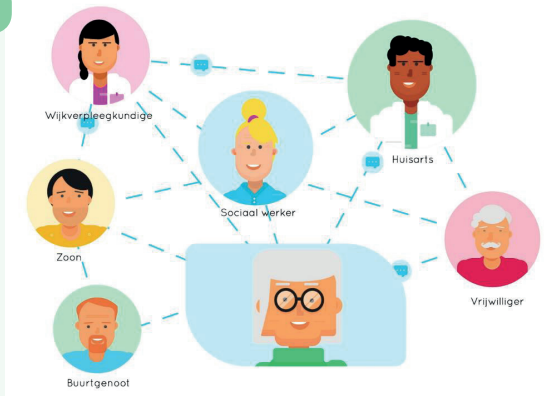
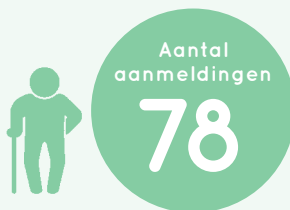


Met dit factbook willen wij alle betrokkenen ieder halfjaar informeren over de voortgang van de pilot sociaal arrangeren. De pilot Sociaal Arrangeren is opgezet vanuit Sterker sociaal werk in samenwerking met de gemeente Nijmegen, cVGZ, het zorgkantoor, Buurtzorg, ZZG zorggroep, NEO Huisartsenzorg en deelnemende huisartsenpraktijken. Het is een tweejarige pilot die op het moment uitgevoerd wordt in 4 huisartsenpraktijken in Nijmegen. Door betere afstemming tussen zorg en welzijn is het mogelijk dat kwetsbare ouderen met cognitieve problemen zo lang mogelijk thuis kunnen wonen, met zo veel mogelijk zelfstandigheid en kwaliteit van leven. Het beoogde resultaat: stabiele/ hogere ervaren kwaliteit van leven voor de oudere, versterking sociaal netwerk, ontzorging van mantelzorgers, huisartsen en wijkverpleegkundigen en uitstel van zwaardere zorg en verpleeghuisopname.

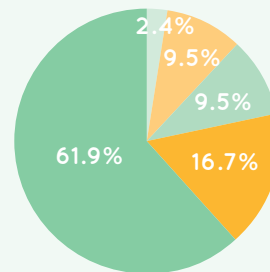


Aanmeldingen

Er zijn inmiddels 78 ouderen aangemeld, verdeeld over de volgende huisartsenpraktijken.



Huisartsenpraktijk	Aantal aanmeldingen
Medisch centrum st. Anna	32
Gezondheidscentrum Brakkenstein	13
Gezondheidscentrum Daniëlsplein	30
Gezondheidscentrum Hazenkamp	3
Totaal aantal aanmeldingen	78



- Huisarts 61.9%
- Wijkverpleging ZZG zorggroep 16.7%
- Sociaal Arrangeur 9.5%
- Praktijkondersteuner 9.5%
- Wijkverpleging buurtzorg 2.4%

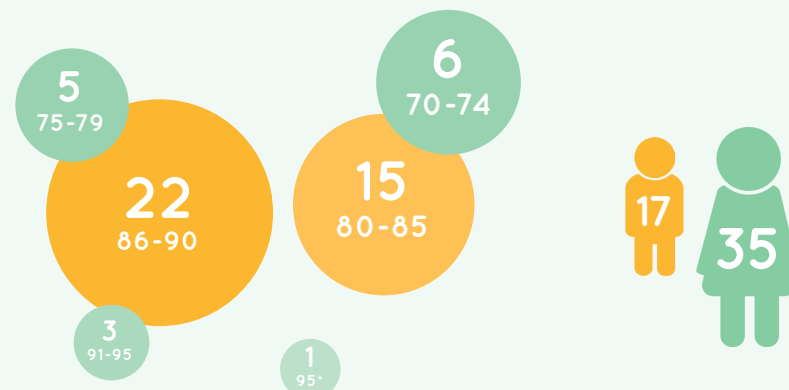
Bij het screenen van de aanmelding wordt gekeken of de aanmelding op de juiste plek terecht is gekomen.

Groep in beeld

Van alle aanmeldingen (78) waren 64 ouderen nog niet in beeld bij het ouderenadvies (82%). Bij de intakegroep (N=52) waren 44 ouderen niet in beeld (85%). Waarom deze ouderen wel in beeld komen bij Sociaal Arrangeren is onder andere te verklaren door:

- Nauwe samenwerking huisarts/ wijkverpleegkundige en sociaal arrangeur
- Warme overdracht
- Continuïteit
- Helderheid over werkproces sociaal arrangeur
- Terugkoppeling(en) vanuit de sociaal arrangeur naar de aanmelder

Achtergrondkenmerken (N= 52)



Leeftijd ouderen (per 5 jaar)

Geslacht ouderen

Proces

Intake

Van de 78 aanmeldingen hebben 52 ouderen de intakefase doorlopen en bevinden zes ouderen zich nog in de intakefase.



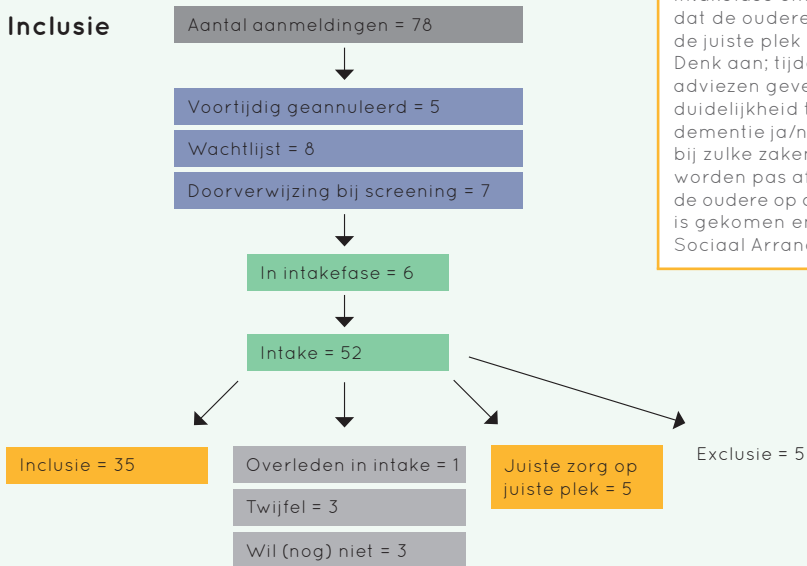
Verwijzing naar onder andere

Een aantal aanmeldingen is bij screening of na intakefase doorverwezen naar onder andere:

- Intern, zoals ouderenadvies;
- Zorgtrajectbegeleiding dementie;
- Buurtteams;
- Voorliggende voorzieningen.

Na verwijzing wordt dit ook teruggekoppeld aan de doorverwijzer zodat je van elkaar blijft leren wie geschikt is voor inclusie.

Inclusie



Inclusie= deelname en voldaan aan inclusiecriteria, dit betekent afname vragenlijsten

Twijfel= prof (en oudere) schatten in dat SA nu nog niet passend is. Dit wordt teruggekoppeld aan huisarts en betrokkene.

Wil niet= prof schat in dat oudere voldoet aan inclusie, alleen oudere wil niet deelnemen

Juuiste zorg op de juuiste plek= meer dan 2 huisbezoeken in intakefase om ervoor te zorgen dat de oudere de juuiste zorg op de juuiste plek ontvangt. Denk aan: tijdens intakefase al adviezen geven, meehelpen om duidelijkheid te krijgen diagnose dementie ja/nee (ondersteuning bij zulke zaken). Deze trajecten worden pas afgesloten wanneer de oudere op de juuiste plek terecht is gekomen en tot die tijd is Sociaal Arrangeur betrokken.

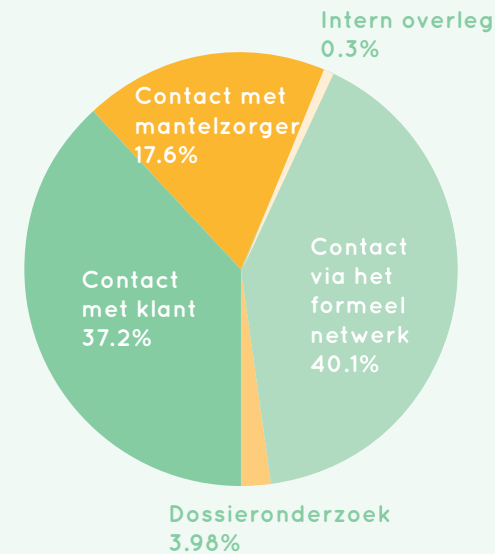
Gemiddeld aantal bestede uren per fase van het traject (door SA)

■ Aanmelding	0.15 uur
■ Verheldering	2.78 uur
■ Arrangement	7.31 uur
■ Afsluiting	0.12 uur
<i>Totaal gemiddeld</i>	<i>10.36 uur</i>

Samengevat is de inzet bij de aanmelding zoals verwacht. Voor de overige fasen geldt dat minder tijd wordt besteed dan van te voren verwacht.

Het soort contact

Samengevat is het meeste contact met ouderen, mantelzorgers en het netwerk



Ontwikkeling zorginzet

Verandering in inzet van de Wmo, Zvw en Wlz (N=45)

	Wmo bij start	Wmo na 6 maanden	Wmo na 12 maanden
Hoeveel inzet huis-houdelijke hulp	Bij 40% ouderen geen inzet	Bij 34,5 % ouderen geen inzet	Bij 33,3 % ouderen geen inzet
	Gemiddelde inzet bij overige is 2 uur per week	Afname inzet van 2 naar 1.5 uur per week	Gemiddelde inzet is weer gelijk aan de start, oftewel 2 uur per week
Hoeveel dag-besteding	Geen inzet	Bij één oudere inzet	Inzet is gelijk gebleven
Hoeveel begeleiding	Geen inzet	Geen verandering	Geen verandering

Samengevat neemt de Wmo inzet na 6 maanden af. Gekeken naar de inzet bij start en na 12 maanden blijft deze stabiel.

	Zvw bij start	Zvw na 6 maanden	Zvw na 12 maanden
Hoeveel inzet wvp	Bij 64,9% inzet. Inzet varieert van twee keer per dag tot laag frequent (eenmaal in de 3 tot 5 maanden)	Van deze groep is bij 83,3% de inzet gelijk gebleven. Bij 11,1% is de inzet verminderd (van dagelijks naar laag frequent) en bij 5,6% is deze vermeerderd (van 1x per week naar 1x per dag).	Bij 65% inzet gelijk gebleven. Waarbij bij 28% kleine verhoging van inzet (van geen naar laag frequent). 7% overgang naar de Wlz.

Samengevat blijft de inzet van Zvw gelijk.



	Wlz bij start	Wlz na 6 maanden	Wlz na 12 maanden
Hoeveel huis-houdelijke hulp	Geen inzet bij start	Bij 10% inzet Wlz. Gemiddelde inzet van 3 uur per week	Gemiddelde inzet van 3.5 uur per week
Hoeveel dag-besteding of dag-behandeling	Geen inzet	Geen inzet	Geen inzet
Hoeveel begeleiding	Geen inzet	Bij één persoon twee uur per week	Bij één persoon 4 uur per week begeleiding

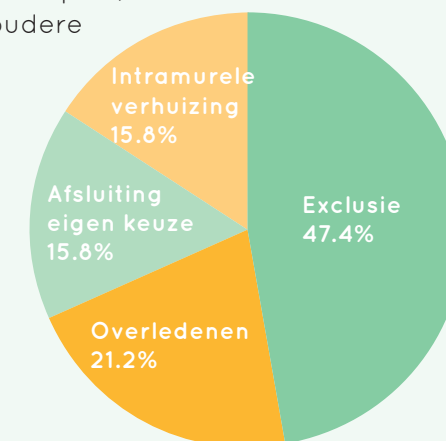
Samengevat is na 6 maanden 10% van de ouderen van de Wmo doorgestroomd naar de Wlz (in thuissituatie).

Crisis en SEH opnamen

Binnen zes maanden: één opname hospice, één opname herstelhotel en één oudere zes keer SEH. Na 12 maanden: één hospice en één opname SEH.

Afsluiting

Van de 78 aanmeldingen zijn er 37 afgesloten.

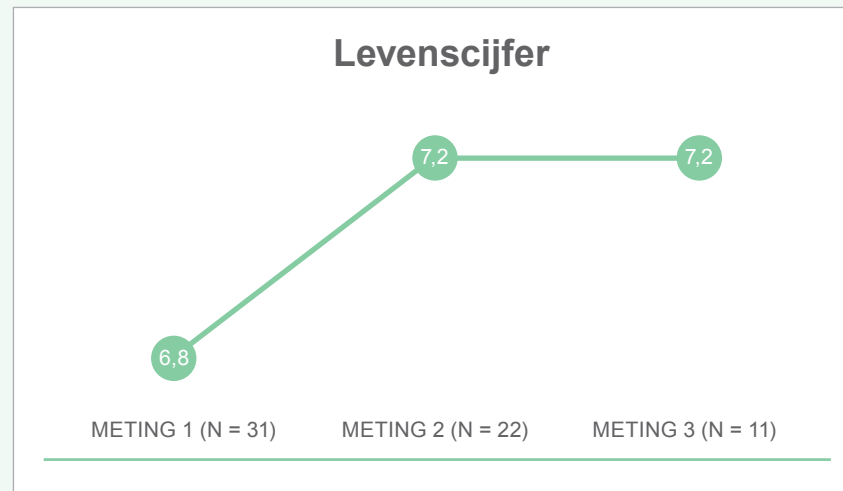


Resultaten; Perspectief ouderen

Ervaren kwaliteit van leven

De ervaren kwaliteit van leven wordt iedere zes maanden in kaart gebracht middels de DQI (Dementia Quality of Life). Er wordt gekeken naar de domeinen oriëntatie, geheugen, stemming, sociaal functioneren, zelfzorg en lichamelijke gezondheid. We zien dat er na zes maanden minder ouderen zijn die ernstige problemen ervaren op de verschillende domeinen ten opzichte van de beginsituatie (van 30.4% naar 21.7%).

Ouderen wordt ook gevraagd welk cijfer (tussen 0 en 10) ze hun leven op dit moment geven. We zien het gemiddelde cijfer stijgen van een 6.8 bij aanvang naar een 7.2 na zes maanden Sociaal Arrangeren en dat dit cijfer ook na twaalf maanden nog stabiel op een 7.2 blijft.



Interviews ouderen

Om de cijfers nader te kunnen duiden voeren studenten verpleegkunde elk halfjaar interviews uit met deelnemende ouderen over hun kwaliteit van leven en ervaringen met Sociaal Arrangeren. Inmiddels zijn 18 interviews gehouden.

Alle ouderen geven aan problemen met de **lichamelijke gezondheid** te ervaren. Daarentegen geeft de meerderheid aan géén **oriëntatieverlies** of **geheugenklachten** te hebben. Een aantal ouderen geeft wel aan problemen met het geheugen te ervaren (namen vergeten) en vooral angst te hebben voor hoe zich dit verder ontwikkelt en dat ze daarvoor niet meer zelfstandig thuis kunnen wonen in de toekomst.

Wat de **zelfzorg** betreft ontvangt een deel van de ouderen thuiszorg voor het aan- en uittrekken van de steunkousen en ondersteuning bij het douchen. Veel ouderen ontvangen hulp van familie of vrienden met het doen van de boodschappen.

Wat **sociaal functioneren** betreft geeft het grootste deel van de ouderen aan een sociaal netwerk te hebben en voldoende contacten met kinderen, overige familie, kennissen en burens. Enkele ouderen geven aan eenzaamheid te ervaren. Zo vertelt een oudere:

“Wij hebben eigenlijk niet veel meer [...]. We zijn aan het vereenzamen vind ik.”

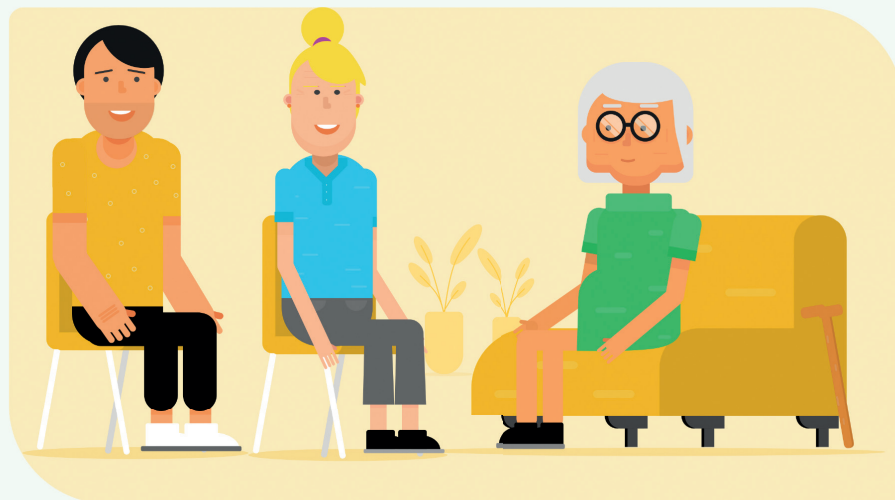
Wat de **stemming** betreft geven de meesten aan zeer tevreden te zijn, maar ervaart een deel ook sombere gevoelens:

“Soms, dan denk ik wel eens: wat doe ik hier nog? Op deze aard, ja, ik ik. Ik ben eigenlijk alleen maar mensen tot last.”

Enkele ouderen geven ook aan dat de kwaliteit van leven een onvoldoende is door fysieke beperkingen. Ze hebben het gevoel langs de kant te zitten en niet meer mee te doen (bijvoorbeeld bij een familiefeest). Het verlies aan mobiliteit (auto, of vermogen te lopen) leidt bij deze ouderen tot vereenzaming.

Een aantal ouderen kwam terug op hun hobby's die nu niet meer mogelijk zijn (vissen, wandelen, fietsen, winkelen, vakantie). Ze worstelen ermee hun leven op een andere manier invulling te geven. Hier speelt verlieservaring een rol.

Als de ouderen gevraagd wordt wat de stemming verbetert noemen ze: een vriendin, kleinkinderen, de deur uit, praatje aanknopen, bingo, 'soepie doen', als het mooi weer is, naar buiten gaan met de scootmobiel, als dingen wel lukken, afleiding.



Ervaring met Sociaal Arrangeren

Sommige ouderen kunnen goed benoemen wat het doel van Sociaal Arrangeren is:

“Zij is er dus om ouderen mensen te begeleiden dat ze zo lang mogelijk thuis kunnen blijven.”

Een ander noemt:

“Leren omgaan met je beperking in mobiliteit en het helpt als je met andere ouderen contact hebt, dat probeert Sociaal Arrangeren.”

Alle ouderen zijn heel blij met Sociaal Arrangeren. Ze geven aan dat als het zou stoppen dit heel lastig zou zijn en een alternatief nodig is.

Tevredenheid

Sociaal Arrangeren: 100%



Als meerwaarde van Sociaal Arrangeren wordt genoemd:

- Het is een fijn gevoel dat iemand op je let en een vinger aan de pols houdt.
- Biedt de mogelijkheid om met iemand te praten over het leven.
- Bij sombere stemming helpt Sociaal Arrangeren door iemand aan te spreken en eerlijke feedback te geven.
- Het leren om invulling te geven aan de dag.
- Stimuleert om onder de mensen en in beweging komen. De meeste ouderen willen niet naar dagbesteding, Wel naar laagdrempelige ontmoetingsactiviteiten als 'soepie doen', bingo of even naar de kinderboerderij en een praatje aanknopen met iemand.
- Ondersteuning bij verminderde cognitieve vaardigheden en geheugen, bijvoorbeeld door afspraken op te schrijven.
- Ondersteuning bij het regelen van praktische zaken zoals een fiets (driewieler), taxipas of vervoer.
- Houdt in de gaten hoe het boodschappen doen en eten gaat, als dit niet goed lukt wordt er meegedacht en bijvoorbeeld maaltijdvoorziening geregeld.
- Fijn dat de sociaal arrangeur het contact met andere professionals legt en behoudt en hierover terugkoppeling geeft. Dit geeft rust en overzicht.
- Een aantal ouderen noemt dat ze langer thuis kunnen blijven door Sociaal Arrangeren.

“Het pluspunt is al dat ze mij gemotiveerd hebben om eens mee te eten bij het ‘t Hert.’”

Perspectief Mantelzorgers

Ervaren druk informele zorg

De belasting die de mantelzorgers ervaren wordt bijgehouden middels de vragenlijst Ervaren Druk Informele Zorg. Deze wordt elke zes maanden afgenomen. We zien dat een kleiner percentage mantelzorgers ernstige druk ervaart, maar dat de ervaren druk gemiddeld op hetzelfde niveau blijft (matige druk).

Interviews mantelzorgers

Om meer inzicht te krijgen in de belasting zijn aanvullend gesprekken gevoerd met de mantelzorgers. Er zijn 7 interviews gehouden met mantelzorgers. Daaruit blijkt dat de belasting per moment verschilt en oploopt naarmate men langer mantelzorgtaken uitvoert. De volgende zaken ervaren mantelzorgers als belastend:

- Je naaste achteruit zien gaan.
- Het verantwoordelijkheidsgevoel.
- Veelheid regelzaken.
- Combinatie met werk en thuis.

“Je gaat dan uren die je aan mantelzorg besteedt inhalen in het weekend en kan dan bijvoorbeeld niet mee met je dochter naar de sportclub.”

Opvallend is dat ook wordt benoemd dat er positieve aspecten verbonden zijn aan de mantelzorg:

- Het geeft voldoening iets te kunnen betekenen voor anderen.
- Er ontstaat een hechte band met je naaste.
- Het zorgt ook voor ontspanning, bijvoorbeeld als je een drukke baan hebt is een dagje met je naaste en boodschappen doen of puzzelen ook een vorm van onthaasten.



Uit de gesprekken blijkt Sociaal Arrangeren op de volgende punten van meerwaarde voor de mantelzorgers:

- Het contact met de Sociaal Arrangeur is goed en steunt de mantelzorger.
- Gevoel van veiligheid.
- Weten bij wie je terecht kan met je vragen.
- Gevoel er niet alleen voor te staan en te kunnen sparren met de sociaal werker.
- Praktische hulp, begeleiding en advies, bijvoorbeeld over de mogelijkheden die er allemaal zijn qua hulp, maatje, boodschappen, woning etc.
- Verminderde belasting, bijvoorbeeld doordat respijtzorg is ingezet (iemand die de hulp even overneemt van de mantelzorger).
- De Sociaal Arrangeur onderhoudt het contact met de huisarts, wat tijd voor de mantelzorger scheelt.
- Goede communicatiemogelijkheden met betrokken professionals (bijvoorbeeld via de VIPLive-app).
- Continuïteit zorgt voor herkenning en een vertrouwd gevoel, zowel bij zorgvrager als mantelzorger. Dit is een belangrijk aspect van sociaal arrangeren.

Perspectief professionals

Focusgroepen en evaluatiegesprekken met professionals

Ook dit halfjaar zijn weer evaluatiegesprekken en twee focusgroepen met professionals gehouden. Zo wordt duidelijk hoe betrokken professionals de werkwijze en opbrengst van Sociaal Arrangeren ervaren. In totaal deden 23 professionals mee met de focusgroepen (praktijkondersteuners, huisartsen, wijkverpleegkundigen en Sociaal Arrangeurs).

Als meerwaarde van de interprofessionele samenwerking worden verschillende aspecten benoemd.

1 Korte lijnen en laagdrempeligheid

Iedereen ervaart het voordeel van de korte lijntjes, de drempel om contact op te nemen met een ander is veel lager.

“Nou, iedereen is dichtbij, dus je kunt snel schakelen. Dus als er wat speelt in een casus, dan is er binnen een paar dagen wat geregeld. En ik merk normaal gesproken dat dat veel lastiger gaat.”
- Sociaal Arrangeur

Door het gezamenlijke communicatiesysteem (VIPLive) is iedereen ook steeds op de hoogte van wat er speelt rondom de oudere.

“Maar ik denk wel wat jij zegt dat we elkaar heel erg op de hoogte houden heb ik het gevoel dat we een goed netwerk om haar heen hebben.”
- Wijkverpleegkundige

2 Gedeelde verantwoordelijkheid

Ook wordt genoemd dat het fijn is dat niet iedereen op zijn ‘eilandje’ zit, maar vanuit een gezamenlijke visie samengewerkt wordt rond de oudere. Er kan afgestemd en doorverwezen worden en professionals hebben het gevoel dat ze er niet alleen voor staan bij een complexe casus. Ook wordt benoemd dat iedereen in zijn eigen kracht wordt gezet.

“Het is een complexe casus, dus dat is heel fijn om te voelen dat je er niet alleen voor staat. Dan kun je het echt wel samen dragen.”
- Wijkverpleegkundige

3 Sparren en van elkaar leren

Het blijkt dat de professionals goed op de hoogte zijn van elkaars rollen en expertise. Dit is een voorwaarde om deze ook van elkaar te benutten. Als reactie op de vraag in hoeverre de professionals hun eigen expertise en kennis delen, werd er door meerdere professionals verteld dat er eigenlijk standaard en gaandeweg wordt meegedacht en kennis en expertise wordt gedeeld.

4 Tijdwinst en resultaatgericht

Meerdere professionals geven aan het samenwerken als aanvulling te zien en dat het werk wegneemt. Meerdere professionals gaven aan dat zij de VIPlive chat gebruiken en hierdoor korte lijntjes ervaren. De huisarts is bijvoorbeeld niet altijd telefonisch goed bereikbaar, maar kan dan via de chat van VIPlive bereikt worden. Tot slot wordt benoemd dat, doordat iedereen vanuit zijn eigen expertise samenwerkt dingen niet meer dubbel worden gedaan en meer doelen worden behaald. Dit alles zorgt ervoor dat de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft.

Resultaten die benoemd worden:

- ouderen voelen zich gehoord
- hulp voor ouderen tussen wal en schip
- afgestemde zorg

Aandachtspunten

Er werden ook aandachtspunten genoemd:

- In de aanmeldfase is nog niet voor iedereen duidelijk wie het aanspreekpunt is.
- Niet iedereen kent elkaar doordat niet iedereen structureel aanwezig is tijdens het MDO.
- Niet alle professionals blijken consequent VIPlive in te zetten om elkaar te bereiken en op de hoogte te houden. Reacties via VIPlive van de huisartsen blijven soms uit wegens tijdsgebrek.
- De werkwijze verschilt per huisartsenpraktijk, zo heeft de ene praktijk wel een praktijkondersteuner en de ander niet en verschilt de frequentie van MDO's sterk.

- Het gezamenlijk bijhouden van het zorgplan. Het zorgplan zou vanuit een gezamenlijke visie opgesteld moeten worden, in praktijk stelt de Sociaal Arrangeur dit op, terwijl de medische kennis daarbij soms ontbreekt en het logischer is als de wijkverpleegkundige dit invult.
- De bedoeling is dat de Sociaal Arrangeur als casemanager zorgt voor structurele evaluatie en up to date houden van het zorgplan, maar komt hier niet altijd aan toe.
- Dit heeft ook te maken met de 'dubbelrol' waarbij de Sociaal Arrangeur zowel uitvoerend Sociaal Arrangeur is als casemanager. In praktijk is het lastig deze rollen uit elkaar te houden en zich vooral op de overstijgende taken te richten.
- Wijkverpleegkundigen werken naast het gedeelde zorgplan nog met een eigen zorgplan, dit leidt tot dubbel werk en zou gekoppeld moeten kunnen worden.
- Meerdere professionals gaven aan dat commitment en vooral het houden aan het commitment- cruciaal is. Dit geldt ook voor ruimte voor ontwikkeling van de werkwijze. Dit staat regelmatig onder druk door werkdruk etc.



Aanbevelingen

- Elkaar aanspreken op consequent inzetten VIPlive en evaluatie zorgplan.
- De casemanager zou meer tijd moeten krijgen om zich bezig te houden met het coördineren en monitoren van zorg (in plaats van deze als Sociaal Arrangeur ook deels zelf uit te voeren).
- Professionals zouden nog meer van elkaar kunnen leren door af en toe de gesprekken met de ouderen samen te doen en met elkaar mee te lopen tijdens de contactmomenten. Dit werd een 'training on the job' genoemd. Dit zou bijvoorbeeld ook van meerwaarde zijn om extra stappen te voorkomen als het verhaal van de cliënt niet aansluit bij de aanmelding.

- Het inzetten van vaste intervisiemomenten is een mogelijkheid om elkaar beter te leren kennen, van elkaar te leren en om tot nieuwe ideeën te komen. Er wordt aanbevolen om eens in de zes weken een intervisiebijeenkomst te houden rondom complexe casussen. Deze intervisiemomenten worden gepland en geleid door de casemanager en kunnen deels plaatsvinden tijdens projectgroep-overleggen.
- Ruimte voor deskundigheidsbevordering zoals casemanagement dementie (post-HBO), casemanagement in de zorg (post-HBO), gerontologie en geriatrie (post-HBO) en kennismodule ouderenzorg.

Er worden ook al initiatieven getoond om meer kennis van andere rollen en expertises op te doen. Zo gaat het projectteam van de Sociaal Arrangeurs een kennismodule Ouderenzorg volgen, omdat zij graag wat meer medische kennis willen bezitten.

Tot slot:

Een groot voordeel van de focusgroepen was dat de professionals aangeven al tijdens de focusgroep van elkaar geleerd hebben en tot nieuwe inzichten gekomen te zijn.

