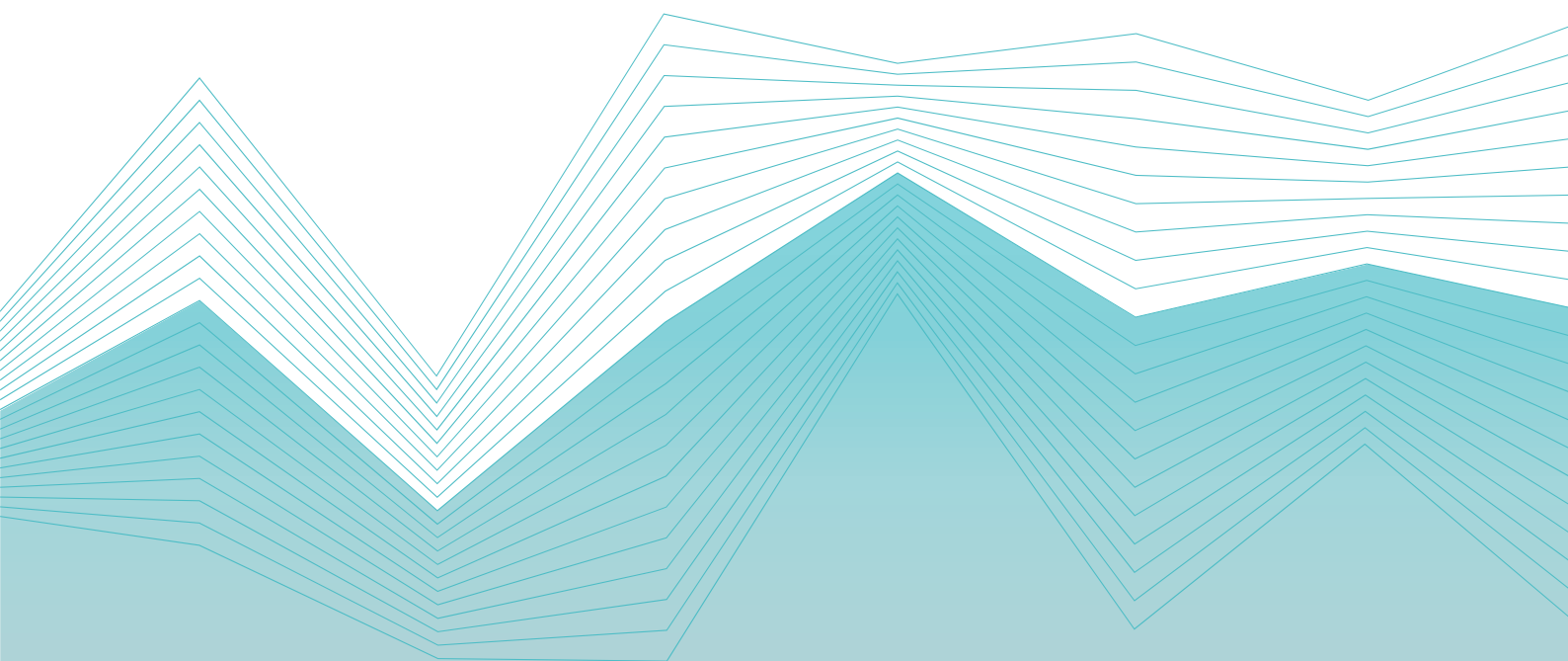


Samenwerking bij personenalarmering

Een inventarisatie van de spoedzorgketen



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Samenwerking bij personenalarmering

Een inventarisatie van de spoedzorgketen

Marieke van der Gaag
Nanne Bos
Michelle Hendriks
Dolf de Boer

Mei 2018

ISBN 978-94-6122-489-7

<http://www.nivel.nl>
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

© 2018 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksrapport 'Samenwerking bij personenalarmering; een inventarisatie van de spoedzorgketen'.

In mijn rol als adviseur en projectleider binnen de zorg, zie ik nog geen samenhangend dienstenpakket voor mensen met ouderdoms- of gezondheidsklachten die thuis ondersteuning nodig hebben. Ook de dienstverlening rondom personenalarmering is nog onvoldoende ontwikkeld. Vanuit die optiek ben ik geïnteresseerd in personenalarmering.

Personenalarmering bestaat uit een hals- of polszender die meldt naar een centrale voor personenalarmering. Personenalarmering bestaat al zo'n dertig jaar en wordt door veel ouderen gebruikt. Toch zie ik bij ouderen en mantelzorgers onduidelijkheid over alarmering in acute situaties. Zowel het bellen van de huisarts (of huisartsenpost in avond/nacht/weekend) als gebruik van de personenalarmering is in die situaties mogelijk.

Het vraagstuk rondom de dienstverlening, en het vraagstuk rondom de spoedzorg was aanleiding om dit onderzoek te entameren en met het Nivel middelen aan te vragen bij ZonMw. Het onderzoek is uitgevoerd in de regio Rotterdam en regio Zuidoost Brabant. De deelnemende organisaties uit beide regio's zijn: de thuiszorgorganisaties Aafje en de Zorgboog, de centrales voor personenalarmering de Zorgcentrale en Centrale24 en de huisartsenposten HAP Oost Brabant en HAP Rijnmond.

Het onderzoek biedt inzicht in de dienstverlening van personenalarmering, en de samenwerking tussen de centrales voor personenalarmering, thuiszorgorganisaties en de huisartsenposten. Het rapport nodigt uit tot gesprek tussen de betrokken partijen en wellicht ook gemeenten en zorgverzekeraars. Door duidelijkheid te scheppen over de positionering, dienstverlening en betaling van personenalarmering kan de dienst ook in de toekomst van toegevoegde waarde zijn.

Van harte willen we alle geïnterviewden danken voor hun medewerking aan dit onderzoek. Verder willen wij ook de leden van de begeleidingscommissie bedanken voor hun inbreng.

Jacqueline Kuppens,
initiatiefnemer van dit onderzoek

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	5
1 Inleiding	7
1.1 Achtergrond	7
1.2 Doel van het onderzoek	8
1.3 Onderzoek in het kort	8
1.4 Leeswijzer	10
2 Samenwerking bij personenalarmering volgens de ketenpartners	11
2.1 Randvoorwaarden	11
2.2 Samenwerking	19
2.3 Consequenties	21
2.4 De cliënt	22
3 Kwantitatieve dataverzameling	24
3.1 Frequentie van meldingen	24
3.2 Aard van meldingen	25
3.3 Opvolging van meldingen	26
4 Casuïstiek	27
5 Discussie	29
5.1 Samenvatting van de resultaten	29
5.2 Het bespreken van de resultaten met experts	31
5.3 Sterke punten en beperkingen van dit onderzoek	32
5.4 Aanbevelingen	33
Literatuur	34
Bijlage A Methoden	35
Bijlage B Voorbeeld topiclist interview	39
Bijlage C Topiclisten focusgroepen	41
Bijlage D Casuïstiek	44

Samenvatting

Personenalarmering is een dienstverlening, waardoor ouderen langer veilig en verantwoord thuis kunnen wonen als zij dit willen. In geval van nood kan een alarmknop worden ingedrukt waarop verbinding wordt gemaakt met een centrale voor personenalarmering. In het geval van professionele afhandeling van de melding bepaalt de centralist bij de centrale voor personenalarmering of en zo ja welke zorg de melder nodig heeft. De zorgverlenende organisaties in de keten rondom personenalarmering zijn thuiszorgorganisaties, huisartsenpost (HAP) of bij uitzondering de 112 alarmcentrale.

In dit onderzoek hebben wij de mate van samenwerking geïnventariseerd tussen centrales voor personenalarmering, thuiszorgorganisaties en HAP rondom personenalarmering in de regio's Zuidoost Brabant en Rotterdam. Door de inventarisatie wordt een inschatting gemaakt van de veiligheidsrisico's voor personen die gebruik maken van personenalarmering.

Er is nog weinig sprake van (formele) samenwerking in de keten rondom personenalarmering. Wel is er sprake van incidentele samenwerking, met name tussen thuiszorg en centrale voor personenalarmering. De verschillende partijen geven aan dat zij zeer bereid zijn om meer te gaan samenwerken. Daarvoor is het nodig dat partijen elkaar beter leren kennen en vertrouwen in elkaar krijgen.

Knelpunten in de keten bij het afhandelen van meldingen

Er worden een aantal knelpunten ervaren in de afhandeling van alarmmeldingen, waardoor veiligheidsrisico's voor patiënten kunnen ontstaan. De belangrijkste zijn:

- Gebrek aan actuele informatie. Centralisten beschikken niet altijd over actuele contactgegevens van de thuiszorg. Daarnaast ontbreekt het zowel de centralisten als de verpleegkundigen en verzorgenden van de thuiszorg regelmatig aan actuele cliëntgegevens en medische dossiers.
- De verpleegkundige of verzorgende van de thuiszorg kan niet altijd snel ter plaatse zijn. Dit is vooral 's avonds en 's nachts een probleem.
- Problemen met de verbinding met de cliënt, waardoor de centralist geen contact kan leggen met de cliënt.
- Onjuist gebruik door de cliënten. Het komt regelmatig voor dat de gebruikers de alarmering niet bij zich dragen of onterecht alarmeren.

Een ander knelpunt dat als gevolg van de ervaren tijdsdruk voor de thuiszorg naar voren komt, is het opnieuw triëren door de triagist van de HAP, waarbij de triagist altijd de cliënt zelf wil spreken.

Ervaringen van gebruikers

Cliënten zijn over het algemeen tevreden over de personenalarmering. Bij doorvragen blijkt dat het niet altijd duidelijk is waarvoor personenalarmering bedoeld is. Betere informatievoorziening kan verkeerd gebruik verminderen.

Aard van de meldingen

Uit databestanden van de centrales voor personenalarmering bleek dat 42% van meldingen in Rotterdam en 62% van de meldingen in Zuidoost Brabant daadwerkelijk een alarmmelding betreft. De meest genoemde reden voor een alarmmelding zijn valincidenten of problemen met mobiliteit. In meer dan de helft van de alarmmeldingen besluit de centralist om de thuiszorg in te schakelen. In 36% van de gevallen is geen opvolging nodig. De registratie van alle meldingen is echter van matige kwaliteit.

Triage door centralisten

Om inzicht te krijgen in de werkwijze van centralisten hebben wij enkele casusbeschrijvingen aan hen voorgelegd en gevraagd wat zij zouden doen in deze situaties. Op een paar kleine verschillen na, maken centralisten dezelfde keuzes bij het opvolgen van alarmeringen. De centralisten gaven aan dat informatie over de medische voorgeschiedenis van cliënten en hoe vaak de cliënt heeft gemeld in de afgelopen periode behulpzaam zijn bij het afhandelen van meldingen.

Aanbevelingen

Vanuit het onderzoek komen de volgende aanbevelingen voort. Naast dat de samenwerking rondom personenalarmering nog beperkt is, bleek ook dat er nog veel onduidelijk is over het product. Een belangrijke volgende stap is dan ook dat relevante partijen met elkaar in gesprek gaan over de positionering van personenalarmering en welke typen meldingen er wel en niet mee afgehandeld zouden moeten worden. Idealiter zou dit uitmonden in landelijke standaarden voor de afhandeling van meldingen. Daarnaast zouden partijen in gesprek moeten gaan over de financiering en de ideale samenwerking binnen de keten. De overheid, gemeenten en zorgverzekeraars kunnen niet ontbreken in deze discussie. In het buitenland zijn enkele voorbeelden waar sturing vanuit de overheid positieve gevolgen heeft gehad op het vlak van informatie-uitwisseling tussen partijen.

Tot slot dient er gezocht te worden naar oplossingen voor het actueel houden en uitwisselen van informatie over cliënten en thuiszorgorganisaties, voor het omgaan met cliënten die vaak melden bij de centrales en voor het op een veilige manier krijgen van toegang tot de woning van de cliënt door verschillende organisaties. Ook is het belangrijk om te anticiperen op technologische ontwikkelingen, waarbij mensen steeds meer gebruik maken van mobiele telefonie en internet.

Methoden

Voor dit onderzoek zijn verschillende methoden gebruikt. Er zijn interviews en focusgroepen gehouden met medewerkers van centrales voor personenalarmeringen, thuiszorgorganisaties en huisartsenposten uit de regio's Zuidoost Brabant en Rotterdam. De interviews en focusgroepen zijn geanalyseerd aan de hand van een model voor Supply Chain Collaboration. Het model is een generiek model om de mate van samenwerking tussen partijen in kaart te brengen.

Daarnaast zijn databestanden bekeken, afkomstig van de centrales voor personenalarmering. Dit is gedaan om de frequentie, aard en opvolging van de alarmmeldingen te bekijken. Tot slot zijn er casussen voorgelegd aan centralisten om te zien voor welke opvolging zij in deze situaties kiezen, en welke informatie ze hierbij gebruiken of zouden willen gebruiken.

De resultaten van dit onderzoek zijn besproken met stakeholders en experts tijdens een invitational conference.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Personenalarmering

Ouderen en hulpbehoevenden blijven steeds langer thuis wonen. Langer zelfstandig wonen wordt door de overheid gestimuleerd en sluit aan bij wensen van mensen zelf. Een belangrijke voorwaarde is wel dat thuis blijven wonen verantwoord en veilig is. Thuiswonende ouderen en hulpbehoevenden kunnen hiertoe gebruikmaken van zogenaamde personenalarmering. Dit is een dienstverlening waarbij personen een alarmknop (hals- of polszender) dragen die bij activering contact opneemt met een centrale voor personenalarmering. De zender dient te worden gebruikt in geval van nood en als het bereiken van de telefoon niet mogelijk is.

Naar schatting maken 250.000-280.000 ouderen in Nederland gebruik van personenalarmering. Als gevolg van vergrijzing en extramuralisatie van zorg is een toename van het aantal gebruikers te verwachten. Adequate afhandeling van de alarmmeldingen is gewenst aangezien dit directe gevolgen heeft voor de patiëntveiligheid. Er kunnen risico's ontstaan voor ouderen of hulpbehoevenden als zij onjuist worden doorverwezen binnen de zorg, of als vertraging optreedt, terwijl tijd cruciaal kan zijn in het voorkomen van potentiële schade voor patiënten.

Betrokken organisaties en opvolging van meldingen

Bij de dienstverlening personenalarmering zijn verschillende organisaties betrokken. Personenalarmering wordt over het algemeen aangeboden aan cliënten van thuiszorgorganisaties. De thuiszorgorganisatie geeft opdracht aan een bedrijf voor technische installatie van personenalarmering bij de cliënt thuis. De abonneerders worden aangemeld door de thuiszorgorganisatie bij de centrale voor personenalarmering. Na installatie en aanmelding bij de centrale voor personenalarmering is de dienstverlening functioneel. Dit betekent dat na het indrukken van de alarmknop een spreekverbinding tot stand wordt gebracht tussen een centralist van de centrale voor personenalarmering en cliënt. De centralist bepaalt welke hulp er nodig is, de zogenaamde opvolging. Een deel van de meldingen betreft 'loos alarm'. Deze meldingen behoeven geen opvolging. Indien opvolging wel noodzakelijk is, kan de centralist doorverbinden naar een contactpersoon (iemand uit de sociale omgeving) of een medewerker van de thuiszorg. In spoedeisende situaties is snelle overdracht van de centrale voor personenalarmering naar de spoedzorgketen nodig. De centralist kan dan bellen met de huisarts, huisartsenpost, spoedpost of 112 alarmcentrale. Bij het merendeel van de meldingen zijn zij niet betrokken en volstaat de opvolging door contactpersoon of thuiszorgorganisatie.

Ondanks de betrokkenheid van meerdere organisaties is er veel onbekend over personenalarmering. Zo is niet bekend wat het aantal meldingen bij de centrales voor personenalarmering is. Ook is de aard van de meldingen en de opvolging van de meldingen onduidelijk. Daarnaast is de relatie van de centrales voor personenalarmering met de thuiszorgorganisaties niet beschreven evenals de relatie met huisartsenpost (HAP) of spoedpost. Daarmee is onduidelijk in hoeverre deze partijen samenwerken en hoe die samenwerking in elkaar zit.

Voor een goede opvolging is het ook belangrijk dat de centralist voldoende is toegerust (onder andere beschikking over cliëntinformatie, opleiding) om de situatie juist in te schatten en de afhandeling van de melding vlot en adequaat te laten verlopen. Dit vraagt om onder andere de juiste vooropleiding en hulpmiddelen ter ondersteuning van de centralist, maar ook om toegang tot relevante

cliënteninformatie. Op dit moment is er veel onbekend over de kwalificaties van een centralist en de werkwijzen van centrales voor personenalarmering en hoe de samenwerking met ketenpartners eruit ziet.

Landelijk keurmerk

Om de kwaliteit van personenalarmering te waarborgen is er een landelijk keurmerk ontwikkeld door het WDTM (brancheorganisatie op gebied van woontechnologie) en de stichting Quality Assurance E-Health (QAEH). Het WDTM-QAEH Ketenkeurmerk Persoonsgebonden Alarmeringsdiensten moet er toe bijdragen dat schakels in de keten beter op elkaar worden afgestemd, hetgeen de kans op fouten zal verkleinen. In het keurmerk staat onder meer welke informatie een klant moet krijgen en dat het personeel van een zorgcentrale in staat is al de alarmmeldingen rustig en met de voor de betreffende alarmmelding juiste deskundigheid af te handelen. De zorgcentrale maakt een overzicht waaruit blijkt welke eisen aan opleiding en ervaring de zorgcentrale zelf stelt aan het personeel. Het Ketenkeurmerk wordt toegekend na een positief oordeel bij auditing.

Bovenstaande laat zien dat de dienstverlening van personenalarmering plaatsvindt in een keten waarbij meerdere organisaties en/of actoren verantwoordelijk zijn voor één of meerdere aspecten van de dienstverlening. Het betreft privaat en publiek zorgverlenende organisaties. Personenalarmering ligt buiten het zorgdomein en daarmee buiten het toezicht van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Personenalarmering kan vergoed worden door een ziektekostenverzekeraar op basis van een medische indicatie. Als gebruikers om een sociale reden alarm nodig hebben, bijvoorbeeld als zij zich niet veilig voelen, is soms via de gemeente een vergoeding mogelijk (Hogenes et al., 2003).

1.2 Doel van het onderzoek

Met dit onderzoek willen wij bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit van personenalarmering en de samenwerking tussen betrokken organisaties. Het uiteindelijke doel is om de risico's voor thuiswonende ouderen en hulpbehoevenden die gebruik maken van personenalarmering te verminderen. Hiertoe hebben we een verkennend onderzoek uitgevoerd dat antwoord geeft op de volgende vragen:

1. *'Hoe ziet de samenwerking tussen centrales voor personenalarmering, thuiszorg, huisartsenpost en alarmcentrale eruit?'*
2. *'Welke knelpunten (binnen en tussen organisaties) worden ervaren in het proces van afhandeling van meldingen? In hoeverre zijn er risico's voor cliënten?'*
3. *'Hoe ziet de personele bezetting (aantal, opleiding, competenties) eruit bij de centrales voor personenalarmering?'*
4. *'Wat zijn de verwachtingen en ervaringen van gebruikers over de dienstverlening van aanbieders van personenalarmering?'*
5. *'Wat is bekend over de afhandeling van meldingen op de centrale voor personenalarmering? Wat is de frequentie, aard en opvolging van de meldingen?'*

1.3 Onderzoek in het kort

Dit verkennende onderzoek heeft plaatsgevonden in de regio's Rotterdam en Zuidoost Brabant. In beide regio's waren een centrale voor personenalarmering, een thuiszorgorganisatie en een huisartsenpost (HAP) betrokken.

Methoden

We hebben de afhandeling van meldingen en de samenwerking in de keten van personenalarmering met vier onderzoeksmethoden in kaart gebracht:

1. Focusgroepen en interviews met cliënten (de melders) en professionals. Met beide groepen is gesproken over de ervaringen met het gebruik van personenalarmering. Aan de cliënt is ook gevraagd naar de verwachtingen van personenalarmering en of deze kloppen met de werkelijkheid.
2. Interviews met managers/bestuurders van de betrokken ketenpartners, onder andere om hun visie op de samenwerking en knelpunten daarbij duidelijk te krijgen.

De informatie verkregen uit de focusgroepen en alle interviews zijn geanalyseerd aan de hand van het model voor Supply Chain Collaboration (onderzoeksvragen 1 tot en met 3) met uitzondering van de interviews met cliënten of interviewfragmenten over cliënten. Het cliëntenperspectief staat niet opgenomen in het model en is daarom los van het model geanalyseerd en gerapporteerd. (onderzoeksvraag 4)

3. Kwantitatieve analyse van bestaande gegevens bij centrales voor personenalarmering over de omvang en aard van de meldingen. (onderzoeksvraag 5)
4. Voorleggen casussen aan centralisten, waardoor de werkwijze van het afhandelen van meldingen in de huidige situatie inzichtelijk wordt gemaakt. (onderzoeksvraag 3)

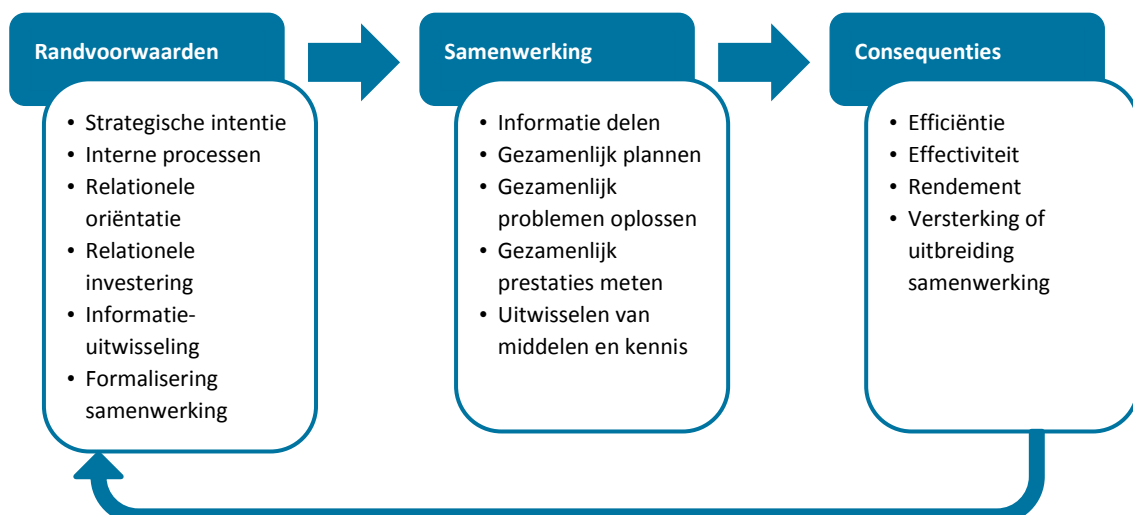
Bij het onderzoek was ook een begeleidingscommissie betrokken, waarin onder andere de deelnemende organisaties vertegenwoordigd werden. (Bijlage A).

Model voor Supply Chain Collaboration

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen 1 tot en met 3 hebben wij gebruik gemaakt van het model voor Supply Chain Collaboration (zie onderstaande figuur 1.1). Met het model kan de mate van samenwerking tussen centrales voor personenalarmering, thuiszorgorganisaties en huisartsenposten in kaart worden gebracht door naar randvoorwaarden, operationele eigenschappen en gevolgen van ketensamenwerking te kijken. Het model kan cyclisch worden doorlopen en gedurende samenwerkingen worden aangevuld.

Voor een beschrijving van de elementen onder de randvoorwaarden, samenwerking en consequenties verwijzen wij naar bijlage A.

Figuur 1.1 Model voor Supply Chain Collaboration (Min et al.)



1.4 Leeswijzer

Meer informatie over de methoden van het onderzoek en het onderliggende model is te vinden in bijlage A. In hoofdstuk 2 beschrijven we aan de hand van het model voor Supply Chain Collaboration de belangrijkste uitkomsten van de interviews met cliënten, professionals en managers/bestuurders. Hoofdstuk 3 bevat informatie over de frequentie, aard, en opvolging van meldingen bij de centrale in de regio's Rotterdam en Zuidoost Brabant. In hoofdstuk 4 geven we weer hoe centralisten naar eigen zeggen meldingen in verschillende casussen afhandelen. We sluiten het rapport af met een samenvatting van de belangrijkste resultaten en de discussie (hoofdstuk 5).

2 Samenwerking bij personenalarmering volgens de ketenpartners

Er is nog weinig sprake van (formele) samenwerking in de keten rondom personenalarmering. Met name de samenwerking met de HAP ontbreekt. De bereidheid tot samenwerking is er wel bij zowel de centrales voor personenalarmering, de thuiszorgorganisaties als de HAP. De centrales voor personenalarmering en de thuiszorgorganisaties zoeken elkaar op, maar dit gebeurt nog nauwelijks gestructureerd. Er worden ook een aantal knelpunten ervaren in de samenwerkingsketen. Zo heeft men onvoldoende kennis van elkaar en er is verbetering van onderlinge informatie-uitwisseling mogelijk.

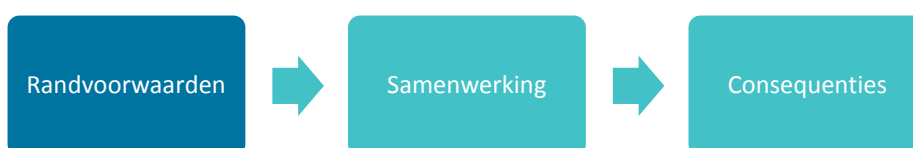
In de huidige samenwerking kunnen een aantal veiligheidsrisico's voor cliënten ontstaan, maar deze veiligheidsrisico's lijken niet substantieel. De cliënten zijn tevreden over de personenalarmering. Er is aan de kant van de cliënten wel winst te behalen door duidelijk te communiceren waar personenalarmering voor is bedoeld en door het verkeerd gebruik ervan te verminderen.

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten van interviews en focusgroepen aan de hand van het model voor Supply Chain Collaboration van Min et al. (2005). Dit model ordent aspecten van samenwerking onder Randvoorwaarden, Samenwerking en Consequenties (effecten). Een uitgebreide beschrijving van het model is terug te vinden in bijlage A.

De respondenten van de interviews en deelnemers van focusgroepen waren bestuurders en managers van de centrales voor personenalarmering, thuiszorgorganisaties en HAP, centralisten, verpleegkundigen en verzorgenden van de thuiszorg en cliënten die gebruik maken van personenalarmering. Meer informatie over de onderzoeksmethoden is te vinden in bijlage A.

2.1 Randvoorwaarden

Een strategie op samenwerking tussen organisaties ontbreekt, maar is wel gewenst bij alle partijen. Op dit moment zijn organisaties voornamelijk intern gericht. De eigen werkwijze is vastgelegd in richtlijnen en protocollen welke gevolgd dienen te worden. Deze bevatten nog geen passages over samenwerking en kunnen belemmerend zijn in de huidige samenwerking. Het versterken van de samenwerkingsverbanden waarbij duidelijke afspraken worden gemaakt, onder andere over structureel overleg, kan wederzijds vertrouwen versterken en samenwerking bevorderen.



2.1.1 Strategische intentie

Doel personenalarmering

De respondenten gaven aan dat het doel van personenalarmering is om mensen op een laagdrempelige manier zich veiliger te laten voelen thuis. Een stukje zekerheid bieden zodat in veel gevallen mensen langer thuis kunnen blijven wonen. Onveilige situaties kunnen voorkomen worden en zorgverleners kunnen snel en adequaat onplanbare zorgvragen beantwoorden en de juiste mensen op de juiste plek krijgen.

De centrales voor personenalarmering zagen het daarnaast als hun doel om poortwachter te zijn, waarbij ze de triage zo goed mogelijk doen en alleen zorg inzetten als het echt nodig is.

“Op het moment dat jij naar tevredenheid van de klant je oproep af kunt handelen, zonder daar een hulpverlener bij in te moeten schakelen, nou petje af, dan heb je dat goed gedaan.” (Manager, centrale voor personenalarmering)

De verpleegkundigen en verzorgenden van de thuiszorg vonden dat personenalarmering ook een signaleringsfunctie heeft, ook als iemand nog geen zorg heeft. Als er 's nachts thuiszorg bij een cliënt is geweest omdat er gealarmeerd werd, loopt de ochtendienst nog even binnen om te kijken hoe het gaat en of er meer zorg nodig is. Het is de afspraak dat bij een aanvraag van personenalarmering er iemand van de thuiszorgorganisatie langsgaat voor een intakegesprek, met de mantelzorger erbij, om te kijken wat er nodig is.

Personenalarmering wordt als serviceproduct gezien zowel door centrales voor personenalarmering als door de thuiszorgorganisaties. Het is een klein onderdeel van een veel groter aanbod. Het is voor de organisaties vooral belangrijk dat deze service kostendekkend is, en dat maakt dat er verder geen prestatie-indicatoren zijn geformuleerd.

Strategie op samenwerking ontbreekt

Een gezamenlijke strategie wat betreft de samenwerking rondom personenalarmering ontbreekt. De centrale voor personenalarmering en de thuiszorgorganisatie zoeken elkaar wel op, maar ook daar mist een strategie.

“Wat in de praktijk nu vaak is, is dat we heel vaak op de millimeter aan het samenwerken zijn, zonder dat we eigenlijk een soort rode stip hebben. ... Dan uiteindelijk voelt het toch niet goed, wat dan volgens mij niet goed gaat, is dat we niet van tevoren al hebben gezegd van waarom willen we dit eigenlijk, waarom doen we dit?” (Bestuurder, centrale voor personenalarmering)

De HAP uit dezelfde regio geeft aan dat de focus binnen de HAP de afgelopen tien jaar vooral op de curatieve zorg lag en het nu zaak is om ook binnen de care samenwerkingsvormen te gaan ontwikkelen. Dit is nodig om problemen op te lossen, zoals de werkdruk bij huisartsen en een tekort aan personeel. De samenwerking met de thuiszorgorganisaties zou de HAP graag willen versterken.

“Ik geloof niet dat we samenwerken [met de HAP]. Wat fijn is dat we contact hebben, regulier overleg en dat we elkaar weten te vinden als het niet goed gaat. En een verdere samenwerking zou ik niet weten in wat voor vorm dat zou moeten.” (Contactpersoon, centrale voor personenalarmering)

“Wij moeten de verbinding opzoeken met de thuiszorgbestuurders. Zij zijn niet van nature de eerste partners waar wij mee samenwerken, heel bijzonder.” (Bestuurder, HAP)

2.1.2 Interne processen en werkwijze

De verpleegkundigen en verzorgenden van de thuiszorg moeten de alarmeringen opvolgen naast hun reguliere zorgroute. Zij moeten in het geval van een alarmering binnen 20 minuten aanwezig zijn op een adres. Dat is vaak lastig te halen, omdat ze op dat moment met een andere cliënt bezig zijn en dit eerst netjes moeten afronden. Ook moet in sommige gevallen als ze bij de cliënt zijn gearriveerd de HAP gebeld worden. Dit is problematisch voor het vervolgen van de geplande zorgroute van de verpleegkundige of verzorgende. De verpleegkundigen en verzorgenden spreken wel van een groot verschil tussen dag en nacht. Overdag zijn de teams groter en de te rijden afstanden per persoon kleiner. Alarmeringen in combinatie met de geplande zorgroutes kunnen dan onderling gemakkelijker opgelost worden. 's Avonds zijn de teams kleiner en moeten er per persoon veel grotere afstanden afgelegd worden. Die 20 minuten is dan alleen al nodig om ter plaatse te komen.

“Dan [overdag] heb je meerdere mensen. Dan ben je met 8 of 10 mensen aan het werk. Dan is het makkelijker om ergens een poppetje vandaan te halen. ... En dan 's avonds is dat ook nog weer anders. Wij staan dan met z'n 3-en en dan word je weer getrechterd hoe later het wordt.” (Focusgroep, verpleegkundigen en verzorgenden)

De HAP in beide regio's geven aan dat de te doorlopen protocollen voor de triage en opvolging leidend zijn. Deze protocollen zijn ontwikkeld om patiëntveiligheid te kunnen garanderen. Zo willen de triagisten bijvoorbeeld altijd de patiënt zelf spreken. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen wie er belt naar de HAP: familie, verpleegkundigen/verzorgenden of centralisten.

“Wij identificeren niet die wijkverpleegkundige of de centrale. Wij willen altijd de patiënt zelf spreken. We hebben de ervaring dat we soms zeer gebrekkige informatie van 3e partijen krijgen.” (Manager, HAP).

Dit werd door de verpleegkundigen en verzorgenden van de thuiszorg als storend ervaren. Voor hen voelt dit aan alsof ze niet serieus genomen worden en de triage dubbel gedaan wordt. Ook verspillen zij tijd door in de wacht te staan. Zij zouden liever een directe lijn naar de HAP willen hebben, in plaats van het reguliere telefoonnummer. Het probleem van de HAP is dat zij niet weten wat de competenties zijn van de verpleegkundige of verzorgende die ze dan aan de lijn krijgen en daarom geen risico's willen lopen voor de patiëntveiligheid.

“De variabiliteit die je krijgt vanuit de thuiszorgsituatie is nog te groot.” (Manager, HAP).

De centrale voor personenalarmering ziet ook de toegevoegde waarde van een directe lijn naar de HAP. Dit zou voor de HAP wel mogelijk zijn als de centrale exact hetzelfde systeem voor de triage zou gebruiken als de HAP en de centralisten hetzelfde geschoold zouden zijn als de triagisten van de HAP. Dit is op dit moment niet het geval. De medewerkers van de HAP benadrukten daarbij wel dat verpleegkundigen en centralisten vaak al uit zichzelf de juiste antwoorden geven, zodat het protocol snel doorlopen wordt. Er wordt door de HAP nu wel op ingezet om het onbegrip over elkaar te verhelpen. Er is bijvoorbeeld in de regio Zuidoost Brabant een informatiefilm gemaakt om andere professionals te informeren over hun werkwijze.

De manager van een centrale voor personenalarmering gaf aan te kunnen leren van de werkwijze van de HAP. De oproepen bij de centrale voor personenalarmering worden vaak intuïtief en op basis van ervaring opgevolgd.

“Wij kunnen veel leren van een huisartsenpost, hoe je gestructureerd ziektebeelden helder gaat krijgen, aandoeningen helder gaat krijgen.” (Manager, centrale voor personenalarmering)

Veiligheid van verpleegkundigen en verzorgenden

Verpleegkundigen en verzorgenden van de thuiszorg gaven aan dat ze zich niet altijd even veilig voelen bij een cliënt thuis. Cliënten en naasten worden ook steeds mondiger.

“En die verbale mondigheid, ook van de hele familie. Je komt ergens bij één persoon, maar dan zitten er meerdere en die beginnen zich allemaal met het gebeuren te bemoeien.” (Focusgroep, verpleegkundigen en verzorgenden)

De verpleegkundigen en verzorgenden gaan in hun eentje naar een cliënt toe en weten van tevoren niet altijd wat ze daar aan zullen treffen. In het donker is dit extra spannend. Ze gaven daarbij aan dat het wel helpt om nog contact te houden met de centralist, als ze bijvoorbeeld in het huis op zoek gaan naar de cliënt. De alarmeringen worden in de regio Rotterdam 's nachts gedaan door de ambulante nachtzorg. Zij rijden met z'n tweeën per auto.

Verschillen tussen de regio's

Uit de interviews en focusgroeps gesprekken kwamen enkele verschillen in werkwijze naar voren tussen de centrales voor personenalarmering. De centrale voor personenalarmering in Brabant houdt bij een alarmering de lijn open en wacht tot de zorg er is voordat er afgesloten wordt. In de tussentijd wordt er verder gewerkt aan andere meldingen. In de regio Rotterdam wordt de verbinding verbroken en maken de verpleegkundigen of verzorgenden van de thuiszorg een terugmelding als ze aanwezig zijn ter controle. Als de terugmelding na een half uur nog niet is gedaan, wordt er opnieuw naar de thuiszorg gebeld ter controle. De verbinding via het kastje van de alarmering kan niet hersteld worden vanuit de centrale. De centralist neemt dan contact op per telefoon. Dit kan verwarrend zijn voor de melder en vereist een goede registratie van telefoonnummers bij de betreffende centrale voor personenalarmering.

In de Brabantse regio wordt het afhandelen van alarmeringen gecombineerd met het uitluisteren van geluidsfragmenten in de gehandicaptenzorg. De centralisten krijgen allerlei geluiden te horen vanuit de gehandicaptenzorg, waarbij zij moeten beoordelen wanneer een situatie actie vereist. Als dit tegelijk plaatsvindt, vergt dit veel van de centralisten. In de Rotterdamse regio wordt het afhandelen van alarmeringen gecombineerd met bereikbaarheidsdiensten voor bijvoorbeeld tandartsen en verloskundigen. Daarnaast nemen centralisten ook administratieve taken op zich, zoals het invoeren van wijzigingen in het cliëntenbestand. Zij zoeken nu naar een manier om dit strakker in te richten en zo ook beter gebruik te maken van de verschillende competenties van de medewerkers.

“Ik doe nu niet alleen personenalarmering, ik doe ook die uitluister.. dus ik heb aan één kant al die geluiden van 300 cliënten die op m'n scherm staan in m'n oor. Allemaal gehandicapten, dus dat is een hoop gegil en gekrijs en insulpen en zo, dat heb ik op mijn ene oor. En op mijn andere oor ben ik de triage aan het doen bij een cliënt die een alarm maakt. Dat vergt wel enige oefening.”
(Focusgroeps gesprek, centralisten)

Competenties

Om alarmering en opvolging goed te laten verlopen zijn er mensen met bepaalde vaardigheden nodig. Alle partijen gaven aan dat ze bevoegen medewerkers nodig hebben met verantwoordelijkheidsgevoel. De medewerkers van de HAP gaven aan dat triagisten over goede medische kennis moeten bezitten en stressbestendig moeten zijn. De centrales voor personenalarmering voegden daaraan toe dat kennis hebben van de thuiszorg en zich een beeld kunnen vormen van mensen die alarmeren ook zeer belangrijk zijn. Als je je goed kunt verplaatsen in

de cliënt is hulp inschakelen soms niet eens nodig. Het is daarbij ook belangrijk dat het team van centralisten bestaat uit mensen met verschillende zorgachtergronden en elkaar daarin kunnen versterken.

“Ik heb hier kundige mensen nodig, die dus de situatie in kunnen schatten. En kennis hebben van de thuiszorg en kennis hebben van de mensen die een oproep plaatsen. Daar kan van alles gebeuren in een huis. Die weten van hé, dit treffen we aan, mensen doen een oproep, en als het ware kun je je verplaatsen in de situatie waar iemand in zit.” (Manager, centrale voor personenalarmering)

Centralisten moeten veel schakelen en multitasken in hun werk. In de Brabantse regio nemen alleen medisch geschoolde centralisten alarmen aan. Tegelijkertijd moeten de centralisten in deze regio geluidsfragmenten uitluisteren. Een apart team doet de administratie en klantenservice. In de Rotterdamse regio voert het hele team samen alle taken uit. Een centralist hoeft niet altijd medisch geschoold te zijn. Meldingen met een medische aard worden doorgezet naar iemand die wel medisch geschoold is. Hiervoor is gekozen omdat voor het overgrote deel van de alarmeringen geen medische kennis nodig is. Verpleegkundigen en verzorgenden van de thuiszorg moeten voor het goed opvolgen van alarmeringen kunnen prioriteren. Op basis van weinig informatie moeten ze de situatie goed inschatten.

Interne evaluatie en kwaliteit

Zowel bij de centrales voor personenalarmering, de thuiszorgorganisaties en de HAP wordt er vooral op incidentbasis overlegd en geëvalueerd. De wens werd wel uitgesproken om op structurele basis te overleggen.

Bij de centrale voor personenalarmering in Brabant worden er geen banden teruggeluisterd. Er kan wel in de data gekeken worden hoe lang oproepen duren en bijvoorbeeld hoe lang het duurde voordat er zorg ingeschakeld werd. Die data wordt incidenteel bekeken. De aanleiding kan bijvoorbeeld een probleem met de opvolging van een melding zijn. Er wordt wel structureel gekeken naar de telefonische bereikbaarheid van de centrale en de opvolgtijd. In de regio Rotterdam evalueren teamleiders elke dienst hoe het is gegaan. Als er iets mis is gegaan wordt het geëvalueerd door een onafhankelijke medewerker. Het doel daarvan is verbeteren. Incidenten worden ook gemeld aan de directie. Er kan daarna eventueel een kwaliteitsmedewerker ingezet worden om het incident in de toekomst te voorkomen. Het team van centralisten heeft ook overleg met elkaar. Maar geen structureel gepland overleg. De afgelopen maanden is in Rotterdam gekeken naar kritieke prestatie indicatoren (KPI's), zoals de wachttijd voordat de telefoon opgenomen wordt. Op basis van die informatie is de planning en inzet van centralisten aangepast.

Bij de HAP in beide regio's worden gesprekken van triagisten teruggeluisterd en besproken met triagisten. Ook is er een systeem van VIM-meldingen (Veilig Incidenten Melden), waardoor zowel interne als externe incidenten besproken worden. Overleg gebeurt op incidentele basis. In de regio Rotterdam is er een contactpersoon tussen de zorgorganisaties en de HAP om incidenten te bespreken en op te lossen.

“Niet structureel of op gezette tijden, maar we hebben het er wel vaak over. Ja, of als er ooit iets niet goed gaat, of niet goed geregeld is, koppelen we dat terug met degenen die dat als aandachtsgebied hebben en zo. Maar het is niet zo dat we zeggen van nou we hebben iedere zoveel tijd een keer een overleg over.” (Manager, thuiszorgorganisatie)

2.1.3 Relationale oriëntatie en investering

Alle drie de typen organisaties in beide regio's gaven aan dat ze oriënterend bezig zijn om nieuwe samenwerkingsverbanden aan te gaan op het gebied van personenalarmering. Het leeft volop om de krachten te gaan bundelen. Hiervoor is het nodig om elkaar beter te leren kennen en vertrouwen in elkaar te krijgen. Nu is niet altijd duidelijk welke protocollen de partijen hanteren en wat elkaars belangen zijn. Tussen de thuiszorgorganisatie en de centrale voor personenalarmering betekent dat vertrouwen dat de verpleegkundigen en verzorgenden van de thuiszorg ervan uitgaan dat de centralist niet voor niets belt. Zo kan de centrale voor personenalarmering de regie nemen en beslissen hoe urgent de verpleegkundige of verzorgende naar de cliënt moet.

De centrales voor personenalarmering gaven aan te willen oriënteren wat de mogelijkheden zijn om te gaan samenwerken met de HAP. Er is vanuit beide partijen erkenning dat ze voor elkaar van toegevoegde waarde zouden kunnen zijn, maar dat is nog in de verkennende fase. Er zijn veel ideeën voor samenwerking waar niet altijd iets mee gedaan kan worden.

“Maar ik vind wel vaak dat het enthousiasme, top down, op een vreselijke manier wordt kapotgeslagen. ... Soms is dat financiering. Dat is terecht, het kan niet altijd. Maar soms zijn het allemaal non-argumenten om dingen niet te doen.” (Bestuur, centrale voor personenalarmering)

“Soms heb ik ook het idee dat ze op de HAP niet helemaal begrijpen wie wij zijn.” (Focusgroep centralisten)

Het onderhouden van bestaande contacten en het ontwikkelen van nieuwe vraagt om investeringen. Om onderlinge relaties te onderhouden zijn er in beide regio's contactpersonen tussen bijvoorbeeld HAP en thuiszorgorganisaties en tussen centrales voor personenalarmering en thuiszorgorganisaties nodig. De centrale voor personenalarmering in Brabant voelt dat er een goede samenwerkingsbereidheid heerst in de regio. Toch lukt het nog niet altijd. Er moet tijd voor vrijgemaakt worden en het zakelijk belang van de eigen organisatie kan niet altijd op nummer één staan.

“Dat betekent wel dat je soms het belang, het zakelijk belang, van je eigen organisatie even moet loslaten.” (Bestuur, HAP)

Een voorwaarde voor een goede samenwerking is een goede bereikbaarheid van samenwerkingspartners. De organisaties hebben de voorkeur voor 'korte lijntjes' en zoeken daarom vooral de samenwerking in de regio op.

“Over het algemeen is de bereikbaarheid van de zorgverleners goed.” (Manager, centrale voor personenalarmering)

“Wij geloven in het regionale spel, omdat daar de partijen bij elkaar zitten.” (Bestuurder, centrale voor personenalarmering)

2.1.4 Uitwisselen van informatie

Voor de afhandeling van een alarmmelding is het voor handen hebben van relevante en juiste informatie essentieel. Hier gaat het bijvoorbeeld om de juiste gegevens om de thuiszorg te bereiken en relevante informatie over de cliënt. Deze informatie staat grotendeels in de systemen van de verschillende organisaties. Door centralisten werd aangegeven dat hier veel winst te behalen valt. Zij gaven aan dat telefoonnummers van de thuiszorgorganisatie niet altijd kloppen en ze bijvoorbeeld het

verkeerde team aan de lijn krijgen. Dit probleem geldt ook voor cliëntgegevens en medische dossiers. Toegang tot actuele medische dossiers helpen triagisten en centralisten om een snelle en juiste triage uit te voeren. Een probleem bij het creëren van nieuwe samenwerkingsverbanden is dat iedere organisatie werkt volgens de eigen protocollen en met de eigen systemen. Voor elke organisatie apart werkt dit goed en op een manier waarop de patiëntveiligheid gegarandeerd kan worden. Op het moment van samenwerken komen deze werkwijzen niet overeen en vormt dit een probleem. Een voorbeeld hiervan zijn ICT systemen die geen informatie met elkaar uit kunnen wisselen, zoals cliënteninformatie. Het is ook om privacy redenen lastig om cliëntinformatie laagdrempelig uit te wisselen.

“Ik vind een van de grootste knelpunten dat vanuit de techniek, maar ook vanuit de regelgeving, protocollen en zo, we allemaal onze eigen agenda vormen en onze eigen systemen hebben. En ja, wil je goede zorg en snelle opvolging kunnen bieden dan moet je de systemen en hulpmiddelen maximaal op elkaar afstemmen.” (Bestuur, centrale voor personenalarmering)

De verpleegkundigen en verzorgenden van de thuiszorg zouden ook graag toegang willen tot meer informatie over de woonsituatie van de cliënt. Zij komen in de nacht op plekken waar ze nog nooit zijn geweest. Dan is het fijn om te weten wat voor soort huis het is en of de cliënt bijvoorbeeld boven of beneden in bed ligt.

“Toch is het wel fijn dat in de nacht dat je dan zou weten van goh waar verblijft die cliënt. Is het een groot huis. Je komt in een vreemd huis, donker alles. Ligt die beneden, ligt die boven?” (Focusgroep, verpleegkundigen en verzorgenden)

2.1.5 Financiën

Er zijn een aantal zaken van buitenaf die volgens de partijen de ideale keten rondom personenalarmering en de verbetering daarvan bemoeilijken. Ten eerste de fiscale wetgeving. Als de zorgverlening over verschillende schakels in de keten gaat, ontstaat er een BTW-vraagstuk. In het geval van de centrale maakt dit de zorg 21% duurder.

“Als hier 's nachts een melding bij een centralist binnenkomt en vervolgens leidt die tot inzet van zorg op een andere plek dan hebben we een BTW vraagstuk, van 21% BTW. Als die melding bij dezelfde persoon binnenkomt die als het ware de behandeling inzet dan zit er geen BTW vraagstuk tussen.” (Bestuurder, centrale voor personenalarmering)

De verzekeraar bepaalt welke manier van zorg zij vergoeden, ook al is dit niet altijd de meest efficiënte of vernieuwende oplossing. Een verschoning van een cliënt door de HAP kan bijvoorbeeld gedeclareerd worden bij de verzekeraar, terwijl dit als diezelfde verschoning via goedkopere personenalarmering gedaan wordt niet altijd het geval is.

2.1.6 Afspraken en formalisatie van de samenwerking

Een voorwaarde, erkend door de centrales, HAP en thuiszorgorganisaties, voor een succesvolle afhandeling van alarmeringen zijn duidelijk afspraken tussen alle partijen. Afspraken over bijvoorbeeld bereikbaarheid van thuiszorgorganisaties, wie welke opvolging doet, het afhandelen van veelmelders, informatie-uitwisseling, financiën en overleg en evaluatie. Tussen de thuiszorg-

organisaties en centrales voor personenalarmering is dit in contracten vastgelegd. Wat opvalt, is dat er in de samenwerking met de HAP geen afspraken op papier staan.

“Wat leveren wij? Wat doen wij? Wat doen we niet? Er wordt vastgelegd hoe het zit hier met de privacy, met de databeveiliging. Het wordt compleet vastgelegd, ja.” (Bestuurder, centrale voor personenalarmering)

2.1.7 Kwaliteit van de verbinding

De keten rondom personenalarmering is sterk afhankelijk van de techniek. Alle geïnterviewden van de centrale voor personenalarmering en thuiszorgorganisaties stelden dat het adequaat afhandelen van een alarmering valt of staat met de verbinding met de cliënt. De verbinding tussen cliënt en centrale komt tot stand via de telefoonlijn. In het geval van storingen of onderhoud wordt de verbinding verbroken en zorgt dit voor, soms langdurige, problemen. Hier kunnen noch de centrale, noch de thuiszorgorganisatie iets aan doen. Daarnaast komen er steeds meer huizen die geen vaste telefoonlijn meer hebben. Een alarmering via een simkaart en het mobiele telefoonnetwerk zou een oplossing kunnen zijn. Dit geldt echter niet voor de regio Brabant, omdat het mobiele netwerk daar niet overal bereik heeft.

“Eigenlijk vind ik het allerbelangrijkste dat er een goede verbinding is.” (Manager, centrale voor personenalarmering)

Het komt ook geregeld voor dat de verbinding met het alarmkastje wel gemaakt wordt, maar communiceren met de cliënt alsnog moeilijk is. Dit kan bijvoorbeeld komen doordat de cliënt zich in een andere kamer bevindt of de televisie aanstaat naast het kastje. Als er niet gecommuniceerd kan worden, zet de centralist de melding altijd door naar de thuiszorg, en een verpleegkundige of verzorgende gaat vervolgens bij de cliënt kijken. Dit gebeurt vaak 's nachts als cliënten in de slaapkamer liggen. Centralisten noemden het plaatsen van een tweede kastje, in de slaapkamer, als gedeeltelijke oplossing. Zij schatten in dat dit aanvankelijk duurder zal zijn, maar op den duur goedkoper.

“In de nachten liggen de meeste mensen te slapen dus ver van hun kastje af waardoor.. spreekluister is een stuk lastiger. Waardoor je soms onnodig zorg moet inzetten.” (Focusgroep, centralisten)

2.1.8 Sleutelkluisen

Door de thuiszorgorganisaties en centrales voor personenalarmering is in beide regio's nagedacht over hoe de toegang tot de woning het beste geregeld kan worden. Bij een alarmering moet de thuiszorg, indien nodig, toegang hebben tot de woning van de cliënt. Hoe dichter de toegang is geregeld bij de voordeur van de cliënt, hoe sneller de hulp aanwezig kan zijn. Daarom werken ze in de regio Rotterdam alleen met sleutelkluisen in plaats van dat sleutels op een centrale plek bewaard worden. Dit zijn betrouwbare kluisen bij de voordeur van de cliënt. Het is verplicht om de sleutelkluis te laten installeren door de thuiszorgorganisatie. Dit zorgt ervoor dat alle kluisen hetzelfde werken en ook de veiligheid gegarandeerd kan worden. De verpleegkundige of verzorgende van de thuiszorg heeft met een magnetische tag toegang tot alle kluisen en daarmee toegang tot de huizen. Echter, elke wijk heeft een andere magnetische tag. Als een verpleegkundige of verzorgende bijspringt in een andere wijk moet eerst de goede tag opgehaald worden. In de regio Brabant zijn cliënten het niet

verplicht, maar hebben bijna alle cliënten een sleutelkuis. Hier kan van worden afgeweken als cliënten heel erg dichtbij een appartementencomplex voor ouderen wonen. Een knelpunt dat werd genoemd is dat de toegang tot de woning per type organisatie is geregeld. Als mogelijke oplossing loopt in de regio Brabant een pilot met een elektrisch slot. Via een app kan het slot geopend worden. Deze mogelijkheid kan dan ook gegeven worden aan andere hulpdiensten dan de thuiszorgorganisatie. Het nadeel is dat de sloten duur zijn en dit doorberekend moet worden aan de cliënten.

Voor cliënten zijn de sleutelkluizen ook een belangrijk onderwerp. De verpleegkundigen en verzorgenden van de thuiszorg gaven aan dat cliënten de kluizen doorgaans niet fijn vinden en huiverig zijn. Dit kan zelfs een reden zijn om geen gebruik te willen maken van personenalarmering. Het is ook een onderwerp wat regelmatig negatief in de media komt.

“Ja dan komt het weer op het nieuws. En dan eh, [sleutel] gewoon weer onder de bloempot.”
(Focusgroep, verpleegkundigen en verzorgenden)

2.1.9 Ontwikkelingen en ideeën voor de toekomst

Het gebruik van de alarmknop verandert met de tijd en daar moet volgens de partijen op geanticipeerd worden om de zorg efficiënter te maken. Alle partijen hebben wensen en ideeën hoe de keten bij personenalarmering verbeterd kan worden. Daarom hebben we dit thema als subthema toegevoegd aan de randvoorwaarden in het model voor Supply Chain Collaboration.

De thuiszorgorganisaties zouden graag iets willen ontwikkelen waarbij de centralisten kunnen zien waar de verpleegkundigen en verzorgenden zich bevinden en zo de dichtstbijzijnde bevoegde naar een alarmering kunnen sturen. De HAP in de Brabantse regio heeft de droom om één plek te creëren waar alle alarmeringsfuncties gebundeld en georganiseerd worden. Dit is prettig voor de patiënt en professionals kunnen efficiënt de juiste opvolging aanbieden.

“Ik heb een droom over alarmeringsfuncties en de zorg. Dan zou ik echt een enorme voorkeur hebben voor één plek waar je al die toegangsfuncties met elkaar bundelt en organiseert.” (Bestuurder, HAP)

2.2 Samenwerking

Het allerbelangrijkste is een technisch goede verbinding. In beperkte mate vindt informatie-uitwisseling tussen organisaties plaats. Rapportages met gestandaardiseerde gegevens over meldingen worden incidenteel besproken. In het geval van veelmelders wordt samengewerkt tussen thuiszorgorganisatie en meldkamer voor personenalarmering. Thuiszorgorganisaties zouden ook onderling meer kunnen gaan samenwerken om bijvoorbeeld een probleem als een nachtelijke lange aanrijtijd na alarmering op te lossen. Ook in de samenwerking met huisartsen wordt een verschil tussen dag en nacht ervaren.



2.2.1 Informatie delen

Informatie wordt tussen de thuiszorgorganisaties en centrales voor personenalarmering grotendeels uitgewisseld via rapportages en contactpersonen bij thuiszorgorganisaties en centrales voor personenalarmering. De rapportages bevatten gestandaardiseerde gegevens over de meldingen en de opvolging daarvan. Deze rapportages kunnen leiden tot een gesprek, maar contactpersonen overleggen vooral incidenteel. De wens is om op meer reguliere basis te overleggen over de gang van zaken. Op directieniveau in de regio Brabant vindt wel regulier overleg plaats tussen de thuiszorgorganisatie en de centrale voor personenalarmering.

“Als je goed met die informatie omgaat, is er een hele wereld nog te winnen.” (Bestuurder, thuiszorgorganisatie)

De wens tot regulier overleg met thuiszorgorganisaties geldt ook voor de HAP in beide regio's. Bij de HAP zijn contactpersonen aangesteld om contact met thuiszorgorganisaties te onderhouden.

2.2.2 Gezamenlijk plannen

Volgens de verschillende organisaties kunnen processen efficiënter ingericht worden door samen te werken. Een onderdeel daarvan is het gezamenlijk plannen. Een goed voorbeeld daarvan zijn de zorgcirkels in de regio Zuidoost Brabant. Zorgcirkels bestaan uit thuiszorgorganisaties en andere typen organisaties zoals de GGZ die samenwerken in de avond en nacht. Met concullega's wordt tijdens de diensten samengewerkt om alarmeringen op te volgen en zo meer speling te hebben als zich problemen voordoen. Ook kunnen alarmeringen efficiënter opgevolgd worden, omdat er niet twee organisaties zijn die los van elkaar een gebied doorkruisen. In de regio Rotterdam zijn ook initiatieven gestart om te kijken hoe de onplanbare zorg beter georganiseerd kan worden.

“Er komt een alarm van die cliënt naar [centrale voor personenalarmering] toe, dan willen we hebben dat diegene, die persoon die deskundig is die er het dichtst in de buurt is, dat die het snelste er is. Of hij nu van club A, B of C komt. Daarvoor werken we samen in de nacht. En als je met elkaar samenwerkt in de nacht met allerlei partijen is het ook handig dat al die meldingen op één plek terechtkomen.” (Bestuur, centrale voor personenalarmering)

2.2.3 Gezamenlijk problemen oplossen

Veelmelders

Een veelvoorkomend probleem, waarbij gezamenlijk door thuiszorg en centrale voor personenalarmering wordt gekeken naar een passende oplossing, betreft de veelmelders. Dit zijn cliënten die heel erg vaak alarmeren, waarbij niet altijd sprake is van een noodsituatie. Veelmelders vormen een grote belasting voor de centrale. De problemen rondom veelmelders bespreken de centrales voor personenalarmering altijd met de thuiszorgorganisatie en niet met de cliënt zelf. De centralist probeert wel uit te leggen waarvoor de alarmering bedoeld is, maar zal de cliënt nooit verbieden om opnieuw te melden. De thuiszorgorganisatie zorgt vervolgens dat er iemand langs gaat bij de cliënt om het probleem te bespreken en mogelijk te verhelpen. Het veelmelden kan een indicatie zijn dat de huidige zorg van de cliënt niet voldoende is, bijvoorbeeld omdat de cliënt dementerend is en eigenlijk niet meer zelfstandig thuis kan wonen.

“Er wordt per situatie bekeken wat een passende oplossing kan zijn. ... Soms is het een bepaalde, andere zorg inzetten waardoor mensen wat geruster 's avonds naar bed gaan, als er nog iemand laat op de avond bijvoorbeeld nog even bij ze komt.” (Teamcoördinator, thuiszorgorganisatie)

De thuiszorgorganisaties in Rotterdam krijgen maandelijks een rapportage van het aantal meldingen, waarin ook de veelmelders gecommuniceerd worden. Deze rapportages kunnen kort worden besproken, maar uitgebreider overleg zou helpen om meer informatie, zoals tijdstippen waarop meldingen plaats vinden, uit de data te halen en het probleem rondom veelmelders te verkleinen. In de regio Zuidoost Brabant worden in het geval van veelmelders gegevens uit de registratie gehaald en naar de thuiszorgorganisatie gecommuniceerd via de klantenservice. De zorg kan ook tijdens een dienst direct worden gebeld door een centralist als er zeer frequent wordt gebeld.

2.2.4 Gezamenlijk kwaliteit meten

Alleen de thuiszorgorganisatie en de centrales voor personenalarmering meten en evalueren samen de kwaliteit van de dienstverlening. Dit gebeurt in de vorm van de opvolgtijd van de alarmeringen. Deze opvolgtijd wordt uit de registraties van de centrale voor personenalarmering gehaald en vergeleken met andere organisaties in de regio.

“Je kunt ook kijken met de alarmopvolging wanneer het binnen is gekomen. Als er alarm is, dan blijft hij openstaan totdat er een medewerker binnen is. Dus je kunt die tijd ook gewoon blijven zien. Dat is wel een groot voordeel.” (Directie, thuiszorgorganisatie)

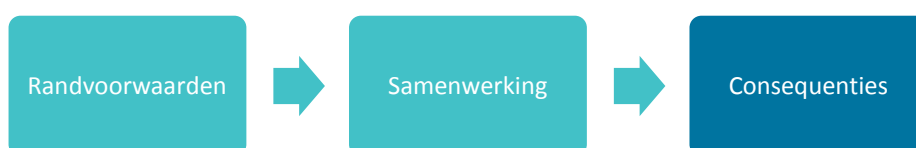
Andere onderwerpen binnen de samenwerking worden wel besproken, maar niet meetbaar gemaakt. De centrales voor personenalarmering meten voor zichzelf daarnaast de reactietijd waarin de telefoon opgenomen wordt. De thuiszorgorganisaties meten de klanttevredenheid, maar hier is niet de personenalarmering in afgebakend.

2.2.5 Het uitwisselen van middelen en kennis

Zowel de centralisten als de verpleegkundigen en verzorgenden van de thuiszorg gaven aan dat ze de HAP willen kunnen gebruiken voor advies of hulp. De triagisten van de HAP hebben daar echter vaak geen tijd voor. Overdag, bij de reguliere huisartsen en assistenten, wordt geen probleem ervaren bij het vragen van advies of hulp. Met deze huisartsen hebben centralisten goed contact en ze kennen elkaar. De verpleegkundigen en verzorgenden spraken hierbij over een verschil van dag en nacht.

“Ik vind dat we een soort achtergang moeten hebben (HAP). Als we bellen dan hebben we al een triage gedaan tot punt X, maar nu hebben we advies nodig van jullie.” (Manager, centrale voor personenalarmering)

2.3 Consequenties



Dit deel van het model is niet uitgebreid aan bod gekomen in de gesprekken, omdat de samenwerking tussen de partijen op de meeste aspecten nog niet zo ver gevorderd is.

Een goed voorbeeld van een samenwerking met positieve effecten zijn de zorgcirkels in de regio Zuidoost Brabant (zie paragraaf 2.2.2). Door deze samenwerking neemt de aanrijtijd, en daarmee ook een risico voor patiëntveiligheid, af alsook de kosten voor de thuiszorgorganisaties door het efficiënt inzetten van personeel.

Het is ook een positieve consequentie dat technische middelen, bijvoorbeeld sleutelkluisen, goedkoper ingekocht en ingezet kunnen worden als organisaties hun krachten bundelen. In sommige gevallen is het niet meer nodig dat de thuiszorgorganisatie de deur open doet voor een andere hulpverlener.

“We hebben vanuit zorgcirkels een aanbieder gevonden, maar die is ontstaan omdat zorgcirkel partijen met zijn allen de leverancier ertoe bewogen hebben. Dan zie je wat samenwerking kan doen.”(Directie, thuiszorgorganisatie)

Bekend zijn met elkaars werkwijze kan ook kostenbesparend zijn. Andere organisaties, en hun werkwijzen kennen en hierin meedenken zorgt ervoor dat de juiste zorg ingezet wordt op de meest efficiënte manier.

2.4 De cliënt

In het onderzoek zijn ook de gebruikers van personenalarmering naar hun ervaringen gevraagd. De gebruikers zijn erg positief. Ze voelen zich veiliger en vertrouwen het systeem. Het enige dat ze soms niet vertrouwen is het sleutelkluisje. Eén cliënt heeft zelfs 's nachts een rollator voor de deur, omdat ze het gevoel heeft dat iedereen zomaar binnen kan komen.

“Ik kan 's nachts dat penslot er niet op doen, dan kunnen ze er niet in als het nodig is. Maar dan zet ik mijn rollator er wel voor. Die zet ik dan in de breedte in de gang voor de deur, zodat als ze de deur open maken het vreselijke herrie maakt.” (Cliënt)

Een ander probleem is dat de alarmering vaak niet wordt gedragen. De zender hangt om de leuning van de stoel of aan de rollator. De keuze tussen een alarm aan een ketting of aan een armband vinden de cliënten wel fijn. Daarnaast zijn cliënten verantwoordelijk om de juiste informatie door te geven aan de centrale. Het doorgeven van gewijzigde contactgegevens of wijzigingen in het medische dossier wordt echter vaak vergeten.

De cliënten weten vaak niet wat de kosten van personenalarmering zijn en zeiden dat ze de kosten er sowieso wel voor over hebben. De aanvraag van de personenalarmering wordt echter vaak gedaan door de kinderen, die volgens de professionals wel erg naar de kosten kijken.

Informatievoorziening

Bij de intakes laat de thuiszorg veel informatie achter over hoe personenalarmering werkt. Zowel de centralisten als de verpleegkundigen en verzorgenden hebben soms het gevoel dat de cliënt deze informatie niet helemaal begrijpt.

“Mensen begrijpen vaak ook niet dat als ze thuis op de grond liggen dat de nachtzorg van het nachtteam dat die nog 3 of 5 km met de auto moeten. Dus dat duurt gewoon even...” (Focusgroep, centralisten)

Bij dementerenden wordt het steeds lastiger om uitleg te geven. Die snappen soms ook niet meer waar die stem nou vandaan komt als er verbinding is. Cliënten gaven aan dat ze weten waar ze terecht kunnen met vragen. Dit doen zij het liefst bij de zorg die bij hun thuis langs komt.

Verbeterpunten

De cliënten hebben niet veel verbeterpunten naar voren gebracht. Er is genoemd dat systemen die ook buitenshuis werken van toegevoegde waarde zouden zijn. Meer uitleg aan het begin van het gebruik werd ook genoemd als verbeterpunt.

3 Kwantitatieve dataverzameling

Uit de databestanden van de centrales voor personenalarmering die zijn bekeken voor dit onderzoek bleek dat 42% van de Rotterdamse meldingen en 62% van de Brabantse meldingen daadwerkelijk alarmmeldingen zijn. De registratie van alle meldingen is gebrekkig. Als geregistreerd is wat de aard van melding was dan gaat het bij 21% van de alarmmeldingen om immobiliteit of een val. Het is onduidelijk hoe vaak er contact wordt gezocht met een huisarts.

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe vaak er gemeld wordt bij de centrales voor personenalarmering en wat de aard en opvolging van de alarmmeldingen zijn. We hadden beschikking over de gegevens van centrales van personenalarmering van één jaar. Het betreft alleen de gegevens van de cliënten van de twee deelnemende thuiszorgorganisaties met professionele opvolging na alarmering. Er moet opgemerkt worden dat de registratiegegevens niet optimaal waren. De resultaten dienen daarom slechts ter indicatie. Meer informatie over de methode van de dataverzameling staat beschreven in bijlage A.

3.1 Frequentie van meldingen

Binnen de regio Rotterdam kwamen bij de betrokken thuiszorgorganisatie in een jaar tijd in totaal 3.470 meldingen binnen; binnen de regio Brabant waren dit bij de betrokken thuiszorgorganisatie 4.560 meldingen. Het aandeel waarbij het daadwerkelijk een alarmmelding betrof en het niet ging om bijvoorbeeld loos alarm was 42% in de regio Rotterdam en 62% in de regio Zuidoost Brabant. In de regio Rotterdam betrof daarnaast 7% terugmeldingen. Dit zijn meldingen van de verpleegkundigen of verzorgenden bij de centrale voor personenalarmering waarin zij aangeven dat zij na een oproep zijn gearriveerd bij de cliënt. Deze meldingen komen bij regio Brabant niet voor, omdat daar de telefoonverbinding open wordt gehouden totdat de verpleegkundige of verzorgende van de thuiszorg is gearriveerd (zie ook paragraaf 2.1.2). Ongeveer een kwart van de meldingen zijn loze alarmen. Dit zijn meldingen die niet de bedoeling waren van de cliënt en dus per ongeluk gebeurden.

Tabel 3.1 Aantal en percentage meldingen per type melding en per regio

	regio Rotterdam (N = 3.470)		regio Brabant (N = 4.560)	
	aantal	percentage	aantal	percentage
Alarmmelding	1.452	41,8%	2.807	61,6%
Loos alarm	958	27,6%	1.028	22,5%
Testmelding	598	17,2%	623	13,7%
Terugmelding	229	6,6%	--	--
Storing/overig	3	0,1%	102	2,2%

-- niet geregistreerd binnen datasysteem

Tabel 3.2 laat zien dat het overgrote deel van de gebruikers weinig meldt en dat er een kleine groep is die veel meldt. De meerderheid van de abonnees heeft geen enkele alarmmelding gedaan in het afgelopen jaar. Ruim 90% (92% in regio Rotterdam en 93% in regio Brabant) deed 0 tot en met 5 keer een alarmmelding bij de centrale voor personenalarmering. Er is een klein aantal mensen (12 in

Rotterdam en 14 in Brabant) dat meer dan 20 keer per jaar een alarmmelding deed via de personenalarmering.

Tabel 3.2 Aantal personen en percentage per aantal alarmmeldingen en per regio

aantal alarmmeldingen	regio Rotterdam (n = 753)		regio Brabant (n = 860)	
	aantal	percentage	aantal	percentage
0	495	65,7%	479	55,7%
1	63	8,4%	151	17,6%
2	56	7,4%	74	8,6%
3	41	5,4%	54	6,3%
4	19	2,5%	23	2,7%
5	17	2,3%	17	2,0%
6 - 10	33	4,4%	27	3,1%
11 - 20	17	2,3%	21	2,4%
21 - 50	10	1,3%	6	0,7%
51 - 100	0	0,0%	4	0,5%
>100	2	0,3%	4	0,5%

Een vergelijkbaar beeld zien we voor het aantal loze alarmen per persoon (zie tabel 3.3). De meerderheid heeft geen enkele keer loos gealarmeerd bij de centrale voor personenalarmering en in beide regio's heeft 95% 0 tot en met 5 keer loos gealarmeerd. Het kwam bijna niet voor dat iemand meer dan 20 keer per jaar een loos alarm deed (2 personen in regio Rotterdam en 1 persoon in regio Brabant).

Tabel 3.3 Aantal personen en percentage per aantal loze alarmen en per regio

aantal loze alarmen	regio Rotterdam (n = 753)		regio Brabant (n = 860)	
	aantal	percentage	aantal	percentage
0	425	56,4%	479	55,7%
1	139	18,5%	172	20,0%
2	76	10,1%	80	9,3%
3	40	5,3%	41	4,8%
4	25	3,3%	24	2,8%
5	13	1,7%	21	2,4%
6 - 10	30	4,0%	36	4,2%
11 - 20	3	0,4%	6	0,7%
21 - 50	1	0,1%	1	0,1%
51 - 100	1	0,1%	0	0,0%
>100	0	0,0%	0	0,0%

3.2 Aard van meldingen

De reden van de alarmmeldingen is alleen geregistreerd in de regio Rotterdam. Het blijkt dat vallen of immobiliteit de meest geregistreeerde reden is. Van de meerderheid van de meldingen was de reden niet te achterhalen uit de gegevens. 41% van de meldingen is geregistreerd onder de categorie overig en van 21% is de reden niet geregistreerd. Volgens de centrale voor personenalarmering bestaat de categorie 'overig' vooral uit meldingen waarbij er problemen waren met de spreek-luisterverbinding

waardoor de centralist geen contact kon leggen met de cliënt. Ook betreft deze categorie meldingen waarbij de hulpvraag niet goed uitgevraagd kan worden doordat een cliënt in de war is.

Tabel 3.4 Reden voor een alarmmelding in de regio Rotterdam (n = 1.452)

reden alarmmelding	aantal	percentage
Vallen/immobiliteit	306	21,1%
ADL	131	9,0%
Medisch/verpleegkundig	104	7,2%
Psycho/sociaal	6	0,4%
Medicijnen	2	0,1%
Onveiligheid	1	0,1%
Overig	592	40,8%
Niet geregistreerd	310	21,4%

3.3 Opgvolging van meldingen

Het type opvolging is ook alleen in de regio Rotterdam geregistreerd. Bij het merendeel van de alarmmeldingen is er professionele hulp naar de cliënt gegaan. Dit houdt in dat de thuiszorg het alarm heeft opgevolgd. In 1% van de meldingen nam de centralist contact op met de huisarts. Bij 36% was geen opvolging nodig. HAP en 112 alarmcentrale zijn niet apart geregistreerd. Dit kan geregistreerd zijn onder professionele hulp, omdat de thuiszorg vaak ook opgeroepen wordt om toegang tot de woning te verlenen, of het veld is blanco gelaten. De registratie van HAP en 112 alarmcentrale meldingen verschilt per centralist.

Tabel 3.5 Soort opvolging bij een alarmmelding in de regio Rotterdam (n = 1.452)

type opvolging	aantal	percentage
Thuiszorg	915	63,0%
Huisarts	17	1,2%
Geen opvolging	520	35,8%

4 Casuïstiek

In reactie op casusbeschrijvingen maken centralisten dezelfde keuzes bij het opvolgen van alarmeringen, op enkele kleine verschillen na. Het is erg belangrijk dat de medische voorgeschiedenis van cliënten toegankelijk en up-to-date is voor de centralisten. Inzicht in de alarmeringsfrequentie van verwarde cliënten vinden centralisten van belang om te beoordelen of inlichten van de thuiszorgorganisatie nodig is en om veelmelders aan te kaarten.

Bij het laatste gedeelte van het onderzoek zijn korte casusbeschrijvingen voorgelegd aan centralisten en is gevraagd wat zij zouden doen in deze situatie. Eén casus beschreef een situatie waarbij er geen goede verbinding was en de cliënt daardoor niet te horen was. Vallen, hartklachten en verwardheid werd beschreven in elk drie casussen, variërend in ernst. Een samenvatting van de casussen staat in tabel 4.1, de volledige casussen in bijlage D en de methode van het onderzoek met de casuïstiek staat beschreven in bijlage A.

Altijd zorg bij geen gehoor

Bij één casus was er sprake van een alarmmelding waarbij er geen contact mogelijk was met de cliënt. Voor alle centralisten was de keuze gemakkelijk en alle centralisten stuurden de thuiszorg. Medische voorgeschiedenis is 'altijd handig' om te weten, maar zou in dit geval de keuze voor de zorg niet veranderen.

Opvolging

Ook bij de overige casussen zijn de meeste centralisten het met elkaar eens over hoe te handelen. Tabel 4.1 laat zien dat hoe ernstiger de klachten, hoe meer zorg ingeschakeld wordt. De thuiszorg wordt eerst ingeschakeld en bij de meer ernstige casussen wordt (ook) de HAP of de 112 meldkamer gebeld. Wat opvalt is dat de ene centralist eerst de thuiszorg belt en dan de ambulance en de andere centralist dit andersom doet. De thuiszorg wordt in deze gevallen ook ingeschakeld naast de ambulance, zodat toegang verleend kan worden tot de woning.

Er waren een paar verschillen tussen centralisten, vooral bij de casussen over hartfalen. De keuze voor de opvolging werd lastig gevonden als er niet genoeg informatie beschikbaar was, bijvoorbeeld welke medicijnen de cliënt wel of niet al had ingenomen en hoe lang de klachten al aanwezig waren. De informatie die er wel was interpreteerden de centralisten op verschillende manieren. Zo beslisten centralisten in sommige gevallen toch om het zekere voor het onzekere te nemen en de ambulance of de HAP in te zetten.

Behoeft aan extra informatie

Vrijwel alle centralisten gaven bij één of meerdere casussen aan dat de informatie te weinig was om een goede keuze te maken. Bij de casussen waar geen medische voorgeschiedenis aanwezig was werd dit gemist door de centralisten. De medische voorgeschiedenis kan helpen om sneller een beeld te vormen van de situatie. Ook een overzicht van de medicatie die de cliënt gebruikt zou helpen. Hierbij werd wel benadrukt dat elke alarmering apart bekeken wordt en de medische voorgeschiedenis niet alleszeggend is. Bij de casussen over verwardheid wilden de centralisten graag zien wat de belfrequentie is van de cliënt. Dit kan bepalen of zij wel of niet de zorg bellen.

Bij een gebrek aan informatie werd vaak de thuiszorg ingeschakeld om de situatie beter in te kunnen schatten. De thuiszorg wordt ook gebruikt om te overleggen, omdat zij de cliënt vaak kennen en weten hoe snel ze ergens ter plaatse kunnen zijn.

Veelmelders

In het geval van veelmelders probeerden de centralisten de zorg zo min mogelijk lastig te vallen. Ze bellen de thuiszorg alleen als het écht niet lukt om de cliënt uit te leggen waar het alarm voor is en om het constant alarmeren te stoppen. Centralisten bellen met de thuiszorg om de veelmelder te melden en om te overleggen over de mogelijkheden voor een oplossing.

Tabel 4.1 Reactie centralisten op casussen

nummer casus	aard melding	ernst	opvolging	behoefte aan extra informatie over
1 (n = 7)	Geen gehoor	n.v.t.	7x thuiszorg	1x medische voorgeschiedenis
2 (n = 7)	Vallen	1	7x thuiszorg	5x medische voorgeschiedenis
3 (n = 6)	Vallen	2	5x thuiszorg 1x ambulance en thuiszorg	4x medische voorgeschiedenis
4 (n = 7)	Vallen	3	6x thuiszorg 1x HAP en thuiszorg	2x medische voorgeschiedenis
5 (n = 6)	Hartfalen	1	5x thuiszorg 1x ambulance en thuiszorg	3x medische voorgeschiedenis
6 (n = 7)	Hartfalen	2	3x thuiszorg 4x ambulance	7x medische voorgeschiedenis
7 (n = 6)	Hartfalen	3	2x thuiszorg 3x ambulance en thuiszorg 1x HAP en thuiszorg	6x medische voorgeschiedenis
8 (n = 6)	Verward	1	1x thuiszorg 5x geen opvolging	3x medische voorgeschiedenis 5x belfrequentie
9 (n = 7)	Verward	2	6x thuiszorg 1x geen opvolging	4x medische voorgeschiedenis 2x vaste zorgmomenten
10 (n = 6)	Verward	3	6x thuiszorg	6x medische voorgeschiedenis

Ernst varieerde van minder ernstig (1) tot meer ernstig (3)

5 Discussie

Het doel van het onderzoek was om inzicht te krijgen in de samenwerking op het gebied van personenalarmering en de kwaliteit van personenalarmering. In dit onderzoek hebben we gekeken naar de samenwerking rondom personenalarmering in de regio's Zuidoost Brabant en Rotterdam met daarbij de focus op alarmeringen die worden doorgezet naar een centrale (en niet naar een naaste) en waarbij een zorgprofessional wordt ingezet bij alarmering. In dit hoofdstuk geven we eerst antwoord op de onderzoeksvragen (zie Box 5.1). Daarna bespreken we de reacties van relevante stakeholders en experts op de uitkomsten van dit onderzoek. Tot slot bespreken we de beperkingen van het onderzoek en geven we aanbevelingen voor de verbetering van de samenwerking in de keten rondom personenalarmering. Bij dit laatste hebben we input vanuit experts meegenomen zoals besproken tijdens een invitational conference.

Box 5.1 Onderzoeksvragen

1. Hoe ziet de samenwerking tussen centrales voor personenalarmering, thuiszorg, huisartsenpost en alarmcentrale eruit?
2. Welke knelpunten (binnen en tussen organisaties) worden ervaren in het proces van afhandeling van meldingen? In hoeverre zijn er risico's voor cliënten?
3. Hoe ziet de personele bezetting (aantal, opleiding, competenties) eruit bij de centrales voor personenalarmering?
4. Wat zijn de verwachtingen en ervaringen van gebruikers over de dienstverlening van aanbieders van personenalarmering?
5. Wat is bekend over de afhandeling van meldingen op de centrale voor personenalarmering? Wat is de frequentie, aard en opvolging van de meldingen?

5.1 Samenvatting van de resultaten

Samenwerking

Met behulp van het model voor Supply Chain Collaboration brachten we de samenwerking tussen centrales voor personenalarmering, thuiszorgorganisaties en huisartsenposten in kaart. Het bleek dat er nog weinig wordt samengewerkt in de keten rondom personenalarmering en dat er geen sprake is van een strategie op deze samenwerking. Met name de samenwerking met de HAP ontbreekt. De centrales voor personenalarmering en de thuiszorgorganisaties zoeken elkaar wel op, maar dit kan meer gestructureerd worden.

Zowel de centrales voor personenalarmering, de thuiszorgorganisaties als de HAP willen de samenwerking gaan uitbreiden. Volgens partijen is een belangrijke eerste stap om elkaar beter te leren kennen en vertrouwen in elkaar te krijgen. Structureel overleg kan hieraan bijdragen. Nu overleggen de partijen vooral incidenteel. Centrales voor personenalarmering bespreken onder andere de veelmelders met de thuiszorgorganisaties. Tussen de thuiszorgorganisaties en centrales voor personenalarmering wordt daarnaast informatie uitgewisseld via rapportages over het aantal meldingen en de opvolgtijd van de alarmmeldingen en wordt de samenwerking zo nu en dan geëvalueerd.

Knelpunten en risico's bij afhandeling van meldingen

Er werden een aantal knelpunten ervaren in de afhandeling van alarmmeldingen. Deze knelpunten kunnen veiligheidsrisico's voor cliënten met zich meebrengen, zoals een verkeerde inschatting van de

problematiek en onnodige zorg. Ook kan vertraging optreden in de opvolging van alarmmeldingen waardoor de cliënt langer moet wachten op de nodige zorg. De belangrijkste knelpunten die uit het onderzoek naar voren kwamen, waren:

- **De thuiszorg kan niet altijd snel ter plaatse zijn:** De afspraak is dat de verpleegkundigen of verzorgenden van de thuiszorg binnen 20 minuten bij de cliënt zijn. Dit is lang niet altijd haalbaar, zeker 's avonds en 's nachts, omdat ze op het moment van de melding bezig zijn met hun reguliere zorgroute.
- **Triage die opnieuw gedaan wordt door HAP:** Zowel de centralisten als de verpleegkundigen en verzorgenden van de thuiszorg ervoeren het als inefficiënt dat de triage opnieuw doorlopen moet worden als ze bellen met de HAP. En dat de HAP de cliënt zelf wil spreken om de ernst van de situatie in te schatten.
- **Gebrekkige informatie-uitwisseling tussen de verschillende partijen:** Voor de afhandeling van een alarmmelding is het voor handen hebben van relevante en juiste informatie essentieel. De centralisten gaven aan dat ze niet altijd over de meeste actuele contactgegevens van de thuiszorg beschikken. Daarnaast ontbreekt het zowel de centralisten als de verpleegkundigen en verzorgenden van de thuiszorg regelmatig aan actuele cliëntgegevens en medische dossiers.
- **Problemen met de spreek-luisterverbinding met de cliënt:** Deze problemen hebben twee oorzaken. In het geval van storingen of onderhoud op de telefoonlijn wordt de verbinding verbroken. Of het communiceren met de cliënt is moeilijk doordat de cliënt zich niet vlakbij het alarmkastje bevindt of de televisie aanstaat naast het kastje.
- **Onjuist gebruik door de cliënten:** Het komt regelmatig voor dat de gebruikers de alarmering niet bij zich dragen of onterecht alarmeren. Deze onterechte meldingen bestaan uit twee groepen: cliënten die per ongeluk op de alarmknop drukken en cliënten die bellen met een probleem die in principe niet gemeld dient te worden bij de personenalarmering. Dit betreft bijvoorbeeld niet-spoed vragen over wanneer de thuiszorg komt. Deze onterechte meldingen vormen een belasting voor de centrales van personenalarmering die ten koste gaan van de tijd die ze kunnen besteden aan terechte alarmmeldingen.

Personele bezetting bij centrales

Er zijn kleine verschillen tussen de regio's Zuidoost Brabant en Rotterdam in de bezetting van de centrales voor personenalarmering. Dit heeft vooral te maken met de verschillen in de takenpakketten van de centralisten. In de regio Rotterdam nemen medisch geschoolde en niet-medisch geschoolde centralisten in eerste instantie de alarmeringen aan. Hiervoor is gekozen, omdat voor het overgrote deel van de alarmeringen geen medische kennis nodig is. Als het een medische zorgvraag betreft dan wordt deze altijd afgehandeld door een medisch geschoolde centralist. In de regio Zuidoost Brabant wordt geen onderscheid gemaakt tussen medische en niet-medische alarmeringen en zijn alle centralisten medisch geschoold. De verschillende partijen gaven aan dat centralisten bevlogen moeten zijn met verantwoordelijkheidsgevoel, stressbestendig, goed in schakelen en multitasken, kennis hebben van de thuiszorg en zich een beeld moeten kunnen vormen van mensen die alarmeren. Het is ook belangrijk dat het team van centralisten in de organisatie bestaat uit mensen met verschillende zorgachtergronden zodat ze elkaar kunnen versterken.

Ervaringen van gebruikers

De cliënten zijn positief over de personenalarmering. Ze voelen zich er thuis veiliger door en vertrouwen het systeem. Het enige wat ze soms niet vertrouwen is het sleutelkluisje. De cliënten weten vaak niet wat de kosten van personenalarmering zijn en vonden de kosten geen probleem. De aanvraag en installatie wordt echter zelden door de cliënt zelf, maar door de familie geregeld. Er is bij de cliënten wel winst te behalen door duidelijk te communiceren waar personenalarmering voor is bedoeld en door het verkeerd gebruik ervan te verminderen. Cliënten kunnen verder gewezen

worden op het belang om wijzigingen in contactgegevens en medische situatie door te geven aan de centrale voor personenalarmering.

Frequentie, aard en opvolging van meldingen

De databestanden van de centrales voor personenalarmering die zijn bekeken voor dit onderzoek laten zien dat 42% van de meldingen in de regio Rotterdam en 62% van de meldingen in de regio Zuidoost Brabant alarmmeldingen betreft. De meeste gebruikers drukken tot maximaal vijf keer per jaar op de alarmknop. De meest genoemde reden voor een alarmmelding zijn valincidenten of problemen met mobiliteit. In meer dan de helft van de alarmmeldingen besluit de centralist om de thuiszorg in te schakelen. Een belangrijke kanttekening bij deze resultaten is dat de registratie van de meldingen gebrekkig was.

5.2 Het bespreken van de resultaten met experts

De belangrijkste uitkomsten uit het onderzoek zijn tijdens een invitational conference besproken met relevante stakeholders en experts op het gebied van personenalarmering. In deze paragraaf beschrijven we de reactie van de aanwezigen op de resultaten.

Partijen zijn het met elkaar eens dat het belangrijkste doel van personenalarmering is om mensen op een laagdrempelige manier veiliger langer thuis te laten wonen. Een toegevoegde waarde van de centrale voor personenalarmering is dat er zo min mogelijk meldingen worden doorgezet naar de thuiszorg en de continue bereikbaarheid van een hulplijn. Dit hoeven de thuiszorgorganisaties dan niet zelf te organiseren.

Vanuit het oogpunt van stakeholders en experts om de afhandeling van meldingen en de samenwerking binnen de keten te verbeteren vinden zij drie onderwerpen van belang: de definitie van het product, de kosten en de rol van de overheid.

Definitie van het product

De resultaten van het onderzoek werden door de aanwezigen herkend. Veel van de resultaten kunnen volgens hen verklaard worden doordat personenalarmering is verschoven van een welzijnsproduct naar een verlengd thuiszorg product. De aard van een deel van de huidige meldingen passen echter beter bij een welzijnsproduct aangezien ze geen medische vragen en/of spoedvragen betreffen. Ook is er vaak sprake van onduidelijke situaties waarbij het de vraag is of de melding wel terecht is. Bijvoorbeeld iemand die de magnetron niet uit krijgt, vast zit met zijn rolstoel of vragen heeft over zijn medicatie. Dit is geen (spoed)zorg, maar het kan uiteindelijk wel problematisch worden. Een mogelijke oplossing die werd geopperd is dat er een dienst bijkomt voor de opvolging van niet-medische vragen en/of niet-spoedvragen die bij de personenalarmering binnenkomen. Deze dienst zou kunnen worden betaald uit algemene middelen en kunnen draaien op vrijwilligers die deze meldingen opvolgen.

Kosten

De partijen waren het met elkaar eens dat personenalarmering op dit moment niet rendabel kan worden aangeboden. Er moet veel gebeuren voor weinig geld. Met meer geld zouden veel van de knelpunten volgens de experts relatief makkelijk op te lossen zijn. Het zou helpen als er een gezonde business case voor de personenalarmering werd opgesteld met daarbij een schets voor efficiënte samenwerking binnen de keten.

Rol van de overheid

De aanwezigen waren het erover eens dat meer sturing vanuit de overheid kan helpen. De opvolging van personenalarmering is nu te lokaal geregeld. Zo kan de overheid bijvoorbeeld aangeven welke

informatiesysteem gebruikt moet worden voor het registreren van cliëntgegevens en de aard en opvolging van meldingen bij de personenalarmering. Als voorbeeld werd Zweden aangehaald, waar het gelukt is om de toegang tot de woning en informatie-uitwisseling centraal te regelen. Mede doordat de overheid heeft bepaald welk informatiesysteem wordt gebruikt.

Overige actiepunten

Ook de volgende actiepunten zijn genoemd tijdens de invitational conference:

- De waarde van personenalarmering aantonen en communiceren. Mensen willen nu niet (veel) betalen, omdat ze het nut van personenalarmering niet inzien.
- Zoeken naar een oplossing voor het probleem van de veelmelders. Bij veelmelders is er sprake van een achterliggend probleem. Het is de vraag hoe de signaleringsfunctie en de opvolging voor deze groep verbeterd kan worden. Het is belangrijk om de juiste hulpverlener op een melding te zetten zonder het oordeel dat melden niet mag. Wat kan helpen bij het voorkomen van onterechte meldingen is dat deze groep proactief gebeld worden. In Spanje wordt dit vanuit de overheid gestimuleerd en zijn er meer uitgaande calls dan binnenkomende calls.
- Partijen kennis laten maken met elkaars werkwijzen en protocollen. Dit kan bijvoorbeeld door per partner in de keten een voorlichtingsfilm te maken.
- Anticiperen op technologische ontwikkelingen. Apparatuur die nu voor personenalarmering wordt gebruikt past niet bij de apparatuur die mensen in huis hebben. Personenalarmering maakt gebruik van een analoge telefoonverbinding terwijl mensen steeds meer gebruik maken van mobiele telefoons en internet. Een voordeel van op internet gebaseerde systemen is ook dat storingen eerder zichtbaar zijn. Een nadeel is echter dat op internet gebaseerde systemen vaker storen.
- Investeren in oplossingen voor het krijgen van toegang tot de woning van de cliënt door verschillende organisaties. Oplossingen zijn voorhanden maar deze zijn niet goedkoop en vragen dus om investeringen van de verschillende partijen en hebben mogelijk hogere kosten voor de cliënt als gevolg.
- Zoeken naar oplossingen voor het actueel houden van informatie over bereikbaarheid van de thuiszorg en over cliëntgegevens en medische dossiers.

5.3 Sterke punten en beperkingen van dit onderzoek

Dit onderzoek heeft een aantal sterke punten en beperkingen. De analyses van de interviews en focusgroeps gesprekken zijn gedaan aan de hand van het model voor Supply Chain Collaboration van Min et al. (2005). Dit model bleek een goede manier om de samenwerking in de keten op een gestructureerde manier in kaart kunnen brengen. Hierbij werd inzichtelijk dat de samenwerking tussen organisaties zich nog in de beginfase bevindt. Het model was leidend in de analyses, maar er is afgeweken van het model wanneer dat de analyses bevorderde door enkele subonderwerpen (elementen) aan te maken en bijvoorbeeld de cliënten buiten het model te bespreken.

We hebben er voor gekozen om twee verschillende regio's te betrekken om zo te kunnen zien of de samenwerking rondom personenalarmering en de afhandeling van meldingen verschillen tussen regio's. We weten niet in hoeverre de resultaten uit deze regio's representatief zijn voor de andere regio's in Nederland. Aangezien de resultaten in beide regio's sterk op elkaar leken en ook de experts tijdens de invitational conference aangaven dat ze de resultaten herkenden, verwachtten we dat een vergelijkbaar onderzoek elders in Nederland tot vergelijkbare resultaten zal leiden. Wat betreft de deelnemende organisaties hebben we in dit onderzoek verschillende typen organisaties uit de keten rondom personenalarmering betrokken, inclusief de cliënt. Echter, de 112 alarmcentrale ontbreekt in dit onderzoek, maar is ook een schakel in de keten. Het onderzoek maakt duidelijk dat de aard van de

meldingen slechts in uitzonderlijke gevallen leidt tot inzet van een ambulance. Directe samenwerking op het gebied van personenalarmering met de 112 alarmcentrale lijkt daarom niet noodzakelijk. Tot slot vormen de geanalyseerde kwantitatieve data een beperking van dit onderzoek. De registratie bij de centrales voor personenalarmering bleek zeer beperkt. Deze registratie moet beter om een goed beeld te vormen over de frequentie, aard en opvolging van de meldingen. Deze gegevens kunnen vervolgens ook gebruikt worden om te zien of aanpassingen en nieuwe samenwerkingen zorgen voor kwaliteitsverbeteringen rondom de inzet van personenalarmering.

5.4 Aanbevelingen

We bevelen aan dat belanghebbende partijen met elkaar in gesprek gaan over de positionering van de personenalarmering. Het is belangrijk dat er helderheid komt over wat voor product personenalarmering is; dienstverlening of zorgverlening? Welke meldingen moeten afgehandeld worden door zorgprofessionals en welke meldingen zouden beter elders gemeld kunnen worden. Denk hierbij aan sociale alarmen of een helpende hand om uit een stoel te komen. Het zou goed zijn als er landelijke standaarden worden opgesteld voor de afhandeling van meldingen bij de centrales voor personenalarmering. Het landelijk Ketenkeurmerk van de brancheorganisatie WDTM is een belangrijke stap in de goede richting. De bevindingen uit dit onderzoek laten echter ook zien dat er nog meer stappen nodig zijn. De komende jaren moet duidelijk worden hoe partijen verdere stappen in de ontwikkeling van personenalarmering met elkaar gaan zetten.

Onderdeel van het gesprek over positionering van personenalarmering betreft de financiering van personenalarmering en ideale samenwerking binnen de keten. Ook hier speelt het vraagstuk in hoeverre personenalarmering gezien wordt als zorgverlening of als dienstverlening. Gemeenten en zorgverzekeraars dienen betrokken te worden bij deze discussie aangezien zij de partijen zijn die de kosten voor cliënten mogelijk vergoeden.

Daarnaast gaat de overheid ook over de vergoeding van de kosten. Gezien de huidige regels kunnen de centrales voor personenalarmering de kosten van sociale alarmen en onterechte alarmen nu niet doorberekenen aan de cliënt. Het zou helpen als dit aangepast zou worden of als er algemene middelen beschikbaar kwamen om deze meldingen op te volgen.

Vanuit het cliëntenperspectief bekeken is personenalarmering nu aanbod gestuurd opgezet. Doordat dit wellicht niet goed aansluit bij de vraag van de cliënten, wordt personenalarmering vaak verkeerd gebruikt (loze alarmen). Als we kijken naar wat de cliënt nodig heeft komen we op een ander type dienstverlening, waarbij niet alle hulpvragen zorgvragen hoeven te zijn en dus ook niet uitsluitend door zorgprofessionals opgevolgd hoeven te worden. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om mensen die behoefte hebben aan sociaal contact.

Als laatste bevelen wij aan de hand van de resultaten van dit onderzoek aan om over een aantal jaar dit onderzoek te herhalen om aan de hand van hetzelfde theoretische model te kijken of er verschuivingen of verbeteringen zijn in de samenwerking rondom personenalarmering. Daarnaast adviseren wij om naast de centrale voor personenalarmering, de thuiszorgorganisatie en de HAP ook zorgverzekeraars, gemeenten en naasten van cliënten te betrekken in onderzoek naar personenalarmering. De naasten van de cliënten zouden betrokken moeten worden omdat uit dit onderzoek bleek dat zij vrijwel alle keuzes rondom personenalarmering maken voor de cliënt.

Literatuur

Hogenes A, Jansen B, Pouw N, Rous J. Personenalarmering in Nederland. LVT, Arcares, Aedes, MO-groep, 2003.

Min, Roath, Daugherty, Genchev, Chen, Arndt, et al. Supply chain collaboration: what's happening? The International Journal of Logistics Management. 2005;16(2):237-256.

Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough?:An Experiment with Data Saturation and Variability. Field Methods. 2006;18(1):59-82.

Bijlage A Methoden

A.1 Model voor Supply Chain Collaboration

We hebben gebruik gemaakt van het model voor Supply Chain Collaboration om de samenwerking in kaart te brengen tussen centrales voor personenalarmering, thuiszorgorganisaties en huisartsenposten.

Het model voor Supply Chain Collaboration van Min et al. is opgebouwd uit drie stappen (Min et al., 2005). De eerste stap omvat de randvoorwaarden voor een succesvolle ketensamenwerking die vooraf moeten zijn geregeld. De randvoorwaarden worden ingedeeld in 6 elementen:

1. Strategische intentie (doel): een heldere doelstelling van het product en van de samenwerking.
2. Interne afstemming: doorlichting van de interne processen.
3. Relationele oriëntatie: wat is nodig voor een langdurige succesvolle samenwerking.
4. Relationele investering: welke investeringen (financieel en niet-financieel) zijn nodig voor de samenwerking. Een belangrijke component van een niet-financiële investering is tijd. Andere voorbeelden zijn fysieke middelen en informatie technologie (patiëntendossier).
5. Informatie-uitwisseling: dit betreft twee aspecten van informatie; a) welke informatie over het proces wordt uitgewisseld (communicatie bij patiëntoverdracht) en b) welke communicatie op managementniveau vindt er plaats.
6. Formalisering van de samenwerking: dit betreft het formaliseren en vastleggen van afspraken, waarbij rollen en verantwoordelijkheden worden benoemd.

De tweede stap omvat vijf elementen die betrekking hebben op de inhoudelijke, operationele eigenschappen van een ketensamenwerking:

1. Het delen van informatie: dit is de spil van de samenwerking in de keten. Het delen van informatie vergroot de kans op een succesvolle ketensamenwerking en omvat aspecten als meldingsrapportages en informatie over de gang van zaken.
2. In gezamenlijkheid plannen: gezamenlijk plannen bevordert onderlinge afstemming.
3. In gezamenlijkheid zoeken naar oplossingen: de oplossingen betreffen teams waarbij bruggen worden geslagen tussen de verschillende functies en organisaties.
4. In gezamenlijkheid uitkomstmaten vaststellen en meten: uitkomstenmaten zijn nodig om de samenwerking te monitoren.
5. Overdracht van fysieke middelen (vermogen (capabilities), vaardigheden en kennis). Het opdoen van nieuwe kennis is een van de primaire doelen van samenwerking.

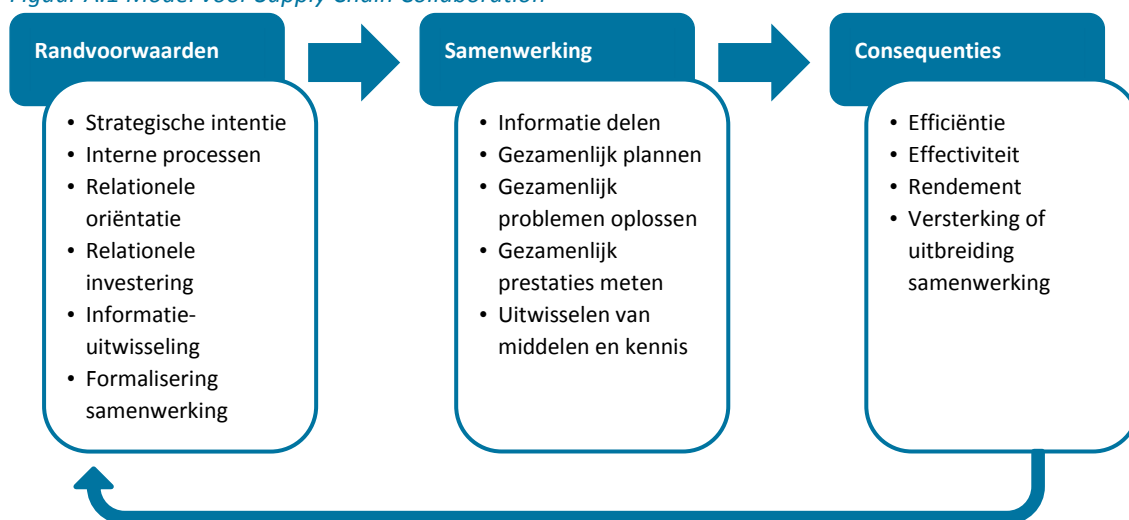
Door de randvoorwaarden en elementen voor een ketensamenwerking goed in te richten, kunnen positieve gevolgen (consequenties) behaald worden. De gevolgen zijn in te delen in vier categorieën:

1. Efficiëntie: wordt de spoedzorgketen beter benut, wordt er beter samengewerkt?
2. Effectiviteit: worden de doelstellingen behaald (kwaliteitsverbetering en verbetering van de patiëntveiligheid)?
3. Rendement: gerelateerd aan efficiëntie waarbij kostenaspecten en investeringen worden betrokken.
4. Versterking en uitbreiding van samenwerking.

De onderstaande methoden in de onderzoeksopzet worden gebruikt voor het in kaart brengen van de randvoorwaarden, elementen en consequenties in de supply chain. Het model is een dynamisch model en wordt aangepast als samenwerkingen tussen organisaties veranderen.

Bij het analyseren van de interviews met en over cliënten kwamen we tot de conclusie dat de besproken onderwerpen niet onder te verdelen zijn in het model voor Supply Chain Collaboration. Om die reden is ervoor gekozen om de interviews met cliënten en stukken interviews over de cliënten los van het model te analyseren en rapporteren.

Figuur A.1 Model voor Supply Chain Collaboration



A.2 Interviews en focusgroepen

Interviews

In totaal zijn er 12 interviews, verdeeld over twee rondes, afgenomen met 6 bestuurders en 6 managers en 6 interviews met cliënten. De interviews vonden plaats op locatie en duurden ongeveer een uur bij de professionals en een half uur bij de cliënten. Voor aanvang kregen de cliënten uitleg over het interview en tekenden zij een informed consent. Daarnaast zijn er op aanraden van de respondenten 2 telefonische interviews afgenomen bij medewerkers die in de praktijk de verbinding legde tussen schakels in de keten. We interviewden respondenten van de HAP, thuiszorginstellingen en centrales voor personenalarmering in de regio's Rotterdam en Oost-Brabant, op zowel bestuurlijk- en managementniveau. In de regel is dit aantal voldoende om verzadiging van informatie te krijgen (Guest et al., 2006). Tabel A.1 biedt een overzicht van de geïnterviewden per regio.

De interviews waren semigestructureerd. Dat houdt in dat er van tevoren bedacht is welke onderwerpen aan bod moeten komen, maar dat de vragen niet geheel vast liggen. Zo is er voldoende ruimte voor de respondent om nieuwe inzichten en onderwerpen ter sprake te brengen. Voor elk interview is er een topiclist gemaakt met vragen voor dat interview. Dit kon elk interview wijzigen. De interviews van de eerste ronde waren geanalyseerd om een topic list op te stellen voor de tweede ronde interviews. Een voorbeeld van een topic list is te vinden in bijlage B.

Van de gesprekken werden – met toestemming van de deelnemers – geluidsopnamen gemaakt, welke letterlijk werden uitgeschreven (getranscribeerd). Vervolgens werden de transcripten als volgt geanalyseerd; De transcripten zijn gecodeerd op basis van het model voor Supply Chain Collaboration. De eerste drie transcripten werden door twee onderzoekers (MvdG en NB) onafhankelijk van elkaar gecodeerd en daarna besproken. De overige transcripten werden door één onderzoeker (MvdG) gecodeerd en door een andere onderzoeker nagelezen (NB of MH). Conflicten werden besproken om tot consensus te komen. Voor de analyses is het softwareprogramma MAXQDA gebruikt.

Tabel A.1 Verdeling van de interviews per regio

Regio	Type organisatie	Functie	Bijzonderheden
Rotterdam	Thuiszorg	Manager en projectmedewerker PA*	Duo-interview
		Centrale voor PA	
	HAP	Directie (2x)	Telefonisch interview
		Contactpersoon PA	Telefonisch interview
		Contactpersoon HAP-Thuiszorg	
Brabant	Thuiszorg	Locatiemanager i.o.	
		Team coördinator/verpleegkundige	
		Lid raad van bestuur	
	Centrale voor PA	Directeur wijkzorg en wijkverpleging	
		Coördinator en teamleider	
		Directie + projectmedewerker	Duo-interview
		Directie	
HAP	Manager bedrijfsvoering		

* PA wordt als afkorting gebruikt voor personenalarmering

Focusgroepen

Naast de interviews werden focusgroeps gesprekken gehouden met verpleegkundigen en verzorgenden en centralisten van de centrales voor personenalarmering. In deze focusgroeps gesprekken zijn medewerkers uit beide regio's samengebracht om ervaringen uit te wisselen en verschillen tussen de regio's naar boven te laten komen. Het eerste focusgroeps gesprek werd gevoerd met verpleegkundigen/verzorgenden van thuiszorgorganisaties, waarvan 5 uit de regio Zuidoost Brabant en 2 uit de regio Rotterdam. Tijdens het tweede focusgroeps gesprek waren er 8 centralisten van de centrales voor personenalarmering aanwezig, deze waren gelijk verdeeld over de regio's.

Voor deze gesprekken zijn een topic lists opgesteld, welke te vinden zijn in bijlage C. Van de gesprekken werden – met toestemming van de deelnemers – geluidsopnamen gemaakt. Deze geluidsopnamen zijn letterlijk getranscribeerd en vervolgens geanalyseerd aan de hand van het model voor Supply Chain Collaboration.

A.3 Registratie van meldingen

Voor het beschrijven van de frequentie, aard en opvolging van de alarmeringen hebben we de registraties hiervan opgevraagd bij de centrales voor personenalarmering. We hebben alleen gekeken naar de meldingen van abonnees die personenalarmering hebben met professionele opvolging. Abonnees waarbij meldingen worden doorgezet naar een naaste zijn niet meegenomen. Uit de regio Rotterdam betrof het data uit de periode oktober 2016 t/m september 2017. De bestanden bevatten alleen geanonimiseerde data van de cliënten met het juiste abonnement. In de regio Zuidoost Brabant betrof het data uit de periode juni 2016 t/m mei 2017. Dit waren twee verschillende bestanden. Één bestand met het type abonnement per cliënt en één bestand met meldingen. Deze zijn op locatie door MvdG gekoppeld en geanonimiseerd. Ter plaatse is een geheimhoudingsverklaring ondertekend door MvdG. Met deze bestanden zijn vervolgens beschrijvende analyses uitgevoerd met behulp van het statistische programma STATA 14.0.

A.4 Casuïstiek

Als laatste onderdeel zijn er casussen besproken met centralisten om te zien welke informatie zij gebruiken of zouden willen gebruiken om tot de juiste opvolging te komen en of dat verschilt tussen centralisten. We hebben 10 verschillende casussen opgesteld. Bij één casus was er geen contact met de cliënt. Verder waren er 3 casussen over vallen, 3 casussen over hartproblemen en 3 casussen over verwardheid. Deze varieerden in ernst. De casussen zijn beschreven in bijlage D.

Van deze 10 casussen zijn 4 verschillende versies vignettenboekjes gemaakt en voorgelegd aan centralisten van de centrales voor personenalarmering uit beide regio's. Met elke centralist zijn 5 casussen besproken. Daarbij werd gevraagd hoe zij zouden handelen, waarom zij dat zo zouden doen en of zij nog extra informatie zouden willen om de keuze gemakkelijker of beter te kunnen maken. Oftewel de verantwoording voor de opvolging van alarmeringen en de werkwijze tijdens de afhandeling werden met het bespreken van de casuïstiek duidelijk.

A.5 Adviseurs en begeleidingscommissie

Jacqueline Kuppens en Bert Meijboom waren als adviseur betrokken bij het onderzoek. Jacqueline Kuppens vanwege haar expertise op het gebied van personenalarmering en Bert Meijboom (Tranzo / Tilburg University) vanwege zijn expertise op het gebied van samenwerking binnen een keten in de zorg en het model voor Supply Chain Collaboration. Bij dit project was ook een begeleidingscommissie betrokken. De begeleidingscommissie is drie keer bij elkaar gekomen. Ook hielpen zij met de werving van respondenten en gaven zij tussentijds advies. Naast de adviseurs bestond de begeleidingscommissie uit vertegenwoordigers van: Aafje, de Zorgboog, de Zorgcentrale, Centrale24, HAP Oost Brabant, HAP Rijnmond en KBO kring Eindhoven.

Bijlage B Voorbeeld topiclist interview

Topic list teamleider centrale voor personenalarmering

Indeling interview

- Introductie (5-10 min)
- Overige vragen (45-50 min)
- Einde gesprek (5 min)

Introductie (5-10 min)

- Bedanken voor medewerking
- Voorstellen onderzoekers (NB en MG)
- Uitleg onderzoek (benadruk afbakening thuiszorg)
- Heeft u/heb je bezwaar tegen een geluidsopname van dit gesprek?

Vanaf hier de opname aan; spreek de naam van het onderzoek in en start het interview

- Dit interview gaat over het onderzoek naar personenalarmering in de spoedzorgketen.
- Stemt u in met deelname aan het interview? Geeft u toestemming voor het maken van een geluidsopname van dit interview en het analyseren en rapporteren van de resultaten van dit interview.

Personenalarmering algemeen (organisatie)

- Kun je ons uitleg geven over jouw functie (werkzaamheden/ verantwoordelijkheden) als teamleider (of vergelijkbare benaming)?
- Wat is volgens jou het doel van personenalarmering? Wordt dat doel gehaald?
- Wat zijn voorwaarden voor een succesvolle afhandeling van alarmeringen?
- Wat zijn belemmeringen (wat voorkomt een succesvolle afhandeling van alarmeringen)?
- Kun je een voorbeeld geven van een situatie waarin de afhandeling niet optimaal is verlopen?
 - Voorbeeld + oplossing
- Vindt er intern overleg plaats over het proces? (evaluatie)
 - Wie, hoe vaak, onderwerpen
- Wat is de kracht van jouw team?
- Kun je een verbeterpunt/aandachtspunt van jouw team noemen?

Samenwerken

Het volgende gedeelte van dit interview gaat over samenwerking. Bij het afhandelen van alarmeringen zijn verschillende type organisaties betrokken.

- Met welke type organisaties werkt ... samen?
- Wat zijn voorwaarden voor een succesvolle afhandeling van alarmeringen waarbij wordt samengewerkt met andere organisaties?
- Wat zijn belemmeringen (wat voorkomt een succesvolle afhandeling van alarmeringen) in de samenwerking?
- Kun je een voorbeeld geven van een situatie waarin de samenwerking en daardoor de afhandeling niet optimaal is verlopen?
 - Voorbeeld + oplossing
- Vindt er extern overleg plaats over het proces? (evaluatie)
 - Wie, hoe vaak, onderwerpen
- Welke samenwerking zou verder uitgebreid/verbeterd kunnen worden?

Indien tijd...

- Wordt de kwaliteit van personenalarmering bewaakt? Zo ja, hoe? Zo nee, leg uit.
- Hoe ziet de terugkoppeling eruit na alarmering? Beschrijvend en/of registratie?
- Zijn er afspraken gemaakt met samenwerkende partijen, en zo ja welke afspraken zijn vastgelegd?
- Worden de afspraken en verantwoordelijkheden nageleefd? Wat merk jij daarvan? Gaat het ook weleens mis in de samenwerking? Kun je een voorbeeld geven?

Overige vragen (5 min)

- Dit waren de vragen die ik voorbereid heb. Heb je nog opmerkingen of wil je nog iets toevoegen?

Einde gesprek

- Opname stopzetten
- Danken voor deelname aan interview

Bijlage C Topiclisten focusgroepen

Topiclist focusgroep verpleegkundigen en verzorgenden

Introductie

- Voorstellen MT, MvdG en NB
- Uitleg onderzoek (benadruk afbakening thuiszorg)
- Hoe werkt een focusgroep? Verwachtingen deelnemers
- Informed consent (invullen) en uitleg reiskostenformulieren (uitdelen bij afsluiting)
- Agenda/ indeling:
 - 45-60 min: bespreken onderwerpen topiclist
 - 15 min: pauze
 - 30 min: samenvatting en terugkoppeling
- Voorstelronde (5 min)
- Geluidsopname focusgroeps gesprek

Gespreksonderwerpen (45-60 min)

Algemeen

- *Wat is het doel van personenalarmering?*
- *Wordt het doel behaald?*
- *Taken en verantwoordelijkheden*
- *Bevorderende en belemmerende factoren*

Veiligheid

- *Hoe wordt de veiligheid van de cliënt geborgd?*
- *Voorbeeldsituaties*
- *Bevorderende/belemmerende factoren*

Kwaliteit

- *Wanneer weet je of je het goed doet of gedaan hebt?*
- *Werken volgens protocol*
- *Intern overleg over het proces? (evaluatie)*
 - *Wie, hoe vaak, onderwerpen*
- *Wat wordt er geregistreerd na afhandeling van een melding? (beschrijvend en/of registratie)*
- *Bevorderende/belemmerende factoren*

Samenwerken

- *Typen organisaties*
- *Gemaakte afspraken*
- *Het naleven van afspraken*
- *Extern overleg*
- *Bevorderende en belemmerende factoren*

Concluderend

- *Zijn er verbeterpunten/ aandachtspunten?*

Overige onderwerpen

- *Ruimte voor aanvullingen*

Pauze

- *15 minuten pauze*

Samenvatting en terugkoppeling

- *± 30 minuten (bevorderende en belemmerende factoren per gespreksonderwerp)*
- *Wat is er wel/niet gezegd*

- Aanvullingen

Einde focusgroep

- Opname stopzetten
- Danken voor deelname aan interview
- Presentjes
- Reiskostenformulieren

Topiclist focusgroep centralisten, centrale voor personenalarmering

Introductie

- Voorstellen onderzoekers (NB en MG)
- Uitleg onderzoek (benadruk afbakening thuiszorg)
- Hoe werkt een focusgroep? Verwachtingen deelnemers
- Informed consent (invullen) en uitleg reiskostenformulieren (uitdelen bij afsluiting)
- Agenda/ indeling:
 - 45-60 min: bespreken onderwerpen topiclist
 - 15 min: pauze
 - 30 min: samenvatting en terugkoppeling
- Voorstelronde (5 min)
- Geluidsopname focusgroepsgeprek

Gespreksonderwerpen (45-60 min)

Algemeen

- *Wat is het doel van personenalarmering?*
- Wordt het doel behaald? (algemeen)
- Taken en verantwoordelijkheden
- Bevorderende en belemmerende factoren
- Persoonlijke doel centralist

Kwaliteit

- *Wanneer weet je of je het goed doet of gedaan hebt?*
- Werken volgens protocol
- Intern overleg over het proces? (evaluatie)
 - Wie, hoe vaak, onderwerpen
- Wat wordt er geregistreerd na afhandeling van een melding? (beschrijvend en/of registratie)
- Bevorderende/belemmerende factoren
- Onderlinge samenwerking

Veiligheid

- *Hoe wordt de veiligheid van de cliënt geborgd?*
- Voorbeeldsituaties
- Bevorderende/belemmerende factoren

Samenwerken

- Typen organisaties
- Gemaakte afspraken
- Het naleven van afspraken
- Extern overleg
- Bevorderende en belemmerende factoren

Concluderend

- *Zijn er verbeterpunten/ aandachtspunten?*

Overige onderwerpen

- Ruimte voor aanvullingen

Pauze

- 15 minuten pauze

Samenvatting en terugkoppeling

- ± 30 minuten (bevorderende en belemmerende factoren per gespreksonderwerp)
- Wat is er wel/niet gezegd
- Aanvullingen

Einde focusgroep

- Opname stopzetten
- Danken voor deelname aan interview
- Presentjes
- Reiskostenformulieren

Bijlage D Casuïstiek

Casus 1

Er komt een alarm binnen waarbij je nauwelijks iets hoort, alleen wat gestommel. Er wordt niet gereageerd op je stem of op vragen. Er is bekend dat mevrouw diabetes heeft.

Casus 2

Er komt een alarm binnen. Meneer is gevallen. Hij is duidelijk te horen en aanspreekbaar. Hij heeft een kleine schaafwond, maar het doet niet heel erg pijn. Het probleem is dat hij niet meer overeind kan komen en daardoor is hij een beetje in paniek. Meneer zegt herhaaldelijk dat je hulp moet sturen. Er is geen medische voorgeschiedenis beschikbaar.

Casus 3

Er komt een alarm binnen. Je hoort ver weg vaag geroep. Nadat je vraagt wat er aan de hand is hoor je iemand roepen dat ze uit haar rolstoel gevallen is en dat het heel veel pijn doet. Het valt op dat mevrouw rustig overkomt. Op de vraag of er een ambulance moet komen antwoordt ze: "Nou ik weet het niet, misschien wel." Het is echter lastig om goed te communiceren, omdat ze zo ver weg klinkt. Er is geen medische voorgeschiedenis beschikbaar.

Casus 4

Er komt een alarm binnen. Meneer schreeuwt dat hij is gevallen. Hij is duidelijk te horen. Communiceren is lastig, omdat meneer in paniek is. Je hoort alleen maar "auw, auw" en "help, alsjeblieft". In het medische dossier staat dat meneer zijn heup 3 jaar terug heeft gebroken. Het is daarna 2 keer voorgekomen dat meneer alarmeerde na een val, waarbij de schrik vooral reden was om te alarmeren.

Casus 5

Er komt een alarm binnen. Mevrouw is duidelijk te horen en goed aanspreekbaar. Ze heeft een onaangename druk op de borst en voelt zich een beetje slap. Ze zegt dat het niet zo erg is, maar dat ze het toch even wilde zeggen omdat ze alleen is. Er is bekend dat mevrouw last heeft van hartfalen.

Casus 6

Er komt een alarm binnen. Meneer is duidelijk te horen en redelijk aanspreekbaar. Meneer klinkt paniekerig. Hij zegt dat hij een drukkende borst heeft en het valt op dat hij benauwd klinkt. Meneer bevestigt dat hij benauwd is. Er is geen medische voorgeschiedenis beschikbaar.

Casus 7

Er komt een alarm binnen. Je hoort iemand roepen. Mevrouw is niet duidelijk te horen en lastig aanspreekbaar, omdat ze in paniek is. Het lukt om de vrouw een beetje te kalmeren en ze vertelt dat ze zich heel erg slecht voelt. Ze is erg benauwd en in paniek. Ze heeft erge pijn op de borst en roept het hele gesprek om hulp.

Casus 8

Er komt een alarm binnen. Meneer is duidelijk te horen en goed aanspreekbaar. Hij vraagt hoe laat de zorg komt, want de lunch is te laat. De zorg komt elke dag op hetzelfde tijdstip en dat is over 1,5 uur. Dat leg je uit, maar meneer blijft volhouden dat de zorg veel te laat is.

Casus 9

Er komt een alarm binnen. Mevrouw is moeilijk te horen, want er staat een tv heel hard aan.

Mevrouw zegt dat de zorg moet komen, want ze moet naar bed. Het is echter half 3 's middags. Het is bij jullie bekend dat mevrouw beginnende dementie heeft. Deze informatie is 1,5 jaar oud.

Casus 10

Er komt een alarm binnen. Meneer is duidelijk te horen en lastig aanspreekbaar, omdat hij in paniek is. Hij zegt dat het niet goed gaat met zijn vrouw. Ze is helemaal in de war, omdat ze niet meer weet waar ze is en ook haar man niet meer herkent. Op de achtergrond hoor je de vrouw schreeuwen.

Meneer vertelt dat hij heeft geprobeerd haar te kalmeren, maar dat ze om zich heen ging slaan. Hij weet niet wat hij verder kan doen.