



Wijkgerichte preventie en vroegsignalering

Landelijke initiatieven en een praktische handreiking voor wijkverpleegkundigen

Gebruik dit document ter inspiratie en voor als je zelf aan de slag wil gaan met wijkgerichte preventie en vroegsignalering.

Inhoudsopgave

Klik op de blokken en
navigeer direct
naar het onderdeel.



Leeswijzer



Heb je een vraag?

Heb je een vraag naar aanleiding van dit document? Neem dan contact op met Mischa Buter, projectleider bij AEF, via: info@aef.nl.



Navigeren

Navigeer direct terug naar de inhoudsopgave door te klikken op de 3 streepjes rechts bovenin.



Landkaart

In dit document is een landkaart opgenomen met een overzicht van initiatieven voor wijkgerichte preventie en vroegsignalering. Navigeer direct terug naar de landkaart door te klikken op het icoon met de Nederlandse kaart.


Deel met een collega!

Het is belangrijk dat veel wijkverpleegkundigen en de organisaties waar zij werkzaam zijn kennis kunnen nemen van de inhoud van deze handreiking. Vind jij dit document ook belangrijk voor je collega's? Stuur dit document dan door.



Aan de slag!

[Klik hier](#) en navigeer naar deel 2: de handreiking.

Dit document heeft een tweeledig doel:

- 1) het bieden van een overzicht ter inspiratie om ook in de eigen regio's of wijken initiatieven te ontplooiën
- 2) het activeren én faciliteren om hier daadwerkelijk mee te starten.

Het document bestaat uit 2 onderdelen:

Deel 1) bestaat uit een interactieve landkaart met initiatieven. Dit laat een overzicht zien van initiatieven rond wijkgerichte preventie en vroegsignalering in Nederland.

Deel 2) bestaat uit een handreiking. In deze handreiking vind je een stappenplan om aan de slag te gaan met wijkgerichte preventie en vroegsignalering.

> Lees op de volgende pagina voor wie dit document bedoeld is en waarom het is ontwikkeld.



Waarom dit document?

Het is niet altijd vanzelfsprekend dat wijkverpleegkundigen en de organisaties waar zij werkzaam zijn, bezig zijn met wijkgerichte preventie en vroegsignalering. Hier liggen zowel kansen als uitdagingen.

Daarom hebben de partijen van het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging (ministerie van VWS, ActiZ, ZorgthuisNL, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging Nederlandse Gemeenten, Beroepsvereniging Verzorgenden en Verpleegkundigen en Zorgverzekeraars Nederland) adviesbureau Andersson Elffers Felix (AEF) gevraagd om een onderzoek uit te voeren naar goede voorbeelden van wijkgerichte preventie en vroegsignalering vanuit het perspectief van wijkverpleegkundigen.

Voor wie is dit document bedoeld?

Dit document is bedoeld voor een breed publiek dat interesse heeft of (actief) bezig is met wijkgerichte preventie en vroegsignalering. Van beleidsmaker tot onderzoeker, projectleider tot directeur van een zorginstelling.

Bovenal is dit document bedoeld voor wijkverpleegkundigen; zowel werkzaam binnen als buiten een zorginstelling. Zij kunnen vanuit hun spilfunctie inspiratie opdoen om met wijkgerichte preventie en vroegsignalering aan de slag te gaan en bruggen te bouwen.

Wil je direct weten hoe? [Klik dan hier](#) door naar de handreiking.

Wij hebben geïnventariseerd welke middelen, methoden en/of goede voorbeelden er in Nederland zijn rond preventie en vroegsignalering in de wijkverpleging. In dit document staan de uitkomsten van deze inventarisatie. Daarnaast zijn we tot een handreiking gekomen die wijkverpleegkundigen ondersteunt en activeert om te starten met wijkgerichte preventie en vroegsignalering. Tegelijkertijd bestond het vermoeden dat er op diverse plekken in het land wel degelijk aan wijkgerichte preventie en vroegsignalering wordt gewerkt.

Wat is **belangrijk** bij het werken aan preventie en vroegsignalering in de wijkverpleging?

“

Wees niet bang, zet door en stel vragen! Uiteindelijk kom je zo bij de juiste persoon terecht die kan meedenken in hoe je projecten rond wijkgerichte preventie en vroegsignalering van de grond krijgt.

Quote van een wijkverpleegkundige

“



Maak een wijkanalyse en zorg voor een goed contact met de belangrijkste samenwerkingspartners.

Monica
(wijkverpleegkundige)

“



Het is belangrijk om een netwerk te hebben bij de organisaties die je nodig hebt voor samenwerking. Zo is een vast aanspreekpunt bij de gemeente erg helpend, zodat je samen kunt kijken of er een gezamenlijke agenda voor wijkgericht werken tot stand kan komen.

Nadine (wijkverpleegkundige)

“

Wijkverpleegkundigen hebben zowel medische kennis als kennis van wet en regelgeving in de zorg. Hierdoor zijn ze onmisbaar in elk wijkinitiatief. Ze hebben een rol in het maken van verbinding, het bouwen van bruggen tussen het sociaal en medisch domein, het informeren van burgers in de wijk en het inzetten van preventieve hulpmiddelen in de wijk.

Quote van een praktijkondersteuner met wijkverpleegkundige achtergrond

“



Je hebt een kartrekker nodig, en natuurlijk financiering om projecten rond wijkgerichte preventie en vroegsignalering van de grond te krijgen. Het zou helpen als we als wijkverpleegkundigen iets meer verpleegkundige leiderschap in de vingers krijgen. Dan kunnen we de rol van kartrekker ook op een natuurlijke manier pakken.

Anke (wijkverpleegkundige)

“

Maak het belang duidelijk van preventie gericht op risicogroepen. Het zou zo mooi zijn als we hier als wijkverpleegkundigen een stevigere rol in kunnen nemen. Er is echt veel meer mogelijk dan we vaak denken. Preventie gericht op het individu is al vaak onderdeel van het wijkverpleegkundig handelen. Nu nog de verbreding zoeken naar groepen.

Quote van een wijkverpleegkundige





Waarom een focus op preventie en versterken van zelfredzaamheid?

De stijgende zorgkosten, de toenemende vergrijzing en de olopende arbeidstekorten in de zorg vragen om een fundamentele transitie in zowel de curatieve en langdurige zorg als het sociaal domein. De zorgvraag neemt toe; vooral door de toename van het aantal chronisch zieken in combinatie met de vergrijzing. Tegelijkertijd ontstaat het beeld dat de inzet van mantelzorg niet voldoende is en dat diverse scenario's personeelstekorten van 300.000 tot 500.000 zorgprofessionals laten zien. Naast deze trends dreigt er een financieringsprobleem. De zorgkosten zijn de laatste 15 jaar gestegen van € 65 miljard naar € 95 miljard. Deze kosten blijven stijgen als het beroep op de curatieve zorg niet wordt teruggedrongen, terwijl de kosten voor de inzet van preventie nagenoeg gelijk zijn gebleven (minder dan 1 miljard).

Kortom, de zorg staat onder druk en vraagt een verschuiving. De focus zal moeten verschuiven naar behoud van gezondheid en voorkomen van ziekte. Oftewel: preventie en een focus op zelfredzaamheid. Het creëren van zoveel mogelijk eigen regie bij burgers en cliënten komt steeds meer centraal te staan. Tegelijkertijd is dit gemakkelijker gezegd dan gedaan. Dit komt onder andere omdat veel gezondheidsproblemen samenhangen met omgevingsfactoren (huisvesting, milieu en arbeidsomstandigheden) en sociale en welzijnsproblemen (inkomen, wonen en veiligheid). Uit onderzoek naar de toekomstverkenning van onze volksgezondheid blijkt dan ook dat het aanpakken van omgevings-, sociale- en welzijnsfactoren veel effectiever is dan bijvoorbeeld gedragsverandering. Deze factoren verschillen echter per wijk, waardoor er steeds meer wordt gepleit voor wijkgerichte preventie.

De klassieke indeling van preventie volstaat niet meer in huidige tijd

Tot voor kort was de meest gebruikte indeling voor preventie die in fases van de ziekteverloopt: primair, secundair en tertiair.

Primaire preventie heeft als doel om ziekte te voorkomen door het wegnemen van de oorzaak. De doelgroep hierbij is de gezonde bevolking. Voorbeelden hiervan zijn vaccinaties van zuigelingen en stoppen met roken campagnes.

Secundaire preventie richt zich op mensen in een vroeg stadium van een ziekte, of personen die ziek zijn, maar waarbij de ziekte nog niet is gediagnosticeerd. Het doel is de ziekte vroegtijdig te behandelen, zodat deze geneest of niet verergert. Vroegtijdige opsporing gebeurt door bevolkingsonderzoeken zoals bijvoorbeeld die voor baarmoederhalskanker.

Tertiaire preventie richt zich op mensen die al ziek zijn. Het doel is om verergering te voorkomen, mensen de helpende hand te bieden om zo zorgonafhankelijk mogelijk te worden of te blijven. Het gaat bijvoorbeeld om het voorkomen van complicaties.

De achterliggende gedachte bij preventie was lange tijd dat voorkomen beter is dan genezen. Voor een aantal gezondheidsproblemen geldt dat inderdaad. Veel chronische aandoeningen hebben echter meerdere oorzaken en ontwikkelen zich langzaam. Daarnaast is er steeds meer sprake van co-morbiditeit, waardoor het verloop van een ziekte minder zichtbaar is. Tegelijkertijd kan iemand met een chronische ziekte met bijvoorbeeld passende hulpmiddelen en aanpassingen in zijn leefstijl nog goed participeren in de maatschappij.

De groep waarbij het onderscheid tussen voorkomen en behandelen (en daarmee het onderscheid tussen primaire, secundaire en tertiaire preventie) van de ziekte moeilijker is aan te geven, is minder goed in te passen in bovenstaande indeling.



Het voorkomen of uitstellen van problemen staat steeds meer centraal

De focus verschuift naar het voorkomen of uitstellen van problemen en van een individu naar een wijkperspectief

Waar preventie voorheen vooral ging om het voorkomen van verergering van de ziekte, of van de complicaties daarvan, is het nu ook gericht op het voorkomen of uitstellen (vroegsignalering) van problemen. Was de aandacht hierbij voorheen vooral gericht op het individu en zijn of haar leefstijl, zien we dat dit zich tegenwoordig meer richt op de wijk en de verschillende groepen inwoners die hier leven.

Een voorbeeld: sociaaleconomische gezondheidsverschillen nemen toe in Nederland. Mensen met een lage sociaaleconomische status zijn het kwetsbaarst en hebben vele risicofactoren om gezondheidsproblemen te krijgen. Tegelijkertijd lukt het niet altijd goed om deze kwetsbare groep preventief te bereiken. Een enkel op het individu gerichte aanpak werkt vaak lastig, omdat ook maatschappelijke en omgevingsfactoren bepalend zijn in het gezond zijn en blijven. Omdat die factoren per wijk enorm verschillen, wordt steeds meer gepleit voor wijkgerichte preventie en vroegsignalering. Dit vraagt om structurele samenwerking tussen het medisch en sociaal domein en een integrale, preventieve wijkgerichte aanpak waarin alle zowel individueel gebonden factoren, de fysieke omgeving en de sociale omgeving samenkomen.

Een indeling die daarom beter past bij de huidige situatie is de indeling in universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie.

Deze indeling gaat uit van risico's in plaats van fases van ziekten. Het geeft meer ruimte voor preventieve interventies bij zowel de groep die (gedefinieerd) een hoog risico heeft op een bepaalde aandoening, als bij de groep bij wie nog geen diagnose kan worden gesteld, maar die wel al beperkte symptomen heeft:

Universele preventie richt zich op de algemene bevolking. Het doel is om bij alle mensen de gezondheid te bevorderen en de kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verminderen. Een voorbeeld van universele preventie is het rijksvaccinatieprogramma.

Selectieve preventie is gericht op bevolkingsgroepen met een verhoogd risico op ziekten en heeft als doel de gezondheid van specifieke risicogroepen te verbeteren. Een voorbeeld is de griepvaccinatie bij ouderen.

Geïndiceerde preventie richt zich op individuen die nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel beginnende klachten of symptomen. Het heeft als doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen. Een voorbeeld is een stoppen met roken interventie bij longproblematiek.

Zorggerelateerde preventie is gericht op het ondersteunen van individuen met een ziekte of gezondheidsproblemen en heeft tot doel ziektelast te reduceren, complicaties of co-morbiditeit te voorkomen en zelfredzaamheid te vergroten. Een voorbeeld is leefstijladvies bij mensen met hart- en vaatziekten.

> In dit document gaan we uit van de indeling in universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie met bovengenoemde definities.

De wijkverpleegkundige heeft een rol in zorggerelateerde en geïndiceerde preventie, wat gericht is op het voorkomen van complicaties of het verergeren van klachten. Ook heeft de wijkverpleegkundige een belangrijke rol in het leren omgaan met de consequenties van gezondheidsproblemen op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied.

Selectieve preventie en daarmee het wijkgerichte samenspel tussen professionals uit het sociaal en medisch domein wordt belangrijker

Doordat de aandacht verschuift naar de wijk in zijn algemeenheid, en preventie meer in het teken staat van omgevingsfactoren, welzijn en sociale factoren, betekent dit dat meerdere organisaties en/of zorgprofessionals een rol spelen. Het gaat dan vaak om samenwerking tussen zorg en welzijn, het aanpakken van complexe problemen en aanpassingen in leefstijl in combinatie met de leefomgeving.

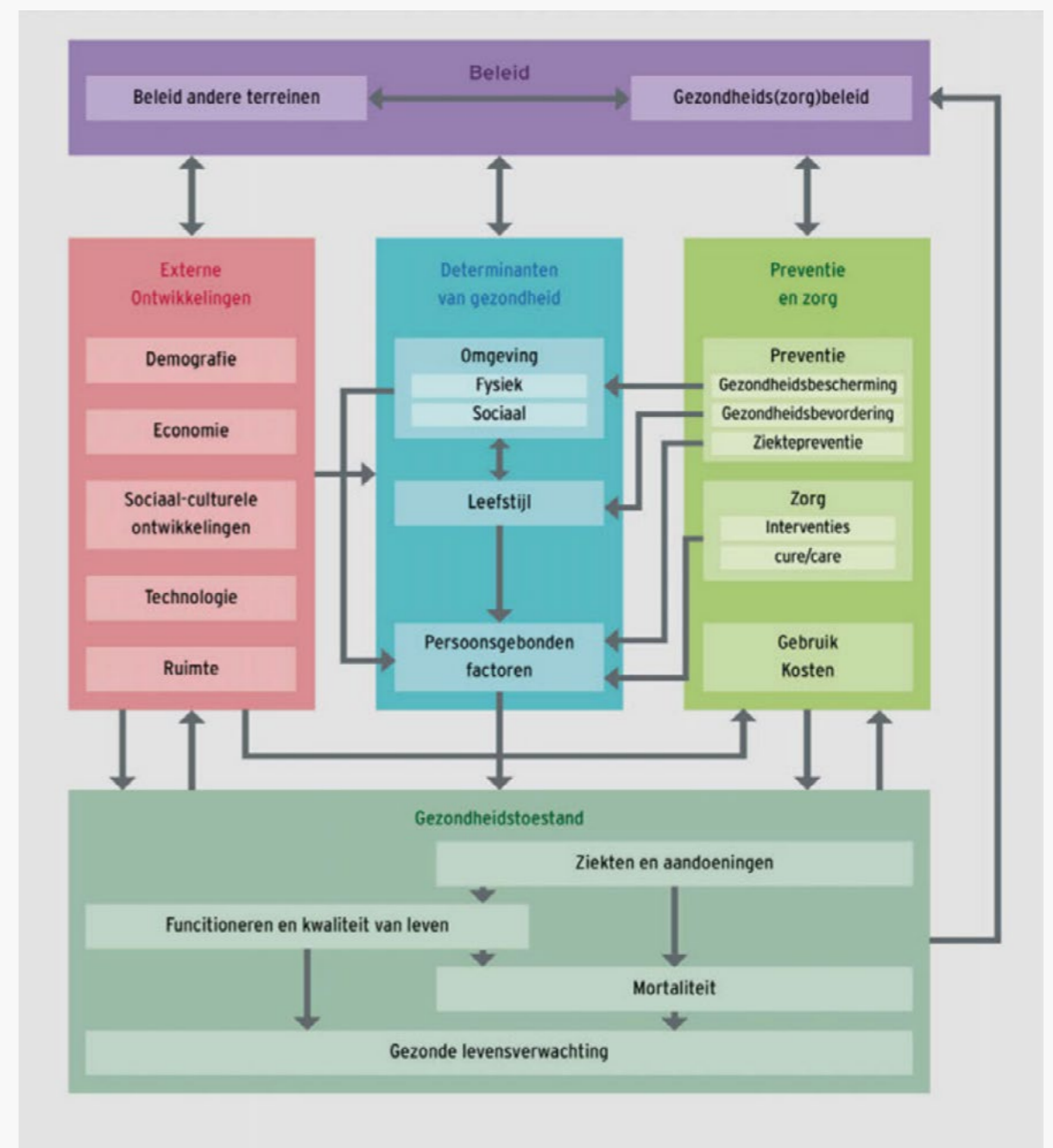
Om deze wijkgerichte zorg en ondersteuning te kunnen bieden werken eerstelijnszorgprofessionals en professionals uit het sociaal domein samen. Binnen het sociaal domein gaat het met name om samenwerking rond algemene en meer collectieve initiatieven. Deze voorzieningen richten zich op het verbinden van hulp- en zorgvragen van bewoners in de wijk. Juist door samenwerking tussen welzijns- en zorgprofessionals ontstaat een meer wijkgerichte en domeinoverstijgende aanpak.

In het figuur hiernaast is weergegeven hoe de integrale benadering die rekening houdt met alle determinanten van gezondheid - waarvan een aantal buiten het zorgdomein liggen - eruitziet.

De eerdergenoemde omslag in preventie leidt ook tot veranderende rollen, competenties en verwachtingen van zorgprofessionals, waaronder de wijkverpleegkundige.

De wijkverpleegkundige krijgt steeds meer een spilfunctie in de eerstelijnszorg en in de wijk.

Ze wordt daarbij ingezet als schakel die zorg, wonen en welzijn met elkaar verbindt. Deze aanvullende en meer preventieve taken zijn onderdeel geworden van het standaardtakenpakket van de wijkverpleegkundige en opgenomen in het expertisegebied. Zo is de wijkverpleegkundige naast zorgverlener ook gezondheidsbevorderaar in de wijk(en) waarin zij actief is.



De wijkverpleegkundige heeft een belangrijke rol in het verbinden van eerstelijnszorg, het sociale domein en gezondheidsbevordering.

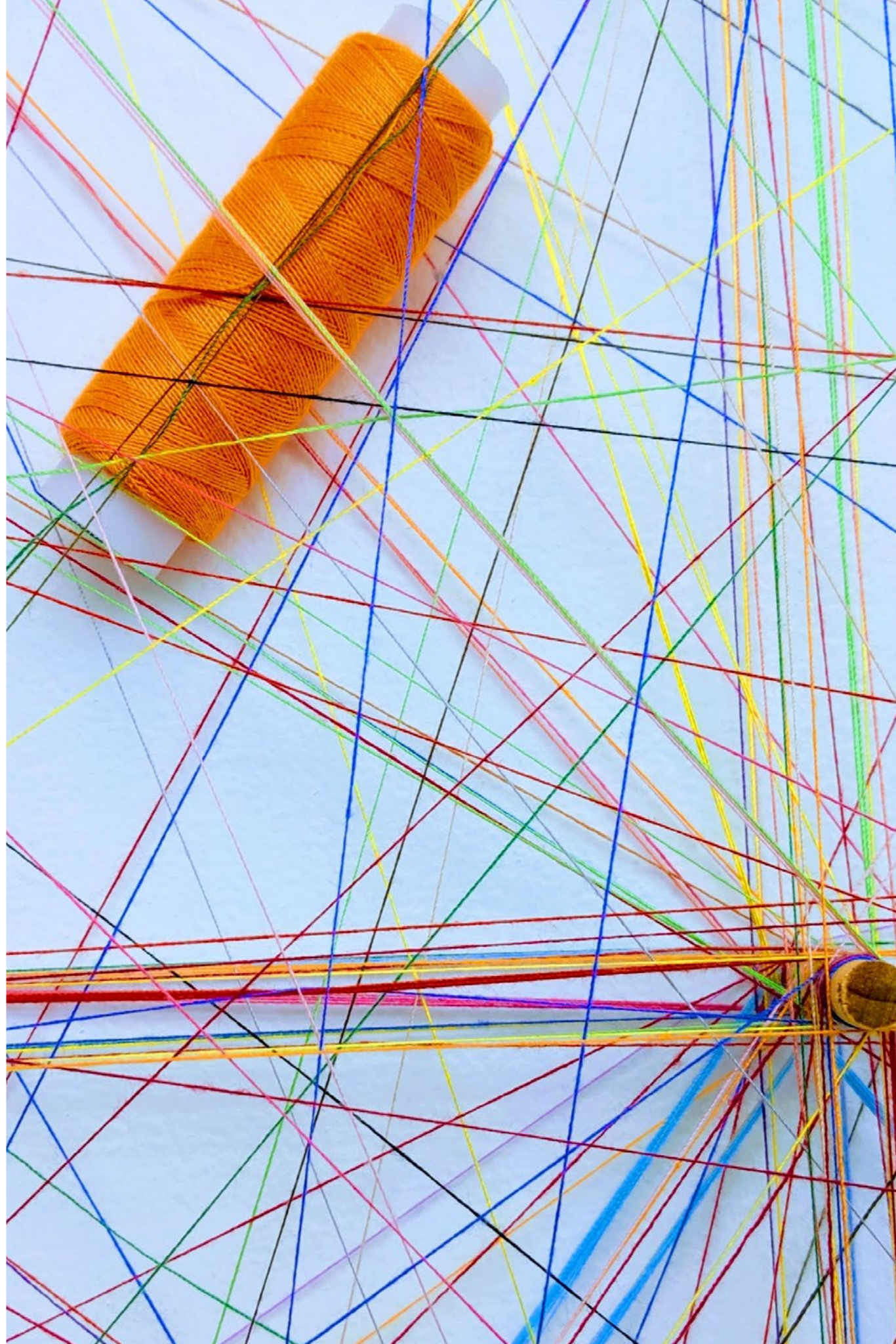
De wijkverpleegkundige benadert vanuit de rol van gezondheidsbevorderaar actief mensen met hoge risico's op gezondheidsproblemen. Zij* beïnvloedt de leefstijl en bevordert gezond gedrag van burgers en patiënten, in de context waarin zij werkt.

De wijkverpleegkundige komt bij de mensen thuis en verwijst waar nodig door naar partners in de wijk. In haar rol als gezondheidsbevorderaar is ze betrokken bij thema's als overgewicht, diabetes, psychische klachten, valpreventie en eenzaamheid.

Het wijkplan is vervolgens een middel om preventieactiviteiten te onderbouwen. In het wijkplan neemt de wijkverpleegkundige de wijk waarin zij werkt onder de loep: welke mensen wonen er, wie zijn er actief in het sociale domein en de eerstelijnsgezondheidszorg, hoe ziet het verenigingsleven eruit en welke (dreigende) gezondheidsproblemen spelen er? Zo kan er vastgesteld worden wat er speelt en waar acties op nodig zijn.

De volgende stap is om het wijkplan te vertalen naar een plan om de gezondheid te bevorderen – zowel per kwetsbare groep als per individuele cliënt. Juist de wijkverpleegkundige kan de link maken tussen het geven van informatie over een kwetsbare groep naar gezondheidsbevordering voor de individuele cliënt. Daarnaast is goede samenwerking met netwerkpartners, zoals de huisarts, maar ook de gebiedsteams, waarin het maatschappelijk werk, de welzijnsorganisatie en andere professionals zitten, cruciaal.

* Waar zij staat kan ook hij of wijkverpleegkundige gelezen worden.



Leeswijzer van de landkaart en initiatieven

Op de volgende pagina's staat een landkaart en verschillende initiatieven rond wijkgerichte preventie en vroegsignalering.

Wil je direct de rode draden zien van de initiatieven? [Klik dan hier.](#)

Per initiatief zijn de volgende onderdelen uiteengezet:

- **Een beschrijving van het initiatief.** Hierbij gaan we in op wat het initiatief behelst, voor wie het is bedoeld en wat de reden is dat het initiatief is gestart. Ook benoemen we wat de doorlooptijd en status is van het initiatief.
- **De rol van de wijkverpleegkundige.** Per initiatief geven we inzicht in welke rol de wijkverpleegkundige inneemt.
- **Financiering van de initiatieven.** We gaan in op de wijze waarop de initiatieven zijn gefinancierd en welke organisaties hierbij betrokken zijn.
- **Betrokken partners.** We benoemen welke organisaties een rol spelen in de opzet en uitvoering van het initiatief.
- **Randvoorwaarden.** Projecten en initiatieven dienen veelal aan een aantal randvoorwaarden te voldoen, om goed van de grond te komen. Deze beschrijven we bij de verschillende initiatieven.
- **Succes- en/of belemmerende factoren.** Indien bekend, benoemen we welke factoren hebben bijdragen aan het succes of het belemmeren van het initiatief.
- **Resultaten.** We benoemen wat het initiatief tot nu toe heeft opgeleverd. Dat is bij sommige initiatieven zeer uitgebreid beschreven en bij andere initiatieven wat beknopter. Niet alle initiatieven hebben al concrete resultaten opgeleverd, of hebben dit inzichtelijk gemaakt voor derden. In dat geval geven we het aan.
- **Contact voor meer informatie.** We linken door naar websites en/of contactgegevens waar meer informatie te vinden is over het initiatief.

ontdek

20 initiatieven rond
wijkgerichte preventie
en vroegsignalering



Beweeg met je muis over de kaart en bekijk de opgehaalde initiatieven verspreid over Nederland.



Klik op de bolletjes om direct te navigeren naar de uitwerking van het initiatief.



Klik rechtsboven elke pagina op de landkaart om terug te navigeren naar dit overzicht.



Klik op één van de vijf thema's om initiatieven te vinden die gericht zijn op specifieke thematiek.



-  Ouderen langer thuis laten wonen
-  Betere verbinding sociaal en medisch domein
-  Signaleren van kwetsbaarheid
-  Voorkomen van ondervoeding
-  Sociale weerbaarheid

Rode draden vanuit de initiatieven

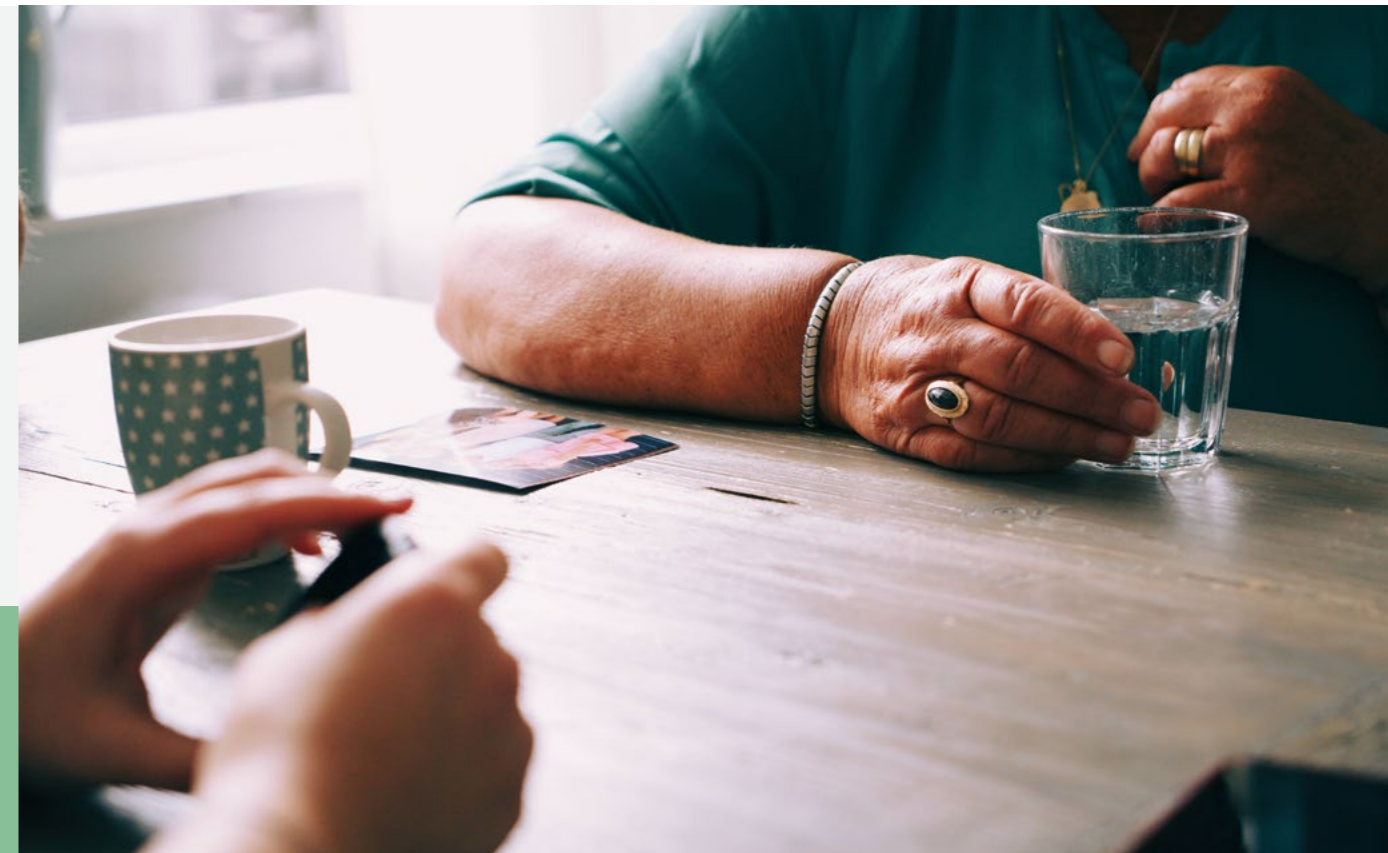
Uiteindelijk heeft de inventarisatie 20 initiatieven rond wijkgerichte preventie en vroegsignalering opgeleverd. We onderscheiden in de initiatieven grofweg vijf thema's:

- Ouderen langer thuis laten wonen
- Betere verbinding medisch en sociaal domein
- Voorkomen van ondervoeding
- Signaleren van kwetsbaarheid
- Sociale weerbaarheid

Daarnaast zien we de volgende rode draden terugkomen in de initiatieven:

De rol van de wijkverpleegkundige. In de inventarisatie is gekeken naar initiatieven gericht op vroegsignalering en wijkgerichte preventie vanuit wijkverpleegkundig perspectief. Ondanks dat het expertisegebied van de wijkverpleegkundige aangeeft dat zij een rol heeft in selectieve preventie, komt deze rol in de opgehaalde initiatieven beperkt terug. De wijkverpleegkundige is soms betrokken, maar veelal vanuit haar reguliere wijkverpleegkundige zorg. We hebben er daarom voor gekozen om ook initiatieven te includeren die (deels) gericht zijn op (kwetsbare) risicogroepen, maar waarbij de wijkverpleegkundige betrokken is in de zorgverlening aan individuele cliënten. Initiatieven die alleen gericht waren op individuele cliënten en dus geïndiceerde preventie, zijn niet geïnccludeerd.

Financiering van de initiatieven. De meeste initiatieven zijn gefinancierd door gemeenten c.q. vanuit het sociaal domein. Initiatieven die gefinancierd zijn vanuit de Zvw of Wlz zijn vaker gericht op individuele cliënten c.q. geïndiceerde preventie.



Benodigde partners. Initiatieven rond selectieve preventie dienen breedgedragen te worden door verschillende partijen in de wijk. Het vraagt om structurele samenwerking tussen het medisch en sociaal domein, maar ook met gemeenten, zorgverzekeraars of woningbouwverenigingen.

Randvoorwaarden en succes- en faalfactoren. De meest voorkomende randvoorwaarden en factoren voor succes of falen, zijn:

- Actieve interesse en participatie van gemeenten en betrokkenen, waaronder zorgorganisaties of zorgverzekeraars, huisartsen en het sociale wijkteam
- Financiering vanuit het zorgkantoor of gemeenten
- Gemeente en zorg- en welzijnsorganisaties moeten een gezamenlijke visie hebben
- Professionals dienen wijkgericht samen te kunnen werken



Thema: Signaleren van kwetsbaarheid

Easycare-TOS

Easycare Tweetraps Ouderen Screening (TOS) is een meetinstrument waarmee wijkverpleegkundigen, huisartsen en praktijkondersteuners de kwetsbaarheid onder ouderen in een vroegstadium in kaart brengen.

Het is onbekend wanneer Easycare-Tos is gestart, maar het initiatief loopt momenteel nog steeds.

Easycare-TOS bestaat uit twee trappen.

Trap 1: de huisarts beoordeelt de oudere op een aantal gebieden van kwetsbaarheid met behulp van het Huisartsen Informatie Systeem (HIS). Is dit niet voldoende?

Dan begint Trap 2: de POH of wijkverpleegkundige gaat op huisbezoek en neemt het Easycare-TOS instrument af. Met de uitkomsten kan hij of zij samen met de huisarts snel beoordelen op welke gebieden er gezondheids- of welzijnsproblemen zijn. Vervolgens stellen ze een zorg- en behandelplan op dat aansluit bij de behoeften van de ouderen.



#Digitaaltool

#Kwetsbareouderen

Wil je meer weten over de inzet van de wijkverpleegkundige en precieze resultaten? Kijk dan [hier](#) voor meer informatie en contactgegevens.



Status van dit initiatief:

Geïmplementeerd

Resultaten

Een studie onder 587 ouderen laat zien dat Easycare-TOS een efficiënt meetinstrument is om kwetsbaarheid te achterhalen. Zowel huisartsen als wijkverpleegkundigen zien de meerwaarde en vinden dat de methode bijdraagt aan de kwaliteit van de patiëntenzorg. Zij hebben het gevoel de ouderen in hun praktijk beter te kennen. Ouderen en mantelzorgers stellen de persoonlijke aandacht erg op prijs en waarderen de adviezen. Het draagt bij aan een goede vertrouwensrelatie met de medewerkers van de huisartsenpraktijk.

Betrokken partijen

Betrokken organisaties zijn het Radboud UMC, huisartsen, POH's en wijkverpleegkundigen.

Financiering

Easycare-TOS is een online tool dat ingekocht kan worden door relevante partijen in de wijk zoals de huisarts, thuiszorgorganisaties, welzijnswerken etc.



Regio

Nijmegen (Gelderland)



Doel & doelgroep

Het doel van Easycare-TOS is om in een vroeg stadium kwetsbaarheid van oudere cliënten in te schatten. Het is bedoeld voor kwetsbare ouderen van 70+ met complexe problematiek.



Rol en inzet wijkverpleegkundige

Bij Easycare-TOS gaat de wijkverpleegkundige voor de screening op huisbezoek, waarbij ze het instrument afneemt en samen met de huisarts een zorgplan opstelt.

Succes- en/of belemmerende factoren

Dit zijn de **werkzame elementen** van Easycare-TOS:

- Met Easycare-TOS sporen eerstelijns zorgverleners snel kwetsbare ouderen in hun praktijk op. Zo kunnen ze gemakkelijk bepalen hoe groot deze doelgroep is en daar hun zorg op afstemmen.
- De huisarts maakt de beoordeling of een oudere wel of niet kwetsbaar is zo veel mogelijk op basis van al beschikbare informatie. Aanvullende informatie wordt alleen verzameld als daar een reden voor is.
- Of iemand kwetsbaar is wordt niet alleen bepaald door een score, maar ook door de afweging van de huisarts samen met de wijkverpleegkundige of praktijkondersteuner.
- Niet alleen de relevante zorg- en welzijnsdomeinen worden beoordeeld, maar ook compenserende factoren (bijvoorbeeld hoe de patiënt met zijn problemen omgaat en of er mantelzorg beschikbaar is).
- Er is aandacht voor individuele kenmerken, zoals het aantal ziekten en beperkingen en of er sprake is van cognitieve stoornissen (stoornissen in het vermogen om informatie op te nemen en te verwerken). Ook is er aandacht voor kenmerken die de zorg complex maken, bijvoorbeeld het aantal betrokken hulpverleners bij een oudere.



Zonnetij

Zonnetij is een initiatief waarbij een woonplek wordt geboden aan ouderen met én zonder zorg. Het is een woonvorm tussen thuis en het verpleeghuis.

De pilot is gestart in 2020 en loopt momenteel nog steeds.

De bewoners huren bij de woningcorporatie Wocom een appartement (in totaal 98 plekken). Ongeveer een derde van de bewoners heeft een indicatie voor de Wlz en krijgt deze verpleegzorg in het eigen appartement geleverd. De andere bewoners hebben geen zorg nodig of ontvangen wijkverpleging. Bij Zonnetij hoort een Buurtkamer die zeven dagen per week een welzijnsprogramma biedt dat voor en door bewoners en de buurt georganiseerd wordt. Het gaat om gezelligheid, het ritme van de dag, samen eten, actief zijn, het netwerk versterken en plezier hebben.



#Thuiswonen

#Woonvorm

Wil je meer weten over de inzet van de wijkverpleegkundige en precieze resultaten? Kijk dan [hier](#) voor meer informatie en contactgegevens.



Status van dit initiatief:

Geïmplementeerd

Resultaten

Voorzichtige resultaten laten zien dat de uren efficiënter worden ingezet. Er is minder indirecte tijd en meer directe tijd aan zorg. Er wordt op een aantal KPI's gestuurd en gemonitord.

Succes- en/of bellemerende factoren

Het interdisciplinair overleg tussen de wijkverpleegkundige en welzijnscoach werkt goed door de doorverwijzing naar zowel sociaal als medisch domein.

Een belemmerende factor is dat het - ondanks de geschikte locatie - beperkt lukt om doorstroom tussen cliënten te organiseren. Ze groeien als complex dus mondjesmaat qua aantallen cliënten.

De winst zit er straks in om het project richting een wijksetting te operationaliseren in plaats van het te zien als zorgorganisatie.

Financiering

Zonnetij wordt op verschillende manieren gefinancierd. De gemeente zet middelen in vanuit de Wmo, de zorgorganisatie investeert in preventie en welzijn, huurders betalen deels mee vanuit de servicekosten en daarnaast zijn er nog externe inkomstenbronnen zoals het verkopen van consumptie. De Zonnetij heeft vanuit de gemeente en zorgorganisatie financiële middelen gekregen tot en met 2023. Er is nog geen sprake van structurele financiering voor dit initiatief.



Regio

Aarle-Rixtel (Noord-Brabant)



Doel en doelgroep

Samen met de gemeente Laarbeek, woningcorporatie Wocom, de buurt en de bewoners in en om het gebouw heeft De Zorgboog een woonzorgvorm gerealiseerd die het gat vult tussen thuis wonen en het verpleeghuis. Het is bedoeld voor ouderen van 55+; zowel met als zonder indicatie. Mensen weten via dorpsondersteuners de weg naar Zonnetij te vinden.



Rol en inzet wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige inventariseert de zorg- en welzijnsbehoefte bij de ouderen. Vervolgens bekijkt ze in hoeverre Zonnetij en het aanbod hierbij aansluit. Dat doet ze samen met een welzijnscoach in een interdisciplinair overleg.



Thema: Betere verbinding sociaal en medisch domein

Krachtige basiszorg

Het initiatief is gestart in 2015 en wordt momenteel opgeschaald naar meerdere steden.

Krachtige basiszorg is een integrale aanpak gericht op bewoners met hoge gezondheidsrisico's en problemen in meerdere leefdomen. Hulpverleners delen kennis en procesinformatie en gaan samen met de klant op zoek naar een integrale oplossing van het probleem. De opgedane leerervaringen worden structureel gedeeld. Om Krachtige basiszorg te realiseren, 'opereren' professionals in de wijk bewust samen waar nodig: In overleg met elkaar én met de bewoner zoeken ze naar een integrale oplossing van het probleem. Het 4D-model staat bij deze samenwerking centraal en wordt ingezet als instrument. Krachtige basiszorg verbindt zorg en ondersteuning in de spreekkamer met het aanbod van welzijn en preventie in de wijk. Daar waar de stap naar het bestaande aanbod in de wijk voor de patiënt te groot is, is nieuw aanbod nodig dat aansluit bij de wensen en mogelijkheden van de inwoners in de wijk. Voorbeelden zijn de groepsprogramma's 'In Beeld', 'het Beweegconsult' en de inzet van de Beweegmakelaar voor volwassenen en voor de jeugd. Om het wijk aanbod voor zorgprofessionals te maken, wordt Welzijn op recept ingezet.

Wil je meer weten over de inzet van de wijkverpleegkundige en precieze resultaten? Kijk dan [hier](#) voor meer informatie en contactgegevens.



Regio

Utrecht, Rotterdam, Amsterdam en Den Haag



Doel en Doelgroep

Krachtige basiszorg is erop gericht onnodige verwijzingen naar specialistische zorg te voorkomen. Het zorgt ervoor dat professionals hun werk beter kunnen doen en bewoners meer maatgerichte zorg en ondersteuning krijgen. Krachtige basiszorg is gericht op ouderen.



Rol en inzet wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige is onderdeel van de integrale samenwerking tussen wijkprofessionals.



#Integralesamenwerking

#Gezondheidsrisico's



Status van dit initiatief:

Geïmplementeerd

Resultaten

Krachtige basiszorg laat verschillende resultaten zien. Professionals kunnen beter hun werk doen, bewoners plukken de vruchten van zorg- en dienstverlening op maat en de zorgkosten verminderen significant. Een recente business case van Zilveren Kruis toont aan dat het zorggebruik bij de groep mensen mét Krachtige basiszorg afneemt, terwijl het zorggebruik in de controlegroep in 2015 stijgt en daarmee de landelijke trend volgt.

Krachtige Basiszorg zorgt voor meer kwaliteit van zorg, blijkt uit onderzoek van NIVEL. De belangrijk(st)e elementen van Krachtige basiszorg zijn onderbouwd. Professionals zijn positief over de 4D-benadering en de samenwerking. Patiënten waarderen (na uitleg) de aanpak. NIVEL acht het dan ook 'zeer aannemelijk dat het project leidt tot duurzame verbetering van de kwaliteit van zorg'.

Betrokken partijen

Er zijn professionals betrokken vanuit de wijkverpleging, GGZ, JGZ, wijkteams jeugd en gezin, wijkspecialisten, paramedici en sociaal makelaars.

Randvoorwaarden

Belangrijke randvoorwaarden zijn het goed organiseren van de gemeenschappelijke visie, cultuur en leeromgeving met partners in alle domeinen in de wijk.

Daarnaast moet **borging en uitvoering plaatsvinden op drie niveaus:** strategisch, tactisch en op de werkvloer.

Financiering

Krachtige basiszorg is een "meer tijd voor de patiënt" - project dat door de zorgverzekeraar wordt bekostigd.





Thema: Voorkomen van ondervoeding

Goed Gevoed Ouder Worden

Het project Goed Gevoed Ouder Worden bestaat uit drie interventies:

1. Een **website** (goedgevoedouderworden.nl) voor ouderen en mantelzorgers met onder andere informatie en twee zelftests over goede voeding en ondervoeding
2. Een **voorlichtingsbijeenkomst** voor ouderen en mantelzorgers
3. Een **scholing** voor eerstelijns zorgverleners

Het initiatief is gestart in 2018 en loopt nog steeds.



Regio

Nijmegen (Gelderland)



Doel en Doelgroep

Goed Gevoed Ouder Worden is ontwikkeld om de bewustwording en kennis over (risico op) ondervoeding te vergroten bij ouderen, mantelzorgers en zorgverleners. Het richt zich op twee doelgroepen:

1. Nederlandse zelfstandig wonende ouderen van 65 jaar en ouder en hun mantelzorgers. Dit kunnen zowel ouderen zijn die geen hulp nodig hebben bij eten en drinken, boodschappen doen en maaltijdbereiding als ouderen die hierbij wel hulp krijgen van zorgverleners en/of mantelzorgers.
2. Eerstelijns zorgverleners die nauw betrokken zijn bij de zorg en hulp aan (kwetsbare en hulpbehoevende) ouderen.



Rol en inzet wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige geeft voorlichting aan ouderen en mantelzorgers in de wijk over goede voeding en ondervoeding. Daarnaast volgt de wijkverpleegkundige trainingen samen met andere eerstelijns zorgverleners om kennis uit te wisselen en meer te leren over het vroegsignaleren van ondervoeding.



Wil je meer weten over de inzet van de wijkverpleegkundige en precieze resultaten? Kijk dan [hier](#) voor meer informatie en contactgegevens.



Status van dit initiatief:

Geïmplementeerd

Randvoorwaarden

Op lokaal niveau hangt goede uitvoer af van het initiatief en de inzet van de lokale eerstelijns diëtist (getraind door Stuurgroep Ondervoeding) om de interventie lokaal onder de aandacht te brengen en te initiëren. Daarnaast is een goede samenwerking tussen verschillende zorg- en welzijnsorganisaties in een regio of wijk m.b.t. ouderenzorg wenselijk. Indien ouderenzorg niet goed is georganiseerd of geen/weinig samenwerking aanwezig is zal het lastiger zijn om zorgverleners en ouderen/mantelzorgers te werven voor de scholing of groepsbijeenkomst.

Op landelijk niveau is het essentieel dat meer eerstelijns diëtisten getraind worden en dat de getrainde diëtisten goed ondersteund worden vanuit de Stuurgroep Ondervoeding. Daarnaast moet vanuit de Stuurgroep Ondervoeding waar mogelijk de interventie (blijvend) onder de aandacht gebracht worden van de (intermediaire) doelgroepen via artikelen in vakbladen, tijdschriften, op andere websites, congressen/symposia en beurzen.

Financiering

Goed gevoed ouder worden wordt gefinancierd vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Betrokken partijen

Ouderenbond KBO-PCOB
 Voedingscentrum
 Landelijk netwerk van kaderhuisartsen ouderengeneeskunde (Laego)
 Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
 Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
 Zorgbelang Fryslân
 Antonius Zorggroep uit Friesland
 Stichting Friese Ouderenbonden

Resultaten

Er zijn nog geen resultaten bekend van dit initiatief.



Thema: Voorkomen van ondervoeding

Het Voedingspaspoort

Het Voedingspaspoort ondersteunt bij het vergroten van kennis over (risico op) ondervoeding bij zowel de oudere als professionals, het bekrachtigen van eigen regie van de oudere, het optimaliseren van overdracht, communicatie en samenwerking tussen professionals in de zorg en het sociale domein. Ook faciliteert het in praktische hulp en ondersteuning.

De startdatum van het initiatief is onbekend. Het initiatief loopt nog steeds.



Status van dit initiatief:

Geïmplementeerd

Wil je meer weten over de inzet van de wijkverpleegkundige en precieze resultaten? Kijk dan [hier](#) voor meer informatie en contactgegevens.



Regio

Verschillende plekken waaronder Rotterdam (Zuid-Holland)



Doel en Doelgroep

Het doel van het Voedingspaspoort is om de bewustwording, signalering en behandeling van ondervoeding bij kwetsbare ouderen te verbeteren. Deze ouderen hebben een vergroot risico op ondervoeding.



Rol en inzet wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige vormt samen met de huisarts, diëtist, beleidsadviseur gemeente, gezondheidsmakelaar GGD, het sociaal wijkteam, een afgevaardigde vanuit het ziekenhuis en een afgevaardigde vanuit de geriatrische revalidatie zorg een kernteam die de volgende taken heeft:

- het analyseren van knelpunten
- het opzetten van een passende werkwijze voor de regio om continuïteit van transmurale voedingszorg te optimaliseren.

Daarnaast zorgt het kernteam voor implementatie en evaluatie van de werkwijze en bijstelling in het maken van afspraken over borging.

#Signaleren van kwetsbaarheid



Betrokken partijen

In het Voedingspaspoort werken naast de wijkverpleegkundige een heel aantal partijen en professionals in een kernteam samen: de huisarts, diëtist, beleidsadviseur gemeente, gezondheidsmakelaar GGD, het sociaal wijkteam, een afgevaardigde vanuit het ziekenhuis en een afgevaardigde vanuit de geriatrische revalidatie zorg.

Succes- en/of bellemerende factoren

Bij zowel ouderen en mantelzorgers als bij zorgprofessionals is de kennis over en aandacht voor de gevolgen van (risico op) ondervoeding voor kwaliteit van leven niet altijd voldoende aanwezig. Ouderen zelf spelen een belangrijke rol bij het Voedingspaspoort. Zij signaleren samen met hun omgeving als er veranderingen zijn in hun voedingsgewoonten, gewicht, behoefte aan zorg, sociale en/of zorgnetwerk.

Financiering

Er zijn geen kosten verbonden voor het gebruik van het voedingspaspoort in de wijk. Het voedingspaspoort is ontwikkeld en bekostigd door Het Kenniscentrum Ondervoeding.

Resultaten

Er zijn nog geen resultaten bekend van dit initiatief.

Signalenoverleg Thuisplusflat

In het Signalenoverleg Thuisplusflat bespreken professionals eens per week de signalen in het 55-plus woongebouw van de Thuisplusflat.

Gestart en geïmplementeerd in 2021 en nog steeds actief

Hierbij zijn de wijkverpleegkundige, casemanager, thuisbegeleider, buurtwerker, woonconsulent en medewerker dagbesteding aanwezig. Het initiatief wordt deels betaald vanuit een subsidie van gemeente Rotterdam en deels vanuit de betrokken organisaties zoals Laurens. Het gaat in dit initiatief om zorgen *dat* in plaats van zorgen *voor*.



Regio

Rotterdam (Zuid-Holland)



Doel en doelgroep

Het doel van dit initiatief is om (vitale) ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen. Het gaat hierbij om ouderen van 55+.



Rol en inzet wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige is het coördinatie en aanspreekpunt voor wonen, zorg en welzijn in het wekelijkse signalenoverleg.



Wil je meer weten over de inzet van de wijkverpleegkundige en precieze resultaten? Kijk dan [hier](#) voor meer informatie en contactgegevens.



Status van dit initiatief:
Geïmplementeerd

Resultaten

Resultaten van dit initiatief zijn onder andere:

1. Een opname in het verpleeghuis wordt voorkomen, wat een financiële besparing met zich meebrengt.
2. Ook worden kosten op de zorg verminderd door de inzet van welzijn.
3. Bewoners voelen zich weer gehoord en gezien.
4. In beeld brengen van alles wat er aan ondersteuning geboden kan worden zorgt voor duidelijkheid en snel schakelen.

Succes- en/of belemmerende factoren

Er zijn verschillende factoren die bepalend zijn voor het succes van het initiatief. Zo staat samenwerking voorop en leidt het snel kunnen handelen op een signaal voor vertrouwen bij de cliënten en in samenwerking onderling. Positieve gezondheid wordt als model gebruikt om bewoners in hun eigen kracht te zetten.

Randvoorwaarden

Randvoorwaarden zijn de bereidheid om met elkaar samen te werken vanuit de domeinen zorg, welzijn en wonen. Het verbinden van partijen met een gezamenlijk doel is ook van belang om mensen langer thuis te laten wonen en veerkracht te ontwikkelen om de eigen regie te hebben op gezonde leefstijl, veiligheid, zinvolle daginvulling en sociale cohesie. Een andere randvoorwaarde is lef hebben om te investeren en durven loslaten van de eigen belangen.

Financiering

Signalenoverleg Thuisplusflat wordt deels (structureel) gefinancierd vanuit de gemeente Rotterdam en deels uit eigenmiddelen van de betrokken organisaties.





Thema: Signaleren van kwetsbaarheid

Project vermijdbaar functieverlies

Het initiatief richt zich op het vroegtijdig signaleren en behandelen dan wel verwijzen van ondervoeding en valgevaar doormiddel van samenwerking in de wijk tussen fysiotherapeut en wijkverpleegkundig. Er is sprake van zowel selectieve preventie waarbij screeningmethodiek in de gehele wijk bij kwetsbare ouderen worden ingezet. Als geïndiceerde preventie bij kwetsbare als er sprake is van ondervoeding of een verhoogd valrisico worden passende interventies geadviseerd en wordt de cliënt verwezen naar de juiste discipline.

Pilot gestart in 2021 en nog steeds actief.



#Ondervoeding

#Valgevaar

#Vroegsignalering

Wil je meer weten over de inzet van de wijkverpleegkundige en precieze resultaten? Stuur een mail naar info@icare.nl voor meer informatie.



Regio

Werkgebied Icare (Drenthe en Flevoland)

Doel en doelgroep

In 2022 wordt iedere cliënt binnen twee weken na aanvang van de zorg gescreend op ondervoeding en het valrisico. Op deze manier wordt het aantal valincidenten en de incidentie van ondervoeding gehalveerd en bijgedragen aan het voorkomen van functieverlies bij cliënten die zorg ontvangen van zorginstelling Icare. Het project is gericht op kwetsbare ouderen. Zij hebben een verhoogd risico op het verlies van functie als gevolg van ziekte, ongeval, ondervoeding, ziekenhuisopname, infecties of complicaties van een behandeling.



Rol en inzet wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige neemt screening op ondervoeding mee in de standaard zorgverlening.



Status van dit initiatief:

Pilot

Betrokken partijen

Valpoli, diëtist, wijkverpleegkundige, fysiotherapeut, ergotherapeut.

Randvoorwaarden

Om te werken met routinematige screening is het van belang dat de instrumenten beschikbaar zijn in ONS, het digitale dossier van Nedap. Voor de SNAQ geldt dat deze al beschikbaar is, de valrisicotest en de valanalyse zouden beschikbaar gesteld moeten worden als profielvragenlijst. Procensindicatoren dienen zichtbaar te zijn in het dashboard.

Financiering

De zorgverzekeraar financeert momenteel het initiatief.

Thema: Ouderen langer thuis laten wonen

Thuisgeven Opella

Het initiatief is in 2017 gestart en loopt momenteel nog.

Thuisgeven Opella is een manier van werken die zich richt op het langer thuis laten wonen van ouderen, door domeinoverstijgende zorgverlening. Dit is ontstaan vanuit de gedachte dat kwetsbare mensen te maken krijgen met een breed scala aan professionele hulpverleners in de domeinen zorg, welzijn en wonen. Dat maat het voor vele mensen enorm ingewikkeld. Opella organiseert de zorg en ondersteuning samenhangend met één klant, één plan, één arrangeur, die bij voorkeur kan handelen over alle domeinen heen. Daarmee geven ze thuis met domeinoverstijgend werken.

Wil je meer weten over de inzet van de wijkverpleegkundige en precieze resultaten? Kijk dan [hier](#) voor meer informatie en contactgegevens.



Regio

Rond Ede en Bennekom (Gelderland)



Doelstelling en doelgroep

Het doel van Thuisgeven Opella is het leveren van zorg op maat, waardoor ouderen zo lang mogelijk thuis kunnen wonen. Het is bedoeld voor kwetsbare ouderen die te maken krijgen met professionele hulpverleners in meerdere domeinen.



Rol en inzet wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige coordineert in overleg met de client de zorg en ondersteuning die nodig is. Daarmee heeft ze een rol als arrangeur die kijkt wat er nodig is op de verschillende domeinen. Ook staat ze in contact met het netwerk met andere professionals, zoals het ziekenhuis, de huisarts, familie, dagbesteding of de hulp bij het huishouden. In de gemeente Ede zet de wijkverpleegkundige of casemanager dementie van Opella ook de zorg of ondersteuning vanuit de Wmo in, bijvoorbeeld hulp bij het huishouden of dagbesteding.



#Domeinoverstijgendesamenwerking



Status van dit initiatief:

Geïmplementeerd

Betrokken partijen

Bij Thuisgeven Opella zijn naast zorginstelling Opella, de gemeente Ede, zorgverzekeraar Menzis en het zorgkantoor betrokken.

Resultaten

De werkwijze is geevalueerd door Signidifcant. Uit dit evaluatieonderzoek komt naar voren dat de klanten, naasten en medewerkers de domeinoverstijgende werkwijze als positief ervaren. Het zorgt voor een betere kwaliteit van leven. Daarnaast draagt de werkwijze bij aan een grotere maatschappelijke doelmatigheid en effectiviteit, wat uit 40 mini-business cases blijkt. Het leidt tot besparingen in de Wet langdurige zorg. Ook als de meerkosten in de Wmo en Zorgverzekeringswet worden meegenomen, blijkt dat er sprake is van een besparing.

Succes- en/of belemmerende factoren

In deze werkwijze zijn een aantal uitdagingen naar naar voren gekomen. Het gaat om de lange aanloop van het experiment, de initiële regellast voor medewerkers, een interne projectleider die 'het ernaast moet doen', en het verkrijgen en behouden van draagvlak.

Randvoorwaarden

Een domeinoverstijgende werkwijze vraagt om een cultuuromslag, waarbij anders wordt gekeken naar de uitdagingen van het dagelijks leven. Daarnaast is er financiering nodig. De uren die de arrangeurs besteden aan het experiment worden betaald vanuit de Zww.

Financiering

De preventieve zorg die Thuisgeven Opella levert wordt bekostigd door domeinoverstijgend de beschikbare budgetten van de Wmo, Zww en Wlz bij elkaar te brengen.



Thema: Betere verbinding sociaal en medisch domein

#Integralesamenwerking

#Kwetsbare ouderen

#Vroegsignalering

OM U 3.0 Utrecht

Het initiatief is in 2021 gestart en bevindt zich momenteel in de pilotfase.

OM U 3.0 is een integraal ouderenzorgproject waarbij ouderen met een verhoogd risico op kwetsbaarheid vroegtijdig en gestructureerd in kaart worden gebracht. Het initiatief is daarmee gericht op vroegsignalering, zodat er eerder geïdentificeerd kan worden welke zorg en ondersteuning nodig is. Samen met de ouderen zijn organisaties uit het medisch en sociaal domein in de regio Utrecht tot één integraal ouderenzorgmodel gekomen waarbij de oudere centraal staat. OM U is gericht op betere zorg voor kwetsbare ouderen thuis door betere samenwerking tussen huisartsenpraktijk, wijkverpleegkundige, sociaal domein en informele zorg.



Wil je meer weten over de inzet van de wijkverpleegkundige en precieze resultaten? Kijk dan [hier](#) voor meer informatie en contactgegevens.



Regio

Midden-Utrecht (Utrecht)



Doelstelling en doelgroep

Het doel van OM U 3.0 is om gestructureerde en proactieve samenwerking te organiseren tussen professionals uit het medische en sociaal domein, waarmee 65+-ers tijdig geïdentificeerd worden. Hierdoor vallen deze minder snel om.



Rol en inzet wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige heeft een rol in het uitvoeren van de planevaluatie, het opstellen van een plan voor de oudere, het vaststellen van een contactpersoon en het inventariseren van de zorg- en ondersteuningsbehoeften. Daarnaast werkt ze samen met een makelaar, de huisarts, een praktijkverpleegkundige en professionals uit het buurtteam.



Status van dit initiatief:

Pilot

Betrokken partijen:

OM U 3.0 is in de periode 2017-2018 uitgevoerd waar ouderen en veel partijen intensief bij betrokken waren: Huisartsen Utrecht Stad, Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra, Julius Centrum UMC Utrecht, COSBO- stad- Utrecht, Wijkverpleging, Buurtteams, U-Centraal, Gemeente Utrecht, Zilveren Kruis en het Netwerk Utrecht Zorg voor Ouderen). Binnen het initiatief werkten een sociaal makelaar, informele zorg, de huisarts, wijkverpleegkundige en het buurtteam samen.

Resultaten

Om U 3.0 is in 12 van de 15 wijken in Midden-Utrecht geïmplementeerd, 53 huisartsenpraktijken en 12 Buurtteams deden mee. Er is op stedelijk en op wijkniveau een infrastructuur opgezet waarin professionals van en met elkaar leren. Om het effect van Om U te evalueren op zorgconsumptie en mate van zelfredzaamheid en welbevinden, is bestaande (routinezorg) data gebruik van huisartsenpraktijken (via Julius Huisartsen Netwerk), ziekenhuizen, en data van de gemeente Utrecht zoals WistUdata, VolksgezondheidsMonitor en WMO/PGB data gebruikt. Alle data is geanonimiseerd en op wijkniveau geanalyseerd. De eerste resultaten zijn positief. Daar waar OM U 3.0 goed is geïmplementeerd wordt een lagere acute zorgconsumptie zoals een bezoek aan de huisartsenpost en spoedeisende hulp waargenomen. Professionals waarderen de geïntegreerde en proactieve werkwijze en de verbinding medisch sociaal domein.

Succes- en/of belemmerende factoren

De eerste resultaten zijn positief. Daar waar OM U 3.0 goed is geïmplementeerd wordt een lagere acute zorgconsumptie zoals een bezoek aan de huisartsenpost en spoedeisende hulp waargenomen. Professionals waarderen de geïntegreerde en proactieve werkwijze en de verbinding medisch sociaal domein.

Randvoorwaarden

Er zijn een aantal lessen gehaald uit de ervaringen met dit initiatief, die iets zeggen over de benodigde randvoorwaarden:

- 1) kijk niet alleen naar de gezondheid van ouderen , maar naar alle levenssterreinen
- 2) baken de doelgroep af, niet alle ouderen lopen risico
- 3) beschrijf op welke wijze er wordt gesignaleerd
- 4) kies voor een benadering die past bij de doelgroep
- 5) maak gebruik van vertrouwde personen om met ouderen in contact te komen
- 6) Laat het niet bij signaleren alleen en zorg voor een vervolgstap.

Financiering

Pilot in eerste instantie gefinancierd door ZonMw nu hoogstwaarschijnlijk gesubsidieerd door de gemeente.



Thema: Betere verbinding sociaal en medisch domein

Online zorgplatform cBoards

Een cBoards is een online zorgplatform waarmee zorg- en welzijnsprofessionals onderling, maar ook met de patiënt en met de mantelzorgers kunnen samenwerken.

Het initiatief is opgezet in 2017 en loopt momenteel nog steeds.

Het board is een themagericht multidisciplinair patiëntendossier, waardoor alleen relevante medische gegevens voor iedereen inzichtelijk zijn en alleen relevante personen en teams betrokken worden bij het board. Contextuele netwerkzorg maakt 'De Juiste Zorg op de Juiste Plek' heel concreet en samenwerkingen super overzichtelijk en efficiënt. Het wordt in meerdere steden gebruikt om de samenwerking tussen zorgprofessionals in een wijk te verbeteren.



#Digitaaltool



Regio

Online platform (digitaal) en wordt in verschillende wijken in Amsterdam ingezet.



Doelstelling en doelgroep

Het doel van cBoards is dat er meer veilige, heldere en efficiënte samenwerking tussen zorgprofessionals in de wijk ontstaat. Het is gericht op alle inwoners in de wijk.



Rol en inzet wijkverpleegkundige

Wijkteams kunnen aansluiten bij cBoards en aan de hand van de informatie uitwisseling die plaats vindt wordt de wijkverpleegkundige nauwkeuriger en op de juiste plek ingezet in de wijk.



Status van dit initiatief:

Geïmplementeerd

Betrokken partijen:

Er vindt samenwerking plaats tussen initiatiefnemers van cBoards, Sigra, VWT-instellingen, gemeente/regio Amsterdam, zorgenablers en zorgverzekeraar Zilveren Kruis.

Resultaten

Cboards zorgt voor:

- Tijdsbesparing
- Minder kosten
- Hogere kwaliteit zorg
- Meer betrokkenheid patiënt

Wil je meer weten over de inzet van de wijkverpleegkundige en precieze resultaten? Stuur een mail naar hello@caresharing.com voor meer informatie.

Financiering

Cboards is een online tool dat ingekocht kan worden door relevante partijen in de wijk zoals de huisarts, thuiszorgorganisaties en welzijnswerken.



Thema: Betere verbinding sociaal en medisch domein

Eerstelijns geriatrische zorg in de wijk

De pilot is eind 2021 gestart en loopt tot en met eind 2022.

Eerstelijns geriatrische zorg in de wijk is een aanpak waarbij laagdrempelig en multidisciplinair overleg wordt in de wijk. Achter deze aanpak zit een samenwerkingsmodel met drie onderdelen:

- 1) Overleg binnen de huisartsenpraktijk met betrokkenen op het terrein van behandeling, wonen, zorg en welzijn.
- 2) De huisarts kan terecht bij een specialist ouderengeneeskundekant met vragen over kwetsbare ouderen met ingewikkelde problemen in de thuissituatie of in het verzorgingshuis.
- 3) Opsporen en screenen van kwetsbare ouderen door een geriatrisch consulent of wijkverpleegkundige met de Tilburg Frailty Indicator (TFI), een meetinstrument om kwetsbaarheid bij ouderen vast te stellen.



Regio

Roosendaal (Noord-Brabant)



Doelstelling en doelgroep

Door de eerstelijnszorg te versterken met specifieke deskundigheid - bijvoorbeeld over dementie - verbetert de positie van ouderen en kunnen zij langer thuis blijven wonen. Gezondheidsproblemen worden sneller opgespoord waardoor ouderen minder snel aanspraak doen op tweedelijnszorg. De aanpak is bedoeld voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken.



Rol en inzet wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige is onderdeel van het interdisciplinair team en screent kwetsbare ouderen op in de wijk en zet waar nodig preventieve maatregelen in.



Status van dit initiatief:

Geïmplementeerd

Betrokken partijen:

ZonMw (financierde het project), huisartsen, specialist ouderengeneeskunde, geriatrisch verpleegkundige / wijkverpleegkundige, diverse paramedische disciplines zoals psycholoog, fysio- of ergotherapeut met specifieke geriatrische expertise om kwetsbare ouderen en chronisch zieken in de wijk te ondersteunen, zodat ze langer gezond thuis kunnen blijven wonen.

Resultaten

Ouderen hebben een vast aanspreekpunt en hun (gezondheids)problemen worden eerder herkend. Zij krijgen samenhangende zorg en ondersteuning op een breed vlak: gezondheid, wonen en welzijn.

Professionals in de eerste lijn weten beter welk doel ze nastreven en hoe ze kunnen handelen. Ze hebben meer kennis over kwetsbaarheid en een netwerk om oplossingen te vinden.

Professionals in de tweede lijn kunnen de benodigde zorg eerder in gang zetten en 'lichter' houden.

De samenleving bespaart op zorgkosten doordat ouderen langer thuis blijven wonen met zorg op maat, in de wijk. Kosten voor duurdere tweedelijns zorg blijven beperkt

Wil je meer weten over de inzet van de wijkverpleegkundige en precieze resultaten? Kijk dan [hier](#) voor meer informatie en contactgegevens.

Randvoorwaarden

In de aanpak zien we een aantal randvoorwaarden:

- Bespreek rollen en verwachtingen naar elkaar en beschrijf deze in protocollen.
- Investeer in het leren kennen van elkaar/elkaars organisatie en in uniforme werkwijzen.
- Zorg voor beleidsmatige ondersteuning. Betrek de contactpersoon van de zorgverzekeraar bij de initiatieven.

Financiering

De pilotfase is gefinancierd door ZonMw huidige financier is onbekend.



Thema: Sociale weerbaarheid

Nieuwe Buren

Nieuwe Buren is een project uit 2019 waarbij een pipowagen, de mobiele behuizing van het project, iedere eerste werkdag van de nieuwe maand naar een nieuwe plek verhuisde. Op deze plek werd een activiteitenkalender gedeeld en werden mensen uitgenodigd om deel te nemen aan de activiteiten.

Het initiatief is in 2019 gestart en loopt nog steeds.

Er waren activiteiten door geïnitieerd door de gemeente en woningscorporatie. De GGD organiseerde activiteiten gericht op gezondheid en het gebiedsteam gaf diverse spreekuren. Inmiddels heeft de pipowagen plaats gemaakt voor een Nieuwe-Buren-Bakfiets. Met deze fiets gaan de medewerkers iedere week de wijk in.

Wil je meer weten over de inzet van de wijkverpleegkundige en precieze resultaten? Kijk dan [hier](#) voor meer informatie en contactgegevens.



Regio

Sneek (Friesland)



Doelstelling en doelgroep

De doelstelling van Nieuwe Buren is de sociale weerbaarheid in de buurt versterken door verhalen en vragen uit de wijk op te halen. De ambitie van Nieuwe Buren was om actief en onmiddellijk voorliggende problemen van bewoners aan te pakken, maar vooral ook een lange termijn effect te bewerkstelligen. Het project was gericht op de gehele wijk en in het bijzonder mensen in armoedesituaties.



Rol en inzet wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige nam plaats in de pipowagen om voorlichting te geven en vragen van wijkbewoners te beantwoorden.



#Armoede

Betrokken partijen:

Betrokkenen waren: Stichting Sociaal Collectief Súdwest-Fryslân, woningcorporaties Accolade en Elkien, Gemeente Súdwest-Fryslân, GGD Súdwest-Fryslân, Cultuurcoach Akte2, buurtsportcoaches, Gebiedsteam Sneek Zuid, de wijkagent, dorpen- en wijkencoördinator Gemeente SWF, Bibliotheek Sneek, de wijkverpleegkundige, Thuiszorg SWF, Arbeidscentrum Sneek en Wijkvereniging de Watertoren.



Status van dit initiatief:

Geïmplementeerd

Resultaten

Om de impact van het project is er genoteerd hoeveel bewoners aan de verschillende activiteiten meededen (waar, wanneer, hoeveel), maar zijn ook verhalen en anekdotes opgeschreven, om een beter zicht te krijgen op de vragen van bewoners. De precieze uitkomsten zijn niet bekend.

De verdienste van Nieuwe Buren is samenvattend dat ze een bijdrage heeft geleverd aan het versterken van de sociale basis door buurtbewoners met elkaar in contact te brengen en instanties met buurtbewoners. Het gaat om instanties op terreinen van wonen, gezondheid, zorg en welzijn, sport & bewegen en kunst & cultuur. In het versterken van deze contacten heeft ze een overbruggende en katalyserende rol vervuld. Vroegtijdig en persoonlijk contact kan voorkomen dat relatief simpele situaties tot crisissituaties uitgroeien met alle maatschappelijke kosten van dien. In die zin vervult een project als Nieuwe Buren een belangrijke preventieve functie.

Financiering

Onbekend.

Succes- en/of belemmerende factoren

Succes factoren voor dit project zijn drijvende krachten die met veel enthousiasme het project hebben getrokken.

De uitdaging waar Nieuwe Buren voor stond is hoeje met een dergelijke korte intensieve investering tot duurzame effecten en resultaten kan komen. Het project Nieuwe Buren heeft gekozen voor de wijk als niveau van interventie. Het wijkniveau is het meest relevant voor mobiliteitsarme groepen met een beperkte actieradius vanwege fysieke of financiële beperkingen, denk aan kwetsbare ouderen of bewoners in armoedesituaties. Voor hun is de wijk de wereld waarmee ze het moeten doen.

Randvoorwaarden

Tijdens het project is speciale aandacht uitgegaan naar het verbinden van bewoners onderling, het met elkaar in contact brengen van verschillende personen en groepen en het verbeteren van de relatie van bewoners met maatschappelijke organisaties.

Tot slot ging de aandacht uit naar de vraag op welke wijze het sociaal werk het beste kan reageren op vragen van bewoners: Welke acties en interventies zijn nodig?

Nieuwe Buren probeerde steeds per buurtje tactvol aan te sluiten bij het aanwezige sociale potentieel van bewoners. Via activiteiten en het zelf actief benaderen van bewoners probeerde Nieuwe Buren onderlinge contacten tussen buurtbewoners (bonding, bridging) te versterken, zo ook het contact met instanties (linking).





Thema: Voorkomen van ondervoeding

TrEat

TrEat is een multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijns. Zorgmedewerkers leren om interprofessioneel voedingsproblemen bij thuiswonende mensen met dementie aan te pakken.

Het initiatief is gestart in 2018 en de financiering loopt tot eind 2022.

Wil je meer weten over de inzet van de wijkverpleegkundige en precieze resultaten? Kijk dan [hier](#) voor meer informatie en contactgegevens.



Regio

Regio's Ede, Doortwerth, Nijmegen, Malden en Uden (Gelderland)



Doelstelling en doelgroep

Het doel van TrEat is het ontwikkelen van een interprofessionele werkwijze. Deze werkwijze is gericht op preventie en behandeling van voedingsproblemen bij thuiswonende mensen met dementie (inclusief boodschappen en maaltijdbereiding) om een gezond voedingspatroon te behouden en ondervoeding te voorkomen. Het is bedoeld voor thuiswonende mensen met dementie die zelf of waarbij naasten problemen ervaren met eten, drinken, boodschappen doen en/of het bereiden maaltijden.



Rol en inzet wijkverpleegkundige

In TrEat signaleert de wijkverpleegkundige voedingsproblemen en/of (dreigende) ondervoeding bij thuiswonende mensen met dementie. In het geval dat het nodig is, verwijst ze hen door naar een diëtiste of ergotherapeut die is aangesloten bij TrEat.



#Multidisciplinaire samenwerking



Status van dit initiatief:
Geïmplementeerd

Betrokken partijen:

In TrEat werken diëtisten, ergotherapeuten en verpleegkundigen samen aan de zorg voor mensen met dementie in de eerstelijns.

Succes- en/of belemmerende factoren

Een belangrijk knelpunt dat tijdens het project naar voren is gekomen, is het vroegtijdig signaleren en inschakelen van hulp en ondersteuning als voedingsproblemen zich voordoen bij thuiswonende mensen met dementie. Om zorgprofessionals en naasten meer bewust te maken van de signalen van voedingsproblemen en wanneer het zinvol is een diëtist en/of ergotherapeut in te schakelen, zijn voor hen signaleerkaarten ontwikkeld. Tijdens het project hebben de samenwerkende duo's diëtisten en ergotherapeuten deze signaleerkaarten verspreid in hun eigen werkgebied. Ook is een sociale kaart gemaakt om het doorverwijzen makkelijker te maken.

Financiering

TrEat wordt momenteel gefinancierd door ZonMw.

Resultaten

Er zijn nog geen resultaten bekend van dit initiatief.



Thema: Betere verbinding sociaal en medisch domein

Aafje: verbinding huisartsenpraktijken met wijkverpleging

De start van het initiatief is onbekend. Het project loopt nog steeds.

Aan iedere huisartsenpraktijk is een wijkverpleegkundige gekoppeld, welke de schakel is naar het sociale wijkteam en sparringpartner voor de praktijk. Daarnaast worden de wijkverpleegkundigen ook betrokken in de samenwerking met de POH bijvoorbeeld door:

1. probleem integraal in kaart brengen,
2. meedenken bij het ZBP of deze opstellen,
3. aanspreekpunt zijn voor de oudere,
4. aansluiten bij het MDO indien het gaat om de eigen patiënt.



Regio

Dordrecht, Zwijndrecht en Hendrik Ido Ambacht



Doelstelling en doelgroep

Het doel is de verbinding tussen de huisartsenpraktijk en de wijkverpleging versterken. Het optimaliseren van behandeling voor kwetsbare ouderen door integrale aanpak. De verbinding moet leiden tot een betere samenwerking, waardoor preventie en vroegsignalering beter mogelijk wordt.



Rol en inzet wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige legt verbinding met de huisartsenpraktijk.



Status van dit initiatief:

Geïmplementeerd

Betrokken partijen:

HA, POH, specialist ouderen geneeskunde, wijkverpleegkundige en sociaal wijkteam.

Randvoorwaarden

Randvoorwaarden zijn inzicht in de sociale kaart en verbinding met het sociaal domein.

Financiering

De zorgverzekeraar financieert momenteel het initiatief.

Wil je meer weten over de inzet van de wijkverpleegkundige en precieze resultaten? Stuur een mail naar info@aafje.nl voor meer informatie.



Thema: Betere verbinding sociaal en medisch domein

Gezonde Wijken Ede

Het project 'Gezonde Wijken Ede' zet zich in voor gezonde, actieve wijken in de Gemeente Ede. Vanuit een samenwerkingsverband tussen Gemeente Ede, de Christelijke Hogeschool Ede en zorgorganisaties wil men - samen met anderen in de wijk - mensen stimuleren actief aandacht te besteden aan de eigen gezondheid door de Gezonde Wijkaanpak.

De pilot is gestart in 2020 en het initiatief loopt momenteel nog steeds.

Wil je meer weten over de inzet van de wijkverpleegkundige en precieze resultaten?

Kijk dan op hier voor meer informatie en contactgegevens.



Regio

Ede (Gelderland)



Doelstelling en doelgroep

Het doel van Gezonde Wijken Ede is het versterken van gezondheid en welzijn van wijkbewoners. Dit gebeurt onder andere door het leggen van verbinding tussen het medisch en sociaal domein, maar ook door burgers te betrekken.



Rol en inzet wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige neemt deel aan een projectgroep en is opdrachtgever voor vraagstukken waarmee hbo-studenten aan de slag gaan.



Status van dit initiatief:

Geïmplementeerd

Betrokken partijen

In Gezonde Wijken Ede werken zorg- en welzijnsprofessionals samen. Daarnaast zijn gemeente Ede en de Christelijke Hogeschool Ede betrokken.

Resultaten

Het project geeft meer zicht op wat er leeft aan kansen en behoeften in de wijk. Ook zorgt het voor meer verbinding tussen professionals in de nulde- en eerstelijns.

De pilot die voortkwam uit de samenwerkingsagenda heeft twee jaar gedraaid. Door corona zijn bijeenkomsten met professionals en waar mogelijk burgers veelal online geweest. Studentenzet op vraagstukken die leven bij professionals en gemeente waren/zijn een belangrijke verbindende activiteit. Doordat het project zich momenteel in de eerste fase van de Gezonde Wijkaanpak bevindt, zijn er nog geen concretere resultaten.

Succes- en/of belemmerende factoren

Gemeente Ede speelt een belangrijke rol door het hebben van een visie op het bevorderen van gezondheid. Dit geldt ook voor zorg- en welzijnsorganisaties. Er moet een visie zijn en professionals dienen wijkgericht samen te kunnen werken.

Financiering

Gezonde wijken Ede wordt momenteel gefinancierd door de partners in het samenwerkingsverband. Het gaat hier om projectfinanciering; van structurele financiering is nog geen sprake.



Thema: Betere verbinding sociaal en medisch domein

Innovatieve casusbespreking

In de innovatieve casusbespreking bespreekt een multidisciplinair team van medewerkers uit de intra- en extramurale zorg cliënten volgens een innovatief format. Het format op cliëntniveau is gebaseerd op de vier fases van design thinking: eerst wordt de huidige situatie van de cliënt uitgebreid in kaart gebracht, inclusief de wensen van de cliënt en mantelzorger. Daarna worden de doelen van de bespreking gedefinieerd. Vervolgens worden er oplossingen bedacht, die ten slotte leiden tot concrete acties.

De pilot is gestart in 2022 en is nog steeds actief.



Regio

Rotterdam IJsselmonde



Doelstelling en doelgroep

Het doel van dit overleg is om vroegtijdig in kaart te brengen wat de cliënt én diens mantelzorger nodig hebben. Preventie is het uitgangspunt. In sommige gevallen betekent dit dat een cliënt langer thuis kan blijven wonen, maar het gaat vooral om aansluiten bij wat de wensen zijn van de cliënt zelf. Het overleg richt zich voorlopig op cliënten met dementie met een Wlz-indicatie. Over de bekostiging wordt momenteel overlegd met het zorgkantoor.



Rol en inzet wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige is lid van het multidisciplinaire team dat de casusbespreking uitvoert.



Status van dit initiatief:

Pilot

Betrokken partijen

In het initiatief werken zorgprofessionals zoals de wijkverpleegkundige, casemanager, verpleegkundige en de specialist ouderengeneeskunde samen.

Resultaten

Resultaten zijn onder andere: tevreden medewerkers, cliënten die langer thuis konden wonen, uit het verpleeghuis weer terug naar huis konden, en op een goede manier richting de verhuizing naar het verpleeghuis werden begeleid. Ook is er begeleiding van mantelzorgers op de punten waar ze overbelast raken. Tot slot is er een besparing voor het zorgkantoor vanwege uitgesteld verblijf.

Medewerkers hebben de tijd en ruimte gekregen om buiten de bestaande paden te denken en te reflecteren op wat de cliënt en mantelzorger nodig hebben. Ze kwamen erachter dat men vaak te snel invult en eigenlijk onvoldoende weet wat de doelen en wensen van de cliënt/ mantelzorger zijn. Het is voor medewerkers fijn om op deze manier echt iets bij te dragen aan goede zorg, wat maakt dat ze enthousiast blijven om er mee aan de slag te gaan.

Succes- en/of belemmerende factoren

Randvoorwaarden die bij dit initiatief zijn ingevuld, zijn intern enthousiasme en commitment. Daarnaast is financiering een belangrijke randvoorwaarde. Dat is een belangrijke uitdaging, omdat indirecte cliënttijd lastig gedeclareerd kan worden. Hierover is men in gesprek met het zorgkantoor.

Financiering

Dit initiatief heeft nog geen projectfinanciering. Momenteel wordt gezocht naar een manier waarop het zorgkantoor dit kan financieren.

Wil je meer weten over de inzet van de wijkverpleegkundige en precieze resultaten? Stuur een mail naar info@leliezorggroep.nl voor meer informatie.

SamenOud

SamenOud is een vernieuwende zorgmodel waarbij samenhangende, preventieve en proactieve zorg en begeleiding wordt gerealiseerd voor thuiswonende 75-plussers. Deze zorg en begeleiding sluit aan bij de wensen en behoeften van ouderen. Daarbij is aandacht voor alle levensgebieden, zoals wonen, welzijn en zorg.

Gestart in 2017 en momenteel geïmplementeerd in meerdere wijken in verschillende steden.

SamenOud werkt als volgt: alle ouderen (75-plus) die zijn geregistreerd in een huisartspraktijk worden door de huisarts uitgenodigd deel te nemen aan SamenOud. Ze ontvangen namens hun huisarts jaarlijks een schriftelijke vragenlijst met vragen over de complexiteit van hun zorgbehoeften (INTERMED) en mate van kwetsbaarheid (GFI). Op basis van de antwoorden op de vragen wordt een oudere door het Ouderenzorg Team ingedeeld in een van de drie risicoprofielen: robuuste ouderen, kwetsbare ouderen, ouderen met een complexe zorgbehoefte. Het multidisciplinair Ouderenzorg Team in de huisartspraktijk organiseert vervolgens – in overleg met de oudere – preventieve, proactieve en samenhangende zorg en begeleiding met een zorgintensiteit passend bij het risicoprofiel. De oudere bepaalt met elke problemen hij of zij aan de slag wil – of juist niet wil, en welke hulp het best past. Door deze werkwijze houdt de oudere de regie en krijgt hij of zij hulp die goed aansluit bij de eigen wensen en behoeften.



 **Status van dit initiatief:**
Geïmplementeerd



Regio
Drenthe



Doelstelling en doelgroep

Het doel van SamenOud is ouderen te helpen om zo lang en prettig mogelijk zelfstandig thuis te blijven wonen.



Rol en inzet wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige is de casemanager. De casemanager geeft individuele begeleiding aan ouderen die ondersteuning nodig hebben. De casemanager zorgt er samen met de huisarts en specialist ouderengeneeskunde voor dat de oudere zo lang mogelijk en op een prettige manier in het eigen huis kan blijven wonen. Zij hebben aandacht voor alle gevolgen van het ouder worden als het gaat om wonen, welzijn of zorg:

Woonsituatie: bijvoorbeeld het organiseren van aanpassingen in huis (in de douche, wc, drempels weghalen, etc.) of regelen van hulpmiddelen (bijvoorbeeld bij lopen) en hulp in de huishouding.

Welzijn: bijvoorbeeld het stimuleren van zelfredzaamheid, contacten met anderen en deelname aan activiteiten.

Gezondheid: bijvoorbeeld het informeren over zo lang mogelijk gezond blijven en het organiseren en coördineren van zorg als er meerdere gezondheidsproblemen zijn en meerdere specialisten bij de behandeling betrokken zijn.

Deze onderwerpen worden uitgevraagd door de casemanager tijdens een huisbezoek. Dit gebeurt systematisch met een specifieke vragenlijst voor de gevolgen van het ouder worden.

Betrokken partijen

Het Ouderenzorg Team werkt samen met de gemeente bij het regelen van aanpassingen in huis, de aanschaf van hulpmiddelen of bij het organiseren van andere vormen van ondersteuning. Daarnaast werkt het Ouderenzorg Team samen met lokale thuiszorgorganisaties, welzijnsorganisaties, woningcorporaties, vrijwilligersorganisaties, wijk- en buurtorganisaties, ziekenhuizen en andere zorgaanbieders.

Resultaten

De uitkomsten van SamenOud in Drenthe zijn na 12 en 24 maanden overwegend gunstig, met name voor ouderen met het risicoprofiel 'Complexe zorgbehoeften'. De bevindingen suggereren dat de trend van afname van algemene gezondheid en welbevinden en toename van kosten doorbroken kan worden.

"De onderzoekers Persoonsgerichte en Geïntegreerde Zorg van de afdeling Gezondheidswetenschappen van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) onderzoeken de uitkomsten van SamenOud. Zo is er onderzocht of SamenOud beter is voor ouderen en of het de samenleving minder geld kost in vergelijking met de gebruikelijke manier van zorg verlenen.

Het onderzoek laat zien dat:

- Ouderen zich veilig en geborgen voelen.
- De prevalentie en ernst van gezondheidsproblemen sterk afnemen.
- De uitkomsten op de lange termijn gunstig zijn voor de ouderen, de kwaliteit van zorg, het zorggebruik en de kosten.

Wil je meer weten over de inzet van de wijkverpleegkundige en precieze resultaten? Kijk dan [hier](#) voor meer informatie en contactgegevens.

Financiering

Gedurende de pilotfase financierde de zorgverzekeraar samen met de gemeenten het initiatief. Inmiddels wordt SamenOud structureel vanuit de NZa Beleidsregel Innovatie gefinancierd.





Thema: Betere verbinding sociaal en medisch domein

Proeftuin Ruwaard

Gestart in 2016 en nog steeds actief in de wijk

In Ruwaard, een wijk in de gemeente Oss, werken diverse organisaties samen om hun gedeelde droom voor de toekomst te realiseren: "Ruwaard is een vitale wijk waar bewoners tegen lagere kosten een betere (positieve) gezondheid ervaren". Een gebiedsgerichte, integrale samenwerking en bekostiging van wonen, welzijn en zorg en de actieve betrokkenheid van wijkbewoners vanuit hun eigen verantwoordelijkheid en leefwereld worden als hefboom voor deze gezamenlijke ambitie gezien.

De betrokken partijen experimenteren met andere wijzen van samenwerken, financieren en organiseren. Met elkaar onderzoeken ze hoe het systeem van wonen, welzijn en zorg kan worden verbeterd, waarbij wordt gestreefd naar ontschotting en eenvoud gericht op eigen regie van bewoners, integrale samenwerking en financiële duurzaamheid.

Wil je meer weten over de inzet van de wijkverpleegkundige en precieze resultaten? Kijk dan [hier](#) voor meer informatie en contactgegevens.



Regio
Oss



Doelstelling en doelgroep

Meer en betere gezamenlijk georganiseerde zorg, welzijn en wonen. Meer gezamenlijke betrokkenheid en verantwoordelijkheid van wijkbewoners.



Rol en inzet wijkverpleegkundige

Aan de proeftuin Ruwaard werken verpleegkundigen en verzorgenden (V&V-teams) vanuit meerdere thuiszorgorganisaties. Zij hebben verschillende rollen binnen de proeftuin. Ze sluiten onder andere aan bij de integrale overleggen voor casusbesprekingen, onderzoek doen naar het beter benutten van de capaciteit binnen de wijkverpleging in de wijk Ruwaard en het opzetten en uitrollen van projecten met andere partners in de wijk.



Status van dit initiatief:
Geïmplementeerd



Betrokken partijen

In de Proeftuin Ruwaard werken VGZ, kubus ondersteuning, Brabantwonen, gemeente Oss, GGD Brabant, Pantein, ONS wijkzijn, het sportexpertisecentrum en wijkbewoners samen.

Resultaten

Resultaten die gepubliceerd zijn in 2020:

- Sinds 2016 meer dan 300 casussen behandeld.
- Inwoners voelen zich gehoord, zijn onderdeel van de oplossing in plaats van het probleem.
- Beroepskrachten zetten in wat nodig is en dragen samen de verantwoordelijkheid voor passende hulp.

Effecten van de Proeftuin Ruwaard:

- Het maatschappelijk rendement neemt toe: het ervaren welbevinden stijgt en gemiddeld dalen de maatschappelijke kosten.
- Zelf- en samenredzaamheid neemt toe bij inwoners en beroepskrachten.
- Beroepskrachten dragen gezamenlijke verantwoordelijkheid voor goede zorg.
- Er wordt gemakkelijker op- en afgeschaald, escalatie en specialistische zorg wordt voorkomen.

Succes- en/of belemmerende factoren

Geleerde lessen:

- Werken vanuit de vraag in plaats van het aanbod is niet eenvoudig.
- Op deze manier organisatie-overstijgend werken vergt een gezamenlijke visie en heldere afspraken.
- Het eigen maken van de samenwerkwijze vraagt tijd, ruimte en scholing voor beroepskrachten.
- Om deze nieuwe manier van werken te verankeren in de organisatie is doorvertaling en sturing vanuit management en directie nodig.

Financiering

Proeftuin Ruwaard maakt gebruik van Gebiedsgericht financiering. De deelnemende partijen hebben het Wmo- en welzijnsbudget in één virtueel wijkbudget ondergebracht. Samen zijn ze verantwoordelijk geworden voor het leveren van de zorg en ondersteuning in de wijk binnen het vastgestelde jaarlijkse bedrag. Momenteel wordt er gewerkt aan gebiedsgerichte financiering voor de Wlz, Zvw en Jeugdwet.



Thema: Signaleren van kwetsbaarheid

Even Buurten

Het is in 2016 gestart en wordt momenteel in meerdere wijken in Rotterdam geïmplementeerd.

In Even Buurten kijken 'de buurt' en professionals samen met kwetsbare ouderen naar waar deze ouderen behoefte aan hebben. De buurt biedt vervolgens passende ondersteuning. Meerdere deelgemeenten in Rotterdam werken met Even Buurten. In de aanpak van Even Buurten is een belangrijke rol weggelegd voor zogeheten 'sleutelfiguren', de 'spil' en de ouderen zelf. Sleutelfiguren zijn bewoners of ondernemers in de buurt die veel contact hebben met ouderen en andere wijkbewoners zoals de burens, een actieve vrijwilliger, de huismeester of de visboer. Zij kunnen met signalen van kwetsbaarheid terecht bij de 'spil'.

De spil is een getrainde professional die de wijk goed kent en overzicht heeft over het lokale zorg- en welzijnsaanbod. De spil versterkt formele en informele netwerken in de buurt en kijkt welke oplossing de wijk kan bieden voor een oudere met behulp van die netwerken. Zo nodig verwijst de spil door naar professionele zorg- en welzijnsverlening.



Regio

Rotterdam (Zuid-Holland)



Doelstelling en doelgroep

Het is gericht op zelfstandig wonende kwetsbare ouderen van 70 jaar en ouder met een klein of zonder sociaal netwerk.



Rol en inzet wijkverpleegkundige

"De spil is binnen het project een deeltijdfunctie, vaak uitgevoerd door een wijkverpleegkundige, opbouwwerker of maatschappelijk werker die al in de buurt werkzaam is"



Status van dit initiatief:

Geïmplementeerd

Betrokken partijen

Bij Even Buurten zijn naast de ouderen zelf en de bewoners in de wijk of buurt, welzijns- en zorginstellingen, woningbouwverenigingen, maatschappelijke organisaties, wijkteams en gemeenten betrokken.

Resultaten

Er zijn verschillende resultaten:

- Ouderen wonen langer prettig zelfstandig thuis.
- Actieve buurtbewoners onderkennen de meerwaarde: 'Ik dacht: ik help de buurvrouw al jaren, daar heb ik toch geen project voor nodig? Maar het was toch wel fijn dat ik even kon bellen met de spil om iets na te vragen.'
- Ervaren professionals geven aan dat de informele oplossingen een goede aanvulling zijn op de formele hulp.
- Er ontstaat meer betrokkenheid door het informele netwerk beter te benutten.
- De kosten van de spillen bedragen gemiddeld € 302 per cliënt per jaar.

Financiering

Het project Even Buurten Rotterdam en de evaluatie van dit project zijn tot 2017 gefinancierd door ZonMw. De gemeente Rotterdam heeft de financiering hierna structureel overgenomen.

Wil je meer weten over de inzet van de wijkverpleegkundige en precieze resultaten? Kijk dan [hier](#) voor meer informatie en contactgegevens.

Succes- en/of belemmerende factoren

Dit zijn de werkzame elementen van Even Buurten:

- Het investeren in onderlinge contacten tussen burens en in veiligheid en kwaliteit van de buurt.
- Het ontwikkelen van integrale ondersteuning in de buurt. Dit bestaat uit zowel formele als informele netwerken.
- Informele ondersteuning is geen vervanging van ondersteuning vanuit formele netwerken maar is een aanvulling.
- Het zorgen voor helderheid van de verschillende rollen van formele en informele ondersteuners en zorgen dat formele en informele netwerken samenwerken.
- Het werken aan een omwenteling in gedachtegang en verwachtingspatroon bij ouderen waarbij het gevoel van 'recht hebben op' zorg en ondersteuning afneemt.
- Het werken aan een betere samenwerking binnen het formele netwerk (bijvoorbeeld tussen zorg en welzijn).
- Zorgen dat er meer interactie is tussen de verschillende ondersteuners.
- Continuïteit in de wijkgerichte samenwerking waarborgen.
- Zorgen voor een wijkgerichte visie die verder reikt dan de belangen van de eigen organisatie.
- Behoeften ook op wijkniveau inventariseren rekening houdend met de kwetsbaarheid van ouderen.
- Inzetten van (financiële) prikkels om een wijkgerichte aanpak te stimuleren.
- Blijven monitoren wat ontwikkelingen zijn op wijkniveau: meten is weten en beïnvloeden.

Randvoorwaarden

Wil jij aan de slag met Even Buurten? Dit zijn de belangrijkste randvoorwaarden:

- Het geven van gecoördineerde zorg en ondersteuning is een complex en dynamisch proces dat integratie vereist op micro-, meso- en macroniveau.
- Succesvolle integratie vereist tijd, coördinatie en brede betrokkenheid op alle niveaus.
- Voor een integrale wijkaanpak moet er sprake zijn van gedeelde normen en waarden van burgers, mantelzorgers, spullen, professionals, vrijwilligers, welzijnsorganisaties, zorginstellingen, de gemeente, verzekeraars en de overheid.
- Er is een wijkgerichte visie nodig die verder reikt dan de belangen van verschillende zorg- en welzijnspartners.
Ondersteuning van spullen door de organisaties in hun spiltaken en niet alleen in hun reguliere taken als zorg- of welzijnswerkers.
- Het is van belang om de continuïteit in de wijkgerichte samenwerking te waarborgen.
- Structurele inbedding van samenwerkingsrelaties is belangrijk, op zowel uitvoerend als institutioneel niveau.
- Burenhulp op grote schaal ontstaat niet vanzelf, daar is een georganiseerde integrale wijkaanpak voor nodig. Zonder de betrokkenheid van burgers zelf komt een integrale wijkaanpak niet tot stand.
- Ondernemende spullen die bekend zijn met de buurt zijn cruciaal voor de betrokkenheid van buurtbewoners.
Belangrijke competenties van de spil zijn samenwerken (verbindingen leggen) en ondernemen (proactief handelen, kansen zien en doorpakken).
- Geef een wijkgerichte aanpak de tijd om zich te bewijzen: winsten in (kosten)effectiviteit zie je pas op langere termijn.
- Meten is weten en beïnvloeden: blijf het welzijn van ouderen op wijkniveau monitoren.
- Draagvlak en een startorganisatie. Breng een groep stakeholders bij elkaar die geloven in de meerwaarde en haalbaarheid en die een startorganisatie willen en kunnen opzetten. Hierbij hoort ook het afstemmen met bestaande zorg- en welzijnspartijen en op zoek gaan naar (kandidaat) uitvoeringsorganisaties.
- Inzet van en ondersteuning door ervaren professionals voor het uitoefenen van de spilfunctie. Spullen moeten worden opgeleid, zij moeten de wijk goed kennen en zij moeten het vertrouwen kunnen winnen van ouderen.
- Commitment van lokale organisaties op het gebied van zorg, welzijn en wonen: benader de professionals van organisaties die in de wijk actief zijn om sleutelfiguren aan te wijzen. Lokale organisaties spelen zelf ook een rol bij het signaleren van kwetsbaarheid.



Thema: Betere verbinding sociaal en medisch domein

Project gezonde wijken

Het project gezonde wijken is geïnspireerd op het Cubaanse model voor gezondheidszorg. Net als in Cuba richt Gezonde Wijken zich op preventie en gezondheidsbevordering. Het gaat uit van een aanpak van een wijkanalyse en integrale samenwerking met andere partijen in de wijk waarbij burgerparticipatie een belangrijke rol speelt. Vanuit de integrale samenwerking en burgerparticipatie ontstaan er projecten in de wijk o.a. In Balans is een aanpak gericht op het voorkomen van valongevallen en het project Zicht op Evenwicht is een cursus voor zelfstandig wonende ouderen met een individuele en groepsvariant.

Pilot gestart in 2021 en nog steeds actief.



Regio

Zwolle en omgeving



Doelstelling en doelgroep

Het doel van dit project is dat preventie, zorg en welzijn toegankelijk zijn voor iedere inwoner van de gemeente. Volgens Triple Aim (Berwick, 2008) leidt dit tot een toename van volksgezondheid en welzijn op wijkniveau, een toename van kwaliteit van (preventieve) zorg op wijkniveau en een afname van zorgkosten. Het project is bedoeld voor alle inwoners van de wijk.



Rol en inzet wijkverpleegkundige

Wijkverpleegkundigen dragen in dit project inhoudelijk bij aan de wijkanalyse en fungeren als ambassadeurs waarbij de Wijkverpleegkundigen in de specifieke wijken met kennis van de sociale kaart worden ingezet op inhoud.



Status van dit initiatief:

Pilot

Betrokken partijen

Zilveren Kruis, VVT-organisaties zoals Icare, Gezond Veluwe (strategische groep) huisartsen, wijkverpleging, ziekenhuizen, gemeenten.

Succes- en/of belemmerende factoren


- Burgerparticipatie
- Draagvlak en borging
- Financiering en capaciteit
- Regie bij de gemeente, rolverdeling
- Onderhoud het netwerk
- Zoek naar het gezamenlijk voordeel

Financiering

De zorgverzekeraar financeert momenteel het initiatief.

Praktische handreiking

Aan de slag
in jouw wijk!



Het doel van deze handreiking is om jou als wijkverpleegkundige **te activeren en gericht te ondersteunen** om wijkgerichte preventie en vroegsignalering in te zetten.

De wijkverpleegkundige in de rol van Gezondheidsbevorderaar

Wijkverpleegkundigen richten zich steeds meer op de wijk en gebruiken hun kennis en ervaringen over factoren die gezondheid beïnvloeden, om wijkplannen te maken. De wijkverpleegkundige gaat de verbinding aan tussen het sociaal en medisch domein en werkt samen met andere disciplines in de wijk om preventie vorm te geven.

Waarom deze handreiking?

Het is alleen niet altijd vanzelfsprekend dat wijkverpleegkundigen en de organisaties waar zij werkzaam zijn, bezig zijn met wijkgerichte preventie en vroegsignalering. Hier liggen veel kansen en ook uitdagingen. Deze handreiking is ontwikkeld om hen hierin te ondersteunen. De handreiking zit vol met stappen die gezet moeten worden om tot een succesvolle implementatie te komen. Dit helpt om tot implementatie van een initiatief rond wijkgerichte preventie of vroegsignalering te komen. Ook kan de handreiking behulpzaam zijn als je daadwerkelijk wil starten met een project of initiatief. Het kan organisaties en professionals net dat steuntje in de rug geven om tot een plan te komen en hiermee naar andere netwerkpartijen te stappen.



Deel met een collega!

Het is belangrijk dat veel wijkverpleegkundigen kennis kunnen nemen van de inhoud van deze handreiking. Vind jij deze informatie ook belangrijk voor je collega's? Stuur dit document dan door!

Wat staat er in deze handreiking?

In de handreiking vind je naast stappen voor implementatie, een checklist met daarin de randvoorwaarden die binnen organisaties of de wijk geborgd moeten zijn. Ook lees je tips om aan de slag te gaan met wijkgerichte preventie en vroegsignalering. Ervaringsverhalen van wijkverpleegkundigen laten zien dat het starten van dit soort initiatieven daadwerkelijk kan en geven inzichten mee voor andere wijkverpleegkundigen en zorgorganisaties.

Vragen of wil je meepraten over wijkverpleegkundige zaken?

Mail dan naar: wijkverpleegkundigen@venvn.nl.



We lichten een viertal interessante initiatieven van de landkaart uit voor implementatie

In de wijk vinden er allerlei wijkgerichte preventie en vroegsignalering plaats.

Echter zal niet elk initiatief dat opgezet wordt in de praktijk werken of succesvol zijn. Zo kan bijvoorbeeld de (structurele) financiering ontbreken om een initiatief tot stand te brengen, of is er beperkte samenwerking waardoor initiatieven stranden. Daarom inventariseerden we niet alleen welke initiatieven er zijn, maar brachten we ook in kaart wat een project 'succesvol' maakt.

We hebben deze inzichten gebruikt als inclusiecriteria voor welke initiatieven relevant zijn om ook op andere plekken in het land op te zetten.

Hieruit zijn vier initiatieven gekomen die een plek krijgen in de handreiking:

1. Zonnetij
2. Proeftuin Ruwaard
3. Vermijdbaar functieverlies
4. Krachtige basiszorg

Klik op de initiatieven en navigeer direct naar de uitwerking.



De volgende **succesfactoren** zijn hieruit voortgekomen:

- Het initiatief moet een meerwaarde hebben vanuit wijkverpleegkundig perspectief
- Het initiatief lost een ervaren knelpunt in de wijk op
- Het initiatief wordt door alle betrokken partijen als belangrijk gezien en draagt bij aan het verbeteren van de zorg

- De invulling van het initiatief is flexibel; zo kan het initiatief aangepast worden aan de bestaande samenwerkingsvormen in de regio of op lokaal niveau
- Het initiatief past binnen de bestaande financiële kaders en regelgeving
- Eventuele investeringen zijn terug te verdienen
- Er is sprake van ketensamenwerking
- Er is draagvlak en eigenaarschap vanuit de betrokkenen in de wijk

Zonnetij

Zonnetij is een initiatief waarbij een woonplek wordt geboden aan ouderen met én zonder zorg. Het is een woonvorm tussen thuis en het verpleeghuis. Bij Zonnetij hoort een Buurtkamer die zeven dagen per week verschillende welzijnsprogramma's aanbiedt dat zowel vóór als dóór bewoners en de buurt georganiseerd wordt.

De pilot is gestart in 2020 en loopt momenteel nog steeds.

De bewoners huren bij de woningcorporatie Wocom een appartement (in totaal 98 plekken). Ongeveer een derde van de bewoners heeft een indicatie voor de Wlz en krijgt deze verpleegzorg in het eigen appartement geleverd. De andere bewoners hebben geen zorg nodig of ontvangen thuiszorg. Bij Zonnetij hoort een Buurtkamer die zeven dagen per week een welzijnsprogramma biedt dat voor en door bewoners en de buurt georganiseerd wordt. Het gaat om gezelligheid, het ritme van de dag, samen eten, actief zijn, het netwerk versterken en plezier hebben.



Regio

Aarle-Rixtel (Noord-Brabant)



Doel en doelgroep

Samen met de gemeente Laarbeek, woningcorporatie Wocom, de buurt en de bewoners in en om het gebouw heeft De Zorgboog een woonzorgvorm gerealiseerd die het gat vult tussen thuis wonen en het verpleeghuis. Het is bedoeld voor ouderen van 55+; zowel met als zonder indicatie. Mensen weten via dorpsondersteuners de weg naar Zonnetij te vinden.



Rol en inzet wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige inventariseert de zorg- en welzijnsbehoefte bij de ouderen. Vervolgens bekijkt ze in hoeverre het aanbod van Zonnetij hierbij aansluit. Dat doet ze samen met een welzijnscoach in een interdisciplinair overleg. Ze heeft dus een signalerende functie en brengt kennis en kunde in.



#Thuiswonen

#Woonvorm



Wil je meer weten over de inzet van de wijkverpleegkundige en precieze resultaten? Kijk dan op hier voor meer informatie en contactgegevens.



Status van dit initiatief:

Geïmplementeerd

Waarom gekozen voor dit initiatief?

Het is een wijkgericht initiatief dat zich richt op preventie voor individuele cliënten in zorg én ook preventief werkt voor groepen ouderen in een kwetsbare positie, die (nog) geen zorg nodig hebben. In dit initiatief zorgt het interdisciplinair overleg tussen de wijkverpleegkundige en welzijnscoach voor een verbinding tussen het verpleegkundig en sociaal domein. Het project wordt steeds meer doorontwikkeld richting een wijksetting.

Resultaten

Voorzichtige resultaten laten zien dat de uren efficiënter worden ingezet. Er is minder indirecte tijd en meer directe tijd aan zorg. Er wordt op een aantal KPI's gestuurd en gemonitord.



Succes- en/of belemmerende factoren

Het interdisciplinair overleg tussen de wijkverpleegkundige en welzijnscoach werkt goed door de doorverwijzing naar zowel sociaal als medisch domein. Een belemmerende factor is dat het - ondanks de geschikte locatie - beperkt lukt om doorstroom tussen cliënten te organiseren. Ze groeien als complex dus mondjesmaat qua aantallen cliënten. De winst zit er straks in om het project richting een wijksetting te operationaliseren in plaats van het te zien als zorgorganisatie.

Hoe werkt de financiering?

Zonnetij wordt op verschillende manieren gefinancierd. De gemeente zet middelen in vanuit de Wmo, de zorgorganisatie investeert in preventie en welzijn, huurders betalen deels mee vanuit de servicekosten en daarnaast zijn er nog externe inkomstenbronnen zoals het verkopen van consumpties. Zonnetij heeft vanuit de gemeente en zorgorganisatie financiële middelen gekregen tot en met 2023. Er is nog geen sprake van structurele financiering voor dit initiatief.

Aan de slag!

Wil je een vergelijkbaar initiatief in je eigen wijk opzetten?

Zorg er dan voor dat je – nadat je het binnen de eigen organisatie hebt besproken – in contact komt met de gemeente en de woningbouwcorporatie om je idee te bespreken. Kijk wat er nodig is om vanaf de start een plan te maken dat gericht is op een wijksetting. En verken via de gemeente of zij contacten hebben met welzijn, zodat je een interdisciplinair overleg kunt vormgeven voor een goede verbinding tussen het medisch en sociaal domein.



Thema: Betere verbinding sociaal en medisch domein

Proeftuin Ruwaard

Gestart in 2016 en nog steeds actief in de wijk

In Ruwaard, een wijk in de gemeente Oss, werken diverse organisaties samen om hun gedeelde droom voor de toekomst te realiseren: "Ruwaard is een vitale wijk waar bewoners tegen lagere kosten een betere (positieve) gezondheid ervaren". Een gebiedsgerichte, integrale samenwerking en bekostiging van wonen, welzijn en zorg en de actieve betrokkenheid van wijkbewoners vanuit hun eigen verantwoordelijkheid en leefwereld worden als hefboom voor deze gezamenlijke ambitie gezien. De betrokken partijen experimenteren met andere wijzen van samenwerken, financieren en organiseren. Met elkaar onderzoeken ze hoe het systeem van wonen, welzijn en zorg kan worden verbeterd, waarbij wordt gestreefd naar ontschotting en eenvoud gericht op eigen regie van bewoners, integrale samenwerking en financiële duurzaamheid.

Wil je meer weten over de inzet van de wijkverpleegkundige en precieze resultaten? Kijk dan op hier voor meer informatie en contactgegevens.



Regio
Oss



Doelstelling en doelgroep

Meer en betere gezamenlijk georganiseerde zorg, welzijn en wonen. Meer gezamenlijke betrokkenheid en verantwoordelijkheid van wijkbewoners.



Rol en inzet wijkverpleegkundige

Aan de proeftuin Ruwaard werken verpleegkundigen en verzorgenden (V&V-teams) vanuit meerdere thuiszorgorganisaties. Zij hebben verschillende rollen binnen de proeftuin. Ze sluiten onder andere aan bij de integrale overleggen voor casusbesprekingen, onderzoek doen naar het beter benutten van de capaciteit binnen de wijkverpleging in de wijk Ruwaard en het opzetten en uitrollen van projecten met andere partners in de wijk.



Status van dit initiatief:
Geïmplementeerd

Betrokken partijen

In de Proeftuin Ruwaard werken VGZ, kubus ondersteuning, Brabantwonen, gemeente Oss, GGD Brabant, Pantein, ONS wijkzijn, het sportexpertisecentrum en wijkbewoners samen.

Resultaten

Resultaten die gepubliceerd zijn in 2020:

- Sinds 2016 meer dan 300 casussen behandeld.
- Inwoners voelen zich gehoord, zijn onderdeel van de oplossing in plaats van het probleem.
- Beroepskrachten zetten in wat nodig is en dragen samen de verantwoordelijkheid voor passende hulp.

Effecten van de Proeftuin Ruwaard:

- Het maatschappelijk rendement neemt toe: het ervaren welbevinden stijgt en gemiddeld dalen de maatschappelijke kosten.
- Zelf- en samenredzaamheid neemt toe bij inwoners en beroepskrachten.
- Beroepskrachten dragen gezamenlijke verantwoordelijkheid voor goede zorg.
- Er wordt gemakkelijker op- en afgeschaald, escalatie en specialistische zorg wordt voorkomen.



Succes- en/of belemmerende factoren

Geleerde lessen:

- Werken vanuit de vraag in plaats van het aanbod is niet eenvoudig.
- Op deze manier organisatie-overstijgend werken vergt een gezamenlijke visie en heldere afspraken.
- Het eigen maken van de samenwerkwijze vraagt tijd, ruimte en scholing voor beroepskrachten.
- Om deze nieuwe manier van werken te verankeren in de organisatie is doorvertaling en sturing vanuit management en directie nodig.

Hoe werkt de financiering?

Proeftuin Ruwaard maakt gebruik van Gebiedsgericht financiering. De deelnemende partijen hebben het Wmo- en welzijnsbudget in één virtueel wijkbudget ondergebracht. Samen zijn ze verantwoordelijk geworden voor het leveren van de zorg en ondersteuning in de wijk binnen het vastgestelde jaarlijkse bedrag. Momenteel wordt er gewerkt aan gebiedsgerichte financiering voor de Wlz, Zvw en Jeugdwet.

Aan de slag!

Wil je een vergelijkbaar initiatief in je eigen wijk opzetten?

Bedenk dan wie je nodig hebt aan organisaties en benader een aantal van hen. Begin bijvoorbeeld - na in je eigen organisatie het idee te hebben besproken - met de zorgverzekeraar en/of gemeente. Zorg dus voor draagvlak bij je eigen organisatie én daarbuiten. Je kunt ook met andere partners uit zorg en welzijn contact zoeken en daarna naar de potentiële financiers stappen. Verder is het belangrijk te komen tot een gezamenlijke visie en heldere afspraken over verantwoordelijkheden.



Thema: Signaleren van kwetsbaarheid

Project vermijdbaar functieverlies

Het initiatief richt zich op het vroegtijdig signaleren en behandelen dan wel verwijzen van ondervoeding en valgevaar doormiddel van samenwerking in de wijk tussen fysiotherapeut en wijkverpleegkundig. Er is sprake van zowel selectieve preventie waarbij screeningmethodiek in de gehele wijk bij kwetsbare ouderen worden ingezet. Als geïndiceerde preventie bij kwetsbare als er sprake is van ondervoeding of een verhoogd valrisico worden passende interventies geadviseerd en wordt de cliënt verwezen naar de juiste discipline.

De pilot is gestart in 2021 en nog steeds actief.

Wil je meer weten over de inzet van de wijkverpleegkundige en precieze resultaten? Stuur een mail naar info@icare.nl voor meer informatie.



Regio

Werkgebied Icare (Drenthe en Flevoland)



Doel en doelgroep

In 2022 wordt iedere cliënt binnen twee weken na aanvang van de zorg gescreend op ondervoeding en het valrisico. Op deze manier wordt het aantal valincidenten en de incidentie van ondervoeding gehalveerd en bijgedragen aan het voorkomen van functieverlies bij cliënten die zorg ontvangen van zorginstelling Icare. Het project is gericht op kwetsbare ouderen. Zij hebben een verhoogd risico op het verlies van functie als gevolg van ziekte, ongeval, ondervoeding, ziekenhuisopname, infecties of complicaties van een behandeling.



Rol en inzet wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige neemt screening op ondervoeding mee in de standaard zorgverlening.



#Ondervoeding

#Valgevaar

#Vroegsignalering



Status van dit initiatief:

Pilot

Waarom gekozen voor dit initiatief?

Dit initiatief kenmerkt zich door de samenwerking tussen vele eerstelijnszorgverleners. We hebben het initiatief opgenomen doordat het wijkgericht is en een focus heeft op bewegen én voeding. Het is bij uitstek een initiatief waarbij vroegsignalering centraal staat. Het is daarnaast zowel gericht op selectieve als meer geïndiceerde preventie, wat het relevant maakt voor andere plekken in het land om het te implementeren.

Betrokken partijen

Valpoli, diëtist, wijkverpleegkundige, fysiotherapeut, ergotherapeut.





Randvoorwaarden

Om te werken met routinematige screening is het van belang dat de instrumenten beschikbaar zijn in ONS, het digitale dossier van Nedap. Voor de SNAQ geldt dat deze al beschikbaar is, de valrisicotest en de valanalyse zouden beschikbaar gesteld moeten worden als profielvragenlijst. Procensindicatoren dienen zichtbaar te zijn in het dashboard.

Hoe werkt de financiering?

Zorgverzekeraar Zilveren Kruis voorziet Vermijdbaar functieverlies van financiering in de pilotfase waar het initiatief zich momenteel in bevindt.

Aan de slag!

Wil je een vergelijkbaar initiatief in je eigen wijk opzetten?

Zorg dan dat je allereerst binnen je eigen organisatie je ideeën bespreekt met bijvoorbeeld iemand van directie of management. Voor dit project zijn een aantal zaken noodzakelijk, zoals het digitale dossier van Nedap in ONS en zichtbare procesindicatoren in een dashboard. Bespreek dit intern met een projectleider of beleidsmedewerker die hier meer van weet. Daarna kun je contact zoeken met andere eerstelijnszorgverleners om je plannen te bespreken en te concretiseren. Wacht ook niet te lang om de zorgverzekeraar te betrekken, zodat de inhoudelijke plannen en benodigde financiering besproken kunnen worden.



Thema: Betere verbinding sociaal en medisch domein

Krachtige basiszorg

Het initiatief is gestart in 2015 en wordt momenteel opgeschaald naar meerdere steden.

Krachtige basiszorg is een integrale aanpak gericht op bewoners met hoge gezondheidsrisico's en problemen in meerdere leefdomen. Hulpverleners delen kennis en procesinformatie en gaan samen met de klant op zoek naar een integrale oplossing van het probleem. De opgedane leerervaringen worden structureel gedeeld. Om Krachtige basiszorg te realiseren, 'opereren' professionals in de wijk bewust samen waar nodig: In overleg met elkaar én met de bewoner zoeken ze naar een integrale oplossing van het probleem. Het 4D-model staat bij deze samenwerking centraal en wordt ingezet als instrument. Krachtige basiszorg verbindt zorg en ondersteuning in de spreekkamer met het aanbod van welzijn en preventie in de wijk. Daar waar de stap naar het bestaande aanbod in de wijk voor de patiënt te groot is, is nieuw aanbod nodig dat aansluit bij de wensen en mogelijkheden van de inwoners in de wijk. Voorbeelden zijn de groepsprogramma's 'In Beeld', 'het Beweegconsult' en de inzet van de Beweegmakelaar voor volwassenen en voor de jeugd. Om het wijkaanbod voor zorgprofessionals te maken, wordt Welzijn op recept ingezet.

Wil je meer weten over de inzet van de wijkverpleegkundige en precieze resultaten? Kijk dan op hier voor meer informatie en contactgegevens.



Regio

Utrecht, Rotterdam, Amsterdam en Den Haag



Doel en Doelgroep

Krachtige basiszorg is erop gericht onnodige verwijzingen naar specialistische zorg te voorkomen. Het zorgt ervoor dat professionals hun werk beter kunnen doen en bewoners meer maatgerichte zorg en ondersteuning krijgen. Krachtige basiszorg is gericht op ouderen.



Rol en inzet wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige is onderdeel van de integrale samenwerking.



#Integralesamenwerking

#Gezondheidsrisico's



Status van dit initiatief:

Geïmplementeerd

Waarom gekozen voor dit initiatief?

Het initiatief combineert een wijkgerichte aanpak met een meer persoonsgerichte benadering van zorg. Selectieve en geïndiceerde preventie gaan daarmee hand in hand met elkaar. Er is een duidelijke domeinoverstijgende samenwerking en de inwoners in de wijk staan centraal. Het aanbod binnen dit initiatief aan programma's is gericht op verschillende risicogroepen.

Resultaten

Krachtige basiszorg laat verschillende resultaten zien. Professionals kunnen beter hun werk doen, bewoners plukken de vruchten van zorg- en dienstverlening op maat en de zorgkosten verminderen significant. Een recente business case van Zilveren Kruis toont aan dat het zorggebruik bij de groep mensen mét Krachtige basiszorg afneemt, terwijl het zorggebruik in de controlegroep in 2015 stijgt en daarmee de landelijke trend volgt.

Krachtige Basiszorg zorgt voor meer kwaliteit van zorg, blijkt uit onderzoek van NIVEL. De belangrijkste elementen van Krachtige basiszorg zijn onderbouwd. Professionals zijn positief over de 4D-benadering en de samenwerking. Patiënten waarderen (na uitleg) de aanpak. NIVEL acht het dan ook 'zeer aannemelijk dat het project leidt tot duurzame verbetering van de kwaliteit van zorg'.



Betrokken partijen

Er zijn professionals betrokken vanuit de wijkverpleging, GGZ, JGZ, wijkteams jeugd en gezin, wijkspecialisten, paramedici en sociaal makelaars.

Randvoorwaarden

Belangrijke randvoorwaarden zijn het goed organiseren van de gemeenschappelijke visie, cultuur en leeromgeving met partners in alle domeinen in de wijk.

Daarnaast moet **borging en uitvoering plaatsvinden op drie niveaus**: strategisch, tactisch en op de werkvloer.

Hoe werkt de financiering?

Door de partijen van het Hoofdlijnenakkoord Huisartsenzorg is besloten om een extra impuls te geven aan het onderdeel 'Meer tijd voor de Patiënt' (MTVDP) van dit akkoord. Zij hebben samen met VWS en zorgverzekeraars (meerjaren)financieringsafspraken gemaakt om budget voor MTVDP-initiatieven vrij te maken. Krachtige basiszorg is een MTVDP-initiatief en wordt door de zorgverzekeraar bekostigd.



Aan de slag!

Wil je een vergelijkbaar initiatief in je eigen wijk opzetten? Zorg er dan voor dat je tot een gemeenschappelijke visie, cultuur en leeromgeving met partners in alle domeinen in de wijk komt. Dat is er niet zomaar en vraagt regelmatig contact en afstemming over ieders betrokkenheid en belangen. Zet dit zo nodig met iemand vanuit je organisatie in gang. Houd er bij de evaluatie en borging ook rekening mee dat je dit zowel op strategisch, tactisch als uitvoerend niveau vormgeeft.

Wijkverpleegkundige Nadine deelt haar ervaringen

“Voordat je start met selectieve preventie of deelneemt aan bestaande projecten, moet je je ketenpartners in de wijk/gemeente kennen. Een manier om met hen in contact te komen is om een infographics in te vullen of te kijken op de site van de gemeente of er een sociale kaart is. Als je dit hebt gedaan, kun je vervolgens aan de hand van een analysemodel (denkend aan WijkOPSE of Windshield survey) jouw wijk in kaart gaan brengen. Daarmee kom je te weten waar er eventuele verbetering in te behalen valt. Het analysemodel moet je echt zien als een hulpmiddel hiervoor. Ter onderbouwing kun je gegevens van de GGD gebruiken, waarmee je kunt analyseren, controleren en meten of dit overeenkomt met jouw beeld. Als volgende stap ga je met ketenpartners in gesprek over jouw ingevulde analyse en kunnen er vervolgens wijkdiagnoses gesteld worden.

Voorbeelden die we in Limburg zien zijn valpreventie, Welzijn op Recept en Dementievriendelijk Basel. De wijkverpleegkundige heeft verschillende rollen hierin. Vaak gaat het om het bijdragen in kennis en kunde naar zowel burgers als zorgprofessionals.

Een aantal initiatieven hier moeten nog verder worden doorontwikkeld. Het lastige in wijkgerichte preventie en vroegsignalering is dat we als wijkverpleegkundigen merken dat de huisartsen en praktijkondersteuners niet altijd deelnemen wegens formatietekort. Dit is jammer want ook zij hebben een signalerende rol hierin.

Als tips geef voor anderen geef ik mee dat je eerst helder moet hebben waarom wijkgerichte preventie zo van belang is en wie welk puzzelstukje inlegt om het doel te bereiken. Vanuit dit oogpunt kun je je ketenpartners gaan benaderen, de doelstelling en visie bespreken en vervolgens bepalen wat zij hierin kunnen betekenen. Benader dus de juiste mensen met een vergelijkbare visie en doelstelling; dan kom je het verst!”

Nadine Smits is
wijkverpleegkundige bij
De Zorggroep



“Benader de juiste mensen met een vergelijkbare visie en doelstelling; dan kom je het verst!”

Ervaringsverhaal
Lees [hier](#) nog
een ervaringsverhaal
van wijk-verpleegkundige
Anke.

Tips voor het werken aan wijkgerichte preventie en vroegsignalering

Klik hier voor meer tips



Neem je organisatie en collega's uit het wijkteam mee in nut en noodzaak van wijkgerichte preventie en vroegsignalering. Agendeer het in de Verpleegkundige Adviesraad. Bespreek met elkaar wat je in jouw wijk ziet gebeuren en waar je graag verbetering in zou willen zien?



Weet wat er in jouw wijk al beschikbaar is en gebeurt. Maak je bekend met de sociale kaart van de gemeente. Mogelijk zijn er al activiteiten waar je gemakkelijk als wijkverpleegkundig team bij aan kunt haken?



Wijkgerichte preventie is een belangrijk aandachtspunt bij de gemeente. Zij hebben hier vaak allerlei initiatieven op lopen. Start daarom met het organiseren vast een aanspreekpunt tussen jouw organisatie en de gemeente om op de hoogte te blijven van wat er loopt.



Probeer de juiste persoon te vinden met een zelfde visie en vraag door tot je deze persoon hebt gevonden. Je kunt daarbij aangeven dat je zoekt naar iemand die gaat over het sociaal domein en iets met preventie doet.



Maak vervolgens met de gemeente waarin je actief bent een jaarplan voor wijkgericht werken. Bespreek welke doelgroepen of thema's belangrijk zijn en dus aandacht moeten krijgen. Je kunt daar bijvoorbeeld projecten in meenemen als Welzijn op Recept, of de GFI-score.



Vraag naar welke samenwerkingen er al liggen met de netwerkpartners uit jouw wijk. Kun je hierbij aansluiten? Zijn de voor jou relevante netwerkpartners al aangesloten?



Creëer een netwerk rond het thema wijkgerichte preventie. Zoek verbinding met andere professionals die ook een rol hebben in preventie, zoals bijvoorbeeld de huisarts, de praktijkonderzoeker of de fysiotherapeut. Als je goed van elkaar weet wat er speelt en wordt georganiseerd, kun je hierin (gedeeltelijk) samen optrekken.



Wees niet bang, stel vragen en zet door. Vertrouw op jouw helicopterview over de wijk en het verpleegkundig redeneerproces dat jij meeneemt.

Financiering van wijkgerichte preventie en vroegsignalering



SUBSIDIES VANUIT HET SOCIAAL DOMEIN / DE GEMEENTE

Projecten en initiatieven rond wijkgerichte preventie en vroegsignalering worden veelal opgezet door gemeenten, zorgverzekeraars of zorgkantoren. Ligt de nadruk meer op welzijnsactiviteiten, dan worden de subsidies vaak afgegeven door gemeenten. Bij projecten met een meer zorggerelateerd karakter zien we dat de zorgverzekeraar of het zorgkantoor veelal aan zet zijn.

FINANCIERING OP PROJECTBASIS

Projecten worden meestal op projectbasis gefinancierd. Financiering is vaak van tijdelijke aard. Soms heeft de financiering een langere looptijd.

LANDELIJKE FINANCIERING

Sommige initiatieven worden op een andere manier gefinancierd; bijvoorbeeld via landelijke subsidieverstrekker ZonMW, door een gezamenlijke investering van zorg- en welzijnsorganisaties zelf, rechtstreeks door het ministerie van VWS of een NZa-beleidsregel Innovatie.

DECLAREREN VIA APARTE GELDEN AAN DE HAND VAN EEN DUMMY

Wijkverpleegkundigen die inzetten op selectieve preventie geven aan dit weg te schrijven op een aparte dummy. Dat zijn aparte gelden die in het tarief zijn opgenomen voor zorg aan de kwetsbare oudere.

FINANCIERING WORDT OOK ERVAREN ALS KNELPUNT

Bij wijkgerichte preventie is de ontoereikende financiering voor wijkverpleging het grootste knelpunt. Dit zorgt ervoor dat deze werkzaamheden nu niet structureel uitgevoerd worden. Bekostiging op basis van cliëntprofielen zou hiervoor een oplossing moeten bieden. Deze bekostigingsvorm is echter nog in de ontwikkelfase.

Mis je informatie?

Laat het ons weten!
Stuur een mail naar
info@aef.nl.

Wijkverpleegkundige Anke deelt haar **ervaringen** rond wijkgerichte preventie en vroegsignalering



Anke Oevering

Vanuit De Kwadrantgroep hebben we in de gemeente Achtkarspelen/Tietjerksteradeel een jaarplan Wijkgericht werken opgesteld in samenwerking met de gemeente. Met wijkverpleegkundigen uit de gemeente Achtkarspelen zijn we bezig met het opzetten van beweeggroepen in verschillende dorpen. Ook hierin werken we samen met de gemeente. Zij financieren dit vanuit een budget 'bewegingsgerichte zorg'.

Onze werkwijze is dat we kwetsbare ouderen benaderen met een brief. Dat zijn in eerste instantie ouderen die zorg De Kwadrantgroep ontvangen. In deze brief vragen we de behoefte aan in groepsverband bewegen door te geven aan de zorgverlener. Samen met een wijkverpleegkundige, verpleegkundige, fysiotherapeut en een sportstimuleringsmedewerker hebben we een plan gemaakt om een beweeggroep op te starten in Buitenpost. Daarvoor hebben we een oefenruimte kunnen regelen bij een fysiotherapiepraktijk voor één middag per week. In Buitenpost gaat half mei 2022 een groep starten. Eerst voor zes keer onder leiding van een gymnastiekdocente. Bij de eerste en laatste les zal ook de fysiotherapeut aanwezig zijn voor introductie en evaluatie. Het doel is om de kwetsbare ouderen zolang mogelijk veilig thuis te laten wonen, door valpreventie en het stimuleren van sociale interactie. Naast de ouderen die zorg ontvangen van De Kwadrantgroep, proberen we hiermee ook andere ouderen te bereiken.

We kennen nog meer voorbeelden van wijkgerichte preventie en vroegsignalering. Zo organiseren we in de wijk waarin ik werkzaam ben binnenkort de bijeenkomst 'Kom in beweging'. Dit is voor alle inwoners van deze wijk vanaf 65 jaar. Hier komt ook iemand praten over Positieve Gezondheid. Daarnaast zijn er workshops en stands gericht op (hulpmiddelen voor) meer bewegen.

“

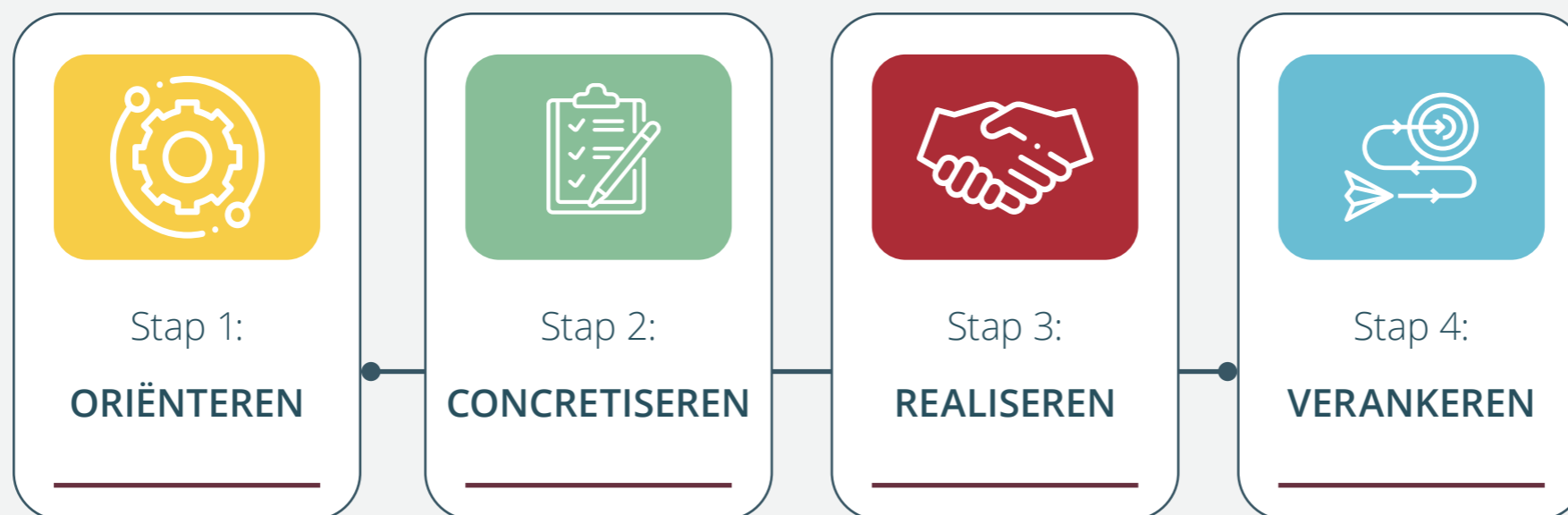
Dit hebben we samen met een collega van de gemeente en onze welzijnspartner Kearn voorbereid. Hierin zie je dat samenwerking met netwerkpartners helpt.

In initiatieven rond preventie is mijn rol vooral om mee te denken, een behoeftepeiling te doen bij cliënten die bij ons in zorg zijn en expertise op te halen in mijn netwerk. Als je hiermee aan de slag wil gaan is het dus belangrijk om een netwerk te hebben. Ook moet je initiatief nemen en tijd vrijmaken. Het gaat namelijk niet vanzelf. Soms is het lastig om dit mogelijk te maken. Beperkte tijd, werkdruk in verband met ziekte en personeelstekorten helpen daarin niet mee. Het is vaak ook nog pionieren, het eigen maken van hoe je vormgeeft aan wijkgerichte preventie en vroegsignalering. Ook het afbakenen van mijn rol als wijkverpleegkundige naar gemeente en het welzijnswerk vraagt aanvullende inzet.

Andere wijkverpleegkundigen adviseer ik om met collega-wijkverpleegkundige te bespreken hoe je een behoeftepeiling doet en wijkbewoners betreft. Ook is het goed om uit te zoeken hoe de financiering in jouw gemeente of wijk loopt. Je kunt gebruikmaken van tools van Vilans/Beter oud, advies vragen van de Expertkring Wijkgerichte Preventie van V&VN en de samenwerking zoeken met een netwerk in de regio of wijk, zoals de huisartspraktijk, het gebiedsteam en de welzijnsorganisatie. Je hoeft het niet alleen te doen!

Stappenplan voor opzet en implementatie

Over het organiseren en implementeren van projecten en initiatieven in de zorg is veel geschreven. We hebben deze documenten aangevuld met praktijkervaringen van wijkverpleegkundigen. We zijn gekomen tot vier stappen die waardevol zijn om te zetten wanneer er projecten of initiatieven opgezet moeten worden die gericht zijn op wijkgerichte preventie en vroegsignalering.



Klik om naar de desbetreffende stap te gaan

Stappenplan voor opzet en implementatie



STAP 1: ORIËNTEREN

De eerste stap start met het **bespreken van het uitgangspunt dat wijkgerichte preventie / vroegsignalering zorgt voor gezondheidswinst van bepaalde kwetsbare groepen in een wijk**. De ervaringen van wijkverpleegkundigen zelf en het uitvoeren van een wijkanalyse kunnen helpen om dit beeld van de wijk concreet te maken. Vervolgens is het belangrijk om draagvlak te creëren binnen jouw team of organisatie. Het helpt om je samen met collega-wijkverpleegkundigen, ambassadeurs in het management of directie. Dit kan bijvoorbeeld ingebracht worden via de Verpleegkundige Adviesraad.

Nadat er draagvlak is, volgt het **uitwerken van het idee op inhoud en haalbaarheid**. Dat kan een breder idee zijn ("ik wil gaan inzetten op wijkgerichte preventie") of specifieker rond de inzet van een interventie ("ik wil een training gericht op bewegen opzetten").

Nadat het idee op hoofdlijnen is uitgewerkt, is het tijd om **extern draagvlak** te creëren. Hiervoor helpt het om gebruik te maken van bestaande netwerken in de organisatie. Informeer hiervoor bij het management of de directie. Denk in ieder geval aan de gemeente, eerstelijnszorgverleners (huisarts, fysiotherapeut, diëtist), welzijnsorganisaties, maar ook de zorgverzekeraar of het zorgkantoor. In dit stadium is het inschakelen van een breed netwerk belangrijk. Dit zorgt ervoor dat jij niet alles zelf hoeft te doen, maar dat verschillende initiatieven goed bij andere personen kan worden belegd.



STAP 2: CONCRETISEREN

Nu is het tijd om het idee verder te concretiseren. Hiervoor helpt het om te komen tot **een projectplan op hoofdlijnen**. Onderdelen die hierin minimaal terugkomen zijn: beschrijving van de opzet, doelstelling en doelgroep, beoogde resultaten, samenwerkingspartners, doorlooptijd/planning, randvoorwaarden en communicatie. Verdiep je in **de voorwaarden** die je eigen organisatie stelt (misschien lopen er al afspraken met financiers?). Verken met jouw organisatie welke **financieringsmogelijkheden** je hebt. Vaak hebben zij weer hele andere ideeën of mogelijkheden waar je zelf niet direct aan dacht.



STAP 3: REALISEREN

Nu is het tijd om te bepalen welke **organisatievorm** passend is bij het initiatief of project dat je voor ogen hebt. Wil je eerst experimenteren? Denk dan aan een pilot of proeftuin. Wil je direct voor een langere tijd commitment (let op: dit vraagt ook verplichtingen aan jouw zijde)? Kijk dan of je het meer in projectvorm kunt gieten. Je kunt er ook voor kiezen aan te sluiten bij bestaande projecten en te benutten wat er al ligt qua structuur. Weeg af wat je wil bereiken en welke vorm je daarin het beste zal helpen. Bespreek dit te allen tijde binnen je organisatie en vervolgens met de betrokken partners in de wijk. Kijk hiervoor ter inspiratie naar de initiatieven die staan opgenomen in deze handreiking. En vergeet niet om contact op te nemen met de initiatiefnemers via de contactgegevens die erbij staan. Ze helpen je graag door hun ervaringen met je te delen.

Nadat je weet hoe je het project wil opzetten, is het tijd te zorgen voor **mensen en middelen**. Ga na hoeveel mensen je wil bereiken en wat dit vraagt aan projecturen. Als je hierin een onderscheid aanbrengt tussen directe en indirecte tijd, is het handig dat ook binnen de eigen organisatie af te stemmen. Kijk op basis van deze inschatting naar hoe je het projectteam wil samenstellen. Neem eventueel contact op met de gewenste betrokkenen om te achterhalen wat ieders uurtarief is. Nb: dit kun je ook goed bespreken met de potentiële financier zoals de gemeente.

Maak nu een concept begroting en stem deze al met alle betrokkenen in het netwerk. Ook hier geldt: dit hoef je niet alleen te doen

Hierna is het tijd om te komen tot **samenwerkingsafspraken**. Wat verwacht je van elkaar in het project? Wie heeft welke rol en wat vraagt dat aan inzet? Hoe communiceer je met elkaar? Hoe concreter hoe beter. Als alternatief kun je komen tot afspraken of uitgangspunten op hoofdlijnen. Je kunt de samenwerking dan na bijvoorbeeld een kwartaal evalueren en de afspraken aanvullen of aanscherpen.



STAP 4: VERANKEREN

Bij de laatste stap dient er aandacht te zijn voor **evalueren en bijstellen**. Wil je ieder kwartaal een moment plannen om als projectgroep stil te staan bij hoe het gaat? Of doe je dat na de projectperiode? Zorg er in ieder geval voor dat je stilstaat bij (tussentijdse) resultaten en verplichtingen rond verantwoording naar je financiers. Zo houd je een goede projectadministratie bij en borg je de belangrijkste onderdelen.

Verloopt het zoals gewenst en naar succes? Kijk na een periode of het mogelijk is het project (op onderdelen) op te schalen. Kun je meer mensen bereiken dan je nu doet? Bespreek je ideeën hierbij en **scherp je strategie aan** binnen je organisatie. Ga dan in gesprek met je financiers. Ook zij hebben belang bij succesvolle resultaten.

Mis je informatie?

*Laat het ons weten!
Stuur een mail naar
info@aef.nl.*

Checklist voor opzet en implementatie

van projecten rond wijkgerichte preventie en vroegsignalering

Naast de hiervoor genoemde stappen hebben we een checklist opgesteld die benut kan worden voor wijkverpleegkundigen en andere ketenpartners. Het samen doorlopen van deze checklist kan bijdragen aan de voorbereiding die noodzakelijk is in het uitdenken en opzetten van projecten of initiatieven.

STAP 1: ORIËNTEREN

Wordt het uitgangspunt dat preventie en vroegsignalering bijdragen aan gezondheidswinst breder gedeeld binnen de organisatie?

Steunen collega's of sleutelfiguren binnen de organisatie het idee om iets te doen met wijkgerichte preventie en/of vroegsignalering?

Is er een wijkanalyse uitgevoerd waaruit noodzaak blijkt voor dit initiatief?

Is het idee op hoofdlijnen uitgewerkt?

Is er sprake van een samenwerking met andere eerstelijns- en/of welzijnsprofessionals?

Is er gekeken welke contacten er al binnen de organisatie zijn met externe organisaties zoals de gemeente, zorgverzekeraar of het zorgkantoor?

Is er beleid van gemeente(n), zorgverzekeraars of andere financiers waar dit initiatief goed bij zou aansluiten?

Is er een financier (gemeente of zorgverzekeraar) betrokken die het idee voor het initiatief steunt?

Download dit document om de check-list af te vinken. Het document kan je tussendoor opslaan.

STAP 2: CONCRETISEREN

Is er een projectplan op hoofdlijnen uitgewerkt?

Is er gekeken naar belangrijke randvoorwaarden binnen de organisatie?

Heb je binnen en buiten de organisatie gekeken naar financieringsmogelijkheden? Welke zijn er?

STAP 3: REALISEREN

Is er uitgedacht welke organisatievorm(en) passend kunnen zijn?

Is er gekeken naar wie er betrokken moeten worden en voor hoeveel uren?

Is er nagedacht over welke afspraken nodig zijn om goed te kunnen samenwerken?

STAP 4: VERANKEREN

Is er nagedacht over de manier van evalueren? Hoe stel je bij als het niet verloopt zoals bedacht?

Wat wordt de strategie om het doel van het project te bereiken?

Tips voor het werken aan wijkgerichte preventie en vroegsignalering



Zorg dat je weet hoe je wijk eruit ziet en welke ketenpartners zich in je wijk bevinden.



Bedenk allereerst voor jezelf (en binnen je organisatie) **waarom wijkgerichte preventie en vroegsignalering belangrijk is** om op in te zetten. Daarna kun je dat ook gemakkelijker meenemen in gesprekken met andere professionals en organisaties.



Zoek een **format voor een wijkplan waarmee je een wijkanalyse kunt doen**. Dat gaat je helpen om samen met je ketenpartners ergens aan te werken. Vul dit in vanuit je expertise als wijkverpleegkundige en ga dan het gesprek aan met andere ketenpartners. Vragen die hierin terug kunnen komen zijn: welke ziektes komen er in de wijk voor? In hoeverre is er sprake van een lage SES? Hoeveel mensen leven er in armoede en wie zijn dit?



Zie een wijkanalyse als de anamnese op wijkniveau die je normaal voor de cliënt inzet.



Verenig je binnen V&VN en ga met elkaar de dialoog aan over wijkgerichte preventie en vroegsignalering.



Wees je ervan bewust dat je als wijkverpleegkundige verschillende rollen kunt vervullen in het (mede) mogelijk maken van wijkgerichte preventie en vroegsignalering: verbinding maken, bruggen bouwen, informeren, preventief kijken of hulpmiddelen ingezet kunnen worden om iemand langer thuis te houden, verwijzen naar instanties, mensen aan het denken zetten over hun netwerk.



Deel met een collega!

Het is belangrijk dat veel wijkverpleegkundigen kennis kunnen nemen van de inhoud van deze handreiking. Vind jij deze informatie ook belangrijk voor je collega's? Stuur dit document dan door!

Success!