

Envida

# content

Vakblad voor de professional in de zorg

Innovatie in de zorg

nr. 12 | juli 2018

## INHOUD

- 3 Uit de praktijk  
Empathie boven bureaucratie
- 6 Hallo met ...  
Echtpaar Hendriks
- 9 Nieuws  
Krachtiger positie  
wijkverpleegkundigen door  
ambassadeur-project
- 10 Uit de wetenschap  
'Innoveren? Laten we vooral weer  
normaal doen in de zorg'
- 13 Uit de praktijk  
De ziektelastmeter als instrument  
voor zelfmanagement
- 16 Uit de praktijk  
Blauwe Zorg in De Wijk
- 19 Redactioneel

2 | 3

## UIT DE PRAKTIJK



Matthijs  
Bosveld

Sjim Romme

*Op zoek naar de mens achter de patiënt*

# Empathie boven bureaucratie »

*Sjim Romme combineert zijn studie gezondheidswetenschappen met een studie economie. Matthijs Bosveld studeert geneeskunde. In 2017-2018 hebben beide UM-studenten een tussenjaar genomen om het door hen ontwikkelde onderwijsprogramma Mens Achter de Patiënt nog bredere bekendheid te geven.*



Zoals de naam al aangeeft: Mens Achter de Patiënt of kortweg MAP wil dat toekomstige zorgprofessionals meer aandacht besteden aan het gevoelsleven van patiënten met een chronische ziekte en niet uitsluitend aan het feitelijke ziektebeeld waarmee zij te maken hebben. In de woorden van Sjim: 'We willen het empathisch vermogen van zorgprofessionals in spe vergroten. Dan heb ik het onder anderen over artsen, zorgmanagers en fysiotherapeuten, over ergotherapeuten, verpleegkundigen en verzorgenden.' Kunnen die dat empathisch vermogen dan niet vanuit zichzelf aanspreken? Of hebben ze dat misschien niet eens? Sjim: 'Ieder mens beschikt in mindere of meerdere mate over een empathische inborst, uitzonderingen daargelaten natuurlijk. Als je een medemens kunt helpen om gelukkiger te zijn, voegt dat tegelijkertijd geluk toe aan je eigen leven. Alleen: wanneer je als individu

met je gevoel voor empathie of compassie in een rigide bureaucratisch systeem terechtkomt waar tijd, geld en administratieve verplichtingen de dienst uitmaken, dan komt je empathisch vermogen in de verdrukking. Dat is niet alleen mijn persoonlijke mening. Die conclusie is naar voren gekomen uit wetenschappelijk onderzoek.'

### 'IEDER MENS BESCHIKT VAN NATURE OVER EEN EMPATHISCHE INBORST'

**Gemoedstoestand patiënt onderbelicht**  
Matthijs: 'Mens Achter de Patiënt is in 2015 geboren uit een opmerking van een vrouwelijke patiënt aan het einde van een patiëntcollege dat ik bijwoonde. Dat was een echte patiënt trouwens, geen acteur. Zij vertelde tijdens de afsluitende vragenronde dat de circa 300 aanwezige artsen in opleiding voor

90% hadden geluisterd naar medisch-inhoudelijke informatie. Wat de invloed was van de ziekte op de gemoedstoestand van een patiënt, bleef tot haar spijt tijdens het college totaal onderbelicht.' Sjim noemt een ander voorbeeld dat aangeeft dat er nog voldoende ruimte is voor onderwijskundige vernieuwingen en verbeteringen als het erom gaat zorgprofessionals en patiënten dichter bij elkaar te brengen. 'In mijn studie gezondheidswetenschappen concentreer ik me op de beleidsmatige kant. Ik word geacht beleid te ontwikkelen voor een doelgroep die ik onvoldoende ken, want in drie jaar tijd heb ik misschien één patiënt ontmoet. Anders gezegd: ik heb de theorie van het beleid weliswaar onder de knie, maar wat in de praktijk de impact daarvan is voor het individu weet ik niet precies. Evenmin ontmoeten artsen en verpleegkundigen elkaar in de eerste drie jaar van hun studie. Daarom voorziet Mens Achter de Patiënt in de mogelijkheid om meerdere zorgopleidingen te combineren voor onderwijsinstellingen die deelnemen aan ons onderwijsprogramma.'

### BELEID ONTWIKKELEN VOOR EEN DOELGROEP DIE JE ONVOLDOENDE KENT

#### Drie bijeenkomsten

Dit jaar doen 240 studenten mee aan het innovatieve onderwijsprogramma Mens Achter de Patiënt. Volgend jaar zijn er dat naar verwachting 800. Die studenten zijn afkomstig van de UM, Zuyd Hogeschool en van verschillende mbo+-zorgopleidingen, zoals die worden aangeboden door Gilde Opleidingen, Arcus College en ROC Leeuwenborgh. Een groep bestaat uit maximaal vijftien deelnemers van wie er tien student zijn en vijf chronisch patiënt of ervaringsdeskundige rond zorg en ziekte. Tijdens de eerste bijeenkomst binnen de onderwijsinstelling leren de deelnemers elkaar kennen en staat inlevingsvermogen binnen de huidige gezondheidszorg centraal. Bij de tweede bijeenkomst werken steeds

twee studenten en één persoon met een chronische ziekte of een ervaringsdeskundige samen. Dat doen ze op een locatie die een van deze twee laatsten heeft uitgekozen. Hun positieve en eventueel negatieve ervaringen met de zorg staan dan op de voorgrond. De derde bijeenkomst vindt weer plaats binnen de onderwijsinstelling. Daar delen de groepsleden hun ervaringen uit bijeenkomst twee met elkaar. Of, wat hebben ze van elkaar geleerd om te komen tot het overkoepelende doel van Mens Achter de Patiënt: meer mensgerichte zorg?

#### Deelnemers gevraagd

Heeft u een chronische ziekte of bent u ervaringsdeskundige rond zorg en ziekte? En wilt u meehelpen om empathie een vaste en vooraanstaande plek te geven in de wereld van de zorg? Sjim Romme en Matthijs Bosveld nodigen u van harte uit om bij een onderwijsinstelling in uw buurt deel te nemen aan Mens Achter de Patiënt. U kunt zich inschrijven op [www.mensachterdepatient.nl](http://www.mensachterdepatient.nl). Daar vindt u ook meer informatie over deze nieuwe vorm van onderwijs die de weg vrijmaakt voor een nieuwe vorm van zorg.





Ria

Sjèr



# hallo



## met

# ECHTPAAR HENDRIKS

**Medido:**  
de slimme  
medicijndispenser >>

*In oktober 2017 is Envida in zeven geografische werkgebieden gestart met een pilotproject rond de Medido. Dat is een ingenieuze medicijn-dispenser die de cliënt eraan herinnert de juiste medicijnen op het juiste moment in te nemen. Twee Medido-gebruikers zijn Ria en Sjèr Hendriks uit Valkenburg aan de Geul.*

Sjèr slikt dagelijks meerdere pillen voor zijn hart. Daar is hij twee keer aan geopereerd. Inmiddels heeft hij een ICD, een apparaatje dat bij ingrijpende hartritmestoornissen een schok geeft om het normale hartritme te herstellen. Zijn echtgenote Ria heeft enkele jaren geleden een hersenbloeding gehad. 'Ik ben toen zes weken in een herstelkliniek geweest. Ik voel me nu goed. Alleen mijn zicht is door die hersenbloeding flink achteruitgegaan.' Ook Ria slikt verscheidene pillen per dag. Beiden beschikken ze over een Medido, die ze hebben ontvangen via Maike Chermin, wijkverpleegkundige bij Envida. 'Vanaf het begin van het pilotproject heb ik tien Envida-clënten aan een Medido geholpen.'

### **RIA EN SJÈR HEBBEN ELK EEN MEDIDO**

In de Medido zit een medicatierol, die bestaat uit meerdere plastic zakjes met pillen. Wanneer het tijd is om medicatie in te nemen, geeft het apparaat een geluids- en lichtsignaal af. Met één druk op de OK-knop verschijnt vervolgens een zakje met pillen. Dat zakje is voor een deel ingescheurd, wat het openen vergemakkelijkt. Maike: 'De apotheek stuurt de pillen per post naar het huisadres van de cliënt. Daar laden wij van de thuiszorg de medicatierol in het apparaat. In het geval van mevrouw en mijnheer Hendriks vindt de verzending van de medicatie altijd plaats op donderdag.'

Op de medicatierol staat een barcode. Hierdoor kan automatisch worden gecontroleerd of het om de juiste rol voor de juiste cliënt gaat. Op basis van diezelfde barcode wordt het week-schema van de inname tijden ingeladen in de dispenser.

### **DE MEDIDO BEVAT EEN MEDICATIEROL MET MEERDERE ZAKJES PILLEN**

#### **Mobiele verbinding**

Kunnen alle soorten pillen in de Medido? Maike: 'Sommige zijn te dik of te groot. Pillen die tijdelijk worden verstrekt, vinden meestal ook niet hun weg naar het apparaat. Trombose- en plaspillen evenmin, omdat die in een steeds wisselende hoeveelheid worden aangeboden. Het is voor de apotheek te bewerkelijk om de medicatierol steeds aan te passen. Wat de Medido wél weer kan: een signaal afgeven als een cliënt bijvoorbeeld zijn ogen moet druppelen of zich moet insmeren met een zalf. Wat verder handig is: de Medido heeft een mobiele verbinding en bevat een simkaart. Daardoor kun je hem probleemloos meenemen als je voor langere tijd van huis gaat. Je kunt er ook voor kiezen om de benodigde hoeveelheid medicatie uit de dispenser te laten komen voordat je weggaat.'

### **DE MEDIDO MEENEMEN ALS JE VAN HUIS GAAT**



### Minder flitsbezoeken

Ria: 'Vroeger kwam Maïke of een van haar collega's op onregelde tijden de pillen brengen die mijn man en ik nodig hebben. Ik zie haar nu nog één keer per week.' Wat Ria al aangeeft: door de Medido hebben cliënten minder te maken met flitsbezoeken van verschillende zorgprofessionals en nemen hun zelfredzaamheid en privacy toe. Voor de volledigheid: naast de mediatievoorziening krijgt Ria een keer per dag hulp bij het aantrekken van haar steunkousen. En twee keer per week worden Ria en Sjàr geassisteerd tijdens het douchen.

### Poolshoogte nemen

Ria is tevreden over het apparaat. En Sjàr? 'Ik zou het niet meer willen missen. De Medido is eenvoudig te bedienen. En het belangrijkste natuurlijk: Ria en ik vergeten nooit meer onze pillen in te nemen. Dat komt onze gezondheid alleen maar ten goede.' Laatste vraag aan Maïke: stel dat een cliënt niet reageert op het signaal dat de Medido afgeeft. Wat dan? 'Dan wordt hiervan automatisch melding gemaakt bij de zorgcentrale van Envida. Een van de medewerkers neemt dan

telefonisch contact op met de cliënt. Als dat niet lukt, wordt een zorgverlener ingeschakeld die meteen poolshoogte gaat nemen bij de cliënt thuis.'

### **SJÈR: 'IK ZOU HET APPARAAT NIET MEER WILLEN MISSEN'**

#### Uitstekende samenwerking

Maïke: 'Nog één ding. Niet dat ik per se reclame wil maken voor Philips, de producent van de Medido. Toch wil ik graag vertellen dat onze samenwerking met het Philips Medido Servicecenter uitstekend verloopt. Is er een storing in het apparaat, dan hoeven we maar even te bellen, waarna er snel een oplossing volgt omdat ze bij Philips de simkaart op afstand kunnen uitlezen.'

Deze zomer wordt het Medido-pilotproject uitgerold over meerdere Envida-teams.

## **NIEUWS**

# Krachtiger positie wijkverpleegkundigen door ambassadeurproject



*Het ambassadeurschap voor wijkverpleegkundigen heeft geleid tot betere zorg voor cliënten. Dat blijkt uit een evaluatie van het ambassadeurtraject voor wijkverpleegkundigen en casemanagers dementie, een project van V&VN en gefinancierd door ZonMw, dat wijkverpleegkundigen een sterkere positie moet geven. 'Ze durven nu op de zeepkist te staan en het op te nemen voor de meest kwetsbare patiënten.'*

*Het ambassadeurtraject duurt negen maanden en bevat een serie aan trainingen en coaching over leiderschap, zodat de wijkverpleegkundigen de beroepsgroep beter kunnen vertegenwoordigen en een visie op het vak kunnen ontwikkelen. Zestig wijkverpleegkundigen hebben leren lobbyen, onderhandelen en omgaan met media. Ze hebben geleerd breder te kijken dan hun eigen vakgebied.*

Bron: Zorgvisie, juni 2018

# 'Innoveren? Laten we vooral weer normaal doen in de zorg' »

*Normaal doen in de zorg. Wat houdt dat in? Hoogleraar ouderengeneeskunde Jos Schols noemt als eerste voorbeeld de overdracht van de thuiszorg naar de verpleeghuiszorg. De kwaliteit van die overdracht laat geregeld te wensen over wegens een gebrek aan goede samenwerking.*

'Bij innovaties in de zorg - waar ik een voorstander van ben - denken veel mensen aan zoiets als zorgrobots of de invoering van het elektronisch cliëntendossier. Maar wat heb je aan zo'n dossier als de arts in het verpleeghuis niet over de benodigde cliëntgegevens beschikt op het ogenblik dat een cliënt daar komt wonen?

En verder: nog te veel zorgprofessionals verschuilen zich achter de regels en protocollen die samen het systeem vormen. Daarbij is het overigens niet zo dat de bureaucratie uitsluitend van bovenaf, vanuit de overheid over ons is neergedaald. Zorgprofessionals verzinnen ook zélf nieuwe regels en houden de bureaucratie daarmee in stand.'

**'NOG TE VEEL ZORG-  
PROFESSIONALS VERSCHUILEN ZICH  
ACHTER HET SYSTEEM'**

## Zinvolle gesprekken

'Normaal met elkaar omgaan in de zorg betekent ook dat zorgprofessionals de tijd hebben om zinvolle gesprekken met cliënten en hun familie aan te gaan. En dat de professionals binnen de multidisciplinaire teams nader tot elkaar komen als ze bij elkaar komen. Intervisie en bijbehorende vragen als 'Wat gaat goed?' en 'Wat gaat minder goed?' kunnen hier zeker toegevoegde waarde bieden. Het is in deze context geen goed idee om uitsluitend af te gaan op de uitkomsten van cliënttevredenheidsonderzoeken.

Want laten we eerlijk zijn: de meeste cliënten zijn te afhankelijk van hun zorgorganisatie om een volledig objectieve mening te kunnen geven.'



**Jos Schols**

## 'PROFESSIONALS BINNEN MULTI-DISCIPLINAIRE TEAMS MOETEN NADER TOT ELKAAR KOMEN'

### Toneelspelen

'Wat ik om me heen zie, is dat het niveau van de thuis- en verpleeghuiszorg over het algemeen hoog is. Dat er dus bekwame professionals werken in alle verzorgende lagen. Wat me tegelijkertijd opvalt, is dat veel professionals tijdens het werk niet zichzelf zijn en in feite dus toneelspelen. Dat heeft naar alle waarschijnlijkheid te maken met onzekerheid. Met het besef dat je je als individu staande moet zien te houden binnen het regiem van een grote organisatie met al haar regels. Hier ligt nog ruimte voor verbetering. Die verbetering is vooral nodig omdat het kwaliteitsniveau van de zorg stijgt naarmate zorgverleners en zorgvragers meer zichzelf zijn.'

### Hypes

'Dan zijn er nog de hypes waar we achteraan hollen. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de kwaliteitshype, de veiligheidshype of de doelmatigheidshype. De overdreven aandacht voor die onderwerpen kan worden teruggebracht zonder dat de zorg daaronder lijdt. Weer 'normaal doen' kan dus ook innovatief zijn!

Zo is shared decision making nu een populaire term om tot een beleid te komen dat het beste past bij de individuele zorgvrager. Maar wat nog aan dat proces ontbreekt en wat daaraan vooraf moet gaan, is shared understanding. Pas als de zorgverleners en zorgvragers weer meer aandacht en begrip voor elkaar hebben, dus echt tijd nemen om de dialoog met elkaar aan te gaan, kan de zorg in zijn geheel een extra stap maken.

Dan wordt bij klachten ook minder snel de inspectie of het medisch tuchtcollege ingeschakeld.'

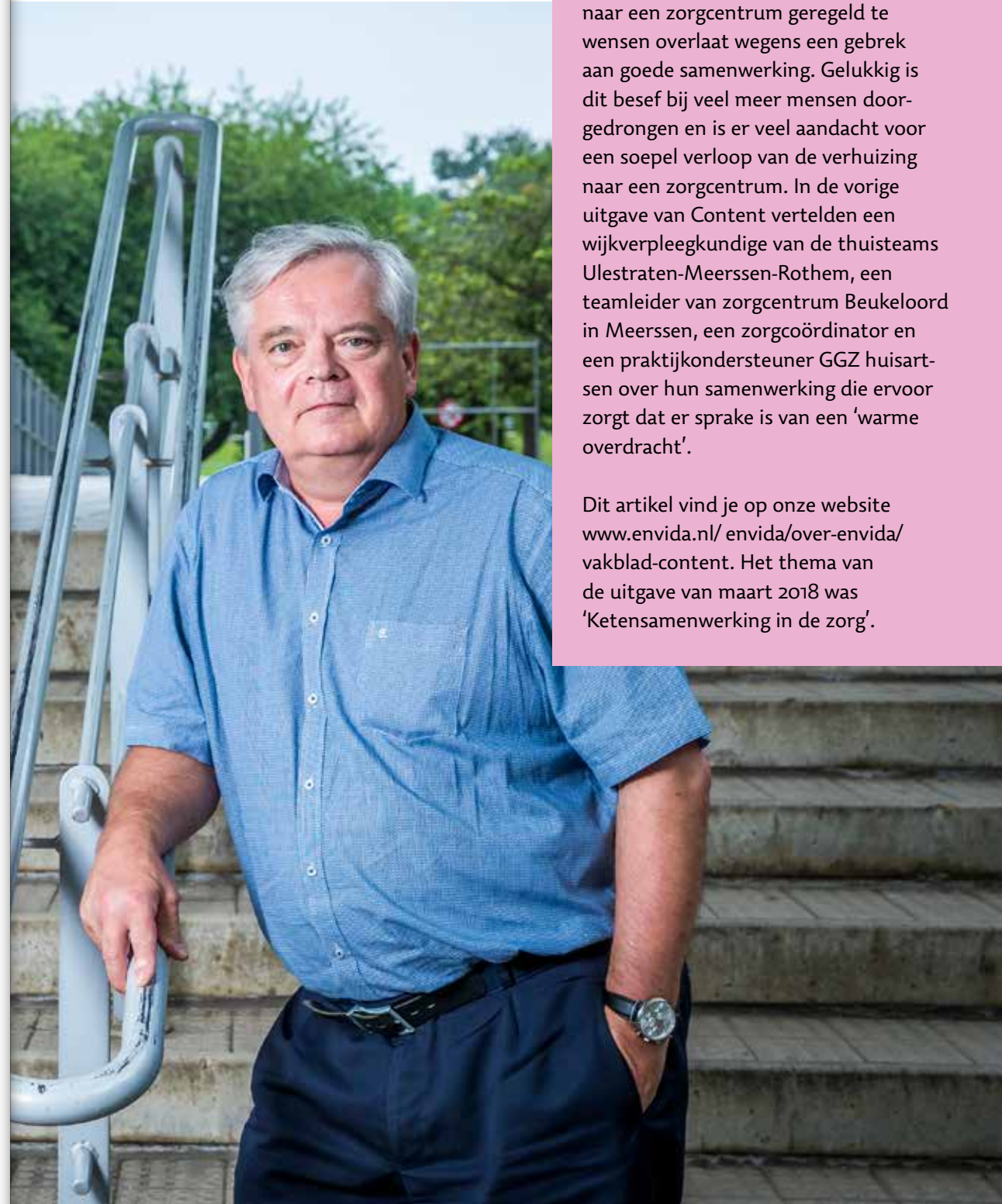
## 'LAAT SHARED UNDERSTANDING VOORAFGAAN AAN SHARED DECISION MAKING'

### Herwaardering eerlijke dialoog

'De juiste informatie verstrekken. Dat valt voor mij evengoed onder normaal gedrag. Stel dat je als zorgvrager bij ontslag uit het ziekenhuis te horen krijgt dat je na opname in een zorglocatie elke dag tweemaal fysiotherapie krijgt. Als dat niet zo blijkt te zijn, levert dat onnodige irritaties op en wordt het zorgteam meteen op achterstand gezet. Herwaardering van de eerlijke dialoog met de cliënt is de eerste zorginnovatie die ingevoerd moet worden. Gelukkig dringt dat besef steeds meer door, zelfs in de opleidingen. Nogmaals: als we daarbij ook weer normaal gaan doen en onszelf blijven, dus niet protocollair afgedwongen toneelspelen, hebben we meteen een tweede duurzame innovatie te pakken die zich met winst zal uitbetalen.'

### Normale vraag

'Een laatste voorbeeld: tijdens het intakegesprek moet er meer oprechte persoonlijke aandacht komen voor de cliënt en zijn familie. Een normale vraag is dan bijvoorbeeld: wat kunnen we voor u doen om uw verblijf in onze zorglocatie zo aangenaam mogelijk te maken? Dat is een veel geruststellender alternatief voor een onverwachte vraag die nu nog vaak op de dag van opname wordt gesteld: wilt u gereanimeerd worden of wilt u nog naar het ziekenhuis als er iets in uw gezondheidstoestand verandert? Daar zijn de cliënt en familie tijdens de dag van opname helemaal niet mee bezig.'



## Warme overdracht

In de eerste alinea van het interview laat Jos Schols weten dat de kwaliteit van de overdracht vanuit de thuiszorg naar een zorgcentrum geregeld te wensen overlaat wegens een gebrek aan goede samenwerking. Gelukkig is dit besef bij veel meer mensen doorgedrongen en is er veel aandacht voor een soepel verloop van de verhuizing naar een zorgcentrum. In de vorige uitgave van Content vertelden een wijkverpleegkundige van de thuishuisartsen van de thuiszorg Ulestraten-Meerssen-Rothenem, een teamleider van zorgcentrum Beukeloord in Meerssen, een zorgcoördinator en een praktijkondersteuner GGZ huisartsen over hun samenwerking die ervoor zorgt dat er sprake is van een 'warme overdracht'.

Dit artikel vind je op onze website [www.envida.nl/envida/over-envida/vakblad-content](http://www.envida.nl/envida/over-envida/vakblad-content). Het thema van de uitgave van maart 2018 was 'Ketensamenwerking in de zorg'.



Eva van Eerd

# De ziektelastmeter als instrument voor zelfmanagement >>

*De ziektelastmeter is ontwikkeld aan het Maastricht Universitair Medisch Centrum+. Het is een instrument dat een bijdrage moet leveren aan zelfmanagement van patiënten en patiënt-gerichte zorg. In eerste instantie zal de ziektelastmeter vooral gebruikt worden bij patiënten met COPD, maar in een later stadium is het de bedoeling een instrument te ontwikkelen dat gebruikt kan worden bij alle chronische aandoeningen zoals bijvoorbeeld diabetes en hart- en vaatziekten. Dit gezegd zijnde, dienen zich vervolgvragen aan. Wat voor instrument is dat dan precies? Hoe werkt het? En, last but not least, wie wordt er blij van? De praktijkondersteuner? De patiënt?*

Dr. Eva van Eerd is onderzoeker aan de Universiteit Maastricht en huisarts in Eijsden. Ze is lid van de projectgroep die de ziektelastmeter via een pilot bij vijf huisartsenpraktijken in deze regio gaat introduceren. De pilot is op 25 juni van start gegaan. 'De Ziektelastmeter', zegt Eva van Eerd, 'bestaat uit twee componenten. Aan de ene kant heb je de objectieve gegevens over de patiënt: leeftijd, gewicht, longfunctie, rookt de patiënt, dat soort gegevens. Aan de andere kant is er de vragenlijst die de patiënt zelf moet invullen. Liefst online, dat maakt de gegevensverwerking makkelijker, maar op papier kan ook. Het invullen van die lijst kost ongeveer tien minuten. Hoe vaak de lijst ingevuld moet worden, hangt af van de uitkomsten. In het ene geval zal de patiënt de vragen na drie maanden nog een keer beantwoorden, in het andere geval zal dat bijvoorbeeld één keer per jaar zijn.' In die ziektelastvragenlijst beantwoordt de patiënt vragen over fysieke, sociale, psychische en emotionele aspecten van zijn leven. Onderzoekers van de universiteit van Maastricht hebben vastgesteld dat het gebruik van

de ziektelastmeter leidt tot een betere kwaliteit van leven bij patiënten met COPD. De patiënten zelf ervoeren ook een betere kwaliteit van de zorg als gebruik werd gemaakt van de ziektelastmeter.

## Ziektelastmeter en zelfmanagement

Het doel van de projectgroep die de ziektelastmeter in de regio Maastricht-Heuvelland gaat introduceren, is breder dan alleen de introductie van de ziektelastmeter zelf. Dat zegt Judith Hazelzet, medewerker chronische zorg bij eerstelijnszorggroep Zio en eveneens lid van de projectgroep. 'Het doel is het bevorderen van persoonsgerichte zorg en zelfmanagement bij patiënten. De ziektelastmeter is een van de instrumenten die je daarvoor kunt gebruiken.' Voor de gezondheidszorg worden veel instrumenten en tools ontwikkeld, ook op het gebied van zelfmanagement. Is dit weer een extra tool? Judith Hazelzet begrijpt de vraag. 'Ja, maar wel een tool die ontwikkeld is omdat praktijkondersteuners zelf hebben aangegeven behoefte te hebben aan ondersteuning in het bevorderen van zelfmanagement. De pilot is net begonnen, we hebben dus nog geen ervaringsgegevens. In het begin kost het werken ermee misschien wat extra tijd, maar later gaat het tijd besparen.' De term 'zelfmanagement' wordt in de zorg steeds meer gebruikt, maar kan bij buitenstaanders ook de reactie oproepen: 'we hebben minder tijd en geld, dus doe het zelf maar'. Judith Hazelzet: 'Ik kan me voorstellen dat het zo klinkt, maar zo is het niet bedoeld. Mensen worden ook gewoon mondiger, ze willen zelf een stem hebben. Daarnaast kun je niet ontkennen dat door de vergrijzing en de toenemende behoefte aan zorg je naar manieren moet zoeken om toch de goede zorg te blijven bieden. Eén manier om dat te doen, is de patiënt

ook eigen verantwoordelijkheid te geven. Door de ziektelastmeter zal de patiënt zich bijvoorbeeld beter voorbereiden op het spreekuur. Daardoor kan de zorgverlener efficiënter zorg verlenen.'

## De praktijkondersteuner

Zijn er ook nog, om het maar eens zo uit te drukken, uitdagingen te verwachten bij de introductie van de ziektelastmeter? Eva van Eerd: 'Er is natuurlijk de ICT-uitdaging: de ziektelastmeter moet makkelijk ingepast kunnen worden in de huidige praktijkvoering.' De verwachting is dat het vooral de praktijkondersteuners zijn die met de ziektelastmeter zullen werken. Eva: 'Praktijkondersteuners zijn gewend geprotocolleerd te werken. Op basis van de uitkomsten van de ziektelastvragenlijst zul je een gesprek moeten voeren met patiënten. Dat vraagt een andere manier van werken. Vandaar dat in de pilot communicatietraining en video coaching belangrijk zullen zijn.' Judith Hazelzet: 'Praktijkondersteuners willen vaak zelf af van uitsluitend afvinken van lijstjes en meer coachen en ondersteunen.' Werken met de ziektelastmeter kan het werk van de praktijkondersteuner interessanter maken, wil ze maar zeggen.



Judith Hazelzet



*Pilotproject in vier Maastrichtse wijken*

# Blauwe Zorg in De Wijk »

*Wittevrouwenveld, Wyckerpoort, Nazareth en Limmel. Dat zijn de Maastrichtse wijken waar een pilotproject actief is rond Blauwe Zorg. De insteek daarbij: op een innovatieve manier werken aan een betere gezondheidstoestand van bewoners en een betere kwaliteit van zorg bij lagere zorgkosten.*

Wie een daadwerkelijke en duurzame verandering wil doorvoeren in de zorgwereld, kan dat niet in zijn eentje. Daarom in willekeurige volgorde de partijen die de handen ineen hebben geslagen om van Blauwe Zorg en Blauwe Zorg In De Wijk een succes te maken: ZIO, provincie Limburg, gemeente Maastricht, Universiteit Maastricht, GGD Zuid-Limburg, Huis voor de Zorg, Envida, Radar, XONAR, Trajekt, LEVANTOgroep en verzekeraar VGZ. Ingeborg Wijnands-Hoekstra, senior beleidsadviseur bij ZIO en lid van het programmteam Blauwe Zorg In de Wijk: 'Het pilotproject in de vier Maastrichtse wijken is gestart in 2016 en duurt in totaal vijf jaar. In september maken we weer een tussenbalans op. Dan bespreken we onder meer met gemeente, provincie en VGZ welke resultaten we hebben geboekt en of we nog steeds in lijn opereren met het begrip 'positieve gezondheid' dat centraal staat binnen hun beleidskaders en dat aan de basis staat van Blauwe Zorg.' In het kort: positieve gezondheid is een nieuwe en deels experimentele beweging in de zorg die in gang is gezet door arts-onderzoeker Machteld Huber. Dit houdt onder meer in dat wijkbewoners worden gestimuleerd om zelf actief te zijn en de regie te nemen over hun eigen gezondheid.



**Ingeborg  
Wijnands-Hoekstra**

**Bianca Vaessen**

## Groot aantal zorg- en hulpverleners

Bianca Vaessen is procescoördinator transformatie sociaal domein bij de gemeente Maastricht. Net als Ingeborg maakt zij deel uit van het programmteam Blauwe Zorg In De Wijk. 'In de Maastrichtse wijken waar het pilotproject zich afspeelt, is veelvuldig sprake van gezinnen met meervoudige problemen die worden ondersteund door een groot aantal zorg- en hulpverleners van verschillende instanties. Al die zorg en hulp is met de beste bedoelingen in gang gezet, maar dat neemt niet weg dat zowel de gezinnen als de zorg- en hulpverleners geregeld door de bomen het bos niet meer zien. Blauwe Zorg In De Wijk zorgt

voor een betere afstemming op dat gebied. De gezinnen in kwestie hebben daar overigens ook een belangrijke stem in.' Ingeborg: 'Rond individuele cliënten en gezinnen hebben we een casussenboek samengesteld met tot nu toe vijftig verschillende casussen. Die hebben we naast elkaar gelegd en vervolgens een voor een aandachtig bestudeerd. Zo is een duidelijker beeld ontstaan van de knelpunten die er leven binnen de zorg- en hulpverlening en hoe die opgelost kunnen worden.'

**INGEBORG EN BIANCA MAKEN DEEL  
UIT VAN HET PROGRAMMATEAM  
BLAUWE ZORG IN DE WIJK**

### Voorbeelden casussenboek

Bianca: 'Om een voorbeeld te geven. Iemand met een licht verstandelijke beperking wordt vanuit Maastricht doorverwezen naar Stichting STEVIG in Sittard. Alleen: niemand heeft er rekening mee gehouden dat deze persoon de afstand Maastricht-Sittard niet in zijn eentje kan afleggen. Bovendien kan hij de reis niet betalen omdat hij uitsluitend leeft van weekgeld. Nog een voorbeeld, over hoe het ook kan: een alleenstaande mevrouw komt onder bewindvoering te staan omdat haar overleden echtgenoot haar heeft achtergelaten met schulden. Als ze dan ook nog een val maakt in de badkamer, blijkt dat ze niet meer zelfstandig kan blijven wonen. Samen met de wijkverpleegkundige is ze vervolgens gaan kijken naar een passende zorgwoning. En samen met de bewindvoerder en vrijwilligers heeft ze de verhuizing helemaal voorbereid. De mevrouw woont nu in haar nieuwe woning.'

### WIJKVERPLEEGKUNDIGE GAAT MET CLIËNT NAAR ZORGWONING KIJKEN

#### Professionals aan Zet

Ingeborg: 'Het gaat hier om de pijler Professionals aan Zet binnen het pilotproject. In zekere zin worden de professionals beperkt door het zorg- en hulpverleningssysteem waarbinnen ze opereren omdat ze niet in de gelegenheid worden gesteld om verder te kijken en te handelen dan hun eigen, afgebakende domein. Waarom mag een maatschappelijk werker een cliënt niet helpen met het aan- of uittrekken van steunkousen als hij daar toch op bezoek is? Hoe dan ook, Blauwe Zorg In De Wijk doet een beroep op professionals om de grenzen van hun takenpakket op te zoeken, om buiten de vastgestelde kaders te denken en te handelen. Binnen het pilotproject gaan we deze ontwikkeling monitoren.' Bianca: 'Die ontwikkeling moet er ook voor zorgen dat de wijkbewoners en de professionals de boventoon gaan voeren binnen de zorg- en hulpverlening, en niet het behandel- en dienstenaanbod.' Ingeborg: 'De bestuurders van de deelnemende partijen aan Blauwe Zorg In De Wijk onderschrijven dat. Letterlijk zelfs. Ze hebben allemaal de commitmentverklaring ondertekend.'



### REDACTIONEEL

# Structurele gelden voor Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg

Medio juni 2018 komt op Zorgvisie.nl een nieuwsbericht voorbij dat het ministerie van VWS de zes Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg (SANO) gaat subsidiëren. De structurele financiering levert naar verwachting nieuwe kennis op die landelijk beschikbaar komt voor Nederlandse verpleeghuizen.

De kennisnetwerken zijn een gezamenlijk initiatief van zes universiteiten van Maastricht, Nijmegen, Tilburg, Leiden, Amsterdam (VUmc), Groningen en de betrokken verpleeghuizen. Zij onderzoeken concrete thema's in de ouderenzorg, waaronder pijnbeoordeling bij mensen met dementie en het voorkomen van onvrijwillige zorg.

Om de slagkracht van deze Academische Netwerken Ouderenzorg te vergroten, heeft het ministerie besloten de zes netwerken te co-financieren met structurele gelden. De subsidies lopen op en bedragen vanaf 2020 € 700.000,- per netwerk per jaar. Volgens het bericht kunnen er hierdoor meer vaste onderzoekmedewerkers aan universiteiten worden aangesteld. Ook kunnen er meer duobanen binnen de netwerken worden gecreëerd. Bij deze duobanen werken onderzoekers van universiteiten ook deels in een zorgorganisatie, zodat nieuwe kennis direct in de praktijk kan worden toegepast.

Hieruit blijkt dat (extra) geld en innovatie onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Goed nieuws dus voor de ouderenzorg.

## **COLOFON**

---

**Content** is een uitgave van Envida in samenwerking met Maastricht UMC+, ZIO en Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg.

**Redactie:** Lisette Ars, Guido Biesmans, Vivian Haïne, Helmi van Nuil, Roel Sillen, Ingeborg Wijnands-Hoekstra, Sandra Zwakhalen

**Tekst:** Pascal Panis, Jules Coenegracht,

**Concept:** Zuiderlicht

**Opmaak:** Advance Communications

**Fotografie:** Marcel van Hoorn

**Druk:** ARS printmedia

### **Suggesties voor de redactie?**

Bel of mail Helmi van Nuil, Communicatie en Marketingadviseur Envida, 043 - 631 41 87, [communicatie@envida.nl](mailto:communicatie@envida.nl)