname en de tekstuele uitwerking zijn mijn begeleider vanuit de universiteit en ik.

Ik hoor graag van u. Bij vragen, onduidelijkheden of andere zaken neemt u gerust contact op.

Met vriendelijke groet,

Bowe Brouwer

(Emailadres)

(Telefoonnummer)

Bijlage C: Toestemmingsformulier

Hierbij geef ik toestemming voor het houden van een interview met de onderzoeker van de Rijksuniversiteit Groningen. Ik ben op de hoogte van de geluidsopname die zal worden gemaakt ten behoeve van het tekstueel uitwerken van het interview en ga hier mee akkoord. Ik ga akkoord met het bewaren van het tekstueel uitgewerkte interview en de opname van het interview tot het einde van het onderzoek. De geluidsopname en tekstuele uitwerking zullen beveiligd worden bewaard en na het afronden van het onderzoek worden vernietigd. De opname en het tekstueel uitgewerkte interview zullen enkel beschikbaar zijn voor de onderzoeker, de begeleidende docent vanuit de Rijksuniversiteit en de tweede begeleidende docent vanuit de Rijkuniversiteit. Ik ben me ervan bewust en ga akkoord met, dat de inhoud van het interview zal worden gebruikt voor het onderzoek dat de onderzoeker uitvoert vanuit de Rijksuniversiteit Groningen. De onderzoeker heeft bij het gebruik van het interview voor het onderzoek de plicht de informatie anoniem te presenteren. Niets in het uiteindelijke onderzoek zal terug te leiden zijn naar de geïnterviewde als een individueel persoon.

Dit toestemmingsformulier zal tot 6 maanden na het afronden van het onderzoek bewaard blijven en daarna worden vernietigd.

Met het ondertekenen van dit toestemmingsformulier bevestig ik dat ik het bovenstaande heb gelezen en ga ik hier mee akkoord.

Plaats:

Datum:

Naam:

Handtekening:

.....

Bijlage D: Interviewschema Hulpvrager

- Toestemmingsformulier ondertekenen.
- Toestemming vragen voor het opnemen van het interview en aangeven dat het nog een keer zal worden gevraagd tijdens de opname zelf.
- Bij akkoord: starten opname.

Mijn naam is Bowe Brouwer en ik ga het interview met u afnemen. Ik studeer sociologie aan de rijksuniversiteit Groningen en voor het afronden van mijn master loop ik stage en schrijf ik een scriptieonderzoek. Ik loop stage bij de Friesland zorgverzekeraar binnen het Domeinoverstijgend loket. Voor mijn stage voer ik een onderzoek uit over de ervaringen met de toegang tot hulpmiddelenzorg. Aangezien u gebruik maakt van hulpmiddelen, of betrokken bent bij het gebruik van hulpmiddelen door een ander hou ik graag dit interview met u. In het interview zal ik ingaan op hoe u tot uw huidige zorg bent gekomen en het gehele proces hieraan voorafgaand.

Het doel van het interview is het duidelijk krijgen van de route die men afgaat op zoek naar de juiste zorg. Uw ervaring bij het afleggen van de route is van belang voor het onderzoek. In het interview zullen we ons vooral richten op de hulpmiddelenzorg die u ontvangt.

Uw interview zal volledig anoniem worden verwerkt. Op geen enkele manier zal voor een buitenstaander te achterhalen zijn dat dit interview met u gehouden is.

Tijdens het interview zal een opname worden gemaakt die gebruikt zal worden voor het woordelijk uitwerken van het gehele interview. Deze opname zal beveiligd worden bewaard tot het onderzoek is afgerond en zal daarna worden vernietigd. Ook het uitgewerkte transcript van het interview zal beveiligd bewaard worden en na het onderzoek vernietigd worden.

U mag op elk moment tijdens het interview aangeven als u niet verder wilt met het interview. U bent hier volledig vrij in. Bij vragen of onduidelijkheden voelt u zich vrij mij te onderbreken en om verdere uitleg te vragen.

Heeft u voor nu nog vragen?

Gaat u akkoord met het maken van een audio-opname?

Dan zou ik nu graag beginnen met het interview.

Persoonlijk

1. Wat is uw leeftijd?
2. **NIET VRAGEN:** geslacht
3. Wat is uw woonsituatie?

Zorg uit welke wetten

4. Welke vormen van zorg ontvangt u op dit moment?
5. Ontvangt u op dit moment professionele zorg? En zo ja welke?
6. Waarvoor dient deze professionele zorg?
7. **Bent u bekend met de Wet maatschappelijke ondersteuning?**
8. Ontvangt u zorg vanuit de WMO, zo ja wat is deze zorg?
9. **Bent u bekend met de zorgverzekeringswet?**
10. Ontvangt u zorg vanuit de zorgverzekeringswet, zo ja wat is deze zorg?
11. **Bent u bekend met de wet langdurige zorg?**
12. Ontvangt u zorg vanuit de wet langdurige zorg, zo ja wat is deze zorg?

Route naar hulpmiddelen

13. Zou u mij willen meenemen in het proces van de beginnende zorgvraag tot nu?
 - Met welke instanties/organisaties heeft u te maken gehad
14. Was het duidelijk waar u moest zijn voor de zorg die u wilde?
15. Waarom klopte u aan waar u heeft aangeklopt? En hoe kwam u daar terecht?
16. Bent u tevreden over hoe u geholpen bent?
 - 16.1 Hoe is uw ervaring met de gemeente?
 - 16.2 Hoe is uw ervaring met het wijk of gebiedsteam?
 - 16.3 Hoe is uw ervaring met uw zorgverzekeraar?
 - 16.4 Hoe is uw ervaring met het zorgkantoor?
17. Konden de instanties waar u contact mee had u goed helpen met uw vraag?
 - Van het kastje naar de muur? En kennis over de overige domeinen bij de verschillende instanties.
18. Heeft u nu de juiste zorg? Zo niet, wat staat er in de weg?
19. Zijn er zaken die beter konden in de zoektocht naar de juiste zorg?
 - Informatie, ondersteuning
 - Waar lagen deze mogelijke knelpunten in de zoektocht naar de juiste zorg?
20. Zo ja, hoe kunnen deze obstakels opgelost worden?

Extra professionele ondersteuning in de zoektocht

21. Heeft u hulp gehad bij uw zoektocht naar de juiste zorg?
22. Heeft u professionele ondersteuning gehad in het vinden van de juiste zorg?
23. Kunt u deze ondersteuning beschrijven?
24. Hoe heeft u deze ondersteuning ervaren?
25. Miste u ondersteuning bij het vinden van de juiste zorg? Zo ja, waar en op welke momenten was de ondersteuning prettig geweest?
26. Is een extra informatiepunt een mogelijke toevoeging? En zo ja, waar zou dit informatie punt aan moeten voldoen?
27. Waar in uw zoektocht naar de juiste zorg was extra informatievoorziening prettig geweest?
28. Waar ziet u een mogelijke meerwaarde in contact opnemen met een alle zorg overstijgend informatiepunt voor heel Friesland dat u kan helpen

Afronding:

We hebben het nu gehad over: (INVULLEN)

Zijn er verder nog zaken die volgens u missen? Of zijn er verder nog zaken die van belang zijn.

Nog vragen? Zo niet, dan afronden van het interview.

- Wilt u het uitgewerkte transcript van het interview ontvangen?
- Wilt u het uiteindelijke onderzoek ontvangen wanneer deze klaar is?

Stoppen met opnemen.

Bijlage E: Operationalisatietabel interviewschema hulpvrager

Soort vraag	Onderwerp	Vraag	Probe/sub-vraag	Literatuur	Functie
Openingsvragen	Persoonlijk	Wat is uw leeftijd.			Achtergrond van hulpvrager.
		Geslacht			Achtergrond van hulpvrager.
		Wat is uw woonsituatie?			De woonsituatie kan van invloed zijn op de te ontvangen zorg.
	Huidige zorg	Welke vormen van zorg ontvangt u op dit moment?		Zorginstituut Nederland, 2020; Van Esch et al., 2018.	Inzicht krijgen in de zorg die de hulpvrager op dit moment ontvangt en heeft.
		Ontvangt u op dit moment professionele zorg? En zo ja welke?	Waarvoor dient deze professionele zorg?		Inzicht krijgen in mogelijke professionele ondersteuning.
		Bent u bekend met de Wet maatschappelijke ondersteuning?	Ontvangt u zorg vanuit de WMO, zo ja wat is deze zorg?		Inzicht krijgen in de bekendheid met en mogelijke ondersteuning vanuit deze wet.
		Bent u bekend met de zorgverzekeringswet?	Ontvangt u zorg vanuit de zorgverzekeringswet, zo ja wat is deze zorg?		Inzicht krijgen in de bekendheid met en mogelijke ondersteuning vanuit deze wet.
		Bent u bekend met de wet langdurige zorg?	Ontvangt u zorg vanuit de wet langdurige zorg, zo ja wat is deze zorg?	Zorginstituut Nederland, 2020.	Inzicht krijgen in de bekendheid met en mogelijke ondersteuning vanuit deze wet.

Kernvraag	Route	Zou u mij willen meenemen in het proces van de beginnende zorgvraag tot nu?			Een eerste brede vraag over de route om inzicht te krijgen in de hele route. Hierna kan specifieker in worden gegaan op delen van de route.
		Was het duidelijk waar u moest zijn voor de zorg die u wilde?		Nationale ombudsman 2020.	Vragen naar specifiek het begin van de route.
		Waarom klopte u aan waar u heeft aangeklopt? En hoe kwam u daar terecht?			Redenen voor eerst contact opnemen met specifieke organisatie of beroepsgroep.
		Bent u tevreden over hoe u geholpen bent?	Hoe is uw ervaring met de gemeente?	Nationale ombudsman, 2018, 2020; Plaisier & Den Draak, 2021.	In dien van toepassing. Inzicht krijgen in de ervaring van de hulpvrager met de gemeente.
			Hoe is uw ervaring met het wijk of gebiedsteam?	Nationale ombudsman, 2018, 2020; Plaisier & Den Draak, 2021.	In dien van toepassing. Inzicht krijgen in de ervaring van de hulpvrager met het wijk- of gebiedsteam.
			Hoe is uw ervaring met uw zorgverzekeraar?	Nationale ombudsman, 2018, 2020; Plaisier & Den Draak, 2021; Van Esch et al., 2018.	In dien van toepassing. Inzicht krijgen in de ervaring van de hulpvrager met de zorgverzekeraar.
			Hoe is uw ervaring met het zorgkantoor?	Nationale ombudsman, 2018, 2020; Zuurmond & De Boer, 2020.	In dien van toepassing. Inzicht krijgen in de ervaring van de hulpvrager met het zorgkantoor.

		Konden de instanties waar u contact mee had u goed helpen met uw vraag?	Van het kastje naar de muur? En kennis over de overige domeinen bij de verschillende instanties.	Stam, 2020; Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2022.	Inzicht krijgen in de behulpzaamheid van de professionals. Daarnaast inzicht krijgen doorsturen en mogelijke kastje-naar-de-muur-situaties.
		Heeft u nu de juiste zorg? Zo niet, wat staat er in de weg?			Inzicht krijgen in mogelijke huidig lopende problemen. Hierdoor inzicht in huidig ervaren knelpunten.
		Zijn er zaken die beter konden in de zoektocht naar de juiste zorg?	Informatie, ondersteuning Waar lagen deze mogelijke knelpunten in de zoektocht naar de juiste zorg? Zo ja, hoe kunnen deze obstakels opgelost worden?		Mening van de hulpvrager over mogelijke knelpunten. Hierbij wordt ook gevraagd naar oplossingen hiervoor.
	Professionele ondersteuning	Heeft u hulp gehad bij uw zoektocht naar de juiste zorg?	Kunt u deze ondersteuning beschrijven?		Inzicht krijgen in mogelijke hulp bij het komen tot de juiste zorg. Dit kunnen ook familie/kennissen zijn.
			Hoe heeft u deze ondersteuning ervaren?		Ervaring met de mogelijke hulp.
		Heeft u professionele ondersteuning gehad	Kunt u deze ondersteuning beschrijven?		Specifiek vragen naar professionele hulp.

		in het vinden van de juiste zorg?			
			Hoe heeft u deze ondersteuning ervaren?		Inzicht krijgen in de ervaring met de professionele ondersteuning.
		Miste u ondersteuning bij het vinden van de juiste zorg? Zo ja, waar en op welke momenten was de ondersteuning prettig geweest?			Inzicht krijgen in mogelijke knel- en verbeterpunten op de route en in het contact met de professionals.
		Is een extra informatiepunt een mogelijke toevoeging? En zo ja, waar zou dit informatie punt aan moeten voldoen?		Plaisier & Den Draak, 2021.	Inzicht krijgen in mogelijke oplossingen voor mogelijk te weinig ervaren professionele ondersteuning. Daarnaast opzetje voor vragen over een DOL.
		Waar in uw zoektocht naar de juiste zorg was extra informatievoorziening prettig geweest?		Plaisier & Den Draak, 2021.	Inzicht krijgen in de precieze momenten op de route waar extra ondersteuning belangrijk is.
	Domeinoverstijgend loket	Waar ziet u een mogelijke meerwaarde in contact opnemen met een alle zorg overstijgend		Amelung et al., 2021; Plaisier & Den Draak, 2021.	Vragen naar een mogelijk DOL. Meerwaarde achterhalen.

		informatiepunt voor heel Friesland dat u kan helpen.			
Afsluitende vragen		We hebben het nu gehad over: (INVULLEN)			Korte samenvatting om terug te kijken op het interview tot nu toe. Hierna kan worden gevraagd naar zaken die hier bovenop nog belangrijk zijn. Opfrisser voor zowel de interviewer als de participant.
		Zijn er verder nog zaken die volgens u missen? Of zijn er verder nog zaken die van belang zijn.			Mogelijkheid bieden om nieuwe onderwerpen aan te snijden en ervaringen te verduidelijken.
		Nog vragen?	Zo niet, dan afronden van het interview.		Het afronden van het interview wanneer er geen vragen meer zijn vanaf beide kanten. Proberen het interview over te laten lopen in de situatie van voor het interview. Geen abrupt einde.
		Wilt u het uitgewerkte transcript van het interview ontvangen?			Praktische administratieve vragen aan het einde.
		Wilt u het uiteindelijke onderzoek ontvangen wanneer deze klaar is?			Praktische administratieve vraag.

Bijlage F: Interviewschema Professional

- Teken en toestemmingsformulier
- Toestemming vragen voor het opnemen van het interview en aangeven dat het nog zal worden gevraagd tijdens de opname zelf
- Bij akkoord: opname starten

Voorstellen:

Ik ben Bowe en ik studeer Sociologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Tijdens mijn master loop ik ter afronding van mijn studie een stage en doe ik een onderzoek. Tijdens mijn stage bij het domeinoverstijgend loket van De Friesland heb ik meegekeken bij een nieuw opgezet project voor domeinoverstijgende samenwerking. Vanuit deze stage heb ik interviews gehouden met verschillende cliënten met een lastig in te delen zorgvraag en hen gevraagd naar hun ervaringen met de toegankelijkheid van zorg en informatie. Vanuit deze interviews ga ik in mijn masterscriptie verder met het onderzoeken van de ervaringen van zorgprofessionals ten opzichte van contact met de cliënt en de mogelijke rol van domeinoverstijgende samenwerking hierbij.

Het doel van het interview is het inzicht krijgen in uw ervaringen ten opzichte van contact met cliënten. En het helder krijgen van ervaringen en mogelijkheden op het gebied van samenwerking tussen groepen professionals zowel binnen en buiten uw organisatie. In het eerste deel zullen de vragen vooral gaan over contact met cliënten en de mate waarin zij goed geholpen kunnen worden. In het tweede deel ga ik vooral in op uw ervaringen met het contact met andere zorgprofessionals en de mogelijkheden die daar mogelijk liggen voor het beter kunnen ondersteunen van cliënten.

Uw interview zal volledig anoniem worden verwerkt. Op geen enkele manier zal voor een buitenstaander te achterhalen zijn dat dit interview met u gehouden is.

Tijdens het interview zal een opname worden gemaakt die gebruikt zal worden voor het woordelijk uitwerken van het gehele interview om het interview daarna te kunnen analyseren. Deze opname zal beveiligd worden bewaard op een beveiligd deel van de server van de universiteit tot het onderzoek is afgerond en zal daarna worden vernietigd. Ook het uitgewerkte transcript van het interview zal beveiligd bewaard worden en na het onderzoek vernietigd worden.

U mag het op elk moment tijdens het interview aangeven als u niet verder wilt met het interview. U bent hier volledig vrij in. Bij vragen of onduidelijkheden voelt u zich vrij mij te onderbreken en om verdere uitleg te vragen.

Heeft u voor nu nog vragen?

Gaat u akkoord met het maken van een audio-opname?

Dan zou ik nu graag beginnen met het interview.

1. Wat voor werk doet u binnen [de gemeente, zorgverzekeraar, het zorgkantoor]?
 - a. Taken en verantwoordelijkheden
2. Hoe lang doet u dit al?
3. Wat heeft u hiervoor gedaan/hoe bent u hier terecht gekomen?
4. Met welke zorgwetten krijgt u zoal te maken en waar ligt uw expertise?
 - a. Wmo
 - b. Zvw
 - c. Wlz
 - d. Jeugdwet
5. Op welke manier heeft u contact met cliënten/burgers/hulpbehoevenden of de vertegenwoordigers van hen.
6. Kunt u iets zeggen over het moment waarop mensen contact opnemen met uw instantie? Hoe gaat dat in zijn werk? Welke stappen hebben zij hiervoor ondernomen?
7. Heeft u over het algemeen de benodigde kennis in huis om de vragen te beantwoorden?
8. Komt het wel eens voor dat u geen antwoord weet op een vraag? En wat doet u dan?
 - a. Collega's
 - b. Externe partijen
 - c. Anders
9. Uit interviews met cliënten komt naar voren dat zij soms het gevoel hebben van het kastje naar de muur gestuurd te worden. In hoeverre herkent u dit?
10. In hoeverre is het zo dat cliënten bij u komen/contact opnemen terwijl ze eigenlijk ergens anders moeten zijn? En naar welke organisaties worden ze dan doorverwezen?
 - a. Gemeenten
 - b. Zorgkantoor
 - c. Zorgverzekeraar
11. In hoeverre is het voor u mogelijk om contact op te nemen met andere instanties/organisaties aangaande individuele casussen?
12. In hoeverre is het mogelijk om te luisteren naar de vraag en tijd te nemen?
 - a. Qua werkdruk
 - b. Qua regelgeving

13. Wat gebeurt er op dit moment aan domeinoverstijgende samenwerking?
 - a. Wat gaat er goed
 - b. Wat kan er beter
14. Wat vindt u van hoe er op dit moment wordt omgegaan met domeinoverstijgende samenwerking?
15. Waar liggen de mogelijkheden voor domeinoverstijgende samenwerking?
16. Afronding:

We hebben het nu gehad over: (INVULLEN)

Zijn er verder nog zaken die volgens u missen? Of zijn er verder nog zaken die van belang zijn. Nog vragen? Zo niet, dan afronden van het interview.

- Wilt u het uitgewerkte transcript van het interview ontvangen?
- Wilt u het uiteindelijke onderzoek ontvangen wanneer deze klaar is?

Stoppen van de opname.

Bijlage G: Operationalisatietabel interviewschema Professional

Soort vraag	Onderwerp	Vraag	Probe/sub-vraag	Literatuur	Functie
Introductievragen.		Wat voor werk doet u binnen [de gemeente, zorgverzekeraar, het zorgkantoor?	Taken en verantwoordelijkheden.		Achtergrond van de professional.
		Hoe lang doet u dit al?			Achtergrond van de professional.
		Wat heeft u hiervoor gedaan/hoe bent u hier terecht gekomen?			Achtergrond van de professionals. Ook inzicht in mogelijke kennis vanuit eerder werk.
	Zorgdomeinen.	Met welke zorgwetten krijgt u zoal te maken en waar ligt uw expertise?	Wmo Zvw Wlz Jeugdwet		Achtergrond van de professional. Inzicht in de kennis en de expertise van de professional.
Kernvragen.	Contact met hulpvragers	Op welke manier heeft u contact met cliënten/burgers/hulpbehoevenden of de vertegenwoordigers van hen.		Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2020a; Spruit, 2023; Van Esch et al., 2018.	Inzicht krijgen in de vormen en manieren van contact met de hulpvragers.
		Kunt u iets zeggen over het moment waarop mensen contact opnemen met uw instantie? Hoe gaat dat in zijn werk? Welke stappen hebben		Plaisier & Den Draak, 2021; Sociaal en Cultureel Planbureau, 2020; Spruit, 2023; Zuurmond & De Boer, 2020.	Moment op de route waarop de hulpvragers bij de professional in beeld komt.

		zij hiervoor ondernomen?			
	Kennis.	Heeft u over het algemeen de benodigde kennis in huis om de vragen te beantwoorden?		Plaisier en Den Draak, 2021; Spruit, 2023; Zorginstituut Nederland, 2020.	Inzicht krijgen in de kennis van de professional.
		Komt het wel eens voor dat u geen antwoord weet op een vraag? En wat doet u dan?		Plaisier en Den Draak, 2021.	Inzicht in mogelijke hiaten in de kennis van de professional. Inzicht krijgen in de vervolgstappen die de professional neemt.
		In hoeverre is het mogelijk om te luisteren naar de vraag en tijd te nemen?	Qua werkdruk Qua regelgeving.	Nationale ombudsman, 2018, 2020, 2021.	Inzicht krijgen in mogelijke tijdsdruk bij de professional. En het effect hiervan op het helpen van de hulpvragers.
	Doorverwijzen.	Uit interviews met cliënten komt naar voren dat zij soms het gevoel hebben van het kastje naar de muur gestuurd te worden. In hoeverre herkent u dit?		Nationale ombudsman, 2018; 2020, 2021; Spruit, 2023; Stam, 2020; Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2022.	Inzicht krijgen in de mate van doorverwijzen door de professional. Daarnaast inzicht krijgen in hoe er wordt doorverwezen en wanneer. Ook inzicht in kastje-naar-de-muur situaties en inzicht in hoeverre dit ook wordt ervaren door de professional.
		In hoeverre is het zo dat cliënten bij u	Gemeenten Zorgkantoor	Nationale ombudsman, 2018; 2020, 2021; Spruit, 2023;	Inzicht krijgen in de partijen naar wie wordt

		komen/contact opnemen terwijl ze eigenlijk ergens anders moeten zijn? En naar welke organisaties worden ze dan doorverwezen?	Zorgverzekeraar	Stam, 2020; Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2022.	doorverwezen en hoe dit ervaren wordt.
		In hoeverre is het voor u mogelijk om contact op te nemen met andere instanties/organisaties aangaande individuele casussen?		Spruit, 2023; Stam, 2020; Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2022.	Inzicht krijgen in de mate waarop zelf als professional contact op te nemen met een andere externe professional.
	Samenwerking.	Wat gebeurt er op dit moment aan domeinoverstijgende samenwerking?	Wat gaat er goed? Wat kan er beter?	Amelung et al., 2021; De Friesland & Vereniging van Friese Gemeenten, 2022; Spruit, 2023; Plaisier & Den Draak, 2021.	Inzicht in huidige vormen en manieren van samenwerking.
		Wat vindt u van hoe er op dit moment wordt omgegaan met domeinoverstijgende samenwerking?		Amelung et al., 2021; Plaisier & Den Draak, 2021; Spruit, 2023.	Inzicht in ervaring met de huidige vormen van samenwerking.
		Waar liggen de mogelijkheden voor domeinoverstijgende samenwerking?		Amelung et al., 2021; Plaisier & Den Draak, 2021; Spruit, 2023.	Inzicht in mogelijkheden voor toekomstige samenwerking.

Afsluitende vragen.		We hebben het nu gehad over: (INVULLEN)			Korte samenvatting om terug te kijken op het interview tot nu toe. Hierna kan worden gevraagd naar zaken die hier bovenop nog belangrijk zijn. Opfrisser voor zowel de interviewer als de participant.
		Zijn er verder nog zaken die volgens u missen? Of zijn er verder nog zaken die van belang zijn.			Gemiste onderwerpen of extra onderwerpen kunnen worden aangehaald. Ook kunnen behandelde onderwerpen worden toegelicht of uitgebreid.
		Nog vragen?	Zo niet, dan afronden van het interview.		Het afronden van het interview wanneer er geen vragen meer zijn vanaf beide kanten. Proberen het interview over te laten lopen in de situatie van voor het interview. Geen abrupt einde.
		Wilt u het uitgewerkte transcript van het interview ontvangen?			Praktische administratieve vraag.
		Wilt u het uiteindelijke onderzoek ontvangen wanneer deze klaar is?			Praktische administratieve vraag.

Bijlage H: Codeboek

Thema	Sub-thema	Code	Type	Omschrijving	Voorbeeld
Onduidelijkheid bij het vinden van de juiste verantwoordelijke.		Begin van de route.	Deductief	Ervaring met betrekking tot het begin van de route.	Omdat je zo gelijk in de wereld komt van de instanties. Wat moet er allemaal gebeuren. Wij hebben geen idee dus ja. Waar begin je?
		Doorverwijzen extern.	Deductief	Doorverwijzen naar een persoon en/of organisatie buiten de eigen organisatie.	En toen ging het een beetje moeilijk dus van de verzekering naar de Wmo en terug. Waarbij ik ook niet snapte waarom het niet kon (...) Dus zo word je heen en weer gepingpong. Terwijl je niet snapt waarom dat zo is.
		Doorverwijzen intern.	Deductief	Doorverwijzen naar een persoon en/of groep binnen de eigen organisatie.	Ja precies dan geven wij het antwoord weer aan de collega en die belt de klant weer met het antwoord wat ze kunnen doen.
		Kastje naar de muur.	Deductief	Het van de een naar de ander en weer teruggestuurd worden.	En toen ging het een beetje moeilijk dus van de verzekering naar de Wmo en terug. Waarbij ik ook niet snapte waarom het niet kon (...) Dus zo word je heen en weer gepingpong. Terwijl je niet snapt waarom dat zo is.
		Onduidelijkheid Wlz.	Inductief	Ervaringen van onduidelijkheid specifiek met de Wlz.	Of wanneer wordt het nou Wlz. Dat zie je de laatste tijd sterk ontstaan. In het begin hebben we wel eens gezegd, denk aan die Wlz. Jullie hebben bij de Wmo best wel heel veel mensen die misschien wel

					aanspraak op de Wlz zouden kunnen maken.
		Onduidelijkheid Wmo.	Inductief	Ervaringen van onduidelijkheid specifiek met de Wmo.	Eerst bij de Wmo gekeken. Maar daar kom je echt helemaal niet uit. (...) Dus toen bij de Friesland gekeken. Daar kun je het eigenlijk ook niet zo goed vinden.
		Onduidelijkheid Zvw.	Inductief	Ervaringen van onduidelijkheid specifiek met de Zvw.	Ja volgens mij is er nu wel weer iets gewijzigd in de hulpmiddelen wie wat vergoed en wanneer en hoe. En de Zvw vergoedt bijvoorbeeld een rolstoel als ie tijdelijk is
		Tijd zoeken.	Inductief	Ervaring wachttijd van begin van de zoektocht tot het vinden van de juiste persoon/organisatie/groep/instantie.	Toen ben ik wel twee weken aan het bellen geweest. En dan overdrijf ik niet. Dat je elke dag belt. Dat je probeert.
Systematische knelpunten in het komen tot de ondersteuning.		AVG.	Inductief	Het benoemen van moeilijkheden met de AVG.	Dat was gewoon lastig om daar heel inhoudelijk op situaties in te gaan en antwoord te geven. Dat mocht gewoon niet van de AVG dus dit is voornamelijk telefonisch.
		Huisvesting/personeelstekort.	Inductief	Het benoemen van tekorten aangaande huisvesting en personeel.	Bijvoorbeeld voor sommige doelgroepen van cliënten hebben we gewoon echt te weinig plekken en dan zijn de wachtlijsten soms wel 5 jaar.
		Overgang domeinen.	Deductief	Het benoemen van de overgang naar een ander domein.	Ik weet niet wat het moet toevoegen als ik naar de Wlz ga. Wat schiet ik daar mee op. Het voelt alsof ze me alleen maar kwijt willen en op deze manier kunnen afschuiven.

		Pgb.	Inductief	Het benoemen van moeilijkheden bij het persoonsgebonden budget.	Maar ik heb tien zorgverleners zoals (***), dus die allemaal een datumprikker invullen per maand. Die ik eerst moet bedenken. Die ik vervolgens ga inroosteren. (...) En dan gaat (***) haar factuur indienen en die moet ik dan ook weer checken. (...) En ja dat klinkt heel logisch maar het is gewoon een bedrijf ernaast.
		Wachttijden ontvangen.	Deductief	Ervaring wachttijd van begin van het aanvragen tot de levering/het ontvangen van zorg.	De levering van de voorzieningen dat duurt gewoon te lang. Ik denk dat alles wat wij nu opgenoemd hebben een half jaar tot 9 maanden duurt.
		Werkdruk.	Deductief	Ervaring tijdsdruk professional.	Als jouw gesprekstijd te lang is dan word je daar wel op afgerekend.
Professionele samenwerking ten behoeve van het vinden van de juiste zorg.		Een loket.	Deductief	Samenwerken onder een koepel of als een loket.	En diegene moet overal naartoe en dan is het fijn als er een loket is waar alles gewoon op een zit. Waar je je vraag kan stellen. En dat er intern even voor je gaan kijken van bij wie en waar je moet zijn. In plaats van het zelf doen.
		Organisatie.	Inductief	Het benoemen van het samenwerken met een externe organisatie.	Omdat we ook juist nog wel veel contact hebben met CIZ.
		Persoonsgebonden/Tijdelijk.	Inductief	Het benoemen van persoonsgebondenheid/tijdelijkheid bij samenwerken.	Ja die was altijd wel. Die wist veel. Ongelofelijk. Het is dan toch fijn dat je zo iemand hebt en die je alles kan vragen. Die wist ook altijd alles. En dat hebben we nu niet, of nou ja wel. Maar minder.

	Interne samenwerking	Huidig intern.	Deductief	De ervaring met huidige interne samenwerking.	Wij hebben daar wel, ik kan wel zeggen dat ik daar wel een beeld van heb. Maar dat komt ook, dat heeft er natuurlijk ook mee te maken dat wij een kleine gemeente zijn. (...) En zo proberen we de lijntjes kort te houden en zo weten we ook wel wie we moeten hebben waarvoor.
		Oplossing intern.	Deductief	Het aandragen van een oplossing voor een probleem met interne samenwerking.	Alle oco aanbieders denk ik. Aan de ander kant is het ook mooi, ik zou daar wel voor willen pleiten. Want iedere gemeente heeft nu een eigen contract en een eigen smaak en kleur, tarief en uren. Ook overleg en signalering, das ook goed.
		Probleem intern.	Deductief	Het aandragen van een probleem met interne samenwerking.	Zoals bijvoorbeeld met de inkoop, dat dat overleg is er wel, maar het is misschien te afhankelijk van de mensen die erin zitten.
		Toekomstig intern.	Deductief	Vooruitzicht op toekomstige interne samenwerking.	Eigenlijk zou die cliëntondersteuning gewoon domeinoverstijgend ingezet moeten kunnen worden.
	Externe samenwerking	Huidig extern.	Deductief	De ervaring met huidige externe samenwerking.	Maar de kunst is om te weten waar je die kennis vindt. Nou, dat vind je vooral bij collega's van het zorgkantoor of binnen de Zorgverzekeringswet of collega's vanuit de gemeente
		Oplossing extern.	Deductief	Het aandragen van een oplossing voor een probleem met externe samenwerking.	Nou ik denk dus dat het zou helpen als je misschien wel, als zorgverzekeraar, een aparte lijn hebt voor de hulpmiddelen waar een ergotherapeut of een logopedist,

					maakt niet uit wie daar iets aangevraagd heeft, rechtstreeks met iemand kan bellen.
		Probleem extern.	Deductief	Het aandragen van een probleem met externe samenwerking.	Ik vind het gewoon een paarse krokodil dat een huisarts een handtekening moet zetten voor iets waarvan hij nog nooit heeft gehoord.
		Toekomstig extern.	Deductief	Vooruitzicht op toekomstige externe samenwerking.	Komende donderdag hebben we onze eerste bijeenkomst. Dat is met (***). Dat zijn onafhankelijke cliëntondersteuners.