

De sleutel naar het sociale domein

Hoe kan de wijkverpleegkundige soepel samenwerken met de sociale wijkteams van de gemeente? Hoe wordt bijvoorbeeld snel en effectief het gewenste aanbod voor een kwetsbare oudere georganiseerd? Over goede ervaringen én verbeterpunten in West-Brabant.

“Dát kan beter”, schoot coördinerend wijkverpleegkundige Hanneke van Gorps onlangs door het hoofd toen een gemeente een keukentafelgesprek aanging met een 80-jarige man met cognitieve problemen. Ze vertelt: “Meneer was bij mij bekend omdat ik hem en zijn echtgenote bezocht in het kader van het zorgprogramma ‘Kwetsbare ouderen’. Ik vermoedde cognitieve problemen. Omdat die best ernstig leken te zijn, besloot ik in overleg met de huisarts en specialist ouderengeneeskunde dat het onderzoek beter op de geheugenpoli kon plaatsvinden dan thuis. Er werd Alzheimer geconstateerd. Dit trok een zware wissel op zijn vrouw. Samen met de huisarts en specialist ouderengeneeskunde concludeerde ik dat zij gebaat zou zijn bij een basiscursus dementie en dat voor meneer een indicatie dagbesteding moest worden aangevraagd bij de gemeente.”

“We moeten voorkomen dat we in de valkuil stappen dat we als verschillende spelers allemaal zelf thuis gaan kijken”

Vertrouwen

Vervolgens ontstond de situatie die Van Gorp betreurde. “Het echtpaar werd door de gemeente benaderd voor een keukentafelgesprek. Van mijn bevindingen is weinig gebruikgemaakt. Het echtpaar werd na mijn eerdere visite dus opnieuw belast – onnodig belast in mijn ogen. Bovendien duurde het hele traject van indicatiestelling bijna drie maanden. Ik begrijp heel goed dat de gemeente voor de taakstelling die zij heeft gekregen een goed beeld moet krijgen van de zorgsituatie. Maar we moeten voorkomen dat we in de valkuil stappen dat we als verschillende spelers allemaal zelf thuis gaan kijken. Gelukkig kan het ook anders. Bij een soortgelijke case in een andere gemeente was de indicatiestelling twee weken na mijn aanvraag rond. Dat was mogelijk dankzij een korte lijn met de betreffende Wmo-consulent.”

Spil

De wijkverpleegkundige wordt anno 2016 weer volop erkend als de spil van de zorg in de buurt. Ze heeft ‘regelruimte’ om vast te stellen welke en hoeveel zorg nodig is voor een cliënt. Sinds vorig jaar wordt de aanspraak wijkverpleging bekostigd vanuit de Zorgverzekeringswet. Samen met de huisarts vormt de wijkverpleegkundige de toegang tot de professionele eerstelijnszorg. Bovendien speelt ze een steeds grotere rol in het samenspel met sociale wijkteams van de gemeente. Haar taak: verbinding leggen tussen het medische en sociale domein. Overal in het land proberen



wijkverpleegkundigen en hun werkgevers dit nu zo goed mogelijk in te vullen. De ene keer verloopt het gemakkelijker dan de andere, zo illustreert het verhaal van Hanneke van Gorps. De coördinerend wijkverpleegkundige is in dienst van Groenhuysen, een stichting die onder meer thuiszorg biedt. Het is één van de vijf thuiszorgorganisaties die behalve coördinerend wijkverpleegkundigen ook specialisten ouderengeneeskunde inbrengt voor multidisciplinaire overleggen met huisartsen en hun praktijkondersteuners. Het gaat



Per huisartsenpraktijk is er een structureel multidisciplinair overleg, v.l.n.r.: coördinator ouderenzorg en GGZ Christianne Joossen, de praktijkondersteuner, de huisarts, coördinerend wijkverpleegkundige Hanneke van Gorp en de specialist ouderengeneeskunde.

om de 42 huisartsen in West-Brabant die zijn aangesloten bij Zorggroep Het Huisartsenteam. De besprekingen gaan over kwetsbare ouderen.

Verlengde arm huisarts

“In 2014 is de samenwerking rondom kwetsbare ouderen begonnen tussen huisartsen, POH’ers, specialisten ouderengeneeskunde en wijkverpleegkundigen”, vertelt Christianne Joossen, coördinator Ouderenzorg en GGZ van

Het Huisartsenteam. “Het gaat om een structureel multidisciplinair overleg per huisartsenpraktijk. De huisarts heeft de regie en de wijkverpleegkundige is de verlengde arm van de huisarts.”

Van Gorp: “Ik screen kwetsbare ouderen tijdens een huisbezoek. Daarna bespreek ik mijn bevindingen tijdens het overleg. We stellen samen een behandelplan vast dat ik ga uitvoeren. Vandaar de naam *coördinerend* wijkverpleegkundige. Ik leg desgewenst

bijvoorbeeld contact met de gemeente, maatschappelijk werk en aanbieders van dagbesteding.” Joossen: “De samenwerking tussen georganiseerde eerstelijnszorg en wijkverpleging stáát inmiddels. Nu zijn we zorgvuldig aan het bekijken hoe welzijn hierbij steeds beter kan aansluiten.”

Korte lijnen

Het is essentieel dat parallelle processen worden vermeden, betoogt Joossen.

“Maak binnen het zorgprogramma kwetsbare ouderen goede samenwerkingsafspraken waaraan per gemeente vorm kan worden gegeven”

“Wij hebben daarom gekozen voor een coördinerende rol van de wijkverpleegkundige. Dat voorkomt doublures en onnodige belasting van de cliënt. Verder zeggen wij: zoals wij één coördinator voor de zorg in een bepaald gebied hebben, zo zou een gemeente moeten beschikken over één coördinator voor het welzijn in datzelfde gebied. Dan heb je twee brugfunctionarissen, krijg je korte lijnen en vermijd je dat de coördinerend wijkverpleegkundige verdwaalt

in het complexe maatschappelijke veld.” Ze vervolgt: “Dat is ook belangrijk met het oog op preventie. Wanneer een kwetsbare oudere weduwe of weduwnaar wordt, kun je vaak zien aankomen dat binnenkort dagopvang, maaltijdvoorziening, lotgenotencontact of rouwverwerking nodig is. Wij kennen de behoeften van de ouderen op het gebied van welzijn. Als de lijnen met de gemeente en sociale wijkteams kort zijn, kun je vroegtijdig het welzijnsaan-

bod onder de aandacht van de oudere brengen.”

Betere afstemming

Van Gorp is voorstander van een goede afstemming tussen cure en care. “Daarmee kunnen we een integraal aanbod van zorg en welzijn organiseren en voorkomen we dat een zorgvrager meermalen zijn verhaal moet doen. We dragen er dan ook toe bij dat door de bomen het bos zichtbaar blijft voor zowel ons als de cliënt zelf, onder regie van de huisarts. Mijn streven zou zijn dat we binnen het zorgprogramma kwetsbare ouderen goede samenwerkingsafspraken maken waaraan per gemeente vorm kan worden gegeven.”

Joossen: “Door bevindingen en meningen te delen met elkaar, bouw je ook kennis op in het belang van de cliënt. Stel, de coördinerend wijkverpleegkundige verneemt van maatschappelijk werk dat een programma rouwverwerking een cliënt goed heeft gedaan. Dan vertelt ze dat aan de huisarts en weet die dat het zinvol is om het programma aan meer cliënten aan te bieden. Of stel we horen dat het programma rouwverwerking een aantal keren niet het gewenste resultaat heeft opgeleverd. Dan kunnen we bespreken of er verbeteringen mogelijk zijn.” <<

Tekst: Gerben Stolk

InEen-bijeenkomst op 15 september

Wilt u zich laten inspireren door samenwerkingstrajecten tussen eerste lijn, wijkverpleging en sociaal domein? Bezoek dan op donderdag 15 september de door InEen georganiseerde bijeenkomst in de Domus Medica te Utrecht. Tijdstip: 17.00 - 19.30.

InEen heeft het initiatief genomen om experimenten op het grensvlak van huisarts, wijkverpleging en sociaal domein te ondersteunen en landelijk op te schalen. Hiertoe is een plan van aanpak opgesteld en hebben diverse leden die al experimenteren op dit gebied, zich aangemeld.

Met de bijeenkomst speelt InEen in op de behoefte van een flink aantal leden die graag ervaringen willen uitwisselen over samenwerkingstrajecten tussen eerste lijn, wijkverpleging en sociaal domein. Aan de hand van bijvoorbeeld praktijkvoorbeelden delen bezoekers op 15 september informatie over verschillende vormen van samenwerking. Een belangrijk doel van de bijeenkomst is om gezamenlijk landelijke knelpunten te inventariseren en vervolgens te bespreken hoe verder te gaan.

Alle leden van InEen zijn welkom, zowel leden die zich al met samenwerking tussen domeinen bezighouden, als leden die hierover in gesprek willen gaan. U meldt zich vooraf aan via de aanmeldlink in de agenda op de website van InEen: www.ineen.nl/agenda.