

Verslag van de bijeenkomst aan tafel 6: Zorg in de buurt: nu en later – dd. 14 nov 2022

Deelnemers: behalve bewoners zaten aan deze tafel zorgverleners die werkzaam zijn in de buurt en iemand van de gemeente

❖ Inleiding

Om helder te krijgen hoe de zorg voor ouderen **nu** in de buurt reilt en zeilt begon het gesprek aan tafel 6 met een casus van een alleenstaand verwarde Karel van 80, die 3-hoog woont en met een valpartij zijn dominante pols breekt. Zijn buurvrouw van 82 is tot nu toe zijn enige 'mantelzorgster'. In de casus verloopt de zorg ideaal: buurvrouw seint via 112 de ambulance in, de transfer-verpleegkundige in het ziekenhuis seint na behandeling de huisarts, Buurteams en de POH (praktijkondersteuner ouderen) in, thuiszorg staat de volgende dag op de stoep, een maatje wordt geregeld, meneer gaat eten in de Klinker om weer in beweging te komen en de casemanager dementie gaat kijken wat er aan de hand is wat betreft Karels verwardheid, etc. etc.

Deze ideale situatie waarin de zorgverlening 'op wieltes loopt' komt in de werkelijkheid meestal zo niet voor. Dat bleek uit het gesprek aan tafel waar bewoners en zorgverleners die 'hands on' zorg verlenen, beschreven wat er, naast wat er goed gaat, soms ook minder goed gaat: wat mist er, is lastig, lukt onmogelijk, gaat fout? Aan tafel 6 kwamen we zo van 'wat ontbreekt er **nu**' via 'wat zou er idealiter moeten zijn' naar plannen en ideeën die ontwikkeld zouden kunnen of moeten worden voor een levensloopbestendige zorg **later**. Deze plannen en ideeën zouden dan in het vervolg uitgewerkt kunnen worden, met alle partijen die de intentie hebben om het beter te maken in de toekomst.

❖ Informatievoorziening en bereikbaarheid

Zo werd duidelijk dat de **bewoners/zorgvragers** meestal niet weten welke zorg beschikbaar is, waar ze die kunnen vinden en hoe ze die kunnen bereiken of inschakelen, ze missen **één aanspreekpunt** en/of ze missen de **kennis en informatie** op het (acute) moment dat die nodig is. Ideeën om hier wat aan te doen bestonden uit: het (weer, eventueel digitaal) beschikbaar maken van **de Wijkgids** (door de gemeente), of het beschikbaar maken van een **digitale sociale kaart** of een **levende sociale 'kaart'**, die dan overigens bij voortdurende geüpdatet zou moeten worden. Daarin dan wellicht ook de **wegen** die je als zorgvrager kunt bewandelen: via huisarts naar POH of direct naar thuiszorg etc. Als zorgvrager weet je vaak niet wat je kunt of hoe je iets aan kunt pakken; weet je niet dat er zoiets als een welzijnscoach is, of dat Buurteams veelal de spinnen in het web zijn van de zorgverlening, waar alles bij elkaar komt en die je bijstaan om verschillende zorgbehoeften te organiseren.

Ook **zorgverleners** bleken in deze eerste gespreksronde van tafel 6 te maken te hebben met **informatieproblemen en lastige bereikbaarheid**: zo kan de apotheker of de thuiszorg soms een zorgvrager zelf niet bereiken (die doet niet open, of kan niet open doen, etc.), kennen ze de familie of mantelzorg van de cliënt niet, is de huisarts of een andere zorgverlener waarmee overlegd moet worden na werktijd niet te bereiken, is onduidelijk welke huisarts of thuiszorgorganisatie ingeschakeld is bij een cliënt, zijn er veel verschillende zorgverleners bij een cliënt betrokken en is het kortom moeilijk om als zorgverleners elkaar te vinden of dingen met elkaar te coördineren of af te spreken. Er ontbreekt dus geregeld een soepel functionerend netwerk of binnen dat netwerk wordt veel van personeel gewisseld, waardoor het netwerk dan weer in duigen valt.

Goede suggesties die hier geopperd werden was het meer gebruiken van de al bestaande '**care sharing-app**', de oprichting van een '**digitaal pleintje**' per buurt, waar alle zorgverleners uit een buurt (praktische) informatie kunnen uitwisselen; daarnaast een '**zorgkaart**' bij de voordeur van een cliënt

(waarop huisarts, mantelzorger, familie, sleuteladres, etc.). Ook werd gewezen op organisaties als Elan/Elaa (eerste lijn Amsterdam), Beter Oud in Amsterdam, of C boards (een initiatief van Vitaal ouder worden Amsterdam) en de Sigra, die mede een coördinerende rol zouden kunnen (gaan) spelen. Naast deze samenwerkingsvragen van zorgverleners (die gaan over de regie over de situatie van de cliënt) is er de vraag hoe de zorgvrager zelf de regie houdt, of het gebrek aan regie ervaart.

❖ **Zelfredzaamheid, sociale verbinding en ontmoeten, preventie**

Andere terugkerende punten in het overleg aan tafel 6 hadden te maken met de noodzaak voor ouderen om langer zelfstandig en zelfredzaam te zijn: Wat zijn hierbij veel voorkomende problemen en wat zou daarvoor ontwikkeld of bedacht kunnen worden om deze zelfredzaamheid ook te verbeteren? Zo werd geconstateerd dat het ouderen vaak ontbreekt aan een goed functionerend sociaal netwerk. Ze zijn bv steeds vaker alleenstaand en beschikken niet over een mantelzorger in de buurt, neigen lang uit te stellen zich voor te bereiden op een volgende levensfase, vinden het lastig afhankelijkheid te erkennen, houden lang vol dat het nog best gaat, of weten niet hoe hulp te vragen. Het gaat bij deze punten dus grotendeels om een haperende situatie van sociaal welzijn en een gebrek aan bewustzijn van de mogelijke toekomst, die beide in tweede instantie kunnen leiden tot zorgelijke gezondheidssituaties en een intensievere zorgvraag later. Versterking van sociaal welzijn en het sociale netwerk werken m.a.w. preventief op latere gezondheidsproblemen.

Veel ideeën die aan tafel geopperd werden om aan bovenstaande situaties wat te doen betroffen dan ook **versterking van de sociale contacten en omgeving van ouderen** in de buurt. Bijvoorbeeld door het creëren van allerlei **ontmoetingsplekken**: een buurtkamer, (niet commerciële) ontmoetingsplekken buiten (zoals genoemd door Bussemaker); een 'bankjes-route'; het organiseren van **sociale activiteiten** door het Stadsdorp (zoals fysiek bewegen), **informatie- en themabijeenkomsten** over hoe je voor te bereiden op de volgende levensfase, etc. Overigens zouden ook meer **geclusterde woonomgevingen** in de buurt, waar mensen zelfstandig samen wonen, tegemoet komen aan veel van deze welzijnsvragen.

❖ **Overkoepelende formele en informele netwerken**

Tot slot probeerden we aan tafel 6 te bedenken hoe de relatie tussen zorgvragers, zorgverleners en vrijwilligers vormgegeven zou kunnen worden. Ideeën hier waren: om zowel op individueel niveau (als potentieel zorgvrager) preventief een sociaal netwerk als een soort **5-hoek** te organiseren (bv huisarts, mantelzorger, familie/vrienden, goede buur, thuiszorgorganisatie) als ook dat de zorgorganisaties een 5-hoeknetwerk op zorgniveau construeren (bv apotheek, POH, casemanager, Buurtteam, huisarts). Waarbij expliciet **gezamenlijk** verantwoordelijkheid wordt genomen voor een cliënt (en niet slechts wordt doorverwezen naar elkaar). Ook kwamen bij dit onderwerp de overkoepelende **wijktafels** ter sprake, waar zorgverleners en bewoners samen aan tafel zitten.

❖ **Belemmeringen bij plannen rond zorg**

Bij welk plan dan ook, komen bij zorg al gauw regels rond privacy opduiken. Daarnaast spelen (regels en) (on)mogelijkheden rond ouderenhuisvesting (clustering, van hoog naar laag, aanpassingen en liften) een belemmerende rol voor zelfredzaamheid en leidt personeelsgebrek bij zorgverleners begrijpelijk maar (te) vaak tot 'delegeren' naar een andere zorgverlener, i.p.v. gezamenlijke verantwoordelijkheid organiseren.

❖ Conclusies en hoe verder?

Waar zouden we op grond van bovenbeschreven punten de komende tijd in ieder geval mee door moeten gaan? De volgende punten lijken op grond van het vorenstaande prioriteit te hebben:

- De samenwerking tussen zorgorganisaties (die betrokken zijn bij een cliënt) vraagt aandacht, nadere planning en afstemming en een (digitaal) contactstelsel: er wordt nu wel overgedragen maar verantwoordelijkheid blijft vaak in het midden liggen. Ook zou aanvullende verbinding mogelijk gemaakt moeten worden met mantelzorg en/of vrijwilligers die zorgen (bv C boards?). Werk ook het idee van de vijfhoeken nader uit in het licht van het voorafgaande. (hoofdverantwoordelijken: zorgorganisaties).
- De informatievoorziening voor burgers en mantelzorgers over zorg en welzijn in de buurt kan en moet beter: bewoners willen weten waar je moet zijn voor wat, en welke 'weg' je kunt of moet bewandelen. (hoofdverantwoordelijke: stadsdeel/gemeente)
- Binnen de buurt kunnen/moeten we werken aan de versterking van de zelfredzaamheid van bewoners en het versterken van sociale netwerken, zowel vanuit de overheid/gemeente als vanuit het stadsdorp (bijv. via het organiseren van ontmoetingsplekken binnen en buiten en het organiseren van (informatie)bijeenkomsten).