

## Multiprobleem Aanpak Etten–Leur

### Beschrijving werkproces Wijkteam en Huisartsen

Vastgesteld 20 februari 2018

---

#### Visie

In het Nederlandse landschap van zorg- en welzijn is er algemene consensus dat de zorg kan én moet transformeren. **De mens staat centraal** en niet de ziekte. De focus ligt op wat iemand nog kán en is breder dan alleen fysieke of mentale beperkingen. De zorg draagt bij aan de kwaliteit van leven en het versterken van wat Machteld Huber noemt: “*het vermogen om zich aan te passen en eigen regie te voeren*”. Zorgverleners luisteren goed naar de hulpvraag en verlenen echt **persoonlijke** zorg. Mensen gaan actief **participeren** in hun eigen zorgproces. Langzaam transformeren we de gezondheidszorg van Ziekte en Zorg naar Gezondheid en Gedrag (van ZZ naar GG). Aan deze beweging gaat het wijkteam Etten–Leur en de huisartsen uit deze gemeente concreet handen en voeten geven door een nauwe samenwerking op te zetten rondom mensen met complexe problemen.

In dit memo wordt vanuit deze achterliggende visie een eerste beschrijving gegeven van het werkproces tussen een huisarts(praktijk), het wijkteam en een patiënt met complexe problematiek.

#### Concrete aanleiding

Een huisarts (of een POH) krijgt een patiënt<sup>1</sup> op bezoek met een stapeling van problemen. De zorgvraag en slechte gezondheidservaring van deze persoon wordt mede veroorzaakt door problemen op meerdere levensgebieden. De huisarts of POH kan niet direct tot de juiste maatwerk oplossing komen omdat er naast medische problemen ook problemen spelen op andere gebieden. Iemands lichamelijk functioneren en de ervaren gezondheid wordt ook beïnvloed door iemands sociaal, geestelijk en maatschappelijk functioneren.

#### Fase 1

In bovengenoemde situatie wordt de patiënt de mogelijkheid voorgelegd contact te leggen met het sociaal wijkteam van de gemeente Etten–Leur. Door een nauwe samenwerking tussen de huisarts en professionals uit het sociale domein kan mét de patiënt gezocht worden naar oplossingen voor zijn zorgvraag en de ‘vraag achter de vraag’.

- De huisarts bespreekt met de patiënt of hij er voor open staat hulp in te schakelen van het wijkteam in Etten – Leur<sup>2</sup>. Het ‘waarom’ van het inschakelen van het wijkteam en hun bredere oplossingsmogelijkheden op meerdere levensdomeinen wordt door de huisarts aan de patiënt uitgelegd<sup>3</sup>.
- Als blijkt dat de patiënt nog drempelvrees heeft dan brengt de huisarts het voorstel nog eens ter sprake in een volgend consult.

#### Fase 2

- Als de patiënt er blijk van geeft open te staan voor het door de huisarts voorgestelde contact dan zorgt de huisarts dat iemand van het wijkteam met de patiënt contact gaat opnemen. Hiervoor belt de huisarts het

---

<sup>1</sup> Waar de term ‘patiënt’ in dit document wordt gebruikt kan ook ‘cliënt’ of ‘bewoner’ worden gelezen, afhankelijk van het perspectief van de lezer. En waar ‘hij’ wordt gebruikt kan ook ‘zij’ worden gelezen.

<sup>2</sup> Suggestie in vergadering voorgelegd: “Ik merk dat u vaak komt en ik vraag me af of ik wel de meest aangewezen persoon ben voor de problemen waarvoor u komt. Ik ken iemand, waar ik als huisarts heel goed mee samenwerk en waarin ik heel veel vertrouwen heb, die u misschien nog beter kan helpen. Zou u dat eens fijn vinden?”

<sup>3</sup> Om dit gesprek te voeren moeten kan de huisarts overwegen het 4 Domeinen model van Volte als ondersteuningsinstrument gaan inzetten (wordt veel gebruikt door huisartsen en sterk gepromoot door NHG).

nummer van de voor dit project aangestelde Coördinator [naam x<sup>4</sup> + mobiel telefoonnummer x]. Dit kan ook worden uitgevoerd door een assistente van de huisartspraktijk. Hij geeft via de voicemail de naam en het telefoonnummer door van de patiënt.

- De huisarts geeft de patiënt een folder mee waarin wordt aangegeven dat iemand van het wijkteam contact gaat opnemen om te bespreken wat hij of zij nodig heeft om tot een oplossing te komen van zijn of haar hulpvragen (zie bijlage).
- De huisarts en/of het wijkteam vraagt de patiënt of het goed is om gedurende het mogelijke vervolgtraject de meest noodzakelijke (niet-medische) informatie tussen huisarts en wijkteam te delen én of het goed is om bepaalde data te delen voor evaluatie van het project. De huisartsen en de gemeente willen graag kijken of de samenwerking ook voor de patiënt tot de gewenste resultaten leidt.

### Fase 3

Voor de vertrouwensrelatie huisarts – patiënt is het van essentieel belang dat de zorg en aandacht die is ‘beloofd’ ook door het wijkteam wordt opgevolgd.

- Vanaf het eerste contactmoment met de Coördinator wordt de patiënt gevraagd naar mensen die voor hem belangrijk zijn om eventueel te betrekken en wordt een (vervolg)afspraken ingepland (al dan niet met mensen uit zijn omgeving).
- De Coördinator van het wijkteam voert met de patiënt een eerste gesprek, inventariseert wat er speelt en bespreekt hoe daar oplossingen voor bedacht kunnen worden. Tijdens dit gesprek (of een volgend gesprek) wordt de Quickscan uitgevoerd (zie bijlage) waarbij snel alle levensgebieden door gesproken worden. Tevens wordt ook de Zelfredzaamheid Matrix (ZRM) afgenomen.
- De Coördinator vraagt de patiënt toestemming om in het vervolgtraject een korte terugkoppeling te mogen geven over eventuele inzet van zorg/hulp/welzijn en dienstverlening aan de huisarts.
- De Coördinator schat in – op basis van dit eerste gesprek – welke discipline en/of casemanager of wijkteamlid het beste aansluit bij de hulpvraag en zet de aanmelding intern door.
- De Coördinator maakt na afstemming met de patiënt een plan van aanpak.
- De Coördinator zorgt ervoor dat de huisarts met een beveiligde zorgmail erover wordt geïnformeerd dat een eerste gesprek met de patiënt heeft plaatsgevonden of gaat plaatsvinden. Als het niet via mail kan dan wordt de traditionele post gebruikt.

---

<sup>4</sup> Of plaatsvervanger bij afwezigheid.

## Fase 4

- Het wijkteamlid dat op verzoek van de Coördinator verder gaat met de hulpvraag van de patiënt zet zijn of haar netwerk in om te onderzoeken welke hulp – dienstverlener ondersteunend in het proces kan zijn.
- Het traject met de patiënt gaat vervolgens van start en de huisarts wordt ingelicht over de wijze waarop dit vormgegeven wordt.
- Het wijkteamlid en de huisarts maken een afspraak over hoe de voortgang over en weer wordt gedeeld.
- Er wordt een evaluatiemoment (of meerdere momenten) ingepland om de voortgang en resultaten met de huisarts te kunnen delen. Prettig zou zijn als de inwoner dit zelf kan doen en het wijkteamlid hierbij slechts ondersteunend is.

## Fase 5

Er wordt gedurende een bepaalde periode concreet gewerkt aan het actief veranderen van de situatie en/of de problemen van de patiënt. De patiënt werkt met ondersteuning van het wijkteam aan oplossingen en resultaten. Mochten deze niet behaald worden of indien wordt besloten het traject anders vorm te geven dan binnen de mogelijkheden van een wijkteam vallen en de geplande evaluatie, dan wordt dit besproken en overlegd met de huisarts én de patiënt.

## Fase 6

De beoogde doelen van de patiënt worden gemonitord en periodiek geëvalueerd op basis van de Quicksan en de zelfredzaamheidsmatrix. Hiervoor wordt verwezen naar een aparte notitie over de projectevaluatie. Daar waar nodig worden plannen bijgesteld en nieuwe afspraken gemaakt.

Fase	Communicatie	Privacy	Regie
<u>1 t/m 2:</u> Initiatief nemen	Huisarts en patiënt	Huisarts: fase 2	Huisarts
<u>3:</u> Richting bepalen	Coördinator wijkteam en patiënt	Coördinator wijkteam	Coördinator wijkteam en patiënt gezamenlijk
<u>4 en 5:</u> Ontdekken door te doen.	Wijkteamlid en patiënt	Continu in afstemming met patiënt	Patiënt en wijkteamlid
<u>6:</u> Samenwerken en evalueren.	Wijkteamlid, huisarts & patiënt	Continu in afstemming met patiënt	Patiënt