



**Titel Project:            [G]Oud en de Wmo**

## II. Producten

Vermeld de status van de in de projectaanvraag genoemde producten (tastbare resultaten) en eventueel bijkomende, die kunnen worden gebruikt om de mate van doelbereiking vast te stellen

	<b>Product (genoemd in aanvraag)</b>	<b>Status (datum gereed of planningsdatum)</b>
1.	Protocol Indicatiestelling [G]OUD en de Wmo	Zie verslag en bijlage 8
2.	Privacy document	Zie verslag en bijlage 4 en 5
3.	Proeftuin gemeente Heerlen en gezondheidscentrum "Hoensbroek" (pilot deelproject gemeente Heerlen)	Einddatum 1 maart 2013
4.	Proeftuin gemeente Kerkrade en gezondheidscentrum "de Linde" (pilot deelproject gemeente Kerkrade)	Einddatum 1 maart 2013
5.	Proeftuin gemeente Maastricht en gezondheidscentrum "van Kleef" (pilot deelproject gemeente Kerkrade)	Einddatum 1 maart 2013

## III. Financiën

### 1. IS VOOR HET PROJECT ELDERS SUBSIDIE AANGEVRAAGD, VERLEEND OF VERSTREKT?

<b><u>Doorstrepen indien niet van toepassing</u></b>	
<del>Ja</del>	Indien ja:
Bij welke instantie?	
Datum aanvraag	
Datum verstrekking	
Bedrag	
Nee	

## Inhoudsopgave

	Verantwoording	
	Inhoudsopgave	1
1.	Inleiding	3
2.	Doelstellingen project	5
3.	Beschrijving werkwijze per deelproject	9
4.	Beschrijving uitkomsten per deelproject:	11
	4.1. Analyse ingevulde formulieren	11
	4.2. Analyse interviews (voor- en nadelen Samen Sterk, eventuele suggesties voor verbeteringen, knelpunten)	14
5.	Ontwikkelingen van invloed op het project	17
	5.1. Ontwikkelingen in de praktijk: gemeentelijk beleid, regeerakkoord, eventuele neveneffecten	17
	5.2. Ontwikkelingen op het gebied van huisartsenzorg	22
6.	Doelstellingen wel/niet behaald	25
7.	Conclusies en aanbevelingen	29
	7.1. Per gemeente	29
	7.2. Algemene conclusie, do's en dont's	31

## Bijlagen

1. Projectplan G]OUD en de Wmo Samen Sterk, juni 2011
2. Overzicht deelnemers Stuurgroep en Werkgroep Samen Sterk
3. Tussenrapportage Project [G]OUD-Wmo: Samen Sterk, maart 2012
4. Convenant Samen Sterk
5. Toestemmingsverklaring
6. Registratieformulieren – cijfers per gemeente
7. Wmo-intake als gespreksleidraad met delen uit [G]OUD-consult
8. Stroomschema's



## 1. Inleiding

Binnen de regio Maastricht-Heuvelland en Parkstad is het project [G]OUD (Gezond Oud), gestart. Dit project is geïnitieerd door de GGD Zuid Limburg, de Regionale Huisartsenorganisaties (RHZ/ZIO en HOZL), Huis voor de Zorg en de gemeente Maastricht. Het project heeft als ambitie dat thuiswonende ouderen hun kwaliteit van leven en hun zelfredzaamheid kunnen behouden dan wel bevorderen. Vanuit de huisartspraktijk worden thuiswonende ouderen (vanaf 75 jaar) door de praktijkondersteuner huisarts (POH) in kaart gebracht zowel op lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren inclusief leefstijl. Afhankelijk van de uitkomsten en de behoeften van de ouderen vindt zo nodig preventieve advisering, dan wel behandeling en/of verwijzing plaats naar een gepast aanbod op het gebied van Wonen, Welzijn en Zorg (WWZ) zo dicht mogelijk bij de ouderen in de buurt. Dit project wordt gefinancierd door de Provincie Limburg, gemeente Maastricht en Nationaal Programma Ouderen (NPO) van ZonMW.

Op 1 januari 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) ingevoerd. Het doel van de Wmo is dat alle burgers kunnen participeren in de samenleving. Centraal staat het 'meedoen' aan alle facetten van de maatschappij. Het eindperspectief van de Wmo is een samenhangend lokaal beleid op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, wonen en welzijn en op aanpalende terreinen, zoals de zorg. 10% van de Nederlandse bevolking heeft min of meer structurele ondersteuning nodig vanuit de Wmo en 5% heeft die incidenteel of kortdurend nodig. De Wmo onderscheidt (nu nog) 9 prestatievelden. Een onderdeel hiervan is het verlenen van individuele voorzieningen. De individuele voorzieningen kunnen worden onderverdeeld in vervoersvoorzieningen, verplaatsen in en rond de woning, woonvoorzieningen en hulp bij het huishouden. Indien een burger hiervoor in aanmerking wil komen dient een indicatiestelling plaats te vinden. Een groot deel van deze gegevens is al bekend bij de eerstelijns of worden via het project [G]OUD (ook in de eerstelijns) in kaart gebracht. In dit projectplan wordt nagegaan hoe de Wmo-indicering en de eerstelijnszorg/[G]OUD met elkaar verbonden kunnen worden, zodat integraal en efficiënt gewerkt kan worden.

### Looptijd project

In eerste aanleg was de looptijd van het project voorzien van 1 oktober 2010 tot 31 september 2012. Door onder andere het vertrek van de projectleider [G]OUD in Parkstad heeft het project vertraging opgelopen en is de looptijd gewijzigd naar 1 maart 2011 tot 1 maart 2013.

### Projectplan en tussenrapportage

De oorspronkelijke projectaanvraag die is ingediend bij Robuust voor het verkrijgen van de subsidie is in juni 2011 verder uitgewerkt en goedgekeurd door de stuurgroep. Zie voor het uitgewerkte Projectplan bijlage 1 en voor de samenstelling van de stuurgroep Project [G]OUD-Wmo: Samen Sterk bijlage 2. In juni 2012 heeft de programmacommissie van Robuust de tussenrapportage plus voorgestelde aanpak goedgekeurd. Voor de tussenrapportage zie bijlage 3.

### Projectstructuur

De stuurgroep is tijdens de looptijd van het project vier keer bijeengekomen, de werkgroep 19 keer. Van alle bijeenkomsten zijn notulen gemaakt.

## Doelstellingen en resultaten

De algemene doelstelling en de doelstellingen per deelproject staan beschreven in hoofdstuk 2 van deze rapportage.

In het projectplan is een viertal resultaten genoemd. Hieronder staan deze resultaten beschreven en wordt aangegeven waar in deze rapportage de uitkomsten van deze resultaten staan beschreven.

1. Een protocol voor de afstemming Wmo-indicering – [G]OUD/eerstelijnszorg binnen de drie verschillende gemeenten.  
Zie hoofdstuk 3.
2. Inzicht in het proces van uitvoer van de pilot met de bijbehorende randvoorwaarden (zoals aanpassingen ICT, privacy) en resultaten . De onderstaande resultaten worden meegenomen in de evaluatie.  
*Ouderen*
  - Toename tevredenheid van de zorg;
  - Toename van de kwaliteit van leven.*Huisartspraktijk*
  - Toename van de tevredenheid over de gegevensuitwisseling met de gemeenten;
  - Toename van het aantal ouderen dat in de huisartspraktijk integraal in beeld is d.w.z. dat ook relevante gegevens van de gemeente bekend zijn;
  - Vermindering belasting huisartspraktijk bij de Wmo-indicering.*Gemeenten*
  - Verkorting van de doorlooptijd Wmo-indicering;
  - Efficiëntere indicatiestelling per gemeente (o.a. minder verwijzingen naar GGD Zuid Limburg/CIZ, minder ureninzet Wmo-consulenten)
  - Toename van de tevredenheid Wmo-consulenten over de samenwerking met de huisartspraktijk.Zie hoofdstuk 4 t/m 6, conclusie en aanbevelingen hoofdstuk 7.
3. Implementatieplan voor verbinding eerstelijnszorg/[G]OUD en de Wmo-indicering voor andere gemeenten.  
Zie hoofdstuk 7.
4. Publicatie van de ervaringen en resultaten.  
Zie hoofdstuk 6.

## 2. Doelstellingen Project

De doelstelling van dit project, zoals omschreven bij de projectaanvraag, is het realiseren van een integrale<sup>1</sup> en efficiëntere<sup>2</sup> zorg voor ouderen door een verbinding te maken tussen [G]OUD en de indicering van de Wmo.

De beginsituatie en de gewenste situatie per gemeente zijn beschreven in de tussenrapportage in bijlage 3.

### 2a. Doelstellingen deelproject Heerlen

Gemeente Heerlen wil de indicatiestelling graag zo efficiënt mogelijk laten verlopen. Dit wil zeggen een zorgvuldige, effectieve indicatiestelling die snel plaatsvindt zonder onnodige belasting van de cliënt en tegen zo laag mogelijke kosten. Hierbij is het uitgangspunt dat alleen een individuele voorzieningen worden verstrekt, indien de cliënt zijn participatieprobleem niet door andere middelen en mogelijkheden kan compenseren waarvoor een gemeentelijke compensatieplicht geldt.

Gestreefd wordt naar een goede gegevensuitwisseling en samenwerking tussen de huisartsen en Bureau Wmo-voorzieningen. Hierdoor wordt verwacht dat de indicatiestelling efficiënter gaat verlopen en een lagere belasting vormt voor de cliënt.

Om de bovenstaande doelstelling te bereiken, zijn er subdoelen geformuleerd, te weten:

- i. Consulenten van de gemeente kunnen, voorafgaande aan een huisbezoek/onderzoek, beschikken over informatie van het gezondheidscentrum over een cliënt. Deze informatie kan bestaan uit medische gegevens, medicatie en/of een [G]OUD-consult.
- ii. Consulenten van de gemeente verstrekken gegevens van hun intakes aan het gezondheidscentrum. Tevens kunnen daarbij vragen van medische aard gesteld worden aan de betreffende artsen of POH's.
- iii. Goedkeuring van de cliënt en een privacyconvenant tussen gemeente en het gezondheidscentrum zijn een noodzakelijke voorwaarde.
- iv. POH's van het gezondheidscentrum moeten kennis hebben van de Wmo en weten welke informatie van belang is om te komen tot een juiste indicatie. Indien gewenst verstrekken POH's informatie aan de gemeente op basis waarvan de gemeente verkort een aanvraag van de cliënt kan afhandelen.

### 2b. Doelstellingen deelproject Kerkrade

Doelstelling

De algemene doelstelling van het project is om een integrale en efficiëntere zorg voor ouderen te realiseren door een verbinding te maken tussen [G]OUD en de indicering van de Wmo.

Ingebed in de Kerkraadse situatie zijn de volgende doelstellingen geformuleerd:

- de gemiddelde doorlooptijd van een in het kader van het project opgepakte aanvraag vermindert significant (ten opzichte van 'traditioneel' opgepakte aanvragen);
- de hoeveelheid externe adviezen door de gemeente aangevraagd bij de Mo-zaak neemt significant af;
- de cliënt/patiënt hoeft slecht een keer uitgevraagd te worden.

---

<sup>1</sup> Integraal = in zijn geheel, volledig

<sup>2</sup> Efficiënt = ook wel doelmatig genoemd, een proces is efficiënt als er ten opzichte van de norm weinig middelen worden gebruikt.

Daarnaast werd nog een aantal subdoelstellingen geformuleerd:

- i. er wordt kennis over elkaars werk opgedaan;
- ii. de oudere hoeft zich niet in het netwerk te verplaatsen, het netwerk gaat naar de oudere toe;
- iii. diverse projecten met (gedeeltelijk) dezelfde doelgroep kunnen wellicht in elkaar gevlochten worden;
- iv. na projectafloop zou de conclusie kunnen leiden tot verbreding van de doelgroep (voor wat betreft het samenwerken en uitwisselen van benodigde gegevens) naar alle patiënten in de huisartsenpraktijk.

Vóór aanvang van het project [G]OUD en de Wmo Samen Sterk was al sprake van een samenwerking met de huisartsenpraktijk, vooral gebaseerd op de aanwezigheid van het sociaal wijkteam. De gemeente huurde ruimtes, draaide tweemaal per week spreekuur en vergaderde eenmaal per maand waarbij de POH-ouderenzorg aansloot.

Er was overleg tussen POH en Wmo-consulent, echter slechts incidenteel. Het kennisniveau van elkaars werk was minimaal. Uitwisseling over cliënten vond vooral tijdens de maandelijkse overleggen plaats, echter alleen ten behoeve van de door leden ingebrachte casuïstiek.

De casuïstiek besproken in het overleg betrof grotendeels zeer complexe problematiek bij bewoners van de wijk en vergt veel afstemming. De gemiddelde oudere kwam hier niet aan bod. De POH is daarbij geen enkele keer als casemanager benoemd.

De oudere wachtte vaak lang op een antwoord op zijn hulpvraag, omdat de communicatie hierover gebonden is aan procedures (aanvraag, adviesaanvraag, vaststellen medische grondslag, etcetera).

De concrete doelen van het project:

- de gemiddelde doorlooptijd van een in het kader van het project opgepakte aanvraag vermindert significant;
- de hoeveelheid externe adviezen door de gemeente aangevraagd bij de Mo-zaak neemt significant af;
- de cliënt/patiënt hoeft slechts één keer uitgevraagd te worden.

Met als subdoelen:

- i. Om bovenstaande doelen te bereiken is het van belang, dat aan het eind van het project over en weer met minder drempels informatie uitgewisseld kan worden ten behoeve van de individuele cliënt/patiënt.
- ii. De consulent en de POH dienen over een evenwichtig kennisniveau te beschikken met betrekking tot elkaars werkzaamheden.
- iii. Er wordt een meer actieve bijdrage van de POH aan het sociaal wijkteam nagestreefd.
- iv. De oudere hoeft zich niet in het netwerk te verplaatsen, het netwerk gaat naar de oudere toe en hij wordt sneller geholpen met zijn hulpvraag.
- v. Diverse in de stad lopende projecten met (gedeeltelijk) dezelfde doelgroep kunnen wellicht ineengevlochten worden (bijvoorbeeld valpreventie, ouderenproject Impuls, achter de voordeur).
- vi. Na projectafloop zouden de bevindingen wellicht aanleiding kunnen geven tot verbreding van de doelgroep (voor wat betreft het samenwerken en uitwisselen van benodigde gegevens) naar alle patiënten in de huisartsenpraktijk.



## 2c. Doelstellingen deelproject Maastricht

Doelstelling van de pilot binnen de gemeente Maastricht is het creëren van een efficiënte informatie-uitwisseling tussen Wmo-consulent en POH/huisarts. Praktisch betekent dit dat de, reeds bij de huisartsenpraktijk bekende gegevens van ouderen, in een eerder stadium (reeds bij de aanvraag) worden doorgegeven aan de Wmo-consulent. Het betreft de informatie die relevant is bij een Wmo-aanvraag en (met name) binnen het [G]OUD-consult verzameld is. Hiermee wordt voorkomen dat ouderen tweemaal dezelfde vragen moeten beantwoorden. Uiteraard vindt gegevensuitwisseling alleen plaats met toestemming van de oudere.

Hierbij werd vooraf gesteld dat voldaan moest worden aan de volgende voorwaarden:

- een vaste Wmo-consulent voor de huisartsenpraktijken;
- MediX (het Keten Informatie Systeem van ZIO) diende zodanig ingericht te zijn dat met één druk op de knop relevante informatie uit het [G]OUD-consult gefilterd kon worden en verzonden naar de Wmo-consulent.

De doelstelling van dit project is om een integrale en efficiëntere zorg voor ouderen te realiseren door een verbinding te maken tussen de huisartsenpraktijk waar [G]OUD wordt uitgevoerd en de indicering van de Wmo.

In de gewenste situatie worden relevante gegevens van de ouderen uitgewisseld tussen gemeenten en huisartsenpraktijken. Alle partijen hebben zicht in het functioneren van de oudere in de thuissituatie. Dit betekent dat het voor alle drie de betrokken partijen winst zal opleveren.

Voordeel gemeente Maastricht:

Indien de gemeente gebruik kan maken van informatie van de huisartsenpraktijk die via [G]OUD is verkregen, kan de indicatiestelling sneller en efficiënter verlopen.

Uitgangspunt is en blijft dat de gemeente de regie houdt bij de indicatiestelling en uiteindelijk ook alleen bevoegd is een besluit te nemen. Bovendien krijgen gemeenten ook meer zicht op de populatie in een wijk, waardoor mogelijk individuele voorzieningen door collectieve voorzieningen kunnen worden vervangen.

Voordeel Huisartsenpraktijk:

Door het uitwisselen van de gegevens over een verstrekte voorziening aan een oudere door de gemeente heeft de huisartsenpraktijk meer zicht op de ouderen en kunnen de gegevens aanleiding zijn om de oudere op te roepen voor het [G]OUD-consult.

Voordeel oudere:

Voor de ouderen is het voordeel dat ze niet meerdere keren al hun gegevens dienen door te geven.



### 3. Beschrijving werkwijze per deelproject

#### 3a. Deelproject Heerlen

- Stap 1: Verzamelen gegevens van het Gezondheidscentrum Hoensbroek en de gemeente Heerlen. Op basis van deze gegevens zal een stroomschema (zie bijlage 8) ontwikkeld worden waarin zowel de te doorlopen stappen als de handelingen worden beschreven.
- Stap 2: De [G]OUD-intake aanpassen en geschikt maken voor een enkelvoudige Wmo-aanvraag. De keuze zal gemaakt worden voor Hulp bij het Huishouden of het Collectief Vraagafhankelijk Vervoer.
- Stap 3: Zowel de POH als Wmo-consulenten kennis laten maken met elkaars werkzaamheden. Indien noodzakelijk zullen de Wmo-consulenten geschoold worden in het afnemen van de [G]OUD-intake.
- Stap 4: De POH neemt de [G]OUD-intake af. Indien van toepassing zal de POH de toegevoegde Wmo-vragen stellen.
- Stap 5: De consulent neemt de [G]OUD-intake af en verwerkt deze in het betreffende systeem. Het gaat hierbij om zowel bekende als 'onbekende' cliënten van de [G]OUD-praktijk.
- Stap 6: Stap 1 t/m 5 optimaliseren en inbedden in het indicatieproces van de gemeente en in het casus-overleg van het Gezondheidscentrum. Een en ander zou moeten leiden tot een vernieuwde werkwijze en tot een beschrijving van een werkprocedure/protocol.
- Stap 7: Stap 1 t/m 5 uitbreiden voor andere Wmo-resultaatsgebieden.
- Stap 8: Bovenstaande werkwijze implementeren bij andere [G]OUD-praktijken, bij voorkeur in combinatie met de Sociale wijkteams.

**De stroomschema's die zijn ontwikkeld voor deze werkwijze staan in bijlage 8.**

#### 3b. Deelproject Kerkrade

- Stap 1: Overlap [G]OUD-intake en Wmo-intake vaststellen.
- Stap 2: Cliënten selecteren (instroom uit zowel de huisartsenpraktijk als uit nieuwe Wmo-aanvragen).
- Stap 3: Afleggen gezamenlijke huisbezoeken: [G]OUD-intake en de integrale Wmo-intake worden afgenomen.
- Stap 4: Cliëntgegevens worden op basis van 'need to know' met elkaar uitgewisseld, met toestemming van de cliënt verkregen tijdens het huisbezoek.
- Stap 5: Verwerking in de 'eigen' systemen.
- Stap 6: Driemaandelijke evaluaties met de (deel)projectleider.
- Stap 7: Werkwijze vastleggen/stroomschema's opstellen.
- Stap 8: Verankeren aanpak in sociaal wijkteam 'de Linde' indien positief gewaardeerd.
- Stap 9: Uitrol naar andere praktijken

**De stroomschema's die zijn ontwikkeld voor deze werkwijze staan in bijlage 8.**

### 3c. Deelproject Maastricht

- Stap 1: Inventariseren hoe de Wmo-indicering en de huisartsenpraktijk/[G]OUD momenteel met elkaar verbonden zijn (met andere woorden hoe werkt men nu samen? Waar liggen de knelpunten? Waar liggen de kansen?) en uitdiepen van de wenselijke situatie.
- Stap 2: Inventariseren hoe de Wmo-indicering en de huisartsenpraktijk/[G]OUD in de wenselijke situatie met elkaar verbonden kunnen worden (met andere woorden waar, wanneer en hoe kunnen verbindingen worden gelegd ofwel kan beter met elkaar worden samengewerkt?), waarbij als uitgangspunt geldt dat het indicatiebesluit bij de gemeente Maastricht blijft liggen in het kader van een objectieve en onafhankelijke indicatiestelling. Binnen de gemeente zal getoetst worden of de [G]OUD-vragenlijst voldoende informatie genereert, zodat deze bruikbaar is als intake en/of indicatie voor een Wmo-voorziening. Indien de bestaande vragenlijst niet afdoende is zal deze worden aangevuld.
- Stap 3: Uitwerken samenwerkingsprotocol in stroomschema's.
- Stap 4: Toepassen samenwerkingsprotocol.
- Stap 5: Evaluatie samenwerkingsprotocol en doorvoeren verbeterpunten.

#### Randvoorwaarden

- [G]OUD dient geautomatiseerd te zijn in Medix.
- Inzicht in het Wmo-indicatieproces in de gemeente Maastricht.
- Inzicht in en kennis van juridische zaken die betrekking hebben op privacy en gegevensuitwisseling.
- Beschikbaarheid en dus inbreng van praktijkondersteuner van Gezondheidscentrum dr. Van Kleef bij in bovengenoemde fasen. Supervisie door huisarts van Gezondheidscentrum dr. Van Kleef.
- Beschikbaarheid en dus inbreng van Wmo-medewerker bij in bovengenoemde fasen. Supervisie door manager Wmo-indicering.
- Begeleiding door projectleider van samenwerking praktijkondersteuner en Wmo-consulent.
- Vastleggen in een convenant hoe de samenwerking met betrekking tot de gegevensuitwisseling tussen de huisartsenpraktijk en de gemeente plaatsvindt.

**De stroomschema's die zijn ontwikkeld voor deze werkwijze staan in bijlage 8.**

## 4. Beschrijving uitkomsten per deelproject

Als algemene doelstelling van het project werd in de inleiding genoemd: een integrale en efficiëntere zorg voor ouderen te realiseren door een verbinding te maken tussen [G]OUD en de indicering van de Wmo.

Efficiëntie ofwel doelmatigheid houdt in, dat er een gunstige verhouding bestaat tussen de bereikte prestaties enerzijds en de hiervoor ingezette activiteiten en/of middelen anderzijds of met andere woorden: een proces is efficiënt als er ten opzichte van de norm weinig middelen worden gebruikt.

Efficiëntie zou onder andere afgelezen kunnen worden aan enerzijds zaken als doorlooptijden, gebruikte werktijd per aanvraag van de consulent en/of van de POH en anderzijds van de klanttevredenheid van de ouderen.

De praktische uitvoering van het project maakte het niet mogelijk een cijfermatige vergelijking te maken van de verschillende parameters tijdens het project enerzijds en de 'normale' werkwijze anderzijds.

- De aanvragen die in het kader van het project in behandeling werden genomen, kregen een voorkeursbehandeling: ze kwamen bovenop de stapel te liggen en werden met voorrang afgehandeld. Dit alleen al zou voor een verkorting van de doorlooptijd zorgen. Het is echter de vraag of die er ook zou zijn als alle aanvragen behandeld zouden worden volgens de werkwijze van [G]OUD en de Wmo.
- Systeemtechnisch was het in Maastricht, Heerlen en Kerkrade niet mogelijk de doorlooptijden vanaf de werkverdeling (enkele dagen ná het ontvangen van de aanvraag) van de aanvragen in het project te scheiden van die van de 'normale' aanvragen. Voor Maastricht bedragen de doorlooptijden van het totale bestand voor een vervoersvoorziening 22 dagen, voor een scootmobiel 36 dagen en voor hulp bij de huishouding 24 dagen.
- Er is gedurende de looptijd van het project niet tijdgeschreven. Daarom kan er evenmin een vergelijking gemaakt worden of er een winst behaald is op de tijdsinvestering per consulent of POH per aanvraag. Kwantitatieve vergelijkingen zijn dus niet te maken.
- Een klanttevredenheidsonderzoek onder de ouderen, wier aanvraag volgens de onder het project geldende werkwijze werd afgehandeld, kan in dit verband pas op waarde geschat worden, indien er als vergelijking ook onderzoeksgegevens voorhanden zijn met betrekking tot de ouderen, wier aanvraag volgens de 'normale' werkwijze werd afgehandeld.

Om toch een indruk te krijgen van meer kwalitatieve aspecten van het project, werd een analyse gemaakt van de ingevulde formulieren en een analyse van de interviews.

### 4.1 Analyse ingevulde formulieren

Er werden registratieformulieren aangeleverd door Heerlen (door drie consultants, geen door de bij het project betrokken POH), 10 door Kerkrade (door een consulent en een POH) en door Maastricht (een consulent, twee POH's). De cijfers werden per project gescheiden vanwege de verschillen in werkwijze per gemeente.

### Opvallendheden registratieformulieren

De opvallendheden uit de registratieformulieren worden in deze paragraaf besproken. De resultaten van alle formulieren worden schematisch gepresenteerd in bijlage 6 (de cijfers worden per gemeente apart gepresenteerd vanwege de verschillen in werkwijze per gemeente).

<i>Vraag 8. Wat is het verschil voor de <b>POH</b> in vergelijking met de oude werkwijze?</i>			
	<i>Heerlen N=0</i>	<i>Kerkrade N=5</i>	<i>Maastricht N=12</i>
Geen	-	0%	8%
Werkproces kost MINDER tijd	-	100%	0%
Werkproces kost MEER tijd	-	0%	75%
Extern advies niet meer nodig	-	0%	0%
Anders	-	0%	0%

Opvallend is dat in 100% van de gevallen het werkproces minder tijd kost in vergelijking met de oude werkwijze volgens de POH in gemeente Kerkrade. In Maastricht zien we juist het tegenovergestelde. Hier geeft de POH aan dat in de meerderheid van de gevallen (75%) het werkproces meer tijd kost. Dit kan verklaard worden doordat er in de gemeenten sprake is van een andere situatie. In gemeente Maastricht vindt een wekelijks telefonisch gesprek van 30 minuten plaats tussen de POH en de Wmo-consulent dat in de oude werkwijze niet was. Hierdoor ervaart de POH uit gemeente Maastricht dat de nieuwe werkwijze meer tijd kost<sup>3</sup>. Door de POH uit het deelproject Heerlen zijn geen formulieren ingevuld<sup>4</sup>.

<i>Vraag 9. Wat is het verschil voor de <b>Wmo-consulent</b> in vergelijking met de oude werkwijze?</i>			
	<i>Heerlen N=23</i>	<i>Kerkrade N=5</i>	<i>Maastricht N=38</i>
Geen	26%	20%	65%
Werkproces kost MINDER tijd	13%	0%	28%
Werkproces kost MEER tijd	39%	60%	0%
Extern advies niet nodig, terwijl in oude situatie zou dit wel nodig zijn geweest	17%	20%	13%
Anders	4%	0%	0%

<sup>3</sup> Opmerking: of er daadwerkelijk, in totaliteit, sprake is van een grotere tijdsinvestering in gemeente Maastricht in vergelijking met de oude werkwijze, is met name de indruk van de POH. Hierbij moeten de volgende zaken in het achterhoofd gehouden worden:

- 1) de tijdsinvestering verschuift van Wmo-consulent en huisarts naar de POH;
- 2) de kennis van de POH is vergroot, de kantelingsgedachte is doorgedrongen tot de POH, en de POH maakt efficiënter gebruik van andere disciplines (ergotherapeut), wat uiteindelijk leidt tot minder aanvragen die niet goedgekeurd worden. Met andere woorden: er is sprake van tijdswinst doordat er minder kansarme aanvragen ingediend worden;
- 3) de indruk van de POH dat er sprake is van een grotere tijdsinvestering wordt mede bepaald doordat binnen de pilotperiode registratieformulieren ingevuld dienden te worden. De tijd die gespendeerd wordt in deze handeling is niet meer van toepassing na het afronden van de pilot.

<sup>4</sup> Dit omdat in Heerlen de insteek was, pas als de [G]OUD intake geschikt was gebleken als intake er aanvullende vragen gemaakt zouden worden voor de POH op basis waarvan de consulent een indicatie af zou kunnen geven. Zover is het echter niet gekomen

Ook bij deze vraag zien we een duidelijk verschil tussen de gemeenten. In zowel gemeente Heerlen als Kerkrade is geantwoord dat de werkwijze in de meeste gevallen meer tijd kost voor de Wmo-consulent (Heerlen: 13% vs. 39%, Kerkrade: 0% vs. 60%). In gemeente Maastricht wordt door de Wmo-consulent juist vaker geantwoord dat het werkproces minder tijd kost (28% vs. 0%). De verklaring hiervoor is dat er sprake is van een andere systematiek in de drie gemeenten. Zo gaat in gemeente Heerlen de Wmo-consulent zelf op huisbezoek om het [G]OUD-assessment af te nemen, wat logischerwijs meer tijd kost. In gemeente Maastricht ontvangt de Wmo-consulent de gegevens, afkomstig uit het [G]OUD-assessment, van de POH. De Wmo-consulent hoeft deze informatie niet meer zelf op te vragen wat zorgt voor een verminderde tijdsinvestering. Een overeenkomst bij alle drie de gemeenten, is dat in een aantal gevallen (variërend van 13% tot 20%) extern advies van GGD, Argonaut of MO-zaak niet nodig was, dus voorkomen is. Het nieuwe werkproces lijkt dus (in een aantal gevallen) effectief in het verbeteren van de informatie-uitwisseling, waardoor extern advies overbodig is.

<i>Vraag 9. Wat is het verschil voor de cliënt in vergelijking met de oude werkwijze?</i>						
	<i>Heerlen</i>		<i>Kerkrade</i>		<i>Maastricht</i>	
	<i>POH N=0</i>	<i>Cons. N=23</i>	<i>POH N=5</i>	<i>Cons. N=5</i>	<i>POH N=12</i>	<i>Cons. N=38</i>
Geen	-	22%	0%	20%	8%	62%
Kortere afhandeling	-	13%	20%	20%	75%	20%
Langere afhandeling	-	9%	0%	0%	0%	0%
Klantvriendelijker	-	43%	100%	60%	0%	33%
Anders	-	9%	0%	0%	0%	1%

Als we kijken naar het verschil voor de cliënt, dan zijn de volgende positieve zaken te benoemen:

- Door iedereen (zowel POH als consulenten van alle gemeenten) wordt geantwoord dat er sprake is van een kortere afhandeling. Uitzondering hierop is de gemeente Heerlen. Hier wordt in 9% van de gevallen aangegeven door de Wmo-consulent dat er sprake is van een langere afhandeling. Echter, hiertegenover wordt aangegeven dat er in 13% van de gevallen sprake is van een kortere afhandeling.
- In een groot aantal gevallen wordt het nieuwe werkproces als klantvriendelijker ervaren. In gemeente Kerkrade geeft de POH zelfs aan dat hier in 100% van de gevallen sprake van is. De enige uitzondering hierop vormt de POH in gemeente Maastricht. Uit de registratieformulieren blijkt dat de POH in 0% van de gevallen ervaart dat de werkwijze klantvriendelijker is. Uit het interview blijkt dat de POH dit ervaart als voordeel voor de gemeente: *"Ja, dat is voor de gemeente. Kijk, voor mij is het alleen maar een korte afhandeling. Kijk, dat het voor de patiënt klantvriendelijker is, dat is alleen maar voor de gemeente (..) Maar dat zie ik niet aan mij, dat voordeel heeft meer de Wmo-consulent. De patiënt doet bij mij toch het verhaal."*

Samenvattend kan gesteld worden dat de nieuwe werkwijze over het algemeen voordelen oplevert voor de cliënt: er is sprake van een kortere afhandeling en de nieuwe werkwijze is klantvriendelijker.

Wat betreft de voor- en nadelen voor de zorgverleners (POH en Wmo-consulent): hier

worden verschillende resultaten gevonden, afhankelijk van de verschillende beginsituatie en gekozen aanpak. Een algemene conclusie over de effectiviteit van deze pilot voor POH en Wmo-consulent is niet mogelijk.

In het volgend hoofdstuk wordt een en ander verantwoord met behulp van kwantitatieve data, afkomstig uit de interviews gevoerd met de verschillende betrokkenen.

## 4.2 Analyse interviews

### POH

Per gemeente was de uitgangssituatie verschillend voor wat betreft de mate waarin er reeds contacten bestonden tussen huisartsenpraktijk en gemeentelijk consulent.

In de gemeente Heerlen werden twee consulenten (de derde bij het project betrokken consulent was wegens omstandigheden afwezig tijdens de interviewperiode) en een POH geïnterviewd, in Kerkrade een consulent en een POH en in Maastricht een consulent en twee POH's.

Het aantal bij het project betrokken personen per gemeente is beperkt en de uitkomsten uit de interviews kunnen dus niet zonder meer generaliseerd worden.

De uitgangspositie was per gemeente verschillend: in Heerlen was al voorafgaande aan het project op sommige weekdays een consulent in de praktijk aanwezig. In Kerkrade was al sprake van samenwerking met de POH in het Sociaal Wijkteam, zij het beperkt. In Maastricht was geen geregeld contact met consulenten, zeker niet binnen de praktijk.

In het algemeen meldden de POH's (op één na), dat het niet was voorgekomen, dat via een door de consulent afgenomen [G]OUD-consult een kwetsbare patiënt in beeld was gekomen, die als zodanig nog niet binnen de praktijk bekend was. Het werd echter niet onmogelijk geacht, dat dit een enkele keer wel zou kunnen gebeuren. Eén POH antwoordde dat het een enkele keer was voorgekomen, dat een patiënt door de consulent was gezien, die nog niet binnen de praktijk bekendstond als kwetsbaar. In die zin had de interactie tussen consulent en POH een signalerende functie.

Er werd op verschillende manieren toestemming gevraagd aan de patiënt om informatie uit te mogen wisselen met de gemeentelijk consulent. In Heerlen werd gebruikgemaakt van een convenant met betrekking tot de privacy (zie bijlage 4), in Kerkrade werden door POH en consulent aanvankelijk gezamenlijk huisbezoeken afgelegd, waarbij door de POH vooraf toestemming gevraagd werd voor de aanwezigheid van de consulent, in Maastricht werd een toestemmingsverklaring getekend of er werd mondeling om toestemming gevraagd.

De gegevens die aan de consulent werden doorgegeven beperkten zich tot hetgeen relevant was voor de aanvraag. Gegevens uit het medisch dossier beperkten zich in de meeste gevallen tot de probleemlijst.

In de meeste gevallen vond terugkoppeling plaats door de consulent aan de POH, wat er uiteindelijk op de aanvraag was besloten. Deze uitkomst werd genoteerd in het eigen systeem. De relevantie daarvan voor de huisartsenpraktijk werd per POH verschillend beoordeeld. In Maastricht vond een POH het met name belangrijk te weten of een aanvraag (volgens haar onterecht) afgewezen was, zodat ze tijdig alsnog de belangen van de patiënt kon bepleiten.



Alle POH's waren van mening dat hun kennis van de Wmo door het project was toegenomen, maar niet bij elke POH in dezelfde mate. De kennis van de Wmo van andere medewerkers van de deelnemende huisartsenpraktijken was niet merkbaar toegenomen; wel wist men bij vragen over de Wmo de weg naar de betrokken POH te vinden.

Door de werkwijze in Kerkrade (gezamenlijk huisbezoek POH en consulent) hoefde de patiënt slechts eenmaal zijn verhaal te doen. In de andere gemeenten hadden de POH's er minder zicht op of de belasting voor de patiënt was afgenomen. De belasting voor de POH nam toe qua tijdsbesteding, maar in Maastricht had een POH het idee, dat er door de betrokkenen bij het aanvraagtraject in totaal minder tijd besteed werd, maar dat het aandeel van de POH daarin was toegenomen. Er werd minder beroep gedaan op een extern adviseur voor een medisch advies, met daardoor ook minder belasting van de huisarts (die normaliter de schriftelijke verzoeken om informatie beantwoordde).

Uit alle interviews met de POH's kwam naar voren, dat men tevreden was over het feit, dat er een vaste contactpersoon voor de Wmo aangesproken kon worden. Men had het idee dat zaken daardoor sneller afgehandeld konden worden. Dat bleek in Kerkrade nog duidelijker, toen de vaste consulent een ander werkgebied toegewezen kreeg, waarna de POH geen vaste contactpersoon meer had binnen de gemeente. Aanvragen werden toen weer op meer bureaucratische wijze afgehandeld.

In Maastricht werd als verbeterpunt geopperd dat een vaste consulent binnen de praktijk spreekuur zou gaan houden.

In Heerlen werd een mogelijke verbetering gezien in een verdere vergroting van de kennis van de POH, zodat nog gericht aanvullende vragen aan de patiënt gesteld zouden kunnen worden. Dit zou tot een nog efficiëntere samenwerking tussen POH en consulent kunnen leiden; kansarme aanvragen zouden ontmoedigd kunnen worden. In Kerkrade werd als verbeterpunt genoemd een verlaging van de drempel om als POH contact op te nemen met de afdeling Wmo door minder bureaucratisch te werk te gaan.

### **Wmo-consulenten**

Volgens alle consulenten leidde de werkwijze gedurende de pilot niet tot minder werkbelasting voor henzelf; in een aantal gevallen waren ze er zelfs meer tijd aan kwijt dan met de normale werkwijze. Wel was een snellere afhandeling mogelijk, omdat door de verkregen informatie in 17 % van de gevallen een advies van de medisch adviseur voorkomen kon worden.

In Heerlen werd bij onduidelijkheid over de interpretatie van gegevens nog overlegd met de medisch adviseur in het adviesteam (dit is een wekelijks overleg, waarbij een onafhankelijk arts wekelijks ten kantore van de gemeente komt om medische vragen te beantwoorden met betrekking tot aanvragen, met andere woorden een veel kortere lijn dan spreekuurcontact).

In Kerkrade (waar eveneens een adviesteam bestaat) werden alle aanvragen in het project zonder overleg met een medisch adviseur afgehandeld. In Maastricht werden veel adviesaanvragen (bij Mo-zaak) voorkomen.

Indien er (in Heerlen) ondanks informatie van de huisarts toch wegens te weinig objectieve gegevens een extern medisch advies nodig was en er een negatief advies

volgde, dan werd het als een knelpunt ervaren als de huisarts de aanvraag wel ondersteunde.

De [G]OUD-intake had als nadeel, dat er niet voldoende mogelijkheid was tot verdiepende vragen en dat daardoor relevante informatie met betrekking tot sommige voorzieningen niet aan bod kwam. De [G]OUD-intake veranderde echter niet veel aan de eigen werkwijze, zeker niet wanneer de cliënt al bekend was of indien bij de aanvraag door cliënt zelf al informatie was toegevoegd. .

In Kerkrade werd als nadeel ervaren, dat de consulent gedurende het project van werkgebied veranderde, waardoor de deelnemende praktijk niet meer tot haar werk behoorde. Met andere woorden, het vaste contact van de consulent met een praktijk werd als positief gezien.

In het algemeen werden vaste contacten van consulenten met POH als prettig ervaren, omdat daardoor de drempel om informatie te vragen verlaagd werd.

In Heerlen werd nog als nadeel ondervonden dat het project zich alleen op 75-plussers richtte. De werkwijze veranderde daar niet ingrijpend, omdat de consulenten al een dag per week in het Gezondheidscentrum aanwezig waren en er al vóór het project korte lijnen waren.

## 5. Ontwikkelingen van invloed op het project

### 5.1 Ontwikkelingen in de praktijk: gemeentelijk beleid, regeerakkoord, eventuele neveneffecten

De laatste jaren vloeien steeds meer taken van de landelijke overheid naar de gemeentelijke overheid. Bij het laatste regeerakkoord is dit in een stroomversnelling gekomen. Uit dit regeerakkoord 'Bruggen slaan' blijkt dat er binnen het sociale domein - Wmo, Wsw, jeugdzorg - een aantal forse wijzigingen wordt doorgevoerd.

Onderstaande tekst is een interpretatie van de informatie in het regeerakkoord, de begroting en de doorrekening van het CPB. De voorgenomen plannen moeten nog verder worden uitgewerkt. Het betekent dat onze interpretatie mogelijk nog aangepast moet worden.

#### *Forse taken op het sociale domein voor gemeenten*

De transitie van extramurale begeleiding vanuit de AWBZ was in het vorige kabinet Rutte al ingezet en wordt nu verder doorgevoerd naar de Wmo. Gemeenten worden vanaf 2015 verantwoordelijk voor de activiteiten op het gebied van ondersteuning, begeleiding en verzorging. Nieuw in de plannen is dat met dit pakket het recht op persoonlijke verzorging wordt ingeperkt voordat de persoonlijke verzorging overgaat naar de Wmo. De aanspraak op dagbesteding in de AWBZ wordt vanaf 2014 geschrapt; er is nog geen duidelijkheid wat de verdere plannen voor deze groep cliënten zijn. De extramurale verzorging die nu thuis wordt geleverd en die met name ondersteunend van aard is, wordt vanaf 2015 door gemeenten, onder de Wmo, uitgevoerd. Daarmee is er geen sprake meer van verzekerd recht op ondersteuning, begeleiding en verzorging, maar dit gaat waarschijnlijk vallen onder het compensatiebeginsel van de Wmo.

De omslag die eerder is ingezet met De Kanteling, wordt verder doorgevoerd. Er wordt een groter beroep gedaan op de zelfredzaamheid en participatie van mensen aan de samenleving. 'Meedoen naar vermogen' is het uitgangspunt. Met De Kanteling wordt ook een sterker beroep gedaan op de eigen kracht en samen redzaamheid, op ondersteuning vanuit het sociale persoonlijke netwerk en vanuit de buurt. Begeleiding en ondersteuning vanuit de Wmo is er nog voor mensen die het echt nodig hebben.

Het kabinet wil de zorg dichter bij de burger organiseren. Gemeenten zouden namelijk beter de omslag kunnen maken naar meer maatwerk, zorg dicht bij de buurt en meer samenwerking tussen zorg en welzijn. Op die manier kan de zorg beter aansluiten bij de werkelijke behoeften van burgers en kan er efficiënter en slimmer gewerkt worden. Vanaf 2015 wordt extra geïnvesteerd in wijkverpleegkundigen om te bevorderen dat zorg dicht bij de mensen thuis geleverd kan worden.

Gemeenten krijgen een ruime beleidsvrijheid om de decentralisaties in te richten. Dat was ook hun wens, omdat zij zo lokaal beter maatwerk kunnen leveren, met nadruk op preventie en zorg in de eerstelijns, gericht op de burgers in de wijken en buurten.

#### *Scheiden wonen en zorg*

Het vorige kabinet was al van plan om wonen en zorg te scheiden. Vanaf 2013 vervallen de aanspraken voor zorgzwaartepakket (zzp) 1 en 2 voor nieuwe cliënten. Het nieuwe regeerakkoord doet geen uitspraken over mogelijke bezuinigingen bij de plannen voor

het extramuraliseren van de lichte zzp 1 t/m 3. Onduidelijk is of cliënten met een lichte ondersteuningsvraag voor verzorging en verpleging en voor geestelijke gezondheidszorg en ook mensen met een verstandelijke beperking met een lichte ondersteuningsvraag onder de Wmo gaan vallen. Het gaat dan om cliënten die bijvoorbeeld gebruikmaken van aanleunwoningen bij verzorgingshuizen of in een beschermde woonomgeving, zoals de RIBW, ondersteuning en begeleiding, vanuit de Wmo ontvangen.

Het regeerakkoord geeft wel aan wat de planning is voor de extramuralisering van zorgzwaartepakket 4. Per 2016 wordt de aanspraak op het zzp 4 geschrapt voor nieuwe en geherindiceerde cliënten. Met deze maatregel wordt beoogd dat cliënten met een lichtere zorgvraag, die voorheen in een intramurale setting zorg zouden ontvangen, voortaan zorg in de eigen omgeving krijgen. Het lijkt erop dat daarmee wordt bedoeld dat zij een beroep op de gemeenten kunnen doen. Cliënten met een zzp 3 en 4 hebben vaak specialistische en intensieve ondersteuning en begeleiding nodig, bijvoorbeeld ouderen die dementeren.

#### *Decentralisatie AWBZ*

De decentralisatie van taken uit de AWBZ naar de Wmo brengt ook een aantal versoeringen met zich mee. De aanspraak op persoonlijke verzorging vervalt bij een indicatie korter dan 6 maanden en de norm voor gebruikelijke zorg wordt verhoogd van 60 naar 90 minuten per week.

Onduidelijk is nog hoe in 2014 de financiering wordt geregeld voor mensen die gebruik willen blijven maken van dagbesteding. De overheveling van extramurale begeleiding en verzorging vanuit de AWBZ naar de Wmo vindt plaats met een korting van 25% voor gemeenten.

#### *Decentralisatie Jeugdzorg*

De jeugdzorg wordt in 2015 gedecentraliseerd naar gemeenten. Deze decentralisatie gaat over alle onderdelen van de jeugdzorg: de jeugdzorg die nu onder verantwoordelijkheid van de provincie valt, de gesloten jeugdzorg onder regie van het ministerie VWS, de jeugd-ggz die onder de zorgverzekering (ZVW) valt, de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jongeren op basis van de AWBZ en de jeugdbescherming en jeugdreclassering van het ministerie van Veiligheid en Justitie. Van een versnippering van regelingen en verantwoordelijkheden naar een integrale nieuwe Jeugdwet. Deze Jeugdwet waarborgt de gemeentelijke beleidsvrijheid. Elementaire kwaliteitswaarborgen voor cliënten blijven wettelijk verankerd. Eén gezin, één plan, één regisseur is het uitgangspunt voor de jeugdzorg en voor de decentralisaties in het hele sociale domein: bij de Wet werken naar vermogen (Wwnv), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en dus ook bij de jeugdhulpverlening. Dit vraagt om één budget en één eindverantwoordelijke. Er moet hiermee een einde komen aan de praktijk dat verschillende hulpverleners langs elkaar heen werken en voor verschillende problematieken binnen één gezin aanwezig zijn. Integraal werken, ontschotten en beter samenwerken tussen gemeente en maatschappelijke organisaties moet leiden tot een betere en efficiëntere dienstverlening.

Er komt geen eigen bijdrage in de jeugdzorg. Wel wordt de decentralisatie jeugdzorg met een korting van 150 miljoen overgeheveld naar de gemeenten. Het kabinet gaat ervan uit dat gemeenten veel doelmatiger kunnen werken en dat er door preventie en vroegtijdig signaleren een verschuiving van zwaardere zorg naar lichtere zorg zal

plaatsvinden. De decentralisatie moet ertoe leiden dat de eigen kracht, het sociale netwerk en de voorzieningen in de gemeente beter worden benut. Het accent zal steeds liggen op participatie in de samenleving.

### *Decentralisatie Participatiewet*

Het wetsvoorstel Wet werken naar vermogen (Wwnv) wordt vervangen door een nieuwe Participatiewet, in te voeren in 2015. De Participatiewet wordt ingevoerd voor nieuwe cliënten en is een samenvoeging van de Wwb, Wsw en een deel van de Wajong.

De instroom in de sociale werkvoorziening in zijn huidige vorm stopt per 2014. Gemeenten krijgen binnen de wettelijke kaders ruimte om zelf beschut werk als voorziening te organiseren. Er is geld om via deze voorziening structureel 30.000 werkplekken te realiseren op het niveau van het wettelijk minimum loon.

Het kabinet ontwerpt een quotumregeling voor het in dienst nemen van mensen met een arbeidsbeperking door grotere werkgevers (boven de 25 werknemers). Naarmate het aantal plaatsen in de sociale werkvoorziening afneemt, neemt het aantal reguliere plaatsen voor mensen met een arbeidsbeperking toe. De quotumregeling wordt vanaf 2015 (het jaar waarin de wet ook voor bestaande gevallen in de Wsw gaat gelden) in zes jaar stapsgewijs ingevoerd.

De herbeoordeling in de Wajong en de verlaging van de Wajong-uitkering geldt niet voor bestaande gevallen.

### *Maatregelen Wmo*

Op het gebied van de individuele voorzieningen wordt hergebruik van scootmobiel, rolstoel en andere hulpmiddelen verplicht.

Daarnaast wordt de aanspraak op huishoudelijke hulp vervangen door een maatwerkvoorziening voor degenen die het echt nodig hebben en het uit eigen middelen niet kunnen betalen. Het beroep op de bestaande huishoudelijke hulp in de Wmo, wordt voor nieuwe cliënten met een midden en hoger inkomen beëindigd in 2014. Voor bestaande cliënten gaat de maatregel een jaar later in. Gemeenten houden in 2015 nog 25% van het budget huishoudelijke hulp over om maatwerkvoorzieningen te treffen voor kwetsbare burgers.

### *Schaalvergroting gemeenten*

Gemeenten krijgen er op het sociale domein flinke taken en bevoegdheden bij. Naast de Wmo die al onder de gemeente valt, gaan de decentralisaties begeleiding AWBZ, scheiden wonen en zorg, de decentralisatie Jeugdzorg en de nieuwe Participatiewet naar de gemeenten. Deze decentralisaties gaan bovendien allemaal gepaard met een korting op het budget.

Een grote decentralisatie vraagt om een overheid die op een passende schaal is georganiseerd. De decentralisaties zullen daarom gericht worden op gemeenten met meer dan 100.000 inwoners. Voor bijna alle gemeenten betekent dit dat zij - naast de opdracht om de drie decentralisaties goed te laten landen - ook te maken krijgen met een bestuurlijke en ambtelijke reorganisatie. Schaalvergroting gaat gepaard met bestuurlijke wijzigingen en een inkrimping van het aantal ambtelijke formatieplaatsen. Het kabinet wil dat er tot 2017 al 75 gemeenten verdwijnen. In 2025 zouden er dan nog maar 100 tot 150 gemeenten over zijn. De discussie over hoe die gemeenten groter

worden, vindt plaats binnen de provincies. Het is nog niet duidelijk wat dit betekent voor de gemeenten die nu al regionaal samenwerken rond de decentralisaties tussen gemeenten.

#### *4 miljard minder voor gemeenten*

In het regeerakkoord 'Bruggen slaan' wordt tot 2017 in totaal 16 miljard euro bezuinigd. Daarvan moet vier miljard worden opgebracht door gemeenten: er gaat 1 miljard minder naar het gemeentefonds en er is een efficiëntiekorting van drie miljard.

De bezuiniging bij het gemeentefonds komt vooral door de 'Trap-op-trap-af regeling'. Dit betekent dat landelijke bezuinigingen procentueel worden doorvertaald naar de lokale overheid. De efficiëntiekorting van 3 miljard is een stapeling van kortingen van de drie decentralisaties die overkomen naar de gemeenten. De grootste korting komt voor rekening van de decentralisatie AWBZ naar de Wmo (25% budgetkorting). De maatregel om nieuwe cliënten in de Wmo geen hulp bij het huishouden meer te verstrekken in 2014 vindt geen doorgang. In het recent afgesloten Zorgakkoord worden de middelen voor de hulp bij het huishouden met 35% verhoogd ten opzichte van het [Regeerakkoord](#). Van het huidige budget blijft daardoor 60% beschikbaar voor gemeenten.

Gemeenten gaan de bezuinigingen pas echt merken na 2015. Dan vindt het grootste deel van de drie decentralisaties plaats en gaan de meeste nieuwe taken naar de gemeenten.

#### *Gevolgen voor het project [G]OUD en de Wmo*

De wijzigingen in het beleid hebben grote financiële gevolgen, maar ook organisatorische gevolgen voor de gemeenten.

Bij alle drie de deelprojecten is opgemerkt dat er allerlei belangen zijn en dat gemeenten bezig zijn met het snel optuigen en uitproberen van nieuwe werkwijzen zoals bijvoorbeeld Voor elkaar in Heerlerheide (in Heerlen).

#### *Gemeente Heerlen:*

De ervaring is dat er bijvoorbeeld in het project 'Voor elkaar in Heerlerheide' wel gebruik gemaakt wordt van de Best Practice uit '[G]OUD en de Wmo' en er ook met enige regelmaat contact is met de projectleiders. Dit resulteert bijvoorbeeld in een intakeformulier waarbij een aantal vragen uit de [G]OUD-intake gebruikt wordt, maar ook de toestemmingsverklaring (bijlage 5) van [G]OUD is gebruikt in dit project. Ook zoekt men, naar aanleiding van de goede ervaringen het gezondheidscentrum Hoensbroek, actief contact met de huisartsen binnen het project gebied.

Bovenstaande heeft tot gevolg gehad dat de wijkgerichte aanpak zoals in 'Voor elkaar in Heerlerheide' uitgerold wordt over Heerlen. Als gevolg hiervan kan één van de doelen binnen dit project, het uitrollen van de verbinding [G]OUD – Wmo, niet gerealiseerd worden. Wel zullen delen en ervaringen uit [G]OUD en de Wmo gebruik binnen de wijkteams.

#### *Gemeente Kerkrade*

In Kerkrade is de meest relevante ontwikkeling: het opgaan van de afdeling zorg (die belast was met de uitvoering van Wmo-voorzieningen) in een afdeling WIZ (Werk Inkomen en Zorg) binnen de sector Maatschappelijke Zorg (o.a. belast met de uitvoering

van andere Wmo-prestatievelden, dus ook jeugd en veiligheid). Alles wat aan projecten start, wordt vanuit de brede kijk op het sociale domein ingezet.

Tijdens de looptijd van het project is een serieuze start gemaakt met het verder doorontwikkelen van het Kerkraads Wmo-model. De grote decentralisaties vanuit de AWBZ (o.a. jeugdzorg, begeleiding) en de beoogde invoering van de Participatiewet worden hierbij als uitgangspunt genomen. De integrale visie op zorg, zoals die bij de leden van het sociaal wijkteam wordt gehanteerd, is de leidraad.

De ontwikkelingen op een rijtje:

- De grens tussen de wijken is dusdanig verschoven dat de bij het project betrokken huisartsenpraktijk niet meer tot het werkgebied van de betrokken Wmo-consulent hoorde, waardoor er geen gezamenlijke cliënten meer zijn bezocht c.q. behandeld in het kader van het project.
- Het sociale wijkteam (het netwerk rond de Wmo-cliënt) is uitgebreid met het specialisme Inkomen en Zorg (voorheen sociale zaken) en er sluiten meer partijen aan zoals Radar. De samenwerking mét en de deelname van MEE aan de sociale wijkteams wordt geïntensiveerd.
- De zichtbare schakels (wijkverpleegkundigen verbonden aan Meander, met korte lijnen naar de huisartsenpraktijken in Kerkrade) maken sinds enkele maanden deel uit van alle sociale wijkteams.

Daarnaast worden actief huisartsenpraktijken benaderd om deel te gaan nemen in de sociale wijkteams, om de relatie met de huisartsenpraktijken te verstevigen (ongeacht of het [G]OUD-praktijken betreft).

Afgezet tegen het bovenstaande is de projectdoelstelling '[G]OUD en de Wmo Samen Sterk', het ontwikkelen van de verbinding huisarts/Wmo-consulent slechts een onderdeel van het geheel. Het doorgaan met het gezamenlijk oppakken van de oudere cliënt is slechts een fractie van hoe casuïstiek opgepakt kan worden in het doorontwikkelde Kerkraadse Wmo-model.

Voor de projectuitvoering in Kerkrade betekent dit:

- De oorspronkelijke projectdoelstelling vormde nog 'slechts' een subdoelstelling van de totaal beoogde doorontwikkeling van het 'Kerkraads Wmo model' met de sociale wijkteams;
- Nog tijdens de looptijd werden geen registratieformulieren meer aangeleverd in het kader van het project.

### *Gemeente Maastricht*

Ook in Maastricht wordt momenteel druk geëxperimenteerd in diverse pilots, waaronder de pilot Caberg-Malpertuis. In deze pilot is een sociaal wijkteam actief waarin diverse generalisten dicht bij de burger in de wijk met een geïntegreerde aanpak burgers probeert terug te krijgen in hun eigen kracht. Vanwege de positieve ervaringen met '[G]OUD en de Wmo' wordt ook in deze pilot aansluiting gezocht bij de huisartsenpraktijk en de praktijkondersteuner.

Ook op andere wijzen wordt in Maastricht op dit moment hard gezocht naar integrale klantbenadering door diverse zorg- en welzijnsinstellingen. Zo loopt momenteel een integraal scholingstraject m.b.t. de Kanteling en vraagverheldering, waarbij professionals uit vele instellingen elkaar en elkaars werkveld beter leren kennen: 'Samen krachtig in de wijk'.

De werkwijze van '[G]OUD en de Wmo' zal niet worden uitgerold in de vorm zoals we deze in de pilot hebben uitgeoefend. De nauwe samenwerking tussen de Wmo-consulent en de huisarts/praktijkondersteuner heeft echter wel zijn toegevoegde waarde bewezen en zal in de wijkgerichte aanpak ook zeker opgezocht worden, zij het in een groter geheel.

## 5.2 Ontwikkelingen op het gebied van huisartsenzorg

Binnen zowel regio Maastricht-Heuvelland als in Parkstad zijn er op het gebied van huisartsenzorg twee belangrijke ontwikkelingen gaande die in essentie een vergelijkbare visie en missie hebben als de verbinding tussen [G]OUD en de Wmo:

### *i. Implementatie Keten Complexe Zorg voor Ouderen*

Het [G]OUD-project is in beide regio's van 2009 tot 2012 uitgevoerd op basis van een subsidie vanuit het NPO (Nationaal Programma Ouderen). Om te komen tot een structurele financiering na afloop van deze subsidieperiode, hebben in 2011 onderhandelingen plaatsgevonden tussen ZIO en VGZ over het starten van de Keten Complexe Zorg voor Ouderen. Begin 2013 is deze aanvraag goedgekeurd door NZa onder de BR-innovatie. Dit betekent dat in de ZIO-regio het experiment gaat lopen gedurende drie jaar voor VGZ-verzekerden.

Voorwaarde voor het contracteren van deze Keten is multidisciplinaire samenwerking in de vorm van 'het zorgnetwerk Ouderen'. Dit is een team binnen een wijk/stadsdeel van personen die zorg verlenen aan ouderen. Het netwerk komt tweemaal per jaar bijeen om samenwerkingsafspraken te maken (denk bijvoorbeeld aan afspraken over doorverwijzing en terugkoppeling). Idealiter sluit ook een Wmo-consulent aan bij deze structuur.

Ook in regio Parkstad probeert men structurele financiering van ouderenzorg in de vorm van een DBC van de grond te krijgen. De preferente zorgverzekeraar (CZ) houdt echter vast aan de eigen ontwikkelde MNI-module.

### *ii. Populatiebekostiging*

Bij Populatiebekostiging wordt uitgegaan van een uniform jaarlijks budget per patiënt. In principe omvat het alle uitgaven voor de omschreven zorg met het idee, dat binnen dit budget alle benodigde zorg voor een bepaalde (deel)populatie integraal tot stand komt. Om dat te bereiken maken de deelnemers vooraf afspraken over afbakening van de doelgroep en de zorgkosten, over wel of geen inzet van financiële prikkels, en zo ja, welke over uitkomstindicatoren en kwaliteit en welke over contractpartners meedoen. Het doel is een financiële verantwoordelijkheid voor het realiseren van doeltreffende en doelmatige zorg, over het domein van verschillende zorgaanbieders heen. Het experiment in Maastricht en Heuvelland, genaamd 'Blauwe Zorg' is gefundeerd op duurzaamheid en gedragsverandering.

Bij duurzaamheid van de organisatie van zorg gaat het onder andere over betere samenwerking tussen de verschillende zorgverleners bij de zorg voor chronisch zieken. Een voorbeeld is gerichte interventies in de eerstelijns diagnostiek, waardoor minder onderzoeken onnodig dubbel worden gedaan.



Het succes van het regio-experiment is afhankelijk van een fundamentele gedragsverandering van attitude van zorgverlener én patiënt. Zorgverleners moeten samen verantwoordelijk zijn voor een zorgorganisatie, die efficiënt is ingericht. Zij moeten elkaar durven aan te spreken en elkaar wijzen op hun verantwoordelijkheden. Dit wordt mogelijk gemaakt doordat zorgaanbieders vanuit één gezamenlijk financieel kader het werk moeten doen. Door die manier van werken zijn ze naar verwachting eerder geneigd om elkaar aan te spreken op efficiënte zorg. Verder dient er gedragsverandering plaats te vinden bij de patiënt; de patiënt dient verantwoordelijkheid te nemen voor zijn/haar eigen gezondheid. Het is de taak van zorgverleners patiënten te helpen om die verantwoordelijkheid te nemen en de juiste keuzes te maken. Dit kan door uitleg te geven over zorgkosten en hoe schaars de middelen zijn en door in gesprek te gaan om er achter te komen welke mogelijkheden zij zelf zien in een behandeling en eventuele alternatieven. Dit wijkt fundamenteel af van de huidige cultuur, waarin angst voor aandoeningen gedijt. En waarbij ziekte of beperking in toenemende mate niet geaccepteerd wordt.

Beide ontwikkelingen (implementatie van de Keten en populatiebepoortiging) lopen evenwijdig aan de visie binnen de pilot Samen Sterk:

Multidisciplinaire samenwerking met vaste contactpersonen wordt zowel binnen de Keten Complexe Zorg voor Ouderen als binnen Samen Sterk gezien als een belangrijke voorwaarde. Ervaring leert dat het hebben van een vast contactpersoon een vertrouwensband oplevert, waardoor informatie-uitwisseling efficiënter verloopt. De te bereiken gedragsverandering van patiënten binnen populatiebepoortiging/Blauwe Zorg komt in essentie op hetzelfde neer als wat men probeert te bereiken met de kanteling binnen de Wmo: de patiënt/cliënt is zelf verantwoordelijk voor zijn gezondheid; regie over het eigen leven en zelfredzaamheid staan bij beide voorop.



## 6. Doelstellingen wel/niet behaald

### 6.1 Gemeente Heerlen

Bereik doelstelling zoals beschreven in hoofdstuk 2a.

Een van de randvoorwaarden om het project te doen slagen is scholing van de Wmo-consulenten in de [G]OUD-intake en nog specifiek de Mini-Mental State Examination (MMSE). Dit is ook gebeurd. Drie Wmo-consulenten, die gekoppeld zijn aan dit project, zijn geschoold.

De voortgang van het project is besproken met de Wmo-consulenten en de POH. Op basis hiervan kan het volgende geconcludeerd worden:

- i. De Wmo-consulenten kregen, na schriftelijke toestemming van de cliënt, volledige medewerking van het gezondheidscentrum. Men kreeg een uitdraai van medische gegevens, waardoor de consulent tijdens de intake op de hoogte was van de meest recente, bij de huisarts bekende, gegevens. Hierdoor kon de 'standaard gegevens uitvraag' beperkt worden.
- ii. De gegevensuitwisseling van Wmo-consulent naar de POH verliep moeizaam. De informatie kon niet geautomatiseerd worden ingelezen in het digitale cliëntvolgsysteem van de huisartsen. Dit had tot gevolg dat de praktijkondersteuner de gegevens van de Wmo-consulent moet interpreteren en vervolgens in twee systemen moet invoeren. Dit is niet efficiënt en heeft er uiteindelijk toe geleid dat de informatie van de consulenten niet langer werden ingevoerd in het systeem van de huisartsen. Zoals in de tussentijdse evaluatie werd genoemd, blijkt de ICT of het ontbreken daarvan, inderdaad een kritische succesfactor te zijn.
- iii. Omdat in dit project gegevensuitwisseling cruciaal is, is de privacyfunctionaris van de gemeente Heerlen in een vroeg stadium betrokken bij deze pilot. De privacyfunctionaris heeft een basisconvenant opgesteld (zie bijlage 4). Gaandeweg bleek een nader, in detail, ingevuld convenant voor deze pilot niet noodzakelijk te zijn. Er kon worden volstaan met een toestemmingsverklaring (zie bijlage 5). De argumenten hiervoor waren dat in het project van Heerlen uiteindelijk twee partijen informatie uitwisselen terwijl bij een eerdere opzet informatie gedeeld zou worden met meerdere organisaties. Aangezien het maken en onderhouden van een convenant veel tijd in beslag neemt en het in deze pilot geen meerwaarde heeft is besloten het convenant niet verder te ontwikkelen. Het opgestelde convenant kan wellicht in de toekomst wel gebruikt worden, eventueel ook binnen andere projecten. Zeker nu gegevensuitwisseling tussen ketenpartners, op basis van één gezin-één plan-één regisseur, steeds belangrijker wordt.
- iv. Het blijkt lastig om op basis van de intake van de POH een indicatie te stellen. Dit omdat de informatie van de POH maar ook [G]oud intake op bepaalde punten onvoldoende "Wmo" diepgang heeft. Dit zou opgelost kunnen worden door extra vragen te maken die situatie en voorziening afhankelijk gesteld zouden moeten worden. Daarnaast is het de ervaring dat de zorgende hulpverlenende insteek soms prevaleert boven de beoordelende insteek. Wel blijkt, door de aanwezigheid van Wmo-consulenten in het Gezondheidscentrum en het bijwonen van

overleggen, dat de POH'ers gericht cliënten doorsturen en gericht vragen stellen over de Wmo.

Overige bevindingen:

- De [G]OUD-intake is een zeer uitgebreide vragenlijst. Bij de start van het project was de hoop dat deze vragenlijst als basis kon dienen voor de 'gekantelde Wmo-gesprekken'. De [G]OUD-intake blijkt hiervoor te specifiek aan de ene kant, maar aan de andere kant ook te beperkt. Hij brengt onvoldoende alle levensgebieden in kaart. Hierdoor kan de [G]OUD-intake niet, in zijn geheel, gebruikt worden als gespreksleidraad voor de 'gekantelde' Wmo-gesprekken. Bij de ontwikkeling van de gespreksleidraad in het project 'Voor elkaar in Heerlerheide' zijn wel delen uit de [G]OUD-intake gebruikt (zie bijlage 8).
- De werkwijze rondom de gegevensuitwisseling, zoals deze in het Gezondheidscentrum tot stand is gekomen, wordt ook gebruikt bij overlegmomenten bij andere huisartsen in het kader van het project 'Voor elkaar in Heerlerheide'. Hier bleek het verkrijgen van medische informatie beduidend meer moeite te kosten. Huisartsen willen wel graag informatie krijgen van de Wmo-consulent, maar zijn zeer terughoudend met het verstrekken van informatie. De reden van het succes bij het gezondheidscentrum Hoensbroek, is waarschijnlijk de opgebouwde vertrouwensband tussen huisartsen, POH's en Wmo-consulenten.
- Merkbaar tijdens het project, maar ook daarbuiten, was het verschil in rol tussen de Wmo-consulent enerzijds en behandelaars en POH's anderzijds. Deze laatsten hebben vooral een zorgende en hulpverlenende rol jegens hun patiënten. Terwijl de Wmo-consulent meer afstand heeft tot de cliënt en een beoordelende rol heeft. Op het moment dat de behandelaars en POH's om een inschatting/beoordeling gevraagd worden, ontstaat er soms een loyaliteitsprobleem ten opzichte van hun cliënt.

## 6.2 Gemeente Kerkrade

Bereik doelstellingen zoals beschreven in hoofdstuk 2b.

- i. Iedere voor het project geselecteerde klant/patiënt is door de POH en wmo-consulent gezamenlijk opgepakt vrijwel zonder wachttijd.
- ii. Voor geen enkele klant/patiënt is een aanvraag voor een advies bij de Mo-zaak noodzakelijk geweest.
- iii. Aangezien de cliënten gezamenlijk bezocht zijn is de eenmalige uitvraag gerealiseerd. Daarnaast werd gebruikgemaakt van reeds bekende informatie waarvan tijdens het huisbezoek werd gecontroleerd of deze dan nog up to date was.
- iv. Men heeft zich samen vooral geconcentreerd op het leren van elkaar. Men heeft elkaars werkwijze met elkaar vergeleken. Waar de POH veel gesloten vragen stelt, stelt de Wmo-consulent vooral veel open vragen over onder andere de levenssituatie en de beperkingen van de cliënt/patiënt. De POH-ouderzorg geeft aan veel gericht te kunnen communiceren met alle Wmo-consulenten in de wijk. Men heeft gericht en vaker contact, ook over cliënten die niet tot de doelgroep van het project behoren.
- v. Het huisbezoek is ingebed in zowel de werkwijze van de POH als in die van de Wmo-consulent. Iedere nieuwe klant/patiënt wordt bezocht. Vervolgaanvragen zijn sneller en efficiënter af te handelen door de uitgebreide integrale intake.

- vi. Aangezien in Kerkrade alle projecten in het sociale domein hun verbinding vinden in het sociaal wijkteam, is er hiervoor een structuur die ook daadwerkelijk gebruikt wordt. Dit project past precies in de reeds gekozen structuur van wijkgericht werken die het Kerkraads Wmo-model kenmerkt.
- vii. Er is sprake van gericht en vaker contact tussen POH en Wmo-consulenten, ook over cliënten die niet tot de doelgroep van het project behoren.

Om de bereikte doelstellingen in het kader van het project volledig te beschrijven, is het niet mogelijk de uitvoering en de resultaten van het project los te zien van andere ontwikkelingen in Kerkrade (zie ook hoofdstuk 5) die van invloed zijn geweest (en nog zijn) op het versterken van de relatie met de eerstelijns.

- Van essentiële invloed is de inzet geweest van de 'zichtbare schakels' van de thuiszorgaanbieder in zowel de sociale wijkteams alsook in de relatie met de huisartsen in Kerkrade. Los van het versterken van de relatie door de verbinding tussen POH [G]OUD en de Wmo-consulent is dit namelijk een tweede verbinding met de eerstelijns die met alle huisartsenpraktijken in Kerkrade tot stand is gekomen. Daar waar het project zich beperkt tot de oudere, kent de inzet van de 'zichtbare schakel' geen beperking voor wat betreft doelgroep.
- Het uitbreiden van het netwerk sociaal wijkteam Oost met nog twee huisartsenpraktijken (naast andere professionals in de wijken). Er wordt ingezet op verdere uitbreiding naar de andere praktijken in Kerkrade. Inmiddels maken dus drie POH's deel uit van het netwerk in de wijken Noord en Oost.

In beide situaties is sprake van een zeer pragmatische aanpak die het werken in het Kerkraads Wmo-model kenmerkt: uitwisseling op basis van 'need to know' en daar waar noodzakelijk (in zeer complexe situaties die afstemming vereisen, met toestemming van de cliënt) casusbespreking in het maandelijks overleg van het sociaal wijkteam.

### 6.3 Gemeente Maastricht

Bereik doelstellingen zoals beschreven in hoofdstuk 2c.

Op basis van gesprekken met zowel de Wmo-consulent en praktijkondersteuners kan het volgende gesteld worden:

- Gedurende de pilot was sprake van een efficiëntere informatie-uitwisseling tussen Wmo-consulent en POH/huisarts: op het moment dat er een Wmo-aanvraag binnenkwam, nam de Wmo-consulent contact op met de POH/huisarts om de betreffende klacht te objectiveren. Hiermee hoefde geen extern advies ingewonnen te worden, wat de looptijd van een aanvraag sterk verminderde.
- De nieuwe werkwijze werd klantvriendelijker bevonden door de Wmo-consulent.
- De nieuwe werkwijze leverde voordelen voor de POH/HA op: de kennis ten aanzien van mogelijke indiceringen van de medewerkers van de huisartsenpraktijk werd door het intensieve contact vergroot. Hierdoor waren de POH/huisarts beter in staat een voorselectie te maken, waardoor kansloze aanvragen voorkomen werden.
- De medewerkers van de huisartsenpraktijk ervoeren het als positief dat men terugkoppeling kreeg over het wel of niet toekennen van een aanvraag, waardoor zij beter op de hoogte waren van de situatie waarin de patiënt verkeerde.

Wat betreft de voorafgestelde voorwaarden voor slagen van implementatie van deze werkwijze:

- Er was gedurende de pilot-periode inderdaad een vaste Wmo-consulent gekoppeld aan de twee deelnemende huisartsenpraktijken.
- De functionaliteit binnen MediX is gedurende de pilot niet gerealiseerd, aangezien er andere prioriteiten lagen binnen ZIO. Op termijn zullen de Wmo-consulenten overigens wel toegang krijgen tot MediX (uiteraard kunnen zij enkel de relevante informatie zien, en is er toestemming van de patiënt nodig). Wanneer deze mogelijkheid komt is op dit moment echter nog niet duidelijk.

#### 6.4 Communicatie en PR

Om de omgeving bekend te maken met de drie deelprojecten, is er aandacht besteed per deelproject aan de communicatie en PR.

Aan de portefeuillehouders van de gemeenten Maastricht, Heerlen en Kerkrade is een presentatie gegeven over het project. Ook zijn voor de eerste stuurgroepbijeenkomst de deelnemende huisartsen en hun POH-ers uitgenodigd en is er voor deze groep en de stuurleden eveneens een presentatie gegeven over het project en de drie deelprojecten. Per deelproject heeft ook een aantal communicatieactiviteiten plaatsgevonden. Deze worden hieronder verder benoemd.

Middels het blad 'GGD Extern' zijn de stakeholders geïnformeerd over de het project en de geplande aanpak/activiteiten.

##### *Maastricht*

Gedurende de pilot zijn er twee presentaties verzorgd:

- Presentatie over het project bij de Adviescommissie Seniorenbeleid Maastricht, door Ingeborg Wijnands.
- Presentatie bij Gezondheidscentrum dr. Van Kleef, door Veronique Lipsch (Wmo-consulent) en Sonja Hutschemakers (praktijkondersteuner).  
Tijdens deze presentatie hebben de huisartsen en Wmo-consulent kennis met elkaar gemaakt, is een uitleg gegeven over de huidige pilot, en zijn de bezuinigingen/algemeen gebruikelijke voorzieningen/inkomensgrenzen toegelicht.

Daarnaast is er een artikel, 'Wegwijs in Wmo', in het blad 'Praktijk' (nummer 5, 2011) gepubliceerd. Het artikel is tevens te lezen op de [G]OUD website, [www.zio.nl](http://www.zio.nl).

##### *Heerlen*

In Heerlen is een presentatie aan de afdeling Werkgelegenheid & Sociale zaken van de gemeente Heerlen gegeven.

##### *Kerkrade*

Het project is bij de gemeente gepresenteerd aan de wethouder en het Wmo-platform.

Actiepunten:

- In juni 2013 zullen door de werkgroep de mogelijkheden worden uitgewerkt om een artikel over het project te schrijven voor een landelijk tijdschrift. Hierover zijn contacten gelegd met de Academische Werkplaats van de GGZ Zuid-Limburg.
- Op de websites van de deelnemers zullen de resultaten gepresenteerd worden van deze pilot. De eerste is gerealiseerd zie:  
<http://www.zio.nl/zorgprogrammas/ouderenzorg/gerelateerde-projecten-ouderenzorg-in-de-regio/>

## 7. Conclusies en aanbevelingen

### 7.1 Per gemeente

#### Conclusie Heerlen

Door de goede samenwerking komt gegevensuitwisseling tot stand, met als gevolg een efficiëntere indicatiestelling en een lagere belasting voor cliënten. Hiermee zou geconcludeerd kunnen worden dat het project geslaagd is. Echter, met het project werd meer beoogd. Door beperkingen op het gebied van ICT was het niet mogelijk de gegevens van de Wmo-consulent, op efficiënte wijze, over te dragen aan de huisartsen. Binnen andere projecten wordt gebruik gemaakt van de Best Practice uit '[G]OUD en de Wmo'. Zo wordt een aantal vragen uit de [G]OUD-intake gebruikt wordt (zie bijlage 8). Maar ook de toestemmingsverklaring (bijlage 5) van [G]OUD wordt gebruikt in dit project. Daarnaast zoekt men, naar aanleiding van de goede ervaringen het gezondheidscentrum Hoensbroek, actief contact met de huisartsen binnen het projectgebied.

#### Aanbevelingen Heerlen

- Onderzoeken of digitale gegevensuitwisseling tussen de diverse systemen mogelijk is. Bij de aanschaf van nieuwe software kan dit als eis opgenomen worden.
- De Wmo-consulenten van bureau Wmo-voorzieningen wijkgericht organiseren, waardoor huisartsen met een kleine groep van Wmo-consulenten te maken heeft. Daardoor kan een vertrouwensband ontstaan en komt gegevensuitwisseling makkelijker tot stand.
- Duidelijkheid creëren over welke (medische) informatie wel en niet gedeeld mag en kan worden en daar afspraken over maken. Mogelijk kan een convenant tussen organisaties zoals HOZL, gemeenten, GGD, welzijnsorganisaties, thuiszorgorganisaties etc. etc. of een toestemmingsverklaring noodzakelijk zijn om tot gegevensuitwisseling te komen.

#### Conclusie Kerkrade

- Aangezien de (deel)projectdoelstellingen behaald zijn, zouden we kunnen stellen dat we volledig geslaagd zijn. Dit dient genuanceerd te worden. De eerste drie doelstellingen zijn volledig gericht geweest op de in het project ingestroomde klanten/patiënten. Dat deze doelstellingen behaald zijn is niet zo vreemd en wel door de gekozen aanpak. Immers, er is gekozen voor met voorrang oppakken van signalen/aanvragen, een gecombineerd huisbezoek bij iedereen en de beperking van de doelgroep met 75-plussers.
- Voor wat betreft de vier subdoelstellingen waren deze wellicht ook zonder het project gerealiseerd, omdat Kerkrade al sinds 2007/2008 beschikt over een structuur waar pragmatisch samenwerken tussen diverse partners in de wijk een grondhouding is. Er zijn per wijk 3 à 4 Wmo-consulenten die allemaal voor deelnemende (maar ook nog niet deelnemende) professionals in de wijk gemakkelijk benaderbaar zijn en vice versa, dus ook voor professionals uit de eerstelijns.
- Gezegd moet worden dat de positieve resultaten van de samenwerking in huisartsenpraktijk de Linde wel gewerkt heeft als katalysator in het overleg met

de huisartsenpraktijken, die nu ook in het netwerk van het Sociaal Wijkteam zijn aangesloten. De ontwikkelingen in die samenwerking worden in de doorontwikkeling van de sociale wijkteams als absoluut noodzakelijk gezien in het kader van alle grote ontwikkelingen in het Sociale Domein.

#### Aanbevelingen Kerkrade

- Het verdient aanbeveling deelname van POH's in de sociale wijkteams uit te breiden naar zoveel mogelijk huisartsenpraktijken in alle wijken in Kerkrade. Zo wordt voorkomen dat er in die situaties, waar een rechtstreeks contact tussen POH en Wmo-consulent de vraag van de klant/patiënt beantwoord kan worden, er een extra tussenstap via de zichtbare schakel noodzakelijk wordt. We willen immers zo weinig mogelijk hulpverleners/professionals bij een klant/patiënt.
- Onderzoek of huisartsenpraktijken kunnen aansluiten bij een netwerkverbindend systeem zoals Mens Centraal.
- Blijf bij het uitwisselen van cliëntgegevens op basis van 'need to know' mét toestemming van de klant/patiënt in kwestie.

#### Conclusie Maastricht

Zowel POH als Wmo-consulent zien voldoende voordelen aan de werkwijze toegepast in de pilot, om deze werkwijze te continueren. De POH noemt de volgende voordelen: de patiënt ontvangt ondersteuning bij het doen van een aanvraag, het creëert goodwill bij de patiënten, de POH is in staat een betere voorselectie te doen, waardoor de verspilling van hulpmiddelen afneemt. Ook de Wmo-consulent geeft aan de werkwijze van de pilot als positief te zien. Er zijn kortere lijnen met POH en huisarts wat -in meer dan de helft van de gevallen- leidt tot een kortere afhandeling, wat uiteindelijk weer leidt tot een hogere klantvriendelijkheid.

Door het intensievere contact met een vast Wmo-consulent is sprake van een grotere vertrouwensband en zijn praktijkondersteuners en huisartsen meer bereid medische informatie te delen. Bovendien is de huisartsenpraktijk beter op de hoogte van de invulling van de Wmo, wat leidt tot een betere selectie. Dit leidt uiteindelijk tot tijdswinst: externe adviezen zijn niet meer nodig en onnodige aanvragen worden voorkomen.

#### Aanbevelingen Maastricht

Uit bovenstaande kan voorzichtig geconcludeerd worden dat continuering van deze werkwijze, en implementatie van deze werkwijze, in alle huisartsenpraktijken in de gemeente Maastricht wenselijk is.

Er zijn echter ontwikkelingen die verdere continuering en implementatie negatief beïnvloeden. Zo zal de Wmo steeds minder vanuit een medische invalshoek gaan operationaliseren en wordt door gemeente Maastricht 'voorrang gegeven' aan de pilot 'Innovatie Welzijn en zorg' die in januari 2013 gestart is in de wijken Caberg en Malpertuis. De projectleiding [G]OUD-Maastricht Heuvelland is in gesprek gegaan met de gemeente Maastricht om hen te informeren over de voordelen van deze werkwijze en het bespreken van de mogelijkheden. Naar alle waarschijnlijkheid worden er vaste teams Wmo-consulenten aangesteld per wijk.



## 7.2. Algemene conclusie, do's en don'ts

De werkwijze van '[G]OUD en de Wmo' zal niet worden uitgerold (geïmplementeerd) in de vorm zoals in deze pilots uitgeoefend. Dit heeft vooral te maken de wijzigingen in het gemeentelijke beleid beschreven in hoofdstuk 5. De nauwe samenwerking tussen de Wmo-consulent en de huisarts/praktijkondersteuner heeft echter wel zijn toegevoegde waarde bewezen en zal in de nieuwe wijkgerichte aanpak zeker opgezocht worden. De ontwikkeling binnen de huisartsenzorg met de nieuwe keten "Complexe Zorg voor Ouderen" biedt hier kansen voor.

De (intensieve) samenwerking tussen Wmo-consulent en POH leidt bij alle drie de gemeenten en dus werkwijzen tot de volgende positieve resultaten.

De verbeterde informatie-uitwisseling:

- leidt tot minder externe adviesaanvragen bij MO-zaak, GGD en Argonaut: het nieuwe werkproces lijkt dus effectief in het verbeteren van de informatie-uitwisseling
- leidt volgens de POH's en Wmo-consulenten sprake van een kortere afhandeling;
- is klantvriendelijker aangezien de cliënt vaker slechts eenmaal zijn verhaal hoeft te doen;
- leidt bij de POH's tot een toename in kennis over de Wmo waardoor POH's gerichter verwijzen naar het Wmo-loket danwel onnodige verwijzingen naar het Wmo-loket kunnen worden voorkomen;
- heeft als bijeffect dat andere medewerkers van de deelnemende huisartsenpraktijken bij vragen over de Wmo de weg naar de betrokken POH, die in contact staat met de Wmo-consulente, weten te vinden;

### **DO's:**

- De Wmo-consulenten van het Wmo-loket wijkgericht organiseren, waardoor huisartsenpraktijken met een kleine groep van Wmo-consulenten te maken heeft. Daardoor ontstaat een vertrouwensband, komt gegevensuitwisseling makkelijker tot stand en vermeerderd de kennis van de medewerkers. De koppeling van één vaste Wmo-contactpersoon aan de huisartsenpraktijk, is nog wenselijker, maar lijkt gezien de organisatie van het Wmo-loket niet haalbaar.
- Het digitale patiëntendossier (Keteninformatiesysteem van de huisartsenpraktijken) dient zodanig ingericht te zijn dat het mogelijk is om informatie te filteren uit het [G]OUD-dossier en met één druk op de knop te verzenden naar de Wmo-consulent.
- ICT inzetten/ontwikkelen waardoor het mogelijk is de gegevens van de Wmo-consulent, op efficiënte wijze, over te dragen aan de huisartsen en vice versa.
- Het gebruik van de ontwikkelde toestemmingsverklaring waarbij de gemeente van de cliënten toestemming krijgt, om zowel informatie te verstrekken aan het gezondheidscentrum, als ook informatie te mogen gebruiken van het gezondheidscentrum, is een goed middel om de privacy van de burger/patiënt te waarborgen.
- De gegevens die door de POH aan de Wmo-consulent doorgegeven worden ten behoeve van een Wmo-aanvraag kunnen zich beperken tot hetgeen relevant is

voor de aanvraag. Gegevens uit het medisch dossier beperkten zich in de meeste gevallen tot de probleemlijst.

- Investeer in een goede vertrouwensrelatie tussen gemeente en huisartsen.

Erken / respecteer het verschil in rol van enerzijds de Wmo-consulent en anderzijds de POH's en behandelaars. Deze laatsten hebben vooral een zorgende en hulpverlenende rol jegens hun patiënten. Terwijl de Wmo-consulent meer afstand heeft tot de cliënt en een beoordelende rol heeft.

**DON'Ts:**

- De gehele [G]OUD-intake dient niet als basis kon voor de 'gekantelde Wmo-gesprekken'. De vragenlijst is hiervoor te specifiek (medisch) , maar aan de andere kant ook te beperkt (brengt onvoldoende alle levensgebieden in kaart). Een alternatief is de gecomprimeerde intake-lijst (zie bijlage 8).
- Breng als gemeente de relatie tussen cliënt en behandelaar niet in gevaar.

## Bijlagen

1. Projectplan [G]OUD en de Wmo Samen Sterk, juni 2011
2. Overzicht deelnemers Stuurgroep en Werkgroep Samen Sterk
3. Tussenrapportage Project [G]OUD-Wmo: Samen Sterk, maart 2012
4. Convenant Samen Sterk
5. Toestemmingsverklaring
6. Registratieformulieren – cijfers per gemeente
7. Wmo-intake als gespreksleidraad met delen uit [G]OUD-consult
8. Stroomschema's



## **Bijlage 1 Projectplan [G]OUD en de Wmo Samen Sterk, juni 2011**

### **Inleiding**

Binnen de regio Maastricht-Heuvelland en Parkstad is het project [G]OUD, Gezond Oud, gestart. Dit project is geïnitieerd door de GGD Zuid Limburg, de Regionale Huisartsenorganisaties, Huis voor de Zorg en de gemeente Maastricht. Het project heeft als ambitie dat thuiswonende ouderen hun kwaliteit van leven en hun zelfredzaamheid kunnen behouden dan wel bevorderen. Vanuit de huisartspraktijk worden thuiswonende ouderen (vanaf 75 jaar) door de praktijkondersteuner in kaart gebracht zowel op lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren inclusief leefstijl. Afhankelijk van de uitkomsten en de behoeften van de ouderen vindt zonodig preventieve advisering, dan wel behandeling en/of verwijzing plaats naar een gepast aanbod op het gebied van Wonen, Welzijn en Zorg (WWZ) zo dicht mogelijk bij de ouderen in de buurt. Dit project wordt gefinancierd door de Provincie Limburg, gemeente Maastricht en Nationaal Programma Ouderen (NPO) van ZonMW.

Op 1 januari 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) ingevoerd. Het doel van de Wmo is dat alle burgers kunnen participeren in de samenleving. Centraal staat het 'meedoen' aan alle facetten van de maatschappij. Het eindperspectief van de Wmo is een samenhangend lokaal beleid op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, wonen en welzijn en op aanpalende terreinen, zoals de zorg. 10% van de Nederlandse bevolking heeft min of meer structurele ondersteuning nodig vanuit de Wmo en 5% heeft die incidenteel of kortdurend nodig. De Wmo onderscheidt 9 prestatievelden. Een onderdeel hiervan is het verlenen van individuele voorzieningen. De individuele voorzieningen kunnen worden onderverdeeld in vervoersvoorzieningen, verplaatsen in en rond de woning, woonvoorzieningen en hulp bij het huishouden. Indien een burger hiervoor in aanmerking wil komen dient een indicatiestelling plaats te vinden. Een groot deel van deze gegevens is al bekend bij de eerstelijns of worden via het project [G]OUD in kaart gebracht. In dit projectplan willen we nagaan hoe de Wmo-indicering en de eerstelijnszorg/[G]OUD met elkaar verbonden kunnen worden, zodat integraal en efficiënt gewerkt kan worden. Het indicatiebesluit zal bij de gemeenten blijven liggen in het kader van een objectieve en onafhankelijke indicatiestelling. De gemeente Heerlen heeft tussen de 5500 – 6000 aanvragen op jaarbasis ( $\pm$  89.000 inwoners). De gemeente Maastricht heeft ongeveer 5000 aanvragen per jaar ( $\pm$  118.000 inwoners). De gemeente Kerkrade heeft 2000-2300 aanvragen op jaarbasis ( $\pm$  48.000 inwoners)

### **Doelstelling**

De doelstelling van dit project is om een integrale en efficiëntere zorg voor ouderen te realiseren door een verbinding te maken tussen [G]OUD en de indicering van de Wmo.

### **Resultaten**

Aan het einde van de projectperiode zijn de onderstaande resultaten geboekt op de verschillende onderdelen. Per gemeente zullen deze resultaten nog SMART worden gemaakt door de verschillende regionale werkgroepen.

1. Een protocol voor de afstemming Wmo-indicering – [G]OUD/eerstelijnszorg binnen de drie verschillende gemeenten.
2. Inzicht in het proces van uitvoer van de pilot met de bijbehorende randvoorwaarden (zoals aanpassingen ICT, privacy) en resultaten. De onderstaande resultaten worden meegenomen in de evaluatie. Deze resultaten zullen per gemeente nog SMART worden gemaakt door de verschillende regionale werkgroepen. Aangezien het proces van indicatiestelling per gemeente wisselend wordt ingevuld is het niet haalbaar om voor alle drie de gemeenten dezelfde resultaten te verwachten.

#### *Ouderen*

- Toename tevredenheid van de zorg.
- Toename van de kwaliteit van leven.

#### *Huisartspraktijk*

- Toename van de tevredenheid over de gegevensuitwisseling met de gemeenten.
- Toename van het aantal ouderen dat in de huisartspraktijk integraal in beeld is, dat wil zeggen dat ook relevante gegevens van de gemeente bekend zijn.
- Vermindering belasting huisartspraktijk bij de Wmo-indicering.

#### *Gemeenten*

- Verkorting van de doorlooptijd Wmo-indicering.
- Efficiëntere indicatiestelling per gemeente (o.a. minder verwijzingen naar GGD Zuid Limburg /CIZ, minder ureninzet Wmo-consulenten).
- Toename van de tevredenheid Wmo-consulenten over de samenwerking met de huisartspraktijk.

3. Implementatieplan voor verbinding eerstelijnszorg/[G]OUD en de Wmo-indicering voor andere gemeenten.
4. Publicatie van de ervaringen en resultaten.

#### Ad 1:

Op 1 november 2010 is het protocol gereed voor de afstemming Wmo-indicering en [G]OUD. Dit protocol zal bestaan uit een algemeen deel en een gedeelte dat is aangepast aan de lokale situatie van de drie gemeenten en de huisartspraktijken.

#### Ad2:

Op 1 januari 2012 wordt een rapport opgeleverd, waarin het proces van ontwikkeling en de ervaringen in de pilot binnen de drie gemeenten staat beschreven. Tevens wordt hierin de evaluatie besproken van de pilot zowel op proces (o.a. belemmerende en bevorderende factoren) als op effect uitkomsten op het niveau van de ouderen, huisartspraktijk en gemeenten. Ook zullen de randvoorwaarden zoals aanpassingen ICT, privacy, deskundigheid etc. worden weergegeven. Ook zal worden nagegaan of bepaalde functies, zoals medisch adviseurs, anders ingevuld worden tijdens de pilot.

Ad 3:

Op 1 maart 2012 is een definitief draaiboek voor implementatie gereed. In het draaiboek staan de procedures beschreven op basis waarvan men invulling kan geven aan de verbinding [G]OUD en Wmo-indicering. In gemeenten buiten Zuid-Limburg, waar geen [G]OUD-model aanwezig is, dient te worden nagegaan hoe de verbinding Wmo-eerstelijnszorg verkregen kan worden.

Ad 4:

Op 1 maart 2012 is een artikel geschreven dat ter publicatie aan een relevant nationaal tijdschrift wordt aangeboden. Daarnaast zal in regionale bladen ook aandacht voor de resultaten van de pilot zijn.

### **Relatie met de thema's bij de projectencall Robuust**

Dit projectvoorstel sluit aan bij twee thema's binnen de call, namelijk ouderen en eerstelijnszorg en zorg in de buurt. Het doel van [G]OUD is om de zelfredzaamheid en de leefkwaliteit van ouderen te versterken. Door verbinding te leggen tussen Wmo en [G]OUD wordt een oudere geheel in kaart gebracht. Door gebruik te maken van gegevens over de oudere die in de huisartspraktijk aanwezig of die bij de gemeenten bekend zijn, kan een integrale en efficiënte zorg bewerkstelligd worden. Deze aanpak wordt wijkgericht, vanuit de huisartspraktijk, vormgegeven met de betrokken partners van WWZ.

### **Huidige en gewenste situatie**

In de regio Zuid-Limburg is een pilot [G]OUD gestart bij 21 huisartsenpraktijken. Het model [G]OUD wordt momenteel aangepast en per 1 januari 2010 breed geïmplementeerd in de regio Parkstad en Maastricht-Heuvelland. Binnen [G]OUD worden door de deelnemende huisartspraktijken gegevens verzameld over het lichamelijk, psychisch, sociaal functioneren en de leefstijl van de ouderen. Op basis van bevindingen en de behoefte van de oudere wordt in samenspraak gekeken of advisering, behandeling of doorgeleiding naar een passend aanbod in de wijk aan de orde is. Het uitgangspunt hierbij is om integraal naar de oudere te kijken. Mocht een voorziening vanuit de Wmo noodzakelijk zijn, dan wordt de oudere doorverwezen naar het Wmo-loket van de desbetreffende gemeente. De gemeente is niet op de hoogte van de gegevens die in kaart zijn gebracht in het [G]OUD-consult. Afhankelijk van de vraag van de oudere worden wederom gegevens verzameld van de oudere om een indicatie te kunnen geven voor een voorziening. Dit betekent dat er tweemaal gegevens verzameld worden, dus niet cliëntvriendelijk en arbeidsintensief.

De route kan ook andersom plaatsvinden. Een oudere meldt zich bij het Wmo-loket voor een voorziening. Het nodig hebben van een voorziening kan een signaal zijn dat er een risico is op kwetsbaarheid. Deze oudere wordt door de Wmo-consulent in kaart gebracht. De gegevens van de oudere worden niet gedeeld met de huisartsenpraktijk. De huisartsenpraktijk is dus niet op de hoogte welke oudere een Wmo-voorziening heeft en om welke reden. Momenteel vragen gemeenten alleen op indicatie medische gegevens op bij de huisarts. Dit proces verloopt niet optimaal en heeft een vertragende factor bij de indicatiestelling.

In de gewenste situatie worden relevante gegevens van de ouderen uitgewisseld tussen gemeenten en [G]OUD. Door het uitwisselen van de gegevens heeft de huisartsenpraktijk meer zicht op de ouderen en kunnen de gegevens aanleiding zijn om de oudere op te roepen voor het [G]OUD-consult of, indien de oudere de huisarts bezoekt, een aantal zaken aan de orde te stellen. Voor de gemeenten zal de Wmo-indicering efficiënter verlopen en voor de ouderen is het voordeel dat ze niet meerdere keren al hun gegevens dienen door te geven. Alle partijen hebben zicht in het functioneren van de oudere in de thuissituatie. Dit betekent dat het voor alle drie de betrokken partijen winst zal opleveren.

Door de grote verschillen bij de indicatiestelling per gemeente is het zinvol om dit project bij meerdere gemeenten uit te voeren. Hierdoor wordt bij het implementatieplan rekening gehouden met de regionale context om dit project uit te voeren.

### **Noodzaak project**

De Nederlandse bevolking vergrijst. De Provincie Limburg is de eerste Provincie in Nederland die te maken krijgt met een bevolkingskrimp mede door de vergrijzing, ontgroening en migratie van de bevolking (Vilans 2007). Daarnaast is de gezondheid in Limburg ook slechter dan in de rest van Nederland. Zo hebben de inwoners van Parkstad de laagste levensverwachting in Nederland samen met Amsterdam en Den Haag (77,3 jaar in Parkstad ten opzichte van 78.8 jaar landelijk). Ook heeft Limburg meer problemen op het gebied van psychische klachten, slapeloosheid en eenzaamheid dan in de rest van Nederland (Vilans 2007).

Voor ouderen is een integrale benadering essentieel. Bij het ouder worden raken sociaal, fysiek en psychisch functioneren steeds sterker met elkaar verweven. Deze integrale benadering past bij het model van active ageing van de WHO. Actief ouder worden is volgens de WHO *het proces van het optimaliseren van de mogelijkheden voor gezondheid, participatie en veiligheid om de kwaliteit van leven bij ouder worden te verhogen* (WHO, 2002). Het is daarom noodzakelijk om een oudere integraal te benaderen en te kijken naar het welbevinden en de kwaliteit van leven op alle verschillende domeinen. Door het delen van gegevens die bekend zijn van een oudere kan een beter integraal beeld worden verkregen. Hierdoor kunnen de keuzen met betrekking tot zorg of indicatiestelling beter worden onderbouwd en kan efficiëntie worden bewerkstelligd. Dit is ook noodzakelijk gezien de groei van het aantal ouderen en het niet beschikbaar komen van extra financiële middelen om deze groeiende zorgvraag op te vangen. Door het zorgproces in samenhang en wijkgericht vorm te geven, zal meer in synergie worden samengewerkt, wat kostenvoordeel met zich mee zal brengen.

### **Samenwerkingspartners**

In dit project zal met de onderstaande partijen worden samengewerkt namelijk:

- Gemeenten in Zuid-Limburg namelijk Heerlen, Maastricht en Kerkrade.
- Huisartsenorganisaties namelijk de Regionale Huisartsen Zorg (RHZ) Heuvelland en de Huisartsen Oostelijk Zuid Limburg (HOZL).
- GGD Zuid Limburg.



- Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).
- Stichting Beyaert Robuust Limburg.
- Huis voor de Zorg.

Het grootste deel van deze partijen werken nu ook al structureel samen binnen [G]OUD. De betrokken partijen hebben de intentie uitgesproken om zich gezamenlijk in te zetten voor dit projectvoorstel. Vandaar dat de partijen een intentieverklaring hebben ondertekend.

### **Projectorganisatie**

Stichting ZIO, Zorg in Ontwikkeling, is de opdrachtgever van het project. Vanuit Stichting ZIO wordt zorgontwikkeling en –onderzoek uitgevoerd voor de twee huisartsenorganisaties in de regio Maastricht Heuvelland en Parkstad. De projectleider is de projectleider van [G]OUD. De projectleider is verantwoordelijk voor het bereiken van het eindresultaat. Daarnaast wordt een projectcoördinator aangesteld die uitvoering geeft aan de activiteiten die in het project beschreven staan zowel op het gebied van ontwikkeling, uitvoering, evaluatie en implementatie.

De huidige werkgroep, bestaande uit de beschreven samenwerkingspartners, wordt de stuurgroep van het project. De stuurgroep zal vier keer per jaar bij elkaar komen. Het doel van de stuurgroep is de voortgang van het project te toetsen en is mede verantwoordelijk voor het eindresultaat. De opdrachtgever is de voorzitter van de stuurgroep.

Daarnaast dient na eventuele honorering van het projectvoorstel gekeken te worden hoe de werkgroepen opgezet dienen te worden. Er dient een werkgroep te worden geformeerd waarbij het eindresultaat een protocol is. Dit protocol zal per gemeente aan de lokale situatie worden aangepast door de regionale werkgroepen. De projectcoördinator zal alle drie de werkgroepen begeleiden en is de linking pin tussen deze werkgroepen. Bij de samenstelling per gemeente zal ook de vertegenwoordiging van de ouderen worden betrokken, zoals de seniorenraden van de gemeenten.

Met betrekking tot de evaluatie van dit project heeft overleg plaatsgevonden met de onderzoekers van [G]OUD (Vakgroep Huisartsgeneeskunde Universiteit Maastricht, Academische werkplaats GGD Zuid Limburg, Stichting ZIO). In samenspraak is besloten om proces- en effectvariabelen in kaart te brengen. Dit is gezien de implementatie van het project essentieel. De onderzoekers van [G]OUD zullen de projectcoördinator hierbij ondersteunen en in gezamenlijkheid een evaluatie opzetten.

### **Plan van aanpak**

#### Ontwikkeling

De werkgroep zal met de samenwerkende partners een richtlijn ontwikkelen hoe in de praktijk de verbinding tussen de gegevensverzameling [G]OUD en de Wmo-indicering op elkaar kunnen worden afgestemd. Dit zal resulteren in een richtlijn/protocol. Deze richtlijn zal per gemeente aan de lokale situatie worden aangepast. Daarnaast worden de praktijkondersteuners en Wmo-consulenten indien nodig geschoold en zullen eventueel

aanpassingen plaatsvinden op het gebied van de ICT, meetinstrument [G]OUD en privacy.

### Pilot

In drie gemeenten in Zuid-Limburg, namelijk Heerlen, Kerkrade en Maastricht, wordt in samenwerking met één of twee huisartsenpraktijken een pilot gestart om het protocol uit te testen. Dit protocol is aangepast aan de lokale situatie per gemeente. De pilot wordt geëvalueerd bij de drie doelgroepen namelijk ouderen, gemeenten en huisartsenpraktijk(en) op de onderstaande onderdelen.

#### *Ouderen*

- Tevredenheid
- Kwaliteit van leven

#### *Huisartspraktijk*

- Tevredenheid met de gegevensuitwisseling
- Integraal beeld van de ouderen
- Belasting huisartsenpraktijk

#### *Gemeenten*

- Doorlooptijd Wmo-indicering
- Efficiëntere indicatiestelling per gemeente
- Tevredenheid Wmo-consulenten

Daarnaast zal worden nagegaan of het protocol toepasbaar is in de praktijk. Op basis van de evaluatie wordt het protocol aangepast. Daarnaast zullen er ook neveneffecten optreden, zoals het inzicht krijgen van huisartsen en gemeenten in elkaars culturen en meer dezelfde taal gaan spreken.

### Implementatie

Bij een positieve evaluatie wordt het model aangepast en verder uitgerold in de participerende pilotgemeenten. Daarnaast wordt ook gekeken om in de andere gemeenten van Zuid-Limburg het model verder uit te rollen via het opgestelde implementatieplan. De opbouw van het implementatieplan dient voldoende mogelijkheden te bieden om de lokale accenten per gemeente binnen het protocol te integreren. Ook voor gemeenten buiten Zuid-Limburg dient het implementatieplan duidelijke handvatten te geven hoe eerstelijnszorg en Wmo efficiënter kunnen samenwerken.

### **Planning**

#### Vorbereidingsfase

Maand 1 – 6 Opzetten projectorganisatie. Uitwerken van het protocol met de drie gemeenten en huisartsenpraktijken. Scholen van POH en Wmo-consulenten. Eventuele aanpassingen ICT, vragenlijst en uitzoeken privacywetgeving.

#### Uitvoeringsfase

Maand 7 – 16 Uitvoer pilot in de drie gemeenten bij één à twee huisartsenpraktijken.

## Evaluatiefase

Maand 17 – 24           Evaluatie en rapportage. Het afronden van het implementatieplan voor de ontwikkeling en invoering afstemming [G]OUD en Wmo. Het publiceren van de resultaten van de evaluatie.

Maand 24 -                Continuering en implementatie van het model.

## **Communicatieplan**

Binnen het project wordt op diverse manieren gecommuniceerd over de voortgang van de resultaten.

## Voortgangsverslag

Halverwege de projectperiode wordt ter verantwoording een voortgangsverslag opgesteld ten behoeve van Robuust en de zorgverzekeraars CZ en Uvit.

## Eindverslag

De resultaten, alsmede de uitvoering van het project, wordt beschreven in het eindverslag. Ook dit verslag wordt aan Robuust en de zorgverzekeraars aangeboden conform de subsidie-eisen.

## Overige communicatie

Om het project bekend te maken en betrokkenen te informeren over de voortgang, wordt onder andere gebruikgemaakt van de nieuwsbrief [G]OUD, die viermaal per jaar verschijnt. Daarnaast zal ook op de website van [G]OUD ([www.goudlimburg.nl](http://www.goudlimburg.nl)) informatie over het project worden gegeven. Per gemeente dient naar de juiste communicatiemiddelen te worden gezocht om informatie over het project te verspreiden.

## Publicaties

De resultaten en ervaringen worden in regionale en nationale tijdschriften/bladen weergegeven die relevant zijn voor de implementatie.

## **Implementatie**

De resultaten en bevindingen uit dit project komen voor overige zorgverleners, gemeenten en patiëntenvertegenwoordigers in Zuid-Nederland ter beschikking door middel van het implementatiedraaiboek. Indien gewenst kan een bijeenkomst worden belegd voor geïnteresseerden die aan de slag willen met het implementatiedraaiboek.

Om de voortgang van het project na beëindiging van de subsidieperiode te garanderen, zal gedurende het project aandacht worden besteed aan structurele inbedding. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de projectstructuur van [G]OUD. Ook het [G]OUD-model dient 2011 structureel te worden ondergebracht. Met de betrokken partijen dient te worden nagegaan wie welke verantwoordelijkheid op zich neemt met betrekking tot het totaal van het project of op deelgebieden. Voor de voortgang van het project is commitment van de betrokken partijen essentieel. Het past hierbij dat ook gekeken wordt naar de optimaalste vorm van financiering.

## Bijlage 2 Overzicht deelnemers Stuurgroep en Werkgroep

### Stuurgroepleden

De heer Fons Bovens	GGD Zuid Limburg	Directeur
De heer Guy Schulpen	ZIO	Directeur
De heer Jo Maes	Huis voor de Zorg	Directeur
De heer Paul Konings	St. Robuust loc. Beyaert	Programma-adviseur Stichting Robuust
De heer Henk van Geffen	Gemeente Heerlen	Hoofd Wmo Heerlen
De heer Hans Keulers	Gemeente Kerkrade	Hoofd Wmo Kerkrade
Mevrouw Celine Klemann	Gemeente Maastricht	Hoofd Wmo Maastricht
Mevrouw Ingeborg Wijnands	ZIO	Projectleider
De heer Michel Limpens	GGD Zuid Limburg	Afdelingshoofd, communicatieadviseur
Mevrouw Yvonne Guldemond	HOZL	Huisarts

### Werkgroepleden

Mevrouw Ingeborg Wijnands	ZIO	Projectleider
De heer Michel Limpens	GGD Zuid Limburg	Afdelingshoofd, communicatieadviseur
De heer Paul Renders	Gemeente Heerlen	Kwaliteitscoördinator en Wmo- consulent
Mevrouw Jacqueline Kern	Gemeente Kerkrade	Teamleider Wmo
De heer Marc Corsius	GGD Zuid Limburg	Arts SMA
Mevrouw Maud van Hoof	ZIO	Onderzoeksmedewerker
Mevrouw Mirjam Bergmans	GGD Zuid Limburg	Managementassistente



**Bijlage 3 Tussenrapportage project [G]OUD en de Wmo,  
maart 2012**



# Tussenrapportage Project [G]OUD en de Wmo

## Samen Sterk





## INHOUD

1	Aanleiding .....	8
2	Doelstelling.....	8
3	Tussenrapportage van het project en de verwachte eindresultaten .....	8
4	Aansturing project.....	9
5	Behaalde resultaten in het eerste jaar .....	9
5.1	Algemeen .....	9
5.2	Route en protocol [G]OUD en de Wmo .....	9
5.3	Privacy en [G]OUD en de Wmo .....	11
5.4	Evaluatie.....	11
6	Deelproject Maastricht .....	12
6.1	Lokale beginsituatie.....	12
6.2	Gewenste situatie.....	12
6.3	Stand van zaken .....	13
6.4	Stand van zaken .....	13
7	Deelproject Heerlen .....	13
7.1	Lokale beginsituatie.....	13
7.2	Gewenste situatie.....	14
7.3	Stand van zaken .....	14
7.4	Aantal ingestroomde cliënten .....	15
8	Deelproject Kerkrade .....	15
8.1	Lokale beginsituatie.....	15
8.2	Gewenste situatie.....	15
8.3	Stand van zaken .....	15
8.4	Aantal ingestroomde cliënten .....	16
9	Communicatie/publicaties.....	16
10	Risicofactoren .....	17
11	Planning en vervolg .....	17
12	Bijlagen .....	19
12.1	Stroomdiagram van huisartsenpraktijk naar Wmo (pilot Maastricht) .....	19
12.2	Stroomdiagram van Wmo naar huisartsenpraktijk (pilot Maastricht) .....	19
	<i>(Beide documenten worden in een aparte bijlage meegestuurd)</i> .....	19
12.3	Bijlage Registratieformulier voor POH .....	20
12.4	Bijlage Registratieformulier voor Wmo-consulent.....	21

**Projectgroep [G]OUD en de Wmo**

Postbus 2022, 6160 HA Geleen

T 046 – 850 66 66 . F 046 – 850 66 67 . [info@ggzl.nl](mailto:info@ggzl.nl) . [www.ggzl.nl](http://www.ggzl.nl)

### III. Producten

Vermeld de status van de in de projectaanvraag genoemde producten (tastbare resultaten) en eventueel bijkomende, die kunnen worden gebruikt om de mate van doelbereiking vast te stellen

	<b>Product (genoemd in aanvraag)</b>	<b>Status (datum gereed of planningsdatum)</b>
1.	Protocol Indicatiestelling [G]OUD en de Wmo	Lopende Zie verslag
2.	Privacy document	Gereed
3.	Proeftuin gemeente Heerlen en gezondheidscentrum 'Hoensbroek' (pilot deelproject gemeente Heerlen)	Lopende, einddatum 1 maart 2013. Zie tussenrapportage, hoofdstuk 6
4.	Proeftuin gemeente Kerkrade en gezondheidscentrum 'de Linde' (pilot deelproject gemeente Kerkrade)	Lopende, einddatum 1 maart 2013 Zie tussenrapportage, hoofdstuk 7
5.	Proeftuin gemeente Maastricht en gezondheidscentrum 'van Kleef' (pilot deelproject gemeente Kerkrade)	Lopende, einddatum 1 maart 2013 Zie tussenrapportage hoofdstuk 8

### III. Financiën

#### 1. IS VOOR HET PROJECT ELDERS SUBSIDIE AANGEVRAAGD, VERLEEND OF VERSTREKT?

<u>Doorstrepen indien niet van toepassing</u>	
<del>Ja</del>	Indien ja:
Bij welke instantie?	
Datum aanvraag	
Datum verstrekking	
Bedrag	
Nee	

# TUSSENVERSLAG

Van 1 maart 2011 tot 1 maart 2012

## 1 Aanleiding

In 2009 is een werkgroep van start gegaan die met name gekeken heeft naar de mogelijke relaties tussen het gestarte project [G]OUD en de Wmo indicatiestelling van gemeenten. Door gebruik te maken van informatie die al van de aanvrager bekend is en goede informatie te verstrekken aan betrokken hulpverleners (aan het begin van elk traject) lijkt het mogelijk indicatiestelling sneller en efficiënter te laten verlopen zonder dat daarbij de zorgvuldigheid geweld wordt aan gedaan.

Binnen de regio Maastricht-Heuvelland en Parkstad is het project [G]OUD, Gezond Oud, gestart. Dit project is geïnitieerd door de GGD Zuid Limburg, de Regionale Huisartsenorganisaties, Huis voor de Zorg en de gemeente Maastricht. Het project heeft als ambitie dat thuiswonende ouderen hun kwaliteit van leven en hun zelfredzaamheid kunnen behouden dan wel bevorderen. Vanuit de huisartsenpraktijk worden thuiswonende ouderen (vanaf 75 jaar) door de praktijkondersteuner in kaart gebracht zowel op lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren inclusief leefstijl.

Op 1 januari 2007 is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) ingevoerd. Het doel van de Wmo is dat alle burgers kunnen participeren in de samenleving. Centraal staat het 'meedoen' aan alle facetten van de maatschappij. Het eindperspectief van de Wmo is een samenhangend lokaal beleid op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, wonen en welzijn en op aanpalende terreinen, zoals de zorg. Een onderdeel hiervan is het verlenen van individuele voorzieningen. De individuele voorzieningen kunnen worden onderverdeeld in vervoersvoorzieningen, verplaatsen in en rond de woning, woonvoorzieningen en hulp bij het huishouden. Indien een burger hiervoor in aanmerking wil komen dient een indicatiestelling plaats te vinden. Een groot deel van deze gegevens zijn al bekend bij de eerstelijns of worden via het project [G]OUD (ook in de 1<sup>e</sup> lijn) in kaart gebracht. In dit project wordt nagaan hoe de Wmo-indicering en de eerstelijnszorg/[G]OUD met elkaar verbonden kunnen worden zodat integraal en efficiënt gewerkt kan worden.

## 2 Doelstelling

De doelstelling van dit project is om een integrale<sup>6</sup> en efficiëntere<sup>7</sup> zorg voor ouderen te realiseren door een verbinding te maken tussen [G]OUD en de indicering van de Wmo.

## 3 Tussenrapportage van het project en de verwachte eindresultaten

De looptijd van het project is van 1 maart 2011 tot 1 maart 2013. Aan het einde van het project worden de resultaten middels een rapport, verantwoord. In verband met een voorwaarde van de subsidiegever Robuust, is per 1 maart 2012 deze tussenrapportage opgemaakt om de voortgang van het project te rapporteren zowel inhoudelijk als financieel.

Als resultaten werden in het projectplan genoemd:

1. Een protocol voor de afstemming Wmo-indicering – [G]OUD/eerstelijnszorg binnen de drie verschillende gemeenten.
2. Inzicht in het proces van uitvoer van de pilot met de bijbehorende randvoorwaarden (zoals aanpassingen ICT, privacy) en resultaten. De uiteindelijke resultaten moeten iets opleveren voor de burgers (ouderen), de huisartsenpraktijk(en), en de deelnemende gemeenten.
3. Implementatieplan voor verbinding eerstelijnszorg/[G]OUD en de Wmo-indicering voor andere gemeenten.
4. Publicatie van de ervaringen en resultaten.

<sup>6</sup> Integraal = in zijn geheel, volledig

<sup>7</sup> Efficiënt = ook wel doelmatig genoemd, een proces is efficiënt als er ten opzichte van de norm weinig middelen worden gebruikt.

## 4 Aansturing project

Het project wordt aangestuurd door een stuurgroep bestaande uit de diverse geledingen (zie projectplan). De stuurgroep is in 2011 eenmaal bij elkaar geweest, heeft het projectplan vastgesteld en draagt zorg voor de randvoorwaardelijke kaders.

De projectgroep wordt aangestuurd door de GGD Zuid Limburg en ZIO.

Het project kent drie deelprojecten (Maastricht, Kerkrade en Heerlen) met drie deelprojectleiders uit de gemeenten. De projectleiders met de deelprojectleiders vormen samen de projectgroep. Deze projectgroep is in 2011 praktisch maandelijks bij elkaar geweest en heeft de ervaringen uit de praktijk met elkaar gedeeld, het onderwerp 'privacy' besproken en acties uitgezet en voorbereidingen getroffen inzake de evaluatie van het project. Van alle bijeenkomsten zijn verslagen gemaakt.

## 5 Behaalde resultaten in het eerste jaar

### 5.1 Algemeen

De resultaten tot nu toe zullen eerst in het algemeen beschreven worden. Deze gelden in principe voor elke deelpilot. Daarna zal er een korte verslaglegging zijn per deelproject (zie hoofdstuk 6,7 en 8).

### 5.2 Route en protocol [G]OUD en de Wmo

Wikipedia geeft voor een protocol de volgende definitie: ' Een **protocol** is een gedragsovereenkomst, meestal in de vorm van een aantal uit te voeren stappen.' Hieruit blijkt dat het te maken protocol beschreven dient te worden als een set van gedragingen van de diverse stakeholders in het veld. Dit zijn in dit geval de burger/patiënt, de huisartsenpraktijk en de gemeente. Deze hebben een onderlinge relatie als het gaat om meedoen in de maatschappij en het helpen/adviseren bij ervaren participatieproblematiek. Op de volgende pagina wordt dit schematisch weergegeven. De werkgroep heeft dit in 2011 nader uitgewerkt:

#### **Optie 1, blauwe lijnen:**

De burger kan zich wenden tot de huisarts of de praktijkondersteuner (POH), waarbij deze een gesprek voert met de burger/patiënt. Dit kan in de vorm zijn van een consult bij de huisarts of een [G]OUD-consult thuis door de POH. In dit gesprek kunnen de door de patiënt ervaren participatieproblemen naar voren komen.

In de pilot is het van belang dat zowel de huisarts als de POH door de Wmo-consulent goed geïnformeerd zijn over de (nieuwe) werkwijze van de Wmo. In deze werkwijze dient niet de oplossingsrichting als uitgangspunt van de vraag te zijn, maar het ervaren probleem en de mogelijkheid van de burger om zelf (al dan niet met hulp van zijn omgeving) oplossingsrichtingen te zoeken. Zijn deze oplossingsrichtingen niet voorhanden dat kan een individuele voorziening een oplossing bieden. De gemeente kan daarin dan compenserend optreden (blauwe lijn). Als de huisarts en POH goed op de hoogte zijn van deze Wmo-werkwijze, kunnen zij bij patiënten ook geen verkeerde verwachtingen scheppen met betrekking tot de aanvraag van een individuele voorziening en hen dus van juiste informatie voorzien.

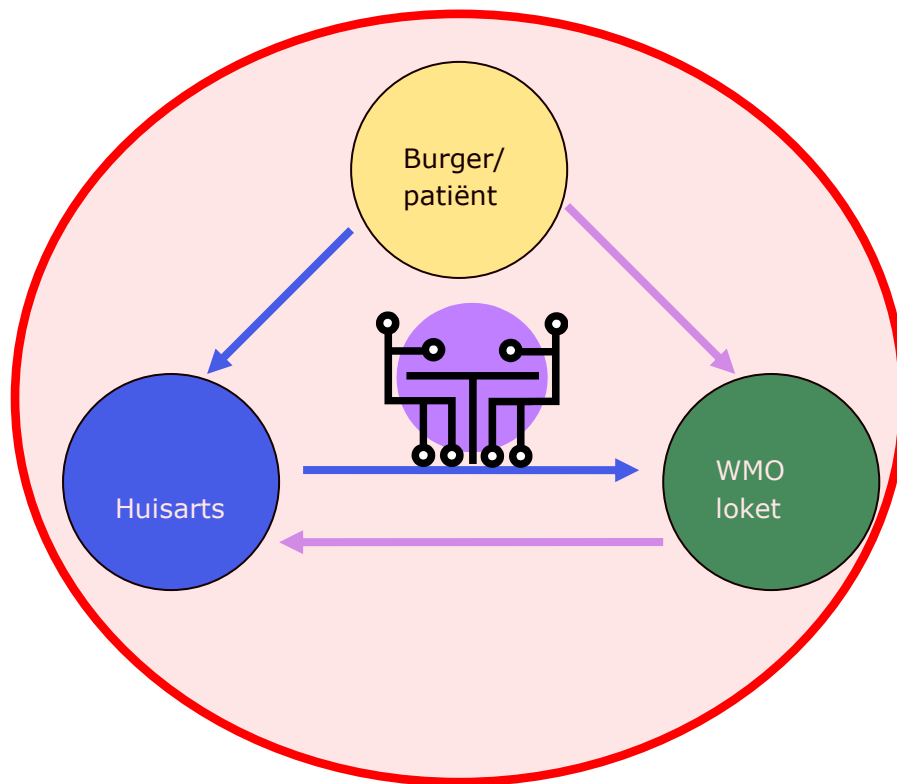
De verbeterde samenwerking tussen de Wmo-consulent en POH/huisarts in deze pilot,

#### **Projectgroep [G]OUD en de Wmo**

Postbus 2022, 6160 HA Geleen

T 046 – 850 66 66 . F 046 – 850 66 67 . info@ggdzl.nl . www.ggdzl.nl

moet dus leiden tot een goede en actuele kennis over de Wmo-werkwijze binnen de huisartsenpraktijk. **Afgelopen periode is in de pilots reeds gebleken dat deze kennisoverdracht als zeer waardevol is ervaren, door alle partijen.** Dit wordt meegenomen in de evaluatie in 2012.



### **Optie 2, paarse lijnen:**

Ook kan de burger zich rechtstreeks melden bij de gemeente. Het is zaak dat de gemeente een goede probleemverkenning doet en samen met de burger naar oplossingen zoekt waarbij eveneens eigen verantwoordelijkheid van de burger en of zijn omgeving gevraagd wordt. Er worden oplossingsrichtingen bedacht die passend zijn bij het ervaren probleem door de burger. De oplossingsrichting is dus maatwerk en over het algemeen geen 'confectie'. Een goed gesprek/intake 'aan de keukentafel' dient dan ook plaats te vinden. Afstemming met de behandelend huisarts, immers deze heeft veel gegevens over zijn/haar patiënten, biedt meerwaarde in de afweging tot de oplossingsrichting (paarse pijl).

Daarom is het zaak de gegevens van de [G]OUD-intake te bundelen met de gegevens van de gemeente en eventueel andere partners. De kaders voor de oplossingsrichtingen dienen 'regel-arm' te zijn aangezien het gaat om passende oplossingsrichtingen die bij het specifieke participatieprobleem van de burger horen.

In de huidige situatie worden ouderen, die mogelijk kwetsbaar zijn, door de POH benaderd voor een [G]OUD-huisbezoek. Deze gegevens levert informatie op over o.a. de ervaren gezondheid van de oudere en over de door hem/haar ervaren participatieprobleem(en). Deze gegevens zouden goed bruikbaar kunnen zijn voor de gemeentelijke Wmo-consulent, immers ook deze verzamelt informatie over een burger wanneer deze een aanvraag doet voor een voorziening. De koppeling van deze informatiestromen moet efficiencywinst opleveren voor de burger, de huisarts en de gemeente. Het gaat dus met name over het gezamenlijke gebied. Wanneer er een overlap is kan deze gebruikt worden om, óf de intake van de gemeente aan te vullen met

### **Projectgroep [G]OUD en de Wmo**

10

een aantal gerichte vragen, óf kan het [G]OUD-instrument aangepast worden zodat de informatiebehoefte snel geledigd kan worden.

**Afgelopen periode is in de pilots reeds gebleken dat deze informatie-uitwisseling op patiëntniveau als efficiënt is ervaren, door alle partijen.** Dit wordt meegenomen in de evaluatie in 2012.

Door de pilots zijn er stroomschema's gemaakt met betrekking tot de 'routes' en de daarbij geldende afspraken en gedragingen. Zie voorbeeld van de pilot uit Maastricht in bijlagen 12.1. en 12.2.

### 5.3 Privacy en [G]OUD en de Wmo

Omdat er inzake de vraagstelling van de burger en de samenwerking tussen de gemeente en eerstelijns gegevens uitgewisseld moeten worden tussen de burger en de huisarts/gemeenten en de gemeente en de huisarts, dient de privacy van de burger/patiënt gewaarborgd te zijn. Informatie-uitwisseling tussen de huisarts en de gemeente kan alleen maar met toestemming van de cliënt. Een privacy-protocol is door de gemeente Heerlen ontwikkeld en er is een toestemmingsformulier gemaakt dat door de burger/patiënt kan worden ondertekend, waarbij de 'need to have'-informatie gedeeld kan worden door partijen.

### 5.4 Evaluatie

Voor de evaluatie van het totale project is ondersteuning gevraagd van de academische werkplaats van de GGD Zuid Limburg. Om aan het einde van de pilotperiode de te resultaten te kunnen meten, moest duidelijk worden welke resultaten men verwachtte en hoe we deze zouden meten (welke data dienen gedurende het traject vastgelegd te worden). Hoewel er gepleit wordt voor een goede evaluatie van het totale project, zal dit op wens van alle betrokkene zoveel als mogelijk via het KIS model ('keep it simple') plaatsvinden.

Met betrekking tot de evaluatie is in 2011 een aantal afspraken gemaakt:

1. De drie pilotgemeenten doen aan gegevensverzameling om uiteindelijk de meting m.b.t. de te behalen targets/doelstellingen te meten. Hiervoor is in 2011 door elke pilotgemeente een lijst gemaakt van de te meten items. Deze items zijn samengevoegd en dit heeft geresulteerd in een tweetal registratieformulieren, te weten:
  - een formulier dat dient te worden ingevuld door de POH wanneer de burger zich meldt via de huisartsenpraktijk, zie bijlage 12.3.
  - een formulier dat dient te worden ingevuld door de Wmo-consulent wanneer de burger, ingeschreven bij de deelnemende huisartsenpraktijk, zich meldt via het Wmo-loket, zie bijlage 12.4.

Met behulp van deze registratieformulieren worden de volgende onderdelen gemeten:

- De wijze van samenwerking tussen POH en Wmo-consulent;
- Het resultaat van deze samenwerking;
- Het verschil met de oude werkwijze;
- Juridische problemen;
- Externe benodigde adviezen;

De totaalijst met data wordt door de GGD Zuid Limburg beheerd.

Op het moment dat deze registratieformulieren gereed waren, dit is einde 2011, is gestart met deze registratie door POH-ers en Wmo-consulenten in de deelnemende pilots. Een aantal registratieformulieren is met terugwerkende kracht ingevuld.

2. Naast de kwantitatieve meting vinden in het najaar 2012/begin 2013 ook diepte-interviews en focusgroepinterviews plaats met betrokken partijen



- (huisartsenpraktijken en Wmo-consulenten). Gemeten wordt:
- de tevredenheid middels een diepte-interview (i.p.v. focusgroep i.v.m. klein aantal deelnemers);
  - de samenwerking middels een diepte-interview en/of focusgroep ;
  - de kennisdeling (informatieoverdracht) middels een vragenlijst/focusgroep.

De GGD Zuid Limburg heeft inmiddels op Eleum (website Universiteit Maastricht) een stagevoorstel ingediend voor een student van de UM. Deze zal het onderzoek gaan doen onder begeleiding van de academische werkplaats en Marc Corsius. Wanneer er geen student gevonden wordt, zal worden bezien of de GGD Zuid Limburg/Academische werkplaats het onderzoek kan verrichten.

## 6 Deelproject Maastricht

### 6.1 Lokale beginsituatie

De RHZ heeft begin 2011 met twee huisartsenpraktijken verkennende gesprekken gevoerd en er hebben gesprekken plaatsgevonden met enkele Wmo-consulenten en de Teammanager Servicebureau Zorg van de gemeente Maastricht. Hiernaast is in 2010 een evaluatie onder 13 POH-ers uitgezet om hun ervaringen over de samenwerking met/doorverwijzing naar de Wmo in kaart te brengen.

Uit deze besprekingen en evaluatie kwamen o.a. de volgende punten naar voren:

- Er is behoefte aan een vaste Wmo-contactpersoon onder huisartsen en POH-ers: de drempel is dan lager om elkaar te benaderen met vragen en je hebt wederzijdse kennisdeling. Momenteel is bellen naar de gemeente voor de huisarts een moeilijk te nemen bastion.
- Het Wmo loket wordt door de huisarts als erg/te formeel ervaren.
- Uitwisseling van medische gegevens verloopt moeizaam: Wmo-consulent belt huisarts, deze geeft vaak aan dat zij geen informatie mogen/kunnen/willen verstrekken. Wmo richt zich vervolgens meestal tot het CIZ. Deze benaderen vervolgens dan de specialisten en/of de huisarts. Dit kost de gemeente veel geld.
- Veranderingen binnen de werkwijze/regelingen van de Wmo worden niet (tijdig) gecommuniceerd naar huisartsenpraktijken.

Wat betreft het kennisniveau m.b.t. andermans werkzaamheden: de praktijkondersteuner is in grote lijnen op de hoogte van de werkzaamheden/regelingen van de Wmo. Ook de Wmo-consulent is op de hoogte van de werkzaamheden van de praktijkondersteuner. Echter, de inhoud van het [G]OUD-consult is niet bekend bij de Wmo-consulent.

Binnen de gemeente Maastricht neemt Gezondheidscentrum dr. Van Kleef deel aan het project.

### 6.2 Gewenste situatie

Algemene doelstelling van de pilot (binnen gemeente Maastricht) is het creëren van een efficiënte informatie-uitwisseling tussen Wmo-consulent en POH/huisarts.

Praktisch betekent dit dat de, reeds bij de huisartsenpraktijk bekende, gegevens van ouderen, in een eerder stadium (reeds bij de aanvraag) worden doorgegeven aan de Wmo-consulent. Het betreft de informatie die relevant is bij een Wmo-aanvraag en (met name) binnen het [G]OUD-consult verzameld is. Hiermee wordt voorkomen dat ouderen tweemaal dezelfde vragen moeten beantwoorden. Uiteraard vindt gegevensuitwisseling alleen plaats met toestemming van de oudere.

## Projectgroep [G]OUD en de Wmo

Postbus 2022, 6160 HA Geleen

T 046 – 850 66 66 . F 046 – 850 66 67 . info@ggdzl.nl . www.ggdzl.nl

Om deze werkwijze te implementeren in alle huisartsenpraktijken in de gemeente Maastricht, moet voldaan worden aan de volgende voorwaarden:

- a. Er dient een vaste Wmo-consulent te zijn voor iedere huisartsenpraktijk;
- b. MediX (het digitale patiëntendossier van regio Maastricht-Heuvelland) dient zodanig ingericht te zijn dat het mogelijk is om informatie te filteren uit het [G]OUD-dossier en met één druk op de knop te verzenden naar de Wmo-consulent.

### 6.3 Stand van zaken

In 2011 hebben er vijf werkoverleggen plaatsgevonden tussen praktijkondersteuner, Wmo-consulent en projectmedewerker [G]OUD. Tijdens deze overleggen heeft men elkaar geïnformeerd over de werkwijze van beide organisaties. Daarnaast is besproken welke informatie uit het [G]OUD-consult van meerwaarde is voor het beoordelen van een Wmo-aanvraag. Gezamenlijk is bekeken welke werkwijze gehanteerd moet worden om te komen tot een efficiëntere informatie-uitwisseling. Op basis hiervan zijn stroomschema's ontwikkeld. In maart 2012 zullen nog twee overleggen ingepland worden, één om de rol van de ergotherapeut in het geheel te bespreken, en het ander overleg om de werkwijze beschreven in de stroomschema's te evalueren.

De gemeente Maastricht heeft haar registratiesysteem en werkwijze aangepast waardoor nu de cliënten (aanvragers) geselecteerd kunnen worden die patiënt zijn van het gezondheidscentrum. De gemeente koppelt deze aanvragen van aan een vaste Wmo-consulent.

Zoals reeds aangegeven zijn er stroomschema's ontwikkeld waarin de werkwijze om te komen tot een efficiëntere informatie-uitwisseling, wordt toegelicht. De schema's beschrijven twee situaties: optie a) een oudere doet op eigen initiatief een Wmo-aanvraag (zie bijlage 12.2), en optie b) de aanvraag wordt gedaan door de POH (zie bijlage 12.1). In dit stroomschema is ook meegenomen de route als de Wmo-aanvraag via een vrijgevestigde ergotherapeut verloopt. Een punt dat in 2012 afgestemd/opgepakt zal worden is de inrichting van MediX en de mogelijkheden om deze informatie te verzenden naar de Wmo-consulent

Voorlopig kan voor deze pilot worden geconcludeerd dat:

*De Wmo-consulent en de medewerkers van het gezondheidscentrum zijn zeer positief over de samenwerking en de resultaten van deze samenwerking. De huisartsenpraktijk is vooral tevreden over de koppeling van een vaste Wmo-contactpersoon aan hun praktijk, waardoor de informatie-uitwisselingen sneller en soepeler verloopt.*

### 6.4 Stand van zaken

Tot februari 2012 zijn 10 ouderen volgens de nieuwe werkwijze in behandeling genomen bij de Wmo.

## 7 Deelproject Heerlen

### 7.1 Lokale beginsituatie

Bij aanvang van het project zaten twee Wmo-consulenten van de gemeente Heerlen, gedurende twee dagdelen, in het gezondheidscentrum in Hoensbroek. Hier konden zowel cliënten als ook artsen en POH-ers informatie verkrijgen. Daarnaast maakte de

### **Projectgroep [G]OUD en de Wmo**

Postbus 2022, 6160 HA Geleen

T 046 – 850 66 66 . F 046 – 850 66 67 . info@ggdzl.nl . www.ggdzl.nl

gemeente ook deel uit van het multidisciplinaire overleg. Tijdens dit overleg worden cliënten besproken. De gemeente kan aangeven wat zij in die specifieke situatie kan betekenen.

## 7.2 Gewenste situatie

Gestreefd wordt naar een goede gegevensuitwisseling en samenwerking tussen het gezondheidscentrum en Bureau Wmo-voorzieningen. Hierdoor wordt verwacht dat de indicatiestelling efficiënter gaan verlopen en een mindere belasting vormt voor de cliënt. De volgende zaken zien hiervoor van belang:

Consulenten van de gemeente kunnen, voorafgaande aan een huisbezoek/onderzoek, beschikken over informatie van het gezondheidscentrum over een cliënt. Deze informatie kan bestaan uit medische gegevens, medicatie en/of een [G]OUD-consult.

Consulenten van de gemeente verstrekken gegevens van hun intakes aan het gezondheidscentrum. Tevens kunnen daarbij vragen van medische aard gesteld worden aan de betreffende artsen of POH-ers. Goedkeuring van de cliënt en een privacy-convenant tussen gemeente en gezondheidscentrum zijn hiervoor noodzakelijk. POH-ers van het gezondheidscentrum moeten weten welke informatie van belang is om te komen tot indicatiestelling. Indien gewenst verstrekken POH-ers deze informatie aan de gemeente op basis waarvan de gemeente verkort een aanvraag van de cliënt kan afhandelen.

Belangrijk is wederzijds vertrouwen en goede omgang met privacy-gevoelige gegevens.

## 7.3 Stand van zaken

De resultaten tot nu toe:

- De Wmo-consulenten van de gemeente mogen, met goedkeuring van het gezondheidscentrum, de medische gegevens en het medicijngebruik van cliënten inzien en mogen deze gebruiken bij de intake.
- Drie consulenten hebben in 2011 de cursus 'Mini-Mental State Examination' (MMSE) gevolgd. De consulenten zijn nu in staat de basis MMSE af te nemen. Eventuele verdieping dient plaats te vinden door deskundigen.
- Drie consulenten hebben in december 2011 meerdere [G]OUD-consulten afgenomen bij eigen cliënten. Deze cliënten waren niet gerelateerd aan het gezondheidscentrum.
- Privacy deskundige heeft een concept-convenant opgesteld. Dit convenant zal verder aangepast worden aan de werkwijze en afspraken.
- De gemeente heeft haar registratiesysteem en werkwijze aangepast waardoor nu de namen van de huisartsen bij alle aanvragen worden geregistreerd. Tevens worden de huisartsen van het gezondheidscentrum gekoppeld aan de drie consulenten.

Er is een toestemmingsverklaring ontwikkeld waarbij de gemeente van de cliënten toestemming krijgt. om zowel informatie te verstrekken aan het gezondheidscentrum, als ook informatie te mogen gebruiken van het gezondheidscentrum.

Daarnaast is een grof basisstroomschema ontwikkeld, dat iedere keer aangepast wordt aan de recentste werkwijze.

*Voorlopig kan voor deze pilot worden geconcludeerd dat:*

- *De consulenten en het gezondheidscentrum zeer positief zijn over de [G]OUD-intake en ervaren het als erg leuk en leerzaam. Wel duurt de intake in de huidige vorm in combinatie met de aanvullende Wmo-vragen erg lang.*
- *De ICT-mogelijkheden zullen waarschijnlijk een kritische succesfactor worden voor het slagen van dit project.*

## 7.4 Aantal ingestroomde cliënten

Binnen dit traject is ervoor gekozen om als eerste in te zetten op het traject van gemeente naar het gezondheidscentrum. Onlangs is gestart met de operationele uitvoering. Er zijn tot 1 maart 2012 7 intakes gedaan bij cliënten van de gezondheidspraktijk. Deze worden begin maart 2012 februari met de drie consultants, projectleider, POH-ers en artsen besproken en geëvalueerd.

## 8 Deelproject Kerkrade

### 8.1 Lokale beginsituatie

Voor de start van het project [G]OUD Samen Sterk was sprake van een samenwerking met de huisartsenpraktijk, vooral gebaseerd op de aanwezigheid van het sociaal wijkteam. De gemeente huurde ruimtes, draaide tweemaal per week spreekuur en vergaderde eenmaal per maand, waarbij de POH ouderenzorg aansloot.

Er was overleg tussen POH en Wmo-consulent, echter slechts incidenteel. Het kennisniveau van elkaars werk was minimaal. Uitwisseling over cliënten vond vooral tijdens de maandelijkse overleggen plaats, echter alleen ten behoeve van de door leden ingebrachte casuïstiek. De casuïstiek, besproken in het overleg, betreft grotendeels zeer complexe problematiek bij bewoners van de wijk en vergt veel afstemming. De gemiddelde oudere komt hier niet aan bod. De POH is daarbij geen enkele keer als casemanager benoemd.

De oudere wacht vaak lang op een antwoord op zijn hulpvraag, omdat de communicatie hierover gebonden is aan procedures (aanvraag, adviesaanvraag, vaststellen medische grondslag etc.).

### 8.2 Gewenste situatie

Aan het eind van het project willen we over en weer met minder drempels kunnen uitwisselen ten behoeve van de individuele cliënt/patiënt. We willen op een evenwichtig kennisniveau zitten voor wat betreft de kennis van elkaars werkzaamheden.

In de pilot wordt gestreefd naar een meer actieve bijdrage van de POH aan het sociaal wijkteam. De oudere hoeft zich niet in het netwerk te verplaatsen, het netwerk gaat naar de oudere toe. Daardoor wordt de oudere sneller geholpen met zijn/haar hulpvraag. Diverse in de stad lopende projecten met (gedeeltelijk) dezelfde doelgroep kunnen wellicht in elkaar gevlochten worden (valpreventie, ouderenproject Impuls, achter de voordeur etc.).

Na de projectafloop zou de conclusie kunnen leiden tot verbreding van de doelgroep (voor wat betreft het samenwerken en uitwisselen van benodigde gegevens) naar alle patiënten in de huisartsenpraktijk.

### 8.3 Stand van zaken

Vanaf de start is een intensief contact geweest tussen een Wmo-consulent en de POH ouderzorg van de praktijk. Men kende elkaar al, dus de samenwerking kreeg snel een zeer pragmatisch gestalte. Men heeft zich samen vooral geconcentreerd op het leren van elkaar. De cliënten/patiënten die tot nu toe in het project zijn ingestroomd, zijn samen bezocht. Soms was hiervoor de Wmo-aanvraag aanleiding; andere keren de door de POH geplande [G]OUD-intake.

Men heeft elkaars werkwijze met elkaar vergeleken. Waar de POH veel gesloten vragen stelt, stelt de Wmo-consulent vooral open vragen over onder andere de levenssituatie en de beperkingen van de cliënt/patiënt. De deelprojectleider heeft diverse keren overleg gehad met de POH en de Wmo-consulent. Ieder Wmo-consulentenoverleg wordt de voortgang in het project geëvalueerd.

Daarnaast is het projectformat voor registratie van de cliënten in gebruik genomen.

*Voorlopig kan voor deze pilot worden geconcludeerd dat:*

*De POH ouderzorg geeft aan veel gerichter te kunnen communiceren met alle Wmo-consulenten in de wijk. Men heeft gerichter en vaker contact, ook over cliënten die niet tot de doelgroep van het project behoren.*

#### **8.4 Aantal ingestroomde cliënten**

Het aantal ingestroomde cliënten voor de pilot tot 1 maart 2012 in Kerkrade bedraagt 7 cliënten.

### **9 Communicatie/publicaties**

Om de omgeving bekend te maken met de drie deelprojecten, is er aandacht besteed per deelproject aan de communicatie en PR.

Aan de portefeuillehouders van de gemeenten Maastricht, Heerlen en Kerkrade is een presentatie gegeven over het project. Ook zijn voor de eerste stuurgroepbijeenkomst de deelnemende huisartsen en hun POH-ers uitgenodigd en is er voor deze groep en de stuurleden eveneens een presentatie gegeven over het project en de drie deelprojecten. Per deelproject heeft ook een aantal communicatieactiviteiten plaatsgevonden. Deze worden hieronder verder benoemd.

Middels het blad 'GGD Extern' zijn de stakeholders geïnformeerd over de het project en de geplande aanpak/activiteiten.

#### **Maastricht**

Gedurende het eerste jaar van de pilot zijn er twee presentaties verzorgd:

- Presentatie over het project bij de Adviescommissie Seniorenbeleid Maastricht, door Ingeborg Wijnands.
- Presentatie bij Gezondheidscentrum dr. Van Kleef, door Veronique Lipsch (Wmo-consulent) en Sonja Hutschemakers (praktijkondersteuner). Tijdens deze presentatie hebben de huisartsen en Wmo-consulent kennis met elkaar gemaakt, is een uitleg gegeven over de huidige pilot, en zijn de bezuinigingen/algemeen gebruikelijke voorzieningen/inkomensgrenzen toegelicht.

Daarnaast is er een artikel, 'Wegwijs in Wmo', in het blad 'Praktijk' (nummer 5, 2011) gepubliceerd. Het artikel is tevens te lezen op de [G]OUD website, [www.goudlimburg.nl](http://www.goudlimburg.nl).

#### **Heerlen**

Er is tot nu toe één presentatie over dit project gehouden. Dit was een presentatie aan de afdeling Werkgelegenheid & Sociale zaken gemeente Heerlen. In het voorjaar 2012 zal waarschijnlijk ook een presentatie plaatsvinden bij een congres met Martijn van Nunen, deelnemende huisarts aan deelproject Heerlen.

#### **Kerkrade**

Het project is bij de gemeente gepresenteerd aan de wethouder en het Wmo-platform.

### **Projectgroep [G]OUD en de Wmo**

Postbus 2022, 6160 HA Geleen

T 046 – 850 66 66 . F 046 – 850 66 67 . [info@ggdzl.nl](mailto:info@ggdzl.nl) . [www.ggdzl.nl](http://www.ggdzl.nl)

## 10 Risicofactoren

Dit project kent een aantal risicofactoren. In dit hoofdstuk wordt ingezoomd op de risicofactoren die zorgdragen voor het al dan niet laten slagen van de pilots. Deze risicofactoren zijn soms vergelijkbaar per pilot, maar ook soms juist speciaal voor de specifieke situatie van de pilot. Achtereenvolgend worden de ervaren risico's per pilot weergegeven.

In de pilot van **Maastricht** spelen eveneens verschillende zaken die een risico kunnen opleveren:

- Factoren die van invloed zijn op het slagen van de pilot
  - Binnen MediX moet de functie bestaan om informatie uit de [G]OUD-kaart te filteren en te versturen naar de Wmo-consulent. Bovendien moet de systeembeheerder tijd hebben om deze functies aan te maken.
  - Het is van belang dat er voldoende personen in de pilot instromen om een goed oordeel te kunnen vellen over de meerwaarde die het project oplevert.
- Factoren die van invloed zijn op de verdere uitrol van de pilot
  - De gemeente Maastricht moet akkoord gaan met het toewijzen van vaste contactpersonen voor iedere huisartsenpraktijk. Op dit moment is nog niet duidelijk of dit inderdaad het geval zal/kan zijn.
  - De pilot periode moet uitwijzen of er zowel voor de Wmo-consulent, als de POH/huisarts sprake is van een meerwaarde op het gebied van tijdsinvestering/financiële middelen/klantgerichtheid/etc.

Uit de pilot **Heerlen** worden de volgende risicofactoren benoemd:

- De gegevensoverdracht is omslachtig en arbeidsintensief. De handgeschreven informatie moet tweemaal in een systeem ingevoerd moeten worden.
- De werkwijze moet universeel zijn waardoor het ook voor andere huisartsenpraktijken/gezondheidscentra in Heerlen gebruikt kan worden.
- Het aantal 75-jarigen uit de gemeente Heerlen, met een Wmo-vraag, is beperkt. Het gezondheidscentrum ligt tegen de gemeente Brunssum aan. Hierdoor zijn veel cliënten van de praktijk, mensen uit Brunssum. Deze kunnen niet meegenomen worden in dit project. Daarom is besloten iedere cliënt in te laten stromen.
- Bij zeer eenvoudige aanvragen is de [G]OUD intake niet geschikt.

In de pilot **Kerkrade** worden de volgende factoren als risicovol gezien:

- De instroom van cliënten is zeer gering. Er is derhalve nu al besloten de doelgroep te verruimen tot de 65-plussers.
- In het projectplan zijn de privacywetgeving en de eventuele gevolgen voor de vertrouwensrelatie tussen patiënt en huisarts genoemd als risicofactoren. Tot op heden zijn hier geen problemen ontstaan.

## 11 Planning en vervolg

In 2011 heeft in de drie pilots de nadruk gelegen op kennismaking en -deling tussen de deelnemende partijen (huisartsen/POH-ers en Wmo-consulenten). In alle drie de gemeenten is een (lokale) samenwerkingsvorm ontwikkeld en er is een evaluatieplan en -methode tot stand gekomen.

In de periode van 1 maart 2012 tot 1 januari 2013 zal de nadruk komen te liggen op de implementatie van de drie samenwerkingsvormen.

Eind 2012 en begin 2013 zal de evaluatie verder worden uitgewerkt.

De risicofactoren benoemt in paragraaf 10, staan momenteel hoog op de agenda bij de projectleiders en de stuurgroep. Er wordt gezocht naar 'oplossingen' om deze risicofactoren in te perken. Een voorbeeld van een oplossing is dat zowel de gemeente Kerkrade als de gemeente Maastricht voornemens is een tweede huisartsenpraktijk te benaderen voor deelname aan de pilot, teneinde de instroom van cliënten in de pilot te vergroten.

## **12 Bijlagen**

### **12.1 Stroomdiagram van huisartsenpraktijk naar Wmo (pilot Maastricht)**

### **12.2 Stroomdiagram van Wmo naar huisartsenpraktijk (pilot Maastricht)**

*(Beide documenten worden in een aparte bijlage meegestuurd)*



## 12.3 Bijlage Registratieformulier voor POH

<b>FORMULIER VOOR DE PRAKTIJKONDERSTEUNER HUISARTS</b>		<b>Naam Praktijkondersteuner:</b>			
Naam patiënt:					
Adres:		Postcode:		Woonplaats:	
Geboortedatum:		Huisarts:			

1. Op welke wijze heeft het eerste contact tussen de patiënt en de POH plaatsgevonden?
  - Datum:
  - Via huisbezoek [G]OUD
  - Via consult huisarts
  - Anders, namelijk:
  
2. Op welk gebied heeft de patiënt een probleem?
  - Bij het voeren van het huishouden
  - Bij het verplaatsen in en om de woning
  - Bij het normaal gebruik van de woning
  - Rolstoel
  - Anders, namelijk:
  
3. Heeft de POH overleg gehad met de Wmo-consulent ?
  - Datum:
  
4. Wat was het doel van het overleg tussen de POH en de Wmo-consulent?
  - Informatie inwinnen.
  - Verwijzen naar Wmo-consulent.
  - Anders, namelijk:
  
5. Wat was het resultaat van het overleg tussen Wmo-consulent en POH?  
(Meerdere antwoorden mogelijk)
  - Geen.
  - Antwoord op de vraag en/of informatie gekregen.
  - Wmo consulent heeft (medische) informatie gekregen van POH.
  - Doorverwijzing patiënt naar Wmo-consulent.
  - Anders, namelijk:
  
6. Heeft de POH een aparte toestemmingsverklaring door de cliënt laten invullen?
  
7. Heeft gegevensuitwisseling tot problemen geleid?
  
8. Wat is het verschil voor de POH in vergelijking met oude werkwijze?  
(meerdere antwoorden mogelijk)
  - Geen
  - Werkproces kost **minder** tijd voor de POH
  - Werkproces kost **meer** tijd voor de POH
  - Anders, namelijk:
  
9. Wat is het verschil voor de **patiënt** in vergelijking met oude werkwijze?  
(meerdere antwoorden mogelijk)
  - Geen
  - Kortere afhandeling.
  - Langere afhandeling.
  - Klantvriendelijker.
  - Anders, namelijk:

## 12.4 Bijlage Registratieformulier voor Wmo-consulent

<b>FORMULIER VOOR DE Wmo CONSULENT</b>		<b>Naam Wmo consulent:</b>			
Naam cliënt:					
Adres:		Postcode:		Woonplaats:	
Geboortedatum:		Huisarts:			

1. Op welke datum heeft de cliënt voor het eerst contact gehad met de Wmo consulent?
  
2. Op welk gebied heeft de cliënt een probleem?
  - Bij het voeren van het huishouden
  - Bij het verplaatsen in en om de woning
  - Bij het normaal gebruik van de woning
  - Rolstoel
  - Anders, namelijk:
  
3. Op welke wijze heeft het eerste contact tussen de cliënt en de Wmo consulent plaatsgevonden?
  - Via huisbezoek.
  - Via Wmo loket.
  - Via telefoon.
  - Via email.
  - Anders, namelijk:
  
4. Was de cliënt reeds bekend bij de Wmo?
  
5. Heeft de Wmo-consulent overleg gehad met de POH of huisarts? Datum:
  
6. Had er vóór het overleg Wmo-POH een [G]OUD-consult door de POH plaatsgevonden? Datum:
  
7. Wat was het doel van het overleg tussen Wmo-consulent en POH/huisarts?
  - Informatie opvragen.
  - [G]OUD-consult aanvragen bij POH.
  - Anders, namelijk:
  
8. Wat was het resultaat van het overleg tussen Wmo-consulent en POH/huisarts?
  - Alle informatie voor Wmo compleet.
  - Informatie voor Wmo gedeeltelijk compleet.
  - Geen extra informatie voor de Wmo.
  - Wmo consulent doet [G]OUD-consult.
  - POH doet [G]OUD-consult.
  
9. Heeft de Wmo consulent extern advies ingewonnen? Datum: Bij wie ?:
  
10. Heeft de Wmo-consulent een aparte toestemmingsverklaring door de cliënt laten invullen?
  
11. Heeft gegevensuitwisseling tot problemen geleid?
  
12. Is de cliënt gecompenseerd in zijn beperkingen? Datum:

- 13 Wat is het verschil voor de **Wmo-consulent** in vergelijking met oude werkwijze?  
(meerdere antwoorden mogelijk)
- Geen
  - Werkproces kost **minder** tijd voor de Wmo-consulent
  - Werkproces kost **meer** tijd voor de Wmo-consulent
  - Extern advies niet meer nodig.
  - Anders, namelijk:
14. Wat is het verschil voor de **cliënt** in vergelijking met oude werkwijze?  
(meerdere antwoorden mogelijk)
- Geen
  - Kortere afhandeling.
  - Langere afhandeling.
  - Klantvriendelijker.
  - Anders, namelijk:

## Bijlage 4 Convenant Samen Sterk

### Partijen:

- gemeente .....
- huisartsen .....
- GGD ....

### hierna afzonderlijk te noemen convenantpartner

### *overwegende dat:*

- I. Binnen de regio Maastricht-Heuvelland en Parkstad is het project [G]OUD, Gezond Oud, per 01-01-2010 gestart. Dit project heeft als ambitie dat thuiswonende ouderen hun kwaliteit van leven en hun zelfredzaamheid kunnen behouden dan wel bevorderen. Vanuit de huisartsenpraktijk worden thuiswonende ouderen (vanaf 75 jaar) door de praktijkondersteuner in kaart gebracht zowel op lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren inclusief leefstijl. Afhankelijk van de uitkomsten en de behoeften van de ouderen vindt zo nodig preventieve advisering, dan wel behandeling en/of verwijzing plaats naar een gepast aanbod op het gebied van Wonen, Welzijn en Zorg (WWZ) zo dicht mogelijk bij de ouderen in de buurt.
- II. De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo, per 01-01-2007 ingevoerd) heeft als doel dat alle burgers kunnen participeren in de samenleving. Centraal staat het 'meedoen' aan alle facetten van de maatschappij. Het eindperspectief van de Wmo is een samenhangend lokaal beleid op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, wonen en welzijn en op aanpalende terreinen, zoals de zorg. Conform de Wmo kunnen individuele voorzieningen verleend worden. De individuele voorzieningen kunnen worden onderverdeeld in vervoersvoorzieningen, verplaatsen in en rond de woning, woonvoorzieningen en hulp bij het huishouden. Indien een burger hiervoor in aanmerking wil komen dient een indicatiestelling plaats te vinden.
- III. De eerstelijnszorg/[G]OUD en de Wmo-indicering worden met elkaar verbonden zodat integraal en efficiënt gewerkt kan worden. Een groot deel van gegevens ter indicatiestelling zijn reeds bekend bij de eerstelijnszorg of worden via het project [G]OUD (ook in de 1<sup>e</sup> lijn) reeds in kaart gebracht.

### *komen het volgende overeen:*

#### **Artikel 1 Definities en afkortingen**

- 1.1 Wmo-indicering:
- 1.2 Cbp: College bescherming persoonsgegevens.
- 1.3 Checklist Wbp: 'Checklist waarborging naleving Wet bescherming persoonsgegevens Convenant Samen Sterk' zoals opgenomen in de bijlage van dit convenant.

- 1.4 Bijzondere persoonsgegevens: persoonsgegevens betreffende iemands godsdienst of levensovertuiging, ras, politieke gezindheid, gezondheid, seksuele leven, alsmede persoonsgegevens betreffende het lidmaatschap van een vakvereniging, strafrechtelijke persoonsgegevens en persoonsgegevens over onrechtmatig of hinderlijk gedrag in verband met een opgelegd verbod naar aanleiding van dat gedrag.
- 1.5 Wbp: Wet bescherming persoonsgegevens.
- 1.6 Wgbo: Wet geneeskundige behandelingen overeenkomst.
- 1.7 Wet BIG: Wet voor beroepsoefenaren in de gezondheidszorg.
- 1.8 AWBZ:

## **Artikel 2 Doelstelling**

2.1 Realisatie van een integrale en efficiënte zorg voor ouderen door een verbinding te maken tussen [G]OUD en de indicering van de Wmo.

2.2 Per groep worden de volgende subdoelen nagestreefd:

### *Ouderen:*

- Toename tevredenheid van de zorg;
- Toename van de kwaliteit van leven.

### *Huisartspraktijk:*

- Toename van de tevredenheid over de gegevensuitwisseling met de gemeenten;
- Toename van het aantal ouderen dat in de huisartsenpraktijk integraal in beeld is d.w.z. dat ook relevante gegevens van de gemeente bekend zijn;
- Vermindering belasting huisartsenpraktijk bij de Wmo-indicering.

### *Gemeenten:*

- Verkorting van de doorlooptijd Wmo-indicering;
- Efficiëntere indicatiestelling per gemeente (o.a. minder verwijzingen naar GGD Zuid Limburg/CIZ, minder uren inzet Wmo-consulenten);
- Toename van de tevredenheid Wmo-consulenten over de samenwerking met de huisartsenpraktijk.

## **Artikel 3 Randvoorwaarden**

- 3.1 De convenantpartners stellen de benodigde set van persoonsgegevens vast voor de in artikel 2 benoemde doelen. Deze persoonsgegevens worden vastgelegd in een door iedere convenantpartner beheerd informatiebestand, dat is ingericht conform de bij dit convenant als bijlage gevoegde Checklist Wbp.
- 3.2 Binnen het samenwerkingsverband worden nadere afspraken gemaakt ter uitwerking van de wettelijke bepalingen van de Wbp, om een juiste naleving van deze wettelijke bepalingen te borgen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de Checklist Wbp.
- 3.3 Verwerking van de persoonsgegevens binnen het samenwerkingsverband wordt gemeld aan het Cbp door iedere partij afzonderlijk.
- 3.4 Vanaf de datum van eerste melding wordt deze checklist jaarlijks geactualiseerd en eventuele updates worden opnieuw gemeld bij het Cbp.
- 3.5 Met de ondertekening van dit convenant zeggen de convenantpartners toe ervoor te waken dat de verwerking van persoonsgegevens door de convenantpartners plaatsvindt in overeenstemming met de wettelijke kaders.

- 3.6 Informatie tussen de convenantpartners wordt waar mogelijk geautomatiseerd uitgewisseld.

#### **Artikel 4 Geheimhouding en beveiliging**

- 4.1 Convenantpartners zijn verplicht tot geheimhouding van de in het kader van dit convenant ontvangen gegevens, over elkaars organisatie en over al hetgeen waarvan redelijkerwijs is aan te nemen dat bekendmaking daarvan de belangen van de andere convenantpartner zou schaden, behoudens voor zover de uitvoering van de taak met het oog waarop de gegevens zijn verkregen tot het ter kennis brengen daarvan noodzaakt.
- 4.2 Convenantpartners verbinden zich jegens elkaar om informatie die zij hebben ontvangen niet zonder uitdrukkelijke voorafgaande toestemming van de verstreckende convenantpartner en met inachtneming van het juridische kader door te verstrekken aan een andere convenantpartner en/of niet-convenantpartner (derden).
- 4.3 Convenantpartners verplichten zich jegens elkaar om passende technische en organisatorische maatregelen te treffen ter beveiliging van de gegevens tegen verlies of tegen enige vorm van onrechtmatige verwerking, alsmede om de informatie strikt vertrouwelijk en met gepaste geheimhouding te behandelen.

#### **Artikel 5 Inwerkingtreding, opzegging en beëindiging**

- 5.1 De datum van ondertekening van het convenant is de datum van inwerkingtreding hiervan voor de desbetreffende convenantpartner. Het convenant eindigt op ..-..-20... Het staat de convenantpartners vrij in gezamenlijkheid de looptijd van het convenant te verlengen.
- 5.2 Elk van de convenantpartners kan het convenant met inachtneming van een opzegtermijn van 6 maanden opzeggen, tenzij alle convenantpartners instemmen met directe opzegging.
- 5.3 Verplichtingen welke naar hun aard bestemd zijn om ook na beëindiging van het convenant voort te duren, blijven na beëindiging van het convenant bestaan. Tot deze verplichting behoort in ieder geval het bepaalde omtrent geheimhouding in artikel 4 van het convenant.

#### **Artikel 6 Toetreding**

- 6.1 Het convenant staat open voor toetreding door elke (overheids)instelling die de in het convenant geformuleerde doelstellingen nastreeft en gerechtigd is tot informatie-uitwisseling binnen de gestelde wettelijke kaders.
- 6.2 Een organisatie die tot het convenant wil toetreden, kan daartoe een aanvraag indienen bij  
.....
- 6.3 Een verzoek tot toetreding wordt alleen gehonoreerd na instemming van alle convenantpartners. Indien de convenantpartners toetreding door een andere (overheids)instelling goedkeuren, vindt toetreding tot het convenant plaats door middel van ondertekening van een verklaring die als bijlage aan dit convenant wordt toegevoegd.

**Artikel 7 Kosten**

7.1 Iedere convenantpartner zal zelf de kosten dragen voor zijn eigen bijdrage t.b.v. dit convenant.

**Artikel 8 Aanpassingen en wijzigingen**

- 8.1 Waar nodig maken convenantpartners nadere afspraken om een goede uitvoering van het convenant te verzekeren.
- 8.2 Het convenant kan slechts worden gewijzigd indien alle convenantpartners hiermee schriftelijk instemmen.

**Artikel 9 Geschillen**

9.1 Het convenant is niet in rechte afdwingbaar met uitzondering van de in artikel 4 opgenomen geheimhoudingsbepaling voor de convenantpartners.

**Artikel 10 Evaluatie**

10.1 Het convenant zal uiterlijk in 20.. ten behoeve van de .....(zie doel)..... worden geëvalueerd en worden herzien indien de evaluatie uitwijst dat het aanpassing behoeft.

Aldus overeengekomen te ..... op .....,

d.d.  
Dhr./Mevr. ....  
.....(functie).....

d.d.  
Dhr./Mevr.....  
.....(functie).....

d.d.  
Dhr./Mevr.....  
.....(functie).....

d.d.  
Dhr./Mevr.....  
.....(functie).....

d.d.  
Dhr./Mevr.....  
.....(functie).....

d.d.  
Dhr./Mevr.....  
.....(functie).....

## **BIJLAGE I Checklist Waarborging naleving Wet bescherming persoonsgegevens**

### **Naam Verwerking van persoonsgegevens:**

'Convenant Samen Sterk'

Personen en organisaties die persoonsgegevens verwerken dienen zich te houden aan de normen die de Wet bescherming persoonsgegevens daaraan stelt. Deze checklist heeft tot doel vast te leggen op welke wijze het samenwerkingsverband de waarborgen van de Wbp naleeft. Onderhavige checklist kan tevens worden gebruikt voor de melding van de gegevensverwerking binnen iedere convenantpartner aan het Cbp of de Functionaris van Gegevensbescherming (FG). Voor iedere verwerking van persoonsgegevens dient deze checklist opnieuw te worden ingevuld en bijgehouden.

### **Vraag 1 Verantwoordelijke**

Wie stelt het doel en de middelen vast van de gegevensverwerking en is derhalve verantwoordelijk voor de verwerking van persoonsgegevens?

#### Antwoord

Ten aanzien van de verwerking van persoonsgegevens binnen het samenwerkingsverband is sprake van een zogenaamde gezamenlijke verantwoordelijkheid in de zin van de Wbp. Alle convenantpartners zijn er voor verantwoordelijk dat de gegevensuitwisseling binnen het samenwerkingsverband noodzakelijk is ten behoeve van de uitoefening van hun taak. Ten behoeve van deze samenwerking draagt iedere convenantpartner zelf de hiervoor benodigde kosten.

Voor de melding van de verwerking van persoonsgegevens bij Cbp of de FG betekent deze gezamenlijke verantwoordelijkheid dat alle convenantpartners in de melding moeten worden opgenomen.

Voor de verwerking van de persoonsgegevens kunnen de volgende verantwoordelijken worden onderscheiden:

- gemeente ....
- Gezondheidscentrum...
- GGD .....
- .....

#### Opmerking

Let op: indien nieuwe partijen toetreden tot het convenant dient hiervan binnen één week melding te worden gedaan aan het Cbp of de FG.

### **Vraag 2 Doel van de verwerking**

Wat is het doel of zijn de doeleinden voor de verwerking?

#### Antwoord

Zie artikel 2.1 van het Convenant.



### Opmerking

Let op: een uitbreiding van het doel dient binnen één jaar na de voorafgaande melding te worden gemeld aan het Cbp of de FG.

### **Vraag 3      Rechtmatigheidsgrondslag**

Wat is de rechtmatigheidsgrondslag voor de verwerking van persoonsgegevens?

#### Antwoord

De rechtmatigheidsgrondslag voor de verwerking van de gegevens binnen het samenwerkingsverband is artikel 8, lid a Wbp: de betrokkene heeft zijn/haar ondubbelzinnige toestemming verleend voor de verwerking.

Let op: dit betekent concreet:

- a. dat in ieder dossier een door de betrokkene ondertekend formulier aanwezig dient te zijn.
- b. De toestemming kan altijd weer worden ingetrokken, zij het niet met terugwerkende kracht. Vanaf dát moment dient de verwerking te worden beëindigd.

### **Vraag 4      Betrokkene(n)**

Van welke personen of categorieën van personen worden er gegevens verwerkt?

#### Antwoord

1. burgers van 75 jaar en ouder die een aanvraag doen bij de gemeente of huisarts voor een arrangement uit de Wmo.

### Opmerking

Let op: Uitbreiding van het doel kan ook betekenen dat de categorieën van betrokkenen wordt uitgebreid. Indien dit het geval is zal deze uitbreiding ook binnen één jaar na de voorafgaande melding te worden gemeld aan het Cbp of de FG.

### **Vraag 5      Gegevensset**

Welke persoonsgegevens worden verwerkt?

#### Antwoord

Ten aanzien van de in vraag 4 onder punt 1 genoemde categorieën van betrokkene worden voor de burgers van 75 jaar en ouder de volgende persoonsgegevens verwerkt:

1. naam, adres en woonplaats;
2. geboortegegevens;
3. burgerlijke staat;
4. gegevens omtrent woonsituatie;
5. mogelijkheden en beperkingen;
6. medische aandoeningen.

### Opmerking

Let op: Uitbreiding van het doel die op grond van artikel 2.1 van het convenant onder dit convenant kunnen worden aangepakt, kan ook betekenen dat set van persoonsgegevens die in dit kader worden verwerkt uitgebreid. Indien hiervan sprake is zal deze uitbreiding binnen één jaar na de voorafgaande melding te worden gemeld aan het Cbp of de FG.

### **Vraag 6 Gegevensset**

Worden er bijzondere persoonsgegevens verwerkt?

Zo ja welke?

Antwoord

Ja, er worden de volgende bijzondere persoonsgegevens verwerkt:

1. Het Sofi- BurgerServiceNummer;
2. Gezondheidsgegevens.

Opmerking

Let op: Uitbreiding van het doel conform artikel 2.1 van het convenant, kan ook betekenen dat set van persoonsgegevens die in dit kader worden verwerkt uitgebreid. Indien hiervan sprake is zal deze uitbreiding binnen één jaar na de voorafgaande melding te worden gemeld aan het Cbp of de FG.

### **Vraag 7 Ontvangers**

Wie zijn de ontvangers van de persoonsgegevens?

Antwoord

- de convenantpartners;

### **Vraag 8 Verstrekking buiten EU**

Worden gegevens doorgegeven naar landen buiten de Europese Unie of is er een voornemen daartoe?

Zo ja:

- om welke gegevens gaat het?
- om welke landen gaat het?

Antwoord

Nee.

### **Vraag 9 Beveiliging**

Op welke wijze zijn de persoonsgegevens beveiligd en waar is dat terug te vinden?

Antwoord

Bij alle convenantpartners is de toegang tot de opgeslagen informatie beperkt tot degenen die de gegevens nodig hebben voor de uitoefening van hun taak/werkzaamheden. Een ieder die gegevens ontvangt heeft een ambtshalve geheimhoudingsplicht.

Voorts zijn de volgende zaken geregeld:

- Fysieke maatregelen voor toegangsbeveiliging, inclusief organisatorische controle.
- Inbraakalarm.
- Logische toegangscontrole met behulp van iets wat iemand weet (wachtwoord of pincode).
- Logische toegangscontrole met behulp van iets wat iemand bij zich draagt (pasje).
- Controle op toegekende bevoegdheden

### **Vraag 10 Bewerker**

Is er een bewerker?

Zo ja, is er met de bewerker een bewerkersovereenkomst afgesloten?

Antwoord

Nee, er is geen bewerker.

**Vraag 11      Herkomst**

Wat is de herkomst van de gegevens?

Antwoord

De gegevens zijn afkomstig van de convenantpartners.

**Vraag 12      Bewaartermijn**

Wat is de bewaartermijn voor de verwerking van persoonsgegevens?

Antwoord

De persoonsgegevens worden niet langer bewaard dan noodzakelijk is voor de verwerking van de doeleinden waarvoor de persoonsgegevens binnen het samenwerkingsverband worden verwerkt.

De persoonsgegevens worden in ieder geval vernietigd als:

Binnen het samenwerkingsverband wordt besloten niet tot interventie over te gaan.

**Vraag 13      Informatieverstrekking**

Worden de betrokkenen geïnformeerd over de verwerking van hun persoonsgegevens?

Zo ja, hoe?

Zo nee, waarom niet?

Antwoord

Ja, tenzij in het concrete geval een beroep kan worden gedaan op één van de uitzonderingen op de informatieplicht.

Publicatie convenant

Om ervoor te zorgen dat personen en organisaties binnen de regio in ieder geval weet hebben van de gegevensuitwisseling in het kader van het samenwerkingsverband kunnen bijvoorbeeld tenminste de volgende maatregelen worden genomen:

- informatieverstrekking over de samenwerking in een (aantal) regiona(a)l(e) dagblad(en).
- informatieverstrekking over de samenwerking op de website van de convenantpartners

**Vraag 14      Voorafgaand onderzoek**

Is een zogenaamd voorafgaand onderzoek door het Cbp vereist?

Antwoord

Nee, er is geen voorafgaand onderzoek door het Cbp vereist. Hieraan ligt de volgende overwegingen ten grondslag:

1. In het samenwerkingsverband worden geen nummers ter identificatie van een persoon verwerkt - met als doel een koppeling met andere bestanden tot stand te brengen - zoals bedoeld in artikel 31 lid 1 sub a Wbp. Het Sofi/BSN nummer worden slechts dan verwerkt indien deze noodzakelijkerwijs ter beschikking zijn gekomen zoals kopieën van identiteitsbewijzen en voor het overige alleen in incidentele en op voorhand onvoorzienbare situaties. (Zie ook vraag 5 van de checklist Wbp ).
2. Binnen het samenwerkingsverband is geen sprake van zogenaamde heimelijke waarneming zoals opgenomen in artikel 31 lid 1 sub b Wbp.

**Vraag 15 Melding Cbp**

Is het Vrijstellingsbesluit van toepassing op de verwerking?

Zo ja, op grond van welk artikel is de verwerking vrijgesteld van melding bij het Cbp/FG?

Antwoord

Nee, de verwerking is niet vrijgesteld van melding. Er is sprake van meerdere verantwoordelijken.

**Vraag 16 Contact Cbp**

a) Wie is de contactpersoon voor de melding bij het Cbp

b) Wat is het meldingsnummer van het Cbp

Antwoord

a) .....

b) Meldingsnummer: .....

## BIJLAGE II Verklaring Toetreding tot het Convenant

Naam organisatie

.....

voor deze rechtsgeldig (tekenbevoegd) vertegenwoordigd door

.....

Overwegende dat:

- Deelname aan het convenant gelet op de taak, bevoegdheid en verantwoordelijkheid van ondergetekende noodzakelijk is voor een effectieve en goede vervulling van zijn taak, dan wel voor de taak van andere convenantpartners.
- Alle convenantpartners overeenkomstig en met inachtneming van het bepaalde in artikel 7 van het convenant hebben ingestemd met toetreding van ondergetekende tot het convenant.

en verklaart daartoe het volgende:

- I. Ondergetekende onderschrijft de in het convenant geformuleerde doelstellingen en is in dit kader gerechtigd tot informatie-uitwisseling met convenantpartners, waaronder de uitwisseling van persoonsgegevens in de zin van de Wbp.
- II. De bestanden van ondergetekende van waaruit persoonsgegevens worden verstrekt aan de convenantpartners zijn overeenkomstig de waarborgen van de voor hem geldende (specifieke) privacy wet- en regelgeving ingericht.
- III. De verstrekking van de persoonsgegevens aan de convenantpartners geschiedt overeenkomstig het bepaalde in de voor hem geldende (specifieke) privacy wet- en regelgeving.

Aldus ondertekend te (plaats ondertekening).....,op (datum)..... ,

Naam organisatie

Bevoegde functionaris

Ondertekening

.....

.....

.....

## Bijlage 5 Toestemmingsverklaring

Uw kenmerk Datum

Ons kenmerk Onderwerp  
390650/..... Toestemmingsverklaring

Bijlage(n)

Geachte mevrouw .....,

U heeft een aanvraag ingediend voor een individuele voorziening in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) bij de gemeente Heerlen. De gemeente Heerlen is een samenwerkingsverband aangegaan met het Gezondheidscentrum in Hoensbroek . Om u zo goed mogelijk van dienst te kunnen zijn en uw indicatieproces te versnellen willen wij gegevens van u met elkaar uitwisselen.

Dit kan in sommige situaties betekenen dat middels een verkorte procedure overgegaan kan worden tot verstrekking van uw voorziening. Dit zal mede afhankelijk zijn van de informatie die reeds bekend is in het Gezondheidscentrum.

Mocht wel een volledige procedure noodzakelijk zijn dan willen wij de door ons verkregen gegevens overdragen aan het Gezondheidscentrum. Dit omdat het Gezondheidscentrum dan een actueel beeld krijgt over uw persoonlijke situatie. Dit mogen wij echter niet zonder uw uitdrukkelijke toestemming.

Om u nu en in de toekomst zo goed mogelijk van dienst te kunnen zijn, verzoeken wij u de bijgevoegde toestemmingsverklaring in te vullen en te retourneren middels het gebruik van de bijgevoegde retourenvelop.

Hoogachtend,  
het college van burgemeester en wethouders van Heerlen,  
namens dezen,

dhr. P. Renders  
Kwaliteitsmedewerker

### TOESTEMMINGEN VERKLARING

Burgerservicenummer (BSN) .....  
Naam en voorletters .....  
Geboortedatum ..... Geslacht ...

Om te bepalen of uw beperkingen gecompenseerd kunnen/moeten worden door een individuele voorziening, moeten wij onderzoek doen naar uw mogelijkheden en beperkingen.

Wij willen zo snel mogelijk, zonder onnodig uitvraag van gegevens, uw situatie helder krijgen. Hiervoor kan het van belang zijn, als u bekend bent bij het Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord, gebruik te maken van de informatie die daar bekend is. Hierdoor hoeven wij tijdens het huisbezoek geen onnodige vragen te stellen en kan vaak voorkomen worden dat informatie moet worden ingewonnen bij medische specialisten. Het gaat hierbij enkel om de informatie die relevant is voor de beoordeling van de aanvraag. Daarnaast kan door ons verkregen informatie ook voor uw eigen huisarts van belang zijn.

- Geeft u Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord, gevestigd aan de Akerstraat-Noord in Heerlen, toestemming uw gegevens te verstrekken aan Bureau Wmo Voorzieningen van de gemeente Heerlen?  ja  nee

- Geeft u Bureau Wmo Voorzieningen van de gemeente Heerlen toestemming uw omstandigheden te bespreken met het Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord, gevestigd aan de Akerstraat Noord in Heerlen?  ja  nee

= aankruisen indien van toepassing

Het is niet de bedoeling dat u ons een blijvende volmacht geeft. Deze verklaring is daarom maximaal twee maanden geldig vanaf de datum waarop u ondertekend heeft.

Plaats Datum

Handtekening

Handtekening Wmo-consulent

De gemeente Heerlen hecht grote waarde aan uw privacy. Uw persoonsgegevens worden zorgvuldig behandeld, beveiligd en slechts gebruikt voor het doel waarvoor u deze gegevens aanreikt.

**Bijlage 6 Registratieformulieren – cijfers per gemeente**





## Analyse Registratieformulieren POH, gemeente Kerkrade

N=5

1. Wanneer en op welke wijze heeft het eerste contact tussen de patiënt en de POH plaatsgevonden?	<b>20%</b>	Via huisbezoek [G]OUD.
	<b>20%</b>	Via consult huisarts.
	<b>60%</b>	Anders, namelijk: via Wmo-consulent
2. Op welk gebied heeft de patiënt een probleem?  (meerdere antwoorden mogelijk)	<b>80%</b>	Bij het voeren van het huishouden.
	<b>40%</b>	Bij het verplaatsen in en om de woning.
	<b>0%</b>	Bij het normaal gebruik van de woning.
	<b>0%</b>	Rolstoel.
	<b>0%</b>	Anders, namelijk:
3. Heeft de POH overleg gehad met de Wmo-consulent?	<b>0%</b>	Nee
	<b>100%</b>	Ja, via telefoon: In 60% van de contacten werd een afspraak gemaakt voor een gezamenlijk huisbezoek
	<b>0%</b>	Ja, via mail
4. Wat was het doel van het overleg tussen Wmo-consulent en POH/huisarts?	<b>40%</b>	Informatie inwinnen.
	<b>0%</b>	Verwijzen naar Wmo-consulent.
	<b>60%</b>	Anders, namelijk: gezamenlijk huisbezoek afspreken
5. Wat was het resultaat van het overleg tussen de POH en de Wmo-consulent? (meerdere antwoorden mogelijk)	<b>0%</b>	Geen.
	<b>60%</b>	Antwoord op de vraag en/of informatie gekregen.
	<b>60%</b>	Wmo-consulent heeft (medische) informatie gekregen van de POH.
	<b>0%</b>	Doorverwijzing patiënt naar Wmo-consulent.
	<b>0%</b>	Anders, namelijk:
6. Heeft de Wmo-consulent een aparte toestemmingsverklaring door de patiënt laten invullen?	<b>0%</b>	Ja
	<b>100%</b>	Nee

7.	Heeft gegevensuitwisseling tot problemen geleid?	0%	Ja
		100%	Nee
8.	Wat is het verschil voor de <b>POH</b> in vergelijking met de oude werkwijze?  (meerdere antwoorden mogelijk)	0%	Geen.
		100%	Werkproces kost MINDER tijd voor de POH.
		0%	Werkproces kost MEER tijd voor de POH.
		0%	Extern advies niet meer nodig.
		0%	Anders, namelijk:
9.	Wat is het verschil voor de <b>cliënt</b> in vergelijking met de oude werkwijze?  (meerdere antwoorden mogelijk)	0%	Geen.
		20%	Kortere afhandeling.
		0%	Langere afhandeling.
		100%	Klantvriendelijker.
		0%	Anders, namelijk:

## Analyse Registratieformulieren POH, gemeente Maastricht

N=12

1. Wanneer en op welke wijze heeft het eerste contact tussen de patiënt en de POH plaatsgevonden?	<b>33%</b>	Via huisbezoek [G]OUD.
	<b>25%</b>	Via consult huisarts.
	<b>33%</b>	Anders, namelijk:
	<b>8%</b>	Missing
2. Op welk gebied heeft de patiënt een probleem?  (meerdere antwoorden mogelijk)	<b>50%</b>	Bij het voeren van het huishouden.
	<b>58%</b>	Bij het verplaatsen in en om de woning.
	<b>8%</b>	Bij het normaal gebruik van de woning.
	<b>0%</b>	Rolstoel.
	<b>0%</b>	Anders, namelijk:
3. Heeft de POH overleg gehad met de Wmo-consulent?	<b>17%</b>	Nee
	<b>75%</b>	Ja, via telefoon
	<b>0%</b>	Ja, via mail
	<b>8%</b>	Missing
4. Wat was het doel van het overleg tussen Wmo-consulent en POH/huisarts?	<b>50%</b>	Informatie inwinnen.
	<b>25%</b>	Verwijzen naar Wmo-consulent.
	<b>8%</b>	Anders, namelijk:
	<b>17%</b>	Missing
5. Wat was het resultaat van het overleg tussen de POH en de Wmo-consulent? (meerdere antwoorden mogelijk)	<b>0%</b>	Geen.
	<b>25%</b>	Antwoord op de vraag en/of informatie gekregen.
	<b>50%</b>	Wmo-consulent heeft (medische) informatie gekregen van de POH.
	<b>33%</b>	Doorverwijzing patiënt naar Wmo-consulent.
	<b>8%</b>	Anders, namelijk:
6. Heeft de Wmo-consulent een aparte toestemmingsverklaring door de patiënt laten invullen?	<b>50%</b>	Ja
	<b>42%</b>	Nee
	<b>8%</b>	Missing

7.	Heeft gegevensuitwisseling tot problemen geleid?	0%	Ja
		100%	Nee
8.	Wat is het verschil voor de <b>POH</b> in vergelijking met de oude werkwijze?  (meerdere antwoorden mogelijk)	8%	Geen.
		0%	Werkproces kost MINDER tijd voor de POH.
		75%	Werkproces kost MEER tijd voor de POH.
		0%	Extern advies niet meer nodig.
		0%	Anders, namelijk:
9.	Wat is het verschil voor de <b>cliënt</b> in vergelijking met de oude werkwijze?  (meerdere antwoorden mogelijk)	8%	Geen.
		75%	Kortere afhandeling.
		0%	Langere afhandeling.
		0%	Klantvriendelijker.
		0%	Anders, namelijk:

## Analyse Registratieformulieren Wmo-consulent gemeente Heerlen

N=23

2.	Op welk gebied heeft de cliënt een probleem? (meerdere antwoorden mogelijk)	43%	Bij het voeren van het huishouden.
		13%	Bij het verplaatsen in en om de woning.
		26%	Bij het normaal gebruik van de woning.
		4%	Rolstoel.
		17%	Anders, namelijk:
3.	Op welke wijze heeft het eerste contact tussen de cliënt en de Wmo-consulent plaatsgevonden? (meerdere antwoorden mogelijk)	70%	Via huisbezoek.
		4%	Via Wmo-loket.
		22%	Via telefoon.
		0%	Via e-mail.
		4%	Anders, namelijk: via begeleider
4.	Was de cliënt reeds bekend bij de Wmo?	70%	Ja
		30%	Nee
5.	Heeft de Wmo-consulent overleg gehad met de POH/huisarts?	70%	Ja
		30%	Nee
6.	Had er vóór het overleg Wmo-POH een [G]OUD-consult door de POH/huisarts plaatsgevonden?	4%	Ja
		70%	Nee
		26%	Onbekend
7.	Wat was het doel van het overleg tussen Wmo-consulent en POH/huisarts? (meerdere antwoorden mogelijk)	52%	Informatie opvragen.
		0%	[G]OUD-consult aanvragen bij POH.
		12%	Anders, namelijk:
		36%	Missing
8.	Wat was het resultaat van het overleg tussen Wmo-consulent en POH/huisarts?	30%	Alle informatie voor Wmo compleet.
		4%	Informatie voor Wmo gedeeltelijk compleet.
		22%	Geen extra informatie voor de Wmo.
		4%	Wmo-consulent doet [G]OUD-consult.

		<b>%</b>	POH/huisarts doet [G]OUD-consult.
		<b>40%</b>	Missing
9.	Heeft de Wmo-consulent extern advies ingewonnen?	<b>96%</b>	Nee
		<b>4%</b>	Ja
10.	Heeft de Wmo-consulent een aparte toestemmingsverklaring door de cliënt laten invullen?	<b>78%</b>	Ja
		<b>22%</b>	Nee
11.	Heeft gegevensuitwisseling tot problemen geleid?	<b>9%</b>	Ja
		<b>91%</b>	Nee
12.	Is de cliënt gecompenseerd in zijn beperkingen?	<b>65%</b>	Ja
		<b>35%</b>	Nee
13.	Wat is het verschil voor de <b>Wmo-consulent</b> in vergelijking met de oude werkwijze? (meerdere antwoorden mogelijk)	<b>26%</b>	Geen.
		<b>13%</b>	Werkproces kost MINDER tijd voor de Wmo-consulent.
		<b>39%</b>	Werkproces kost MEER tijd voor de Wmo-consulent.
		<b>17%</b>	Extern advies niet meer nodig.
		<b>4%</b>	Anders, namelijk:
14.	Wat is het verschil voor de <b>cliënt</b> in vergelijking met de oude werkwijze? (meerdere antwoorden mogelijk)	<b>22%</b>	Geen.
		<b>13%</b>	Kortere afhandeling.
		<b>9%</b>	Langere afhandeling.
		<b>43%</b>	Klantvriendelijker.
		<b>9%</b>	Anders, namelijk:

## Analyse Registratieformulieren Wmo-consulent gemeente Kerkrade

N=5

2.	Op welk gebied heeft de cliënt een probleem?  (meerdere antwoorden mogelijk)	80%	Bij het voeren van het huishouden.
		0%	Bij het verplaatsen in en om de woning.
		20%	Bij het normaal gebruik van de woning.
		0%	Rolstoel.
		0%	Anders, namelijk:
3.	Op welke wijze heeft het eerste contact tussen de cliënt en de Wmo-consulent plaatsgevonden?  (meerdere antwoorden mogelijk)	100%	Via huisbezoek.
		0%	Via Wmo-loket.
		0%	Via telefoon.
		0%	Via e-mail.
		0%	Anders, namelijk:
4.	Was de cliënt reeds bekend bij de Wmo?	20%	Ja
		80%	Nee
5.	Heeft de Wmo-consulent overleg gehad met de POH/huisarts?	100%	Ja
		0%	Nee
6.	Had er vóór het overleg Wmo-POH een [G]OUD-consult door de POH/huisarts plaatsgevonden?	20%	Ja
		80%	Nee
		0%	Onbekend
7.	Wat was het doel van het overleg tussen Wmo-consulent en POH/huisarts?  (meerdere antwoorden mogelijk)	0%	Informatie opvragen.
		0%	[G]OUD-consult aanvragen bij POH.
		100%	Anders, namelijk: afspreken gezamenlijk huisbezoek
8.	Wat was het resultaat van het overleg tussen Wmo-consulent en POH/huisarts?	40%	Alle informatie voor Wmo compleet.
		20%	Informatie voor Wmo gedeeltelijk compleet.
		40%	Geen extra informatie voor de Wmo.
		0%	Wmo-consulent doet [G]OUD-consult.
		0%	POH/huisarts doet [G]OUD-consult



9.	Heeft de Wmo-consulent extern advies ingewonnen?	100%	Nee
		0%	Ja
10.	Heeft de Wmo-consulent een aparte toestemmingsverklaring door de cliënt laten invullen?	0%	Ja
		100%	Nee
11.	Heeft gegevensuitwisseling tot problemen geleid?	0%	Ja
		80%	Nee
		20%	Missing
12.	Is de cliënt gecompenseerd in zijn beperkingen?	60%	Ja
		40%	Nee
13.	Wat is het verschil voor de <b>Wmo-consulent</b> in vergelijking met de oude werkwijze? <i>(meerdere antwoorden mogelijk)</i>	20%	Geen.
		0%	Werkproces kost MINDER tijd voor de Wmo-consulent.
		60%	Werkproces kost MEER tijd voor de Wmo-consulent.
		20%	Extern advies niet meer nodig.
		0%	Anders, namelijk:
14.	Wat is het verschil voor de <b>cliënt</b> in vergelijking met de oude werkwijze? <i>(meerdere antwoorden mogelijk)</i>	20%	Geen.
		20%	Kortere afhandeling.
		0%	Langere afhandeling.
		60%	Klantvriendelijker.
		0%	Anders, namelijk:

## Analyse Registratieformulieren Wmo-consulent gemeente Maastricht

N=38

2.	Op welk gebied heeft de cliënt een probleem?  (meerdere antwoorden mogelijk)	<b>42%</b>	Bij het voeren van het huishouden.
		<b>32%</b>	Bij het verplaatsen in en om de woning.
		<b>8%</b>	Bij het normaal gebruik van de woning.
		<b>16%</b>	Rolstoel.
		<b>3%</b>	Anders, namelijk:
3.	Op welke wijze heeft het eerste contact tussen tussen de cliënt en de Wmo-consulent plaatsgevonden? (meerdere antwoorden mogelijk)	<b>16%</b>	Via huisbezoek.
		<b>0%</b>	Via Wmo-loket.
		<b>61%</b>	Via telefoon.
		<b>0%</b>	Via e-mail.
		<b>24%</b>	Anders, namelijk:
4.	Was de cliënt reeds bekend bij de Wmo?	<b>76%</b>	Ja
		<b>24%</b>	Nee
5.	Heeft de Wmo-consulent overleg gehad met de POH/huisarts?	<b>53%</b>	Ja
		<b>47%</b>	Nee
6.	Had er vóór het overleg Wmo-POH een [G]OUD-consult door de POH/huisarts plaatsgevonden?	<b>10%</b>	Ja
		<b>40%</b>	Nee
		<b>50%</b>	Onbekend
7.	Wat was het doel van het overleg tussen Wmo-consulent en POH/huisarts? (meerdere antwoorden mogelijk)	<b>50%</b>	Informatie opvragen.
		<b>0%</b>	[G]OUD-consult aanvragen bij POH.
		<b>3%</b>	Anders, namelijk:
		<b>47%</b>	Missing
8.	Wat was het resultaat van het overleg tussen Wmo-consulent en POH/huisarts?	<b>16%</b>	Alle informatie voor Wmo compleet.
		<b>34%</b>	Informatie voor Wmo gedeeltelijk compleet.
		<b>0%</b>	Geen extra informatie voor de Wmo.
		<b>0%</b>	Wmo-consulent doet [G]OUD-consult.

		3%	POH/huisarts doet [G]OUD-consult.
		47%	Missing
9.	Heeft de Wmo-consulent extern advies ingewonnen?	82%	Nee
		18%	Ja
10.	Heeft de Wmo-consulent een aparte toestemmingsverklaring door de cliënt laten invullen?	0%	Ja
		100%	Nee
11.	Heeft gegevensuitwisseling tot problemen geleid?	0%	Ja
		100%	Nee
12.	Is de cliënt gecompenseerd in zijn beperkingen?	97%	Ja
		3%	Nee
13.	Wat is het verschil voor de <b>Wmo-consulent</b> in vergelijking met de oude werkwijze? <i>(meerdere antwoorden mogelijk)</i>	37%	Geen.
		56%	Werkproces kost MINDER tijd voor de Wmo-consulent.
		0%	Werkproces kost MEER tijd voor de Wmo-consulent.
		11%	Extern advies niet meer nodig.
		0%	Anders, namelijk:
14.	Wat is het verschil voor de <b>cliënt</b> in vergelijking met de oude werkwijze? <i>(meerdere antwoorden mogelijk)</i>	37%	Geen.
		37%	Kortere afhandeling.
		0%	Langere afhandeling.
		53%	Klantvriendelijker.
		0%	Anders, namelijk:

**Bijlage 7 Wmo-intake als gespreksleidraad met delen uit  
[G]OUD-consult**



**Persoonsgegevens**

Naam:	
Adres:	
Plaats:	
BSN:	
Geboortedatum	
Telefoon vast:	
Telefoon mobiel:	
Datum gesprek:	
Aanwezigen:	
Consulent Samen voor Elkaar:	
Aanmelder gesprek:	
Reden voor gesprek:	
Problemen die uit gesprek naar voren kwamen:	
Afspraken met belanghebbende/acties door belanghebbende:	
Acties door consulent:	

**Reeds aanwezige zorg/voorzieningen:**

partner	Gegevens belanghebbende		Gegevens	
	Ja	Nee		
Hulp bij het huishouden	Ja	Nee	Indicatie: ... uur per week Door zorgaanbieder: In PGB vorm:	
Persoonlijke verzorging	Ja	Nee	Indicatie: ... uur per week Door zorgaanbieder: In PGB vorm:	Indicatie: ... uur per week Door zorgaanbieder: In PGB vorm:
Verpleging	Ja	Nee	Indicatie: ... uur per week Door zorgaanbieder: In PGB vorm:	Indicatie: ... uur per week Door zorgaanbieder: In PGB vorm:
Dagopvang (AWBZ)	Ja	Nee	Indicatie: ... uur per week Waar:	Indicatie: ... uur per week Waar:
Ondersteunende begeleiding individueel	Ja	Nee	Indicatie: ... uur per week Door zorgaanbieder: In PGB vorm:	Indicatie: ... uur per week Door zorgaanbieder: In PGB vorm:
Overige Wmo-voorzieningen	Ja	Nee	Regiotaxi:  Woningaanpassing:  Hulpmiddel:	Regiotaxi:  Woningaanpassing:  Hulpmiddel:
Maaltijdvoorziening	Ja	Nee		
Sociale alarmering	Ja	Nee		
Audiciën	Ja	Nee	Naam:	Naam:
Fysiotherapie	Ja	Nee	Naam:	Naam:
Ergotherapie	Ja	Nee		
Logopedie	Ja	Nee		
Diëtist	Ja	Nee		
Ouderenadviseur	Ja	Nee		
Maatschappelijk werk	Ja	Nee		
GGZ	ja	Nee		
Huisarts	ja		Dr.	
Specialisten:	Ja	Nee		
Verpleegkundigen (bijv. hartfalen, diabetes of geriatrisch)	Ja	Nee		

**Huisvesting:**

Type woning/Soort woning: huur/koop.

Rapportcijfer voor huidige woning? (Eigen beleving, als cliënt tevreden is niet uitdiepen.)

Is het een passende woning voor u?/Kunt u zich hier redden?

Veiligheid van woning (bijv. valgevaar).

Omgeving woning (bijv. voorzieningen, recreatie, arts, veiligheid buurt).

Verwacht u hier over 5 jaar nog te wonen?

Observatie: komt dit overeen met hetgeen cliënt vertelt/ervaart ?

**Conclusie:**



**Sociaal functioneren en netwerk**

Beschrijving leefeenheid? (Wie woont er allemaal in het huis?)

Bespreken van netwerk en evt. frequentie van contacten (partner, kinderen, familie, vrienden, kennissen, burens, hulpverleners).

Op wie kunt u terugvallen voor steun/hulp bij problemen?

Ben u hier tevreden mee?/Wat zou u hieraan willen veranderen?

Observatie: komt dit overeen met hetgeen cliënt vertelt/ervaart?

**Conclusie:**

**Dagbesteding**

Hoe ziet uw dag er meestal uit?

Aan welke activiteiten neemt cliënt deel? (Binnens- en buitenshuis)/Wat onderneemt u zoal?

Evt. informeren naar hobby's.

Bent u tevreden met uw dagbesteding?

Indien ja, niet uitdiepen. (Tenzij onderbuikgevoel of observatie niet overeenstemt.)

Indien nee: Wat mist u? (Bespreking van interesses uit verleden, hobby's, vrijwilligerswerk, mantelzorg.)

Observatie: komt dit overeen met hetgeen cliënt vertelt/ervaart ?

**Conclusie:**

### Praktisch functioneren

Bespreek de zelfstandigheid diverse gebieden.

Observatie: komt dit overeen met hetgeen cliënt vertelt/ervaart ?

- Persoonlijke verzorging (bijv. wassen, aankleden)
- Huishoudelijke taken (bijv. schoonmaken, boodschappen, wasverzorging)
- Bereiden van warme maaltijden
- Administratieve taken/plannen agenda
- Organisatie van huishouden
- Verplaatsen over kortere afstanden in de buurt (lopen, fietsen, rollator, stok)
- Verplaatsen over langere afstanden in de regio (eigen auto, openbaar vervoer, fiets, brommer)
- Klussen in en rondom de woning
- Computervaardigheden (heeft u hier behoefte aan?)

### Conclusie:

### Financiën

Heeft u het afgelopen jaar financieel goed kunnen rondkomen?

Heeft u een volledig AOW? Aanvullend pensioen? Bij mensen onder 65 jaar: inkomsten uit werk, uitkering.  
(Denk ook aan inkomsten partner.)

Eventueel vragen of iemand het prettig vindt om inkomenssituatie in beeld te brengen.

Quick Scan Alcander, indien nodig: vervolg.

Observatie: komt dit overeen met hetgeen cliënt vertelt/ervaart ?

**Conclusie:**

**Lichamelijk functioneren**

- Hoe ervaart u uw gezondheid?
- Ervaart u belemmeringen door verminderde gezondheid?
- Hoe is het met uw gezondheid ten opzichte van 1 jaar geleden?
- Indien noodzakelijk: beschrijving van klachten/aandoeningen.
- Bent u wel eens vergeetachtig?
- Leefstijl (roken, alcohol, overgewicht, beweging)?
- Incontinentieklachten?
- Observatie: komt dit overeen met hetgeen cliënt vertelt/ervaart ?

**Conclusie:**

**Psychisch functioneren en zingeving**

Hoe zou u zichzelf willen omschrijven? (Glas halfvol of half leeg?/wantrouwend/open/angstig/optimistisch etc.)

Bent u tevreden met uw leven?

Welk rapportcijfer zou u uw leven geven?

Wat zijn uw toekomstverwachtingen? Bent u bang voor de toekomst?

Waar wordt u blij van of verheugt u zich op?/Bent u in staat om te genieten?

Is cliënt bekend met een psychiatrische voorgeschiedenis of is cliënt hier misschien op dit moment nog mee bekend? (Medicatie/hulpverlening/behandeling psychiater/Mondriaan etc.)

Hoe gaat het met uw geheugen (in relatie met leeftijd)? Maakt u zich hierover zorgen? Sinds wanneer heeft u hier last van?

Hoe ervaart u het ouder worden? (Lichamelijke achteruitgang, sterfte dierbaren etc.)

Bijzonderheden observatie?

**Conclusie:**

*Indien er behoefte is aan verdere verdieping die cliënt niet kan geven: vraag evt. toestemming aan cliënt om met familie te overleggen.*

*Indien er sprake lijkt van (zorgwekkende) psychiatrische problematiek die nog niet wordt behandeld kan evt. Noortje Houben worden ingeschakeld om mee te gaan op tweede gesprek. Er bestaan geen verdiepingsvragen over dit onderwerp.*

*Daarnaast kan het verstandig zijn om de huisarts op de hoogte te brengen (dit ook i.v.m. evt. aansprakelijkheid). Overweeg wel altijd goed of er daadwerkelijk sprake is van een zorgwekkende/problematische situatie, of mensen het willen, of er sprake is van een gevaarlijke situatie etc.*



**Bijlage 8 Stroomschema's**



