

# ZORG OM ZORG

**Kijk op de Arnhemse sociale wijkteams  
door professionals met medische achtergrond**



**UITKOMSTEN VAN EEN ONDERZOEK  
DOOR DE SP ARNHEM**

**APRIL 2016**

**SP** 

## Inhoud

Inleiding .....	3
1. Hoe is de hulp wettelijk georganiseerd? .....	4
In Nederland .....	4
In Arnhem .....	4
2. Het onderzoek .....	5
Doel van het onderzoek .....	5
Uitvoering van het onderzoek .....	5
3. Onderzoeksresultaten .....	6
4. Conclusies .....	11
Wat gaat goed? .....	11
Wat kan beter? .....	11
5. Aanbevelingen .....	12
Bijlage .....	13
Een greep uit voorbeelden genoemd door de ondervraagden die voor verbetering vatbaar zijn ...	13

## **Inleiding**

De Rijksoverheid heeft om te bezuinigen de zorg anders georganiseerd. Daardoor moeten mensen langer zelfstandig thuis blijven wonen. Gemeenten zijn verantwoordelijk om ondersteuning te geven aan mensen die zichzelf niet kunnen redden. In Arnhem regelen de wijkcoaches van de sociale wijkteams de hulp die nodig is. De SP vindt dat mensen de hulp moeten krijgen die zij nodig hebben. Bezuiniging mag niet het uitgangspunt zijn.

Met de stijgende gemiddelde leeftijd van de thuiswonende inwoners neemt ook het aantal mensen met een chronische ziekte (b.v. hartfalen, dementie, gevolgen van een beroerte) die hulp nodig hebben toe ([www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)). Steeds meer mensen vragen hulp aan de gemeente, omdat zij door medische klachten onvoldoende zelfredzaam zijn. De SP krijgt regelmatig signalen van inwoners dat zij te weinig hulp krijgen of dat de hulp wordt verminderd terwijl hun gezondheidssituatie niet is verbeterd.

Zorgverleners met een medische achtergrond, die mensen thuis veelvuldig behandelen/begeleiden en veel te maken hebben met de uitkomsten van indicaties, kunnen als geen ander zien welke maatwerkvoorziening op basis van de gezondheidsklachten nodig is. Daarom is de SP een onderzoek gestart onder deze zorgverleners. De SP wil weten hoe de kwaliteit en deskundigheid van de wijkteams door hen wordt ervaren.

Paulien Lunter

Gemeenteraadslid SP Arnhem

# 1. Hoe is de hulp wettelijk georganiseerd?

## In Nederland

Gemeenten hebben sinds 2015 een zorgplicht. Via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 geven zij ondersteuning aan mensen die niet op eigen kracht zelfredzaam zijn. Daarnaast zijn gemeenten verantwoordelijk geworden voor bijna alle zorg en ondersteuning voor kinderen en jongeren tot 18 jaar.

Als een inwoner vraagt om ondersteuning dan moet de gemeente onderzoek doen naar de situatie. Meestal bestaat dit uit een 'keukentafelgesprek'. Eerst wordt gekeken of er hulp gezocht kan worden in de eigen sociale kring en of er passende algemene voorzieningen (voor iedereen toegankelijk) zijn. Is dit niet het geval dan kan een maatwerkvoorziening (een individuele voorziening afgestemd op de cliënt) worden verleend.

In de wet (Wmo, artikel 2.3.2. lid 8) is vastgelegd dat de gemeente na het onderzoek een verslag maakt en dit ook naar de cliënt stuurt. Na het onderzoek kan de inwoner een aanvraag voor maatwerkvoorziening doen bij de gemeente. Het schriftelijk verslag van het keukentafelgesprek wordt hierbij vaak gebruikt. Binnen 2 weken moet de gemeente, via een formele brief, zeggen of de aanvraag door gaat. Dat heet een beschikking.

## In Arnhem

Sinds 2015 zijn in Arnhem acht wijkteams actief. Om een goed beeld te krijgen van de situatie van de inwoner voeren twee wijkcoaches een 'keukentafelgesprek' bij de inwoner thuis. De wijkcoaches gaan zonder voorkennis, met een open blik, in gesprek met de inwoner en beslissen over de indicatie. Aan ieder wijkteam zijn ook twee S1 wijkverpleegkundigen gekoppeld. Zij kunnen ingezet worden bij medische vraagstukken.

In Arnhem wordt op de website en in de folders niet vermeld dat de inwoner na de uitkomst van het keukentafelgesprek een officiële aanvraag moet indienen voor een maatwerkvoorziening, zoals vermeld in de wet ([www.vng.nl/wmo/wat-mag-en-moet](http://www.vng.nl/wmo/wat-mag-en-moet); <http://www.wetten.overheid.nl>).

Een formele brief waarin de beslissing is opgeschreven om de zorg wel of niet in te zetten heet een beschikking. Een beschikking wordt in Arnhem afgegeven als de inwoner hier om vraagt.

## 2. Het onderzoek

### Doel van het onderzoek

Arnhemse wijkteams zijn volop in ontwikkeling en een lerende organisatie. Een zorgvuldige evaluatie daarvan ziet de SP dan ook als een kans om te kijken naar wat goed gaat en wat beter kan. Hierdoor kan de zorg uiteindelijk alleen maar beter worden.

Het college vond 2015 te vroeg voor een uitgebreide evaluatie en beperkte zich tot de informatiekraant *Wijkteams in beeld*. De officiële evaluatie volgt medio mei 2016. Hierin zullen ook de uitkomsten staan van het onderzoek naar tevredenheid van de inwoners over de wijkteams. Vooruitlopend op deze evaluatie hoopt de SP door voorliggend, eigen onderzoek in beeld te krijgen hoe de zorgverleners met medische achtergrond de deskundigheid van de wijkteams ervaren en of de inwoners de hulp krijgen die zij op basis van hun gezondheidssituatie nodig hebben. Daarnaast is de SP benieuwd of er gekeken wordt naar wat de inwoner nodig heeft of juist naar bezuinigingsmogelijkheden. Er is geen onderzoek gedaan naar de onderlinge verschillen tussen de wijkteams.

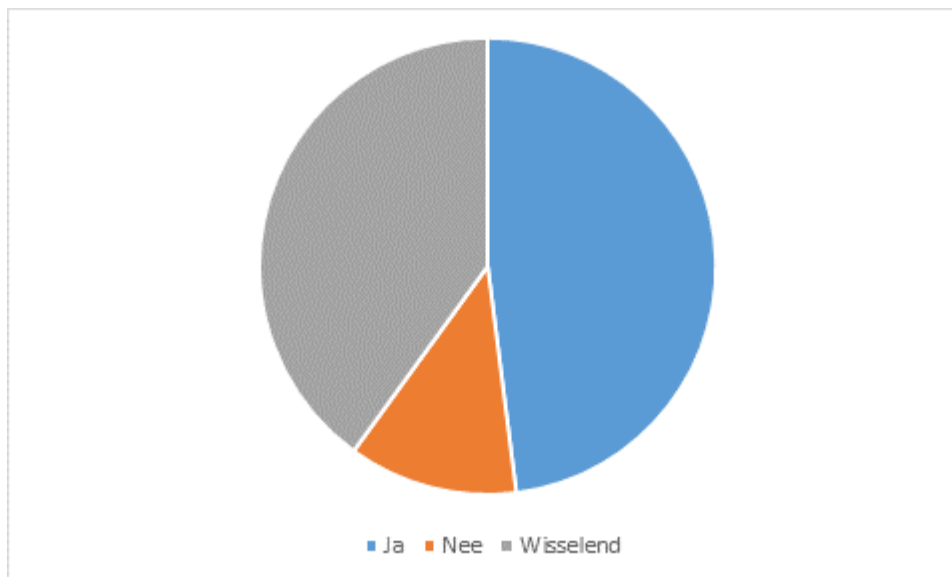
### Uitvoering van het onderzoek

Arnhem-breed zijn in februari en maart dit jaar 32 zorgverleners via de mail benaderd met het verzoek zeven open vragen te beantwoorden. Het betreft professionals werkzaam als (S1)wijkverpleegkundige, geriatrisch fysiotherapeut, ergotherapeut, praktijkondersteuner, maatschappelijk werk, professional in de GGZ, casemanager dementie en arts. Deze zorgverleners hebben gezamenlijk te maken met een paar duizend Arnhemse inwoners op jaarbasis en hebben geen eigen belang bij de uitkomst van de indicatie. Zij hebben intensief contact met cliënten, wonen regelmatig keukentafelgesprekken bij en horen veel ervaringsverhalen van de inwoners. Allen zijn werkzaam in een of meer van de acht Arnhemse wijken en hebben als behandelaar/begeleider te maken met de indicatiestelling van hun patiënten. In het onderzoek zijn de acht wijken vertegenwoordigd.

25 Van de 32 benaderde zorgverleners heeft gereageerd: een respons van 78%. Er werd zeer positief gereageerd op de vraag naar hun professionele kijk op de werkwijze en deskundigheid van de wijkteams, omdat dit nog niet eerder was gedaan. Er is voor gekozen om de antwoorden te anonimiseren om de openheid van de reacties te vergroten. De reacties van de respondenten waren uitgebreid; voorzien van voorbeelden en aanbevelingen. In een zestal gevallen heeft naar aanleiding van de schriftelijke reactie op verzoek van de respondenten een interview plaatsgevonden, vanwege de wens de antwoorden nader toe te lichten.

### 3. Onderzoekresultaten

Krijgen jouw patiënten de hulp geïndiceerd via het wijkteam die zij nodig hebben?

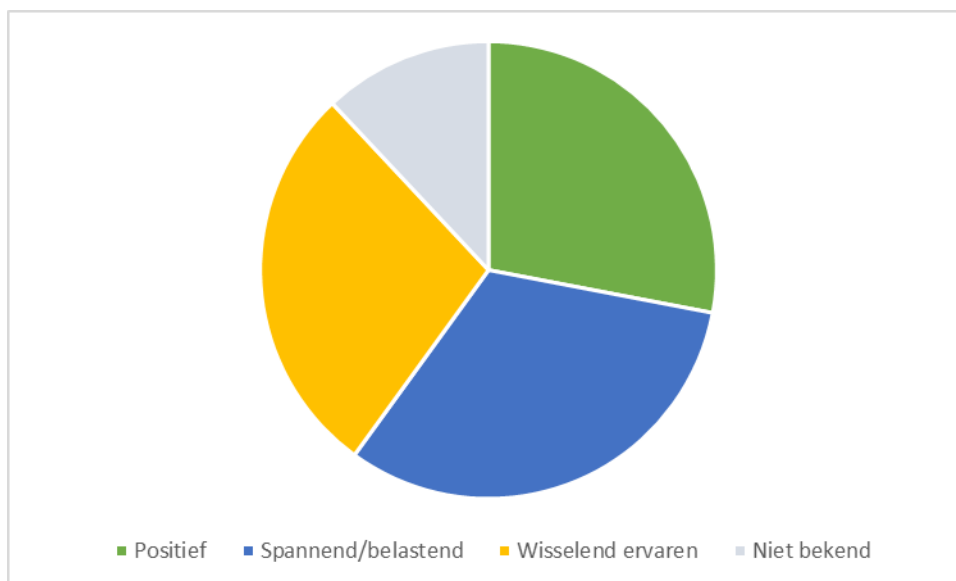


<b>Ja</b>	<b>: 12</b>	<b>= 48%</b>
<b>Nee</b>	<b>: 03</b>	<b>= 12%</b>
<b>Wisselend</b>	<b>: 10</b>	<b>= 40%</b>

Met wisselend wordt bedoeld: afhankelijk van de individuele wijkcoach. Uiteindelijk wordt de benodigde hulp veelal geïndiceerd, regelmatig achteraf op aandringen van de betrokken zorgverleners als de gevraagde indicatie niet werd afgegeven.

Twee professionals die specifiek werken met buitenlandse cliënten geven hun zorg aan over een grote groep Turkse inwoners met meerdere lichamelijke beperkingen die geen of onvoldoende Nederlands spreken. Sociaal isolement en financiële problematiek is hier een veelvoorkomend probleem. Door de taalbarrière en het kennis tekort over de cultuur wordt de problematiek vaak niet duidelijk. Familie of burens die optreden als tolk biedt niet altijd een oplossing. Niet iedereen wil gevoelige kwesties bespreken in het bijzijn van bekenden.

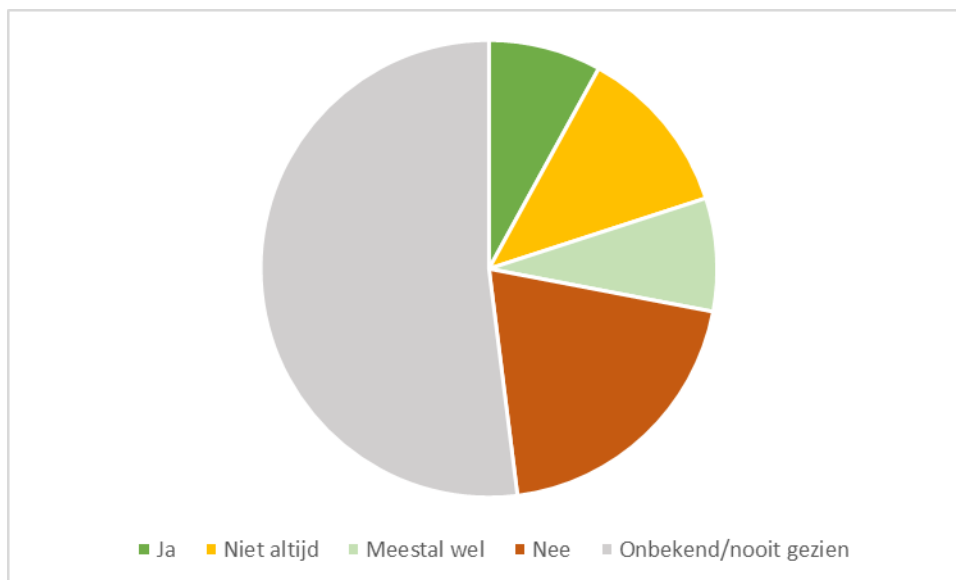
**Hoe ervaren cliënten het keukentafelgesprek?**



<b>Positief</b>	<b>: 07</b>	<b>= 28%</b>
<b>Spannend/belastend</b>	<b>: 08</b>	<b>= 32%</b>
<b>Wisselend ervaren</b>	<b>: 07</b>	<b>= 28%</b>
<b>Niet bekend</b>	<b>: 03</b>	<b>= 12%</b>

Met name de afhankelijke positie van de inwoner en het feit dat er twee wijkcoaches komen voor het keukentafelgesprek maakt dat veel inwoners het gesprek als spannend ervaren.

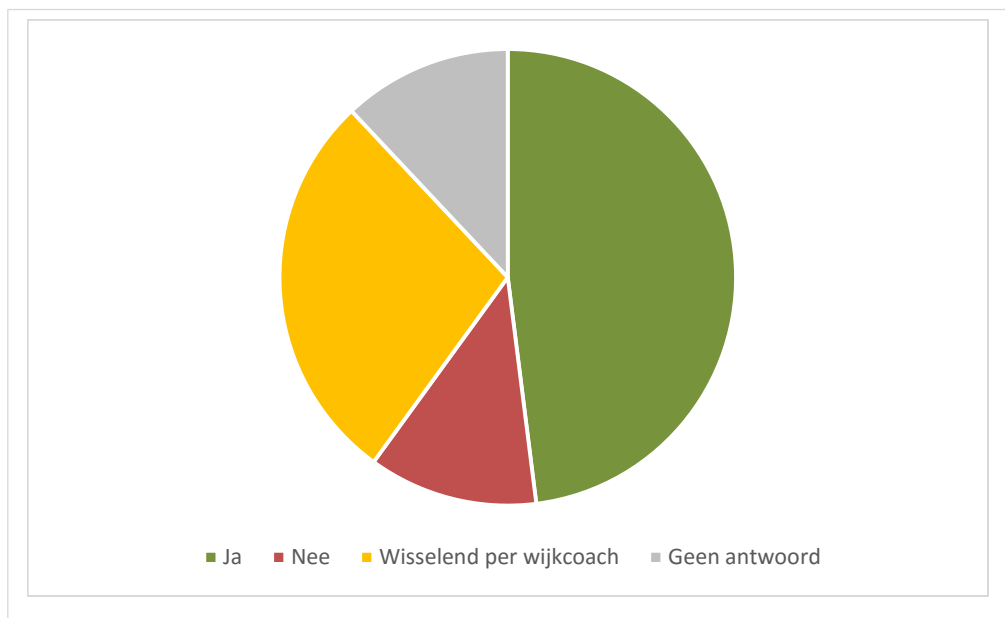
**Ontvangen cliënten na het keukentafelgesprek een verslag van dit gesprek?**



<b>Ja</b>	<b>: 02</b>	<b>= 8%</b>
<b>Niet altijd</b>	<b>: 03</b>	<b>= 12%</b>
<b>Meestal wel</b>	<b>: 02</b>	<b>= 8%</b>
<b>Nee</b>	<b>: 05</b>	<b>= 20%</b>
<b>Onbekend/nooit gezien</b>	<b>: 13</b>	<b>= 52%</b>

Iets meer dan de helft van de zorgverleners wist niet dat er verslagen gemaakt werden en heeft nooit een verslag gezien. Slechts twee zorgverleners geven aan dat cliënten altijd een verslag ontvangen. De overige zorgverleners die wel verslagen hebben gezien, geven aan dat dit niet standaard gebeurt. Soms wordt een verslag gegeven op aanvraag van de cliënt, dan weer mag men meekijken op de laptop van de wijkcoach zelf, soms op initiatief van de wijkcoach of helemaal niet.

**Wordt er door wijkcoaches gekeken naar wat de inwoner nodig heeft?**



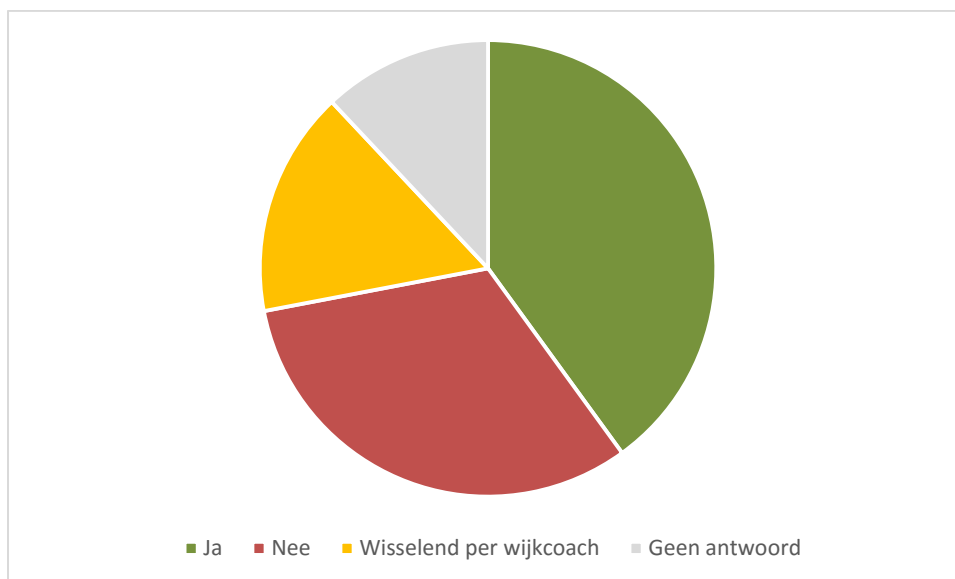
<b>Ja</b>	<b>: 12</b>	<b>= 48%</b>
<b>Nee</b>	<b>: 03</b>	<b>= 12%</b>
<b>Wisselend per wijkcoach</b>	<b>: 07</b>	<b>= 28%</b>
<b>Geen antwoord</b>	<b>: 03</b>	<b>= 3%</b>

De wijkcoaches gaan hier verschillend mee om. De ene wijkcoach kijkt eerst naar wat de inwoner nodig heeft. De andere wijkcoach laat zich vooral leiden door de bezuiniging en zegt ook tegen de cliënt dat er bezuinigd moet worden. Zorgverleners geven aan dat zij vaak veel moeite moeten doen om de juiste indicatie alsnog geregeld te krijgen. Zij signaleren onderschatting van de problematiek doordat de benodigde medische kennis veelal ontbreekt.

Daarnaast zijn bij het keukentafelgesprek niet altijd twee coaches aanwezig met de specifieke kennis die nodig is, terwijl de vraag vooraf bekend was. Bijvoorbeeld bij een vraag over woningaanpassing/vervoer: er komen twee wijkcoaches zonder Wmo-achtergrond die naderhand alles moeten navragen en overleggen.

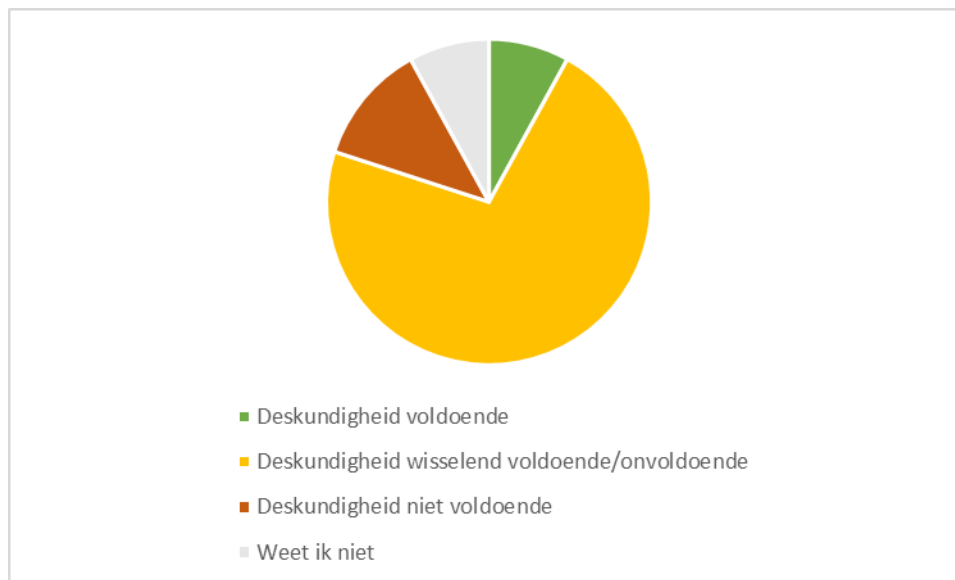


**Of wordt er juist door de wijkcoaches gekeken hoe er bezuinigd kan worden; wat eraf kan?**



<b>Ja</b>	<b>: 10</b>	<b>= 40%</b>
<b>Nee</b>	<b>: 08</b>	<b>= 32%</b>
<b>Wisselend per wijkcoach</b>	<b>: 04</b>	<b>= 16%</b>
<b>Geen antwoord</b>	<b>: 03</b>	<b>= 12%</b>

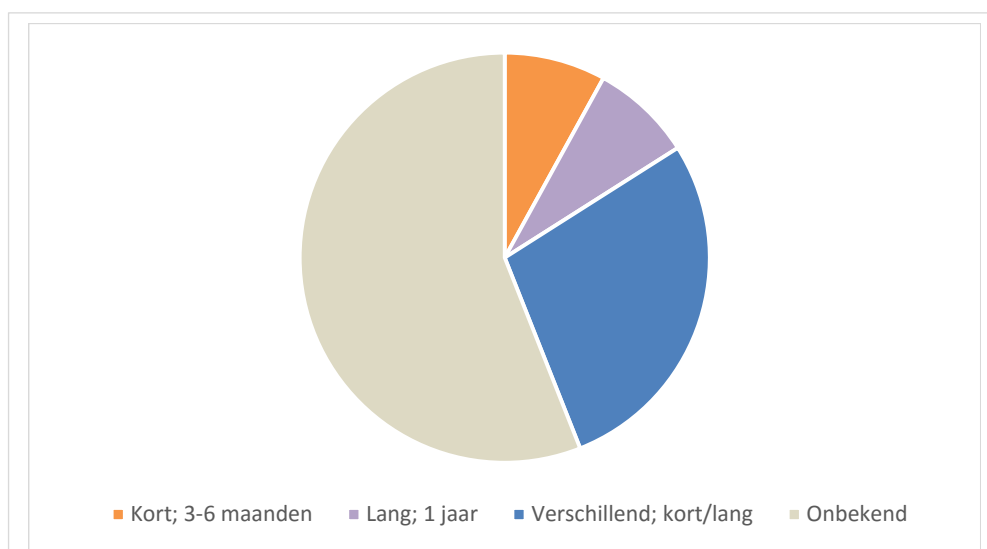
**Ervaring als professional t.a.v. de kwaliteit van het keukentafelgesprek en de deskundigheid van de wijkcoaches.**



<b>Deskundigheid voldoende</b>	<b>: 02</b>	<b>= 8%</b>
<b>Deskundigheid wisselend voldoende/onvoldoende</b>	<b>: 18</b>	<b>= 72%</b>
<b>Deskundigheid niet voldoende</b>	<b>: 03</b>	<b>= 12%</b>
<b>Weet ik niet</b>	<b>: 02</b>	<b>= 8%</b>

De communicatieve vaardigheden, kennis van de procedures en ziektebeelden zijn erg verschillend en afhankelijk van de wijkcoach. Er is geen duidelijk beleid merkbaar. Er wordt wisselend geluisterd naar de medisch deskundige.

**Voor hoe lang worden de herindicaties afgegeven?**



<b>Kort; 3-6 maanden</b>	<b>: 02</b>	<b>= 8%</b>
<b>Lang; 1 jaar</b>	<b>: 02</b>	<b>= 8%</b>
<b>Verschillend; kort/lang</b>	<b>: 07</b>	<b>= 28%</b>
<b>Onbekend</b>	<b>: 14</b>	<b>= 56%</b>

Meer dan de helft van de ondervraagde zorgverleners heeft geen zicht op de duur van de herindicatie. De overige zorgverleners geven aan dat in geval van chronische ziekten/aandoeningen, waarbij de situatie niet zal veranderen, langere indicaties (van één jaar) afgegeven moeten worden. Korte indicaties hebben weinig zin: deze kosten veel tijd, geld en zijn belastend voor de cliënt.

## 4. Conclusies

### Wat gaat goed ?

De inzet van en betrokkenheid door de wijkcoaches en het persoonlijk contact wordt in het algemeen als positief ervaren. De wijkteams zijn merkbaar in ontwikkeling en hebben goede bedoelingen. Er wordt meer maatwerk geleverd en daarnaast is het prettig dat mensen na het eerste keukentafelgesprek een vaste wijkcoach als contactpersoon hebben. De lijnen zijn kort.

### Wat kan beter ?

De indicatiestelling is niet eenduidig maar vaak afhankelijk van de deskundigheid van de individuele wijkcoach en de wijze waarop zij met de bezuiniging omgaan. Zo kijkt de ene coach naar wat de bewoner nodig heeft, terwijl de andere coach vooral kijkt of er bezuinigd/minimaal geïndiceerd kan worden. Een uniforme werkwijze ontbreekt waardoor in soortgelijke situaties wisselende uitspraken worden gedaan.

Daarnaast zijn de criteria waarop de indicatie is gebaseerd niet altijd duidelijk, omdat de inwoner niet standaard een verslag van de uitkomst van het keukentafelgesprek ontvangt. Door de wisselende deskundigheid, aanpak en onduidelijke onderbouwing van de afgegeven indicatie is het risico op willekeur aanwezig.

Uiteindelijk krijgen de meeste inwoners de hulp die zij nodig hebben. Dit gebeurt regelmatig pas in tweede instantie, nadat de medische zorgverlener op eigen initiatief contact opneemt met de wijkcoach om de medische noodzaak toe te lichten. Noodzakelijke medische voorinformatie en kennis om de juiste indicatie te kunnen stellen ontbreekt veelal doordat de wijkcoaches in principe zonder voorkennis en veelal zonder medische achtergrond het gesprek ingaan. Toch zit de wijkcoach regelmatig op de stoel van de medicus/zorgverlener. De medische zorgverleners geven aan dat zij vanuit hun professie goed weten wat betreffende cliënten nodig hebben, maar dat van deze kennis door de wijkcoaches te weinig gebruik wordt gemaakt.

De Wmo 2015 zegt dat bij een aanvraag voor een maatwerkvoorziening een beschikking moet worden afgegeven. Arnhem heeft er voor gekozen deze niet standaard af te geven. Een beschikking is nodig om een bezwaar te kunnen indienen. De wijkcoaches vragen aan de inwoner of een beschikking gewenst is. Uit het onderzoek blijkt dat dit niet standaard aan de inwoners wordt gevraagd. Hiermee lijkt de rechtsbescherming in het geding te komen.

## 5. Aanbevelingen

- Zorg voor voldoende medische kennis binnen de wijkteams, maak meer gebruik van de kennis van de S1 wijkverpleegkundigen en maak met instemming van de inwoner gebruik van de medische informatie van de betrokken zorgverleners met medische achtergrond. Voorkom dat de wijkcoach op de stoel van de zorgverlener gaat zitten.
- Zorg voor gelijke deskundigheid en een uniforme manier van werken van de wijkcoaches zodat in soortgelijke situaties dezelfde indicatie wordt afgegeven en er geen willekeur ontstaat.
- Behoud naast de generalistische werkwijze 1 of meerdere expertises per wijkcoach om de deskundigheid te vergroten/behouden bij de steeds complexere hulpvragen.
- Hou de zorgplicht die de gemeente heeft hoog in het vaandel en laat de bezuiniging niet leidend zijn bij de indicatiestelling.
- Neem het advies van zorgverleners met medische achtergrond over. Bij bijvoorbeeld een medisch advies na een operatie of bij de aanvraag voor dagbesteding voor dementerende mensen waar vaak al langer een traject loopt. De zorgverleners weten exact welke dagbesteding passend is. Weer een gesprek met onbekende mensen geeft onnodig veel onrust bij deze groep mensen.
- Maak mogelijk dat de inwoner de hulpvraag zo concreet mogelijk kan stellen, zodat de wijkcoach met specifieke deskundigheid ingezet kan worden bij het keukentafelgesprek.
- Geef standaard een beschikking af, of informeer de inwoners via de website 'zodoenwehetinarnhem.nl' en gemeentelijke informatiefolders dat zij na het keukentafelgesprek nog een officiële aanvraag voor de maatwerkvoorziening moeten indienen. Twee weken daarna volgt de beschikking.
- Geef de gemaakte afspraken van het keukentafelgesprek onderbouwd op schrift aan de inwoner, zodat deze weet wat er is afgesproken en hier, ook achteraf, al dan niet mee kan instemmen.
- Geef een langer indicatie (minimaal een jaar) af bij gezondheidssituaties die niet verbeteren. Kortdurende indicaties kosten de gemeente onnodig veel tijd en geld en de inwoner onnodig extra energie.
- Vergroot de kennis over andere culturen en zet Turkssprekende onafhankelijke cliëntondersteuning/wijkcoaches in. Onbekend is hoe het met de overige anderstaligen gesteld is. Nader onderzoek is daarom gewenst.

## Bijlage

### Een greep uit voorbeelden, genoemd door de ondervraagden, die voor verbetering vatbaar zijn

- In eerste instantie afwijzing dagbesteding Turkse inwoner, analfabeet en depressief. Reden: “Wij als wijkteam zetten de voorliggende voorzieningen in, want de mensen moeten zelfredzaam blijven”. Werd verwezen naar algemene voorziening geleid door vrijwilliger, kwam niet in aanmerking voor professionele indicatie bij officiële medische diagnose, zou dan eerst behandeld moeten worden door psycholoog/psychiater. “Het leek wel alsof de wijkcoaches een grammofoonplaat afspeelden; het woord ‘gebruikelijke voorzieningen’ werd herhaaldelijk genoemd.” Indicatie uiteindelijk na aandringen zorgverlener (wijkverpleegkundige) en huisarts toch afgegeven voor drie maanden.
- Indicaties tillift en rolstoel regelmatig afgewezen, omdat er voldoende eigen financiële middelen waren. Woorden wijkcoach: “U kunt toch zelf wel een rolstoel kopen?”. Ook wordt soms verteld dat het voor de cliënt, gezien de hoogte van de eigen bijdrage, gunstiger is zelf een rolstoel aan te schaffen.
- Eenvoudige hulpvraag met betrekking tot vervoersvoorziening als regio-taxi duurt lang doordat er vaak twee keukentafelgesprekken door twee wijkcoaches nodig zijn.
- Mevrouw komt uit het ziekenhuis na een dwarslaesie, echtgenoot is slechtziend. Er wordt om huishoudelijke hulp gevraagd. Na het keukentafelgesprek gaan de wijkcoaches dit overleggen met hun team. Na drie weken heeft er nog geen terugkoppeling plaatsgevonden.
- Verbazing vanuit zorgverlener over het feit dat een cliënt werd gevraagd het vorige verslag zelf te actualiseren en retour te zenden. Betrokken zorgverlener heeft dit samen met de cliënt gedaan, omdat deze daartoe niet zelf in staat was.
- Een dementerende man (80+) wordt verzorgd door zijn vrouw (75+). Zij hebben geen kinderen in de buurt. Mevrouw heeft diverse gezondheidsproblemen door ouderdom. Zij krijgt één uur huishoudelijke hulp en wordt verwezen naar een ergotherapeut om te leren hoe zij zelf kan schoonmaken zonder klachten.
- Cliënt wordt middels brief min of meer gedwongen te verhuizen, omdat de woning niet geschikt werd bevonden voor een traplift. Na aantekenen van

bezwaar, omdat er in de buurt een identiek huis was met een traplift, werd de traplift alsnog geplaatst. Veel stress bij cliënt door gang van zaken.

- Echtpaar, beide met de ziekte van Alzheimer, wonen zelfstandig. De vraagstelling vanuit de betrokken professional is twee dagen dagbesteding en een PGB om de juiste en passende zorg in te kopen. Er volgde een lang gesprek met de wijkcoaches die andere oplossingen zagen. Uiteindelijk gingen de wijkcoaches erover nadenken. Na zes weken hadden zij een gesprek met de familie om “de hiaten in de zorg te bespreken en op te lossen”. In de tussentijd heeft de zorg stilgestaan.
- Casemanager vraagt voor een dementerende mevrouw twee dagen dagbesteding. Tijdens het keukentafelgesprek kwamen allerlei niet relevante onderwerpen aan de orde. Na twintig minuten en veel vragen was mevrouw in tranen en haar dochter overstuur. De coaches gaven aan welke dagbehandeling geschikt was, terwijl de kinderen zelf een geschikte locatie hadden gevonden. Het gesprek is later geëvalueerd. Wijkcoaches gaven aan de situatie onderschat te hebben, omdat mevrouw er zo goed uit zag. Uiteindelijk werd de indicatie toch toegekend.
- Een valgevaarlijke meneer van 98 jaar kon weken niet de deur uit, omdat de wijkcoaches geen duidelijkheid konden geven over de mogelijkheid tot aanpassingen.
- Een vrouw heeft een chronisch ziektebeeld met wisselende klachten. Ze krijgt geen taxivergoeding meer, omdat zij deze te weinig gebruikt. Tijdens slechte periodes is zij echter afhankelijk van de taxi om uit huis te komen.
- Een zorg mijdende mevrouw krijgt nog maar één uur huishoudelijke hulp, doordat zij haar klacht tijdens het gesprek flink afzwakte.