

Mei 2017

## Knelpuntenanalyse Blauwe Zorg in de wijk

### Inleiding

In 2015 en 2016 is in de aanloop naar de pilot “Blauwe Zorg in de wijk”, geïnventariseerd welke knelpunten ervaren worden in de zorg- en dienstverlening rondom een cliënt of gezin<sup>1</sup> in de wijken Wittevrouwenveld, Wyckerpoort, Nazareth en Limmel. Deze inventarisatie bestond uit:

- Gesprekken met professionele zorg- en dienstverleners;
- Gesprekken met burgers;
- Casussen van inefficiënte zorg- en dienstverlening aangereikt door zorg- en dienstverleners en burgers (zie Casussenboek Blauwe Zorg in de wijk, editie mei 2017).

Veel knelpunten die in de gesprekken met professionele zorg- en dienstverleners naar voren kwamen, zien we ook terugkomen in de casussen die zijn aangedragen. De knelpunten zijn geclassificeerd naar de volgende onderwerpen:

- I. Onvoldoende afstemming en samenwerking tussen beroepskrachten
- II. Domeindenken (wij/zij)
- III. Organisatie van de zorg sluit niet aan op de behoefte van kwetsbare mensen
- IV. Wetgeving en regelgeving zorgen voor verkokering/fragmentatie
- V. Kenmerken van de wijk
- VI. Knelpunten aangedragen door burgers in de wijken
- VII. Overige knelpunten

### Uitwerking knelpunten

#### I. ONVOLDOENDE AFSTEMMING EN SAMENWERKING TUSSEN BEROEPSKRACHTEN

##### 1. Geen zicht op welke beroepskrachten betrokken zijn bij patiënt/gezin

Voor veel beroepskrachten is het lastig om zicht te krijgen op welke andere beroepskrachten ook zorg- en/of dienstverlening bieden aan een persoon of gezin. Betreffende patiënten zijn vaak niet in staat om dit zelf aan te geven (oorzaken: laag intelligentieniveau, te ziek, teveel problemen etc). Ook wordt door beroepskrachten niet op de juiste wijze gevraagd van wie de patiënt ondersteuning krijgt. Huisartsen als ook andere beroepskrachten willen graag korte lijnen rondom deze gezinnen.

##### 2. Teveel verschillende beroepskrachten rondom één gezin

Rondom probleemgezinnen zijn vaak (te)veel verschillende professionele zorg- en/of dienstverleners aanwezig. Iedereen heeft zijn eigen takenpakket. Dat geeft veel onrust voor de patiënt. Als de wijkverpleegkundige 's morgens de steunkousen bij iemand heeft aangedaan, moet dan iemand anders komen om een boterham te smeren?

##### 3. Er wordt dubbel werk verricht door beroepskrachten

---

<sup>1</sup> Binnen de verschillende zorgdomeinen worden verschillende benamingen gebruikt die allen de burger en zijn gezin bedoelen. In het “medische” wordt vooral gesproken over de patiënt. In het sociale domein over cliënt, burger of buurtbewoner, afhankelijk van het thema.

De beroepskrachten merken dat er veel werk dubbel gebeurt. Het gaat dan om intakes, behandelplannen, verantwoording, etc. Dit is niet prettig voor de cliënt en kost de hulpverlener veel tijd. Het voorbeeld 1 gezin 1 plan wordt genoemd. Daarbij moet er een allesomvattend “gezinsplan” geschreven worden, maar daarnaast moeten beroepskrachten voor hun financiers een eigen behandelplan schrijven. Dit is niet efficiënt. Een ander voorbeeld: wijkverpleegkundigen vinden dat intakes van de WMO efficiënter kunnen. Als een wijkverpleegkundige betrokken is kent deze de cliënt goed, hij/zij heeft dan zelf een uitgebreide intake gedaan. Het komt nog regelmatig voor dat wanneer de wijkverpleegkundige de WMO consulent inschakelt, de WMO-consulent opnieuw dezelfde vragen stelt bij een keukentafelgesprek.

#### **4. Terugkoppeling na verwijzing ontbreekt**

De beroepskrachten merken dat ze na het bieden van (acute) hulp vaak te weinig zicht hebben het op vervolg omdat er geen terugkoppeling plaats vindt (hoe gaat het met de cliënt?).

#### **5. Onveilige gegevensuitwisseling tussen professionele zorg- en dienstverleners**

Belangrijk punt is de beveiliging van gegevensuitwisseling bijvoorbeeld via email. Vanwege het ontbreken van een beveiligde digitale weg is men terughoudend met het uitwisselen van persoonlijke informatie over patiënten via de email.

De huisartsen geven aan dat zij wel het snelst/meest efficiënt communiceren met beroepskrachten (wijkverpleging, trajectbegeleider dementie) over casuïstiek via de email.

#### **6. Soms erg krampachtig omgegaan met privacy**

Wat betreft privacy kan er nog wel wat verbeterd worden. De wetgeving lijkt voor verschillende uitleg vatbaar met als gevolg dat iedere organisatie/hulpverlener daar zijn eigen keuze in maakt. Op zich is dit niet het probleem, het probleem is wel dat men het gevoel heeft dat de afstemming van zorg hier soms door belemmerd wordt. Er blijkt ook behoefte te bestaan aan een generiek “informed consent” dat door iedere beroepskracht gebruikt kan worden.

#### **7. Teveel personele wisselingen**

Er zijn relatief veel personele wisselingen, onder andere bij medewerkers met een bepaald specialisme die een tijdelijk contract hebben. Veel personele wisselingen kunnen impact hebben op de kwaliteit van zorg en de patiënttevredenheid. Zeker als de personele wisselingen gevolgen zijn van reorganisaties. Er is meer behoefte aan continuïteit van personeel, zodat niet iedere keer opnieuw kennismaking hoeft plaats vinden tussen professionele zorg- en dienstverleners en afspraken hoeven te worden gemaakt over bereikbaarheid en de wijze van samenwerking.

#### **8. (Te)veel aanbieders van WMO-zorg waardoor afstemming bemoeilijkt wordt**

Verwijzers hebben het gevoel dat er sinds het onderbrengen van zorgtaken in de WMO steeds meer aanbieders van WMO-zorg zijn. Met het huidige inkoopbeleid van de gemeente wordt keuzevrijheid van aanbieders voor burgers bevorderd en kan er meer maatwerk geboden worden. Dat maakt het lastiger om zorg af te stemmen omdat niet alle aanbieders bij een ieder bekend zijn.

#### **9. Onbekendheid met zorg- en buurtgericht aanbod**

Sommige burgers en beroepskrachten weten niet goed waar de meest actuele informatie over buurtgerichte zorg- en activiteiten aanbod te vinden is.

#### **10. Onzekerheid bij individuele beroepskrachten over “het erbij halen” in het kader van de integrale benadering**

Sommige beroepskrachten blijken onzeker te zijn om een andere beroepskracht erbij te halen, omdat men bang is dat de ander hem/haar niet deskundig vindt.

## **II. DOMEINDENKEN**

### **11. Mensen worden van kastje naar de muur gestuurd**

Beroepskrachten hebben het gevoel dat mensen van het kastje naar de muur worden gestuurd. Hierbij gaat het vooral om mensen met GGZ problematiek. Het overleg oftewel de afstemming tussen beroepskrachten onderling zou beter kunnen, maar zeker ook de overdracht. Een warme overdracht is in het belang voor de cliënt.

### **12. Professioneel oordeel/advies van zorgverleners niet meegenomen door diegene die indiceert**

Met name huisartsen geven aan dat hun professioneel advies niet wordt meegenomen door de WMO en CIZ, dit heeft voornamelijk betrekking op situaties waarbij direct zorg zou moeten worden ingezet volgens hun professioneel oordeel. Het CIZ en de gemeente beoordelen zelf of zorg noodzakelijk/gewenst is (dmv indicatiestelling), en vertrouwen daarbij onvoldoende op het oordeel van de hulpverlener/beroepskracht. Dit leidt bovendien tot zeer veel papierwerk voor de beroepskracht.

### **13. Beroepskracht kijkt niet breder dan eigen domein**

Sommige beroepskrachten slagen er niet in om breder te kijken dan hun eigen domein. Bijvoorbeeld de medisch beroepskracht (o.a. huisarts) die alleen naar het medische domein kijkt en geen verbinding legt met vragen die op andere leefgebieden spelen of een combinatie kan maken met ondersteuning die daar al geboden wordt. De opmerking hierbij is dat beroepskrachten elkaars deskundigheid niet altijd serieus nemen.

### **14. Onvoldoende aandacht voor vroegsignalering**

Een van de transformatieopgave is vroegsignalering. Door eerder te signaleren kan erger voorkomen worden en zijn oplossingen mogelijk in het eigen netwerk van de burger. Regelmatig wordt het Sociaal Team erbij gehaald als het water al spreekwoordelijk aan de lippen staat. Dat had voorkomen kunnen worden als beroepskrachten integraal naar cliënt/patiënt kijken, (durven te) schakelen en/of erbij halen, uiteraard altijd in overleg met de burger.

## **III. ORGANISATIE VAN ZORG SLUIT NIET AAN OP BEHOEFTE VAN KWETSBARE MENSEN**

### **15. Mensen kunnen zorg niet betalen**

Veel mensen in lage sociaaleconomische klassen blijken alleen een basisverzekering te hebben. Veel sociale, financiële en paramedische hulp wordt dan niet vergoed. Dit is juist hulp die deze groep mensen soms goed kan gebruiken om ernstige problemen te voorkomen.

Een groep mensen kan/wil het eigen risico niet aanspreken voor de zorg en raken hierdoor steeds verder in de problemen.

### **16. Mensen zijn niet altijd zelf in staat om advies van beroepskracht op te volgen**

Er worden veel adviezen gegeven door beroepskrachten, maar mensen volgen die lang niet altijd op. Het ontbreekt hen op dat moment aan daadkracht om een klein stapje te kunnen zetten. In sommige gevallen is het van belang mensen bij de hand nemen en dus te begeleiden naar en niet alleen te verwijzen naar. Vaak wordt dit niet gedaan omdat dit niet tot de taak van de beroepskracht behoort.

### **17. Burgers begrijpen vaak niet hoe de zorg georganiseerd is**

Burgers vinden het heel lastig om te overzien welke organisatie wat regelt in de zorg en wie waarvoor betaalt. Vaak verwacht men onterecht bijvoorbeeld dat iets vergoed wordt vanuit de zorgverzekering of door de gemeente. Soms denkt de burger dat hij/zij diensten gewoon 'krijgt' en dat men er "recht op heeft". Mensen kunnen heel gestrest raken door deze onzekerheid en het onbegrip.

## **IV. WETGEVING EN REGELGEVING ZORGEN VOOR VERKOKERING/FRAGMENTATIE**

### **18. Warme overdracht naar andere wetgeving ontbreekt**

Als een zorgvraag onder de Wet Langdurige zorg (WLZ) valt, worden mensen verwezen om zelf een aanvraag bij het CIZ te (laten) doen. Dit kan een knelpunt vormen: als er een incomplete WLZ-indicatie wordt aangevraagd en een deel van de zorg niet wordt meegenomen. Er is geen sprake van warme overdracht naar andere wetgeving. Burgers krijgen hierin ondersteuning door wijkverpleegkundige, praktijkondersteuner of MEE. Echter deze weg is niet voor alle beroepskrachten bekend.

### **19. Verschillende wetten/regels belemmeren een goede oplossing**

In de casussen ervaren beroepskrachten dat de wetten en regels soms goede, voor de hand liggende en vaak ook nog veel goedkopere oplossingen, belemmeren.

## **V. KENMERKEN VAN DE WIJK**

### **20. De sociale cohesie in de vier blauwe zorg wijken wordt minder**

Beroepskrachten ervaren dat de sociale cohesie in de buurten minder wordt. Mensen kennen elkaar niet meer en zorgen ook niet meer voor elkaar zoals dit vroeger het geval was.

## **VI. KNELPUNTEN AANGEDRAGEN DOOR BURGERS IN DE WIJKEN**

Tijdens de gesprekken met burgers in de vier deelnemende wijken kwamen de volgende negatieve signalen naar voren:

21. Vaak is men sceptisch over de (vermeende) bedoeling van gemeente en beroepsmatige instellingen.
22. Men is argwanend of ronduit negatief over huisvestingsbeleid waarbij afkeurend wordt gereageerd op vluchtelingen, studenten en GGZ patiënten.
23. De kanteling van overheid en instelling naar burgerparticipatie wordt niet altijd positief beoordeeld. Mensen hebben het gevoel dat ze alles maar moeten uitzoeken en dat er steeds minder hulp/facilitering vanuit de gemeente komt. De WMO-keukentafelgesprekken roepen soms wantrouwen op bij de hulpvragers en bij de beroepskrachten.
24. Cliënt moet dezelfde vragen beantwoorden bij verschillende beroepskrachten.

## **VII. OVERIGE KNELPUNTEN**

### **25. Verhuisadvies te snel afgegeven en geen goede alternatieven**

Er wordt te snel een verhuisadvies afgegeven volgens zorgberoepskrachten. Er wordt onvoldoende gekeken naar de impact die een verhuizing op het welbevinden van een cliënt heeft en of deze patiënt dit wel aan kan met het oog op andere (vaak psychische) klachten. Er zou eerst beter beoordeeld moeten worden welke aanpassing in huis precies nodig is. Een verhuisadvies zou alleen afgegeven moeten worden als er hele grote aanpassingen gedaan moeten worden. En als de WMO dan een verhuisadvies geeft, moet er ook wel een geschikte woning voor handen zijn. Mensen raken daarvan in paniek, waardoor de situatie verslechtert.

### **26. De haken en ogen rondom vrijwilligerswerk en een uitkering (bijstand, ziektewet, werkloosheid)**

Door de positieve effecten van vrijwilligerswerk, zou iemand weer in staat kunnen zijn om betaald werk te zoeken. Op zich natuurlijk mooi, maar voor veel mensen in die situatie ook heel stressvol. Vragen die bij deze mensen leven zijn: Mag ik dan wel nog het vrijwilligerswerk doen of word ik gekort op de uitkering? En als ik werk vind, is daar dan wel ook begrip voor als ik het even niet zo goed trek etc.