



Pilot 0-lijnszorg

Literatuuronderzoek

Afke Luchtenveld

maart 2020-maart 2021

T.a.v. het managementteam

www.ggdfryslan.nl

Inhoud

Inhoud	0
1. Aanleiding pilot 0-lijnszorg	2
1.1 Pilot doelen en afspraken	2
1.2 Verantwoording werkwijze	3
1.2.1 Link met de Wvvgz	4
2. Visie op maatschappelijke ondersteuning	5
3. Visie op het ontstaan van sociale en/of medische problemen	6
4. Het belang van samenwerking tussen sociaal en medisch domein	7
5. Preventie	8
6. Zelf- en samenredzaamheid	10
7. Mogelijkheden voor versterken zelf- en samenredzaamheid	11
7.1.1 Positieve gezondheid	11
7.1.2 Hulpkaart	12
8. Bronnen	13

1. Aanleiding pilot 0-lijnszorg

Het 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.

1.1 Pilot doelen en afspraken

Doel 1

Het stabiliseren, bevorderen of verbeteren van de gezondheid van zorg mijdende patiënten ingeschreven bij gezondheidscentrum medTzorg Leeuwarden door laagdrempelig vanuit de nuldelijn deze zorg aan te bieden door de OGGZ-verpleegkundige in overleg met het multidisciplinaire team van gezondheidscentrum medTzorg en in overleg met relevante (nader te bepalen) ketenpartners.

Actie:

Vanuit intern overleg MedTzorg, kan contact gezocht worden met cliënten, welke geen vervolg geven op behandeling, terwijl daar wel noodzaak toe is. (zorgmijding)

Doel 2

Oriënteren op het stabiliseren, bevorderen of verbeteren van de gezondheid van zorg mijdende personen (niet ingeschreven als patiënt), welke geen of moeite hebben met de toegang tot reguliere zorg door laagdrempelig vanuit de nuldelijn deze zorg aan te bieden door de OGGZ-verpleegkundige in overleg met relevante (nader te bepalen) ketenpartners, het multidisciplinaire team van gezondheidscentrum medTzorg en/of het team MCO van GGD Fryslân.

Actie:

- Vindbaar zijn door verbinding te leggen met ketenpartners en het kenbaar maken van opzet en afstemming hoe hierin samen te werken.
- Contact leggen met zorg mijdende cliënten, (mogelijk) via relevantie (nader te bepalen) ketenpartners, MCO team GGD Fryslân en door goed af te spreken wie wat doet.
- Er wordt een link gelegd met de zorg-onverzekerden, door overleg met Ineke Spits van de gemeente Leeuwarden.

(Afspraken MedTzorg – GGD & plan van aanpak pilot 0-lijnszorg d.d. 9-3-2020)

1.2 Verantwoording werkwijze

Door in de praktijk te werken aan bovenstaande doelen en acties, zijn er stappen gezet en mogelijkheden benut om inhoud te geven aan het pilot '0-lijnszorg' en deze te linken aan dit literatuuronderzoek. Op basis van deze werkwijze is een separaat document opgesteld met daarin beschreven casusverhalen, conclusies, successen/kansen, aandachtsgebieden en aanbevelingen. Laatst genoemd document is aanvullend op en onlosmakelijk verbonden met dit literatuuronderzoek.

Het literatuur- en praktijk onderzoek en de werkwijze waarop dit tot stand is gekomen heeft mede vorm gekregen op basis van eerder verworven expertise van de onderzoeker/pilotmedewerker en er is een koppeling gemaakt met de functie van hooragent voor de Wvggz (zie uitleg later in dit document).

Onderzoeker/pilotmedewerker heeft oorspronkelijk de functie van verpleegkundig casemanager binnen een sociaal wijkteam in Friesland en heeft een jaar op detacheerbasis voor GGD Fryslân gewerkt aan het pilot 0-lijnszorg. Dit is gecombineerd met expertise en inzichten vanuit haar eerdere functies:

Sociaal domein/gemeente: beleidsmedewerker Gezondheid.

Medisch domein: wijkverpleegkundige, verpleegkundige verstandelijke gehandicaptenzorg, beleidsmedewerker verstandelijke gehandicaptenzorg en coach voor medewerkers binnen de ouderenzorg.

Snijvlak forensisch/psychisch/gehandicaptenzorg: schuldhulp- en financieel ondersteuner.

1.2.1 Link met de Wvggz

GGD Fryslân geeft uitvoering aan de Wvggz -Wet op de verplichte geestelijke gezondheidszorg. Onderzoeker/pilotmedewerker vervult hierin de rol van hooragent. Vanuit de context van de doelgroep pilot 0-lijnszorg, kan het beeld worden gevormd dat er omstandigheden kunnen ontstaan die leiden tot escalatie en/of overlast. Maar ook somatische oorzaken en life-events kunnen aanleiding geven tot verwarring en onbegrepen gedrag. Als de situatie zo is dat er gevaar dreigt voor deze persoon zelf of voor diens omgeving, dan kan een crisismaatregel worden aangevraagd op basis van de Wvggz. De persoon in kwestie wordt meegenomen naar de crisisbeoordelingslocatie en er volgt een psychiatrisch onderzoek en daarnaast wordt de persoon gehoord door een hooragent. Wat belangrijk is dat er onbevooroordeeld wordt geluisterd naar en gesproken met deze persoon. Er wordt tijdens het gesprek uitgelegd dat degene naar alle waarschijnlijkheid (tijdelijk) verplichte zorg wordt opgelegd door de burgemeester. Er wordt gevraagd wat voor degene belangrijk is t.a.v. deze zorgverlening. Hoe ziet hij/zij dit voor zich, welke omstandigheden zijn ideaal, wie moet daarbij betrokken worden. Ook komt, met inachtneming van de geestelijke toestand van de persoon, ter sprake wat de omstandigheden zijn geweest die maken dat degene zich in de huidige situatie begeeft. Wat is de situatie, wat is de trigger geweest wat heeft geleid tot deze situatie en wat heeft deze persoon nodig om daar anders mee om te kunnen gaan?

Het literatuur/observatie onderzoek op basis van interventies is onlosmakelijk verbonden met het document waarin casusverhalen vanuit het pilot 0-lijnszorg zijn omschreven. Tevens zijn in dat document de successen, aandachtspunten en aanbevelingen opgenomen.

2. Visie op maatschappelijke ondersteuning

De omschreven doelgroep van het pilot 0-lijnszorg maken 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 en er kunnen zorg en overlastmelding worden gedaan via GGD Maatschappelijke Zorg via de meldpunten Vervuiling & Verwaarlozing en Verward Gedrag.

Daar ligt een kans voor de maatschappelijke ondersteuning vanuit het sociaal domein – de sociale wijkteams in samenwerking met het medisch domein. Immers de transitie (2015) van het sociaal domein is erop gericht dat de taakvelden Jeugdzorg, Maatschappelijke Ondersteuning & Zorg en Participatie onderlinge samenhang vinden. De Wmo 2015 verstaat onder preventie alles wat ertoe leidt dat zwaardere zorg kan worden voorkomen. (VNG-GGD Ghor, 2016)

Toch komt het voor dat sociaal wijkteams niet op de hoogte zijn van/niet interveniëren ten aanzien van maatschappelijke teloorgang bij burgers. Omdat er ten onrechte vanuit wordt gegaan dat alleen op basis een eigen hulpvraag contact kan worden gezocht met een persoon. Echter de volgende preventieve activiteiten vallen onder de WMO:

- Begeleiding: activiteiten gericht op het *bevorderen van zelfredzaamheid en participatie* van de cliënt opdat hij *zo lang mogelijk in zijn leefomgeving* kan blijven.
- *Maatschappelijke ondersteuning, evenals voorkomen en bestrijden* van huiselijk geweld.
- Woningaanpassingen.
- *Helpen van mantelzorgers en vrijwilligers.*
- *Bevorderen sociale samenhang, toegankelijkheid van voorzieningen, diensten en ruimten, veiligheid en leefbaarheid gemeenten bevorderen.*
- *Voorkomen dat ingezetenen op maatschappelijke ondersteuning aangewezen raken.* (loketgezondleven-wmo, 2015)

Bepaalde doelgroepen komen (nu) nog niet altijd in beeld bij huisartsen (medisch domein), zoals sekswerkers en de dak- en thuislozen. Door acquisitie met deze (OGGZ) partijen vanuit de huisartsenpraktijk is hierin een koppeling te maken. Deze en andere doelgroepen kunnen door een uitgebreide intake, al dan niet in gezamenlijkheid met (professionele) betrokkenen breder in beeld komen door in te zoomen op individuele, sociaal-maatschappelijke en medische gebieden.

3. Visie op het ontstaan van sociale en/of medische problemen

Vertrekpunt is altijd dat de klachten van mensen niet medisch of van psychiatrische aard hoeven te zijn. De wijze waarop er binnen de gegeven situatie betekenis wordt gegeven aan klachten en problemen vormen het aangrijpingspunt voor interventies. Dat neemt niet weg dat (psychiatrische) ziekteprocessen die van invloed kunnen zijn op het ervaren leed, te allen tijde onderzocht moeten worden. Hoewel de aard, omvang en duur van de geestelijke gezondheidsproblemen per situatie kunnen verschillen zijn de problemen en de klachten doorgaans meervoudig van aard. Meervoudigheid 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 (*Derks, et al, 2015*).

Belangrijk dus om 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 niet zozeer om welke psychiatrische diagnose iemand heeft maar veel meer over wat iemand nodig heeft. En vandaaruit is het relevant een verbinding te maken vanuit het medisch domein met het sociaal domein, maar ook andersom.

4. Het belang van samenwerking tussen sociaal en medisch domein

Uiteraard is het nodig dat er vanuit het sociale wijkteam (WMO: Wet Maatschappelijke Ondersteuning) integraal samen wordt gewerkt met de andere gemeentelijke afdelingen, zoals Werk & Inkomen, Schuldhulpverlening, Participatie, Jeugdzorg, onderwijs, welzijn & sport, Veiligheid & Handhaving en GGD-Publieke Gezondheid. (*loketgezondleven.nl-Integraal werken*).

Maar juist ook het opbouwen van ketenzorg tussen sociaal wijkteams, GGD, gemeenten, OGGZ-aanbieders (werkzaam vanuit de WPG: Wet Publieke Gezondheid en WMO) met Zorg- en Welzijn partijen (ZVW: zorgverzekeringswet), zoals de huisarts en de wijkverpleging maar ook huishoudelijke hulpen en individuele hulpverleners (zorgaanbieders vanuit de WMO), paramedici (ZVW) en sport- en welzijn initiatieven (WPG) (*loketgezondleven.nl-zorgstelsel*). Dit 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.

In escalerende situaties is het nemen van proces-regie een zinvolle taak voor gemeenten. Dit kan worden ingevuld vanuit het Sociaal Wijkteam maar ook vanuit afdeling Openbare orde & Veiligheid. Door het in teamverband met betrokken ketens te spreken over het beeld van de ontstane situatie, de belangen en het oordeel van de verschillende ketens, kan een duidelijk overzicht worden gecreëerd en gezamenlijke besluiten worden genomen (BOB-model) waar iedereen zich in kan vinden (*basistraining procesregie AVE-structuur, Doorpak BV*)

5. Preventie

Vanuit de integrale samenwerking is het noodzakelijk om juist ook te werken aan het voorkomen van sociaal- maatschappelijke en gezondheidsproblemen. Zoals als eerder beschreven blijkt de populatie van het pilot '0-lijnzorg' onvoldoende in staat om zelfredzaam te zijn in het optuigen van hulp of ziet men de problemen meer ontstaan door toedoen van de omgeving en/of omstandigheden. Mocht er sprake zijn van een zorgindicatie op medisch gebied, dan komt het voor dat de persoon niet kan voldoen aan de behandelvoorwaarden, wat de continuïteit van zorg belemmert daarmee stagneert de behandeling.



Het Friese preventiemodel (*preventmodel, 2017*) is gebruikt als “taal” om te kunnen samenwerken vanuit de verschillende domeinen en op verschillende preventieniveaus. Er gebeurt al veel aangaande preventie, zonder dat uitvoerders dit soms van elkaar weten.

(risico) profilering bewustmaking beslisondersteuning	Keuze van passende interventie aanbod Advies op maat
Universele preventie	Gewoon goed leven
Selectieve preventie	Op eigen kracht
	Er op tijd bij zijn
Geïndiceerde preventie	ondersteunen
	Hulpbieden en behandelen
Zorg- en hulp gerelateerde preventie	Voorkomen van erger

Universele preventie: heeft als doel actief de gezondheid, het welbevinden en de participatie van de bevolking te bevorderen en te beschermen. De verantwoordelijkheid voor deze preventie ligt bij het sociaal domein en andere gemeentelijk beleidsterreinen.

Selectieve preventie: heeft als doel voorkómen dat personen met één of meerdere risicofactoren voor een bepaalde aandoening of situatie daadwerkelijk ziek worden, minder welbevinden ervaren en/of minder sociaal-maatschappelijk participeren. De verantwoordelijkheid voor deze preventie ligt vooral bij het sociaal domein en andere gemeentelijk beleidsterreinen.

Geïndiceerde preventie: heeft als doel voorkómen dat beginnende klachten of sociaal-maatschappelijke problemen verergeren tot een aandoening, vermindering van het welbevinden en/of verminderde van participatie. De verantwoordelijkheid voor deze preventie ligt bij zowel bij het medisch domein (zorgprofessionals en zorgverzekeraars) als het sociaal domein (WMO-beleid gemeenten).

Zorg- & hulp gerelateerde preventie: heeft als doel voorkómen dat een bestaande aandoening of sociaal- maatschappelijke situatie leidt tot complicaties, beperkingen,

verminderde participatie, een verminderd welbevinden of sterfte. De verantwoordelijkheid voor deze preventie ligt bij zowel bij het medisch domein (zorgprofessionals en zorgverzekeraars) als het sociaal domein (WMO-beleid gemeenten). *(Preventmodel, 2017)*

In deze laatste **categorie** bevindt zich de populatie van het pilot 0-lijnszorg. Mensen met zorgmijdende trekken hebben vaak geen hulpvraag, lijken niet zo zeer problemen te ervaren/te zien en/of leggen de verantwoording buiten zichzelf, en/of verschuilen zich achter mooie verhalen en bouwen daarmee als het ware een façade op. Mochten er problemen zichtbaar worden bij henzelf of door eigen toedoen of doordat anderen in het netwerk aangeven dat er problemen zijn, dan is dit meestal op één gebied/niveau (van de 4 niveaus van functioneren). Vaak is dit het resultaat van meerdere problemen op meerdere niveaus. Dit maakt dat de **universele, selectieve preventies** niet werkzaam kunnen zijn omdat deze te breed georiënteerd zijn. En **geïndiceerde preventie** richt zich op één zichtbaar gebied/niveau. Vanuit de **zorg- en hulp gerelateerde preventie** kan aandacht zijn voor het interpreteren van de problemen die zich voordoen binnen de 4 niveaus van functioneren en de wisselwerking daartussen. Vandaaruit is het belangrijk te kiezen voor een interventie welke het zelfregulerend vermogen van de persoon doet vergroten opdat het de start kan zijn van een groter plan (samenhangende problemen min of meer het hoofd kunnen bieden, mogelijk gemaakt vanuit het geplande vergrootte zelfregulerende vermogen).

Om aan deze preventie uitvoering aan te kunnen geven heeft het sociaal en het medisch domein elkaar nodig. Het is belangrijk dat professionals die binnen deze domeinen werkzaam zijn, zich realiseren dat medische en/of sociale problemen zich kunnen openbaren op een bepaald gebied door het gedrag wat een persoon laat zien; hoe een persoon reageert of juist niet reageert. Wat in deze situaties vaak het resultaat kan zijn van een kluwen van problemen op meerdere niveaus 's: het lichamelijke, het individuele, het sociale en het maatschappelijke niveau. Dit (h)erkennen is van cruciaal belang. Het zal de basis vormen om het verlengde van elkaars inzet (sociaal en medisch) complementair te kunnen zien en te waarderen in het belang voor de persoon in kwestie. *(zie: visie op het ontstaan van sociale en/of medische problemen).*

6. Zelf- en samenredzaamheid

Het zelfredzaam kunnen zijn ten aanzien van problemen, blijkt voor deze doelgroep in de praktijk niet zo gemakkelijk. Gelet op de volwassen leeftijd zou je kunnen stellen dat iemand daartoe in staat moet worden geacht. Belangrijk is het ons als hulpverleners te richten op de vier niveaus van functioneren (lichamelijk, individueel, sociaal en maatschappelijk) en oog te hebben voor de wisselwerking die er tussen deze niveaus plaats vindt = de context. *(Zie: visie op het ontstaan van problemen).*

Geestelijke gezondheidsproblemen zijn niet louter als een individueel probleem te bezien. Het is meer een gegeven dat zich dit in een sociaal maatschappelijke context ontwikkelt. Het is van belang om niet alleen te richten op mensen met klachten maar ook op sociale en maatschappelijke situaties waarin geestelijke gezondheidsproblemen - al dan niet in combinatie met lichamelijke gezondheidsproblemen- zich gemakkelijker kunnen voordoen. *(Derks, et al., 2015), (Pharos, 2019)*

Dit vraagt ook om een politiek bewustzijn. Sociaal maatschappelijke vraagstukken, zoals armoede, sociaaleconomische status (SES) en (toename van) criminaliteit in wijken zijn van invloed op ontstaan en voortbestaan van psychische problematiek *(Pharos, 2019).*

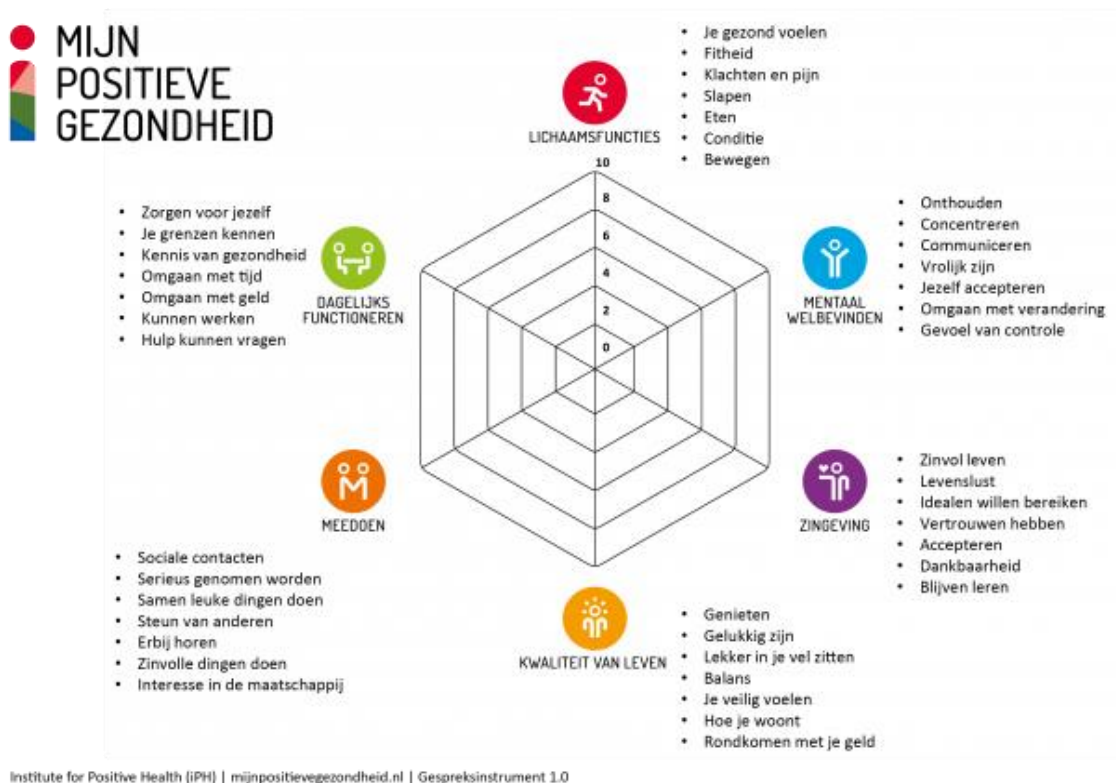
Er kan vanuit de sociale wijkteams outreachend hulp worden geboden om belemmeringen die ervaren worden door de betrokkenen, op te heffen of om anders om te gaan met belemmeringen die niet op te heffen zijn = preventie. *(VNG-bemoeizorg).* Het streven is dat deze mensen zich kunnen ontworstelen aan geestelijke gezondheidsproblemen en de regie over hun leven terug kunnen nemen in de eigen omgeving. Maar ook om de aandacht te richten op het versterken van het zelfregulerend vermogen en op de emancipatie van personen, van groepen, organisaties en (onderdelen van) de samenleving. En daarnaast te werken vanuit het perspectief van deze mensen en samen te werken met diens familie, informele en formele zorgverleners. In te vullen door bemoeizorg- achtige trajecten gericht op kortdurende of acute zorgvragen, crisissituaties en op langer durende zorgvragen *(Derks, et al, 2015).*

7. Mogelijkheden voor versterken zelf- en samenredzaamheid

7.1.1 Positieve gezondheid

‘Gezondheid is het vermogen je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven.’

Met deze omschrijving kreeg het begrip ‘gezondheid’ een heel andere invulling. De brede benadering van Positieve Gezondheid kan onderverdeeld worden in zes onderdelen: lichamelijk welbevinden, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, sociaal maatschappelijk participeren en dagelijks functioneren. (*allesiagezondheid.nl*, 2018)



Het web van Positieve Gezondheid wordt door iemand zelf ingevuld en kan als gespreksinstrument ingezet worden om invulling te geven aan de Zelfredzaamheidsmatrix. De vier niveaus (lichamelijke, het individuele, het sociale en het maatschappelijke) waarbinnen problemen ontstaan (*Derks, et al., 2015*) kunnen hierdoor worden besproken. Daarbij staat niet centraal wat er slecht gaat, maar wat mensen graag zouden willen veranderen. En wat belangrijk is voor die persoon. Door te kijken naar waar iemand van droomt kan diegene gaan doen wat hij belangrijk vindt. Zo komt iemand in zijn kracht, en zijn er ineens hele andere zaken mogelijk. Stoppen met roken is veel moeilijker als je (om welke reden dan ook)

ongelukkig bent. Ga je op zoek naar de oorzaak van dat gevoel, en pak je het aan, dan wordt stoppen met roken ineens een mogelijkheid. Door met het spinnenweb aan de slag te gaan, blijken een heleboel zaken waar mensen mee zitten helemaal niet medisch te zijn.

(*allesisgezondheid.nl*, 2018)

7.1.2 Hulpkaart

De Hulpkaart is een opvouwbaar kaartje dat past in een portemonnee. Op de kaart staat hoe anderen hulp kunnen bieden, als de kaarthouder in situaties komt waarin hij de regie even kwijt is. Als iemand even geen woorden heeft dan geeft de Hulpkaart een stem. De Hulpkaart is ontstaan in 2018 en is voor iedereen die hem denkt te kunnen gebruiken (*hulpkaart.nl*). Op dit



moment wordt de Hulpkaart via een pilot ingezet in 3 Friese gemeente, de GGD (*lid werkgroep pilot hulpkaart Friesland vanuit initiatief MEE Friesland*) en een vrijwilligersorganisatie en wordt met name gebruikt door mensen met dementie, een verslaving, een verstandelijke beperking of een psychische kwetsbaarheid. De kaart biedt omstanders en hulpdiensten de mogelijkheid om passende ondersteuning te bieden. De Hulpkaart heeft een preventief karakter en kan ook positief bijdragen aan het mentaal welbevinden, de kwaliteit van leven en het sociaal maatschappelijk participeren van de kaarthouder. Het is aan de persoon in kwestie om te onderzoeken (samen met de hulpverlener) of er inzicht is of kan ontstaan in het ervaren van problemen en hoe de persoon daarop reageert. Kan iemand dat veranderen, wat heeft deze daarbij nodig van de ander of wat moet de ander juist niet doen. Dit soort zaken kunnen op de hulpkaart worden vermeld. Het maken van een Hulpkaart is en blijft maatwerk wat past binnen de preventieve taken vanuit het sociaal domein, maar vanuit het medisch domein (poh-ggz). De preventieve werking van de Hulpkaart kan ervoor zorgen dat kaarthouders zelfstandiger kunnen leven en structureel minder begeleiding nodig hebben en heeft tot doel mogelijke escalatie te voorkomen en daarmee ook in te zetten binnen de Wvvggz, als mogelijk eigen plan binnen de crisismaatregel.

8. Bronnen

- Afspraken MedTzorg – GGD & plan van aanpak pilot 0-lijnszorg d.d. 9-3-2020 (versie 6)*
- Allesisgezondheid.nl, positieve gezondheid, 2018*
- Derks, et al, Expertise gebied sociaal psychiatrische verpleegkundige, V&VN, 2015*
- Doorpak BV, basistraining procesregie AVE-structuur, gevolgd 2020*
- Hulpkaart.nl, publiekscampagne-hulpkaart-Friesland, geraadpleegd 14-01-2021*
- IPH.nl, mijn-positieve-gezondheid, gespreksinstrument 1.0, geraadpleegd juni 2020*
- loketgezondleven.nl zorgstelsel-preventie-vijf-stelsel-wetten, RIVM, geraadpleegd d.d. 14-01-21*
- loketgezondleven.nl, integraal werken-succesfactoren effectief gezondheidsbeleid-gemeentelijke regierollen, RIVM, geraadpleegd d.d. 14-01-21*
- Pharos, factsheet Sociaal Economische Gezondheid Verschillen, juli 2019*
- Preventmodel, GezondNL.nl, werkgroep Preventie en Sociaal Domein Friesland, 2017*
- Rijksoverheid.nl, zorg en ondersteuning thuis – wmo, 2015*
- VNG.nl, Publieke gezondheid borgen, GGD Ghor 2016*
- VNG.nl, bemoeizorg, Vlot, k2, geraadpleegd 15-01-2021*
- Lid Werkgroep Hulpkaart Friesland, informatie en werkmateriaal, vanaf augustus 2020*



medīzorg

www.ggdfryslan.nl