



In voor zorg!

Uitgave april 2017

In deze tweemaandelijks publicatie worden spraakmakende In voor zorg-trajecten uitgelicht.

Succesvol samenwerken in de langdurige zorg, het kan!

De langdurige zorg is in beweging:

- de omgeving is veranderd en stelt andere eisen aan organisaties;
- de financiering en de daaraan verbonden eisen zijn gewijzigd;
- verantwoordelijkheid is bij de cliënt en diens omgeving komen te liggen voordat professionele zorg in beeld komt.

In deze uitgave lichten we vier samenwerkingsvormen uit die met *In voor zorg!* concrete stappen gezet hebben om hun zorgverlening (opnieuw) in te richten. We staan in vogelvlucht stil bij hun doelstellingen en resultaten. Alle vier de samenwerkingsverbanden zijn er in geslaagd om beter in te richten en af te stemmen op de wensen en behoeften van de cliënt.

- Samenwerkingsverband HC Zandvoort, Amie ouderenzorg en Spaarne Gasthuis: Meer kwaliteit en lagere zorgkosten voor mensen met chronische COPD
- Netwerk 100: Easycare heeft integrale blik en zet ouderen écht centraal
- Gemeente Rotterdam: Verbind het lokale netwerk met de Even Buurten werkwijze
- Proeftuin Ruwaard Oss: Anders denken, doen én organiseren

Samenwerkingsverband HC Zandvoort, Amie en Spaarne Gasthuis

Meer kwaliteit en lagere zorgkosten voor mensen met chronische COPD

Profiel

In **Huisartsen Centrum Zandvoort (HCZ)** bieden huisartsen, POH-ers en verschillende paramedici huisartsgeneeskundige zorg aan 9350 van de 17.000 inwoners van Zandvoort. Bij het HCZ werkt een Specialist Ouderengeneeskunde. Enkele medisch specialisten houden regelmatig spreekuur in de praktijk.

Amie Ouderenzorg verleent (intensieve) zorg, verpleging, ondersteuning en behandeling aan zo'n 500 burgers in Zandvoort, Bentveld en Bennebroek. Bij Amie werken ca. 425 medewerkers en 150 vrijwilligers. Het **Spaarne Gasthuis** is een topklinisch ziekenhuis. Er zijn zo'n 4200 mensen inclusief ongeveer 300 medisch specialisten werkzaam, waarvan elf longartsen.

Veranderopgave

Vernieuwing van de zorg en ondersteuning voor mensen met COPD, waarbij zorg van de 2^e en 1^e lijn waar mogelijk wordt teruggebracht naar de 0^e lijn. Hiermee kunnen onnodige zorgkosten worden teruggedrongen en kunnen de mensen met COPD de zorg die zij nodig hebben in hun eigen buurt ontvangen.

Resultaten

Vernieuwende aanpak door samenwerking in combinatie met gezondheidsapp CVitals van FocusCura.

- Alle relevante disciplines zijn betrokken: huisartsen, POH-ers, longartsen, wijkverpleegkundigen, longverpleegkundigen uit het ziekenhuis, VVT-instelling voor verblijf of zorg thuis, apothekers en fysiotherapeuten.
- In eerste instantie houden de samenwerkend POH-ers, wijkverpleegkundigen en longverpleegkundigen zicht op hoe het met de betrokkenen gaat. Dit gebeurt onder auspiciën van huisartsen en longartsen.
- Er is een tweewekelijks MDO waarbij de wijkverpleging, POH en huisarts telefonisch overleggen met de longverpleegkundige in het ziekenhuis over patiënten waar een probleem is vastgesteld. De longverpleegkundige kan dan ook besluiten om de longarts erbij te betrekken.
- Met behulp van een app kunnen gezondheidsontwikkelingen worden gevolgd inclusief de kwaliteit en regie over het eigen leven. Hiermee kan het wel en wee van mensen met COPD op afstand worden gemonitord.

De nieuwe aanpak heeft volgende positieve effecten:

Gezondheidswinst voor de patiënt

Mensen die gebruik maken van het nieuwe aanbod hebben minder (hinder van) exacerbaties. Door de samenwerking en de monitoring via de app wordt eerder gesignaleerd als het niet goed gaat met de patiënt, waarop vroegtijdiger actie kan worden ondernomen (in de 1^e lijn i.p.v. de 2^e lijn). Door vroegtijdig in

te grijpen ervaren mantelzorgers de zorg voor hun naaste als minder zwaar en kan intramurale zorg worden uitgesteld of voorkomen.

Verbeterde kwaliteit van leven voor de patiënt

Doordat de patiënten weten dat hun gezondheid met behulp van de app voortdurend wordt gemonitord, neemt de angst voor aanvallen van benauwdheid af. Hierdoor ervaart men een hogere kwaliteit van leven.

Afname zorgconsumptie in de 2^e en 1^e lijn

- Door de samenwerking en monitoring vinden er minder opnames en SEH-bezoeken plaats.
- Hoeveel opnames er precies zijn voorkomen is nu nog lastig te meten, wel is duidelijk dat door de betere monitoring patiënten eerder in beeld komen bij de huisarts en soms de specialist als het nodig is. Patiënten zijn zich soms niet bewust van een verslechtering van hun situatie terwijl dat al wel uit de app blijkt.
- Opnames vinden daar waar het kan plaats in de huisartsen-kliniek (obv Eerste Lijns Verblijf) in plaats van in het ziekenhuis. Dat is per opname minimaal € 1.000,- goedkoper.
- POH-ers, longverpleegkundigen en wijkverpleegkundigen zijn in de lead. Huisartsen en longartsen worden alleen ingeschakeld als het echt nodig is. Daarmee hebben zij minder vaak contact met de patiënten, maar wel juist als effectief nodig is.

Bedrijfsvoering in de keten is verbeterd

- Door betere samenwerking en MDO's op afstand wordt schaarse tijd en kennis effectiever benut.

Beleving cliënten en medewerker

Patiënten voelen zich veiliger thuis, hun angst wordt minder omdat ze weten dat hun gezondheid en welzijn voortdurend worden gevolgd.

De heer Jansen: 'Ik had nog niets in de gaten, en zij kwamen al langs om erger te voorkomen!'

POH-er: 'Als de CCQ-waardes oplopen gaan we gelijk met de patiënt overleggen. Met snel reageren hebben we opnames voorkomen. Het project maakt me bewuster van wat zelfmanagement kan betekenen: dat patiënten zelf in de gaten krijgen hoe het met hen gaat en dat ze leren signalen over hun aandoening op te vangen.'

Longverpleegkundige Spaarne Ziekenhuis: 'Als we zien dat mensen achteruit gaan, kunnen we heel vroeg in het MDO al bekijken hoe we dat kunnen tegenhouden. Mijn uitdaging is dat mensen alleen nog maar naar het ziekenhuis komen omdat het echt moet en echt niet anders kan.'

Samenwerkingsverband HC Zandvoort, Amie en Spaarne Gasthuis

Meer kwaliteit en lagere zorgkosten voor mensen met chronische COPD

Omvang Verandering

Het traject is integraal en breed aangepakt. Er waren meer dan 15 zorgprofessionals vanuit diverse disciplines betrokken. Door de stapsgewijze aanpak en de voortdurende uitnodiging aan betrokkenen om mee te denken en te werken besloten verschillende partijen zich in de loop van het traject aan te sluiten. Inmiddels zijn alle huisartsen in Zandvoort aangesloten en zijn er plannen om ook in Heemstede aan de slag te gaan. Naast Zilveren Kruis zijn er andere zorgverzekeraars die al interesse hebben getoond in dit project. De totale patiëntenbestand bestaat uit bijna 60 actieve patiënten.

Voor de sector

- De gehele opzet van het project is beschikbaar voor iedereen die er interesse in heeft.
Kijk voor meer informatie op www.hcz.nl

Profiel

Twintig netwerkpartners uit welzijn, eerstelijnszorg, VV&T, GGZ, openbare gezondheidszorg, (academisch) ziekenhuis, beroepsonderwijs, onderzoek en vertegenwoordigers van de doelgroep ouderen uit de regio Nijmegen e.o., werken samen in Netwerk 100. Het doel is om de zelfredzaamheid van ouderen te versterken en de kwaliteit, doelmatigheid en veiligheid van de zorg aan ouderen te vergroten. Het netwerk is in 2008 ontstaan in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). Bijzonder aan het netwerk is de sterke positie van de doelgroep ouderen: het doelgroep-panel heeft een beleid beïnvloedende rol en kan door een 'vetorecht' de werkzaamheden van het netwerk bijsturen.

Veranderopgave

Nu ouderen steeds langer thuis blijven wonen, is het voor de huisartsen, praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen en welzijnsmedewerkers belangrijk om handvatten te hebben voor:

- Vroegtijdige signalering, voorkoming van escalatie en van dure zorgkosten.
- Ondersteuning van ouderen bij het zo lang mogelijk thuis wonen.
- Optimale samenwerking met andere zorgprofessionals.

De EASYcare-werkwijze werkt volgens 'LEAD':

Luisteren: het verhaal van de oudere staat centraal.

EASYcare-instrument inzetten om: door middel van motivational interviewing kwetsbaarheid en wensen in kaart te brengen.

Afstemmen: met oudere, mantelzorg en zorgprofessionals.

Doelen: samen bepalen en samen beslissen, door middel van gezamenlijke besluitvorming over behandeltraject dat het best bij de oudere past (shared decision making). De methode en werkwijze EASYcare maakt het veel beter mogelijk om kwetsbare ouderen de hoofdrol in hun eigen leven te laten leiden. Niet alleen het instrument waarmee breed wordt gekeken naar de behoefte en mogelijkheden van de ouderen, maar de hele aanpak van het samen bepalen en samen beslissen zet de oudere in the lead.

Het hoofddoel van het In voor zorg-traject was om de EASYcare werkwijze zoals deze is ontwikkeld door het Netwerk 100 breed te implementeren in de regio Zuid Gelderland en vervolgens op te schalen naar andere praktijken van eerstelijns- en welzijnsorganisaties in Nederland.

Resultaten

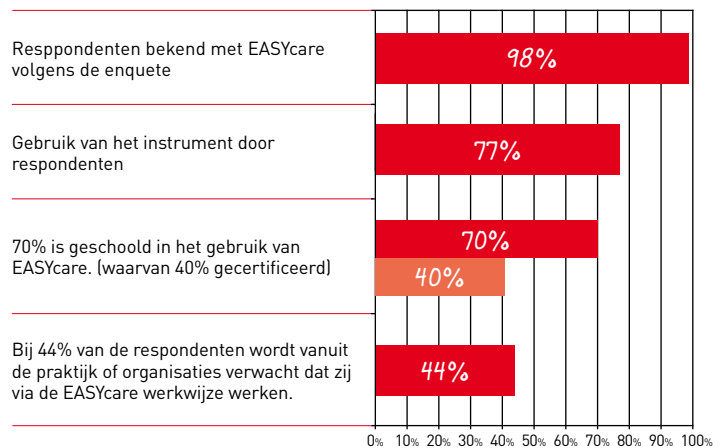
Materiaal ontwikkeld voor brede implementatie:

- Lesmateriaal en lesprogramma
- E-learning
- Database EASYcare community

Bekendheid en beschikbaarheid van EASYcare is vergroot

Een enquête onder 790 zorgprofessionals in de regio Zuid Gelderland (huisartsen, POH-ers, en wijkverpleegkundigen) laat zien dat:

- 98% van de respondenten bekend is met EASYcare.
- 77% gebruikt het instrument weleens of regelmatig.
- 70% van de respondenten is geschoold in het gebruik van EASYcare, 40% is gecertificeerd.
- Bij 44% van de respondenten wordt vanuit de praktijk of organisaties verwacht dat zij via de EASYcare werkwijze werken.
- In alle Nederlandse provincies zijn inmiddels POH-ers, wijkverpleegkundigen en/of huisartsen geschoold. Ook is er vanuit Antwerpen interesse getoond in EASYcare.



Businesscase laat besparingen door gebruik EASYcare zien. Voor 14 casussen uit één huisartspraktijk is nagegaan wat de gerealiseerde zorgkosten zijn geweest met inzet van de EASYcare werkwijze. Deze kosten zijn afgezet tegen kosten die gemaakt zijn bij reguliere zorg, zonder inzet van EASYcare. De bespaarde kosten door de integrale aanpak van EASYcare worden geschat op gemiddeld € 42.000,- per casus in een periode van twee jaar. De besparingen worden vooral gerealiseerd doordat ouderen aanzienlijk minder snel worden opgenomen in een verpleeghuis (76% van de kosten).

Beleving van cliënten en medewerkers

Ouderen zijn in de lead: Meer dan 90% van de respondenten geeft aan samen met de oudere beslissingen te nemen en zegt dat de prioriteiten en behoeften van de oudere leidend zijn in de te nemen beslissingen.

Het doelgroep panel van netwerk 100 denkt mee vanuit het perspectief van de ouderen:

Bekijk de video

Omvang Verandering

De aanpak is geënt op de werkwijze van Netwerk 100. In nauwe betrokkenheid van ouderen en uitvoerende professionals. De netwerkpartners ondersteunen de verdere verspreiding van EASYcare. De CIHN (Coöperatie integrale huisartsen zorg) heeft EASYcare in haar zorgprogramma opgenomen. De vorm van een community gaat verder dan de regio Zuid Gelderland. Inmiddels zijn ook praktijken in Zeeland, Tiel, Almere etc. betrokken bij de community.

Voor de sector

- Netwerk 100, [EASYcare pagina](#)
- www.easycare.nl
- [e-learning EASYcare](#)
- Rapport onderzoek financiële impact EASYcare, op te vragen: info@easycare.nl
- [EASYcare actueel](#)
- [EASYcare video](#)

Profiel

Gemeente Rotterdam (616.000 inwoners) werkt sinds 2015 met wijkteams: 44 teams, verdeeld over 4 rayons in de stad. De teams bieden ondersteuning aan zowel jeugdigen als volwassenen op de domeinen jeugd, Wmo en participatie. De teams zijn samengesteld uit medewerkers van diverse moederorganisaties (jeugdzorg, gehandicaptenzorg, welzijn etc.) en de gemeentelijke organisatie. De wijkteams richten zich voornamelijk op multiproblematiek.

Veranderopgave

De Gemeente Rotterdam wil dat bewoners oud kunnen worden in hun eigen buurt, waar zij zo lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen met ondersteuning van hun (wijk)netwerk. Met behulp van de Even Buurten aanpak wil de Gemeente Rotterdam hiervoor een ondersteunend klimaat creëren. De gemeente wil de werkwijze van Even Buurten (EB) verduurzamen door op termijn toe te werken naar een stadsbrede aanpak om sociale netwerken voor kwetsbare inwoners te versterken.

Dit wordt gerealiseerd door:

- 12 spilcoachen te handhaven en in te zetten in het rayon. De spilcoach speelt een belangrijke rol in de overdracht van de EB-methodiek. Zij generaliseren de ervaringen van de spillen en maken ze toepasbaar voor andere professionals. Elk wijkteam krijgt een nieuwe spil die zorgt voor het uitdragen van de EB-methodiek in de wijkteams. Deze nieuwe spil wordt opgeleid door de spilcoach.

Resultaten

- Per 1 januari 2015 zijn de 12 spillen gestart in 12 wijkteams.
- De spillen denken in verschillende situaties mee met hun wijk(team)collega's over het opbouwen van netwerk en voorkomen of doorbreken van sociaal isolement. De spil werkt hierbij enerzijds aan het versterken van het netwerk van een kwetsbare Rotterdammer en anderzijds aan het versterken van het wijknetwerk (sleutelfiguren, netwerken, activiteiten).

Aanpak voor overdracht van de Even Buurten aanpak

- De principes van de methodiek Even Buurten worden verweven in een aantal modules van het professionaliseringsprogramma voor wijkteamleden. Tot eind 2017 zullen alle wijkteamleden in Rotterdam deelnemen aan de modules.
- Om de aanpak echt eigen te maken is toepassing in de praktijk nodig. De huidige spil (spil –coach) draagt daarom de ervaring en kennis over aan een collega wijkteamlid ('nieuwe spil'). De nieuwe spil krijgt ondersteuning door een opleidingsaanbod en coaching.

Even Buurten krijgt ZonMw parel toegekend

ZonMW heeft in november 2015 een ZonMW parel en versnellingssubsidie toegekend aan Even Buurten. De subsidie wordt gebruikt voor het ontwikkelen van een tool om de mate waarin het wijkteam een integrale wijk aanpak toepast te meten. En voor het ontwikkelen van een e-learning module waarmee elke werker van een wijkteam zichzelf de basisprincipes van Even Buurten eigen kan maken.

De spillen hebben meerwaarde voor bewoners en professionals

Uit interviews komt de meerwaarde van de spillen voor bewoners naar voren:

- De spil is laagdrempelig. Je kunt de spil makkelijk bereiken en ze is echt een luisterend oor.
- De spil helpt je om je netwerk te vergroten en zoekt dat heel dicht bij: je familie, je burens, het huis in de wijk.
- De spil activeert je. Ze zet je op het spoor om op zoek te gaan naar activiteiten dicht bij huis.
- De spil zet in op wederkerigheid. Ze gaat altijd op zoek naar wat jij ook voor een ander kunt betekenen.

Uit interviews blijkt ook de meerwaarde van de spillen voor professionals en het wijkteam:

- De spil werkt samen met de 0e en 1e lijn in de wijk en kan snel schakelen.
- De spil kent en bouwt aan een netwerk van sleutelfiguren en vrijwilligers en weet hen te verbinden (matchen).
- De spil is laagdrempelig. De spil is makkelijk te bereiken voor afstemming.
- De collega wijkteamleden hebben vooral contact met het formele netwerk en maken gebruik van de contacten van de spil met het informele netwerk.

Beleving cliënten

Ik was heel zelfstandig en nu word ik toch afhankelijker en kwetsbaarder. De spil was in de wijk, dus dat was perfect. Ik vertelde de spil dat ik zelf geen boodschappen meer kon doen. En ik had een rolstoel nodig. Nou dat klinkt vast heel raar wat ik nu vertel, maar ik wist echt niet hoe ik het aan moest pakken. De spil hielp me. Er komt nu één keer in de week een bejaarde mevrouw voor de boodschappen. Daar ben ik erg blij mee. Ik heb ook een rolstoel, want met de rollator val ik." Marie (76)

"Via de praktijkondersteuner van de huisarts leerde ik de spil kennen. Ik had angsten en weinig sociale contacten. Ik ben heel blij met haar. Ze helpt me heel goed met vrijwilligerswerk zoeken en mensen te ontmoeten. We gaan nu ergens praten of ik iets kan doen voor demente bejaarden." Hilary (70 jaar).

Gemeente Rotterdam

Versterk informele netwerken met de Even Buurten werkwijze



In de wijkteams waar de spillen werkzaam zijn, is niet alleen het 'maatje' op de hoogte van de methodiek, maar zijn alle wijkteamleden bekend met de aanpak op casusniveau. Inmiddels hebben vrijwel alle spil-coaches een extra wijk waar ze de Even Buurten methodiek verspreiden. Zodra de spil-coaches het werk in hun 'eigen wijk' hebben overgedragen, kunnen ze door naar de volgende wijk.

Ook in andere regio's (zoals Groningen) lopen projecten volgens de Even Buurten-aanpak. Bijvoorbeeld in een woonzorgcentrum in Hoogeveen en in Ter Apel, Delfzijl Noord en De Bouwen (Drachten).

Voor de sector

- [Toolbox Even Buurten Rotterdam](#)
- [Onderzoeksrapport Even Buurten EUR](#)
- Voor meer informatie: [Gemeente Rotterdam – afdeling Vakontwikkeling](#) - Eva Meininger

Profiel

In de proeftuin Ruwaard verkennen diverse organisaties de toekomstige zorg op lokaal niveau, met een radicaal eenvoudige werkwijze. De werkprocessen brengen ze tot de essentie terug. En daarmee boeken ze opmerkelijk resultaat: een stijging van het welbevinden, lagere maatschappelijke kosten én nieuwe inzichten hoe integraal werken bevorderd kan worden, door de "creatieve destructie" van organisatorische en financiële schotten.

Diverse bestuurders in Oss wilden het toekomstige zorglandschap in de praktijk gaan verkennen. Hun keuze viel op de Ruwaard, een wijk in Oss waar diverse maatschappelijke opgaven tegelijk spelen. De wethouder van Oss, de betrokkenen bij de zorgverzekeraars van VGZ en CZ, alsmede de bestuurders van uiteenlopende aanbieders (van wonen, welzijn en zorg) zoals Brabant Zorg, Ons Welzijn, Brabant Wonen, Interzorg, Unik, Pantein, de GGD en GGZ-Oost Brabant vormden met elkaar een steungroep (een bewust gekozen naam) om het doel en richting zoeken in de praktijk mogelijk te maken. Gezamenlijk organiseren zij een wijkaanjager; een In voor zorg-coach (Viatore) voor de transitie vanuit en programma management.

Veranderopgave

Het samenwerkingsverband formuleerde de volgende gezamenlijke visie voor de toekomst van Ruwaard geformuleerd:

"Ruwaard is een vitale wijk waar bewoners tegen lagere kosten een betere (positieve) gezondheid ontwikkelen. Een gebiedsgerichte, integrale samenwerking en bekostiging van wonen, welzijn en zorg wordt als hefboom voor deze verandering gebruikt. De wijkbewoners worden hier nauw bij betrokken vanuit hun eigen leefwereld en verantwoordelijkheid."

Op basis van deze visie zijn er vijf doelen benoemd:

1. Een betere gezondheid en kwaliteit van leven van individuele bewoners.
2. Meer collectieve betrokkenheid en verantwoordelijkheid van bewoners.
3. Een betere (ontschotter & integrale) benadering van wonen, welzijn en zorg.
4. Lagere maatschappelijke kosten (financieel duurzaam).
5. Ontwikkeling van steunende systemen.

Resultaten

Procesresultaten t.a.v. financiering en samenwerking:

- Programma opzet met bestuurlijk draagvlak en commitment met vertrouwen;

- Financiële bijdrage vanuit verschillende bronnen: deelnemende organisaties (wonen, welzijn, zorg) en zorgverzekeraars VGZ en CZ en gemeente Oss.

Een aanpak van actie-leren op basis van casuïstiek

Om de vijf doelen te behalen ontwikkelden ze een aanpak die altijd begint bij de bestaande individuele of collectieve (zorg) vragen van wijkbewoners. De wijkbewoner denkt en werkt zelf van begin tot eind actief mee.

Het experimenteren zelf gebeurt aan de hand van een radicaal eenvoudige werkwijze: signalering door professionals of door burgers zelf, snelle intake, organisatie van een Multi Disciplinair Overleg (MDO) áltijd in aanwezigheid van de burger en bij de burger thuis, met inbreng van de meest betrokken professionals, gezamenlijke beantwoording van drie vragen door de burger zelf: "Ik wil, ik kan en ik heb nodig". Alle betrokkenen committeren zich aan de oplossing die hierdoor ontstaat, de oplossing wordt binnen zes weken uitgevoerd, en de effecten worden op welbevinden en op de maatschappelijke kosten gemeten door het maken van een micro-analyse die gebaseerd is op de effectencalculator.



Stijging welbevinden en daling kosten

De aanpak laat bij de eerste 13 afgeronde casussen een sterke vooruitgang in welbevinden zien: van gemiddeld 2,9 naar een 7,6. Tevens werd een kostenbesparing per casus gemeten, variërend van 0 tot 10.000 euro.

Bruisende kraamkamer voor burgerinitiatieven

Naast individuele vragen worden ook collectieve vragen volgens de aanpak opgepakt. Het eerste resultaat hiervan is 'Huis van de wijk'. Het is een plek waar iedereen terecht kan en waar alles (beheer, activiteiten) door wijkbewoners zelf wordt georganiseerd. Enkele professionals kijken op de achtergrond mee en ondersteunen waar nodig.

Beleving cliënten

Burgers voelen zich betrokken en op hun eigen kracht aangesproken:

"Ik voel me serieus genomen."

"Eindelijk komt er een oplossing, ik zie nu weer perspectief."

"Er wordt nu echt naar ons geluisterd."

De professionals voelen ruimte voor hun passie en professionaliteit én om dat te doen wat nodig is:

"Mag ik dit echt doen?...Echt?"

"Ik heb nu een ander gesprek met mijn cliënt."

"Jee, het is wel heel leerzaam om zo de puzzelstukjes bij elkaar te leggen."

Omvang Verandering

De proeftuin heeft een brede impact op het sociale domein in de Ruwaard, op de eigen effectiviteit van de burgers, de werkwijze van de professionals en op de opstelling van aanbieders. Ook andere wijken in Oss willen met de proeftuin Ruwaard-werkwijze aan slag. En deelnemende organisaties zetten de werkwijze binnen hun organisatie ook buiten de wijk Ruwaard in. Diverse andere gemeenten zoeken samenwerking om de Ruwaard lessen toe te kunnen passen. In 2018 zal het gehele Wmo budget ontschot in de proeftuin worden ingezet, zo spoedig mogelijk gevolgd door WLZ en ZVW budgetten (verkenning hiertoe in gang gezet). Door dit alles ontwikkelt de proeftuin Ruwaard zich tot een interessante vindplaats voor het voorkomen van onnodige zorg, de ontschotting van gefragmenteerde zorg en de ontmanteling van beperkende systemen.

Voor de sector

Nadere informatie over de proeftuin