

Samenwerken in het sociale domein



Handreiking voor huisartsen, gemeenten en sociale teams



Samenwerken in het sociale domein



Handreiking voor huisartsen, gemeenten en sociale teams

Colofon

Auteurs

Mevr. Drs. E. Jansen	Praktijkmanager De Vuursteen Vinkhuizen (in dienst van)
Mevr. W. Kemp MMC CMC	Hagro manager Hoogezand-Sappemeer (Associate Partner CT.ontwikkeling)

Met medewerking van

Dhr. J.J. Boersma	Wethouder Midden-Groningen
Dhr. M. Hoekstra	Huisarts Hoogezand-Sappemeer
Dhr. E.P. Berghuis	Huisarts De Vuursteen Vinkhuizen
Mevr. J. Ingeneeger	Manager WIJ-team Vinkhuizen
Dhr. G. Oudekerk	Beleidsadviseur gemeente Midden-Groningen
Dhr. W. Vochteloo	Huisarts Hoogezand-Sappemeer

Mogelijk gemaakt door Achterstands Ondersteunings Fonds Groningen

Vormgeving Wim Bouwman, B-tween, Eelde

Voorwoord huisarts Vinkhuizen

Drie jaar geleden heb ik de subsidieaanvraag geschreven voor het project Sturen en verbinden. Het Achterstands Ondersteuningsfonds (AOF) Groningen heeft dit project gefinancierd. De reden voor de aanvraag waren de grote veranderingen in de zorg door de transitie van de Wet Langdurige Zorg en Jeugdzorg van het Rijk naar gemeentelijk niveau.

Het primaire domein van de huisarts is de eerstelijnsgezondheidszorg, maar net zo belangrijk voor de patiënt, en dus ook voor de huisarts, zijn jeugdzorg, maatschappelijke ondersteuning en verpleegkundige zorg. Er bestaat geen overkoepelende organisatie die zorgt voor regie over al deze veranderingen. De huisarts maar ook andere instellingen en functionarissen als de wijkverpleegkundige moeten zelf hun weg vinden, of zelf hun eigen vernieuwde functie vormgeven. En dat doen ze zonder regievoerder of informatie over de andere instellingen die zorg of ondersteuning verlenen. Het doel van het project was het overzichtelijk maken van de zorg voor de huisarts en het bij elkaar brengen van partijen om met elkaar de zorg te coördineren. Het uitvoeren van de ontbrekende regiefunctie dus. Het project heeft aangetoond dat deze functie als positief wordt ervaren door alle betrokken partijen. Een goede coördinatie van zorg lijkt ongetwijfeld tot betere en efficiëntere zorg. Het project heeft ook aangetoond dat er geen pasklare oplossingen zijn. Huisartsen kunnen gehuisvest zijn in een centrum binnen de wijk, maar ook een heterogene groep vormen verspreid over meerdere wijken of dorpen. In Vinkhuizen, een stadsdeel van Groningen, hebben we te maken met één WIJ-team, een huisarts gevestigd nabij of in het stadscentrum kan te maken hebben met vier WIJ-teams.

Het is mogelijk om betrokken partijen bij elkaar te brengen, maar dat gaat niet vanzelf. Er moet geïnvesteerd worden in een gezamenlijk gedragen intentie en professionele ondersteuning. In deze handleiding delen wij onze ervaringen, moge het een aanzet zijn tot een voortschrijdende samenwerking.

E.P. Berghuis, Huisarts bij Huisartsenpraktijk De Vuursteen in Groningen

Voorwoord *WJ-team Vinkhuizen*

Idealiter vinden inwoners van de provincie Groningen antwoord op hun zorgvragen dichtbij en op een toegankelijke manier. Zij willen vertrouwen kunnen hebben in het antwoord dat zij krijgen. De huisarts is daarbij van oudsher de toegangspoort tot dit antwoord. Bewoners hebben vertrouwen in hun huisarts. Zorg en welzijn vanuit de lokale teams voegt aanvullende expertise en mogelijkheden toe aan de lokale zorgstructuur. Zij zijn de ogen en oren van de wijk, versterken de eigen kracht van inwoners, signaleren vroegtijdig en bieden ondersteuning. Daarnaast hebben zij de opdracht om waar nodig te verwijzen naar tweedelijnszorgvoorzieningen binnen de Jeugdwet en WMO.

Er liggen kansen in de samenwerking tussen huisartsenpraktijken en lokale teams in het sociaal domein. Het is mijn ervaring binnen de samenwerking met Gezondheidscentrum De Vuursteen en de pilot Sturen en verbinden dat met een gezamenlijke koers nieuwe mogelijkheden ontstaan. Het is mooi om te lezen dat in Hoogezand-Sappemeer ook wordt geïnvesteerd in deze gezamenlijkheid. Het is mijn overtuiging dat in deze samenwerking de sleutel ligt om 80% van alle ondersteuningsvragen lokaal op te vangen.

Willen we deze nieuwe mogelijkheden benutten voor de hele stad/provincie, dan is daarvoor een verdere en duurzame samenwerking nodig tussen gemeenten, zorgverzekeraars, huisartsenpraktijken en lokale teams. Deze handleiding geeft de juiste inspiratie om met elkaar verder te gaan.

Jolanda Ingeneeger

Manager WJ Vinkhuizen in Groningen (één van de 11 sociale wijkteams in de stad Groningen)

Voorwoord *Hagro Hoogezand-Sappemeer*

Er is een zekere analogie in de ontwikkelingen van de huisartsenzorg en gemeenten. Beide worden uit het oogpunt van efficiëntie en kostenbesparing toegerust met een uitbreidend takenpakket. De huisartsen om meer gezondheidszorg beter en dichtbij de patiënt te leveren. Gemeenten om de jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning dichtbij de cliënt in te richten.

Samenwerken gaat niet vanzelf, helemaal niet in een dergelijke veranderende omgeving. De impact van de gemeentelijke decentralisaties leek groot te worden. Reden voor de Hagro om proactief te investeren in een kennismaking met de sociale teams van de gemeente en een gezamenlijke modus te zoeken om de onderlinge samenwerking voorspoedig te laten verlopen. Deze investering, mede mogelijk gemaakt door het AOF, heeft geleid tot een zeer werkbare situatie. We kennen elkaar en weten elkaar te vinden. En het grootste winstpunt hierbij vind ik dat er geen afbreuk gedaan is aan de normen, waarden en werkwijze van de huisartsen in Hoogezand-Sappemeer.

Het document dat u in handen heeft geeft de wijze aan waarop wij in Hoogezand-Sappemeer gedacht hebben dit proces in te richten. Veel inspiratie en een goede samenwerking met uw gemeente en Hagro gewenst.

Wessel Vochteloo

Voorzitter Hagro Hoogezand-Sappemeer, gemeente Midden-Groningen



Leeswijzer

Deze handleiding beschrijft hoe een tweetal projecten ter verbetering van structurele samenwerking tussen huisartsen en het sociaal domein in Groningen zijn verlopen. Het gaat om de projecten:

- **Binderveurmekoar** in Hoogezand-Sappemeer
- **Sturen en verbinden** in Vinkhuizen, stad Groningen

Het eerste deel van deze handleiding gaat over *Binderveurmekoar*, het tweede deel gaat in op het project *Sturen en verbinden*. Het laatste hoofdstuk reflecteert op beide projecten.

De hoofdstukken over de projecten zijn afzonderlijk van elkaar te lezen.

Na een inleiding op het doel en het kader van de handleiding volgen:

- Een situatieschets van Hoogezand-Sappemeer met de positie van de Hagro en sociale teams, het uitgangspunt en de kaders van het project *Binderveurmekoar* (hoofdstuk 2)

- De aanpak van het project *Binderveurmekoar*, met per fase een beschrijving van de concrete stappen (hoofdstuk 3)
- Een situatieschets van Vinkhuizen met de kenmerken van de huisartsenpraktijk, de inwoners van Vinkhuizen en hun zorgvraag (hoofdstuk 4)
- De resultaten van het project *Sturen en verbinden* met een beschrijving van de totstandkoming en inhoudelijke invulling van de samenwerking tussen de huisartsen en het WIJ-team Vinkhuizen (hoofdstuk 5)
- Voorbeelden van samenwerkingen in de zorg voor ouderen, jeugd en mensen met ggz-problematiek vanuit het project *Sturen en verbinden* (hoofdstuk 6)
- Ervaringen van samenwerking ten behoeve van zorg voor kinderen van ouders met psychiatrische problematiek en mensen met dementie (hoofdstuk 7)
- Randvoorwaarden en meer tips voor een effectieve samenwerking tussen huisartsen en sociale teams (hoofdstuk 8)

1 Inleiding

Samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein komt niet vanzelf tot stand en blijft ook niet vanzelf bestaan. Het vraagt continue inzet van betrokken partijen en personen. Dit boekje vormt een handleiding over de totstandkoming van:

- de regionale samenwerking tussen het sociaal domein en Huisartsenpraktijk De Vuursteen in stad Groningen;
- de regionale samenwerking tussen gemeente en sociale teams met de huisartsengroep in Hoogezand-Sappemeer (in het vervolg beschreven met: Hagro HS).

Vanaf september 2015 wordt in beide trajecten gewerkt aan een structurele samenwerking tussen huisartsen en het sociaal domein in Groningen. De aanpak en resultaten van de projecten *Sturen en verbinden* in de stad Groningen en *Binderveurmekeer* in Hoogezand-Sappemeer worden in deze handleiding beschreven. Met onze ervaringen hopen we andere huisartsen, sociale teams en partners in het sociaal domein te helpen.

Gezamenlijke visie op samenwerken in zorg en ondersteuning

Samenwerken is geen doel op zich. Het overkoepelende doel van de samenwerkingsverbanden is in beide gevallen het verbeteren van de zorg en ondersteuning voor de inwoners in het betreffende gebied. De inwoners hebben (bijna) altijd een huisarts en leven binnen een gemeente. In regio Groningen en in Midden-Groningen ziet men het verbeteren van de zorg en ondersteuning dan ook als een gezamenlijke opgave. Vanuit dit perspectief hebben De Vuursteen en de Hagro HS besloten ondersteuning in te schakelen. Hiervoor is een aanvraag bij het Achterstands Ondersteunings Fonds voor een periode van twee jaar gehonoreerd. Dankzij de toekenning is ook deze handleiding tot stand gekomen.

De handleiding blikt terug op de eerste twee jaar en geeft een inkijkje in de komende periode en de lange termijnvisie van huisartsen op zorg en ondersteuning en het belang van de samenwerking met het sociaal domein.

Inspiratie voor huisartsen, gemeenten en sociale teams

De inhoud is een beschrijving van een momentopname in een groter transformatieproces. De inhoud dient ter inspiratie voor huisartsen, gemeenten en sociale teams in andere regio's die soortgelijke vraagstukken tegenkomen en ook zoekende zijn, net zoals men dat in Groningen was, is en voorlopig nog wel zal blijven. De zorg- en ondersteuningsstructuur is namelijk nog lang niet voldoende 'aangesloten' op het veranderde zorglandschap en het nieuwe zorgstelsel. De transitie is in volle gang. Centraal binnen deze ontwikkelingen staat de patiënt, of de inwoner, net als in de projecten die als voorbeeld voor deze handleiding dienen.



2 Situatieschets Hoogezand-Sappemeer

2.1 Decentralisatie van het zorglandschap

Sinds 2015 vinden er grote veranderingen plaats in de Nederlandse gezondheidszorg. De gezondheidszorg wordt geconfronteerd met drie grote transitie's in het sociaal domein:

- De Participatiewet (Wet Werken naar Vermogen)
- De Jeugdwet
- De overheveling van de AWBZ naar WMO (en WLZ en ZVW)¹

Vanaf januari 2015 zijn bovenstaande wetten overgeheveld naar de gemeenten. Veel gemeenten zijn te klein om effectief en efficiënt op de nieuwe zorgvragen te anticiperen en hebben aansluiting gezocht met andere kleinere gemeenten. Hoogezand-Sappemeer² werkt bij de decentralisaties samen met de gemeenten Menterwolde en Slochteren. Vanaf januari 2018 zijn deze gemeenten opgegaan in de nieuwe gemeente Midden-Groningen.

Aan de transitieprocessen liggen uitgangspunten ten grondslag die gericht zijn op ombuigingen van gedrag, omgang met elkaar en wijze van benaderen van burgers met een ondersteuningsvraag door de overheid:

- Van vangnet naar springplank - gericht op eigen kracht en verantwoordelijkheid van burgers;
- Zorg dicht bij huis - zorg organiseren op lokaal niveau;
- Voorkomen in plaats van genezen - investeren in preventie;
- Iedereen kan mee (blijven) doen in de samenleving.

¹ Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), Wet Langdurige Zorg (WLZ) en Zorg Verzekering Wet (ZVW).

² Gemeente Hoogezand-Sappemeer maakt onderdeel uit van de nieuwe gemeente Midden-Groningen (sinds januari 2018) waarin ook Slochteren en Menterwolde een plek hebben. De veelal gebruikte afkorting is HSSM. In deze handleiding gebruiken we de afkorting HS omdat we specifiek vanuit de Huisartsengroep van Hoogezand-Sappemeer werkzaam zijn. Aangezien het traject vanaf 2015 loopt, maken we gebruik van de term gemeente Hoogezand-Sappemeer in plaats van gemeente Midden-Groningen wanneer we op de gebiedsafbakening en samenwerking doelen. In het laatste hoofdstuk gaan we uit van Midden-Groningen omdat de beschreven voorbeelden zich in januari 2018 voortzetten.



Afbeelding 1: opbouw zorg en ondersteuning na decentralisatie (Plan van aanpak Binderveurmekoar, 2015)

Door de decentralisaties veranderen de taken en verantwoordelijkheden voor zowel de gemeente als de huisarts in het sociaal domein van de zorg. In algemene zin is vanaf 2015 de gemeente de regisseur in de uitvoering van de drie wetten. Regisseur zijn betekent ook samenwerking zoeken met anderen die een belangrijke rol spelen in deze wetten.

“De decentralisatie biedt ook kansen in het gezamenlijk oplossen van vraagstukken in de samenleving. Door een goede afstemming en samenwerking tussen huisartsen, gemeente, sociale teams en maatschappelijke organisaties (vaak genoemd ‘nuldelijn’) kunnen zaken anders worden georganiseerd. Veel vraagstukken kunnen nu op een andere manier worden benaderd en opgelost.”

Wethouder Jan Jakob Boersma, gemeente Midden-Groningen

2.1.1 Nieuwe rol en taakverdeling Hagro Hoogezand-Sappemeer

Signaleren en doorverwijzen

De Hagro HS is een samenwerkingsverband van alle praktijkeigenaars in Hoogezand-Sappemeer. Vanuit de nieuwe wet- en regelgeving vallen huisartsen onder ‘basiszorg’ en niet onder de groep ‘zorgverleners’ waar de gemeente financiële afspraken mee moet maken. De huisarts heeft in deze nieuwe situatie een bijzondere positie, want er wordt in toenemende mate een beroep op hem gedaan met betrekking tot signaleren van problematiek en op passende wijze doorverwijzen. Dit geldt voor alle patiënten die een huisarts kent, echter bij jongeren (onder 18 jaar) zijn alle GGZ-kosten die gemaakt worden voor de gemeente. De huisarts mag jeugdige patiënten direct doorverwijzen naar gepaste (specialistische) zorg.

Vergoeding zorg

Gemeenten hebben afspraken gemaakt met zorgverleners die passende zorg leveren. Een huisarts mag



ook naar anderen doorverwijzen, maar de gemeente vergoedt de zorg niet wanneer er geen afspraken met de zorgverlenende instantie zijn gemaakt. De kosten komen dan voor de patiënt zelf. Tegelijkertijd is de huisarts wettelijk niet verplicht om elke doorverwijzing via het sociale team te laten verlopen, ook niet wanneer het jeugdzorg betreft. Dit kan voor lastige situaties zorgen wanneer wordt doorverwezen en de geleverde zorg niet vergoed wordt.

Grenzen aan nieuwe taken

Huisartsen verkeren in een situatie waarin verwacht wordt om, naast het leveren van basis huisartsenzorg (kerntaken), betrokken te zijn bij de opzet en uitvoering van zorg in samenwerking met elkaar en andere zorgverleners. Deze taak wordt de huisartsen dwingend opgelegd, omdat het beleid vanuit de overheid en zorgverzekering zich steeds meer gaat richten op verplaatsing van de zorg naar de eerste lijn (met de gerechtvaardigde verwachting dat dit doelmatiger en goedkoper is). Dit is een spannend proces om verschillende redenen. Partners in het veld kunnen niet

verwachten dat huisartsen hun werkzaamheden pro Deo doen. Huisartsen worden echter steeds meer bij vraagstukken betrokken om mee te denken. Daar zit een grens aan vanuit het perspectief van huisartsen. Het wordt wel vaak verwacht door partners in het veld. Huisartsen dienen te allen tijde beschikbaar en bereikbaar te zijn. Dit zou weleens kunnen voortkomen uit de gedachte dat we in ons zorgstelsel allemaal recht hebben op basiszorg. Deze zorg wordt door huisartsen geboden. Een huisarts heeft een zelfstandige onderneming en is niet in dienst bij het rijk. Een huisarts is geen onuitputtelijke bron van genezing en zorg, maar kent ook zijn grenzen.

In gesprek met de gemeente

Zoals in de meeste gemeenten zijn de bestuurders en ambtenaren bij aanvang van het project ook in de gemeente onbekend met de werkwijze, taken en belangen van huisartsenzorg. De Hagro HS is zodoende sinds eind 2014 in gesprek met de gemeente om samen de gevolgen van de veranderingen in de zorg (de transitie) voor beide partijen te verkennen en daar

waar mogelijk samen op te trekken. De gemeente heeft hier vanaf het begin heel positief in gestaan en heeft gaandeweg heel goed begrepen welke natuurlijke grenzen huisartsen kennen. Wellicht was de werkwijze van de huisartsen bij aanvang onbekend en is het belangrijk om hierover continu in gesprek te blijven, de gemeente vindt de taak van huisartsen heel belangrijk. Ook onderschrijft zij het belang van de zorg door huisartsen en de onderlinge samenwerking.

2.1.2 Nieuwe rol en taakverdeling gemeente Hoogezand-Sappemeer

Zorg en ondersteuning

De gemeente is verantwoordelijk voor de uitvoering van de Participatiewet, de Jeugdwet en de overheveling van de AWBZ naar de WMO. Voorheen gingen patiënten met niet-medische problemen, zoals geldproblemen of eenzaamheid, vaak naar de huisarts. Vanaf 2015 kunnen de burgers met niet-medische problematiek ook direct bij de gemeente aankloppen. Het is de taak van de gemeente om randvoorwaarden te scheppen

en kaders te bieden als vangnet en ter ondersteuning van deze mensen. De gemeente is daarbij budgetverantwoordelijk geworden. Het beschikbare budget is per gemeente ook nog eens fors afgenomen. Deze combinatie van factoren zorgt voor veel nieuwe taken, verantwoordelijkheden en uitdagende vraagstukken bij gemeente Midden-Groningen.

Inzet sociale teams

De gemeente heeft ervoor gekozen de nieuwe taken en verantwoordelijkheden rondom jeugdhulp (en gezinscasuïstiek), participatie en maatschappelijke ondersteuning uit te laten voeren door drie sociale teams. De huisartsen van Hoogezand-Sappemeer waren bij aanvang van het project onbekend met de aard en verdeling van deze werkzaamheden vanuit de gemeente.

2.1.3 Samenwerking huisartsen en gemeente

Gemeenten en huisartsen hebben een gezamenlijk belang: het welzijn van de inwoners. Hierbij hoort goede (eerstelijns)zorg en ondersteuning en een goede



samenwerking. De huisartsen van Hoogezand-Sappemeer, de sociale teams en de gemeente zochten elkaar in dit nieuwe zorglandschap op, maar het gesprek verliep in het begin moeizaam. Bovenstaande schets van het veranderde zorglandschap vormt de basis van de vragen waar in het project *Binderveurmekeer* antwoorden op gevonden zijn en worden.

Binderveurmekeer heeft twee betekenissen:

- 1 *We zijn er voor elkaar*
- 2 *Het samenvoegen (binder) van het zorgaanbod is gelukt (het is voor elkaar)*

2.2 Probleemstelling begin 2015

Door de decentralisatie is verandering gekomen in de rol en taakverdeling van de hulpverlening, in het bijzonder voor jeugdigen en mensen met een extra zorg- of ondersteuningsvraag. Om deze transitie in

goede banen te leiden, is goede samenwerking met hulpverleners, waaronder huisartsen, noodzakelijk. Zowel huisartsen als gemeente zijn zoekende naar de beste manier om in het veranderde zorglandschap zorg en ondersteuning te kunnen bieden. De gemeente Hoogezand-Sappemeer heeft in 2014 de huisartsen uitgenodigd mee te praten over de invulling en uitvoering van de zorg in de regio. Het is de huisartsen op dat moment niet duidelijk welke rol zij in dit overleg spelen. De gesprekken hebben daarom een aantal doelen:

- De huisartsen willen zich positioneren in de uitvoering van de decentralisaties en meedenken over het transformatieproces om ongewenste ontwikkelingen te signaleren of te voorkomen.
- De huisartsen willen scherp krijgen welke problemen ze (de komende periode) kunnen verwachten, zodat ze hierop kunnen anticiperen. Huisartsen zien risico's voor de zorg en ondersteuning van hun patiënten en willen dat zij onder geen beding de dupe worden van

het veranderende zorglandschap en de overgangsfase die in 2015 ingegaan is.

- De huisartsen binnen de Hagro HS zien tegelijkertijd veel kansen en willen hier op een juiste wijze gebruik van maken. Huisartsen zijn gewend snel, creatief en probleemoplossend te werken en willen deze vaardigheden inzetten om met elkaar en andere partners goede zorg voor hun patiënten te organiseren. Zij willen werken aan organisatievormen waarbij de verschillende huisartsenpraktijken hun zorg het beste kunnen (blijven) verlenen en tegelijkertijd willen ze betrokken zijn bij de ontwikkeling van betere eerstelijnszorg, die aansluit op de financieringsstromen en de innovatieve mogelijkheden binnen de eerste lijn.

Om dit allemaal te kunnen bewerkstelligen willen de huisartsen meer zicht op hoe de samenwerking met de gemeente en de sociale teams eruit ziet en hoe deze in de toekomst kan worden opgezet.



2.2.1 Vraagstelling begin 2015

Om een sterke samenwerking met de gemeente en de sociale teams op te kunnen zetten, en vervolgens te optimaliseren, is het nodig inzicht te krijgen in hoe de gemeente hulpvragen op het gebied van het sociaal domein behandelt. Zo zijn drie voornaamste vragen bij de huisartsen ontstaan:

- 1 Hoe kunnen we gezamenlijk de kwaliteit van de zorg blijven waarborgen?
- 2 Hoe krijgt de Hagro HS meer zicht op de taak- en rolverdeling binnen de gemeente Hoogezand-Sappemeer en haar sociale teams?
- 3 Welke rol heeft de Hagro in het overleg over de invulling en uitvoering van de zorg?

Het werd al snel duidelijk dat bovenstaande vragen niet te beantwoorden zijn door het organiseren van een paar gesprekken tussen huisartsen, ambtenaren en medewerkers van sociale teams. De voornaamste reden hiervoor is dat de huisartsen niet alleen mee

willen denken bij het ontwikkelen van beleid, maar huisartsen willen ook dat dit beleid doorgevoerd wordt in onderlinge afspraken zodat patiënten/inwoners er echt baat bij hebben. Met andere woorden: huisartsen hadden en hebben de wens om in de praktijk gezamenlijk van meerwaarde te kunnen zijn. Om dit te realiseren heeft de Hagro HS een onafhankelijke projectleider aangetrokken en is het project *Binderveurmekoar* begin 2015 opgestart.

2.2.2 Doelstelling project Binderveurmekoar

Het project Binderveurmekoar heeft drie doelen:

- 1 Meer zicht krijgen op de samenwerkingsverbanden tussen de Hagro, de gemeente Hoogezand-Sappemeer en de sociale teams.
- 2 De relatie tussen de Hagro en de gemeente verbeteren en versterken.
- 3 De Hagro bij aanvang van dit project, een sterke stem te geven in invullen en uitvoeren van de zorg.

Om dit te kunnen bereiken zijn voor het project een aantal subdoelen geformuleerd die chronologisch en ook tegelijkertijd moesten worden behaald:

- Het ontwikkelen van een visie op zorg van de Hagro in de gemeente Hoogezand-Sappemeer (fase 1);
- Ontwikkelen van (meer) eenheid binnen de Hagro (fase 1, 2 en 3);
- Uitwerken van de rol van de huisartsen in het veranderende zorglandschap (fase 1);
- Presentatie van wensen en voorstellen van de Hagro op het niveau van de beleidsmakers aan gemeente (fase 2);
- Vertegenwoordiging namens de Hagro op het niveau van de beleidsmakers (fase 2 en 3);
- Ontwikkelen van samenwerkingsafspraken tussen Hagro, sociale teams en gemeenten (fase 3);
- Het ontwikkelen en schrijven van concrete deelprojecten (fase 3 en 4);
- Het adviseren en begeleiden bij de uitvoering van deze deelprojecten (fase 4);
- Het volgen van de samenwerkingsafspraken (fase 4).

2.3 Startpunt

Voor een betere samenwerking tussen gemeente, sociale teams en huisartsenpraktijken is het van belang meer zicht te krijgen op de situatie in de gemeente en inzicht in elkaars aandachtspunten en werkwijze. Hoe werkt men in een huisartsenpraktijk eigenlijk? En hoe werkt men binnen de Hagro samen? Hoe verlopen werkprocessen binnen de gemeente? Wat zijn de uitdagingen van sociale teams? Welke problemen komen we in de gemeente HS tegen? En waar ontmoeten wij als partners elkaar dan? Op deze vragen hebben we met elkaar antwoorden gezocht welke hieronder kort beschreven staan.

2.3.1 Hagro Hoogezand-Sappemeer

De Hagro HS is een samenwerkingsverband van alle huisartsen in Hoogezand en Sappemeer, bestaande uit 11 huisartsenpraktijken en 15 huisartsen. Elke praktijk is verantwoordelijk voor de patiënten die bij hen ingeschreven staan. Deze mensen kunnen uit het hele dorp



en ook uit dorpen in de omgeving komen. Een praktijk neemt nieuwe mensen aan (open) of niet (dicht). Alleen bij aanmelding mag een huisarts iemand weigeren. Wanneer iemand staat ingeschreven, kan het bieden van zorg niet geweigerd worden.

Beleid eigen praktijken

Het beleid wordt per praktijk bepaald binnen de kaders van de gezondheidszorg. Iedere huisartsenpraktijk heeft een eigen samenstelling van medewerkers, werkwijzen en een eigen cultuur. De ene praktijk maakt gebruik van de nieuwste technische ontwikkelingen en de ander is servicegericht. Een derde praktijk is juist weer geliefd vanwege zijn kleinschaligheid en betrokkenheid. De afzonderlijke praktijken kennen een eigen cultuur met een (interne) basis van onderling vertrouwen.

Functies Hagro

De Hagro als geheel heeft ook een identiteit. De Hagro HS is een entiteit die ooit is opgestart om voor elkaar te waarnemen. Deze functie is door de komst van de huisartsenpost als zodanig opgehouden te bestaan.

Daarnaast organiseert de Hagro onderlinge nascholing, fungeert de Hagro als aanspreekpunt voor de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en bespreekt men met elkaar ontwikkelingen in afzonderlijke praktijken. Wanneer nodig staat men elkaar bij bij problemen, ziekte of overlijden.

De Hagro HS kent zodoende een decennialange geschiedenis van samenwerking. De samenwerking heeft veel ups en downs gekend. Binnen de Hagro als geheel bestaat, door tegelijkertijd zowel collega als concurrent van elkaar te zijn, een spanningsveld op het gebied van vertrouwen en wantrouwen. De Hagro als geheel zoekt naar aanvullingen in haar bestaansrecht en heeft dit gevonden in de samenwerking met gemeente en sociale teams. Op het moment dat je in gezamenlijkheid van betekenis wilt zijn richting de gemeente, zal je over bovengenoemd spanningsveld met elkaar in gesprek dienen te gaan. Dit is dan ook gebeurd, want het vertrouwen in elkaar was voor de start van het project niet vanzelfsprekend en tussen een aantal huisartsen misschien zelfs slecht te

noemen. Het is van belang om de samenwerking met derden op een gezonde basis op te starten.

2.3.2 Gemeente en sociale teams

De voormalige gemeente Hoogezand-Sappemeer telde ongeveer 34.000 inwoners. De gemeente wordt bestuurd door de gemeenteraad (algemeen) en het college van burgemeester en wethouders (dagelijks bestuur). In de periode 2015 - 2017 heeft de gemeenteraad van Hoogezand-Sappemeer 23 leden uit 10 verschillende politieke partijen.

Aandachtswijken en de problematiek

De gemeente HS is een relatief kleine gemeente, gekenmerkt door langdurige, ernstige (grote stads) problematiek op sociaal en gezondheidsniveau. Er is sprake van een hoge en vaak langdurige werkloosheid (in 2008 was 9,4% van de beroepsbevolking niet-werkend werkzoekend, dit was 1% hoger dan in de provincie Groningen en 4% hoger dan landelijk). Vaak bestaat de werkloosheid al generatielang. Armoede,

een laag opleidingsniveau en een relatief hoog percentage niet-westerse allochtonen completeren het beeld. Er zijn een aantal aandachtswijken: Woldwijk Midden (1417 inwoners), Gorecht West (2902 inwoners), Spoorstraat Kieldiep (1606 inwoners) en Foxhol (999 inwoners). Door de (qua problematiek vergelijkbare) wijken Gorecht Noord (1430 inwoners) en Burg. van Royenstaat e.o. (821 inwoners) hierbij te voegen, ontstaat een aaneengesloten gebied met in totaal 9175 inwoners (26% van de totale bevolking) die bijzondere aandacht geniet. De volgende problematiek speelt in deze wijken:

- Diverse problematiek samenhangend met culturele achtergrond van inwoners. In deze wijken wonen veel niet-westerse allochtonen. Met name inwoners van Turkse, Surinaamse en in mindere mate Marokkaanse achtergrond. Specifieke gezondheidsproblematiek bij deze groeperingen zijn diabetes, hart- en vaatziekten en depressies. Lagere sociaal-economische status (SES), lager opleidingsniveau, taalachterstand en isolering vormen daarnaast de



sociale problematiek. Ook (dreigende) overbelasting van mantelzorgers in de uitgebreide Turkse en Hindoestaanse families vormt een groeiend probleem.

- In totaal zijn er in Hoogezand ruim 150 multi-probleemgezinnen. Het merendeel woont in deze wijken. Alleen al in Gorecht-West wonen er 70 multiprobleemgezinnen.
- Veel jeugdproblematiek, van schoolachterstand tot ernstige psychosociale en gezondheidsproblematiek. Overgewicht vormt bijvoorbeeld een probleem, maar ook zijn er kinderen van Lichamelijk en Verstandelijk Gehandicapte (LVG) ouders. Deze kinderen komen niet in aanmerking voor reguliere steun volgens het CIZ.
- Lage SES, grote werkloosheid, de niet altijd optimale huisvesting, onveiligheid en een grote kwetsbaarheid vormen verder de 'natuurlijke' problematiek van de inwoners van deze wijken.

Drie sociale teams

De gemeente heeft drie sociale teams opgericht om (een deel van) de problematiek te behandelen/uit te voeren. Onder de taken van de sociale teams vallen zowel advisering en consultering als uitvoering van zorg- en ondersteuningstaken. De sociale teams zijn onderverdeeld in oost, west en zuid. Zij werken wijkgericht (verdeling per postcodegebied) en huisartsen werken persoonsgericht, of zijn gericht op het gezin. Zo kan een huisarts binnen zijn wijk dus werken met verschillende sociale teams. Sociale teams bestaan uit een gevarieerde groep zorgprofessionals gericht op het behandelen van individuele casuïstiek. Hieronder vallen:

- Maatschappelijk werk
- Ouderenondersteuning
- Opbouwwerk
- Sociale activering
- Zorg en begeleiding verstandelijke beperkingen
- Werk en inkomen
- Jeugdhulp

- (Overige) WMO-vraagstukken
- (Lichte) Psychosociale problematiek
- Mantelzorg
- Vrijwilligerswerk

Medewerkers binnen een team zijn gedetacheerd vanuit relevante (gespecialiseerde) organisaties. Ieder sociaal team kent een teamleider. De teamleiders werken binnen de grootste welzijnsstichting in Midden-Groningen, 'Kwartier, Zorg & Welzijn'. Deze welzijnsstichting heeft van de gemeente de taak en verantwoordelijkheid gekregen om de sociale teams – en dus de uitvoerende werkzaamheden binnen het sociaal domein – te ontwikkelen en ervoor te zorgen dat de medewerkers hun werkzaamheden goed kunnen uitvoeren.



2.4 Ankers project Binderveurmeikoar

De beschrijving van de startsituatie, vraagstukken en aandachtspunten in de gemeente maken inzichtelijk dat een goede projectopbouw een belangrijke voorwaarde is voor het succes van *Binderveurmeikoar*. Verschillende belangen, uitgangspunten, domeinen en expertise ontmoeten elkaar noodgedwongen in een nieuwe – door de overheid – opgelegde zorgstructuur. Op lokaal – gemeentelijk – niveau moet de zorg- en ondersteuningsstructuur in rap tempo opgebouwd worden. Enerzijds zo snel mogelijk, anderzijds op zo'n manier dat de inwoners de beste zorg- en ondersteuning krijgen die ze verdienen. De Hagro van Hoogezand-Sappemeer heeft ertoe besloten een specialist voor advies, begeleiding en ondersteuning in dit soort trajecten aan te stellen om hen hierbij van dienst te zijn. De CT-ontwikkeling, in naam van Willemijn Kemp, heeft zich vanaf maart 2015 voor de ontwikkeling en voortgang van de activiteiten binnen het project ingezet. Zoals verderop in deze handleiding beschreven wordt, is op specifieke momenten de

expert in eerstelijnszorg van CT-ontwikkeling, Ger Plat, uitgenodigd om bij visiebijeenkomsten als tweede adviseur aan te schuiven. In volgende paragrafen staan de belangrijkste ankers van dit project beschreven:

- Plan van aanpak, inclusief projectstructuur en opstellen randvoorwaarden
- Heldere communicatie, inclusief managen van verwachtingen
- Opstelling en onafhankelijkheid projectleider

2.4.1 Een goede voorbereiding is het halve werk

Zoals regelmatig bij werkzaamheden voorkomt, schuilen er vraagstukken of aandachtspunten onder een vraag die bij aanvang van de werkzaamheden nog niet zichtbaar zijn. In het belang van een project is het essentieel om inzichtelijk te maken wat precies nodig is om vooruitgang en resultaten te kunnen boeken. Bij aanvang van dit project is de projectleider begonnen met een kennismakingsrondje langs alle 15 betrokken huisartsen. Dit is arbeidsintensief en uitgebreid. De

investering loont enorm. Aan de hand van een vragenlijst heeft ze de onderliggende vragen, wensen en uitdagingen van de individuele huisartsen in kaart kunnen brengen. Maar deze kennismaking en dit interview alleen zorgen er niet per definitie voor dat de onderliggende vragen, wensen en uitdagingen zichtbaar worden. Door deze werkwijze is een basis van vertrouwen tussen de huisartsen en projectleider ontstaan, waardoor de vragen verfijnd zijn en ruimte is ontstaan om de samenwerking binnen de Hagro te verstevigen.

In een plan van aanpak – gebaseerd op Prince2 methodiek – zijn de doelstellingen, fasering en eindresultaten gekaderd, beschreven en verantwoord. De verwachtingen richting betrokken personen staan tevens in dit plan van aanpak beschreven. Een heldere taakomschrijving inclusief bevoegdheden en verantwoordelijkheden is uiteengezet. Dit plan van aanpak is door de Hagro geaccordeerd. Daarna zijn de werkzaamheden binnen het project *formeel* gestart. De werkzaamheden zijn al begonnen bij het eerste

gesprek en kennismaking tussen huisartsen en (toekomstig) projectleider. Tijdens dit project is geregeld geëvalueerd wat het project en haar onderdelen nodig heeft en of er iets bijgesteld moet worden.

2.4.2 Basis van vertrouwen

De basis van vertrouwen waar in 2.4.1 kort aan gerefereerd wordt, is zo belangrijk en heeft zozeer bijgedragen aan de ontwikkelingen binnen *Binderveurmeikoar* dat het hier expliciet besproken wordt. Een basis van vertrouwen komt niet zomaar tot stand en is essentieel in iedere samenwerkingsrelatie. Iedereen gaat anders met dit proces en het ontwikkelen van een vertrouwensrelatie om. Als adviseur/projectleider is het belangrijk dat men je kan vertrouwen. Ongeacht hoe 'de ander' vertrouwen ontwikkeld, is zo'n relatie de basis voor een goede samenwerking. Dit vergroot de kans op succes.



Er zijn een aantal essentiële ingrediënten om tot een vertrouwensrelatie te komen:

- oprechte interesse in je medemens;
- niet oordelen (in je communicatie);
- werkelijk luisteren naar wat iemand zegt;
- een open houding vanuit de eigen persoon ondersteunt (en versnelt) dit proces.

Het lijkt een open deur dat een basis van vertrouwen belangrijk is. Toch is vertrouwen een ingewikkeld iets. Onderstaand voorbeeld laat zien welke plek vertrouwen binnen *Binderveurmekoar* inneemt.

begin, die moet je (gedurende rest van het project) blijven doen! Het in gesprek gaan met elkaar, een open gesprek, waarin je de diepte ingaat en vragen stelt, waarin je ook de problemen en de knelpunten niet uit de weg gaat en tegelijkertijd ook in je antwoord niet wegloopt voor het échte antwoord, dát is essentieel en vormt de basis om ook écht iets te kunnen doen. Daarom is het belangrijk dat je als projectleider het vertrouwen krijgt om dit soort gesprekken met elkaar aan te gaan en het vertrouwen blijft houden om deze gesprekken te blijven voeren, ook al zijn ze nog zo lastig of vers, al ligt er nog pijn, verdriet of is het ingewikkeld of verbitterd of uitzichtloos. Het maakt niet uit wat er dan op tafel komt, maar datgene wat op tafel komt dat mag er zijn. Dat maakt deel uit van het proces dat je samen aangaat. Dit vertrouwen was een belangrijke eerste stap.”

Willemijn Kemp, projectleider CT-ontwikkeling

Door oprechte interesse en een open houding in gesprek met de huisartsen werd het stellen van moeilijke vragen tijdens het eerste individuele gesprek al mogelijk. Er ontstond ruimte voor de huisartsen

dicht bij zichzelf te blijven en te delen wat ze daadwerkelijk belangrijk vonden. Hierdoor kwam uit de analyse van de interviews naar voren dat de behoefte een sterke samenwerking met de gemeente en sociale teams op te bouwen, aangevuld mocht worden met de wens een betere samenwerking binnen de Hagro op te bouwen.

2.4.3 Projectorganisatie

Tijdens de voorbereidende fase is een stuurgroep opgezet bestaande uit een afvaardiging van huisartsen uit de Hagro. Bij de formatie van een stuurgroep is het belangrijk dat het een goede vertegenwoordiging is van alle betrokken huisartsenpraktijken. Zo kan er optimaal besluitvorming plaatsvinden binnen de stuurgroep. De rest van de betrokkenen geven de stuurgroep het mandaat om namens hen dit project te sturen en geven akkoord op wie de opdrachtgever is. De stuurgroep van de Hagro bestond uit vier huisartsen, drie van hen waren senior gebruiker en één was de opdrachtgever. Elk stuurgroep lid had een speciale

verantwoordelijkheid binnen het project die beschreven staat in het plan van aanpak.

Er is onderzocht wie namens alle huisartsen de projectleider aan zal sturen en wie van deze zogenaamde stuurgroep als eerste contactpersoon voor projectleider optreedt (projectorganisatie).

2.4.4 Randvoorwaarden stellen

Vanaf het begin van dit project heeft Willemijn Kemp de focus gehouden op behalen van de doelstellingen van het project. Wil je efficiënt en kwalitatief zorg kunnen verlenen, is een goede samenwerking noodzakelijk. Het stellen van randvoorwaarden voor het creëren van een goede interne en externe samenwerking waren en zijn hierin een onmisbaar middel. Gedurende dit project en in de gesprekken met de huisartsen en externe partijen, zoals de gemeente, werd hier altijd aandacht aan besteed.



3 Project *Binderveurmekoar* ~ aanpak

Het project *Binderveurmekoar* is opgezet in vier fasen. Voor alle fasen is een speciaal plan van aanpak gemaakt met daarin beschreven de doelstellingen, randvoorwaarden en resultaten. Elke fase bestond uit een aantal stappen die elkaar en de vorige fase logisch hebben opgevolgd. Deze stappen verschillen per fase en zijn voorafgaand aan die fase nog niet bekend. Door deze aanpak ontstaat er ruimte om mee te bewegen in de ontwikkelingen en te anticiperen op de behaalde resultaten. Hierdoor voorkom je verstarring en tunnelvisie. De vier fasen en de genomen stappen staan hieronder uitvoerig beschreven zodat het inzichtelijk wordt welke elementen in een proces van samenwerking en opzetten van projecten over de grenzen van de huisartsenzorg, gemeente en sociaal domein gedacht kan worden. Hierbij wel een kanttekening: de genomen fasen en stappen in Hoogezand-Sappemeer kunnen niet klakkeloos gekopieerd worden in andere regio's en gemeenten. Iedere regio, gemeente en samenwerkingsverband kent zijn eigen dynamiek en aandachtspunten. Het ontwikkelen van een goede samenwerking en

van gezamenlijke initiatieven blijft maatwerk. De voorbeelden van de Hagro HS en de Huisartsenpraktijk De Vuursteen in Groningen dienen ter inspiratie.

3.1 Verdiepen van de vraag (fase 1)

Doelstelling: helder krijgen van het vraagstuk en ontwikkelen van een realistisch stappenplan

3.1.1 Stap 1: ken je doelgroep en hun werkveld

Door de decentralisatie in de zorg zijn veel taken en verantwoordelijkheden verschoven. Het inzichtelijk maken hoe de taken en verantwoordelijkheden lagen en hoe ze nu liggen geeft inzicht in waar mogelijke knelpunten zijn. Het is van belang voor elke projectleider zich te informeren over hoe het werkveld van de doelgroep eruitziet, met wie ze te maken hebben en aan wie ze verantwoordelijkheid moeten afleggen. De rol van de huisarts in de eerstelijnszorg is daarin bijzonder, zoals te lezen is in de vorige paragraaf.



Concreet betekent dit dat er een plan van aanpak is ontwikkeld samen met de huisartsen die in de stuurgroep plaatsnemen. Daarvoor is ook literatuur bestudeerd over de decentralisaties en gevolgen voor de huisartsenzorg. Ten slotte is de strategienotitie over het sociaal domein van gemeente HS voor de komende jaren bestudeerd.

3.1.2 Stap 2: verhelder de vraag van de doelgroep

De vraag van de Hagro HS betrof in eerste instantie het meer inzichtelijk krijgen wat de rol van de gemeente en de sociale teams in de eerstelijnszorg zal zijn. Daarnaast was de vraag om de samenwerking met de gemeente en de sociale teams sterk op te zetten en waar nodig te verbeteren.

De projectleider heeft er bewust voor gekozen om het gesprek met de gemeente en de sociale teams uit te stellen naar de tweede fase van het project. Zij wilde eerst helder en concreet hebben waar de Hagro tegenaan liep en wat de verlangens en

verwachtingen waren van de Hagro ten opzichte van de gemeente en de sociale teams. Daarnaast was zij nieuwsgierig hoe de samenwerking met de huisartsen onderling was. Zij heeft daarom de keuze gemaakt om bij de start van het project eerst een-op-een gesprekken te voeren met elke huisarts en te kijken wat de rode draad was in het thema samenwerking. Tijdens deze gesprekken heeft projectleider de tijd en de ruimte genomen om concreet en helder te krijgen waar de huisarts zelf tegenaan liep.

De verzameling van 15 interviews heeft geleid tot een verdieping van het project. Tijdens de interviews werd duidelijk dat er een vraag aan vooraf ging. Er lag een diepe behoefte om de interne samenwerking ook op te pakken.

Het voeren van vertrouwelijke gesprekken vraagt van een adviseur/projectleider:

Goede inhoudelijke voorbereiding

Open houding

In staat open vragen te stellen

Goed luisteren

Doorvragen wanneer nodig

Lef om dat te doen

3.1.3 Stap 3: bepaal de rode lijn

Willemijn Kemp heeft als projectleider alle 15 interviews geanalyseerd op gemeenschappelijke thema's en individuele behoeftes en verschillen. Deze thema's heeft zij vervolgens uitgewerkt in een verslag waarin zij belangrijke overeenkomsten en verschillen over stellingen beschreef die zij aan de huisartsen had voorgelegd. Uit deze analyse kwamen vier thema's naar voren waarover de huisartsen met de gemeente in gesprek wilden:

- 1 Er moet een heldere verdeling van taken en verantwoordelijkheden komen, vastgelegd in een duidelijke communicatiestructuur;
- 2 Gegevensuitwisseling en privacy;
- 3 Samen overleggen;
- 4 Ondersteuning voor onze nieuwe initiatieven.

In deze interviews werd ook de bereidheid van de huisartsen om intensief met elkaar samen te werken duidelijk. De drie voornaamste redenen voor de samenwerking die uit de interviews naar boven kwamen waren:

- 1 Samen kunnen we makkelijk de kwaliteit de zorg in Hoogezand-Sappemeer verbeteren;
- 2 Organiserend vermogen en capaciteit nemen toe;
- 3 Hagro is een mentaal steunpunt.



In de interviews werden door verschillende huisartsen oplossingen aangedragen voor het verbeteren van de interne samenwerking, zoals het vormen van een gezamenlijke visie en het maken van duidelijke afspraken.

3.2 Visievorming (fase 2)

Doelstelling: gemeenschappelijke visie op zorg en het creëren van randvoorwaarden voor de samenwerking met externe partijen.

3.2.1 Stap 4: werk aan de interne samenwerking

Door het houden van de interviews kon projectleider Willemijn Kemp in kaart brengen wat de belangrijkste behoeften waren van de huisartsen met betrekking tot de externe samenwerking met de gemeente en met betrekking tot de interne samenwerking van de Hagro. Zij heeft, op basis van de uitkomsten van die interviews, aan de huisartsen voorgelegd wat nodig was om tot verwezenlijking van deze behoeften te komen. Daarbij was de eerste stap te werken aan een stevige gezamenlijke visie die gebaseerd is op vertrouwen en hun gezamenlijke behoefte aan het leveren van goede zorg aan de inwoners van Hoogezand-Sappemeer.

"Veranderbereidheid dat heb ik wel tot op bepaalde hoogte. Ik houd van samenwerking maar het moet wel tot wat leiden."

Opmerking van een huisarts



Afbeelding 2: Uitkomsten interviews en visiebijeenkomsten najaar 2016 met betrekking tot vertrouwen en samenwerken



Bouw je een huis op rotsen of op zand?

Eigenlijk kan je (bij dit project) spreken over twee stromen. De *bovenstroom* gaat over het initiële vraagstuk: de samenwerking met de gemeente. Aan de buitenkant hebben we eerst de vragen opgepakt over hoe men de samenwerking met de gemeente zag en de sociale teams. Er is gekeken naar wat men daarin belangrijk vond en wat men daarvan verwachtte. Wat heb je zelf te bieden? Dat soort vragen.

De *onderstroom* waren de vraagstukken waarop meer spanning lag, die dichterbij kwamen en die meer gingen richting het vertrouwen dat de huisartsen naar elkaar hadden. En wat ze van elkaar nodig hadden en verwachtten. De *onderstroom*, daar vindt het werk plaats dat je nodig hebt om als Hagro een stevig fundament neer te zetten dat eenheid en vertrouwen in elkaar vergroot. Wil je de *bovenstroom* succesvol kunnen laten zijn, moet de *onderstroom* stevig staan.

3.2.2 Stap 5: volgende stap naar een gezamenlijke visie

Een van de doelen van de Hagro was als één entiteit samen te werken met de gemeente en de sociale teams. De Hagro HS kent een lange geschiedenis met een moeilijke samenwerking onderling. De volgende stap van het creëren van een gezamenlijke stem was het creëren van een gezamenlijke visie.

“Als je een eenheid hebt met elkaar kan je meer invloed uitoefenen. Dan kan je een gesprek voeren met een andere partij. Als individuele huisarts ben je vaak niet interessant genoeg voor een gemeente om mee in gesprek te gaan, terwijl je met alle huisartsen bij elkaar een hele interessante gesprekspartner bent.”

Opmerking van een huisarts

Willemijn Kemp heeft samen met CT.ontwikkeling-collega Ger Plat vier visiebijeenkomsten gehouden met de huisartsen. Hierin kwamen alle thema's naar boven omtrent de vraagstukken die de huisartsen hadden over de interne en externe samenwerking. Tijdens deze bijeenkomsten bleef niets onbesproken, tegelijkertijd bleef de focus op het doel: een sterke interne samenwerking neerzetten.

Deze visiebijeenkomsten werden bezocht door alle huisartsen van Hoogezand-Sappemeer. Willemijn Kemp heeft ervoor gekozen deze niet alleen te begeleiden omdat je met twee trainers meer input hebt voor het verwerken van de bijeenkomst in een heldere visie voor de huisartsen. Door met twee trainers de visiebijeenkomst te begeleiden, kan je alles uit de bijeenkomst halen wat belangrijk is voor het slagen van het samenwerkingsproject. De visiebijeenkomsten werden altijd met veel zorg voorbereid.

Tip: uitgaan van je doelgroep

Denk goed na wie je doelgroep is, wat voor hen interessant is en hoe je materiaal voor de visiebijeenkomsten daarop aan moet passen. Zorg voor een doel en duidelijke focus met de bijeenkomsten waar je op kan terugvallen, zodat je niet in de details blijft hangen. Ook de openheid in het gesprek is belangrijk. Alles mag gezegd worden en blijft hier binnen de muren. Wees daarin respectvol.

Zo krijgt het project en het proces de aandacht die het verdient. De input van Ger Plat - ook senior-adviseur en specialist op het gebied van huisartsen zorg - was dan ook een enorme aanwinst.



Werkwijze huisartsen

Huisartsen zijn praktisch ingesteld, de tijd speelt. Ze krijgen 10 minuten voor gesprekken met patiënten waarin de vraag helder moet worden en ze een oplossing bieden.

Je moet - als huisarts - alert zijn want je weet niet van tevoren wat voor vragen je krijgt. Je weet de beginvraag maar of dat ook de uiteindelijke vraag is, is de vraag. Je kan niet verslappen, want je zit daar voor anderen en niet voor jezelf.

Dit maakt dat huisartsen snel in de actieradus schieten. Dat je in twee treden bovenaan de trap moet staan. Die neiging was er af en toe tijdens de visiebijeenkomsten ook. Snel thuis en kort door de bocht. Het maakt huisartsen zeer praktijkgericht. Dit is een werkwijze die bij hen past: ontwikkelen door doen.

Vragen als: 'Waar sta je eigenlijk voor?', en 'Waarvoor zet je je 100% in?' hebben we op een hele speelse en dynamische manier bij de visiebijeenkomsten ingevuld.

Tip: Zorg dat visiebijeenkomsten (inter)actief zijn en dat je concreet aan het werk gaat met werkvormen waarbij men op speelse wijze (in korte tijdsblokken) bij vraagstukken kan meedenken.

3.2.3 Stap 6: concretiseer de rode draad

De visiebijeenkomsten hadden als hoofddoel een gemeenschappelijke visie op zorg van de huisartsen te vormen. Tijdens de visiebijeenkomsten werd hier met regelmaat naar verwezen. De huisartsen gingen aan de slag met de thema's die tijdens de interviews ter sprake waren gekomen. Hierin werd uitgebreid stilgestaan bij wat de behoeften en verwachtingen waren van de huisartsen met betrekking tot de externe samenwerking met de gemeente en de sociale teams. Zo werden er vragen gesteld als: hoe zie je jezelf als Hagro en hoe wil je gezien worden?

Gedurende de periode waarin de visiebijeenkomsten werden gehouden, heeft Willemijn Kemp opnieuw met elke huisarts gesproken en gevraagd naar voorbeelden en casuïstiek waarin de samenwerking met de gemeente goed ging of juist slecht. Naar aanleiding van 30 casussen is toen gekeken welke thema's moesten worden besproken met de gemeente en de sociale teams.

De vijf belangrijkste thema's op het gebied van samenwerking met de gemeente en de sociale teams waren:

- 1 Kwaliteit van de zorg
- 2 Communicatie
- 3 Verwijzen en indiceren
- 4 Informatie-uitwisseling
- 5 Financiering

3.2.4 Stap 7: werk aan intern vertrouwen

De visiebijeenkomsten waren niet alleen bedoeld om een gezamenlijke visie te creëren. Een belangrijke doelstelling was ook het vertrouwen - wat in het verleden tussen verschillende huisartsen was verloren - weer te herstellen. Daar heeft Willemijn Kemp een hele sessie aan gewijd.

In het begin heb ik het thema 'vertrouwen' niet ter sprake gebracht, omdat ik eerst de eenheid wilde creëren en het belang van die eenheid aan ze wilde overbrengen. Om vervolgens een stapje terug te gaan.

'Jullie zeggen ook dat er een basis van vertrouwen nodig is. Dan moet er wel wat gebeuren.' Daar hebben we ook een sessie over gehad (dat was de laatste sessie met Ger). Toen ben ik wat scherper geweest.

'Als dit is wat jullie willen met elkaar, op welke wijze willen jullie dat met elkaar doen? Dan zullen jullie ook oude zaken moeten laten rusten en met een schone lei met elkaar beginnen.' Op dat moment zegt iedereen ja. Nu zijn we bij een moment aan gekomen waarin we dit moeten laten zien dat die wilskracht er ook echt is. Het is niet meer vrijblijvend.

Willemijn Kemp, projectleider CT.ontwikkeling



3.3 Dialoog met gemeente en sociale teams (fase 3)

Doelstelling: heldere afspraken over de invulling en uitvoering van de zorg op vijf thema's

3.3.1 Stap 8: kennismaken met externe partijen

Voordat de Hagro met de gemeente Hoogezand-Sappemeer en sociale teams in gesprek ging over hun visie op zorg en de samenwerking met rondom de zorgthema's van het sociaal domein is ervoor gekozen eerst met elkaar in een sociale setting te laten kennismaken.

Uit de vragen die de huisartsen bij Willemijn Kemp hadden neergelegd bleek dat er een grote behoefte was aan een kennismaking met alle zorgprofessionals. December 2015 heeft Willemijn Kemp een bijeenkomst georganiseerd waar alle betrokkenen van de sociale teams, de gemeente en de Hagro bij elkaar kwamen. Ze koos voor een sociale ontspannen setting.

“De kennismaking bestond uit samenkomen, eten, elkaar ontmoeten en met elkaar aan het werk gaan. En daar kwam de basis voor samenwerkingsafspraken uit voort.”

Willemijn Kemp, projectleider CT.ontwikkeling

3.3.2 Stap 9: maak gemengde werkgroepbijeenkomsten

Uit deze samenkomst ontstond een basis voor het maken van afspraken op het gebied van samenwerking. Samen met de mensen die het mandaat hadden gekregen van de sociale teams heeft de stuurgroep van de Hagro vier werkgroepsessies georganiseerd om tot samenwerkingsafspraken te komen. Tijdens deze bijeenkomsten kreeg de projectleider een dubbele rol. Zij was zowel voorzitter als vertegenwoordiger van de Hagro HS.

3.3.3 Stap 10: stel randvoorwaarden voor een goede samenwerking

Tijdens de werkgroepen werd er intensief gewerkt aan een document waarin alle randvoorwaarden en samenwerkingsafspraken³ voor de individuele casuïstiek kwamen te staan. Dit document is ondertekend door de vertegenwoordigers van de Hagro, de sociale teams en de gemeente. Hiermee heeft de Hagro met de gemeente en de sociale teams een belangrijke stap gezet in het aangaan van een sterke langdurige samenwerking.

3 Ondertekening werkafspraken Hagro, gemeente en sociale teams

“Ik zat daar namens de Hagro, terwijl ik eigenlijk ook gespreksleider was en een proces van 2 uur moest begeleiden. Als ik voorzitter kan ik niet ook inhoudelijk met de pet van de Hagro opzitten. Het was alleen niet mogelijk een externe in te huren. Mijn voorkeur gaat uit naar een onafhankelijke, externe gespreksleider”.

Willemijn Kemp, projectleider CT.ontwikkeling



Convenant

We hebben in Hoogezand-Sappemeer een convenant met samenwerkingsafspraken tussen huisartsen, sociale teams en gemeente op basis van samenwerking rondom individuele casuïstiek. Deze afspraken zijn door een jurist van de LHV geanalyseerd. Daaruit bleek dat de afspraken binnen de wet vallen.

Wat je in het land ziet is dat iedereen over privacy valt, er mag niets uitgewisseld worden vanwege de privacy. Wij hebben afspraken hierover gemaakt en als we dit in ons achterhoofd houden dan kunnen wij op elk niveau en met wie dan ook en over welk onderwerp dan ook met elkaar samenwerken.

Dit convenant is geen verplichting tussen huisartsen en de sociale teams. Het is als een handleiding voor jezelf.

3.3.4 Stap 11: *borg het proces*

De basis voor een sterke samenwerking met de gemeente en de sociale teams is gelegd. Daarmee is er de ruimte om gezamenlijke projecten op te zetten binnen de jeugd en ouderenzorg. De randvoorwaarden zijn met elkaar geschapen en zijn de handleiding voor alle komende projecten.

Belangrijk is nu dat deze afspraken worden geïnternaliseerd. Om dit voor elkaar te krijgen wordt regelmatig met een korte vragenlijst gemonitord of men zich aan de afspraken houdt. Het doel hiervan is tweeledig. Het moet inzicht geven in werking van de afspraken: zijn er dingen die we tegenkomen in de praktijk, waar we tegenaan lopen? Het zorgt er daarnaast voor dat alle partijen de kans krijgen om deze nieuwe manier van samenwerken te internaliseren. Men hoeft uiteindelijk niet meer na te denken over het volgen van de handleiding, maar het komt in ieders systeem en wordt onderdeel van hun routine.

Borgen

Borgen is nodig om te zorgen dat mensen de nieuwe manier van werken in hun systeem krijgen. Dat een medewerker van een sociaal team naar aanleiding van een afspraak met een cliënt bedenkt: 'Op dit moment moet ik even contact opnemen met de huisarts' of dat de huisarts denkt: 'Op dit moment moet ik even contact opnemen met het sociale team.' Daar gaat om. Het gaat erom dat we ze blijven herinneren aan de gemaakte afspraken zodat het bij hen gaat beklijven.

3.3.5 Stap 12: *werk met nieuwe vragen*

Tijdens dit project is gewerkt aan het inzichtelijk maken van de taken en rolverdeling van de gemeente en de sociale teams rondom verschillende zorgthema's in het sociaal domein, zoals ouderenzorg en jeugdzorg. Door dit project zijn nieuwe vragen aan het licht gekomen. Zoals het goed coördineren van doorverwijzen en indiceren van patiënten. Op dit moment kan zowel de

huisarts als het sociale team een patiënt doorverwijzen. Een nieuw vraagstuk is hierin een goede coördinatie te ontwikkelen. Bij het opstarten van inhoudelijke projecten is dit een belangrijk aandachtspunt.

3.4 Opstarten inhoudelijke projecten (fase 4)

In Midden-Groningen (waar Hoogezand-Sappemeer onderdeel van is geworden sinds 1 januari 2018) spelen verschillende actuele thema's met betrekking tot de WMO. De gemeente zet zich in voor jeugdzorg (bij de wet verplicht) en zet zich ook in voor ouderenzorg. Zo zijn er nog een aantal thema's waarin gemeente, sociale teams en zorgverleners (waaronder huisartsen) elkaar ontmoeten. Vanuit de ontstane, stevige samenwerking tussen huisartsen, sociale teams en de gemeente worden vanaf medio 2017 verschillende concrete projecten opgezet. In dit hoofdstuk gaan we in op jeugd- en gezinszorg en op ouderenzorg. Twee thema's waarop concrete projecten zijn, of worden, opgezet.



3.4.1 Jeugd- en gezinszorg

Gemeente en huisartsen hebben de handen ineengeslagen wat betreft jeugd- en gezinszorg. Er zijn tussen huisartsen van HS en gemeente Midden-Groningen werkafspraken gemaakt die bestaan uit basisafspraken over informatie-uitwisseling, consulteren, verwijzen, terugkoppelen en samenwerkingsafspraken. Deze afspraken zijn opgenomen in het convenant en de samenwerkingsafspraken die in 2017 door gemeente en Hagro bestuur ondertekend zijn. De samenwerking met betrekking tot jeugd- en gezinszorg is op deze afspraken gebaseerd.

Gezamenlijke uitgangspunten hierin zijn:

- kwalitatief goede en toegankelijke zorg leveren voor jeugd;
- de juiste zorg op de juiste plek;
- zorg dichtbij en samenhangend;
- versterken van eigen kracht en regie van jeugd en gezin;
- tijdige hulp;
- goede afstemming;
- tijdige signalering en verwijzing.

Pilot Ondersteuner Jeugd en Gezin

Begin 2019 draait een pilot 'Ondersteuner Jeugd en Gezin' (OJG'er). Er is een OJG'er werkzaam in Hoogezand-Sappemeer en een tweede gaat binnenkort starten. De pilot is ontstaan vanuit een gedeelde behoefte om te zoeken naar manieren om de jeugdhulp in Hoogezand-Sappemeer verder te verbeteren. Het bleek dat een bovengemiddelde hoeveelheid verwijzingen naar de tweede lijn in Hoogezand-Sappemeer plaatsvond. Beide partijen hebben de noodzaak gezien om tot een integrale aanpak te komen, waardoor de

jeugdhulp wordt verbeterd en versterkt en het aantal doorverwijzingen zou afnemen. De ontwikkeling van het zelfbeeld van een kind op het moment dat hij/zij wordt doorverwezen kan negatief zijn. Een andere inhoudelijke motivatie is dat een OJG'er betrokken kan blijven bij de jeugdige en het gezin op het moment dat de inwoners van huisarts of sociaal team wijzigen en de ondersteuning nog (of opnieuw) nodig is. De mogelijkheid tot voortzetting heeft een positief effect op de continuïteit van de zorg.

Een aantal voordelen voor het inzetten van een OJG'er zijn:

- Mogelijke afname van problematiek;
- Beter volgen en monitoren bij complexe problematiek en situaties;
- Voorkomt herhaling van zetten;
- Bij vroegtijdige signalering is de kans kleiner dat de jeugdige 'verdwijnt' in de zorg;
- Continuïteit in gezamenlijke aanpak en therapeutische interventies is beter geborgd.

De OJG'er werkt deels in huisartsenpraktijken en deels in een sociaal team. Zo voorziet de OJG'er in een spilfunctie tussen huisartsenpraktijken en sociale teams. Deze hulpverlener heeft verschillende taken. Enerzijds om verwijzers (huisartsen) te ondersteunen in het begeleiden van kinderen en gezinnen op het moment dat ze met een vraag bij de huisarts komen.

De huisarts verwijst dan niet door naar de tweede lijn maar naar de eigen OJG'er. Door de kortdurende en laagdrempelige jeugdhulp van de OJG'er nemen verwijzingen naar specialistische jeugdhulp af, is de aanname⁴. Anderzijds werkt de OJG'er mee in het sociale team. Daar kunnen casemanagers jeugd ook naar de OJG'er doorverwijzen.

⁴ Deze pilot vindt op meerdere plekken in provincie Groningen plaats. De eerste onderzoeksresultaten (uitgevoerd door Accare) laten een daling van doorverwijzingen zien. Er zijn nog onvoldoende data over Hoogezand-Sappemeer om er iets gefundeerd over te beschrijven.



De taken van de OJG'er:

- Laagdrempelig consulteren;
- Uitvoeren van vraag verheldering bij jeugdige en opvoeders;
- Waar nodig huisbezoeken afleggen voor het doen van observaties;
- Waar nodig het geven van psycho-educatie, (ouder) begeleiding, zorg gerelateerde preventie en overbruggingszorg (in het begin maximaal vijf tot zeven gesprekken zonder zorgtoewijzing. Daarna jeugdhulp met zorgtoewijzing);
- Deelnemen aan teamoverleg van het sociaal team en zo nodig ook aan overleg van de huisartspraktijk;
- Schrijft rapportage aan huisarts over resultaat jeugdhulp en heeft overleg met de huisarts over specifieke gevallen/casuïstiek, met toestemming van de cliënt.

Resultaten pilot

Het blijkt in de praktijk dat doorverwijzingen van kinderen naar de tweede lijn door huisartsen afnemen met meer dan 30%. Het blijkt ook dat de rol van de OJG'er in

het sociaal team vooral op het gebied van expertise en consultatie bij complexe casuïstiek ligt. De rol binnen het sociaal team dient verder uitgewerkt en ontwikkeld te worden.

De pilot lijkt een goede vorm om samenwerking rondom jeugd in te zetten en uit te bouwen. Bij de start van de pilot zijn twee huisartsenpraktijken en één sociaal team de samenwerking aangegaan. Uitbreiding van OJG'ers bij huisartsenpraktijken en de overige twee sociale teams in Hoogezand-Sappemeer van begin 2019 plaats. Concrete vraagstukken, zoals betrekken van nieuwe huisvesting en POH jeugd in eigen dienst, hebben ervoor gezorgd dat dit tot op heden nog niet mogelijk was.

3.4.2 Ouderenzorg

Ook op het gebied van ouderenzorg is de Hagro HS actief bezig met het verbeteren van de zorg. In Hoogezand-Sappemeer krijgt men te maken met een groeiende groep ouderen (65+). Zowel de gemeente als huisartsen, de welzijnsinstelling Kwartier

Zorg & Welzijn en ouderenorganisaties signaleren dit en willen hun (maatschappelijke bijdrage) leveren aan de zorg en ondersteuning voor deze doelgroep.

“Het is van belang om vanaf het begin samen op te trekken en elkaar te leren kennen. Door deze werkwijze ervaart men hoe er wordt gedacht en gewerkt aan het thema. Door deze werkwijzen te delen kan er een gezamenlijk plan worden opgesteld met als doel de ouderen de noodzakelijke zorg te kunnen blijven bieden.”

Gerry Oudekerk, beleidsadviseur Ouderenzorg, gemeente Midden-Groningen

De doelgroep kenmerkt zich door problemen op een aantal vlakken:

- Sociaal-maatschappelijk (vereenzaming)
- Somatisch-fysiek (fysieke achteruitgang)
- Psychogeriatrisch (psychische achteruitgang)

Soms is er sprake van gecompliceerde problematiek; wanneer problemen op verschillende vlakken tegelijkertijd opdoemen, zoals bijvoorbeeld bij dementie het geval kan zijn.

De Hagro wil een rol spelen in de ontwikkeling van integrale ouderenzorg in hun regio. Ook hierbij willen zij de samenwerking opzetten met sociale teams en gemeente. Het opzetten van een stevige ketenzorg ouderen bevindt zich in de inventarisatiefase. De volgende acties hebben hiervoor plaatsgevonden:

A Interviewronde met alle huisartsen van de Hagro met als doel te onderzoeken wat de wensen zijn met betrekking tot ouderenzorg.

De uitkomst is een rijtje met plannen en voorstellen die de Hagro HS verder wil uitwerken.

Alle huisartsen vinden ouderenzorg een belangrijk thema. Er wordt uiteenlopend gedacht over wat concreet nodig is. Over het algemeen is men het erover eens dat de huisartsen een rol spelen in de



gezamenlijke, maatschappelijke opdracht om de aandacht voor ouderenzorg op te pakken. Vooralsnog worden er initiatieven op praktijkniveau ontwikkeld. Men is bereid het geleerde beschikbaar te stellen voor de andere praktijken. Veel praktische zaken worden op kleiner niveau opgepakt, maar tegelijkertijd heeft men de behoefte om bepaalde thema's Hagro-breed te adresseren. Vanuit de huisartsen worden terminale zorg, eenzaamheid en sociale visites als thema's opgevoerd in de position paper die is opgesteld⁵.

B Gesprek opgestart met verantwoordelijke beleidsmedewerker Ouderenzorg van gemeente Midden-Drenthe.

Vervolg: verdiepende gesprekken met betrokken ouderenzorgorganisaties in Midden-Groningen.

De gemeente geeft aan dat ze initiatieven wil faciliteren. Zo organiseren ze gesprekken met de

Ouderenraad Midden-Groningen, Humanitas Midden-Groningen, POSO en Kwartier, Zorg & Welzijn om met elkaar scherp te krijgen wat nodig is in de gemeente en waar huisartsen en anderen elkaar kunnen versterken. Vanuit sociale teams wordt duidelijk dat ze graag structureler met huisartsen samenwerken op het gebied van welzijn en ouderen. Deze wens delen ze met de huisartsen. Uit deze overleggen komt een gezamenlijk startdocument voort. Dit startdocument dient als basis voor het bezoek aan Hoogeveen en de nascholingsavond.

“Samenwerking in de huidige samenleving vraagt een andere manier van werken. Door ook maatschappelijke organisaties (“nuldlijn”) te verbinden aan de gemeente net zoals de huisartsen, kunnen we als partners de aanwezige groeiende vraagstukken een hoofd bieden.”

Wethouder Jan Jakob Boersma, gemeente Midden-Groningen

C Bezoek gebracht aan een voorbeeldregio Hoogeveen met betrekking tot het organiseren van integrale ouderenzorg rondom huisartsenpraktijken.

Opbrengst: inspiratie voor verder vormgeven van integrale ouderenzorg.

Met een groep van 15 personen is een bezoek gebracht aan Hoogeveen waar presentaties werden gegeven door de wethouder, projectleider Ouderenzorg van de HZD en een innovatieve, vooruitstrevende huisarts uit regio Hoogeveen. Naast huisartsen waren praktijkondersteuners huisartsenzorg, ambtenaren van de gemeente, medewerkers van sociale teams en contactpersonen bij ouderenzorg organisaties mee. Er is veel inspiratie opgedaan. Vanuit de huisartsen is de wens gegroeid om van start te gaan met zowel het (verder) vormgeven van integrale ouderenzorg. Vanuit de gemeente wordt het onderzoeken van de mogelijkheden voor een Eerstelijns Verblijf (ELV) ook als een belangrijk onderwerp van gesprek benoemd. Belangrijkste boodschap voor de huisartsen was: vind – met elkaar – je eigen weg.

“Tijdens het werkbezoek aan Hoogeveen bleek maar weer eens hoe belangrijk de inzet is van maatschappelijke organisaties (vrijwilligers). Zij zijn onmisbaar in dit project.”

Gerry Oudekerk, beleidsadviseur Ouderenzorg, gemeente Midden-Groningen

D Een inhoudelijke nascholingsavond georganiseerd waar naast huisartsen ook praktijkondersteuners en contactpersonen van de gemeente en van de sociale teams aanwezig waren.

Tijdens deze avond hebben de genodigden zich laten informeren voor de Groninger Huisartsen Coöperatie (GHC) en Eerste Lijns Advies Noord-Nederland (Elann). Vervolgens heeft een gesprek tussen de huisartsen plaatsgevonden waarin men de mogelijkheden verder heeft verkend.

Op inhoud kunnen de huisartsen zich vinden in het aanbod van de GHC. Het blijkt dat de ene praktijk al redelijk ver is met het opzetten van inte-

⁵ Een position paper is een notitie waarin een standpunt wordt ingenomen. Een basisdocument waarop men beleid ontwikkelt of een samenwerking vormgeeft.



grale ouderenzorg, terwijl de andere praktijk hier nog ver vanaf staat. De aanstaande praktijkverhuizingen komend jaar maken dat de focus van veel huisartsen momenteel op de eigen praktijk gericht is en minder op het gezamenlijk opzetten van trajecten. Wel hebben de huisartsen aangegeven door te willen gaan met het onderzoek wat wel en niet mogelijk is en op welke wijze men van elkaar kan leren. Er is een concrete vraag richting de sociale teams ontstaan: kan er per sociaal team één contactpersoon benoemd worden voor de huisartsen voor vraagstukken rondom ouderen?

“Dit aspect hangt ook samen met het opstellen van een gemeentelijk uitvoeringsplan voor ouderenzorg voor de komende jaren. Om dit plan vorm en inhoud te kunnen geven zal ook een beroep op de kennis van de huisartsgroep worden gedaan, naast de aanwezige ouderenorganisaties.”

Gerry Oudekerk, beleidsadviseur Ouderenzorg, gemeente Midden-Groningen

Ervan uitgaande dat gemeente en Hagro gezamenlijk optrekken, zijn in het gezamenlijk startdocument een aantal richtingen in kaart gebracht die begin 2019 verder uitgewerkt worden:

- Integrale ouderenzorg ten behoeve van (vroegtijdige) signalering en snelle toeleiding naar de juiste zorg en ondersteuning (naar voorbeeld van Hoogeveen en inhoudelijk gevoed door de GHC en Elann);
- Het project “Welzijn op Recept” in Sappemeer draagt bij aan het afnemen van het gevoel van eenzaamheid en kan bij alle huisartspraktijken een plek krijgen;
- Een ELV opgezet in samenwerking met ziekenhuis, verzekeraar, verzorgingstehuis en/of verpleeghuis;
- Het tijdig signaleren van psychiatrische problematiek en toeleiden naar de juiste zorg, hierbij zal de ketenzorg met onder andere Lentis worden verbeterd en/of opgestart.

“De gemeente Midden-Groningen erkent het belang van samenwerking met de huisartsen. Deze is cruciaal om de aanwezige problemen bij ouderen te kunnen oplossen. Het verbinden van zorg en welzijn is de manier om zaken op te kunnen lossen.”

Wethouder Jan Jakob Boersma, gemeente Midden-Groningen



4 Project *Sturen en verbinden* ~ situatieschets Vinkhuizen

Huisartsenzorg De Vuursteen⁶ is de afgelopen jaren geconfronteerd met veel snelle veranderingen in het maatschappelijk werkveld. Van overheidswege zijn er in zeer korte tijd maatregelen ingezet die een grote impact hebben (gehad) op het werk van de huisartsen (zie hoofdstuk 1 en 2). Binnen het project *Sturen en verbinden* is vanaf 2015 binnen Huisartsenpraktijk De Vuursteen, met ondersteuning van het AOF (Achterstands Ondersteuningsfonds Huisartsen), een projectleider ingezet om veel van deze belangrijke maatschappelijke thema's te verkennen.

Uit de verkenning is gebleken dat veel informatie en overheidsbeslissingen, die van invloed zijn op de zorg, de huisartsen niet of onvoldoende bereiken. Of dat de impact hiervan op de eigen manier van werken niet duidelijk is totdat men er in de dagelijkse praktijk mee

geconfronteerd wordt. Dit zorgt niet alleen voor veel frustratie en onbegrip, maar kost ook veel tijd die niet gebruikt kan worden voor (andere) patiënten.

Vanuit Huisartsenpraktijk De Vuursteen vindt men dat meer informatie met andere huisartsen in de stad en regio gedeeld moet worden. Binnen het project zijn daarom diverse thema's verkend, Hagro's ondersteund met het opzetten van projecten en praktijken ondersteund in de bedrijfsvoering.

De grootste gemeenschappelijke deler van de projecten *Binderveurmekoar* en *Sturen en verbinden* was het wijk of gebiedsgericht werken. Of de samenwerking tussen de gemeente, sociale teams of WIJ-teams en de huisartsen(zorg).

⁶ Meerjarenbeleidsplan 2017-2020 Huisartsen De Vuursteen
(E.P. Berghuis i.s.m. E.A.H. Jansen-Sijtsma)



“Het is van belang te beseffen dat sociale teams en de huisartsen bij de start van een meer gezamenlijke transformatie echt vanuit een ander perspectief kijken naar dezelfde veranderende omgeving. Het is belangrijk om hier nieuwsgierig naar te zijn, niet oordelend. De verschillen zijn groot maar de gezamenlijke betrokkenheid bij goede patiënten/ inwonerszorg is groter.”

Jolanda Ingeneeger, Manager Wij-team Vinkhuizen

4.1 Het gezondheidscentrum en huisartsen De Vuursteen

Gezondheidscentrum De Vuursteen is de afgelopen 15 jaar geleidelijk ontstaan uit 3 solopraktijken. In de loop der jaren is het een steeds meer een volwaardige groepspraktijk geworden.

Het gezondheidscentrum De Vuursteen is een verzamelgebouw van allerlei eerstelijnsvoorzieningen:

- huisartsen
- fysiotherapie

- apotheek
- verloskundigen
- thuiszorg
- logopedie
- eerstelijns psychologie

De praktijken hebben, op het moment van schrijven, samen ongeveer ruim 7.200 patiënten. Naast De Vuursteen is er in 2017 een kleinere dependance gestart in de wijk Reitdiep.

De maatschap bestaat uit twee duo's van huisartsen die elk hun eigen patiënten hebben:

- E.P. Berghuis en D.H. Croon
- A.P.J. Honderd- Tilstra en M.M. Engelsman-Metsemakers

De huisartsen worden medisch inhoudelijk ondersteund door tien gediplomeerde assistentes, vier praktijkondersteuners somatiek, waarvan twee geschoold zijn in de ouderenzorg en twee praktijkondersteuners GGZ.

4.2 De inwoners en omgeving

Het verzorgingsgebied van de Vuursteen betreft de wijken:

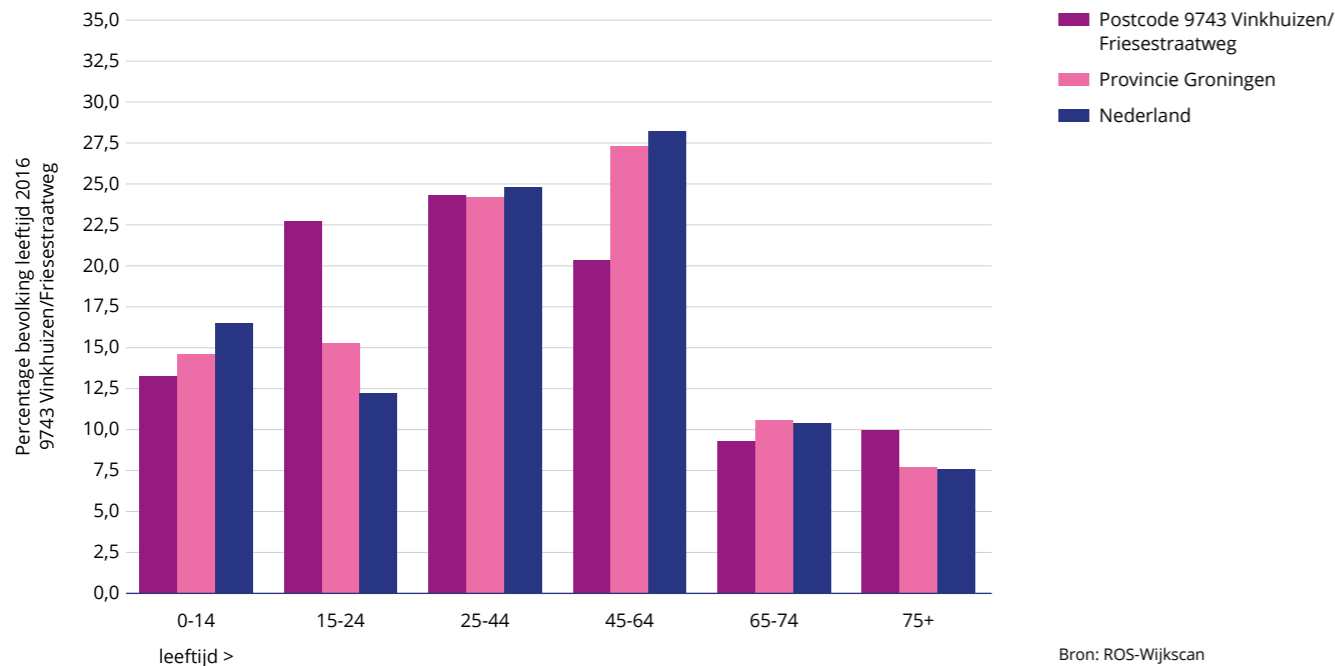
- Vinkhuizen/Friesestraatweg
- Leegkerk
- Paddepoel

Het merendeel van de patiënten (50%) komt uit de wijk Vinkhuizen. Driekwart van de patiënten komt uit deze wijken, de rest van de populatie is verspreid over de stad en in mindere mate de provincie Groningen. Binnen de wijk zijn twee verzorgingshuizen, De Veldspaat en het Platina Zorgcentrum waar De Vuursteen huisartsenzorg verleend.

De figuur en tabel op de volgende pagina's geven de bevolkingsopbouw qua leeftijd weer in 2016 in het postcodegebied van huisartsen van De Vuursteen.



Afbeelding 3: leeftijdsopbouw postcodegebied 9743 (CBS, 2016)



Bron: ROS-Wijkscan
CBS - Bevolkingsstatistiek

Tabel 1: bevolkingsopbouw en populatiekenmerken in verzorgingsgebied De Vuursteen (CBS, 2016)

7 De gegevens voor deze gegevensanalyse komen uit een wijkscan van ELANN, d.d. november 2013 (herzien in november 2017) en is voor deze analyse aangevuld met populatie karakteristieken uit het Huisartsen-informatiesysteem (HIS), om te komen tot een integrale visie van de wijk- en patiëntenpopulatie van het centrum.

Bevolkingsopbouw naar leeftijd: een hoog percentage ouderen⁷

Leeftijdscategorie	De Vuursteen	Absolute getallen
65-74 jaar	8.9%	814
> 75 jaar	9.7%	890
Totaal	18.6%	1.704

Kenmerken populatie in de betreffende wijken

	SES	Percentage alloctonen	Eénpersoonshuishoudens
Vinkhuizen/Friesestraatweg	Zeer laag 61% (landelijk 40%)	15,4% (landelijk 11%)	51,7% (landelijk 37%)
Paddepoel	8.9%	8.9%	8.9%
Leegkerk	Hoog	-	-

De praktijk kent echter een hoog percentage ouderen.



Leeftijdsopbouw

Uit deze cijfers blijkt dat het centrum vergeleken met het landelijke gemiddelde een 'oude' populatie heeft met vooral een groot aantal 75-plussers. De bebouwing in de wijk Vinkhuizen is uitermate geschikt voor bejaardenwoningen (flats met gelijkvloerse woningen). Deze doelgroep kent een hoge zorgconsumptie; veel lichamelijke en psychische klachten, hoog percentage chronische ziekten en een hoog percentage multi-morbiditeit (32/1000 patiënten ten opzichte van landelijk 23/1000 patiënten met 3 of meer chronische aandoeningen). In de wijk Leegkerk wonen juist veel jonge gezinnen. De percentages 0-14-jarigen en 25-44-jarigen liggen hier fors hoger dan in de andere twee wijken.

Bevolkingsprognose voor 2040

De populatie van de wijken Vinkhuizen/Friesestraatweg en Paddepoel, waar het centrum de meeste patiënten heeft, zal stabiliseren en op termijn mogelijk afnemen. Het bevolkingscijfer van de wijk Leegkerk zal echter sterk stijgen, het aantal inwoners zal zelf verdubbelen.

Sociaaleconomische status

In de wijken Vinkhuizen/Friesestraatweg en Paddepoel is een grote groep patiënten met een lage sociaal-economische status. De stijging van de werkloosheid door de crisis, heeft dit alleen nog maar versterkt. Deze groep patiënten hebben een ongezonde leefstijl, een lage zelfredzaamheid en een laag probleemoplossend vermogen (gezondheidsvaardigheden). Dit leidt tot een hoge zorgconsumptie: veel lichamelijke en psychische klachten, hoog percentage chronische ziekten. In de wijk Leegkerk is de SES juist hoog.

“Een wijk als Vinkhuizen kenmerkt zich naast de hoge zorgconsumptie ook als een wijk waar zich veel initiatieven ontplooiën vanuit de inwoners en de basisvoorzieningen (denk aan buurtcentra, projecten gericht op participatie, inzet van vrijwilligers, preventieve en collectieve activiteiten). Binnen een verdergaande samenwerking tussen huisartsen en sociale teams komt er een breder spectrum aan helpende interventies en expertise binnen bereik.”

Jolanda Ingeneeger, Manager Wij-team Vinkhuizen

4.3 De zorgvraag

De zorgvraag vloeit voort uit de hierboven beschreven kenmerken van de inwoners uit het verzorgingsgebied. Meest voorkomende chronische aandoeningen zijn:

- Diabetes mellitus
- Depressie
- Artrose
- Chronische bronchitis, emfyseem, COPD
- Dementie/Alzheimer
- Hart- en vaataandoeningen

Vinkhuizen/Friesestraatweg en Paddepoel

Voor alle aandoeningen geldt dat het aantal patiënten duidelijk boven het landelijk gemiddelde ligt. De prognose voor de periode 2012-2040 is echter dat de zorgvraag in deze periode niet verder zal toenemen.

Leegkerk

In deze jonge wijk geldt dat het aantal patiënten met deze aandoeningen juist duidelijk onder het landelijk gemiddelde ligt. In deze wijk is het de verwachting dat

de zorgvraag in de periode 2012- 2040 juist flink zal toenemen, dit geldt vooral voor diabetes.

Net als binnen de Hagro HS zijn de huisartsen van De Vuursteen bekend met veel van de problematiek beschreven op pagina 14 van deze handleiding: onder andere lage SES, hoge werkloosheid, armoede, onveiligheid en jeugdproblematiek. Ook in Vinkhuizen is er sprake van veel multiprobleemgezinnen in vergelijking met andere wijken binnen de stad Groningen. Ook de thema's binnen de jeugdproblematiek, zoals schoolachterstand en ernstige psychosociale en gezondheidsproblematiek komen in Vinkhuizen veel voor.

5 Project *Sturen en verbinden* ~ resultaten

Vanuit de door de rijksoverheid ingezette veranderingen in de zorg heeft de gemeente Groningen haar sociaal domein heringericht. Het gebiedsgericht werken is ondergebracht in sociale teams, de WIJ-teams, waarvan het WIJ-team Vinkhuizen er een is. De samenwerking tussen het WIJ-team en de huisartsen in de wijk is met het project *Sturen en verbinden* vormgegeven.

5.1 **Beleid WIJ stad Groningen**

In 2015 zijn de taken van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Jeugdwet en de Participatiewet door de rijksoverheid gedecentraliseerd. Hiermee werden de uitvoering en de bijbehorende verantwoordelijkheden overgedragen aan de gemeenten.

De nota 'Kernactiviteiten en samenstelling Wij Groningen 2018' beschrijft deze verandering als volgt: *"Achtergrond voor deze 'transitie' is de wens om stapsgewijze te 'kantelen' van een verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving, waarin de overheid de*

problemen van de inwoners niet langer oplost maar de inwoners stimuleert en ondersteunt om hun problemen zelf of met hulp van anderen op te lossen. Volgens het rijk kan deze kanteling het meest effectief en efficiënt worden gerealiseerd op gemeentelijk niveau omdat de gemeente dicht bij de inwoners staat en weet wat er op lokaal niveau leeft aan vragen en behoeften."

Het lokale stelsel dient zo ingericht te worden dat deze in de toekomst financieel houdbaar blijft:

"Hiervoor is een 'transformatie' nodig van de hulpverleningspraktijk en een 'normalisering' en 'ontmedicalisering' van de werkwijze en beroeps cultuur van sociaal maatschappelijke instellingen. Door zware vormen van hulp zoveel mogelijk af te schalen naar lichtere vormen van ondersteuning, door ondersteuning door professionals te substitueren door vrijwilligerswerk of hulp van het eigen netwerk en door de ondersteuning efficiënter en effectiever in te richten, kunnen uitvoeringskosten worden bespaard. Deze 'verzilvering' van de ondersteuningspraktijk moet zorgen dat het nieuwe lokale stelsel in de toekomst betaalbaar blijft. Deze 'kanteling' van de sociale infrastructuur



gaat gepaard met een verbetering van de kwaliteit van de ondersteuning, die integraal en breed wordt ingericht, dichtbij en laagdrempelig wordt aangeboden en beschikbaar komt voor alle inwoners van de stad.”⁸

Voor het ‘lokale stelsel’ heeft de gemeente Groningen gekozen voor **‘drie sporen’** die operationeel zijn in alle segmenten van het gemeentelijk sociaal domein:

- 1 Basisvoorzieningen samenleving
- 2 Ondersteunende voorzieningen
- 3 Zorgvoorzieningen

Deze drie voorzieningssporen, waarbij de inzet van maatwerkvoorzieningen bij tweedelijns zorgorganisaties zich in ‘spoor 3’ bevinden. Hieronder vallen verschillende zorgzwaartes passend bij de ondersteuningsvragen en de zelfredzaamheid van de bewoner. Daarbij kan een WIJ-team bijvoorbeeld verwijzen naar een jeugdzorgaanbieder, een jeugd

GGZ-aanbieder, een thuiszorgorganisatie, een dagbesteding binnen de volwassen GGZ, etc. Deze vormen kunnen afgeschaald worden naar ‘spoor 2’. Hier zijn lichte interventies ondergebracht, die vervolgens afgeschaald kunnen worden naar ‘spoor 1’. De gemeente stimuleert hiermee een neerwaartse



Afbelding 4: opbouw sociaal domein Wij Groningen

⁸ Gemeente Groningen Nota Kernactiviteiten en samenstelling Wij Groningen 2018 – Herpositionering WIJ

beweging van zorgvoorzieningen naar ondersteunende voorzieningen en verder naar basisvoorzieningen.⁹ Daarnaast stimuleert de gemeente het versterken van de basisvoorzieningen gerelateerd aan de zelfredzaamheid van de inwoner en de wijk. De WIJ-teams bieden ondersteuning door middel van voorzieningen van ‘spoor 2’ en opereert tussen de basisvoorzieningen van ‘spoor 1’ en de zorgvoorzieningen van ‘spoor 3’.

5.2 WIJ-team Vinkhuizen

In de stad Groningen is het gebiedsgericht werken ondergebracht in WIJ-teams. Wij Groningen bestaat uit 11 WIJ-teams in de stad Groningen en werken vanuit een overkoepelende visie. Vanaf januari 2018 zijn alle medewerkers overgegaan naar en in dienst getreden van de Stichting Wij Groningen. Hiervoor werden de medewerkers gedetacheerd vanuit de eigen ‘moederorganisatie’.

⁹ Gemeente Groningen Nota Kernactiviteiten en samenstelling Wij Groningen 2018 – Herpositionering WIJ

De visie van Stichting Wij Groningen heeft als uitgangspunt: *“Centraal hieraan staat dat bewoners uit de stad Groningen zo goed mogelijk ondersteund moeten worden in hun (zorg)vragen en het stimuleren en benutten van hun eigen krachten. Daarnaast ziet de WIJ Stichting het als een kansrijke uitdaging om de kwaliteiten van de bewoner(s), de bewonersinitiatieven en de aanwezige basisvoorzieningen zoals onder andere de buurtcentra zoveel mogelijk onderdeel te laten zijn in de ondersteuning van de individuele en collectieve (zorg)vragen vanuit de wijk.”*¹⁰

WIJ Groningen kent de volgende kernfuncties¹¹:

- I Sociaal makelen (eerder ‘preventief werken’)
- II Individueel ondersteunen
- III Specialistisch ondersteunen met generalistische taken
- IV Specialistisch consulteren
- V Aansturen en ondersteunen werkproces

¹⁰ Uit Voorstel Gezamenlijke Buurtaanpak Vinkhuizen door Evert Dagelet Wij Vinkhuizen, december 2017

¹¹ Addendum bij Nota ‘Kernactiviteiten en samenstelling Wij Groningen 2018’ door Gemeente Groningen (31032017)



Ieder WIJ-team in de stad Groningen kent een andere invulling om te ondersteunen in de collectieve (zorg) vraag. Het WIJ-team Vinkhuizen bestaat uit 39 betaalde krachten, in totaal goed voor ruim 28 Fte.¹²

5.2.1 Samenwerking met de huisartsenpraktijk

Bij het aantreden van de projectleider in de huisartsenpraktijk is het eerste contact gelegd met de manager van het WIJ-team. Dit eerste contact heeft dit geresulteerd in structureel periodiek overleg op managementniveau met de manager van het WIJ-team, een van de huisartsen en de praktijkmanager. Daarnaast waren er al bestaande contacten op de werkvloer tussen medewerkers van WIJ Vinkhuizen en de huisartsenpraktijk. Zij bespreken casussen op patiëntniveau of delen informatie over ontwikkelingen en activiteiten in de wijk.

Aansluiten bij ZorgnaZorg

Zoals aangegeven in afbeelding 1 op pagina 14 van deze handleiding concentreert de samenwerking tussen het WIJ-team en Huisartsenpraktijk De Vuursteen zich op de nuldelijns- en eerstelijns-ondersteuning. De anderhalvelijnszorg wordt in De Vuursteen (nog) niet aangeboden. Voor wat betreft de opnames in het kader van het eerstelijns verblijf,

herstelzorg en spoed- en crisisopvang wordt samen-gewerkt met ZorgnaZorg. Als één van de eerste huisartsenpraktijken heeft De Vuursteen zich aangesloten als onderdeel van een pilot. Dit was zo succesvol dat Menzis het aansluiten bij een initiatief als ZorgnaZorg opnam in haar inkoopvoorwaarden.

Beveiligd mailsysteem

Het overleg op managementniveau heeft zich in het begin toegelegd op het benoemen van gezamenlijke thema's en het scheppen van kaders en voorwaarden voor de samenwerking. Voor het delen van informatie is overgegaan naar een beveiligd mailsysteem, waarbij WIJ Vinkhuizen een pilot heeft gedraaid. Na toestemming van een patiënt kan het WIJ-team informatie delen met de huisarts middels een brief die verstuurd via Zorgmail.

“Huisartsen zijn bij contact met zorgpartijen gewend aan terugkoppeling bij verwijzing en bij afsluiten van een behandeling/zorgtraject. Binnen welzijn is dit niet gebruikelijk. De meeste medewerkers van het sociale team zagen belemmering in verband met privacy en de eigen regie van inwoners op contact tussen huisarts en sociaal team. Hier zit geen onwil achter maar een andere geschiedenis en cultuur. Nu werken we al 2 jaar met beveiligd Zorgmail. We willen een pilot gaan starten om via Zorgdomein ook verwijzingen door de huisarts mogelijk te maken.”

Jolanda Ingeneeger, Manager WIJ-team Vinkhuizen

Succesfactoren en knelpunten in samenwerking

Om de samenwerking een wat meer consistent karakter te geven en te bestendigen op alle niveaus binnen beide organisaties zijn er in 2016 gesprekken gevoerd met ELANN/ROS.¹³ De al bestaande contacten zijn hierbij in kaart gebracht en er zijn interviews gehouden met medewerkers om de mogelijkheden voor en manieren van verdere samenwerking te verkennen.

¹² Definitief WIJ Vinkhuizen 2018 – overzicht teamleden

¹³ Rapport samenwerking wij-team en de eerste lijn in Vinkhuizen, door Hinda Stegeman, 3 november 2016



Uit deze verkenning kwamen een aantal kenmerken naar voren die van invloed zijn op een succesvolle samenwerking:

- **Enthousiasme en betrokkenheid**
De bevoegdheid met het welzijn en gezondheid van de patiënten en wijkbewoners zorgt voor een groot draagvlak voor samenwerking.
- **Goede contacten**
De bestaande contacten liepen al via drie personen (liaisons), in dit geval medewerkers van het WIJ-team die al goede contacten binnen de huisartsenpraktijk.
- **(Informeel) terugkoppeling**
Voor de huisartsen en de medewerkers van de huisartsenpraktijk is de informele terugkoppeling via liaisons erg prettig. Nadeel van deze vorm van terugkoppeling is dat het niet vastgelegd wordt in het patiëntendossier. De informatieoverdracht naar andere betrokken zorgverleners binnen de huisartsenpraktijk is op deze manier ook niet geborgd.
- **Laagdrempelig overleg en doorverwijzing**
Overleg en doorverwijzing via de liaisons gaat laagdrempelig en makkelijk. Tussen de liaison functionarissen en het WIJ-team is de interne communicatie goed geregeld. Vragen van collega's uit het WIJ-team op patiënt niveau worden snel voorgelegd aan de betreffende medewerker in de huisartsenpraktijk. In de meeste gevallen checkt de liaison of het contact goed verlopen is.
- **Afspraken over privacy**
Op het gebied van privacy moeten er goede afspraken gemaakt worden. Binnen de huisartsenpraktijk geldt een beroepsgeheim. Met medewerkers, die zowel in de huisartsenpraktijk als in het WIJ-team, kan een doorverwijzing via informeel overleg op een vertrouwelijke manier gebeuren. Met de andere liaisons zijn hierover goede afspraken gemaakt en alle betrokkenen zijn zich ervan bewust van het belang om hiermee zorgvuldig om te gaan.

- **Goede bereikbaarheid**
Goede bereikbaarheid is een belangrijk punt. De huisarts is tijdens zijn spreekuur gericht op het direct afhandelen van zaken en vindt het van het grootste belang dat bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige makkelijk bereikbaar is.

De volgende knelpunten kwamen naar voren:

- **Verantwoordelijkheden en rollen**
Onduidelijkheid bij de medewerkers van de huisartsenpraktijk wie welke verantwoordelijkheid heeft binnen het WIJ-team. Er was behoefte aan meer duidelijkheid, ook over het aanbod en de aanpak van het team. Bij wie kunnen we waarvoor terecht? Wat kan de eerste lijn, bij aanmelden of doorverwijzen van een patiënt hierbij verwachten?
- **Juiste contactpersoon**
Medewerkers van het WIJ-team vinden het soms lastig om de juiste persoon te spreken te krijgen.

- **(Terug) rapportage**
De schriftelijke terugkoppeling van trajecten van het WIJ-team naar de huisartsenpraktijk moet geregeld worden. Zowel het WIJ-team als de huisartsenpraktijk vond dit wenselijk.

Draagvlak voor samenwerking

Er bleek voldoende draagvlak te zijn om tot een goede samenwerking te komen, waarbij de patiënten en wijkbewoners duidelijk voordeel zouden hebben van afstemming en samenwerking tussen de twee organisaties. Het werken met zogenaamde liaison functionarissen zorgt voor stevige pijlers in de samenwerking. De liaisons kennen de organisaties en weten goed hun weg en de mensen te vinden. De verkenning gaf als advies om verder te gaan met een kleine groep mensen die, vanuit het bestaande contact, direct met elkaar gaat samenwerken. In een grotere setting zouden de managers samen met deze kleinere groep gezamenlijke informatieavonden kunnen organiseren, waarbij ook de andere medewerkers van beide organisaties en externe betrokkenen kennis met



elkaar en de organisaties kunnen maken. Hiermee is een start gemaakt door een gezamenlijke avond met als thema 'huiselijk geweld' te organiseren.

"Het succes van deze gezamenlijke informatieavond was het samenbrengen van verschillende domeinen rondom een belangrijk thema. Naast de huisartsen, het WIJ-team hebben we tevens Veilig Thuis en de politie uitgenodigd. We hebben afgesproken om dergelijke themabijeenkomsten 2 maal per jaar te organiseren."

Jolanda Ingeneeger, Manager WIJ-team Vinkhuizen

5.2.2 Verdergaande samenwerking en belangrijke thema's in Vinkhuizen

In het overleg op managementniveau is gekeken naar de thema's die in Vinkhuizen het meeste aandacht vragen van zowel het WIJ-team als de eerstelijnszorg. Dit waren in het bijzonder de ouderenzorg, jeugdzorg

en geestelijke gezondheidszorg. Besloten werd om op deze thema's de samenwerking te verstevigen en uit te bouwen. Daarnaast is er gekozen voor samenwerking op twee niveaus:

- 1 Structurele samenwerking door middel van vaste contactpersonen (liaison officers) gekoppeld aan een bepaald thema of werkgebied;
- 2 Samenwerking op basis van projecten op het niveau van informatie-uitwisseling.

Zoals de verkenning van ELANN/ROS al aangaf waren er al zeer gedreven personen werkzaam in de wijk Vinkhuizen. Dit waren een wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker en psychologe voor de jeugdzorg. Zij waren bij aanvang van het WIJ-team ook al verbonden aan WIJ en bekend met de problematiek van de wijk. Zij konden direct gekoppeld worden als liaison officers aan de drie voornaamste thema's.

Resultaten samenwerking		
Verbeterpunten	Interventies	Resultaten
<i>Verantwoordelijkheden en rollen bij de medewerkers van de huisartsenpraktijk binnen het WIJ-team duidelijk maken.</i>	Binnen de huisartsenpraktijk zijn er contactpersonen voor het WIJ-team aangewezen, zogenaamde liaisons. Binnen het WIJ-team gebeurde hetzelfde. De contact- en functiegegevens zijn vervolgens over en weer gedeeld tussen de organisaties. Bij twijfel konden de WIJ-team-leden contact opnemen met de liaisons of met de praktijkmanager, die hen vervolgens in contact bracht met de juiste persoon.	De liaisons voeren structureel overleg op patiëntniveau. Bij onduidelijkheden kunnen zij collega's doorverwijzen naar de juiste persoon. Voor overkoepelende thema's is er structureel overleg tussen de manager van het WIJ-team, een huisarts en de praktijkmanager.
<i>Juiste contactpersoon voor de medewerkers van het WIJ-team helder krijgen.</i>	Om elkaar beter te leren kennen is er gestart met de organisatie van een gezamenlijke avond rondom een bepaald thema waarmee alle zorgverleners in de wijk vaak te maken hebben. In deze bijeenkomst werd informatie gedeeld over de werkwijze binnen de huisartsenpraktijk en ook door de zorgverleners in de wijk.	De deelnemers kregen meer bekendheid met elkaars werkveld en aanpak. Daarnaast was er ruimte om op een informele manier met elkaar kennis te maken.
<i>Afspraken over de wijze van (terug) rapportage van trajecten van het WIJ-team naar de huisartsen.</i>	Het terug rapporteren aan de huisarts bleek een punt van aandacht. Welzijn is minder gewend aan het rapporteren met andere zorgpartijen. Informele terugkoppeling bleek prettig en laagdrempelig, maar de informatie werd niet opgenomen in het HIS van de huisarts.	Er zijn afspraken gemaakt over de minimale eisen voor een terugrapportage. Deze eisen zijn langzaam uitgebreid met als doel dat er een gewenning ontstaat aan het rapporteren.
<i>Borging van beveiligde informatie-overdracht tussen medewerkers huisartsenpraktijk en WIJ-team.</i>	Het veilig delen van patiënteninformatie is vanaf de start van de samenwerking een groot aandachtspunt geweest. Allereerst is er gecommuniceerd via Zorgmail. Brieven werden zo beveiligd verstuurd aan de huisarts, die deze vervolgens moest opnemen in het HIS.	Momenteel is er stadsbreed, en dus voor alle WIJ-teams in de stad Groningen een pilot opgesteld voor de communicatie via Zorgdomein.

Tabel 2: Resultaten samenwerking in Vinkhuizen



6 *Sturen en verbinden* ~ praktijkvoorbeelden

Sinds de komst van het WIJ-team in Vinkhuizen zijn er samen met Huisartsenpraktijk De Vuursteen diverse samenwerkingsvormen opgezet. De voorbeelden die hieronder beschreven worden, zijn ingegeven door de veranderingen in het zorglandschap waarbij er ook verschuivingen waren in de verantwoordelijkheden tussen zorgverleners. Soms bleek in overleggen dat het vangnet van zorg rondom een patiënt en wijkbewoner niet helemaal sluitend was. Door samen te werken met het WIJ-team kunnen taken en verantwoordelijkheden voor zorg en welzijn waar mogelijk gedeeld worden.

De samenwerking is vooral praktisch opgezet. Er zijn geen theoretisch onderbouwde (verander)trajecten opgezet, maar er is gekeken naar de behoeftes in de wijk en de praktische uitvoerbaarheid van de oplossingen. In Vinkhuizen is de synergie vooral gezocht in het inzetten van medewerkers, die in beide organisaties werken. De kennis die zij bezitten kan op deze manier goed ingezet en overgedragen worden in het WIJ-team en de huisartsenpraktijk. Uiteraard zijn dit voorbeelden die gericht zijn op de behoeftes in de

wijk Vinkhuizen. Met de verdergaande ontwikkelingen in de zorg kunnen ook andere samenwerkingsvormen ontstaan.

6.1 **Ouderenzorg**

In de wijk Vinkhuizen is ongeveer 20% van de inwoners ouder dan 65 jaar. Tegelijk met de start van het WIJ-team in 2015 werden taken door de overheid gedecentraliseerd en kwamen bij de gemeente te liggen. Deze zogenaamde kanteling van de zorg heeft ervoor gezorgd dat ouderen langer thuis moesten blijven wonen. Hierdoor was er meer zorg nodig voor ouderen in de wijk, door de huisarts, thuiszorg en wijkverpleegkundige(n). Door de kanteling werden ook veel (zorg)routen en financieringsstromen verlegd.

Nieuwe taken en verantwoordelijkheden in kaart brengen

Binnen Huisartsenpraktijk De Vuursteen was er onbekendheid met de routes en financiering van opnames binnen verpleegtehuizen, bijvoorbeeld



voor een (kortdurend) eerstelijns verblijf. Door deze routes en financieringsstromen in kaart te brengen, werden knelpunten, verantwoordelijkheden en hiaten in de logistiek (en financiering) duidelijk. Dit gaf tegelijkertijd helderheid in de verantwoordelijkheden en taken die hierbinnen aan de huisarts waren toebedeeld en waarvan men niet of onvoldoende op de hoogte was. Een deel van de werkzaamheden werd hiervoor door de wijkverpleegkundige (van de thuiszorgorganisaties) gedaan. Door het langer thuis blijven wonen van ouderen kwam het niet alleen vaker voor dat er een opname geregeld moest worden, ook wordt er vaker een beroep gedaan op de wijkverpleegkundige op ondersteuning vanuit de WMO.

Detachering wijkverpleegkundige

In eerste instantie werd door de gemeenten, samen met zorgverzekeraars, wijkverpleging ingekocht. Het achterliggende idee was dat de module wijkverpleging in het gebiedsgericht werken verder uitgebreid zou worden qua uren en dat de wijkverpleging ook voldoende tijd zou krijgen voor overleg (de S1-taken¹⁴). Helaas pakte dit anders uit, de initiële 16 uur van de wijkverpleegkundige werd verlaagd in plaats van verhoogd. Een ongunstige en ongewenste ontwikkeling voor de huisartsenpraktijk. Het overleg met de wijkverpleegkundige en de taken die een huisarts bij deze functionaris kan neerleggen zijn een essentiële ondersteuning in het werk van de huisarts.

¹⁴ Onder de S1-taken vallen de uren voor (multidisciplinair) overleg en afstemming met andere zorgverleners. Een groot deel van de tijd van een wijkverpleegkundige bestaat uit deze taken. Doordat de inzet van een wijkverpleegkundige steeds meer 'factureabel' moet zijn, komen de S1-taken onder druk te staan.

Omdat er in de wijk Vinkhuizen juist meer tijd nodig was voor een wijkverpleegkundige is op management niveau overleg gevoerd over hoe de uren wijkverpleging in het WIJ-team gegarandeerd kon blijven. Mede ingegeven door een persoonlijke situatie en het feit dat de betreffende wijkverpleegkundige over de benodigde diploma's beschikte, wilden de huisartsen de verpleegkundige graag in dienst nemen en vanuit de huisartsenpraktijk detacheren naar het WIJ-team. Via subsidiegelden van de gemeente kon de wijkverpleegkundige voor 16 uur per week naar het WIJ-team gedetacheerd worden.

De wijkverpleegkundige werkt ook als praktijkondersteuner Ouderenzorg in de huisartsenpraktijk. Zo kan zij zonder extra administratieve taken, zoals uren schrijven voor overleg, gewoon haar werk doen. De ervaring die ze opdoet in de huisartsenpraktijk komt ten goede van haar contacten en overleg met andere huisartsen als medewerker van het WIJ-team.

"We hebben eerst geïnvesteerd in continuïteit van de wijkverpleging. Echter gezien de populatie van Vinkhuizen is het noodzakelijk om hier meer 'handen aan het bed' aan toe te voegen. We starten daarom een kleinschalig onderzoek om iets meer te kunnen zeggen over de kwaliteit en doelmatigheid van deze gecombineerde inzet POH ouderenzorg/wijkverpleegkundige. Het betreft een bijzonder experiment waarbij de inwoner/patiënt op de eerste plek staat."

Jolanda Ingeneeger, Manager WIJ-team Vinkhuizen

6.2 Jeugdzorg

De transformatie binnen de jeugdzorg vraagt nog steeds veel aandacht en moet nog verder worden ontwikkeld. De huisartsen moeten optimaal aangesloten zijn bij deze zorgketen om tot goede doorverwijzing te komen en goed geïnformeerd te blijven. Sinds 2015 zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de jeugdzorg en is dus verantwoordelijk voor de inrichting van alle (jeugd)zorg aan haar inwoners. Vanaf 2017 zijn er

"De wijkverpleegkundige fungeert voor de huisarts als een extra stel ogen en oren in de wijk. Dit is een onmisbare aanvulling in de ondersteuning van de huisarts, die de laatste jaren steeds meer taken op zijn bord krijgt."

Elsbeth Jansen-Sijtsma, Praktijkmanager De Vuursteen



veranderingen in het inkoopbeleid aangebracht en dit heeft consequenties voor het doorverwijsbeleid van de huisarts. De huisarts heeft veel belang bij een goed functionerende jeugdhulp. Deze zorgketen moet goed in kaart gebracht worden en er is een schakel nodig tussen de gemeente (het WIJ-team) en de huisartsen.

6.2.1 Pilot Ondersteuner Jeugd en Gezin (OJG)

In 2017 startte de gemeente Groningen een pilot voor het inzetten van een Ondersteuner Jeugd en Gezin binnen huisartsenpraktijken. In Huisartsenpraktijk De Vuursteen was er al een bestaand samenwerkingsverband met een psychologe voor de jeugd aanwezig in de praktijk. Binnen de samenwerking tussen WIJ Vinkhuizen en De Vuursteen ontstond de mogelijkheid om deel te nemen aan deze pilot. Om dit te laten slagen is er geïnvesteerd in continuïteit van de contactpersoon. Dit is gelukt. Zij vervult nu vanuit WIJ Vinkhuizen de rol van Ondersteuner Jeugd en Gezin.

“De functie van OJG is in het leven geroepen om te komen tot een efficiënte toegang tot de jeugdhulp en verbetering van de samenwerking tussen huisarts en WIJ-team. De gedachte is dat de inzet van een Ondersteuner Jeugd bij de huisarts met aandachtsgebied jeugd en gezin verwijzingen naar de specialistische jeugdhulp kan verminderen dan wel voorkomen. De huisarts heeft een verwijzfunctie naar alle vormen voor jeugdhulp en is dus voor jeugdigen en hun ouders en voor gemeenten een belangrijke partner als het gaat om de inrichting van een goede jeugdhulp en een goed werkend jeugdinstel.”¹⁵

OJG onderdeel van WIJ-team

Een van de samenwerkingsafspraken tussen de huisarts en de OJG is dat de OJG werkzaam is in het WIJ-team. De bekostiging komt dan ook uit de formatie van het WIJ-team. Doordat de OJG, binnen een ander dienstverband, al een paar jaar een dag in de week

¹⁵ Samenwerkingsovereenkomst Ondersteuner Jeugd en Gezin, WIJ Vinkhuizen – Huisartsenpraktijk De Vuursteen (1 oktober 2017 – 31 december 2018)

spreekuur hield in Huisartsenpraktijk De Vuursteen, was er amper sprake van een verandering of overgang. Er is hooguit sprake van een verhoging van het aantal uren in de praktijk, waardoor het overleggen met de huisartsen nog makkelijker wordt.

Ervaren voordelen

Bij het eerste voorstel om een pilot met een Ondersteuner Jeugd en Gezin op te zetten, waren de huisartsen van mening dat dit geen nieuw contactpersoon moest worden. Vanwege de eerdere ervaringen met JEZZ ging er een nadrukkelijk voorkeur uit om met dezelfde contactpersoon te blijven werken. Via deze reactie werd duidelijk dat er wel een grens zit aan het aantal contactpersonen van het WIJ-team waarmee een huisarts contact kan onderhouden. Ook binnen De Vuursteen worden de voordelen van het inzetten van een OJG'er ervaren. De Ondersteuner Jeugd en Gezin zorgt voor korte lijnen met de huisartsen qua overleg op patiëntniveau. Ze kent de wereld van de jeugdzorg op haar duimpje en kan zelf ook korte behandelingen geven. De jeugdige patiënten kunnen via haar snel

naar de juiste zorgverleningsinstantie doorverwezen worden. Of er kunnen doorverwijzingen voorkomen worden. Daarnaast kan de OJG samen met de huisartsen en eventuele andere zorgverleners multi-probleem-gezinnen in kaart brengen en de situatie gezamenlijk blijven monitoren.

Spreekuur, overleg en kortdurende behandeling

De OJG'er werkt 1,5 dag vanuit de huisartsenpraktijk waar ze onder andere spreekuur doet. Deels werkt ze in het WIJ-team en neemt deel aan overleggen binnen WIJ. Het takenpakket van de OJG'er is in de stad Groningen identiek aan de genoemde taken op pagina 25. Binnen de pilot wordt het aantal verwijzingen naar specialistische jeugdhulp gemonitord. Daarbij kan de OJG, indien gewenst, zelf kortdurende behandeling verlenen zodat een doorverwijzing niet nodig is. De caseload is echter hoog en er wordt gekeken naar de mogelijkheid om het aantal uren in de wijk Vinkhuizen verder uit te breiden.



“De eerste resultaten van de inzet van de OJG'er zijn veelbelovend. Ik ben ervan overtuigd geraakt dat de combinatie van basisvoorzieningen en eerstelijnszorg op zowel het medisch gebied als het sociaal domein een van de belangrijkste sleutels is voor het slagen van de transformatie opdracht. Dit proeft inderdaad naar meer.”

Jolanda Ingeneeger, Manager WIJ-team Vinkhuizen

6.3 Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

Binnen het geestelijke gezondheidszorgdeel van de huisartsenpraktijk hebben de praktijkondersteuners GGZ één keer per maand overleg met de praktijkbegeleider van het WIJ-team. Dit contact bestaat al een aantal jaren en hierin kunnen casussen op patiëntniveau besproken worden, naast vernieuwingen in het WIJ-team en ontwikkelingen in de wijk. Daarbij vormt de POH-GGZ een directe lijn met de huisartsen en is de verbindende factor voor doorverwijzingen.

Bij besprekingen op patiëntniveau wordt gezamenlijk gekeken naar de oorzaak van de problemen, waarbij de hele sociale context van een patiënt/cliënt wordt meegenomen. Indien nodig wordt een overdracht gedaan, worden afspraken gemaakt o.a. over monitoring en een risico-inschatting gemaakt voor verdere problemen. De zogenaamde acute psychiatriepatiënten, die in vroegere jaren bij de huisarts terecht kwamen, worden nu vaak opgevangen door het WIJ-team en de crisisdiensten.

6.4 Resultaten samenwerking

De resultaten van de samenwerking van het WIJ-team in Vinkhuizen met Huisartsenpraktijk De Vuursteen zijn in tabel op de volgende pagina's samengevat.





Ouderenzorg		
Verbeterpunten	Interventies	Resultaten
<i>Een wijkverpleegkundige kan functioneren als extra 'ogen en oren' van de huisarts. Zij heeft een signalerende functie, kan op tijd de zorg opschalen indien nodig en zorgt ervoor dat behandeling en begeleiding zolang mogelijk in de wijk en eerstelijnszorg kan plaats vinden.</i>	Door ervoor te zorgen dat de wijkverpleegkundige in beide organisaties een basis heeft, zijn de overleglijnen kort en zorgt ervoor dat de juiste zorg op tijd wordt ingezet voor de patiënt.	De wijkverpleegkundige zorgt ervoor dat de huisarts ontlast wordt en kan eventueel visites aan huis overnemen. De situatie van de (oudere) patiënt wordt goed gemonitord.
<i>De wijkverpleegkundige die in dienst is van beide organisaties, beschikt over een ruim netwerk van collega's en kan ervoor zorg dat de juiste zorg op de juiste tijd geleverd wordt.</i>	Door te zorgen dat de wijkverpleegkundige formeel 1 werkgever heeft, zorgt dit voor een stabiele arbeidsverhouding. Over de detachering en verdeling van uren dienen goede afspraken gemaakt te worden.	Er is een stabiele arbeidsverhouding voor de wijkverpleegkundige. De detachering naar het WJ-Team wordt (nu nog) gefinancierd uit een subsidie. Deze overeenkomst zal dus jaarlijks bekeken worden. Een continue (integrale) financieringsvorm is voor de lange termijn wenselijk.

Jeugdzorg		
Verbeterpunten	Interventies	Resultaten
<i>Bij de inzet van een Ondersteuner Jeugd en Gezin bleek dat de huisartsen niet meer (nieuwe) gezichten in de praktijk wilden. Gelukkig kon de samenwerking met een bekende zorgverlener voortgezet worden.</i>	Binnen Huisartsenpraktijk De Vuursteen bleek dat er een limiet is aan nieuwe zorgverleners die binnen deze beperkte periode werden geïntroduceerd in de praktijk. Er is daarom gelijk gekeken naar mogelijkheden om de samenwerking voort te zetten met bekende zorgverleners.	Doordat de zorgverlener die de rol als OJG op zich ging nemen binnen de praktijk, kon de samenwerking met dezelfde persoon voortgezet en verdiept worden.

Tabel 3: Resultaten samenwerking met ouderenzorg, jeugdzorg en GGZ

Jeugdzorg (vervolg)		
Verbeterpunten	Interventies	Resultaten
<i>Uit meerdere onderzoeken blijkt het succes van de inzet van een OJG'er.</i>	Binnen De Vuursteen is gekozen voor de inzet van een eerstelijns jeugdpsycholoog die ook korte (en meer complexe) behandelingen kan doen. De problematiek binnen de wijk Vinkhuizen vraagt om zorg op dit niveau.	Doorverwijzingen binnen de jeugdzorg gebeurt op deze manier deskundig. De huisarts kan nu via 1 doorverwijzing gerust zijn dat er een snel een juiste diagnose wordt gesteld en de jeugdige patiënt zinnige zorg op de juiste plek krijgt. Daarnaast blijkt dat in veel gevallen de doorverwijzing naar duurdere specialistische zorg niet nodig is.

GGZ		
Verbeterpunten	Interventies	Resultaten
<i>Overleg tussen POH-GGZ en het WJ-Team zorgt ervoor dat patiënten ook na en tussen de behandelingen goed begeleid kunnen worden, zo nodig in de thuissituatie.</i>	Er was een informeel overleg tussen de POH-GGZ en een van de maatschappelijk werkers in de wijk. Door dit overleg te formaliseren kunnen er werkafspraken gemaakt worden over taken en verantwoordelijkheden. De POH-GGZ zorgt voor terugkoppeling naar de huisarts.	Rollen, taken en verantwoordelijkheden in de zorg voor een patiënt worden nu besproken en zo nodig vastgelegd. De POH-GGZ zorgt indien nodig voor terugkoppeling naar de huisarts. Deze vorm van samenwerking zorgt ervoor dat de zorg ook preventief kan zijn. Acute psychiatrische gevallen komen nu minder bij de huisarts terecht.



7 Ervaringen met specifieke doelgroepen

In het project Sturen en verbinden zijn samenwerkingsmogelijkheden voor specifieke doelgroepen signaleerd. In Vinkhuizen is ervaring met samenwerking met de praktijkondersteuners GGZ voor zorg aan kinderen van ouders met psychiatrische problemen. En daarnaast is een gespecialiseerde thuiszorgmedewerker ingezet voor zorg aan mensen met dementie.

7.1 Ideeën voor verdere samenwerking met GGZ

Binnen de wijk Vinkhuizen zijn er veel volwassen met een psychiatrisch (ver)leden. Kinderen en jongvolwassenen die opgroeien in gezinnen met een ouder met psychiatrische problemen (KOPP), kunnen in het latere leven veel obstakels tegenkomen waarmee ze niet geleerd hebben om te gaan. Deze kinderen lopen een aanzienlijk risico om zelf ook dergelijke zulk soort problemen te krijgen. Eén van de praktijkondersteuners GGZ binnen de huisartsenpraktijk heeft jarenlange ervaring in de

sociale psychiatrie en met KOPP-kinderen in het bijzonder. Daarnaast heeft de POH-GGZ in kwestie jarenlange ervaring in de acute psychiatrie en een staat van dienst in het geven van intervisie. Het doel van deze samenwerking is het signaleren van KOPP-kinderen in de wijk en zo nodig ondersteuning te bieden.

Op het moment van schrijven van deze handleiding worden de mogelijkheden om dit thema met de betrokkenen onderzocht. Bij positieve houding van de gemeente Groningen zal gekeken worden naar de mogelijke financieringsvormen hiervan en zal wellicht een detachingsconstructie opgezet worden.

7.2 Casemanagement dementie

Het percentage ouderen in de wijk Vinkhuizen is hoog. De aandoening dementie komt onder deze groep regelmatig voor. Binnen de huisartsenpraktijk zijn er twee Praktijkondersteuners Ouderenzorg (POH-O)

werkzaam. Zij zijn speciaal geschoold in het begeleiden van de patiëntengroep ouderen. Een van de POH-O werkt ook als Praktijkondersteuner Somatiek en de andere POH-O werkt tevens als wijkverpleegkundige in het WIJ-team.

In de financieringssystematiek is een ketenzorgprogramma opgestart speciaal voor kwetsbare ouderen die lijden aan dementie. Deze patiëntengroep heeft een complexe zorgvraag en vraagt veel begeleiding vanuit de huisartsenpraktijk. Binnen het ketenzorgprogramma wordt een multidisciplinair overleg rondom een patiënt opgezet. Hierin vervult de casemanager dementie een belangrijke rol.

Een casemanager is een onafhankelijke en vaste begeleider voor mensen met dementie én hun naasten. Een case-manager informeert, begeleidt, denkt mee, adviseert en regelt zorg. Zo helpt de casemanager om te gaan met de ziekte en met de gevolgen ervan in het dagelijks leven.¹⁶

¹⁶ Alzheimer Nederland, <https://www.alzheimer-nederland.nl/dementie/diagnose-en-behandeling/casemanager>

Casemanager versus wijkverpleegkundige

Veel van de taken die een casemanager dementie voor zijn of haar rekening neemt lijken op die van een wijkverpleegkundige. Toch is er een belangrijk verschil. De afgelopen jaren is er in de zorg juist ingezet op een verschuiving van 'ziekte en zorg (ZZ)', via 'mens en maatschappij (MM)', naar 'gezondheid en gedrag (GG)'. Het doel van deze insteek is de kosten in de gezondheidszorg het hoofd te bieden en in de hand te kunnen houden in de toekomst. De wijkverpleegkundige steekt vooral in op 'ziekte en zorg (ZZ)', een casemanager dementie daarentegen zet in op alle drie pijlers.

"Een casemanager dementie kijkt naar gezondheid en gedrag, wat is er aan de hand, wat kan het cliëntsysteem nog, waar liggen de knelpunten in deze situatie. Van daaruit kijkt ze samen met het cliëntsysteem (mens en maatschappij) naar mogelijkheden die de situatie, op kwalitatief verantwoorde wijze hanteerbaar kan houden. En ze anticipeert ook op de toekomst".¹⁷

¹⁷ "Wijkverpleegkundige vs pg-wijkverpleegkundige vs casemanager dementie" voor Netwerk Dementie Drenthe, Els van der Veen (red.)

Een casemanager dementie wordt op dit moment vaak geleverd door de betrokken thuiszorginstantie. Niet alle patiënten met een diagnose dementie krijgen echter ook al thuiszorg. Bovendien hebben veel thuiszorginstantie geen casemanager dementie in dienst en moeten dit extern inhuren. Als de thuiszorginstantie al casemanagement dementie levert, heeft de betrokken medewerker vaak ook andere taken naast het casemanagement.

"In een wijk met een grote populatie ouderen, zoals in Vinkhuizen, kun je niet genoeg 'ogen' en 'oren' in de wijk hebben. Niet alleen om te zorgen dat de (kwetsbare) ouderen in beeld zijn en de benodigde zorg krijgen, maar andere disciplines hebben een andere visie. In een multidisciplinair overleg zorgt dit vaak voor een gecombineerde aanpak van de zorg die beter aansluit bij de oudere in kwestie."

Elsbeth Jansen-Sijtsma, Praktijkmanager De Vuursteen

Goede ervaringen casemanager dementie in De Vuursteen

Binnen Huisartsenpraktijk De Vuursteen is er ervaring met een thuiszorginstantie die een 'dedicated' casemanager dementie kon leveren. Het multidisciplinair overleg waarbij de casemanager betrokken was verliep uitermate prettig. Dit werd niet alleen ingegeven door de persoon die functie vervulde, maar door het feit dat dit de enige functie was die zij vervulde bij haar werkgever. Op patiëntniveau konden afspraken gemaakt worden over de frequentie van bezoeken aan een patiënt en door wie, wie welk deel van de gesprekken met familie zou doen, maar ook wie het eerste contact zou leggen bij een zogenaamd 'niet pluis'-gevoel. In deze constructie werden de medewerkers van de huisartsenpraktijk ondersteund in de zorg naar de patiënt en waren zij ervan verzekerd dat er ook goed naar het deel 'mens en maatschappij' werd gekeken. Binnen de huisartsenpraktijk leverde dit een aanzienlijke tijdsbesparing op.



Casemanager dementie in WIJ-team

Omdat de samenwerking met een 'dedicated' case-manager dementie zo goed is bevallen, ontstond het plan om te onderzoeken of een casemanager dementie zou kunnen passen als medewerker van het WIJ-team. Dit zou betekenen dat de casemanager niet gebonden is aan een bepaalde thuiszorginstantie en dus voor alle wijkbewoners, bij wie dat nodig wordt geacht, ingezet kan worden. Er is dan geen sprake van 'gedwongen winkelnering' als er thuiszorg nodig is.

Voordelen van opname van een casemanager dementie in het WIJ-team Vinkhuizen is de borging van kwalitatief hoogwaardig casemanagement, neutraliteit en de preventieve werking die hiervan uit kan gaan. Patiënten met dementie kunnen in een vroeg stadium in beeld gebracht worden (in samenwerking met andere dienstverleners), de stadia van de ziekte kunnen gemonitord worden, maar vooral het vangnet van een patiënt kan beter ondersteund worden. Dit vangnet zorgt er vaak voor patiënten zo lang mogelijk en op een veilige, vertrouwde wijze in de eigen omgeving opgevangen kunnen worden.

Het leveren van casemanagement dementie is echter niet direct een verantwoordelijkheid van de gemeente. De financiering van casemanagement dementie komt uit de basisverzekering. Dit kunnen obstakels zijn in het opnemen van casemanagement dementie in het WIJ-team.



7 Randvoorwaarden en tips voor goede samenwerking

In het opzetten van de samenwerking tussen sociale teams en de huisartsenpraktijken moeten twee heel verschillende organisatieculturen samengebracht worden. Beide culturen kennen duidelijk andere kaders. Binnen de huisartsenpraktijk werkt men volgens protocollen en een strakke planning. De spreekuren zijn strak gepland en verslaglegging wordt gedaan in het patiëntendossier. Een huisarts is erop gericht om binnen 10 minuten de zorgvraag en de best mogelijke behandeling daarvoor helder te krijgen. Ze zijn gericht op de praktijk en gericht op ontwikkelen door doen. Zo is de huisarts gewend dat er na een verwijzing een terugkoppeling volgt en ook bij het afronden van een behandeltraject. Voor medewerkers van het WIJ-team was dit geen standaard handeling.

Ook in een WIJ-team komen culturen samen, aan de ene kant medewerkers met een achtergrond in welzijn en aan de andere kant medewerkers uit de ambtelijke cultuur. Binnen deze organisatie is meer ruimte voor overleg en het aangaan van verbindingen buiten de eigen organisatie. In 2018 zijn de WIJ-teams in gemeente

Groningen ondergebracht in een stichtingsvorm. Dit kan ruimte geven om een heel eigen cultuur te ontwikkelen.

Samenhangend met cultuurverschillen zijn ook de wijzen van communiceren en de financieringsvormen belangrijk gebleken om de samenwerking goed te laten verlopen. Met een sterkte-zwakteanalyse wordt duidelijk op welke punten er risico's zijn, maar natuurlijk ook kansen.

8.1 Culturen samenbrengen en verbinden

Om een samenwerking tussen verschillende organisatieculturen tot stand te brengen is tijd, ruimte en aandacht nodig. Dit proces komt niet vanzelf van de grond. Binnen beide projecten, gefinancierd door het AOF, was een projectleider aangesteld om de verbindingen tussen de organisaties en op de thema's te zoeken. Bij deze trajecten is het belangrijk dat er bij beide organisaties, in dit geval WIJ-team en huis-



artsenpraktijk, een 'projectleider' is die tijd en aandacht aan het proces kan besteden en bruggen kan slaan. Als een van beide partijen de samenwerking tussen WIJ-team en huisarts minder hoog op de agenda heeft staan, zullen de samenwerking en resultaten hiervan ook een andere vorm krijgen.

Verbinding tussen huisartsen

Een groot verschil tussen de projecten *Binderveurmekoar* en *Sturen en verbinden* was de verbinding tussen de huisartsen. In Hoogezand-Sappemeer moest een groep van huisartsen een gezamenlijke visie ontwikkelen. Binnen Huisartsenpraktijk De Vuursteen werken de huisartsen samen vanuit een gezamenlijke visie. Dit gaf de samenwerking in Vinkhuizen een andere dynamiek. De praktijkmanager van De Vuursteen was als projectleider ook gemandateerd om direct afspraken te concretiseren en uit te zetten. Dit maakte dat de focus lag op de samenwerking met het gemeentelijk domein en deze kon direct vertaald worden naar concrete thema's, personen en projecten op de werkvloer.

Gezamenlijke agenda

Door aandacht en tijd te besteden aan het verkennen van gezamenlijke speerpunten en/of thema's kwam er wederzijds begrip voor elkaars zienswijzen. Om succesvol te kunnen samenwerken is een gezamenlijke agenda van speerpunten nodig. Bij het ontbreken van een gezamenlijke agenda, is er een grote kans dat de prioriteiten binnen de organisaties anders komen te liggen. Dit maakt het lastiger om draagvlak te creëren op de werkvloer. Binnen *Sturen en verbinden* is er eerst een verbinding op thema's tot stand gebracht.

In gesprek

Binnen beide organisaties voelen medewerkers zich verantwoordelijk voor goede zorg en welzijn in de wijk. Het was daarom niet moeilijk om verbindingen tussen medewerkers binnen beide organisaties tot stand te brengen. Er was geen weerstand om samen te werken, maar er was wel een zekere afstand tussen de organisatie. In verdere gesprekken bleek deze afstand gebaseerd op vooroordelen, die door gesprekken en het geven van informatie weggenomen kon worden.

Ook het organiseren van een gezamenlijke thema-avond heeft ervoor gezorgd dat de verschillende zorgverleners (aan deze avond namen ook medewerkers van onder andere Veilig Thuis en de wijkagenten deel) kennis konden maken en kennis konden delen.

Inzet liaisons

Binnen de thema's is ervoor gekozen om te werken met de eerdergenoemde liaisons. Dit zijn medewerkers die binnen het WIJ-team en de huisartsenpraktijk werken of goed bekend zijn met de werkwijzen. Dit kan in de vorm van een arbeidsovereenkomst of samenwerkingsovereenkomst, maar in ieder geval door medewerkers van de huisartsenpraktijk en het WIJ-team ruimte te geven voor structureel overleg.

8.2 Communicatie

Communicatie is essentieel voor een goede samenwerking, zowel op management- als patiëntniveau.

Management

Duidelijke communicatie op managementniveau is belangrijk om te bepalen welke thema's en speerpunten er zijn, maar ook om kaders te scheppen en medewerkers hierin faciliteren. Van ieder overleg is zoveel mogelijk een kort verslag gemaakt of afspraken zijn schriftelijk vastgelegd bijvoorbeeld per beveiligde mail.

De gemaakte afspraken werden door de manager van het WIJ-team en de praktijkmanager intern in de eigen organisatie gedeeld. De praktijkmanager deed dit ook vaak in werkoverleggen met de diverse medewerkers, bijvoorbeeld met de praktijkassistentes.

Patiënten

Op patiëntniveau is de communicatie iets anders geregeld. Het is niet mogelijk is voor medewerkers van het WIJ-team direct in het systeem van de huisarts (HIS genaamd) te kijken. Afgesproken is dat, bij toestemming van de patiënt/wijkbewoner, via het programma Zorgmail bij de huisarts melding wordt gedaan dat degene ondersteuning krijgt van het



Wij-team. Bij overleg op patiënt niveau tussen liaisons wordt informatie vaak mondeling overgebracht. Soms maakt de medewerker van de huisartsenpraktijk direct notities in het patiëntendossier, bijvoorbeeld te nemen acties door huisarts of assistente. De verslaglegging en het veilig delen van informatie is een speerpunt in de samenwerking en er wordt gekeken naar systemen om meer en beter informatie te kunnen delen.

8.3 Financiering

De afspraken voor het uitwisselen van personeel zijn formeel vastgelegd in overeenkomsten. Deze overeenkomsten geven ook de kaders van de samenwerking weer. De wijkverpleegkundige wordt vanuit de huisartsenpraktijk gedetacheerd. Voor deze detachering is een subsidieverzoek ingediend bij de gemeente Groningen en toegekend. De detachering is nu voor het tweede jaar doorgezet en heeft de duur van een jaar. Zodra hierin meerjarige afspraken worden gemaakt, moeten deze nog duidelijker vastgelegd worden in

detachingsverband of kan er gekeken naar een gedeeld dienstverband.

Financiering van overige samenwerkingen

De inzet van de Ondersteuner Jeugd en Gezin wordt gefinancierd van de pilot die de Regionale Inkooporganisatie Groninger Gemeenten (RIGG) is gestart. Het doel van de gemeenten is om een nauwere samenwerking met de lokale huisartsen aan te gaan. "Een fundamentele vraag in deze pilot is of het huisartsenzorg of jeugdhulp is? Omdat het erg lastig was om op dit punt tot overeenstemming te komen is op dit moment afgesproken: het is jeugdhulp bij de huisarts en de gemeenten financieren de kosten van de OJG'er".¹⁸ De samenwerkingsovereenkomst in het kader van deze pilot is een modelovereenkomst die gecontroleerd is op aansluiting met de huisartsenzorg voor ELANN.

¹⁸ Interview met Heleen Stevenson (RIGG) op website van Vilans <https://www.vilans.nl/artikelen/heb-oog-voor-elkaars-professionaliteit>

Samenwerking met Wij-team essentieel

De meeste huisartsenzorg wordt gefinancierd door de zorgverzekeraar en is opgenomen in de basisverzekering of ketenzorg. Vaak zijn de bedragen gebaseerd op het aantal patiënten in de praktijk of het aantal patiënten dat is opgenomen in een keten. Aan deze bedragen zijn vaak uren gekoppeld waarvoor bijvoorbeeld praktijkmanagement of praktijkondersteuning ouderenzorg ingezet kan worden. Voor de vergoedingen dient ook zorg geleverd te worden en deze geven weinig tot geen ruimte om medewerkers in te zetten voor overleg met externe partijen. De samenwerking met het Wij-team is daarom voor een huisarts essentieel. Zij kunnen het vangnet bieden als er voor een wijkbewoner niet direct een zorgvraag is, maar wel problemen op het vlak van welzijn. Zo wordt voorkomen dat er een zorgvraag ontstaat.

Bij samenwerkingsvormen waarvoor andere contracten nodig is, kan men vanuit de huisartsenpraktijk altijd contact opnemen met de LHV of in Groningen met ELANN.

8.4 Sterktes en zwaktes

Aan iedere vorm van samenwerking kleven voor- en nadelen. In de samenwerking tussen Huisartsenpraktijk De Vuursteen en het Wij-team Vinkhuizen zorgen een aantal factoren voor een succesvolle samenwerking:

- Enthousiasme en betrokkenheid van de medewerkers zorgt voor een groot draagvlak;
- Er bestonden al goede contacten tussen bepaalde medewerkers uit beide organisaties;
- Informele terugkoppeling zorgt voor laagdrempelig overleg en doorverwijzing;
- Verschillende zorgverleners hebben een basis in beide organisaties en zijn hierdoor goed en makkelijk bereikbaar en benaderbaar;
- Besef dat beide organisaties een gezamenlijk belang hebben: goede zorg voor de patiënt/wijkbewoner.

Deze factoren hangen veelal samen met de bevoegdheid, inzet en enthousiasme van mensen. Tegelijkertijd kunnen deze sterke punten ook zwakke punten zijn.



Sterktes	Zwaktes
<ul style="list-style-type: none"> • Kennis en ervaring van de liaisons. • Uitwisseling van kennis/professionaliteit in en tussen de samenwerkende organisaties. • Inzet van liaisons die in beide organisaties werken, ontlast voor een deel de druk op de huisartsenpraktijk. • Een goede samenwerking met het WIJ-team geeft de huisartsenpraktijk extra ogen en oren in de wijk. Dit geeft informatie en ontlast de huisarts bij bepaalde taken. • Samenwerking met de huisarts geeft het WIJ-team ook sneller toegang tot de juiste zorg. Dit werkt ook andersom. • Door te schakelen met het WIJ-team kunnen zorgkosten bespaard worden, omdat in bepaalde gevallen de (zorg) vraag al vroeg opgelost kan worden: preventie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aanpassingen ingegeven door politiek kunnen ook snel weer wisselen. • Uitwisselen van personeel heeft een zeer korte termijn van een jaar. Langjarige afspraken hebben hier de voorkeur. • Het succes van de samenwerking hangt deels samen met de klik die liaisons hebben. Het ontbreken hiervan maakt het ook kwetsbaar. • Communicatie en informatie-uitwisseling dient goed, tijdig en correct te gebeuren. Om zo ook urgentie van bepaalde meldingen in te schatten, bijvoorbeeld bij suïcidedreiging.
Kansen	Bedreigingen
<ul style="list-style-type: none"> • Samenwerking geeft de kans om een goed (zorg)vangnet te kunnen bouwen in de wijk. • Liaisons werken output gestuurd. Dit geeft veel flexibiliteit qua inzet. • Door samen te werken vanuit verschillende professies kan ook een nieuwe visie op de (zorg) vraag van wijkbewoners/patiënten geven. • Door samenwerking kan er meer aan preventie gewerkt worden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bij vertrek of uitval van een liaison valt er een gat, mogelijk is deze niet direct in te vullen. • (Nog) geen langjarige afspraken, dit kan een bedreiging zijn voor de toekomst. • De systemen om goed en beveiligd te communiceren zouden sneller geregeld moeten zijn.

Tabel 4: sterkte-zwakteanalyse samenwerking huisartsenpraktijk De Vuursteen en WIJ-team Vinkhuizen

In de tabel links zijn verschillende factoren meegenomen in een sterkte-zwakteanalyse. Uiteraard kan een dergelijke analyse nog veel verder ingevuld worden. Door bewust te zijn van de sterkere en zwakkere kanten aan een samenwerking kunnen de risicofactoren ingeschat worden.

Samenvattend

In deze handleiding zijn voor de uitgevoerde projecten *Sturen en Verbinden* in de stad Groningen en *Binder-veurmekoar* in Hoogezand-Sappemeer ervaringen beschreven in de samenwerking tussen huisartsen en sociale teams en andere spelers in het sociaal domein. De belangrijkste tips voor een effectieve aanpak op een rij.

Tips samenwerking:

- Heb aandacht voor de verschillende werk- en zienswijzen.
- Neem de tijd om gezamenlijk thema's en/of speerpunten te bepalen.
- Stel een projectleider aan om bruggen te slaan en eventuele barrières weg te nemen.
- Zorg voor draagvlak op de werkvloer binnen beide organisaties.
- Verbind medewerkers uit beide organisaties met elkaar.
- Zorg dat de medewerkers in de organisaties op de hoogte zijn van de afspraken of de contactpersoon.
- Maak goede afspraken over de manieren van informatie-uitwisseling.
- Zorg voor een aanspreekpunt die ideeën van de werkvloer kan verzamelen en uitzetten in projectverband.
- Maak duidelijke afspraken over de financiering en leg deze vast.

Nawoord Groningen

Elke vorm van samenwerken vraagt inspanningen van de betrokkenen, de mate van inzet kan wisselen. Vanuit mijn functie als praktijkmanager bij Huisartsen De Vuursteen kreeg ik alle ruimte en vrijheid om de verbinding en samenwerking te zoeken met Wij Vinkhuizen en de gemeente Groningen, ingegeven om de huisarts te ontlasten. Juist deze vrijheid van handelen heeft er onder meer voor gezorgd dat we de samenwerking met Wij Vinkhuizen, en in de brede zin van het woord het sociaal domein, naar een hoger niveau konden brengen. Maar ook de inspanningen van Jolanda Ingeneeger, manager van het Wij Team Vinkhuizen, en het overeenstemmen van onze visies hebben hierin een belangrijke rol gespeeld.

Aan het vormgeven van de samenwerking lag geen plan van aanpak ten grondslag, maar een pragmatische grondhouding. Het enthousiasme en de bevolegheid van de betrokken personen zorgden voor een organisch proces. We zijn 'het' gaan doen.

Het was een mooi traject om de betrokkenen bij de samenwerking elkaars professionaliteit en sterke kanten te laten ontdekken. Hiervoor is het belangrijk om de tijd te nemen en ieder zijn eigen verantwoordelijkheid te laten nemen.

Zorg en welzijn is tenslotte nog steeds mensenwerk. De (zorg)domeinen staan niet apart, maar grijpen dieper op

elkaar in dan in eerste instantie duidelijk wordt. Wil je echt iets samen bereiken, dan kan dat niet zonder samenwerking over de domeinen heen, door goede werkafspraken te maken, verantwoordelijkheden te definiëren en helder te communiceren.

Binnen de beschreven voorbeelden tot samenwerking tussen (huisartsen)zorg, welzijn en sociaal domein wordt de regie die bij de diverse partijen is belegd, samengebracht. Een volgende stap is om de patiënt de regie te geven over de eigen gezondheid doordat de zorg dichtbij, goed georganiseerd en snel bereikbaar is. Het is duidelijk dat we toe moeten naar een nieuwe, andere invulling van zorg.

Dit traject was een eerste aanzet met voorbeelden voor een samenwerking, waarbinnen de zorg zinnig, zuinig en dichterbij huis geregeld wordt. Nu is de tijd om de relaties en werkwijzen te bestendigen. Dit vraagt om organisatiekracht en duidelijke financieringsstromen. De voorbeelden tot samenwerking zijn nu nog opgenomen binnen pilots en gefinancierd via subsidies, maar kunnen pas tot volle bloei komen wanneer er ook gelden zijn voor de langere termijn. Het zou mooi zijn als betrokken partijen binnen de zorg en welzijn de handen hiervoor ineenslaan.

Elsbeth Jansen-Sijtsma

Nawoord Midden-Groningen

Het proces van de afgelopen jaren begon met het bij elkaar brengen van de huisartsen in Hoogezand – Sappemeer. U kunt zich voorstellen dat 15 huisartsen enigszins op een lijn krijgen zo nu en dan uitdagend kan zijn. De bereidwilligheid van de huisartsen was en is groot en de betrokkenheid om met elkaar in gesprek te komen en blijven was en is hoog. Een belangrijk ingrediënt voor het welslagen is de motivatie van de betrokkenen zelf. Dit heeft haar vruchten afgeworpen. De samenwerking tussen gemeente, sociale teams en huisartsen kon vervolgens stevig vorm krijgen. Hierdoor zijn de lijnen (zeer) kort. Men weet elkaar heel goed te vinden en bij vraagstukken is men wederzijds bereid om mee te denken in oplossingsrichtingen, of om bijvoorbeeld samen op bezoek te gaan bij een patiënt.

Daarnaast heeft de goede basis van de samenwerking met de gemeente en sociale teams er op haar beurt weer voor gezorgd dat het opzetten van de pilot Ondersteuner Jeugd en Gezin vlot verlopen is en dat de inventarisatie rondom ouderenzorg evenzo soepel verloopt.

Een neveneffect van de goede samenwerking is dat ook andere zorg- en welzijnsorganisaties makkelijk aansluiten wanneer gemeente en Hagro samen vraagstukken onderzoeken.

Het zorg- en welzijnsnetwerk is stevig in Midden-Groningen. De huisartsen hebben hierin een bescheiden, maar niet onbelangrijke rol. Er is veel enthousiasme om de zorg voor de patiënten te verbeteren waar kan en waar nodig. Huisartsen willen hierin dicht bij hun vak blijven. Dit betekent dat het de komende tijd belangrijk wordt om de innovatie en organisatie voor de huisartsen op Hagro-niveau (ook) goed te organiseren. Dit betekent, duidelijke en structurele financieringsstromen, en de bereidheid van alle betrokken partners om dit met elkaar verder vorm te geven.

Willemijn Kemp MMC - CMC

Bronnen

Berenschot (december 2012). *Drie transities, één perspectief*. Utrecht. Geraadpleegd van: https://www.nji.nl/nl/Download-Nji/Transitie_Berenschot_drie_transities_een_perspectief_dec2012.pdf

ING economisch bureau (2014). *Visie op sectoren in 2014, thema gezondheidszorg*. Geraadpleegd van: https://www.ing.nl/media/ING_visie-op-sectoren-2014-december-2013_tcm162-70450.pdf

In Voor Zorg (9 maart 2015). *Congres Wet Langdurige Zorg*. Geraadpleegd van: www.invoorzorg.nl

Jongeriusoverleg (8 maart 2017). *Zinnige Zorg in de Wijk*. Arnhem. Geraadpleegd van: <http://www.versterkensamenwerking.nl/jongeriusoverleg>

Kaats, E., & Opheij, W. (2012). *Leren samenwerken tussen organisaties*. Deventer

Kemp, W., & Nagelhout, D. (2014). *De Zandloper, leiderschap in Tijden van Transitie*. Zoetermeer

Kemp, Willemijn (september 2015-februari 2018). *Notities en besluitstukken van project Binderveurmekoor*

Poorthuis, M., Afman, R., & Vriends, P. (december 2016). *Rekenkameronderzoek naar de drie decentralisaties in het sociaal domein binnen de gemeenten Hoogezand – Sappemeer en Slochteren*

Ten Have, S., Ten Have, W., & Janssen, B. (maart 2008). *Het veranderboek*. Amsterdam

Jeugdzorg

Centrum voor Jeugd en Gezin & GGZ Nederland (december 2011). *Een goed begin is het halve werk, handreiking voor een goede en preventieve samenwerking van jeugd-ggz met onderwijs en gemeenten*

Gemeente Hoogezand-Sappemeer, Accare, groepspraktijk Hoogezand-Sappemeer Oost, Huisartsenpraktijk de Pleiaden (november 2017). *Samenwerkingsovereenkomst pilot Ondersteuner Jeugd en Gezin*

Gemeente Lingewaal (december 2015). *Implementatieplan versterking jeugd GGZ*

Magnée, T., & Verhaak, P., Nivel (april 2015). *Evaluatie pilot "huisarts in de praktijk van de jeugdzorg"*

Rigg (januari 2017). *Memo projectplan Pilot POH Jeugd*

ROS (januari 2016). *POH jeugd GGZ verbindt huisartsen met Sociaal Domein*

Walstock, D., & Schenau, R. (juni 2014). *Jeugd-GGZ kan beter bij de huisarts*. Medisch Contact

Ouderenzorg

GHC (juni 2016). *Groninger Zorgmodel Integrale Ouderenzorg*

Giethoorn, E., wethouder (februari 2018). *Presentatie integrale ouderenzorg te Hoogeveen*

Luten, T. (februari 2018). *Presentatie Zorg voor Ouderen in de huisartsenpraktijk*

Te Velde, Jaap, projectleider Ouderenzorg HZD (februari 2018). *Presentatie Ouderenzorg Hoogeveen*

Bronnen De Vuursteen

Alzheimer Nederland. *De casemanager: persoonlijke begeleiding bij dementie*. Geraadpleegd van: <https://www.alzheimer-nederland.nl/dementie/diagnose-en-behandeling/casemanager>

Berghuis, E.P., & Jansen-Sijtsma, Elsbeth (voorjaar 2017). *Meerjarenbeleidsplan 2017-2020 Huisartsen De Vuursteen*

Dagelet, Evert (december 2017). *Uit Voorstel Gezamenlijke Buurtaanpak Vinkhuizen*. Wij Vinkhuizen

De Caluwe, Leon & Vermaak, Hans (2e herziene editie 2010). *Leren veranderen, Denken over veranderen in vijf kleuren*. Kluwer: Deventer

Definitief Wij Vinkhuizen (2018). *Overzicht teamleden*

De Meijer, Marjolein (31 mei 2018). *Heb oog voor elkaar professionaliteit*. Interview met Heleen Stevenson (RIGG). Geraadpleegd van: <https://www.vilans.nl/artikelen/heb-oog-voor-elkaars-professionaliteit>

Gemeente Groningen (31 maart 2017). *Addendum bij Nota 'Kernactiviteiten en samenstelling Wij Groningen 2018'*

Gemeente Groningen (2018). *Nota Kernactiviteiten en samenstelling Wij Groningen 2018 – Herpositionering Wij*

Stegeman, Hinda (3 november 2016). *Rapport samenwerking wij-team en de eerste lijn in Vinkhuizen*

Van der Veen, Els. (april 2017). *Wijkverpleegkundige vs pg wijkverpleegkundige vs casemanager dementie*. Netwerk Dementie Drenthe

Wij Vinkhuizen – Huisartsenpraktijk De Vuursteen (1 oktober 2017 - 31 december 2018). *Samenwerkingsovereenkomst Ondersteuner Jeugd en Gezin*

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.



