



Best practices 'Samenhang in de thuiszorg'

Hui Zhang, Kenniskring Transitie in Zorg, Hogeschool Rotterdam, Literatuuronderzoek, februari 2010.

Om de bestaande best practices te inventariseren is er een literatuuronderzoek gedaan. Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat een aantal thuiszorgorganisaties de nieuwe werkwijzen al min of meer hebben toegepast in hun zorgpraktijk. De bestaande "voorbeeldorganisaties" van "kleinschalige en geïntegreerde thuiszorg" uitgewerkt volgens een vast stramien, namelijk de toegepaste werkwijze, inhoud werkwijze, succesfactoren en resultaten.

1 Stichting Laurens

Laurens is een grote aanbieder van wonen, diensten en zorg in Rotterdam en omstreken. De afdeling zorg aan huis bestaat ongeveer 4 jaar en verleent zorg sinds het begin al op zijn eigen manier. Zorg aan huis is persoonlijk en werkt met een kleinschalige en wijkgerichte aanpak (www.laurens.nl).

Toegepaste werkwijze

Kleinschaligheid, wijkgericht werken, geïntegreerde zorg.

Inhoud werkwijze

- In elke wijk in Rotterdam is er een wijkteam. Ieder team bestaat uit ongeveer 10 medewerkers, van helpende niveau 2 tot verpleegkundige niveau 5. De teamleiders zijn verpleegkundigen niveau 5, ze zijn verantwoordelijk voor hun eigen wijkteam. Verder is er een klantadviseur in elk team, ze neemt contact met de huisartsen op, doet intakes, spreekt met de cliënten de benodigde zorg af en gaat daarna passende indicatie aanvragen. Meestal worden de aangevraagde indicaties goedgekeurd door het CIZ. De klantadviseur is ook verantwoordelijk voor de wijzigingen van de indicatie.
- Gemiddeld heeft een team 35 cliënten onder zijn hoede. De cliënten worden door een beperkt aantal en dezelfde medewerkers verzorgd. Wanneer er meerdere handelingen bij één cliënt uitgevoerd moeten worden, wordt één bevoegde en bekwame medewerker (van niveau 3 tot 5) gestuurd. Deze verleent alle benodigde zorg, van ADL en steunkousen aantrekken tot injecties en sondevoeding geven. Helpende niveau 2 wordt ingezet bij cliënten die alleen ADL zorg nodig hebben. De teamleider werkt zelf ook 50% aan bed zodat ze het zorgproces en de kwaliteit van zorg in de gaten kunnen houden.
- Elke cliënt heeft een vaste contactpersoon van het wijkteam. Deze neemt de regie rondom de zorg van de cliënt. Bij problemen kan de teamleider ingeschakeld worden. Ze is eindverantwoordelijk voor de zorgorganisatie van alle cliënten in haar wijk. Wanneer de teamleider niet aanwezig is, wordt er een ervaren teamlid ingepland als waarnemer.
- De wijkteams kunnen zelf hun werk indelen en de planning is flexibel. Hierbij worden de belangen van de cliënten als uitgangspunt gehanteerd. De teamleiders maken wekelijks de planning, bij verhinderingen of problemen van de patiënten of de medewerkers kan de planning aangepast worden in overleg met de teamleider.
- Elk team heeft een teamgebonden 06 nummer, dit is van 's ochtends 7 uur tot 's avonds 23 uur bereikbaar voor de teamleden en de patiënten. De teamleider of de waarnemer houdt gedurende haar dienst deze telefoon bij zich, zowel dag- als avonddienst. Dit nummer wordt

na 23 uur doorgeschakeld naar de nachtdienst. Iedere nacht is een wijkzuster aanwezig die verantwoordelijk is voor een aantal wijken.

- Er is weinig administratief werk omdat dit door het hoofdkantoor wordt gedaan. Denk aan taken zoals urenregistratie, administratie rondom opname en ontslag enz. De verpleegkundigen krijgen hierdoor meer tijd voor hun cliënten.

- Er zijn een aantal vaste invallers beschikbaar om de medewerkers tijdens ziekte of vakanties te vervangen.

(www.laurens.nl)

Succesfactoren

- Vertrouwensband. De medewerkers en de cliënten kennen elkaar goed omdat er maar een klein aantal medewerkers bij de mensen thuis komt. Door die persoonlijke band kunnen de medewerkers beter en directer op de behoeften inspelen.

- Regie medewerkers. In het dagelijkse werkplanning krijgen de medewerkers meer ruimte. De planning staat niet vast, de medewerkers mogen aan de hand van de individuele wensen en behoeften van de cliënten de planning aanpassen in overleg met de leidinggevende. De belangen van de cliënten staan hierbij centraal.

- Betere communicatie. De wijkgerichte teams hebben korte lijnen met de huisartsen, apothekers en andere hulpverleners. Het netwerk is overzichtelijk. Het toegankelijke 06 nummer levert een bijdrage aan de communicatie met andere zorgverleners in de wijk.

Resultaten

Uit het interne cliëntentevredenheidsonderzoek is het volgende gebleken:

- Laurens zorg aan huis heeft hoge cliëntentevredenheid.

- De cliënten en hun familie geven aan een betere band te hebben met de zorgverleners.

- Veranderingen bij de cliënten worden sneller gesignaleerd.

- De communicatie tussen de zorgverleners verloopt in de meeste gevallen goed.

(www.laurens.nl)

Laurens, 2009. *Publicaties*. [internet]. [aangehaald 20-10-2009] Bereikbaar op:

www.laurens.nl/publicaties

2 Zorgorganisatie Vitras/CMD

Zorgorganisatie Vitras/CMD is werkzaam in provincie Utrecht en omstreken. De organisatie werkt voortdurend aan de vernieuwing en verbetering van de zorg. Vitras/CMD thuiszorg heeft in Nieuwegein en Doorn buurtteams opgezet met succes (www.vitrascmd.nl).

Toegepaste werkwijze

Kleinschaligheid, wijkgericht werken

Inhoud werkwijze

- Het creëren van wijkgerichte teams met precies de juiste mix van verzorgenden en verpleegkundigen, bij complexe zorgsituaties wordt de hoogste bevoegde persoon ingezet.

- Wijkteams verzorgen zelf de planning en inzet, de belangen van de cliënten staan hierbij centraal.

- Elke cliënt krijgt een vaste contactpersoon toegewezen, deze verleent regelmatig zorg bij de cliënt en is het eerste aanspreekpunt voor de cliënt.

- Minder administratie voor de wijkverzorgenden en verpleegkundigen door het overnemen van administratief werk door het hoofdkantoor.

- In Doorn zijn 2 kleine wijkteams opgericht. In elk team werken ongeveer 15 wijkverpleegkundigen en verzorgenden. Er is een coördinerend wijkverpleegkundige werkzaam in het team. Deze bespreekt de wensen van de cliënten en maakt afspraken over de nodige zorg (Van den Elsen, 2009).

Succesfactoren

- Juiste mix van verschillende niveau's binnen een wijkteam. Dit zorgt voor de efficiëntie van de zorg.
- Kleine teams. De cliënten krijgen minder medewerkers over de vloer.
- Flexibiliteit. De wijkteams kunnen zelf eenvoudig en overzichtelijk hun eigen planning en inzet bepalen op basis van de wensen, behoeften en vaste afspraken van de cliënten.

Resultaten

- Minder fragmentatie in de planning, afstemming en levering van zorg.
- Hoge tevredenheid cliënten en medewerkers uit het interne onderzoek.
- Door kleine teams is er minder overhead nodig en hierdoor worden de kosten bespaard.
- Het opzetten van buurtteams in Nieuwegein is een succes geworden. In de komende periode willen Vitras/CMD de extramurale zorg in andere gemeentes ook op deze manier inrichten.

(www.vitrascmd.nl)

Elsen, W. van den. 2009. *“Extramurale zorg kan en moet goedkoper: wijkverpleegkundige wordt reddende engel”*. Zorgvisie, sept. 2009(9):12

Vitrascmd, 2009. *jaarbericht 2007* [internet]. [aangehaald 20-10-2009] Bereikbaar op:

www.vitrascmd.nl

3 Stichting Buurtzorg Nederland

Stichting Buurtzorg Nederland is in 2006 opgericht als reactie op de schaalvergroting in de thuiszorg en de opkomst van de “stopwachtzorg”. De eerste Buurtzorgteams functioneren sinds 2007. Het concept van Buurtzorg is namelijk werken in de wijk met kleine zelfsturende teams. Tegenwoordig is Buurtzorg een snel groeiende, populaire en landelijke netwerkorganisatie in de thuiszorgsector (NIVEL 2008).

Toegepaste werkwijze

Kleinschaligheid, wijkgericht werken, samenwerking tussen zorgverleners, geïntegreerde zorg.

Inhoud werkwijze

- De teams zijn wijk of buurtgericht en bestaan uit hooguit 10-15 medewerkers. Ze zijn generalistisch werkende en ervaren wijkverpleegkundigen en ziekenverzorgenden. De medewerkers regelen zelf de kantoren, de roostering, cliëntplanning, vakantieopvang en administratie.
- De medewerkers werken zelfsturend, hebben zelf de regie in hoe de zorg georganiseerd en gegeven wordt, zoals wie wat doet, wanneer en hoe. Ze zijn verantwoordelijk voor hun eigen cliënten en werken samen met de huisartsen, thuiszorgfysiotherapeut en de eerstelijns ergotherapeut, het ziekenhuis en de sociale netwerken van de buurt.
- Cliënten, huisartsen en andere verwijzers kunnen rechtstreeks contact opnemen met de buurtteams door naar het teamnummer te bellen. Bij intake wordt de benodigde zorg met de cliënten besproken. Wanneer een cliënt nog geen indicatie heeft, wordt de situatie door de wijkverpleegkundige bekeken en ze beslist in overleg met de cliënt welke zorg nodig is. Hierna wordt de indicatie bij het CIZ aangevraagd.
- Elk team kan een zeer ervaren verpleegkundige, zogenaamde “regionaal werkende coach” inschakelen voor vragen en advies. De coach begeleidt en volgt het team op afstand. Daarnaast worden de teams door het centrale kantoor in Almelo ondersteund. Scholing, training, werving en selectie worden centraal geregeld. Administratie en registratie wordt met behulp van moderne ICT- middelen ondersteund.

- Er komt zoveel mogelijk dezelfde medewerker bij een cliënt, dit betekent dat de medewerkers soms verspreid over alle dagdelen moeten werken.

Succesfactoren

- Samenwerking met huisartsen en therapeuten. De verantwoordelijkheid voor de cliënten wordt door alle disciplines samen gedragen. Er zijn korte lijnen voor communicatie en coördinatie.
- Kleine buurtteams. Dit zorgt voor het overzicht, meer flexibiliteit en autonomie voor de medewerkers en lage overheadkosten zoals die van administratief personeel.
- De regie van verpleegkundigen. De wijkverpleging bij Buurtzorg doet veel zelf, van intake tot en met indiceren. Dit maakt het werk afwisselend en dus ook leuker voor de verpleegkundigen (Verstraeten 2008).

Resultaten

- Door samenwerking leren de disciplines elkaar en elkaars expertise veel beter kennen, de zorgafstemming en coördinatie zijn verbeterd. De zware zorg is minder nodig door inzet van fysio- en ergotherapeuten, de goede bereikbaarheid en snelle inzetbaarheid van de therapeuten wordt door de cliënten gewaardeerd.
- Buurtzorg heeft een lage overheadkosten van 8% terwijl dit bij grote thuiszorgorganisaties tussen 25-30% liggen. Door de lage overheadkosten kan de productie iets omlaag.
- De Buurtzorgteams kunnen tot nu toe altijd de productienorm halen. Zowel de kosten voor de verpleegkundigen en verzorgenden als de ondersteunende activiteiten kunnen goed uit de tarieven worden gefinancierd.
- Uit het onderzoek van NIVEL is gebleken dat de cliënten, zorgverleners en huisartsen erg tevreden zijn met Buurtzorg. De cliënten gaven een gemiddelde rapportcijfer van 9. De kwaliteit van zorg van Buurtzorg is bovengemiddeld in vergelijking met landelijke referentiegegevens.
- Uit hetzelfde onderzoek van NIVEL bleek dat het manier van werken van Buurtzorg vertrouwend was. De medewerkers vinden het prettig om relatief zelfstandig en autonoom te kunnen werken, ze zijn zeer gemotiveerd en enthousiast over hun werk.
- 24-uurs bereikbaarheid en de versnipperde werktijden worden als belastend ervaren door de medewerkers. Verder is personeelsgebrek tijdens ziekte en vakanties een belangrijk nadeel van het werken in een kleinschalig team.

NIVEL, 2008. *Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd, een onderzoek naar de ervaringen van cliënten, mantelzorgers, medewerkers en huisartsen*. Utrecht: NIVEL

Verstraeten, M. 2008. "Buurtzorg is een levensvisie: interview Jos de Blok wijkverpleegkundige en directeur buurtzorg". *Bijzijn*, 2008(10):9-11

4 ZZG Zorggroep

ZZG zorggroep is actief in de gemeente Nijmegen en omstreken. In 2008 heeft ZZG verschillende initiatieven genomen, behalve het oprichten van de "stabiele zorgteams", is ZZG ook een samenwerking aangegaan met het CIZ (www.zzgorggroep.nl).

Toegepaste werkwijze

Wijkgericht werken, kleinschaligheid, samenwerking met huisartsen en andere eerstelijns zorgverleners.

Inhoud werkwijze

- Werk met kleine, wijkgebonden teams. De wijkteams werken vanuit o.a. zorgcentra en huisartspraktijken.
- In 2008 zijn de wijkteams gestart met de zogenaamde "stabiele zorgteams". Een stabiel zorgteam bestaat uit ongeveer 10 medewerkers die samen circa 35 cliënten verzorgen. Het

team levert de gehele week de dagelijkse zorg. De teamleden werken nauw samen, vervangen elkaar en zijn samen verantwoordelijk voor de planning en roostering. De stabiele zorgteams gaan alleen over de enkelvoudige persoonlijke verzorging zoals wassen, steunkousen trekken, in en uit bed komen.

- De wijkverpleegkundigen en verzorgenden zitten samen in één wijkteam en verlenen zelfstandig de complexe zorg aan de thuiszorgpatiënten.
- De wijkverpleegkundigen werken veel samen met de huisartsen, collega-instellingen, ziekenhuizen en wooncorporaties. ZZG heeft verschillende ketenzorgprojecten lopen op het gebied van diabetes, CVA, orthopedie, geriatrie enz. Alle betrokken zorgverleners maken duidelijke afspraken met elkaar zodat de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats te verlenen.
- De verpleegkundigen richten zich ook op de aandachtsvelden zoals preventie, diagnostiek en zorg op afstand. Ze houden de ontwikkelingen bij en dragen deze over aan hun collega's.
- De wijkverpleegkundigen geven ook advies en voorlichtingen over chronische aandoeningen zoals diabetes, COPD, over gebruik van medicijnen of aanpassingen thuis.
- In 2008 heeft ZZG zorggroep en CIZ een overeenkomst getekend in het kader van de pilot Flexibilisering Werkprocessen. Dit betekent dat de wijkverpleegkundigen op basis van de eigen vakkennis en ervaringen zelf de benodigde zorg mogen bepalen en daarna hun adviezen aan CIZ voorleggen. Het CIZ toetst de adviezen steekproefsgewijs en stelt vervolgens formele besluiten vast.
(www.zgzorggroep.nl)

Succesfactoren

- Zelfstandigheid medewerkers. Omdat de teamleden van de wijkteams zelf verantwoordelijk zijn voor de planning en roostering, krijgen ze de ruimte om zaken op hun eigen manier te regelen.
- Continuïteit van zorg. Door het ontstaan van de stabiele zorgteams komen er minder medewerkers bij de cliënten over de vloer.
- Afspraak met CIZ. Door de samenwerking met CIZ kan de indicatiestelling binnen de AWBZ eenvoudiger en sneller tot stand komen. De wijkverpleegkundigen hebben de regie weer in hun handen (www.actiz.nl).

Resultaten

- ZZG heeft recent een kwalitatief onderzoek gedaan naar de tevredenheid van cliënten over organisatie en medewerkers. De cliënten gaven ZZG zorggroep een gemiddeld rapportcijfer van 7,8. De medewerkers hebben een gemiddeld cijfer van 8,1 gekregen.
- De resultaten van het steekproefsgewijs toetsen van het CIZ waren erg positief. De door de wijkverpleegkundigen ingeschatte en geleverde zorg kwam overeen met de daadwerkelijk benodigde zorg van de cliënten. De adviezen van de wijkverpleegkundigen werden veelal door het CIZ geaccepteerd. De ZZG heeft daarom deze werkprocessen inmiddels structureel toegepast. (www.zgzorggroep.nl)

ZZGzorggroep, 2009. *ZZG in perspectief: jaarverslag 2008* [internet]. [aangehaald 20-10-2009] Bereikbaar op: www.zgzorggroep.nl

Actiz, 2009. *De wijkverpleegkundige is spil in de zorg* [internet]. 13-05-2009 [aangehaald 20-10-2009] Bereikbaar op: <http://www.actiz.nl/actueel/brachenieuws/2/408?start=0>

5 Zorgorganisatie Omring

Zorgorganisatie Omring is werkzaam in de gehele regio Noord-Holland Noord. Omring zorg thuis is vooral actief in deze regio, daarnaast biedt Omring ook thuiszorg in Alkmaar. In 2008 is er een aantal grote veranderingen binnen de organisatie opgetreden (www.omring.nl).

Toegepaste werkwijze

Samenwerking met andere eerstelijns zorgverleners, wijkgericht werken, kleinschaligheid, geïntegreerde zorg.

Inhoud werkwijze

- De thuiszorg is wijkgericht. De wijkverpleegkundigen werken veel samen met de mantelzorgers, de huisartsen, ouderenbonden, vrijwilligers en andere betrokken zorgverleners.
- In 2008 is Omring in West-Friesland gestart met de inzet van coördinerende verpleegkundigen. Dit houdt in dat ze een eerste huisbezoek afnemen, zorgdossier en zorgplan invullen, cliëntbespreking voorzitten en plannen, cliëntevaluaties houden, collega's coachen. Ze hebben naast het indicatiebeheer ook de zorginhoudelijke regie. Ze zijn het vaste aanspreekpunt voor de inwoners en zorgverleners. Daarnaast bespreken de coördinerende wijkverpleegkundigen de kwalitatieve verbeterpunten met de manager en voer de benodigde acties uit.
- In het dorp Middenmeer werkt het wijkteam preventiegericht. De coördinerende wijkverpleegkundigen functioneren als centraal aanspreekpunt voor de inwoners voor vragen op het gebied van zorg en welzijn. Ze richten zich op de volgende aspecten van zorg: preventie, vroegsignalering en welzijnsvoorzieningen, zodat de inwoners met problemen snel doorverwezen kunnen worden naar andere disciplines en zorgvoorzieningen. De coördinerende wijkverpleegkundigen verlenen ook directe zorg.
- Omring is ook bezig om het team Verpleging & Verzorging in de Gemeente Wieringermeer op te splitsen in 2 kleinere teams. Elke cliënt krijgt een vaste contactpersoon (EJV-er), de EJV-er coördineert de zorg voor haar vaste cliënten.
- In 2008 is Omring ook gestart met een geïntegreerd team van wijkverpleging en wijkverzorging. Ze willen op basis van de indicaties een juiste deskundigheidsmix creëren in de wijkteams.
- Omring heeft in 2008 afspraken met het Zorgkantoor Noord-Holland Noord gemaakt over verbeteringen met betrekking tot het indicatiebeheer en gegevensuitwisseling.
(www.omring.nl)

Succesfactoren

- Inzet van coördinerende wijkverpleegkundige in West-Friesland. De wijkverpleegkundigen worden als een verbindende schakel tussen de cliënten en betrokken zorgverleners gezien. Ze regelen de dagelijkse zorgactiviteiten voor de cliënten en helpen de leidinggevende de kwaliteit van zorg waar te borgen.
- Preventiegericht werken in Middenmeer. De wijkverpleegkundige is een bekend gezicht voor de inwoners van het dorp en het aanspreekpunt. Ze is "de zuster van het dorp" en probeer met deze manier van werken de problemen bij de cliënten snel te signaleren.
- Juiste deskundigheidsmix in wijkteams. Juiste mix kan ervoor zorgen dat de thuiszorg beter bij de zorgvraag van de cliënten aansluit.
- Kleinere teams. De cliënten krijgen meer intensiever contact met dezelfde medewerker, de zorgsituaties worden ook overzichtelijker voor de wijkverpleging.
(www.actiz.nl)

Resultaten

- In het jaardocument 2008 is wordt het benoemd dat de zorgkwaliteit van Omring zorg huis verhoogd is zonder toename van kosten.
- Door het opzetten van kleinere wijkteams krijgen de verpleegkundigen weer een stevige positie in de wijk, deze nieuwe werkwijze wilt Omring doorvoeren in andere regio's.
- Door de inzet van coördinerende wijkverpleegkundigen en samenwerking met alle eerstelijns zorgverleners in West-Friesland ontstaat een sterk sociaal netwerk rondom de cliënten. Hierdoor kunnen ze langer zelfstandig thuis blijven wonen.
(www.omring.nl)

Omring, 2009. *Van solex naar laptop; project wijkverpleging nieuwe stijl in Middenmeer* [internet]. 18-05-2009 [aangehaald 20-10-2009] Bereikbaar op: [http://www.omring.nl/index.php?id=13&tx_mininews_pi1\[showUid\]=472&cHash=a9dc86ea2d](http://www.omring.nl/index.php?id=13&tx_mininews_pi1[showUid]=472&cHash=a9dc86ea2d)
Omring, 2008. *Jaarverslag 2008*. [internet] [aangehaald 20-10-2009] Bereikbaar op: http://www.omring.nl/fileadmin/DMZ/omring/Jaarverslagen/Jaardocument_Omring_2008.pdf

6 Rivas zorggroep

Rivas zorggroep is een grote aanbieder op het gebied van zorg, wonen en welzijn in delen van zuid-Holland, Brabant, Gelderland en Utrecht. In september 2009 gaf de bestuurder van Rivas aan dat ze een nieuw model willen toepassen in de extramurale zorg om de zorg aan huis weer zo veel mogelijk als één pakket te leveren (www.rivas.nl).

Toegepaste werkwijze

Wijkgericht werken, geïntegreerde zorg

Inhoud werkwijze

- Wijkteams vanuit de buurt opereren en ze werken samen met de eerstelijns zorgverleners.
- De hoogopgeleide verpleegkundige functioneert als zorgcoördinator in de wijk, deze overlegt met de huisarts over de benodigde zorg voor een cliënt.
- De coördinerende wijkverpleegkundige zet de mantelzorgers en vrijwilligers in en biedt ondersteuning zodat niet voor elke handeling een zorgmedewerker ingezet hoeft te worden.
- De medewerkers in de wijkteams worden verdeeld in 3 competenties van laag en gemiddeld naar zwaar. Er wordt niet voor elke functie een aparte medewerker gestuurd. Wanneer iemand meerdere deskundigheidsniveaus nodig heeft, wordt meestal het “hoogste” deskundigheidniveau ingezet (Van den Elsen, 2009)

Succesfactoren

- Regie verpleegkundige. De wijkverpleegkundige mag zelf de benodigde zorg bepalen samen met de cliënten en huisarts. Ze coördineert de zorg tussen de cliënten, zorgverleners, mantelzorgers en vrijwilligers. De verpleegkundige heeft de regie weer terug in hun handen.
- Minder versnipperde zorg. Doordat de medewerkers in 3 niveau's worden verdeeld, krijgt de cliënt alleen zorgmedewerkers van een passend niveau en hierdoor ook minder verschillende gezichten.
(www.rivas.nl)

Resultaten

- Beter inzicht en overzicht in de situatie van de cliënten. Door het inschakelen van de coördinerende verpleegkundige wordt de cliënten meer als een geheel gezien in plaats van “versnipperde handelingen”.
- Minder zorgmedewerkers hoeven ingezet te worden door de goede coördinatie en de inzet van mantelzorgers en vrijwilligers.
(www.rivas.nl)

Rivas, 2009. *Beleidsplan 2005-2009*. [internet] [aangehaald 20-10-2009] Bereikbaar op: www.rivas.nl

7 Zorggroep Almere

Zorggroep Almere heeft in 2003 het project “Fysiotherapie in de thuiszorg” geïntroduceerd. Na het onderzoeken heeft zorggroep Almere de behoeften aan fysiotherapie van cliënten aan huis vastgesteld. Door het starten van dit nieuwe project wilde de organisatie het hiaat dichten. Het project “Fysiotherapie in de thuiszorg” is gestart op basis van het concept

“geïntegreerde thuiszorg”. De nieuwe werkwijze die ze hebben toegepast in het project was nauwere samenwerking met andere disciplines in de eerstelijns (Kouwenhoven en Riezebos, 2009).

Toegepaste werkwijze

Samenwerking tussen eerstelijns zorgverleners.

Inhoud werkwijze

- De wijkverpleging, ergotherapie, fysiotherapie en de huisarts vormden zogenoemde “wijkzorgnetwerk” en gingen samenwerken onder eindverantwoordelijkheid van de huisarts.
- De bovengenoemde disciplines werden op de hoogte gesteld over de nieuwe werkwijze van “thuiszorgfysiotherapie” en in kennis gesteld van de verwijscriteria, zodat het voor iedereen duidelijk werd wanneer, in wat voor situatie en welke discipline ingeschakeld kon worden.
- De thuiszorgfysiotherapeut richtte zich voornamelijk op het verbeteren van functioneel bewegen, het voorkomen van vallen en mantelzorgoverbelasting en het signaleren van multiprofessionele zorgvragen.
- Het doel van dit project is van tevoren opgesteld door de bovengenoemde disciplines: om de thuiswonende ouderen en mantelzorgers beter te bereiken, om de thuissituatie te handhaven en de kwaliteit van zorg te verbeteren.
- De betrokken fysiotherapeuten hebben een post-hbo cursus gevolgd aan de hogeschool Utrecht. Ze zijn specifiek bijgeschoold om geïntegreerde thuiszorg te leveren.

Succesfactoren

- Samenwerking. Uit diverse gesprekken met huisartsen en de thuiszorg en uit de gevoerde behoeftepeiling is gebleken dat er veel vraag was naar een nauwere samenwerking tussen de betrokken zorgverleners in de thuissituatie. Dit is een gat in de markt en de zorggroep Almere heeft naar aanleiding hiervan de pilot “samenwerking” gestart met positieve resultaten.
- Fysiotherapie aan huis. Er was vooral een hiaat in de thuiszorg vanuit de fysiotherapie. Door de samenwerking tussen verschillende zorgverleners en door de juiste doorverwijzingen werd de fysiotherapeut veel vaker betrokken bij de zorg aan de thuiswonende patiënten.

Resultaten

- De thuiswonende patiënten werden beter bereikt door de fysiotherapeut.
- Valrisico's en mantelzorgbelasting werden preventief gescreend door het op tijd signaleren en doorverwijzen naar de fysiotherapeut.
- De fysieke en sociale mobiliteit van de patiënten is verbeterd.
- De zorg is beter op elkaar afgestemd door de samenwerking tussen de zorgverleners.

Kouwenhoven N, Riezebos J (2009) Geïntegreerde thuiszorg – aandoeningsonafhankelijke netwerkzorg in de thuissituatie. In: Rosendal H, Ahaus, K, Huijsman R, Raad C. Ketenzorg; praktijk in perspectief. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

8 Zichtbare Schakel

In 2009 is het programma “Zichtbare Schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt” van start gegaan. Het algemene doel van dit programma is het verbeteren van een integrale aanpak tussen wonen, zorg en welzijn, te beginnen in 40 aandachtswijken. Dit moet uiteindelijk tot uitdrukking komen door aantoonbaar meer wijkverpleegkundigen (ongeveer 250) in de wijken actief te laten zijn.

Met extra inzet van de wijkverpleegkundige functie wordt beoogd de integrale aanpak tussen wonen, zorg en welzijn te vergroten, de verbinding tussen vraag en aanbod voor de burger op wijkniveau en de bereikbaarheid te optimaliseren en een sluitende zorg- en dienstverlening in de wijk passend bij de behoeften van (met name de kwetsbare) burger.

Toegepaste werkwijze

De wijkverpleegkundige in de (aandachts)wijken heeft een functie waarbinnen naast reguliere taken in de zorgverlening taken als coördinatie en regie, advisering en doorverwijzing, signalering en probleemanalyse op wijkniveau worden versterkt c.q. vernieuwd. Daarbij worden vanuit de zorgtaak verbindingen gelegd met relevante beleidsterreinen als wonen, werken en integratie. Het gaat om samenhangende taken en functies als:

- Vroegsignaleren en doorverwijzen
- Zorgverlenen en adviseren, verbinden en toeleiden
- Het vergroten van het bereik van interventies onder relevante doelgroepen (dan wel het op "maat" maken, passen bij de doelgroepen en context van de wijk)
- Registreren en volgen
- Monitoren van beleidsrelevante informatie als feedback voor lokaal gezondheidsbeleid.

(ZonMw, Uitvoeringsprogramma Zichtbare Schakel, 2009)

Door de programmatische invulling kan de wijkverpleegkundige (weer) een spil worden in de verlening van zowel preventie als zorg in de buurt en de wijk.

Samenhang in de eerstelijnszorg

De cliënt met geïndiceerde zorgvraag is voor de meeste wijkverpleegkundigen de uitgangssituatie voor de ontmoeting. Voor de wijkverpleegkundige van Zichtbare Schakel wordt de aanleiding voor de ontmoeting verbreed, bijvoorbeeld op geleide van informatie uit epidemiologische gegevens van bevolkingsonderzoek op wijkniveau, gegevens met betrekking tot "risicostraten/ postcodes. Of natuurlijk via sleutelfiguren, disciplines als huisartsen/ praktijkondersteuners, alfahulp, woningbouwverenigingen etc. Na een bezoek of melding volgt in principe altijd een bezoek en een taxatie van welke vervolgcacties wenselijk zijn en wie in de keten dient te worden betrokken.

De wijkverpleegkundige in de (aandachts)wijk diagnosticeert per melding/ bezoek de gezondheidsproblemen en hun gevolgen, adviseert de bewoner op de relevante gebieden (wonen, zorg en welzijn), leidt deze naar de passende instantie/ brengt individu en aanbod samen en informeert binnen de kaders van het beroepsgeheim die instanties over de casuïstiek ter voorbereiding om eventueel stappen te ondernemen, daar waar de bewoner de adviezen moeilijk of niet opvolgt.

Nadat de wijkverpleegkundige het gezondheidsprobleem heeft weten te verbinden aan goede oplossingen, wordt idealiter de voortgang gemonitord.

De wijkverpleegkundige in de (aandachts)wijken zorgt dat individuele casuïstiek wordt verbonden met een systeem waar op buurt, wijk of regionaal niveau de gezondheidsprofielen worden gevolgd.. Vanuit deze meer generieke informatie wordt gezorgd voor meer gezonde omgevingsfactoren en voor gezond overheids- en organisatiebeleid.

Er is op deze manier veel meer contact en verbinding in de eerstelijns. En er wordt veel meer wijkgericht gewerkt door de signalerende taak van de wijkverpleegkundige in de hele wijk.

Waarom deze invulling van de rol van de wijkverpleegkundige?

De wijkverpleegkundige is in dit alles de meest geëigende professional omdat zij traditioneel de enige is die met regelmaat achter de voordeur van cliënten met (complexe) gezondheidsproblemen komt. Zij heeft daarmee de mogelijkheid om:

- (Preventieve) zorg te verlenen

- Zowel voor de cliënt als de directe omgeving waarin deze woont problemen te signaleren
- In overleg met anderen oplossingen te vinden
- Hulpvragen te coördineren

Tevens vormt zij met huisarts en de praktijkondersteuners vaak een krachtig tandem; de huisarts en praktijkondersteuners vanuit de huisartsenpraktijk, de wijkverpleegkundige achter de voordeur.

De extra inzet van de wijkverpleegkundige gaat om het versterken c.q. vernieuwen van de “reguliere” (zorg) taken met meer accenten op coördinatie, regie, afstemming en verwijzing en dat vanuit een visie op samenhangende zorg.

Succesfactoren van deze innovatie

De Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn heeft actief meegedacht aan de praktische inrichting van het programma. De tweede kamer heeft ingestemd voor dit project en er is subsidie vrij gesteld voor het project. Zo blijft de drempel laag voor de mensen om naar de Zichtbare Schakel toe te gaan. Er is namelijk geen indicatie voor nodig.

Te verbeteren

Het project loopt nog steeds tot 2012. Dan wordt het gehele project geëvalueerd en wordt bekeken van hoe nu verder.

De uitkomsten van het monitoren zijn nog niet bekend, daaruit hopen ze informatie te krijgen, waarmee ze de toekomstige financiers kunnen overtuigen van het nut van de hernieuwde brede invulling van de wijkverpleegkundige functie. (Veenstra, 2010)

Conclusie

Het doel van het project de Zichtbare Schakel is het verbeteren van de integrale aanpak tussen wonen, zorg en welzijn door middel van meer wijkverpleegkundige in de wijk, voornamelijk in de achterstandswijken. De wijkverpleegkundige krijgt verschillende extra taken opgelegd om dit te bereiken en om meer samenhang in de zorg te krijgen. De wijkverpleegkundige wordt zo weer een spil in de verlenging van zowel preventie als zorg in de wijk.

(ZonMw, Uitvoeringsprogramma Zichtbare Schakel, 2009)

9 Preventiekracht Dicht bij huis

In 2006 heeft het ministerie van Volksgezondheid; Welzijn en Sport (VWS) besloten dat preventieactiviteiten niet langer binnen de AWBZ passen. Dit is sinds 2007 overgeheveld van de AWBZ naar de begroting van de VWS. Deze overgang werd aangegrepen om preventie en gezondheidsbevordering bij de thuiszorgorganisaties een kwaliteitspuls te geven. ZonMw heeft een programmeeropdracht gekregen van het ministerie van Volksgezondheid; Welzijn en Sport (VWS) en verstrekt subsidie voor de duur van drie jaar namelijk 2007 tot en met 2009. In het kader van deze opdracht heeft ZonMw het programma PreventieKracht Thuiszorg uitgevoerd. In 2009 bleek dat het programma een vervolg nodig had en is geconcludeerd dat enkele doelstellingen nog verdere aandacht behoeften. Op basis van deze conclusies is VWS overgegaan tot een vervolgoopdracht aan ZonMw. De commissieleden noemen 4 aandachtspunten voor het vervolgprogramma:

- Inbedding in de regionale context
- Het eigendom van preventie waarborgen
- De positie van preventie binnen de thuiszorgorganisatie versterken
- Aandacht voor de kwaliteit van de uitvoering van de interventie

Belangrijke veranderingen in het programma zijn:

- Het gezamenlijk realiseren van een (lokaal) aanbod van preventie. Het budget is beschikbaar voor meerdere partijen die werkzaam zijn op het gebied van preventieve gezondheid, maar een thuiszorgorganisatie moet deel uitmaken van dit samenwerkingverband. Deze partijen dienen gezamenlijk een preventieplan in;
- Het vergroten van het bereik van risicogroepen. Door een sterkere samenwerking op lokaal en regionaal niveau kunnen hulpverleners die al veel contacten hebben met mensen uit de risicogroepen, hieraan meer bijdragen dan voorheen.

(ZonMw, Uitvoeringsprogramma Preventiekracht, 2009)

Nieuwe invulling van de rol van de wijkverpleegkundige

Er worden 250 extra wijkverpleegkundigen ingezet waarvan 75% gaat werken in de 40 aangegeven aandachtswijken. Met als opdracht de zorg op locatie te verbeteren, hierin is een verbinding met het project de Zichtbare Schakel.

De wijkverpleegkundigen hebben een grote rol in het preventief werken. Er wordt nu door verschillende organisaties gebruik gemaakt van preventieplannen die wel wat van elkaar af hebben, of die juist heel verschillend zijn. Nu is het plan om alleen nog gebruik te maken van gecertificeerde interventies van het Centrum Gezond Leven (CGL).

Zijn er toch preventieplannen die goed werken, of opnieuw zijn ontwikkeld, moeten deze eerst gekeurd worden door het CGL.

Het project wordt voornamelijk gericht op moeilijk bereikbare groepen in de achterstandswijken; mensen die hoogrisico lopen op leefstijlgerelateerde ziekte, mensen die risico lopen op het ontwikkelen van chronische ziekten, mantelzorgers, ouderen, allochtonen. In de eerstelijnsgezondheidszorg geldt dit voor heel veel verschillende disciplines, maar voor de wijkverpleegkundige ligt wel de belangrijkste rol. Zij komt het meeste bij de mensen achter de voordeur, is een schakel tussen de verschillende disciplines.

Het is daarom heel belangrijk dat er een goede samenwerking is tussen de verschillende disciplines in de eerstelijnszorg om deze opdracht tot een slagen te leiden.

Samenhang in de eerstelijnszorg

Door dit project zal er op 2 gebieden meer samenhang in de eerstelijnszorg ontstaan. Er ontstaat meer samenhang in wonen, welzijn en zorg. Er wordt wijkgericht gewerkt, door meer wijkverpleegkundigen te verdelen over de 40 aandachtswijken. Zo heeft elke wijkverpleegkundige een eigen wijk, en weet daardoor precies wat er te bieden is in die wijk en wat er speelt binnen haar wijk.

En er ontstaat meer samenhang tussen verschillende zorgaanbieders. Voor dit project is het heel belangrijk dat zorgaanbieders samen gaan werken om een zo optimaal resultaat te behalen. Vooral de wijkverpleegkundige is hierin de schakel tussen de andere disciplines. Op deze manier kunnen we het beste bieden voor de cliënten in eerstelijnszorg.

Waarom is er gekozen voor deze invulling van de rol van de wijkverpleegkundige?

De wijkverpleegkundige is toch wel de meest geëigende professional om achter de deuren van cliënten te komen. Zij kan de situatie in kaart brengen en een vinger aan de pols houden bij cliënten. En doordat zij meer bekend wordt in de wijk, en subsidie is vrij gesteld, daardoor geen indicatie nodig is, is de drempel ook veel lager.

Zij heeft daarmee de mogelijkheid om:

- (Preventieve) zorg te verlenen
- Zowel voor de cliënt als de directe omgeving waarin deze woont problemen te signaleren
- In overleg met anderen oplossingen te vinden
- Hulpvragen te coördineren

Tevens is zij de schakel tussen andere disciplines. Met sommige zal ze meer te maken hebben dan de andere, ook mede bepalend door de cliëntsituatie. Goede samenwerking is daarom van belang, om optimale resultaat te behalen voor de cliënt.

Succesfactoren

Door de inzet van meer wijkverpleegkundigen in de 40 aandachtswijken is het bereiken van risicogroepen vergroot. Mensen die eerst nooit in beeld waren, worden nu in beeld gebracht. Er is meer bekend wat er nou in de wijken speelt, en waar de aandacht op ligt.

Het samenwerken en langdurig inzetten met kennis van de doelgroep, blijken sleutels tot succes, omdat het ideale preventieprogramma bestaat uit een aaneenschakeling van verschillende interventies. Hierbij komen veel disciplines bij kijken, samenwerking is dus belangrijk.

Te verbeteren

Er moet voortaan gewerkt worden via preventieplannen van het Centrum Gezond Leven, alleen zijn er echter nog heel weinig preventieplannen gericht op de thuiszorg. Er is nu wel tijd en ruimte vrij gemaakt voor onderzoek en implementatie voor interventies die toepasbaar zijn in de thuiszorgsetting, zodat er preventieplannen ontwikkeld kunnen worden gericht op de thuiszorg.

Conclusie

Preventieactiviteiten vallen niet meer binnen de Algemene Wet Bijzondere Ziekten (AWBZ), maar voortaan bij de begroting van de ministerie Volksgezondheid; Welzijn en Sport. In dit project heeft de wijkverpleegkundige een belangrijke taak, de wijkverpleegkundige is als ware de schakel tussen de verschillende disciplines die te maken hebben met de preventie in de eerstelijnszorg. De wijkverpleegkundige komt het meest achter de deuren en weet wat er speelt in de wijk.

Er wordt voortaan gebruik gemaakt van preventieplannen die gecertificeerd zijn via het Centrum Gezond Leven, zo wordt in de preventie één lijn getrokken.

(ZonMw, Uitvoeringsprogramma Preventiekracht, 2009)

Dit project heeft veel overeenkomsten maar ook verschillen met het project de Zichtbare Schakel. Ze zijn beiden te vinden in de eerstelijnsgezondheidszorg. Ook zijn ze beide gericht op kwaliteitsverbetering van preventie of van zorg.

Preventiekracht valt onder het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het project de Zichtbare Schakel valt onder het ministerie van Wonen, Wijken en Integratie.

De Zichtbare Schakel kan wel onderdeel zijn van Preventiekracht, maar Preventiekracht kan geen onderdeel zijn van Zichtbare Schakel. De reikbreedte van Preventiekracht is veel breder.