

Adviesbureau voor Samenwerking en Implementatie van Beleid
Middelweg 93
3212 KJ Leiden
0654246577
H.Kalmijn@beleidadvies.nl; www.beleidadvies.nl

Workshop:

Huisarts en samenwerking met gemeenten op ouderenzorg

Hélène Kalmijn en Marieke Koopman

Gemeenten hebben sinds 2007 de taak gekregen om de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) uit te voeren. De Wet maatschappelijke ondersteuning is erg breed (qua doelgroepen) maar komt er in het kort op neer dat iedereen de gelegenheid krijgt om “mee te doen” binnen de samenleving. Dat geldt dus ook voor ouderen.

De taak van de gemeente is om in elk geval regie te voeren over het beleid dat in sommige gevallen niet door de gemeente zelf uitgevoerd wordt. De gemeente gaat binnen de Wmo in elk geval over belangrijke leefterreinen als wonen, welzijn, zorg, vervoer en financiën. Dit houdt in dat er sluitende ketens worden georganiseerd waarbinnen problemen goed opgevangen en ondervangen kunnen worden. Dus actie én preventie. Zo ver zijn we nog lang niet.

De huisarts kan voor de gemeente een zeer cruciale rol spelen. Gemeenten zouden hier dankbaar gebruik van kunnen maken. Maar vaak hebben gemeenten hier niet direct oog voor. De oudere heeft vaak een vertrouwensrelatie met de arts. Deze vertrouwensrelatie is vaak vele male groter dan tussen burger en overheid. Het vertrouwen in de overheid is over het algemeen lager.

De huisarts kan een grote rol spelen in de keten van ouderenzorg. Hierbij spelen preventie en informatie, advies en vraagverheldering een grote rol. Nu is de rol van de huisarts van medische aard. Maar de gesprekken in de spreekkamer van de huisarts gaan niet altijd over medische zaken. Hier zijn duidelijke raakvlakken met welzijn en preventie. Maar het zal niet altijd de huisarts zijn die de patiënt ondersteunt. Ook de praktijkondersteuner en de (medisch) secretaresse kunnen een grote rol spelen binnen de keten van de ouderenzorg.

Als je kijkt naar het “wonen” is het niet alleen vanuit kostenbesparingsoogpunt van de vergrijzing van belang dat iedereen zo lang mogelijk in de eigen woonomgeving kan blijven wonen. Maar het blijkt ook dat veel mensen zelf graag zo lang mogelijk willen blijven wonen in hun eigen huis of woonomgeving.

De gemeente verstrekt bijvoorbeeld kleine woonvoorzieningen als beugels, handgrepen, douchezitjes of haalt binnendrempels weg, zodat een woning bijvoorbeeld (meer) rolator proof gemaakt kan worden. Een burger die te maken krijgt met beperkingen in en om de woning zal eerder in contact komen met de huisarts

dan met de gemeente. De huisarts kan wat betreft doorverwijzing een belangrijke rol spelen. De huisarts kan de oudere wijzen op “verstandig wonen”, een woning adviseren die voor de toekomst uitkomst biedt. De oudere kan immers minder goed aanspraak maken op een plaats in het verzorgingshuis. De rol van de gemeente is om samen met de woningcorporaties te zorgen voor een goed aanbod. Dat kan nieuwbouw zijn, maar dat kunnen ook goede aangepaste woningen zijn.

Wanneer een burger een medische indicatie heeft voor een woningaanpassing is de gemeente zelfs verplicht om binnen een bepaalde periode óf de woning aan te passen, óf te zorgen voor een goed aanbod. Het te kort aan geschikte woningen zal in beide gemeenten spelen, maar in gemeente Leiden het meest. Rechten, plichten en bewustwording is voor alle partijen de sleutel om een preventieve rol te kunnen spelen. Juiste informatie is daarom belangrijk.

Helaas werken zowel gemeente Oegstgeest als gemeente Leiden voor het indiceren met het CIZ. Er zijn gemeenten die de indicatiestelling “in eigen huis” houden. Naar mijn mening is dat preferabel. De reden hiervoor is dat informatie over de oudere van cruciaal belang is. CIZ heeft grote moeite met het delen van klantgegevens. Terwijl klantgegevens van groot belang zijn bij bijvoorbeeld preventieve maatregelen. Uiteraard is de voorwaarde dat de burger zelf aangeeft dat zijn klantgegevens gedeeld mogen worden met betrokken organisaties. Ik heb het hierbij uitdrukkelijk niet over medische gegevens, maar over “situatiegegevens” waarbinnen de oudere zich bevindt. Wie over die informatie beschikt heeft de sleutel tot succes.

Een ander voorbeeld zijn de bezuinigingen die inmiddels hebben plaatsgevonden op de begeleiding/dagopvang. Veel mensen hebben hun begeleiding/dagopvang (gefinancierd uit de AWBZ) verloren. De opdracht aan de gemeente is om deze opvang in het wijk en buurtwerk te verzorgen. Ook wordt momenteel in het hele land extra inzet om deze functie te versterken. Huisartsen worden hierin niet betrokken. Terwijl huisartsen zeker te maken hebben met grote groepen eenzame of beginnend dementerende ouderen.

De gemeente is ook de regisseur van het welzijnsbeleid. Ook hierin liggen duidelijke raakvlakken met de dagelijkse praktijk van de huisarts. Gezamenlijke afstemming tussen professionals onderling zal zorgen voor een betere aansluiting van het aanbod én een betere doorverwijzing.

Daarnaast heeft de lokale overheid de wettelijke taak om informatie, advies & vraagverheldering (in het kader van de Wmo) uit te voeren. Bij gemeente Oegstgeest is het Lokaal Loket Oegstgeest bij de bibliotheek onder gebracht. In Leiden zit het Wmo-loket bij de gemeentelijke vestiging (Stadbouwhuis) aan de Lange Gracht. Het is van groot belang dat binnen deze loketten echt ruimte is voor de oudere. Duidelijk moet worden waar de oudere behoefte aan heeft (vraagverheldering) en er moet een duidelijke “match” gemaakt worden met het mogelijke aanbod. Daar zou dus ook geregistreerd moeten worden welk aanbod ontbreekt. De oudere zou vanuit het Loket het gevoel moeten hebben dat de gemeente daadwerkelijk iets kan betekenen, dan alleen de (oude Wvg-)voorzieningen die de gemeente wettelijk verstrekt.

Elke gemeente heeft tegenwoordig zogeheten “ouderenbezoekers”. Dit zijn al dan niet vrijwilligers die alle 75+’ers binnen de gemeente bezoeken. Ook hieruit kan

belangrijke informatie komen die gedeeld zou moeten worden (met instemming van de oudere).

De gemeente beschikt (al dan niet regionaal) over een onderzoekende taak. Zo zouden de leefgebieden en het aanbod binnen de gemeenten, met doelgroep ouderen, goed onderzocht moeten worden. Deze onderzoeken dienen door de hele keten Ouderenzorg met elkaar gedeeld en besproken te worden. Dat is een van de regisserende taken van de gemeente.

Ten slotte een goede sociale kaart. In een (digitale) sociale kaart staan alle gegevens, organisaties (tot op detail, wat biedt men? Is er een wachtlijst? Is er een indicatie nodig tot de voorziening? Waar bevindt de activiteit zich? Wie is het aanspreekpunt? De gemeente is hiervoor verantwoordelijk.

Binnen deze sociale kaart zou ruimte moeten zijn voor professionals. Een wie doet wat? Wie is wanneer bereikbaar? Wie heeft welke rol in de keten? Welke (casus)overleggen zijn er? Wie is daar de contactpersoon van? Wie communiceert wat?

Een sociale kaart op buurtniveau op alle leefgebieden zou uitkomst kunnen bieden. Welke voorzieningen zijn er in de buurt? Waar bevinden zich (groepen) woningen die aangepast zijn, of eenvoudig aangepast kunnen worden? Waar zijn welzijnsactiviteiten? Wanneer is wat open? Waar bevinden winkels zich? Met dergelijke sociale kaarten kan een sluitende keten voor ouderenzorg georganiseerd worden.

Conclusie:

Het uitwisselen van informatie is van cruciaal belang. Ik vermoed dat er met huisartsen nauwelijks wordt gecommuniceerd op het gebied van ouderenzorg. Dat moet echt anders.
