



## Praktijkonderzoek Pilot 0-lijnszorg

Casusverhalen, conclusies, successen/kansen, aandachtsgebieden en aanbevelingen

Afke Luchtenveld

maart 2020-maart 2021

T.a.v. het managementteam

[www.ggdfryslan.nl](http://www.ggdfryslan.nl)

## Inhoud

|   |    |
|---|----|
| Inhoud.....   | 0  |
| 1. Aanleiding .....   | 2  |
| 2. Casusverhalen.....                                       | 3  |
| 2.1. Dak- en thuislozen casussen vanuit ACT-team/Zienn..... | 3  |
| 2.2. Sekswerkers casus vanuit GGD/SOA SENSE.....            | 4  |
| 2.3. Casussen vanuit sociaal wijkteam.....                  | 6  |
| 2.4. Casus vanuit poh-GGZ.....                              | 7  |
| 2.5. Casus vanuit Wmo-zorgaanbieder.....                    | 8  |
| 2.6. Casus vanuit Meldpunt Verward Gedrag GGD – MCO.....    | 9  |
| 3. Conclusies.....  | 10 |
| 4. Successen/kansen .....                                   | 11 |
| 5. Aandachtsgebieden.....                                   | 12 |
| 6. Aanbevelingen voor de toekomst.....                      | 12 |

## 1. Aanleiding

De pilot 0-lijnszorg is ontstaan vanuit een samenwerking tussen GGD Fryslân, Gezondheidscentrum MedTzorg Leeuwarden en De Friesland Zorgverzekeraar. Vanuit de missie van MedTzorg bestaat er een affiniteit met kwetsbare doelgroepen zoals psychiatrische patiënten, mensen met (laag) verstandelijke beperking, (voormalig) justitiabelen etc. Dit kunnen soms patiënten zijn die, wanneer er wachtlijsten bij de zorgverzekeraar zijn voor huisartsen, moeilijk bemiddelbaar zijn. De professionals werkzaam bij gezondheidscentrum MedTzorg Leeuwarden hebben affiniteit en expertise met onder andere deze doelgroepen. Omdat er in Leeuwarden huisartsentekorten waren en een wachtlijst om in te kunnen schrijven bij een huisarts, heeft MedTzorg zich in Leeuwarden kunnen vestigen om zodoende samen met alle andere huisartsen, een bijdrage te kunnen leveren aan de huisartsenzorg in Leeuwarden.

Het doel van de pilot is op basis van 0-lijnszorg, mensen in zorgtraject te brengen die dat nu vermijden of op andere gedragsmatige wijze stappen zetten die beletten om in zorg te komen, te blijven of de voortgang belemmeren. Gericht dus op mensen die niet zelfredzaam zijn om hulp te vragen (om welke reden dan ook) of zich niet realiseren/erkennen dat ze een hulpvraag hebben. Daarnaast spelen vaak de omstandigheden mee waarbinnen deze mensen wonen en (samen)leven, wat maakt dat zij vaak niet aan de gestelde voorwaarden van zorgbehandelaren kunnen voldoen en de juiste zorg daarmee beletten, waar niet zelden andere problemen (maatschappelijke teloorgang, overlast, vervuiling en verwaarlozing) uit ontstaan (vicieuze cirkel). Het betreft vaak mensen met psychi(atri)sche problemen, met een laag verstandelijke beperking, die dak- en thuisloos zijn, kampen met verslaving en of doen aan prostitutie.

Door in de praktijk te werken aan dit doel van de pilot 0-lijnszorg zijn er stappen gezet en mogelijkheden benut om inhoud te geven aan de uitvoering van de pilot. Daardoor werd het mogelijk om observaties en interventies te linken aan het literatuuronderzoek. Op basis van deze werkwijze is het praktijkonderzoek opgesteld met daarin beschreven de casusverhalen, conclusies, successen/kansen, aandachtsgebieden en aanbevelingen. Dit praktijkonderzoek is aanvullend op en onlosmakelijk verbonden met het literatuuronderzoek 0-lijnszorg.

## 2. Casusverhalen

### 2.1. Dak- en thuislozen casussen vanuit ACT-team/Zienn

- Man (1989) komt uit Amstelveen, was niet tevreden over zorg daar. Maar heeft geen sociale binding met Leeuwarden. **NAH-problematiek, met WLZ-indicatie zwerft rond** in Leeuwarden. Schrijft zich in bij praktijk (via Zienn gehoord). Ik spreek lange tijd met hem hoor dat hij bij dag/nachtopvang is geweest, **crisisopname GGZ** gehad, *politie* heeft hem op trein terug naar Amstelveen gezet. Omdat hij wel een woonplek (WLZ-plaats) heeft. Hij moet dit echter op een andere manier organiseren en dat is nu net het probleem. Ik neem contact op met Spv van de **Rapid Responder** (AVG-proof, afgestemd met patiënt), krijg zo de gegevens van zijn broers en voormalige zorginstelling en neem ook contact op voor meer informatie. Zorginstelling Amstelveen blijkt hem dan al te hebben uitgeschreven (!). Tijdens vervolgspraak met patiënt, stel ik voor om zijn broer telefonisch bij het gesprek te betrekken; patiënt heeft geen instemming/geen bezwaar, dus zo spreken we samen en langs deze weg komt familie weer in contact met de patiënt. Familie betaalt een aantal weken opvang. Ik heb overleg op basis van beeldvorming patiënt met vpk.spec. ACT-team. Zij schakelt GGZ in en zorgt voor observatieopname bij GGZ-neuropsychiatrie. Gezamenlijk zoeken we naar een plaatsingsmogelijkheid in en rondom Leeuwarden. Ik sluit aan bij een overleg met zorgkantoor met zorgaanbieders. Er komen een aantal opties uit. Deze gaat vpk. Spec. ACT vervolgens contacten en multidisciplinair bespreekbaar maken. Het loopt anders af; op basis van observatie blijkt er sprake te zijn van nadere psychiatrische en cognitieve problemen bij p. Zorgverlening gaat verder via GGZ/WLZ.
- Man (1966) verblijft sinds een jaar bij Zienn, **detentie** verleden en eerder **psychiatrische** hulp gehad, waarvan geen overdracht, bekend met **druggebruik** en **urinewegsinfecties**. **OGGZ zorg** via ACT-team blijkt niet afdoende. Vpk. Spec. vraagt gespecialiseerde GGZ-zorg aan via de praktijkassistente. Het is nodig dat patiënt op het spreekuur komt en met de huisarts spreekt. Dit stuit op weerstand bij patiënt Problemen en klachten zijn meervoudig van aard. Meervoudigheid kan worden vertaald naar een systemisch ordening van verschillende niveaus; lichamelijke, individuele, het sociale en het maatschappelijke niveau. Oplossing: Huisarts gaat casus voor bespreken met vpk. Spec. En proberen een route te bespreken om mogelijk toch de patiënt (telefonisch) te spreken.
- Man (1978) verblijft sinds een jaar bij Zienn, bekend met **angst- en paniekaanvallen, astma**. Heeft gespecialiseerde GGZ zorg nodig omdat **OGGZ-zorg** ACT-team niet afdoende is. Ook bij deze patiënt lijkt de stap naar de huisarts te complex door een kluwen van problemen op het gebied van lichamelijke, individuele, sociale en maatschappelijk vlak. Oplossing: Huisarts gaat casus voorspreken met verpleegkundig specialist ACT-team. En proberen een route te bespreken om mogelijk toch de patiënt (telefonisch) te spreken.

## 2.2. Sekswerkers casus vanuit GGD/SOA SENSE

Vrouw (1980) bekend met psychiatrische problemen en **prostitutiewerk**. Relatie met vriend gaat gepaard met **huiselijk geweld** en er is sprake **maatschappelijke teloorgang**. Het project **Nu niet Zwanger (GGD)**, zorgt voor interventie tot spiraalplaatsing. Via contact collega GGD Soa Sense volgt een uitgebreid intakegesprek, omdat patiënt niet een goede behandelrelatie heeft met eerdere huisarts.

Tijdens gesprek blijkt dat patiënt jong haar moeder heeft verloren, **onverwerkte rouw** lijkt sprake van, **zorgmijding**, de **familie** heeft getracht patiënt **hulp** te bieden maar de **hoop opgegeven**. Het **veiligheidshuis** heeft procesregie op de casus uitgevoerd. Er zijn allerlei hulptrajecten ingezet, maar telkens **onttrekt** patiënt zich **van de ingezette hulp** en gaat terug naar haar partner (**afhankelijkheid**). Patiënt heeft last **depressieve en suïcidale klachten**, hiervoor gebruikte zij eerder medicatie, maar dit blijkt te zijn gestopt. Zij kon niet voldoen aan de behandelvoorwaarden van **VNN**.

Samen met huisarts volgt i.o.m. patiënt een gesprek met VNN-arts, met de vraag of behandeling toch mogelijk is. Stabiel drugsgebruik is ook behandel wens. Dit kan mits de **coördinatie van zorg** gewaarborgd is. Er volgt door mij via TEAMS-overlegd met patiënt, GGD SOA Sense, verpleegkundige VNN, verpleegkundig specialist ACT-team. 2 weken wordt geprobeerd door patiënt zelf de medicatie te laten halen. Dit slaagt niet omdat zij niet in staat is haar afspraken na te komen. (meervoudigheid aan probleemgebieden; lichamelijk, individueel, sociaal, maatschappelijk)

Ik neem contact op met een straathoekwerker van het ACT-team. Hij kent de situatie en geeft aan dat, ondanks dat er soms sprake is van huiselijk geweld, patiënt en haar partner het ook samen fijn hebben. Stg. Straathoekwerk blijkt een indicatie voor begeleiding partner te hebben. Mogelijk kan Stg. Straathoekwerk ook patiënt In zorg nemen. Medewerker van die club geeft aan dat zij 4 dagen per week inzetbaar kunnen zijn, dit is niet afdoende om de 24/7 medicatie te begeleiden. Ik neem contact op met wijkverpleegkundige Comfort Zorg, zij kan een verpleegkundige indicatie indiceren op basis van 'inadequate therapie discipline'. Via de aangemaakte groepsmail VNN-Stg. Straathoekwerk-Comfort Zorg-MedTzorg, ontstaat een MDO-briefing; wijkverpleging haalt dagelijks de zorg samen met patiënt bij de HBU, Stg. Straathoekwerk begeleidt patiënt bij gesprekken met medische behandelaren en zorgt dat afspraken nagekomen worden. Onderling hebben deze partijen afstemming. De zorg start en patiënt is blij. Er wordt een MDO met alle partijen in de toekomst gepland.

Het verloop is bijzonder tragisch. Patiënte wordt na de kerst opgenomen in het ziekenhuis, als gevolg van een CVA. Uit nader onderzoek blijkt dat er sprake is van uitgezaaide alveesklierkanker. Hospice lijkt niet meer haalbaar. Patiënt zal in ziekenhuis sterven. Stg. Straathoekwerk zoekt contact met familie van patiënt en deze komen op bezoek en nemen ook partner mee in het contact. Partner kan niet omgaan met de situatie en zorgt voor escalatie in het ziekenhuis. Gesprekken MCL en Stg. Straathoek zorgen ervoor dat partner toch nog onder begeleiding afscheid kan nemen.

Financieel staartje: indicatie Straathoek is op basis van WLZ aangevraagd (psychiatrie kan vanaf 2021 weer vanuit de WLZ worden geïndiceerd, maar dit zorgt voor lange afwikkelingstijd). Daardoor moest de wijkverpleging indicatie ook basis van WLZ. Ik heb geadviseerd om een OCO-via MEE te betrekken, maar deze persoon kan weinig van betekenis zijn totdat de indicatie is toegekend. Ik neemt contact op met de gemeente Yneke Spits, omdat op de website van Rijksoverheid staat dat zolang de WLZ niet is toegekend de WMO voorliggend is. Echter de gemeente had gewild dat er voortijdig contact met hen was gezorgd. Daarop neem ik contact op met het zorgkantoor (regiomanager De Friesland). Hij zorgt dat het 'Domein overstijgend loket' contact met mij opneemt. Daar komen mogelijke oplossingen uit naar voren en deze bespreek ik met beide aanbieders (Comfortzorg en Stg. Straathoekwerk).

### 2.3. Casussen vanuit sociaal wijkteam

- **Oudere dame**, (geen patiënt MedTzorg) **sluit zichzelf** vaak **buiten**, klopt bij burens aan. Burens melden zich bij **politie** en politie bij het wijkteam. Sparren met wijkteammedewerker over wat je als wijkteam dan kunt doen; bellen met de huisarts bijvoorbeeld. Er blijkt sprake te zijn van handelingsverlegenheid; wijkteams werken **vraaggericht**, en deze mevrouw heeft zelf **geen hulpvraag**. Ik neem contact op met de desbetreffende huisarts, de verpleegkundige in opleiding tot specialist (Vios) blijkt bekend te zijn bij de situatie van deze mevrouw en is blij met dit signaal van duidelijke verslechtering. We bespreken samen de mogelijke inzet van TinZ, zodat er samengewerkt kan worden met de huisarts. Ik vraag aan de Vios naar haar visie op de situatie; zij geeft aan dat er noodzaak lijkt voor multidisciplinaire samenwerking tussen sociaal en medisch terrein. Een melding kan altijd gemaakt worden, zodat een huisarts weer verder kan interveniëren, maar dit gebeurt niet altijd.
- **Oudere man** (1954), Sociaalwijkteam neemt contact op met vraag tot samenwerking met HA. Patiënt (bijzonder muzikaal begaafd en heeft internationaal gemusiceerd) heeft last van **hartfalen**, **alcoholverslaving** speelt, **maatschappelijke teloorgang** na **overlijden partner**. Daarnaast last van **prostaatklachten** en **rugpijn**. Wijkteam medewerker begeleidt deze patiënt, deze lijkt niet contact op te willen nemen met de huisarts of durft dat niet. Ik ga samen met begeleider op huisbezoek en spreek met de patiënt over zijn -muzikaal- verleden, waar hij tegen aanloopt en wat zijn wensen zijn. Hij wil graag een goed leven met wat meer glans en minder pijn. Voor die pijn zal hij bij de huisarts moeten beginnen. Hij spreekt over alternatieve behandelingen bij monniken in Tibet. Ik vertel hem dat er bij MedTzorg een huisarts werkt die kennis heeft van oosterse geneeskunde. We besluiten dat we ter plekke telefonisch een afspraak gaan plannen. Patiënt bezoekt de huisarts en vanaf dat moment maakt patiënt zelf de afspraken.

## 2.4. Casus vanuit poh-GGZ

Oudere vrouw (1952). Huisarts verwijst door naar poh-ggz. Patiënte wil niet komen met als argument dat 'ggz' voor 'gekke' mensen is en zij vindt zichzelf beslist **niet gek**. Patiënt ervaart veel pijn waarvoor geen medische oorzaken zijn te vinden (**SOLK**). Patiënt is vaak **boos** op medici, voelt zich **niet serieus genomen** en reageert vaak geagiteerd. Ik neem contact op en maak een afspraak bij haar thuis. Gesprek m.b.v. **gesprekmethodiek Positieve Gezondheid**. Dit gesprek gaat niet over klachten maar over wensen. Wat daar maar uit naar voren komt (de kracht bij de patiënt latend) dat wordt geprobeerd samen met de patiënt in gang te zetten. Geen wensen = geen acties, maar wel in contact blijven + verduidelijking en kaders stellen = bemoeizorg.

Resultaat: de PGB-herindicatie voor persoonlijke verzorging is patiënt het niet mee eens, zij heeft meer zorgtijd nodig. Ik bemiddel tot second opinion via een andere wijkverpleegkundige, welke afstemt met praktijkassistente. Patiënt wil graag vaker koken maar kan niet lang bij het aanrecht staan. Ik bemiddel in het contact met een ergotherapeut. Patiënt ervaart veel overlast van zeep-geuren in de kleding van anderen, dan voelt zij zich benauwd. Hier is onderzoek naar gedaan en is geen fysieke oorzaak voor te vinden. Patiënt is **bang** voor Corona en zegt de afspraken vaak af. We houden wel contact. We besluiten dat ik contact op ga nemen met de medewerker van het sociaal wijkteam, die ook regelmatig gesprekken met haar voert. Zo blijft de weg open voor het contact tussen het sociaal en het medisch domein.



## 2.5. Casus vanuit Wmo-zorgaanbieder

Jonge vrouw (1993) met **veel fysieke klachten, claimend gedrag** t.a.v. medicatie en doorverwijzing naar behandeling. **Groot inrichtings- en behandelingsverleden**. Wisselt regelmatig van huisarts en wil **niet** dat het **dossier gedeeld** wordt. **Dwingend en dreigend** als dingen niet gaan zoals gepland. Patiënte is besmet met MRSA-bacterie en geeft aan behandeling in te willen zetten, maar kan geen wijkverpleegkundige bereid vinden haar daarin te ondersteunen. De begeleider die via WMO is ingezet, neemt hierover contact op. Ik bemiddel hierin door contact te leggen met wijkverpleging organisaties. De thuissituatie blijkt vervuult en verwaarloosd. Wijkverpleegkundige kan hierin niet werken, dan zal ook HH nodig zijn. Overleg met het zorgkantoor of dat door wijkverpleging gedaan mag worden (zo weinig mogelijk mensen over de vloer), dat kan niet. Patiënt blijkt op korte termijn geopereerd te worden in een privékliniek. **Patiënt weigert** met behandelaar **te delen** dat zij besmet is met MRSA. Ditzelfde geldt voor behandeling fysiotherapeute. Ik bemiddel tussen contact huisarts en de Deskundige Infectiepreventie van GGD voor advies. Huisarts probeert patiënt te overtuigen dat dit belangrijk is. Ze weigert en zegt zich uit te willen schrijven. Intercollegiaal overleg dat algemeen belang boven patiënt belang gaat. Waardoor delen informatie mogelijk wordt. Ik neem contact op met betrokken procesregisseur van het **veiligheidshuis**. Tijdens maatwerkoverleg optie gedaan (samen met plaatsing coördinator VHH) voor een opname ELV-plaats zodat patiënt behandeld kan worden, het huis schoongemaakt kan worden en mogelijk begeleid wonen voor een aantal maanden onderzocht kan worden. In de thuissituatie blijft patiënt **achterdochtig** en **dreigt** huis te laten ontploffen; zet **gaskraan open**. **Politie** overtuigd patiënt deze dicht te draaien, wat ze ook doet. OM beslist daardoor geen juridische vervolging. Vanuit maatwerkoverleg wordt nu besloten tot doorzetten uithuisplaatsing (**huurachterstand en uitblijven actie**). Patiënt besluit woning te verlaten en verblijft op onbekende een camping in Nederland. Contact tussen vader en wijkteam blijft over. Resultaat: patiënt is nog steeds niet behandeld tegen MRSA en risico op het infecteren van anderen blijft onveranderd aanwezig.

## 2.6 Casus vanuit Meldpunt Verward Gedrag GGD – MCO

Man (1969) bekend met **psychiatrische problemen**, blijkt **niet bekend** te zijn **bij het sociaal wijkteam**. Er wordt een **melding van verward gedrag** gemeld door de **buren** van deze man bij meldpunt **verward gedrag; overlast veroorzakende** man, blijkt sinds 2 weken patiënt bij MedTzorg te zijn. **Dreigende** taal, lijkt **psychotisch**, **GGD Fakt** geeft aan dat er een **beoordeling van de huisarts** nodig is. MCO neemt contact op. Samen met huisarts en MCO, telefonisch de casus doorgezaagd; er is geen sprake van directe dreiging; gevaar voor omstanders, dan wel voor patiënt. Telefoonnummer **GGZ** wordt gedeeld en huisarts overlegt hiermee. Patiënt vraagt niet om huisarts consult; hoe zal deze reageren als dan toch huisarts voor de deur staat. Er wordt besloten dat huisarts aanstuurt op de inzet van **crisisdienst GGZ**. Dan belt patiënt toch zelf met naar de huisarts met hulpvraag voor psychische hulp; afspraak in de middag. Patiënt komt niet opdagen; er volgt een telefonisch contact tussen huisarts, o.g. en patiënt. Huisarts **toetst veiligheid** bij patiënt, diens vrouw en vriend van de familie door met ieder van hen telefonisch te spreken. Er is geen aanleiding tot direct gevaar. Patiënt kiest met netwerk voor rust en huurt een vakantiewoning om daar na te denken. Het telefoongesprek maakt aannemelijk dat patiënt geen openheid wil. Hij wil b.v. niet zeggen waar hij naar toe gaat. Op de vraag of hij ketenpartners wil inlichten van zijn stappen, reageert hij ontwijkend. Huisarts geeft aan dat ik niet mag delen met ketenpartners (beroepsgeheim). Sociaal wijkteam, zet **procesregie** door naar Veiligheidshuis. Maatwerk overleg volgt; oordeel over het vermeende nablijven actie huisarts. Patiënt neemt contact op met zijn eerdere behandelaar **GGZ** Santana. Deze en de huisarts, spreken met toestemming van patiënt tijdens maatwerkoverleg. Zonder in te gaan op medische details, maar wel aangeven wat de ontstane situatie met patiënt doet en dat het de situatie doet escaleren. De wens van patiënt is: overzicht, rust en één aanspreekpunt. Er wordt gezamenlijk besloten dat deze wens ingewilligd wordt. De inzet van huisarts en de behandelaar bij het maatwerkoverleg VHH, was eenmalig.

### 3. Conclusies

*De conclusies, successen/kansen, aandachtsgebieden en aanbevelingen zijn gemaakt op basis van het literatuuronderzoek, de praktijk observaties en interventies door pilotmedewerker/onderzoeker.*

- De omschreven doelgroep van het project 0-lijnszorg maakt onvoldoende of geen gebruik van de reguliere zorginfrastructuur en het sociaal domein, kunnen onvoldoende voldoen aan de voorwaarden van behandelaren of komen geheel niet in beeld in de keten. Daarentegen komt deze groep vaak wel in beeld via overlastmeldingen via politie /overlastmelding die worden gedaan via GGD MCO en via de meldpunten Vervuiling & Verwaarlozing en Verward Gedrag.
- Problemen bij doelgroep zijn doorgaans meervoudig van aard. Meervoudigheid doet zich voor in een systemische ordening op vier niveaus: het lichamelijke, het individuele, het sociale en het maatschappelijke niveau. Mensen met geestelijke gezondheidsproblemen presenteren hun klachten vaak op één niveau, terwijl de mogelijkheden voor het inzetten van een interventie juist op een ander niveau zou kunnen of moeten liggen.
- Belangrijk dus om als hulpverlener (medisch en/of sociaal) te richten op deze vier niveaus van functioneren en de wisselwerking die er tussen de niveaus plaats vindt (= de context). Vandaaruit interventies te kiezen die vooral gericht zijn op het versterken van het zelfregulerend vermogen van de persoon, diens systeem, de groep en de samenleving. Daarbij gaat het er vooral om wat iemand nodig heeft. En vandaaruit is een samenwerkende verbinding met het sociaal/medisch domein te maken (in samenspraak met de patiënt).

## 4. Successen/kansen

- Door samenwerking tussen het sociaal domein met het medisch domein kan er meer preventie plaatsvinden, zodat situaties niet verergeren/escalaties worden voorkomen.
- Kijken achter de 'voordeur', zicht op het wonen, huishouden en hygiëne, biedt veel inzicht en gespreksingang.
- Spinnenweb 'positieve gezondheid' is als gespreksinstrument goed te gebruiken.
- Anamnese op basis van Zelfredzaamheidsmatrix, biedt mogelijkheid voor klinisch redeneren en het stellen van een verpleegkundige diagnose, waarin positieve gezondheid in is te verwerken.
- Opbouwen van ketenzorg tussen Zorg- en Welzijn partijen, zoals de huisarts, wijkverpleging, huishoudelijke hulpen en individuele hulpverleners, paramedici en sport- en welzijn initiatieven is mogelijk door elkaar (wellicht casus-gericht) te informeren over elkaars werk(gebied), taken en verantwoordelijkheden. Zo wordt het gemakkelijker om het verlengde van elkaars werk en inzet te kunnen zien. Wat het mogelijk maakt om in die specifieke situaties waarin sprake is van gestapelde problematiek op meerdere niveaus, samen op te trekken in het belang van en in samenwerking met de persoon in kwestie.
- Makkelijk bereikbaar zijn, zowel als medisch en als sociale partij. Rechtstreeks bereikbaar zijn t.a.v. omstandigheden die zich bij cliënten voordoen op meerdere niveaus (het 'niet pluis' gevoel)  
Korte lijntjes, rechtstreeks bereikbaar, evt. via Whatsapp.(Siilo-app) om zo snel en adequaat af te kunnen stemmen (in overleg met de patiënt/cliënt).

## 5. Aandachtsgebieden

- Gezamenlijk gedragen visie op ontstaan van medische en/of sociale problemen binnen het medisch domein (medewerkers in huisartspraktijken en paramedici) en het sociaal domein (gemeenten, sociaal wijkteams, GGD):  
*“Problemen openbaren zich op een bepaald gebied door het gedrag wat een persoon laat zien. Maar vaak is dit het resultaat van een kluwen van problemen op meerdere niveaus ’s: het lichamelijke, het individuele, het sociale en het maatschappelijke niveau”.*
- Gezamenlijk gedragen visie op preventie binnen het medisch domein (medewerkers in huisartspraktijken en paramedici) en partijen in het sociaal domein (gemeenten, sociaal wijkteams, GGD):  
*“Het ontstaan van medische en/of sociale problemen, het (h)erkennen daarvan en het belang ervan in kunnen inzien dat samenwerking in de sociaal/medische keten in het belang zal zijn voor de cliënt/patiënt.*
- Aandacht voor het stroomlijnen van proces-regie (zorg- & veiligheidsketen) via BOB-model. (Beeld-Observatie-Besluit). Vooral in de situaties waarbij sprake is van escalatie en/of vergevorderde maatschappelijke teloorgang.  
*Deze werkwijze kan mogelijk de kans op het (ver)oordelen over en weer tussen sociaal, medisch en zorg-& veiligheid partijen voorkomen.*

## 6. Aanbevelingen voor de toekomst

- Uitvoeren praktijkonderzoek in breder verband; bij andere huisartspraktijken en sociale wijkteams aan de hand van het de bevindingen uit het literatuur- en praktijkonderzoek; met daarin conclusies, successen, aandachtsgebieden en aanbevelingen.  
*Dit kan mogelijk input geven voor het nemen van gerichte vervolgstappen.*
- Samenwerking tussen het sociaal en medisch domein, blijven versterken met het oog op preventie.  
*Voorbeeld hiervan is de samenwerking met Healthy Ageing/HANNN):  
Het betreft in deze pilot gezondheid bevordering in het stadsdeel Oud-Oost in samenwerking met de inwoners. Oud-Oost is een door de gemeente aangewezen gebied (significant veel bewoners met lage SES). MedTzorg en andere zorgpartijen nemen deel aan het samenwerkingsverband, net als het sociaal wijkteam Oud-Oost, sociale initiatieven uit de buurt en de GGD is ook gelinkt (JOGG, Friese preventie aanpak, Positieve gezondheid). Sport BV (via subsidie tender Gemeente operatief om burgers meer te laten bewegen heeft hierbinnen ook een onderdeel (gelinkt aan JOGG). ‘Wandelen met de dokter’ is een project welke wordt geïnitieerd door Sport BV. Huisartspraktijken, fysio, diëtisten begeleiden tijdens het project ‘Wandelen met de dokter’. Het is de bedoeling cliënten door te verwijzen en het contact met hen te houden over de gezondheidsbevordering.*

- Triage Z28 (doelgroep 0-lijnszorg) in de huisartspraktijk: doorvragen op problemen lichamelijke, individuele, sociale en maatschappelijke niveaus.  
*In situaties van meer aandacht vragende patiënten of bij afwijkende reacties van patiënten of als een bezoek aan HA niet mogelijk blijkt maar er wel reden voor is. In deze situatie is het relevant interdisciplinair af te stemmen. Wellicht kan de huisarts eerst telefonisch polshoogte nemen (gesprek samen met begeleider en/of patiënt). Mogelijk is tussenkomst/rol van het sociaal domein gewenst (GGD maatschappelijke zorg en/of sociaal wijkteam).*

- Functie van sociaal domein. Preventieve taak OGGZ is verdwenen uit de WPG en is daarna belegd bij WMO.  
*Wijkteams lijken deze taak niet altijd duidelijk voor ogen te hebben en/of verschuilen zich achter AVG. Het wetsvoorstel Aanpak meervoudige problematiek sociaal domein (Wams) zal hier mogelijk verduidelijking in kunnen bieden.*

- Sociaal psychiatrische verpleegkundige kennis en expertise binnen het sociaal domein inzetbaar maken. *De volgende rollen (Canmeds) en competenties zijn daarbij essentieel:*

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Zorgverlener             | <i>methodisch werken, klinisch redeneren, analyseren, interpreteren van de problemen op de 4 niveaus van functioneren en de wisselwerking die tussen die niveaus plaatsvindt = de context.</i> |
| Samenwerkings-partner    | <i>coördineren van zorg, zorg voor continuïteit, doelmatig en effectief overleg.</i>   |
| Gezondheids-bevorderaar  | <i>verschuiven aandacht van zorg/ziekte naar preventie, gezondheid en zelfmanagement.</i>  |
| Organisator              | <i>Meso-ontwikkelingen rond samenleving en instellingen<br/>Macro-ontwikkelingen; politiek, wetgeving en beleid</i>  |
| Communicator             | <i>informatievergaring en verstrekking<br/>gesprekstechnieken en methoden</i>  |
| Reflectieve professional | <i>Onderzoekende rol, leren door te doen</i>   |
| Kwaliteitsbevoerder      | <i>Baseren op client, familie, maatschappelijk en verpleegkundig beroepsperspectief</i>  |

- Introduceren gebruik maken van het web van Positieve Gezondheid binnen medisch- en sociaal domein.  
*Gesprekinstrument om te kunnen werken aan wat mensen zelf aangeven wat zij wensen en waar kansen en krampen zitten.*
- Introduceren Hulpkaart binnen sociaal- en medisch domein als preventief instrument.  
*Gespreksvoering aan de hand van reflectie op situaties, welk zelfinzicht heeft iemand hierdoor gekregen en wat heeft deze persoon nu van de ander nodig wat degene in die situaties niet mondeling kenbaar kan maken, maar mogelijk wel via een geschreven tekst op een kaartje. De hulpkaart is ook als preventief /zelfredzaamheid vergrotend instrument in te zetten in de gevallen dat er vanuit de Wvvgz een crisismaatregel is opgelegd.*



medīzorg

[www.ggdfryslan.nl](http://www.ggdfryslan.nl)