

Evaluatie Aansluiting buurtcoaches/sociale teams en eerstelijnsvoorzieningen



In opdracht van
Gemeente Bronckhorst

Apeldoorn, maart 2015

Drs. Agathe de Lange-Barsukoff, onderzoeker (epidemioloog)
Ir. Cobi Izeboud, onderzoeker (functionaris gezondheidsbevordering)

Voorwoord

De pilot Aansluiting buurtcoaches/sociale teams en eerstelijnsvoorzieningen is een pilot vanuit de gemeenten Bronckhorst en Doetinchem. De pilot is ontwikkeld om via samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen met sociale wijkteams en buurtcoachteams cliënten laagdrempelig en snel de benodigde hulp te bieden. Dit kan hulp zijn vanuit zorg en/of vanuit welzijn. Het doel is ook om zo erger te voorkomen en doorstroming naar 2^e lijnszorg te verminderen. De cliënt wordt daarbij gestimuleerd oplossingen in zijn omgeving te zoeken.

De uitvoering van de pilot is, na een aanloopperiode waarin gezamenlijk de werkwijze is vormgegeven, in Doetinchem vanaf september 2014 gestart en in Bronckhorst vanaf eind 2014.

De gemeente Bronckhorst heeft de projectleiding en heeft het Evaluatiebureau Publieke Gezondheid gevraagd een procesevaluatie uit te voeren om de samenwerking te evalueren en succes- en knelpunten in kaart te brengen. Voor deze evaluatie zijn interviews afgenomen met huisartsen, wijkverpleegkundigen, buurtcoach, sociaal consulenten en leden van de regionale projectgroep. We willen graag alle deelnemers aan de interviews bedanken voor hun medewerking en openheid.

Wij wensen u veel plezier bij het lezen van dit rapport en hopen dat dit onderzoek mag bijdragen aan het vervolg van de samenwerking in de voormalige pilots en aan de uitrol van de aanpak in het werkgebied van de gemeenten Bronckhorst en Doetinchem.

Apeldoorn, maart 2015

Agathe de Lange – Barsukoff en Cobi Izeboud

Inhoudsopgave

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | Kort & krachtig | 2 |
| 1.1 | Inleiding | 2 |
| 1.2 | Doel van de evaluatie | 2 |
| 1.3 | Conclusies | 2 |
| 2 | Achtergrond van de pilot | 4 |
| 2.1 | Hoe is de pilot ontstaan? | 4 |
| 2.2 | Het doel van de pilot | 4 |
| 3 | De evaluatie van de pilot | 5 |
| 3.1 | Doelstellingen voor de evaluatie | 5 |
| 3.2 | Uitvoering van de evaluatie | 5 |
| 4 | De samenwerking | 6 |
| 4.1 | Opzet van de samenwerking | 6 |
| 4.2 | Kansen en aandachtspunten voor samenwerking | 6 |
| 5 | Opbrengsten | 8 |
| 5.1 | Ketensamenwerking | 8 |
| 5.2 | Laagdrempelige zorg | 8 |
| 5.3 | Doorverwijzing 2 ^e -lijn | 8 |
| 6 | Vervolg | 10 |
| 6.1 | Vervolg van de pilot | 10 |
| 6.2 | Uitrol in de pilotgemeenten | 10 |
| 6.3 | Stand van zaken in de regiogemeenten | 10 |
| | Bijlagen | 12 |



1 Kort & krachtig

- Inleiding
- Doel van de evaluatie
- Conclusies

1 Kort & krachtig

1.1 Inleiding

'Aansluiting buurtcoaches/sociale teams en eerstelijnsvoorzieningen' is een pilot van de gemeenten Bronckhorst en Doetinchem om cliënten laagdrempelig en snel de juiste zorg te bieden en toestroom naar tweedelijnsvoorzieningen te verminderen. Daarvoor is samenwerking opgezet tussen de buurtcoach/het sociale team en de huisarts en wijkverpleegkundige. De twee gemeenten hebben de pilot uitgevoerd samen met Caransscoop (ROS), het Netwerk Kwetsbare Ouderen, huisartsen en diverse andere zorgprofessionals. De pilot is geëvalueerd door het Evaluatiebureau Publieke Gezondheid. Voor de evaluatie is vooral gebruik gemaakt van face-to-face diepte-interviews met de zorgprofessionals en projectgroepleden; daarnaast zijn enkele telefonische interviews gehouden.

1.2 Doel van de evaluatie

Hoofddoel van het evaluatieonderzoek is om de bevorderende en belemmerende factoren voor de samenwerking vast te stellen om daarmee de aanpak te kunnen verbeteren. Daarbij zijn de volgende punten van belang:

1. De kansen en aandachtspunten voor de samenwerking
2. De daadwerkelijke totstandkoming van betere samenwerking
3. De realisatie van de laagdrempelige zorg
4. De realisatie van verlaagde instroom 2^e-lijnszorg

1.3 Conclusies

Kansen en aandachtspunten

Samenwerking tussen eerstelijns en buurtcoaches/sociaal consulenten is volgens de geïnterviewden het meest kansrijk als

- professionals elkaar ontmoeten,
- elkaars gegevens krijgen,
- aangesloten kan worden bij een bestaand overleg,
- duidelijke werkafspraken worden opgesteld,
- er een goede projectleiding is en
- een aanspreekpunt binnen de gemeente.

Deze factoren bevorderen dat een goede samenwerking ontstaat.

Aandachtspunten voor deze samenwerking zijn

- afspraken over de uitwisseling van cliëntgegevens, in verband met privacy,
- de registratie van de zorgafspraken of notulen,
- beperkte tijd van huisartsen om binnen werktijd te overleggen,
- de concurrentie tussen zorgaanbieders in het gezamenlijk casusoverleg.

Onduidelijkheid op deze punten kan de gewenste samenwerking tussen eerstelijns en buurtcoach/sociale consulenten belemmeren.

Is samenwerking daadwerkelijk tot stand gekomen?

In beide werkgebieden, Hengelo en de Huet, vinden de geïnterviewden dat er een goede, duidelijke aanpak is opgezet. De zorgprofessionals zijn enthousiast om via de tot stand gekomen samenwerking met elkaar aan de slag te gaan. Er is tevredenheid over de eerste uitvoering. Naast de beoogde bespreking van cliëntvragen in een gezamenlijk overleg, wordt daarbuiten ook het ontstane contact benut.

In hoeverre is de zorg door deze samenwerking laagdrempeliger voor de cliënt?

Zeven van de elf geïnterviewden vinden dat via de gerealiseerde samenwerking de zorg voor de cliënt laagdrempeliger zal worden. Allereerst doordat huisartsen cliënten nu doorverwijzen naar de buurtcoach/sociaal consulent of gezamenlijk bespreken.

De ondersteuning van buurtcoach/sociaal consulent is zo gemakkelijk binnen bereik.

Eén geïnterviewde deelt deze mening niet, drie geïnterviewden weten het niet.

In hoeverre wordt via deze aanpak een verlaagde instroom naar 2^e-lijnszorg gerealiseerd?

Acht van de elf geïnterviewden voorzien een vermindering van de doorverwijzing naar 2^e-lijnszorg. Allereerst omdat erger wordt voorkomen nu direct meerdere levensdomeinen van de cliënt worden betrokken. Ten tweede omdat de lijnen korter zijn nu men elkaar kent.

Twee van deze acht geïnterviewden zeggen dat de aanpak méér vragen kan opleveren, maar ook een tijdige afhandeling, en zo een verminderde doorstroming naar de 2^e-lijn.

Eén geïnterviewde weet het niet en twee geïnterviewden verwachten de verminderde instroom niet. Eén van hen noemt dat onderzoek nog niet heeft aangetoond, dat opsporing tot meer gezondheidswinst leidt en zo tot minder doorstroming naar 2^e-lijnszorg. De ander verwacht wel snellere uitstroom vanuit de 2^e-lijn.

Vervolg van de pilot

Alle respondenten vinden de huidige aanpak een goed startpunt om de samenwerking te blijven continueren. Dit geldt zowel voor de aanpak in Hengelo als in de Huet.

Uitrol in de pilotgemeenten

De aanpak zoals in de pilot ontwikkeld, is bruikbaar om verder in de gemeenten Bronckhorst en Doetinchem op te zetten. De geïnterviewden zien daar binnen de twee gemeenten verschillende mogelijkheden voor. In Hengelo is de suggestie een kennismakingsbijeenkomst voor de verschillende zorgprofessionals te organiseren. In Doetinchem wordt een aanpak via de bestaande overleggen van huisartsgroepen aangeraden.

Stand van zaken in de regiogemeenten

In de West-Achterhoek zijn de buurgemeenten gemeenten Oude IJsselstreek en Montferland. Zij blijken ieder een andere aanpak te hebben om een samenwerking tussen de eerstelijns en partijen rond Wmo en Jeugdzorg tot stand te brengen. Deze verschillen ook van de aanpak in de pilot van Doetinchem en Bronckhorst.

Een verdere uitrol van de aanpak uit de pilot is daarom nu niet in beeld.

2 Achtergrond van de pilot

- Hoe is de pilot ontstaan?
- Het doel van de pilot

2 Achtergrond Aansluiting buurtcoaches/sociale teams en eerstelijnsvoorzieningen

2.1 Hoe is de pilot ontstaan?

De wijkverpleegkundige mag sinds de nieuwe Wmo 2015 indiceren en zo is zij samen met de huisarts de toegang tot de professionele zorg. Ook heeft zij een coördinerende rol bij de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten. In de Wmo 2015 wordt geborgd dat er een nauwe samenwerking dient te zijn tussen de gemeente (Wmo 2015/Jeugdwet), de huisartsen en de wijkverpleegkundigen. Daarom zijn de gemeenten Bronckhorst en Doetinchem een project gestart onder de naam Aansluiting buurtcoaches/sociale teams en eerstelijnsvoorzieningen. Oorspronkelijk was jeugd de doelgroep. Deze is verbreed naar 0-100-jarigen toen aansluiting bij de werkwijze van het Kennisnetwerk Kwetsbare Ouderen mogelijk bleek.

Het project heeft zich vertaald in de uitvoering van een pilot in Hengelo (Bronckhorst) en een pilot in de wijk de Huet (Doetinchem). De pilots zijn uitgevoerd door huisartsen, wijkverpleegkundigen, een buurtcoach en sociaal consulenten. In de projectgroep is overlegd over de ontwikkeling en voortgang (deelnemers: zie blauwe kader rechts). De Provincie Gelderland heeft het project gesubsidieerd.

2.2 Het doel van de pilot

In het plan van aanpak is de hoofddoelstelling van de pilot om ketensamenwerking tot stand te brengen met huisartsen(praktijken) en wijkverpleegkundigen in de wijken en dorpen van de gemeenten Bronckhorst en Doetinchem, met een mogelijke uitrol in de regiogemeenten. Met als subdoelen:

- Verbetering van de integrale aanpak 'preventie-zorg-welzijn (-wonen)'.
- Realisatie van een meer sluitend zorg- en welzijnsaanbod in de wijk, afgestemd op de vraag, en bereikbaar voor de cliënt.
- Bijdrage aan de kwaliteit van leven en zelfredzaamheid van de cliënt.

Deelnemers projectgroep

- Externe projectleider, vanuit gemeente Bronckhorst
- Projecttrekker gemeente Doetinchem
- Medewerker Caransscoop (ROS)
- Twee huisartsen Doetinchem en Bronckhorst
- Coördinator Netwerk Kwetsbare Ouderen

De operationele doelstellingen van de pilot zijn:

- Realisatie van de pilot.
- Vorming van een sociaal wijkteam, met minimaal de buurtcoach/sociaal consulent, huisarts en wijkverpleegkundige.
- Samenwerkingsafspraken tussen buurtcoach/sociaal consulent, huisarts en wijkverpleegkundige komen tot stand.

Gemeente Bronckhorst heeft het Evaluatiebureau Publieke Gezondheid opdracht gegeven voor een procesevaluatie na afloop van de pilot.

Project 'Aansluiting buurtcoaches/sociale teams en eerstelijnsvoorzieningen'

- Uitvoering in wijk de Huet in Doetinchem vanaf zomer 2014, in het dorp Hengelo (Gld) in Bronckhorst vanaf eind 2014. De pilot is februari 2015 afgerond. Direct daarna volgde de evaluatie.
- Stelt een cliënt een vraag:
 - o dan verwijzen de huisarts, wijkverpleegkundige en buurtcoach/ sociaal consulent naar elkaar door
 - o of bespreken ze de vraag in het Eerstelijns Multidisciplinair Overleg (EMDO), waarbij de buurtcoach aanwezig is (Doetinchem) / in het Hometeam waarbij de sociaal consulent van het sociale team aanwezig is (Hengelo).
- De huisarts, wijkverpleegkundige of buurtcoach/sociaal consulent is casemanager op basis van de hoofdproblematiek.
- Daarbij is de insteek dat de cliënt actief betrokken is bij de oplossing, die ook in zijn naaste omgeving wordt gezocht.

3 De evaluatie van de pilot

- Doelstellingen voor de evaluatie
- Uitvoering van de evaluatie

3 De evaluatie Aansluiting buurtcoaches/sociale teams en eerstelijnsvoorzieningen

3.1 Doelstellingen voor de evaluatie

De gemeente Bronckhorst heeft het Evaluatiebureau Publieke Gezondheid gevraagd om een procesevaluatie te doen van de pilot. De gemeenten Bronckhorst en Doetinchem willen via de evaluatie bevorderende en belemmerende factoren voor de samenwerking achterhalen. Daarmee willen zij de aanpak verbeteren en uitrollen in de pilotgemeenten. Ook wordt gekeken naar uitrol in de regiogemeenten Montferland en Oude IJsselstreek. Deelaspecten van de evaluatie zijn:

- De realisatie van betere samenwerking. Was bijv. de eigen taak en die van anderen duidelijk, hoe verliep de gegevensuitwisseling?
- De kansen en valkuilen voor de samenwerking.
- De realisatie van laagdrempelige zorg. Is o.a. het plan opgesteld en gebruikt, wat zijn de ervaringen?
- De realisatie van verlaagde instroom 2^e-lijnszorg.

De uitvoering van een effectevaluatie, om te bepalen of cliënten beter en sneller zijn geholpen en of de instroom naar 2^e lijnszorg is verminderd, was te vroeg en niet van toepassing. De focus lag juist op de ontwikkeling van de samenwerking. Wel is de geïnterviewden gevraagd hoe zij hierover denken. Desgewenst kan een effectevaluatie na verdere uitrol van de aanpak worden gedaan.

3.2 Uitvoering van de evaluatie

Voor de evaluatie is gebruik gemaakt van diepte-interviews. Er zijn interviews gehouden met de betrokken zorgprofessionals, te weten 2 huisartsen, een buurtcoach en 2 sociaal consulenten. De consulenten zijn gezamenlijk geïnterviewd. Er zijn twee wijkverpleegkundigen telefonisch geïnterviewd. Daarnaast zijn interviews gehouden met enkele projectgroepleden, namelijk met de gemeenten (gezamenlijk interview), Caranscoop en het Kennisnetwerk Kwetsbare Ouderen.

Voor de interviews met de zorgprofessionals is een topiclijst opgesteld, daarnaast een topiclijst per projectgroeplid, met toespitsing op de betreffende organisatie. De topiclijsten bevatten startvragen, in de interviews zijn daarna vervolgvragen gesteld. Deze lijsten vindt u in bijlage 1 en 2.

De face-to-face interviews duurden gemiddeld 60 minuten. De interviews zijn met toestemming van de betrokkenen opgenomen op audio-apparaat. De telefonische interviews duurden 30 resp. 45 minuten, daarna is een gespreksverslag ter goedkeuring voorgelegd.

Gemeenten Montferland en Oude IJsselstreek zijn gebeld om te achterhalen in hoeverre zij actief zijn met samenwerking van eerstelijns en gemeente en hoe zij staan tegenover uitrol van deze pilot in hun gemeente.

De resultaten zijn tijdens een projectgroepvergadering met de onderzoeker besproken. Dit vormde ook input voor dit rapport.

De resultaten geven de meningen van de geïnterviewde personen weer en deze hoeven niet overeen te komen met de mening van andere betrokkenen van de pilot. Op basis van de afgenomen interviews is wel een algemeen beeld te schetsen.

4 De samenwerking

- Opzet van de samenwerking
- Kansen en aandachtspunten voor de samenwerking

4 De samenwerking

Dit hoofdstuk beschrijft op basis van de resultaten van de interviews het verloop van de pilots. Daarnaast komen de kansen en aandachtspunten voor de samenwerking aan de orde.

4.1 Opzet van de samenwerking

Vanaf de aanvang van de pilot bracht de coördinator van het Kennisnetwerk Kwetsbare Ouderen de opgedane kennis in bij de pilot. Zo kent het Kennisnetwerk een werkmodel. Daarin pakt de buurtcoach, huisarts of wijkverpleegkundige een meervoudige vraag op, stelt met de cliënt een plan op en bespreekt de vraag zo nodig in het MultiDisciplinair Overleg (MDO) en wordt een casemanager gekozen. Zowel de pilot in Hengelo als in de Huet heeft van dit werkmodel gebruik kunnen maken.

De pilot in Hengelo kende na de startbijeenkomst in het voorjaar van 2014 vertraging. Eerst moest het sociale team worden opgezet. Dit ging september van start. In de pilot is de externe projectleiding afwezig geweest en gewisseld. In het najaar was dit opgelost. Daarnaast speelde inhoudelijk het punt van privacy. Huisartsen en wijkverpleegkundigen zijn BIG-geregistreerd en kunnen daarom onderling gegevens uitwisselen. Omdat de sociaal consulenten van het sociaal wijkteam deze registratie niet hebben, moest hier een oplossing voor worden gevonden. Er is gekozen voor een privacyverklaring waarmee cliënten na ondertekening toestemming geven voor gegevensuitwisseling.

De samenwerking in Hengelo is nu duidelijk vormgegeven. Dit houdt in dat de sociaal consulenten kunnen aanschuiven bij het Hometeam, een samenwerkingsverband van eerstelijns zorgverleners. De

betrokken zorgprofessionals hebben met elkaar kennis gemaakt en de werkwijze van het overleg, inclusief een format om een case in te dienen, besproken. Binnenkort brengt het sociaal team een casus in bij het Hometeam; er zijn buiten dit overleg al casussen doorgespeeld of er is input gevraagd. Daarnaast gaan de wijkverpleegkundige en sociaal consulent soms samen op huisbezoek. Ook is het plan om samen naar landelijk bijeenkomsten te gaan.

De pilot in Doetinchem kon aansluiten bij het bestaande overleg van het Kennisnetwerk Kwetsbare Ouderen. Daarom kenden de zorgprofessionals van de pilot elkaar deels al. Er is nu ook met de buurtcoaches kennis gemaakt.

Er zijn in de pilotfase vier casussen in het MDO besproken met de buurtcoach erbij, vooral over ouderen. Per telefoon en mails zijn meer casussen besproken. Ook zijn wijkverpleegkundige en buurtcoach samen op huisbezoek geweest.

In beide pilots werken huisartsen, wijkverpleegkundigen en buurtcoach/sociaal consulent niet gezamenlijk, eventueel met de cliënt, aan een (zorgleef)plan. De buurtcoach/sociaal consulent gebruikt dit wel. Gebruik van de zgn. zorgmonitor is komen te ver vallen. Er zal in 2015 gebruik worden gemaakt van het WIZ-portaal, met name door buurtcoach/sociaal consulent. In de pilot houdt nu nog ieder zelf gegevens bij, in een eigen systeem of in notulen.

4.2 Kansen en aandachtspunten voor de samenwerking

In de interviews is rechtstreeks naar de kansen en valkuilen voor de samenwerking gevraagd. Ze kwamen ook in het verdere interview naar voren. Dit inzicht is nodig voor vervolg van de pilots en voor verdere uitrol.

Kansen voor deze ketensamenwerking zijn:

- **Projectleiding:** bij de opzet van deze samenwerking is een projectleider nodig, die in overleg met betrokkenen een plan van aanpak opstelt, de uitvoering bewaakt en faciliteert. Eenmaal opgezet blijft een aanspreekpunt bij de gemeente enige tijd nodig, om o.a. knelpunten te signaleren en te helpen oplossen, om daarmee de samenwerking te bestendigen.

- Een sociale kaart: de samenwerking staat of valt met een kennismaking tussen de professionals en een overzicht van gegevens wie wanneer waarvoor onder welke voorwaarden is te benaderen. Deze sociale kaart moet actueel blijven.
- Duidelijke werkafspraken: een gezamenlijk ontwikkeld of omarmd werkmodel door de zorgprofessionals die de samenwerking willen opbouwen, draagt sterk bij aan de realisatie van die samenwerking.
- Aansluiting bij een bestaand overleg of werkvorm verhoogt de slagingskansen van de aanpak. In beide regio's bijv. bestond al eerstelijns-overleg.
- Bij toename van het aantal cases is goed mogelijk dat meer tijd voor overleg nodig is. Dit is voor huisartsen, die bijv. vervanging moeten regelen en bekostigen, een probleem.
- Wijkverpleegkundigen van verschillende organisaties werken binnen één overleg goed met elkaar samen. Als een cliënt wordt besproken die nog geen zorg ontvangt, gaat spelen dat zij concurrenten van elkaar zijn. Hier dient oog voor te zijn, bijv. door dit uit te spreken of afspraken te maken en te evalueren.

Aandachtspunten voor de samenwerking zijn:

- Privacy: de huisarts en wijkverpleegkundige kunnen door hun BIG-registratie met elkaar gegevens uitwisselen. Dit kunnen zij niet (volledig) met de buurtcoach/ sociaal consulent.

Nu is dit ondervangen door de cliënt om toestemming te vragen en een verklaring te laten tekenen. Daarmee blijven echter vragen bestaan, zoals welke informatie geef je door en voor hoe lang is de verklaring geldig? En als de cliënt niet tekent, krijgt hij niet de nodige zorg. Dit is nog niet voorgekomen.

- Een gezamenlijk registratiesysteem ontbreekt. Ook niet in de vorm van een (zorgleef)plan voor de cliënt. Dit hangt samen met de privacy: de sociaal consulent/buurtcoach mag niet zonder meer de medische gegevens van de eerstelijns inzien.

Een belangrijkere oorzaak is echter dat vrij veel betrokkenen geen gezamenlijk systeem of notulen wensen, omdat zij al in een ander systeem registreren en dit niet tweemaal willen doen. In de praktijk noteert nu iedereen zelf, al dan niet in een eigen systeem, en wordt informatie gemaild. Dit vraagt weer om beveiligde e-mails, wat nog geen feit is.

5 Opbrengsten

- Ketensamenwerking
- Laagdrempelige zorg
- Doorverwijzing 2^e-lijn

5 Opbrengsten

Dit hoofdstuk gaat over de opbrengst van de pilot. Het beschrijft de mening van de geïnterviewden over de ketensamenwerking, laagdrempelige zorg en vermindering van doorverwijzing naar 2^e-lijns zorg.

5.1 Ketensamenwerking

Zowel in de pilot in Hengelo als in de Huet vinden de zorgprofessionals dat de samenwerking is gerealiseerd. De betrokkenen in Hengelo geven aan zich goed te kunnen vinden in de gekozen werkwijze. De zorgprofessionals hebben het vertrouwen dat er een goede werkwijze klaarligt en draagvlak is om cliënten met meervoudige vragen met elkaar te bespreken. De Doetinchemse betrokkenen vinden dat er kortere, betere lijnen zijn gekomen en zeggen positief te zijn over de ketensamenwerking. De vastgelegde werkafspraken, de privacyverklaring en de kennismaking over en weer zijn de gerealiseerde randvoorwaarden, die deze mening over de opgezette ketensamenwerking, kracht bij zetten.

"Het is prettig rechtstreeks contact met de huisarts te hebben, zo wordt het snel opgepakt, waardoor je verder kunt."

"Makkelijk om een casus in te brengen en nuttig dat je meningen van verschillende disciplines hoort."

"De opzet en insteek wordt door het overleg als heel positief ervaren. En deze opzet is ook heel duidelijk voor iedereen, hier zijn geen vragen over."

Op de vraag welk cijfer de projectgroepleden aan de pilot geven, was het antwoord gemiddeld een 6,3. Zij hebben mogelijk de knelpunten bij de uitvoering van de pilot ervaren. De zorgprofessionals gaven de pilot een 7,5. Zij hebben organisatorische knelpunten wellicht niet gemerkt en /of waarden vooral de opgebouwde samenwerking en het resultaat.

5.2 Laagdrempelige zorg

De pilot in zowel Hengelo als de Huet heeft een afgebakende looptijd gehad, met als hoofddoel de opbouw van de samenwerking. De uitvoering is te kort bezig om vast te stellen of via deze werkwijze de cliënt makkelijker toegang tot de zorg heeft. Wel is aan de zorgprofessionals en projectgroepleden gevraagd in welke mate in hun ogen via deze aanpak laagdrempelige zorg (beter) is gerealiseerd.

Zeven – vijf zeker, twee waarschijnlijk - van de elf geïnterviewden zijn van mening dat de zorg via deze samenwerking laagdrempeliger wordt: een persoon gaat vrij gemakkelijk naar de huisarts, die door de samenwerking een vraag of cliënt naar de buurtcoach/sociaal consulent kan doorspelen. De afhandeling van de vraag van de cliënt verloopt daardoor sneller en soepeler. Hij krijgt eerder de zorg die nodig is. Daarmee is de zorg laagdrempeliger of wordt dat na langere uitvoering van deze aanpak. *"Het is makkelijk schakelen, zodat zorg op de juiste plek terecht komt"*.

Er wordt ook een noodzaak tot deze werkwijze gevoeld. *"De care-kant wordt door de bezuinigingen steeds groter. Het medische systeem gaat dit niet meer dragen."*

Drie geïnterviewden weten het niet. Eén respondent vindt dat de zorg niet laagdrempeliger wordt, maar dat het enkel om een andere inrichting van de zorg gaat.

5.3 Doorverwijzing 2e-lijn

Aan de geïnterviewden is gevraagd in hoeverre zij denken dat via deze aanpak de instroom naar 2^e-lijn is verlaagd.

Acht van de elf geïnterviewden vinden dit een aanpak waarmee de doorverwijzing naar de 2^e-lijn zal verminderen.

Allereerst omdat meerdere levensdomeinen in beschouwing worden genomen en omdat sneller de

juiste zorg kan worden geboden. Daardoor kan erger worden voorkomen.

Daarnaast speelt ook dat de wijkverpleegkundige, huisarts en buurtcoach/sociaal consulent in de wijk werken, dus dichtbij. Mensen benaderen hen daardoor eerder met hun probleem.

"We vinden elkaar sneller en stemmen beter af. Je komt in een vroeger stadium bij mensen binnen. Dan is de problematiek minder zwaar en voorkom je verwijzingen naar de tweede lijn."

"Met deze aanpak bekijk je meer dan één aspect. Dat is de kracht van een sociaal- of buurtcoachteam. En als zo mensen zich goed geholpen voelen, en zich thuis prettig voelen, dan verlaagt dat de kans dat zij naar 2e-lijnszorg doorstromen."

Twee van de acht respondenten denken dat de werkwijze ook méér zorgvragen boven tafel kan halen. Mogelijk leidt dit tot meer 2^e-lijnszorg, maar de vroeger signalering van de vragen kan dit indammen.

Eén positieve respondent noemt als argument dat via een soortgelijke werkwijze de doorverwijzing naar de geriater is verlaagd.

Eén van de acht geïnterviewden noemt dat haar organisatie vanuit meerdere invalshoeken inzet op verlaging van de doorstroming naar 2^e-lijnszorg. Ook deze aanpak kan daaraan bijdragen.

Twee van de elf geïnterviewden, beiden zorgprofessional, verwachten niet een verlaagde instroom. Eén van hen verwacht wel een snellere uitstroom vanuit 2^e lijn, omdat de 1^e-lijnszorg door de aanpak wordt versterkt.

De andere respondent noemt dat er nog geen onderzoek is waaruit blijkt dat de instroom naar de 2^e-lijnszorg kan worden verlaagd.

Allen geïnterviewden erkennen dat onderzoek nodig is, om te weten of de toestroom naar 2^e-lijns zorg afneemt. Dergelijk onderzoek kan pas plaatsvinden als enige tijd via de nieuwe werkwijze wordt gewerkt.

"Nu zijn wel prognoses mogelijk, voor harde cijfers is het te vroeg."

6 Vervolg

- Vervolg van de pilot
- Uitrol in de pilotgemeenten
- Stand van zaken in de regiogemeenten

6 Vervolg

Dit hoofdstuk gaat in op wat er gebeurt na de pilot, hoe is het vervolg.

6.1 gaat in op het vervolg van de pilots in de Huet en Hengelo. In paragraaf 6.2 staan de plannen voor de uitrol van de aanpak in deze twee pilotgemeenten. Paragraaf 6.3 beschrijft de stand van zaken rond ketensamenwerking in de regiogemeenten Montferland en Oude IJsselstreek en besluit met de mogelijkheid voor uitrol.

6.1 Vervolg van de pilot

Aan de geïnterviewden is gevraagd of voor de voortzetting de huidige aanpak kan worden aangehouden of een aanpak 2.0 nodig is. Allen vinden de huidige aanpak goed en haalbaar voor alle betrokken partijen. Het werkmodel is prima. Het wordt essentieel genoemd dat de samenwerking wijkverpleegkundige, huisarts, buurtcoach/sociaal consulent wordt aangehouden.

Deze positieve mening geldt zowel voor de werkwijze in de Huet als in Hengelo. Er worden enkele aanbevelingen gedaan:

- de kern van de samenwerking, te weten wijkverpleegkundige, huisarts en buurtcoach/sociaal consulent is essentieel.
- de aanpak moet in de tijd verder groeien.
- beter aansluiten bij de realiteit van huisartsen, door na werktijd te overleggen of zorgen voor een adequate vergoeding voor waarneming.
- het is belangrijk een aanspreekpunt in de gemeente te houden.

6.2 Uitrol in de pilotgemeenten

De aanpak wordt bruikbaar gevonden voor verdere uitrol in de gemeenten Doetinchem en Bronckhorst. De geïnterviewden geven daarbij randvoorwaarden, die in hoofdstuk 4 bij de kansen voor de samenwerking zijn genoemd: projectleiderschap, gemeentelijk aanspreekpunt, werkafspraken, aansluiting bij bestaand overleg en goede sociale kaart.

Tijdens de bespreking van de resultaten in de projectgroep is de uitrol per gemeente aan de orde geweest. Voor Bronckhorst wordt voorgesteld om voor wijkverpleegkundigen, praktijkondersteuners, huisartsen, verdere eerstelijns en sociale consulenten een bijeenkomst te houden. Na informatie over de pilot en de benodigde randvoorwaarden kunnen de te vormen samenwerkingsverbanden met elkaar om tafel worden gezet.

Voor een gelijksoortige avond als in Bronckhorst wordt in Doetinchem een minimale opkomst verwacht. Daarom wordt aangeraden in Doetinchem op de vergaderingen van de huisartsengroepen informatie te geven over de pilot om zo de eerste stap te zetten. Op wijkniveau zullen vervolgens verdere afspraken worden gemaakt.

6.3 Stand van zaken in de regiogemeenten Oude IJsselstreek en Montferland

Bij aanvang van de pilot is de mogelijkheid tot doel gesteld om de werkwijze na afloop over te dragen aan geïnteresseerde regiogemeenten. Uit een eerdere inventarisatie is gebleken dat de gemeenten Oude IJsselstreek en Montferland mogelijk interesse hadden in de werkwijze voor hun eigen praktijk. Voor deze evaluatie is contact gezocht met beide gemeenten om te achterhalen in hoeverre zij de werkwijze van deze pilot zouden willen overnemen dan wel van willen leren.

Gemeente Oude IJsselstreek

Gemeente Oude IJsselstreek heeft ervoor gekozen meerdere wijknetwerken op te zetten en niet een

sociaal team in te richten of met buurtcoaches te werken.

In een wijknetwerk zit de 1^e lijn om tafel – maatschappelijk werker, welzijnsmedewerker, gebiedsmakelaar, wijkverpleegkundige, huisarts. Zij werken samen rond casussen.

Daarnaast worden Transformatietafels rond een thema georganiseerd. Een voorbeeld hiervan is de Transformatietafel rondom de instroom jeugd. Het is overleg tussen hulpverleners die een rol spelen in doorverwijzing, dus o.a. jeugdartsen, huisartsen en praktijkondersteuners. In dit overleg wordt gezamenlijk de doorverwijzing naar 2^e-lijn besproken. Hierbij is (ook) het doel om doorverwijzing naar 2^e-lijn te verminderen, bijvoorbeeld door gebruik te maken van de inzet van vrijwilligers of van de naaste omgeving van de cliënt.

In gemeente Oude IJsselstreek is voor deze opzet gekozen, die dus verschilt van de opzet in de pilot. Als in de loop van de tijd duidelijk wordt, welke aanpak de instroom naar 2^e-lijns zorg het beste vermindert, komt bijstelling in beeld. Nu is daar nog geen sprake van.

Gemeente Montferland

In gemeente Montferland is een indeling gemaakt in twee werkgebieden, namelijk Didam en omstreken en 's-Heerenberg en omstreken. In beide werkgebieden bestaat een multidisciplinair sociaal team. Vanaf eind januari 2015 zijn de sociale teams elk met twee wijkverpleegkundigen, afkomstig van verschillende organisaties, uitgebreid. Het gaat om totaal vier wijkverpleegkundigen. In de teams zijn werkafspraken

gemaakt en in het overleg vindt casuïstiekbespreking plaats. Hier sluiten de wijkverpleegkundigen bij aan.

De huisartsen hebben aangegeven geen nieuw overleg te wensen. De wijkverpleegkundigen vormen de schakel met de huisartsen en de praktijkondersteuners huisartsen (POH). Er is een bijeenkomst voor huisartsen geweest, voor kennismaking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen en sociale teams en bespreking van de werkwijze. De opzet is dat een huisarts contact opneemt met een wijkverpleegkundige als hij een patiënt treft met vragen die aansluiten bij de sociale teams. Dan zorgt de wijkverpleegkundige ervoor dat die persoon bij de juiste hulpverlener belandt of brengt hem in in het sociaal team. Naast deze schakelfunctie behouden de wijkverpleegkundigen hun (medische) zorgtaken. De vier wijkverpleegkundigen zorgen ook voor de afstemming met de overige wijkverpleegkundigen die werkzaam zijn in Montferland.

In gemeente Montferland is dus een eigen aanpak ontwikkeld, afgestemd op de behoefte van de huisartsen en op de lokale infrastructuur. Daarom is er nu geen behoefte de aanpak vanuit de pilot uit te rollen. Wel is er interesse hoe de andere gemeenten de ketensamenwerking aanpakken, informatie hierover is welkom. Zo zijn in de pilot de huisartsen via het Hometeam/MDO direct betrokken bij cliëntbespreking, in Montferland loopt dat via de schakel wijkverpleegkundige. Het kan interessant zijn de ervaringen naast elkaar te leggen.

Bijlagen

| | |
|--|----|
| Bijlage 1: Topiclijst zorgprofessionals | 13 |
| Bijlage 2: Topiclijst projectgroepleden | 14 |
| Bijlage 3: Doelmatigheidsmodel Hometeam Hengelo | 15 |

Bijlage 1: Topiclijst zorgprofessionals

1. Algemene vragen

- 1.1 Bij welke organisatie bent u in dienst?
- 1.2 Sinds zomer 2014 (de Huet)/eind 2014 (Hengelo) werkt u mee aan de pilot 'Aansluiting buurtcoaches/sociale teams en eerstelijnsvoorzieningen'. Hoe heeft u dat tot nu toe ervaren?

2. Informatie

- 1.1 Hoe heeft u informatie gekregen over de werkwijze?
 - 1.1.1 'Plan van aanpak Ketenzorg' ontvangen, gelezen, begrepen?
 - 1.1.2 andere vorm van mondelinge of schriftelijke informatie of instructie?
- 1.2 In hoeverre had u genoeg bagage om volgens de aanpak te werken?
 - 1.2.1 Was de rol van uw organisatie en uw eigen rol binnen de pilot duidelijk?
 - 1.2.2 Was u voldoende toegerust voor uw rol? Hoe?
 - 1.2.3 Als u ondersteuning nodig had om volgens de pilot te kunnen werken, wist u dan waar ondersteuning te krijgen? Waar was dit?
- 1.3 In hoeverre hadden de samenwerkingspartners voldoende bagage om het project uit te voeren:
 - 1.3.1 Hadden zij zicht op hun taken en op de rolverdeling? Kunt u dit uitleggen/toelichten?
 - 1.3.2 Indien niet voldoende bagage, waaruit bleek dit dan?

3. Casussen

- 3.1 Was het duidelijk wanneer een casus binnen de aanpak valt? Zo ja, hoe? Zo nee, waar lag dat aan?
- 3.2 Was het duidelijk wanneer een (zorgleef)plan moest worden opgesteld?
- 3.3 Zijn er casussen geweest?
 - 3.3.1 Zo ja, hoeveel en in welke vorm is hierover samenwerking geweest
 - 3.3.2 Zo nee, waar lag dat aan?
- 3.4 Is er een (zorgleef)plan opgesteld?
 - 3.4.1 Welk format is gebruikt? Hoe verliep dat? Wat zijn de ervaringen?

4. Samenwerking

- 4.1 Was het duidelijk wanneer een casus binnen de aanpak valt? Zo ja, hoe? Zo nee, waar lag dat aan?
- 4.2 In hoeverre is de samenwerking verbeterd, zoals in het project beoogd?
- 4.3 Hoe verliep de gegevensuitwisseling? Indien deze verbeterd zou kunnen worden, welke suggesties kunt u geven?
- 4.4 Wat vindt u kansen voor samenwerking tussen eerstelijns en buurtcoach/sociaal wijkteam
- 4.5 Wat vindt u valkuilen voor een dergelijke samenwerking?

5. Doelen

- 5.1 Was het duidelijk wanneer een casus binnen de aanpak valt? Zo ja, hoe? Zo nee, waar lag dat aan?
- 5.2 In welke mate is in uw ogen via deze aanpak laagdrempelige zorg (beter) gerealiseerd? Kunt u een voorbeeld geven?
- 5.3 In hoeverre denkt u dat via deze aanpak de instroom naar de 2^e-lijns zorg is verlaagd?
- 5.4 Kan voor voortzetting van de samenwerking de aanpak worden aangehouden, of is een aanpak 2.0 nodig? Welke ingrediënten zijn daarvoor nodig?

6. Slot

- 6.1 Welk rapportcijfer geeft u de pilot?
- 6.2 Heeft u nog verdere opmerkingen of vragen?

Bijlage 2: Topiclist projectgroepleden

Pilot 'Aansluiting buurtcoaches/sociale teams en eerstelijnsvoorzieningen' - Vragenlijst projectgroeplid Caransscoop

1. Algemene vragen

- 1.1 Vanaf wanneer bent u betrokken bij de projectgroep van de pilot 'Aansluiting buurtcoaches/sociale teams en eerstelijnsvoorzieningen'?
- 1.2 Wat is uw rol binnen de projectgroep? En die van uw organisatie?

2. De pilot

- 2.1 Hoe vindt u de pilot verlopen?
- 2.2 Wat gaat er goed in de pilot?
- 2.3 Wat zou beter kunnen in de pilot?
- 2.4 In hoeverre benut de pilot de expertise en het netwerk vanuit het Netwerk Kwetsbare Ouderen?

3. De doelen

- 3.1 In welke mate is of zal in uw ogen via deze aanpak laagdrempelige zorg (beter) gerealiseerd (worden)? Kunt u een voorbeeld geven?
- 3.2 In hoeverre denkt u dat via deze aanpak de instroom naar de 2^e-lijns zorg is verlaagd of zal worden verlaagd? Kunt u een voorbeeld geven?
- 3.3 Kan om de samenwerking voort te zetten, de huidige werkwijze in de pilot worden aangehouden, of is een aanpak 2.0 nodig? Welke ingrediënten zijn daarvoor nodig?

4. Uitrol

- 4.1 Wat moet er gebeuren voor de verdere uitrol van de werkwijze naar andere teams/gemeenten? Wat zijn de aandachtspunten daarvoor? Welke rol kan Caransscoop daarbij spelen? En de gemeenten?

5. Slot

- 5.1 Welk rapportcijfer geeft u de pilot?
- 5.2 Verder nog opmerkingen?

Bijlage 3: Doelmatigheidsmodel Hometeam Hengelo



a. Wat is ons gezamenlijke doel?

In multi-disciplinair verband, optimaliseren van de patiëntenzorg; met korte lijntjes behandeling/zorg op elkaar af te stemmen, kennis over te dragen en gebruik te maken van elkaars capaciteit als sparringpartner.

Tegelijkertijd ontmoeten we elkaar, is er sprake van netwerken en is er de mogelijkheid om anderen inzicht te geven in elkaars werk.

Hierbij is ook de mogelijkheid om niet-patiëntgebonden zaken in te brengen

b. Taken

Wie zijn er aanwezig:

- Huisartsen: Nico Eyck (tevens voorzitter) , Jan Koning, Henric ter Horst
- Wijkverpleegkundigen: Markenheem, Buurtzorg en Sensire, namens iedere wijk een afgevaardigde.
- Oncologieverpleegkundige: Carla Schotman
- Specialist Ouderen Geneeskunde: Koen Seegers, Roland van Balen (per 3-2015)
- Andere disciplines op uitnodiging van de voorzitter.
(bv. Apotheker, geriatrische fysiotherapeute, diëtiste, sociale wijkteam midden SWM)

Voorzitter:

- Inventariseren van de agendapunten/toestemmingsverklaring SWM
- Agenda verspreiden voor 13.00 op de 2^e en 4^e maandag van de maand.
- Overleg leiden
- Zo nodig uitnodigen van andere disciplines.
- Als er geen casus ingebracht is en er niets op de rolagenda staat, kan de voorzitter besluiten het HOME-team niet door te laten gaan.
- Bij afwezigheid een vervangende voorzitter regelen

Deelnemers:

- Mailen van agendapunten naar de voorzitter. Dit volgens format, voor 12.00 uur de 2^e en 4^e maandag van de maand.
- daar deelnemers van Sociale wijkteam midden niet BIG geregistreerd zijn is het nodig om toestemming/handtekening van de cliënt/klant te hebben. Dit formulier zal door de huisarts van betreffende klant gearhiveerd worden.
- na de vergadering is er ruimte om 1 op 1 bv. een klant te bespreken, geef dit in het begin van de vergadering aan.
- Wees kritisch in welk e-mail adres je gebruikt, dit i.v.m. de privacy van de patiënt/klant.
- Wees kritisch of je een antwoord hebt gekregen waar je wat mee kunt/of kom terug op waar je tip/advies over gekregen hebt.
- Bij afwezigheid doormailen naar de voorzitter.
- Actieve rol als sparringpartner

c. Procedures

Frequentie:

2^e en 4^e maandag van de maand. Met uitzondering van schoolvakanties.

Tijd:

14.30 uur tot 15.30 uur

Waar:

Kantoor Sensire
Sterreweg 8
7255BJ Hengelo (GLD)

Overlegstructuur:

1. Opening
2. Terug komen op/feedback vorig home team
3. Korte mededelingen
4. Ingebrachte gemailde agendapunten.
5. Niet patiëntgebonden zaken.
6. Afsluiting
7. Klantbespreking 1 op 1: (geef dit in het begin van de vergadering aan)

Agendapunt volgens format (als bijlage toegevoegd)

1. Patiënt/klant gegevens.
2. Naam
3. Geboortedatum.
4. Huisarts
5. Ingebracht door
6. Voorgeschiedenis/diagnose.
7. Ondernomen interventies
8. Huidige zorgvraag.
9. Kort en bondig je vraag.

Voor 12.00 uur de 2^e en 4^e maandag van de maand kun je volgens format je agendapunt mailen naar de voorzitter.

April 2015: evaluatie van de frequentie

Format voor inbrengen casuïstiek

Voor 12.00 uur de 2^e en 4^e maandag van de maand mailen naar de voorzitter.

Gegevens van patiënt / klant

| | |
|----------------------------------|--|
| Naam | |
| Geboortedatum | |
| Huisarts | |
| Ingebracht door | |
| Voorgeschiedenis diagnose | |
| Ondernomen interventies | |
| Huidige zorgvraag | |
| Kort en bondig je vraag | |

Beleidsmakers in de Volksgezondheid staan voor de lastige opdracht om bij afnemende financiële ruimte antwoorden te vinden voor toenemende gezondheidsproblemen onder de bevolking. Dat vraagt om ingrijpende en verantwoorde keuzes.

Het Evaluatiebureau Publieke gezondheid is specialist in het verkrijgen van praktische informatie over interventies in de publieke gezondheid. Het Evaluatiebureau biedt beleidsmakers handvatten waarmee zij ingrijpende keuzes op verantwoorde wijze kunnen maken. Dat doen we in alle gevallen praktisch, verbazingwekkend betaalbaar, en met academisch gestoelde kennis. Zo maken we beleidsmakers sterker.



Evaluatiebureau Publieke Gezondheid
Postbus 51
7300 AB Apeldoorn
088 - 443 37 05
info@evaluatiebureau.nl
www.evaluatiebureau.nl

Initiatief van:



Partners:



© Evaluatiebureau Publieke Gezondheid – maart 2015
Overname van gegevens is toegestaan, mits voorzien van bronvermelding.