



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Domeinoverstijgende samenwerking = Samen doen!

Initiatieven
Domeinoverstijgende
samenwerking
(SPUK DOS 2024)

Samen gezond, fit en veerkrachtig

Inhoud

Leeswijzer	3
Aanleiding wetsvoorstel en SPUK Domeinoverstijgende samenwerking	4
1. Initiatieven gericht op logeer- en respijtzorg	6
1.1. Logeerszorg Noord Kennemerland	6
1.2. Logeerszorg Midden -Zuid Kennemerland	7
1.3. Bed & Zorg Midden -Delfland	7
2. Initiatieven met een combinatie van collectieve en individuele activiteiten in de woonomgeving	9
2.1. Van ouderenzorg naar samen-zorg Amstelveen	9
2.2. Lang Leven Thuisflats Amsterdam	10
2.3. Sociale Wijkstructuur Deventer	10
2.5. Gezond en wel thuis Schiedam	11
2.6. Indicatieloze dagbesteding Roosendaal	11
2.7. Sterk met je netwerk Lelystad	12
2.8. Samen sterker thuis Oude IJsselstreek	13
2.9. Mariënveld Oost Gelre	14
2.10. Een sterke gemeenschap voorkomt Wlz zorg Utrecht	14
3. Arrangeurs	16
3.1. Inzet arrangeurs Barneveld	16
3.2. Inzet arrangeurs Ede	17
3.3. Inzet arrangeurs en burgerinitiatief Horst aan de Maas	18
3.4. Inzet arrangeurs en burgerinitiatief Groningen	19
3.5. Inzet arrangeurs en burgerinitiatief Drenthe	19
3.6. Inzet arrangeurs en burgerinitiatief Hoogeveen	19
3.7. Community Care Dongen	20
3.8. Community Care Oosterhout en Etten-Leur	20
3.9. Community Care Waalwijk en Loon op Zand	20
3.10. Community Care Tilburg	20
3.11. Sociaal arrangeren Nijmegen	22
4. Initiatieven gericht op mensen met dementie	23
4.1. Sociale Benadering Dementie (SBD) Delft - Westland	23
4.2. Sociale Benadering Dementie (SBD) 's Hertogenbosch	23
4.3. Sociale Benadering Dementie (SBD) Rotterdam	23
4.4. Sociale Benadering Dementie (SBD) Moerdijk	23
4.5. Sociale Benadering Dementie (SBD) Roermond	23
4.6. Training omgaan met dementie Lansingerland	25
5. Initiatief gericht op jeugd	26
5.1. Meervoudige jeugdproblematiek Hoorn	26

Leeswijzer

Deze bundel geeft een beeld van de initiatieven die in 2024 met een SPUK DOS financiering zijn uitgevoerd. Deze initiatieven lopen door in 2025. Per initiatief worden de volgende onderdelen beschreven:

Doelstelling van het initiatief

Beschrijving van het maatschappelijk vraagstuk wat wordt aangepakt met het initiatief voor domeinoverstijgende samenwerking en bekostiging.

Doelgroep

Beschrijving van de primaire doelgroep(en) waar het initiatief zich op richt in termen van (kwetsbare) inwoners en/of naasten (en mantelzorgers).

Werkwijze

Beschrijving van de werkwijze. Hoe is het initiatief aangepakt en welke activiteiten zijn uitgevoerd. Daarbij is aangegeven wat het verschil is met de huidige aanpak; wat is echt anders aan de gekozen werkwijze, voorziening, et cetera?

Aanleiding wetsvoorstel en SPUK Domeinoverstijgende samenwerking

In het kader van het programma Waardigheid en Trots zijn in 2015 zorgaanbieders uitgenodigd om met voorstellen voor initiatieven te komen om de kwaliteit van verpleegzorg te verbeteren. Enkele regio's zijn gezamenlijk met het thema domeinoverstijgende samenwerking aan de slag gegaan. Dit heeft geleid tot drie initiatieven vanuit de zorgaanbieders Maria-Oord in Dongen, Opella in Ede en de Noord Nederlandse Coöperatie van Zorgorganisaties (NNCZ) in samenwerking met de dorpscoöperatie Hollandscheveld Verbindt (burgerinitiatief). Deze zorgaanbieders zijn samen aan de slag gegaan met gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren en enkele andere zorgaanbieders in de regio.

Deze drie initiatieven zijn door Significant in 2020 geëvalueerd. De conclusie van dit onderzoek is dat de initiatieven bijdragen aan een grotere maatschappelijke doelmatigheid en effectiviteit. Kwetsbare ouderen kunnen langer zelfstandig blijven wonen in hun eigen omgeving. Daarnaast leidt domeinoverstijgende samenwerking tot meer doelmatige zorg door de besparingen in de Wet langdurige zorg (Wlz); 8 maanden uitstel Wlz-zorg.¹

Dit resultaat heeft geleid tot het wetsvoorstel Domeinoverstijgende samenwerking waarin wordt geregeld dat zorgkantoren de mogelijkheid krijgen om samen met gemeenten en zorgverzekeraars, rechtmatig te investeren in preventieve maatregelen die intensieve Wlz-zorg voorkomt, vermindert of uitstelt. De wet is in 2025 aangenomen door de Tweede Kamer en Eerste Kamer en zal ingaan op 1 januari 2026.

Vooruitlopend op deze wet heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) vanaf 2023 de mogelijkheid geboden om initiatieven te laten starten met domeinoverstijgende samenwerking via de Specifieke uitkering domeinoverstijgend samenwerken (SPUK DOS). Initiatieven die leiden tot het voorkomen, verminderen of uitstellen van intensieve Wlz-zorg en die zich richten op inwoners die nog geen Wlz-zorg ontvangen, kwamen hiervoor in aanmerking. Deze initiatieven zien op verschillende sectoren: ouderenzorg, gehandicaptenzorg, GGZ en jeugdzorg. Vanaf 2026 hebben de zorgkantoren de mogelijkheid om te investeren in preventieve maatregelen en is er geen spuk meer nodig.

¹ Kamerstukken II 2020/21, 31 765, nr. 544.

Verschillende initiatieven voor maatschappelijke vraagstukken

We zien een stijgende zorgvraag onder andere doordat we ouder worden en daardoor meer aandoeningen krijgen. Daarnaast groeit het aantal professionals niet evenredig mee. Ook is het de wens van mensen met een ondersteuning en zorgvraag om langer zelfstandig te blijven wonen in de eigen vertrouwde omgeving. Bovendien stijgt het aantal mensen met dementie snel, wat inherent is aan de sterke vergrijzing. Ook is het zorg- en ondersteuningsaanbod versnipperd als gevolg ons zorgstelsel.

Naast vergrijzing is er een toename van het aantal inwoners met GGZ aandoeningen in combinatie met problemen op meerdere levensgebieden die hierdoor het risico lopen in de Wlz te belanden.

Om te kunnen blijven voldoen aan de toenemende zorgvraag, moeten we onder andere meer domeinoverstijgend samenwerken en de zorg 'ontschotten' en zo meer toegankelijk maken tussen de verschillende zorgwetten.

De toenemende zorgvraag en het tekort aan personeel vraagt om anders te kijken en anders te doen. Wat kun je als (oudere) inwoner zelf doen om langer zelfredzaam of samenredzaam te blijven? De maatschappelijke opgave is dan ook om ondersteuning en zorg zo lang mogelijk thuis aan te bieden en aanvullend op wat iemand zelf kan en in samenwerking met het sociale netwerk.

Met de SPUK DOS zijn verschillende initiatieven uitgevoerd. De rode draad in de initiatieven is dan ook de domeinoverstijgende samenwerking in de ondersteuning en zorg voor kwetsbare inwoners, met als overkoepelend doel het uitstellen of verminderen van de behoefte aan Wlz-zorg.

1. Initiatieven gericht op logeer- en respijtzorg

Twee vormen van interventie kunnen mogelijk bijdragen aan een oplossing om (langer) thuis te blijven wonen:

- Efficiënte en gegarandeerde beschikbaarheid van logeertzorg: Een efficiënte en gegarandeerde beschikbaarheid van logeertzorg voor alle burgers kan de duurzame inzet van mantelzorgers vergroten. Respijtzorg, in de vorm van vervangende mantelzorg, biedt mantelzorgers een periode van rust en kan bijdragen aan het langer volhouden van de zorg thuis. Daarom wordt respijtzorg gezien als een belangrijke vorm van preventieve ondersteuning voor mantelzorgers. Door het vroegtijdig betrekken van het sociale netwerk rondom mantelzorgers kan professionele zorg mogelijk worden uitgesteld, afgeschaald of zelfs voorkomen.
- Zorgplek dicht bij huis: De eerstelijnszorg, met name huisartsen, wordt frequent geconfronteerd met situaties waarin het thuis dreigt mis te lopen door het ontbreken van noodzakelijke zorg of hulpmiddelen. Mantelzorgers van bijvoorbeeld mensen die chronische aandoeningen hebben, ervaren vaak een hoge belasting. Vooral bij ouderen is dit het geval, immers de partner is vaak eveneens

oud, kwetsbaar en beperkt belastbaar. Zij overschrijden dikwijls hun eigen grenzen om voor hun naaste te zorgen, met als risico overbelasting of daadwerkelijk 'omvallen'. In dergelijke gevallen zijn huisartsen genoodzaakt tot tijdrovende zoektochten langs diverse instellingen in de regio of daarbuiten om een geschikte plek te vinden. Indien er uiteindelijk een plek is gevonden, dan is deze plek veelal ver verwijderd van de eigen woonplaats en vertrouwde omgeving. De (oudere) partner moet dan veel reizen om op bezoek te kunnen komen, wat de overbelasting in stand houdt. Verwacht wordt dat de druk op de zorginstellingen zal toenemen door de groeiende vraag en de beperkte personele capaciteit. Dit kan leiden tot stress en verdriet in een reeds kwetsbare of zelfs de laatste levensfase. Een tijdelijke zorgplek dicht bij huis kan hiervoor een oplossing zijn. Een dergelijke plek zou huiselijk en vertrouwd moeten zijn, met beschikbare eigen zorgverleners en een welkom door zowel professionals als informele zorgverleners (vrijwilligers en familie). Het streven is naar een omgeving waar professionele zorg meer aanvoelt als een tijdelijk verblijf dan als een opname in een onbekende instelling.

1.1. Logeertzorg Noord Kennemerland

Deelnemers

- Gemeente Alkmaar
- Zorgkantoor en zorgverzekeraar VGZ
- Zorgaanbieder De Zorgcirkel
- Welzijnsorganisatie Mantelzorgcentrum
- VONK Partners vergijzing naar vernieuwing

Doelstelling van het initiatief

De ambitie is om mantelzorgers zoveel als mogelijk de benodigde adempauze te bieden op het moment dat zij daar behoefte aan hebben. Hierdoor kunnen betrokken partijen bijdragen aan het voorkomen van overbelasting bij mantelzorgers en hen in staat stellen om langer in goede gezondheid en met plezier ondersteuning en zorg te blijven verlenen aan hun naaste. Dit kan ertoe leiden dat de zorgvrager zo lang mogelijk zelfstandig kan blijven wonen en doorstroming naar de Wlz wordt uitgesteld of zelfs voorkomen.

Doelgroep

Oudere mantelzorgers en zorgvragers zonder Wlz-indicatie, woonachtig in Noord Kennemerland en de kop van Noord-Holland Noord.

Werkwijze

- Het ontwikkelen van een gezamenlijk intakeformulier door het mantelzorgcentrum en de logeertzorgvoorzieningen kan de belasting voor mantelzorgers verminderen (algemene intake, triage op de zorgvraag).
- Het versterken van de samenwerking tussen het mantelzorgcentrum en wijkverpleegkundigen kan helpen om overbelaste mantelzorgers vroegtijdig te signaleren en de passende ondersteuning te organiseren, waarbij logeertzorg een van de mogelijke oplossingen is.
- Het proces van indicatiestelling wordt beoogd op een minder bureaucratische wijze te organiseren.

1.2. Logeerszorg Midden -Zuid Kennemerland

Deelnemers

- Gemeenten: Velsen, Haarlem, Heemskerk
- Zorgkantoor en zorgverzekeraar Zilveren Kruis
- Zorgaanbieders: De Reigershoeve, Kennemerhart
- Centra voor mantelzorgondersteuning: Tandem, MantelZ, Socius
- Andere organisatie(s): Sint Jacob, Huisartsen Wijkbaan

Doelstelling van het initiatief

De doelstelling van het initiatief is om logees en hun mantelzorgers praktische handvatten te bieden voor de thuissituatie zodat zij het samen langer goed kunnen volhouden. Op deze manier beogen de betrokken partijen het effect van het logeren verder te vergroten en zwaardere zorg uit te stellen of zelfs te voorkomen. Dit wordt gedaan door de bevindingen op basis van de observaties tijdens de logeerperiode terug te koppelen aan de mantelzorger en de betrokken professional in de thuissituatie.

Doelgroep

Oudere mantelzorgers en zorgvragers met somatische aandoeningen en/of dementie zonder Wlz-indicatie, die thuiswonend zijn.

Werkwijze

In het initiatief wordt een werkwijze ontwikkeld rondom het logeren die, naar verwachting, in een vroeg stadium de knelpunten en hulpvragen van mantelzorgers inzichtelijk maakt. Vervolgens wordt een advies en/of hulpmiddel ingezet voor de thuissituatie na het logeren. De focus ligt op preventieve maatregelen om overbelasting te voorkomen door:

- Vroegtijdige detectie en interventie
- Sociale ondersteuning en netwerkvorming
- Toegang tot passende ondersteuning en zorg
- Mantelzorgondersteuning

1.3. Bed & Zorg Midden -Delfland

Deelnemers

- Gemeente Midden – Delfland
- Zorgkantoor en zorgverzekeraar DSW
- Zorgaanbieders: Pieter van Foreest, Careyn
- Welzijnsorganisatie: Stichting Welzijn Midden-Delfland
- Vrijwilligersinitiatief: Stichting Bed en Zorg
- Andere organisatie(s): Puur en (H)eerlijk, Huisartsen, Wonen Midden-Delfland

Doelstelling van het initiatief

Dit initiatief richt zich op het aanbieden van een tijdelijke verblijfsmogelijkheid met zorg voor mensen waarbij de zorg thuis tijdelijk niet of niet adequaat kan worden verleend. Dit kan situaties betreffen waarin een (kwetsbaar) alleenstaande naar verwachting tijdelijke zorg nodig heeft, of wanneer een partner niet in de zorgvraag kan voorzien. Een relatief eenvoudige aandoening kan bij ouderen leiden tot aanzienlijke verwardheid en ziekte. Daarnaast beoogt het initiatief respijtzorg te bieden, waardoor (dreigend) overbelaste mantelzorgers de gelegenheid krijgen om te rusten of op

vakantie te gaan. Ook wordt zorg geboden in de laatste levensfase wanneer dit in de thuissituatie niet langer passend is. Het doel is het bieden van een tijdelijke zorgplek die aanvoelt als een 'plek als thuis', dicht bij de eigen woonomgeving. Dit beoogt te voorkomen dat de cliënt zich vervreemd voelt en maakt het voor partners mogelijk om gemakkelijk op bezoek te komen zonder lange reistijden.

Doelgroep

De tijdelijke zorg is bedoeld voor iedereen die hiervoor geïndiceerd is, maar zal naar verwachting voornamelijk ouderen betreffen. Het kan hierbij gaan om zorg in de laatste levensfase, ouderen met een tijdelijk verhoogde zorgvraag omdat de thuissituatie hierin niet kan voorzien, en zeker ook om het ontlasten van mantelzorgers.

Werkwijze

Door korte communicatielijnen wordt de noodzakelijke professionele (thuis)zorg geboden in een warme en veilige omgeving dichtbij huis. Dit vindt plaats in een ruim drieluikappartement, gelegen in een complex dat

door de nabijheid van voorzieningen van alle gemakken is voorzien. De privacy van bezoekende naasten is gewaarborgd. Partners of andere naasten kunnen desgewenst ook overnachten, maaltijden worden

verzorgd en afleiding wordt naar wens aangeboden door familie en vrijwilligers. De locatie voorziet tevens in alarmering en nachtzorg.

2. Initiatieven met een combinatie van collectieve en individuele activiteiten in de woonomgeving

- Door de groeiende zorgvraag en het personeelstekort is een herziening van de huidige aanpak met betrekking tot de zorg voor zelfstandig wonende ouderen nodig. Daarom wordt er kritisch gekeken naar de aard van elke zorgvraag. Daarnaast is het relevant om te onderzoeken welke preventieve maatregelen ouderen zelf kunnen nemen om langer zelfredzaam of samen-redzaam te blijven.
- Naast individuele interventies kan collectieve preventie een rol spelen in het voorkomen van individuele zorgbehoeften en het voorkomen dat welzijnsvragen door zorg wordt opgelost.
- De gedeelde overeenkomst in onderstaande initiatieven is dat zij een koppeling leggen tussen verschillende interventies. Deze interventies zijn zowel individueel als collectief gericht, en sommige betrekken ook de woonomgeving bij de uitvoering van activiteiten. Allen zijn gericht op het vinden van een antwoord op het maatschappelijke vraagstuk om langer zelfstandig thuis te wonen.

2.1. Van ouderenzorg naar samen-zorg Amstelveen

Deelnemers

- Gemeente Amstelveen
- Zorgkantoor en zorgverzekeraar Zorg & Zekerheid
- Zorgaanbieder Stichting Brentano Amstelveen
- Welzijnsorganisatie Participe Amstelland
- Andere organisatie(s): Leyden Academy, Zonnehuisgroep, Amstelring,
- Eerstelijnszorg Amstelland (Huisartsencoöperatie Amstelland), Stadsdorp Elsrijk, Woonzorg Nederland, Mantelzorg & Meer

Doelstelling van het initiatief

Het initiatief beoogt ouderen te ondersteunen om zo lang mogelijk zelfstandig thuis te wonen door middel van collectieve preventie. De primaire focus ligt op het voorkomen, uitstellen of verminderen van Wlz-zorg en opname door de inzet van sociale netwerken rondom de zelfstandig wonende oudere. Daarnaast wordt geprobeerd de belasting van mantelzorgers te verminderen en de druk op de zorg te stabiliseren.

Doelgroep

Zelfstandig thuiswonende ouderen.

Werkwijze

- Het initiatief richt zich op het versterken van de veerkracht van zelfstandig thuiswonende ouderen in de wijken rondom de locaties van een zorgorganisatie (zelfstandig wonend, aanleunwoningen, omgeving) en de buurtcentra van een welzijnsorganisatie. Hierbij wordt aandacht besteed aan eenzaamheid, cognitieve taken, mantelzorg en mobiliteit.
- Er wordt ingezet op een viertal methodieken om de thuiswonende senior langer zelfstandig, vitaal en veerkrachtig thuis te laten wonen:
 - Ouderengroepen: Gebaseerd op een model waarin ouderen met elkaar in contact worden gebracht en elkaar ondersteunen.
 - Buurtnetwerk: Het opzetten van een netwerk met vrijwilligers, mantelzorgers en de zelfstandig wonende senior in een specifieke gemeente.
 - Wijkactiviteiten: Het organiseren en uitbreiden van wijkactiviteiten door samenwerking tussen zorg- en welzijnsorganisaties.
 - Dit initiatief maakt gebruik van wijkverpleegkundige Positieve Gezondheid. Dit is een samenwerking tussen een zorg- en een welzijnsorganisatie waarbij de wijkverpleegkundigen Positieve gezondheid wijkbewoners ondersteunen door te focussen op mogelijkheden en persoonlijke prioriteiten.

2.2. Lang Leven Thuisflats Amsterdam

Deelnemers

- Gemeente Amsterdam
- Zorgkantoor en zorgverzekeraar Zilveren Kruis
- Zorggroep Amsterdam Oost namens VVT-organisaties Amsterdam
- Combiwel namens de welzijnsorganisaties Amsterdam
- Amsterdamse Federatie Woningcorporaties
- Sigra Amsterdam

Doelstelling van het initiatief

- Inzet op preventie en versterken samenredzaamheid van kwetsbare bewoners
- Juiste zorg op de juiste plek door ondersteuning en zorg vanuit alle domeinen (bewoners, Wonen, Wmo Zvw, Wlz,) in samenhang en integraal aan te bieden.

Doelgroep

De primaire doelgroep van de 'Lang Leven Thuisflats' bestaat uit personen van 65 jaar en ouder met een lichte tot matige zorgvraag zonder Wlz-indicatie, en vitale inwoners van 55 jaar en ouder die graag een bijdrage willen leveren aan de gemeenschap.

Werkwijze

- Het initiatief beoogt de capaciteit van zogenaamde 'tussenvoorzieningen' te vergroten: woonsituaties waar ouderen in een cluster wonen in een omgeving die fysiek en sociaal ondersteunend is aan het ouder worden. Hierbij wordt gestreefd naar een efficiënte organisatie van zorg en een verschuiving van professionele zorg naar zelfzorg en informele zorg. Om dit te realiseren, worden de komende jaren seniorenflats in een stedelijke omgeving gecreëerd door:
- Exclusieve samenwerkingsverbanden en integrale samenwerking tussen een woningcorporatie, een zorgaanbieder en een welzijnsinstelling in en rondom een specifieke flat.
- De inzet van een 'Thuiscoach'.
- Gemeenschapsvorming en bewonersinitiatief ('in the lead').
- Een stadsbrede bestuurlijke samenwerkingsstructuur tussen gemeenten, woningcorporaties, zorg- en welzijnspartijen en bewonersvertegenwoordiging om systeemdoorbraken of aanpassingen te bewerkstelligen die het doel ondersteunen.
- Een training 'Samenzorg' voor samenwerkende partijen op de werkvloer.

2.3. Sociale Wijkstructuur Deventer

Deelnemers

- Gemeente Deventer
- Zorgkantoor en zorgverzekeraar Middel IJssel/ENO
- Zorgorganisatie Humanitas Deventer
- Welzijnsorganisatie Raster
- Vrijwilligersorganisatie De Buurtbrouwerij, Omnisport RDC
- Andere organisaties: Woonzorg Nederland, Ieder1, KonnecteD

Doelstelling van het initiatief

Het initiatief beoogt ouderen die thuis wonen te ondersteunen door middel van collectieve preventie in de vorm van het creëren van een sociale wijkstructuur en sociale cohesie in de buurt. Door collectieve preventie wordt individuele zorg mogelijk voorkomen. Het doel is om escalerende leefstijl- en gezondheidsproblemen tijdig te signaleren om zo Wlz zorg uit te stellen. Daarom wordt er ingezet op welzijn voor ouderen in de wijken rondom de locaties van twee organisaties. Eventuele

24-uurs zorg wordt verminderd naar zorg op geplande momenten die mogelijk vanuit de Zvw kunnen worden geregeld. Het initiatief wil tevens de verhuizing van cliënten naar verpleeghuizen voorkomen of uit te stellen.

Doelgroep

Zelfstandig thuiswonende senioren.

Werkwijze

De aanpak is collectief gericht, maar levert individueel positieve resultaten op. Er wordt ingezet op preventie. Hierbij wordt de focus verschoven van zorg naar welzijn. Dit omvat het versterken van het netwerk rondom de zelfstandig wonende ouderen in de omgeving van de genoemde locaties om zelf- en samenredzaamheid te bevorderen en sociale netwerken rondom de oudere te versterken. Er wordt ingezet op collectieve en individuele preventie, aansluitend bij de woonwensen van ouderen: veiligheid, ontmoetingen en voorzieningen. Zowel de 'Voorzorgcirkels' als de wijkactiviteiten en de rol van de 'community builder' dragen hieraan bij. Het initiatief

omvat een vijftal methoden om de thuiswonende oudere in de omgeving van de genoemde locaties langer zelfstandig, vitaal en veerkrachtig thuis te laten wonen:

1. Voorzorgcirkels
2. Straatassistenten

3. Bestaande wijkactiviteiten op de genoemde locaties
4. Intergenerationaliteit
5. Community builder

2.5. Gezond en wel thuis Schiedam

Deelnemers

- Gemeente Schiedam
- Zorgkantoor en zorgverzekeraar DSW
- Zorg en welzijn aanbieder Frankenlandgroep
- Andere organisatie(s) Woonplus Schiedam

Doelstelling van het initiatief

- Het initiatief beoogt bewoners domeinoverstijgend te ondersteunen zodat zij langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen.
- Het doel is eenzaamheid tegen te gaan en de zelfredzaamheid te vergroten door gemeenschapsvorming en het bevorderen van onderlinge hulp tussen bewoners.
- Er wordt gestreefd naar een efficiëntere zorgverlening door te werken met preferente zorgaanbieders per wooncomplex.
- Een ander beoogd effect is het verhogen van het werkplezier bij medewerkers door meer variatie in werkzaamheden en meer tijd voor de individuele bewoner.

Doelgroep

Thuiswonende kwetsbare ouderen. Dit betreft ouderen die naast fysieke beperkingen vaak ook te maken hebben met eenzaamheid en verminderde zelfredzaamheid.

Werkwijze

In dit initiatief wordt gezocht naar een combinatie van preventie, welzijn, gemeenschapsopbouw, de inzet van (technologische) innovaties en een efficiënte inzet van (zorg)personeel in een geclusterde woonomgeving met een centrale ontmoetingsruimte. Het doel is ouderen te faciliteren in het ervaren van een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven met een goed functionerend sociaal netwerk en een gezonde levensstijl, terwijl het zorg- en ondersteuningspersoneel zo efficiënt mogelijk kan worden ingezet. Hierdoor kunnen hulpvragen zo veel mogelijk binnen het eigen netwerk worden opgelost. Indien aanvullende ondersteuning nodig is, kan formele ondersteuning en zorg worden geboden. De inzet van (ouderen)vrijwilligers en samenwerking met welzijnsorganisaties in de stad vormen een integraal onderdeel van de aanpak.

2.6. Indicatieloze dagbesteding Roosendaal

Deelnemers

- Gemeente Roosendaal
- Zorgkantoor en zorgverzekeraar CZ
- Zorgaanbieders TWB, Thuiszorg West-Brabant
- Welzijnsorganisatie: WijZijn
- Andere organisatie(s): MEE, Cultuur Compaan, SSNB

Doelstelling van het initiatief

Het initiatief “indicatieloze dagbeleving” is gericht op:

- Het faciliteren van ouderen om zo lang mogelijk in hun eigen omgeving actief te blijven, deel te nemen aan de maatschappij, sociale contacten te onderhouden en aan te gaan met andere ouderen en wijkbewoners, in een zo goed mogelijke gezondheid door snel te reageren op (dreigende) kwetsbaarheid.
- Het bieden van ontspanning en ontlasting aan mantelzorgers (op dezelfde locatie), waardoor zij hun sociale netwerk actief kunnen houden.
- Het creëren van mogelijkheden voor wijkbewoners, vaak actievare ouderen, om als vrijwilliger dagstructuur, zingeving en voldoening te ervaren.

- Het verbinden van informele en formele ondersteuning en zorg op één laagdrempelige locatie in de wijk die toegankelijk is voor alle wijkbewoners.
- Door deze laagdrempelige ontmoeting in en met de wijk wordt beoogd: de afhankelijkheid van en behoefte aan professionele ondersteuning en zorg bij (kwetsbare) thuiswonende ouderen te verminderen. Ook wordt de noodzaak tot opschaling naar duurdere zorg te verlaagd doordat signalen van kwetsbaarheid snel, laagdrempelig en adequaat worden herkend en opgevolgd. Het stelt mantelzorgers in staat de ondersteuning van hun naaste langer vol te houden. Daarnaast ontlast het professionals in het sociaal en zorgdomein door de inzet van het informele netwerk in de wijk, wat kan leiden tot een effectievere inzet (minder uren per cliënt, meer cliënten per fte).
- Door indicatieloze dagbesteding wordt beoogd de maatschappelijke kosten te verlagen door: het uitstellen van Wlz-indicaties, zowel intramuraal (ZZP) als extramuraal (VPT). Naast een vermindering van Wlz-zorgkosten wordt ook een vermindering van de kosten Wmo verwacht door een afname van het aantal indicaties voor dagbesteding voor de deelnemende inwoners en een daling van de vervoerskosten voor deze inwoners.

Doelgroep

Thuiswonende ouderen met verminderde zelfredzaamheid of eenzaamheid ervaren of beginnende

dementie. Zij hebben een indicatie voor dagbesteding (Wmo) of huishoudelijke ondersteuning (Wmo) of een indicatie voor wijkverpleging (Zvw). Tevens de mantelzorgers van deze thuiswonende ouderen.

Werkwijze

- Het initiatief omvat het inrichten van vrij toegankelijke voorzieningen voor 'indicatieloze dagbesteding' in de wijk voor kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers, waar zij elkaar kunnen ontmoeten en een prettige dag kunnen beleven. Dit zijn fysieke locaties die uitnodigen tot aanwezigheid en waar bezoekers invloed hebben op de activiteiten, in een open verbinding met de wijk en de wijkbewoners.
- Deze locaties dienen tevens als centraal punt voor de gebiedsnetwerken, waaronder de sociale wijkteams en hun netwerkpartners zoals wijkverpleging.
- In samenwerking met vrijwilligers uit de wijk en externe partners voor cliëntondersteuning, bewegingsactiviteiten en andere activiteiten, geven sociaal werkers en medewerkers (dag)begeleiding vorm aan de dagbesteding.
- Een uniek aspect is de structurele aanwezigheid van wijkverpleging op de indicatieloze dagbesteding, in verbinding met het sociaal werk. Mantelzorgers zijn eveneens welkom voor ontspannende activiteiten, contact met lotgenoten en mantelzorgondersteuning.

2.7. Sterk met je netwerk Lelystad

Deelnemers

- Gemeente Lelystad
- Zorgkantoor en zorgverzekeraar Zilveren Kruis
- Zorgaanbieders:
- Woonzorg Flevoland
- Stichting Coloriet
- Welzijnsorganisatie Welzijn Lelystad
- Andere organisatie(s) Woningcorporatie Centrada

Doelstelling van het initiatief

Dit initiatief richt zich op het steunnetwerk van en rondom ouderen.

Doelgroep

Het initiatief is gericht op ouderen zonder Wlz-indicatie.

Werkwijze

Door middel van zes deelprojecten wordt voornamelijk het informele deel van het steunnetwerk onderzocht, zowel op individueel als collectief niveau. Om een passende koppeling met de formele zorg te realiseren, wordt tevens extra aandacht besteed aan de professionele samenwerking in directe relatie tot de individuele cliënt.

- Deelproject 1: Versterking van het eigen netwerk. Netwerkcoaching is gericht op het in kaart brengen, vergroten en activeren van het sociale netwerk van de hulpvrager en de mantelzorg.
- Deelproject 2: Voorzorgcirkels. Er worden drie mogelijke routes gevolgd voor de ontwikkeling van een zorgcirkel: via indicatiestelling thuiszorg, bij huurappartementen van de woningcorporatie en in wijken en dorpen.

- Deelproject 3: Goede buren. Dit project onderzoekt de mogelijkheden voor wederzijdse hulp tussen buren, ook wanneer zij zelf ouder zijn of beperkingen ervaren.
- Deelproject 4: Ontmoeten in de wijk. De samenwerkende partijen organiseren gezamenlijk wijkactiviteiten.
- Deelproject 5: Dementievriendelijke straat-wijk-stad. Dit project richt zich op voorlichting en educatie over (chronische) aandoeningen zoals dementie, in wijken met een hoge concentratie ouderen.
- Deelproject 6: Samen thuis. Dit deelproject beoogt een krachtige samenwerking tussen professionals binnen welzijn en zorg, waarbij professionals gezamenlijk optrekken in individuele trajecten met bewoners die hulp vragen.

2.8. Samen sterker thuis Oude IJsselstreek

Deelnemers

- Gemeente Oude IJsselstreek
- Zorgkantoor en zorgverzekeraar Menzis
- Zorgaanbieders Azora, Sensire
- Welzijnsorganisatie Sociaal Werk Oude IJsselstreek

Doelstelling van het initiatief

Het initiatief beoogt normalisering in plaats van medicalisering te bevorderen door het sociale domein(welzijn) een leidende rol te geven ten opzichte van reguliere zorg. Dit is gericht op het voorkomen van oneigenlijke Wlz-zorgvragen of het dempen van de instroom hiervan. Daarnaast wordt beoogd een werkwijze te ontwikkelen waarbij zowel de inwoner als de professional niet belast wordt door de complexiteit van verschillende wetgevingen (Wlz, Zvw en Wmo) en hun financieringsstromen. Het initiatief wil een nieuwe manier van werken introduceren waarbij de professional in staat wordt gesteld (gemandateerd) om als arrangeur daadwerkelijk te handelen naar behoefte en zo tot andere oplossingsrichtingen te komen in samenwerking met de inwoner en diens omgeving.

Doelgroep

Het initiatief richt zich op inwoners van 65 jaar en ouder die thuis wonen. De focus ligt op inwoners die nog geen hulpvraag hebben, maar wel een verhoogd risico lopen om in de nabije toekomst een hulpvraag te ontwikkelen. Hierbij kunnen diverse problematieken een rol spelen, zoals psychogeriatrische, lichamelijke en/of psychische beperkingen, mobiliteitsproblemen, eenzaamheid, verminderde zelfredzaamheid en participatie en cognitieve problemen.

Werkwijze

Het initiatief geeft uitvoering aan het domeinoverstijgend organiseren van het principe: 'Ondersteun inwoners zodat zij zichzelf kunnen helpen en van betekenis kunnen zijn voor elkaar'.

- Professionals (Wmo-consulenten en wijkverpleegkundigen) vormen een gezamenlijk team waarin de individuele rollen niet expliciet zichtbaar zijn voor zowel de professionals onderling als de inwoner, maar wel de specifieke deskundigheid die elke medewerker inbrengt. Samen met de coördinator wordt een proces gestart waarin het aanpassingsvermogen en de eigen kracht van de inwoner prioriteit krijgen boven het direct faciliteren van de hulpvraag.
- De professional richt zich primair op het vergroten van de zelfredzaamheid van mensen met een ondersteuningsvraag die 65 jaar of ouder zijn. In een intensief traject, dat start met een gezamenlijke intake door Wmo-consulenten en wijkverpleegkundigen, werken de professionals samen met de inwoner aan het vergroten van de zelfredzaamheid, volgens het principe van reablement.
- Eén van de betrokken professionals bij de intake wordt casemanager. Door middel van een integrale ondersteuningsstructuur en een planmatige aanpak (inventarisatie, observatie, doelstelling, werkplan, begeleiding, evaluatie en borging) worden vaardigheden ontwikkeld die gericht zijn op het vergroten van de onafhankelijkheid van zorg en het herwinnen van zoveel mogelijk zelfstandigheid. Dit wordt bereikt door de inzet van ergotherapeuten, fysiotherapeuten, hulpmiddelen, zorgtechnologie en het sociale netwerk om mogelijkheden te onderzoeken die de inwoner ondersteunen bij het zo zelfstandig mogelijk wonen. Deze middelen worden prioritair ingezet boven geïndiceerde ondersteuning en zorg.

2.9. Mariënveld Oost Gelre

Deelnemers

- Gemeente Oost Gelre
- Zorgkantoor en zorgverzekeraar Menzis
- Welzijnsorganisatie Vereniging Zorgcorporatie Mariënveld
- Vrijwilligersinitiatief Deelnemers BMV Mariënveld

Doelstelling van het initiatief

Het doel van de Zorgcorporatie is om mensen zo lang mogelijk, zo zelfstandig en prettig mogelijk in hun eigen omgeving te laten wonen, leven en werken.

Doelgroep

De Zorgcorporatie richt zich op alle inwoners van een specifieke gemeenschap, wat betekent dat er onder andere ondersteuning wordt geboden aan jeugd, jongvolwassenen, volwassenen, senioren en nieuwe inwoners. De problematiek die voorkomt, speelt op alle levensgebieden van de inwoners, zoals psychosociaal, psychiatrische klachten, cognitief functioneren, lichamelijke beperkingen, verstandelijke beperkingen, neurologische aandoeningen, participatie, schuldhulpverlening, gezinsondersteuning en zorg & veiligheid. Voor dit initiatief ligt de voornaamste focus bij kwetsbare ouderen.

Werkwijze

In plaats van een individualistische benadering is er door de inwoners gekozen om de verantwoordelijkheid

gezamenlijk op te pakken en wonen, welzijn en zorg zelf vorm te geven. De Zorgcorporatie streeft naar het behoud van voorzieningen binnen de gemeenschap, vanuit de zelfwerkzaamheid en talenten van de inwoners. De Zorgcorporatie organiseert voorzieningen voor alle inwoners, met waar nodig specifiek aanbod. Concreet gaat dat om de volgende inzet:

- Extra zorgcoördinatie rond specifieke casuïstiek, tenzij medische of andere complexiteit een andere aanpak noodzakelijk maakt.
- Onderzoek naar en afstemming van de regiefunctie van diverse disciplines ten opzichte van de beste ondersteuning voor de inwoners.
- Verbreding en versterking van de samenwerking met financiers.
- Empowerment en versterking van de positie van de inwoner als integraal onderdeel van de ondersteuning vanuit het dorp, onder andere door deze te betrekken via talentidentificatie.
- Inzet van faciliteiten die de zelfredzaamheid en belastbaarheid van inwoners en mantelzorgers ondersteunen.
- Meer afstemming en verbinding met verenigingen, andere professionals en andere initiatieven.
- Opstarten en faciliteren van projectmatige initiatieven die belangrijk zijn voor de gemeenschap en de inwoners, en die later integraal onderdeel van de ondersteuning worden.

2.10. Een sterke gemeenschap voorkomt Wlz zorg Utrecht

Deelnemers

- Gemeente Utrecht
- Zorgkantoor en zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid
- Welzijnsorganisatie DOCK
- Andere organisatie(s) De Stuw (koepel Wooncorporaties)

Doelstelling van het initiatief

Een sterke gemeenschap wordt gezien als cruciaal voor het voorkomen van terugval in dakloosheid (preventie), het bevorderen van positieve ontwikkeling (en daarmee optimale benutting van bestaande basiszorg en sociale infrastructuur in de wijk) en de ontwikkeling van 'collectief

tenzij' binnen een specifiek kader voor begeleiding en beschermd wonen. Het structureel en stedelijk borgen van gemeenschapsvorming in de toekomst wordt gezien als onderdeel van de noodzakelijke transformatie. Dit kan bijdragen aan het uitstellen of verminderen van de behoefte aan Wlz-zorg bij kwetsbare inwoners, zodat zij zo lang mogelijk met kwaliteit van leven thuis, samen met anderen in de gemeenschap kunnen blijven wonen. In complexen met gemengde bewoning, waar naast reguliere bewoners ook kwetsbare bewoners met zorg wonen, is mogelijk extra aandacht nodig om de basis voor goed en prettig samenleven te creëren. Dit begint met sociaal beheer (woningbouwcorporatie) en samenwerking tussen sociaal beheerder en zorgpartijen om te zorgen dat bewoners met een zorgbehoefte goed integreren, zich gezien voelen en in contact komen met andere bewoners.

Doelgroep

Een professional richt zich op alle bewoners (ondersteunend en ondersteuning nodig hebbend) en werkt samen met sociaal beheerder en betrokken zorgpartijen (Wmo en Wlz) om bewoners met elkaar in contact te brengen en gemeenschapszin op te bouwen in complexen waar dit niet vanzelfsprekend is. Het betreft inwoners die (nog) geen Wlz-zorg ontvangen, voornamelijk Wmo-cliënten (met name GGZ en ouderen) en een deel (verlengde) Jeugdwet.

Werkwijze

In complexen met gemengde bewoning, waar naast reguliere bewoners ook kwetsbare bewoners met zorg wonen, is mogelijk extra inzet nodig om de basis voor goed en prettig samenleven te leggen. Dit begint met sociaal beheer (woningbouwcorporatie) en samenwerking tussen sociaal beheerder en zorgpartijen om te zorgen

dat bewoners met een zorgbehoefte goed integreren, zich gezien voelen en in contact komen met andere bewoners. Omdat dit vaak niet voldoende is om in een gemengd wonen complex een gemeenschap op te bouwen of te versterken, wordt overwogen om bij de start (of bij problemen in bestaande complexen) een professional in te zetten die zich richt op de gemeenschapsvorming in het gehele complex: een 'community builder'. Zonder deze inzet kunnen bewoners mogelijk meer overlastgevend en zorgmijdend gedrag vertonen, wat kan leiden tot sociale onrust. Het risico op terugval in oude problematiek kan toenemen als er onvoldoende aandacht is voor gemeenschapsvorming. Dit kan de leefbaarheid van wijken en het draagvlak voor de huisvesting van bepaalde doelgroepen in de wijk beïnvloeden. In de interactie met buurtgenoten kunnen escalaties optreden, wat kan leiden tot meer crisismaatregelen en extra zorgkosten.

3. Arrangeurs

Bij interventies met een arrangeur staat de zorg-vraag van de kwetsbare inwoner centraal in plaats van de gestandaardiseerde, formele zorg- en ondersteunings-oplossing. Hierdoor ontstaat er ruimte om voor minder gangbare oplossingen te kiezen die beter aansluiten bij individuele leven en behoefte van de kwetsbare inwoner. Deze interventie is gericht op wat nodig is om zo lang mogelijk zelfstandig thuis te wonen in de eigen leef en woonomgeving.

De interventies met een arrangeur kunnen (grotendeels) in de volgende categorieën worden ingedeeld:

- **Inzet van arrangeurs:** De focus ligt hier op de rol van de arrangeur en het bevorderen van domeinoverstijgend werken bij professionals.
- **Inzet van arrangeurs en burgerinitiatief:** Er wordt een koppeling gemaakt met de inzet van initiatieven vanuit de gemeenschap.
- **Community Care:** Naast de inzet van een arrangeur (leefcoach) is de betrokkenheid van het sociale netwerk een belangrijk aspect van de interventie.
- **Sociaal arrangeren:** De nadruk ligt hier op de verbinding tussen het medische en het sociale domein.

3.1. Inzet arrangeurs Barneveld

Deelnemers

- Gemeente Barneveld
- Zorgkantoor Menzis en zorgverzekeraar Menzis/Zilverenkruis
- Zorgaanbieder Keten Dementie
- Andere organisatie(s): Gezondheidshuis Barneveld

Doelstelling van het initiatief

Het doel van dit initiatief is het ontwikkelen van een verbeterde aanpak voor de toegang tot welzijn, ondersteuning en zorg, en het optimaliseren van de samenwerking tussen professionals. Het streven is om de dienstverlening beter af te stemmen op de individuele behoeften, waardoor mensen langer in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen en intensieve zorg (Wlz) mogelijk kan worden voorkomen.

Doelgroep

Kwetsbare inwoners van een specifieke gemeente van 55 jaar en ouder, waarbij het langer zelfstandig thuis wonen wordt gestimuleerd en er nog geen sprake is van Wlz-zorg.

Werkwijze

Door samenwerking tussen verschillende domeinen kan een integrale aanpak worden ontwikkeld. Een integrale aanpak kan leiden tot effectievere oplossingen en een

geoptimaliseerde inzet van middelen, wat mogelijk kan resulteren in kostenbesparingen. Dit wordt onder andere gerealiseerd door de inzet van arrangeurs. In hun rol hebben deze professionals de mogelijkheid om zorg- en welzijnsaanbod over verschillende domeinen heen te organiseren in samenspraak met de inwoner en diens sociale netwerk. De arrangeur draagt bij aan het vereenvoudigen van de toegang tot welzijn, ondersteuning en zorg. De arrangeur coördineert het proces rondom toegang tot ondersteuning en zorg, zoals het voeren van gesprekken en het opstellen van verslagen. De arrangeur onderzoekt in eerste instantie of voorliggende voorzieningen een oplossing kunnen bieden voor de hulpvraag. Indien dit niet het geval is en een indicatie noodzakelijk is, stelt de arrangeur het indicatieverslag op. De aanpak in dit initiatief is gericht op het verbeteren van de toegang tot ondersteuning voor inwoners. Dit wordt beoogd door:

- Het uitbreiden van de samenwerking met casemanagers dementie.
- Het onderzoeken van de mogelijkheden voor een integrale samenwerking met bijvoorbeeld thuiszorgorganisaties, revalidatiecentra, geriatrieverpleegkundigen en ouderenadviseurs.
- Het trainen van de arrangeurs in gespreksvoering en het verstrekken van de benodigde informatie.
- Het geleidelijk uitbreiden van de werkwijze van de arrangeurs naar de verschillende betrokken partijen.

3.2. Inzet arrangeurs Ede

Deelnemers

- Gemeente Ede
- Zorgkantoor en zorgverzekeraar Menzis
- Zorgaanbieder Opella

Doelstelling van het initiatief

Het initiatief beoogt de ondersteuning en zorg aan inwoners te verbeteren met als doel langer en prettiger thuis te blijven wonen en de behoefte aan Wlz-zorg uit te stellen of te verminderen.

Een centraal aanspreekpunt voor de cliënt en diens sociale netwerk wordt beoogd voor ondersteuning en zorg vanuit verschillende domeinen. De inzet van een arrangeur als centrale contactpersoon voor de cliënt, de naaste(n) en de zorgaanbieder(s) is bedoeld om samenwerking te bevorderen, zodat de cliënt zo lang mogelijk thuis kan blijven wonen met een hoge kwaliteit van leven. Een ander doel is het verhogen van het werkplezier voor medewerkers bij zorgaanbieders. Daarnaast wordt gestreefd naar een verbeterde samenwerking tussen de gemeente en zorgaanbieders. Het initiatief wil ervaring opdoen met een specifieke werkwijze ter voorbereiding op toekomstige wetgeving.

Doelgroep

De primaire doelgroep voor dit project bestaat uit kwetsbare ouderen (65+) met cognitieve problematiek en verminderde zelfredzaamheid, voor wie arrangeurs ook ondersteuning vanuit de Wmo kunnen inzetten. Het betreft cliënten die nog niet in aanmerking komen voor een aanvraag vanuit de Wlz. In de toekomst wordt overwogen de doelgroep uit te breiden met ouderen (65+) die kwetsbaarheid ervaren (op basis van een specifieke score) en/of cognitieve, somatische of psychische aandoening hebben. Deze uitbreiding wordt gezien als een toevoeging aan de oorspronkelijke doelgroep van een eerdere pilot. Om deze uitbreiding te realiseren, worden mogelijk aanvullende middelen aangevraagd om de benodigde ondersteuning als gemeente te financieren.

Werkwijze

- Zowel in het fysieke als sociale domein is het beleidsuitgangspunt dat mensen zo lang mogelijk (zelfstandig) thuis moeten kunnen wonen. Om dit te bereiken, is adequate en integrale ondersteuning van belang. Momenteel wordt gewerkt met arrangeurs die cliënten ondersteunen door domeinoverstijgend

(Wmo, Zvw en Wlz) samen te werken met alle verschillende betrokken partijen. Hierdoor ontvangen cliënten mogelijk sneller de benodigde ondersteuning en zorg, waardoor zij langer thuis kunnen blijven wonen.

- Het verbeteren van ondersteuning en zorg aan inwoners met als doel langer en prettiger thuis te blijven wonen en de behoefte aan Wlz-zorg uit te stellen of te verminderen wordt nagestreefd door de inzet van een arrangeur. Deze professional van een zorgorganisatie komt in contact met een cliënt die een zorgvraag lijkt te hebben en staat in directe verbinding met zowel het formele als het informele (sociale) netwerk van de cliënt. De arrangeur stelt samen met de cliënt een plan op waarbij zorginstellingen worden betrokken die de cliënt in de thuissituatie kunnen ondersteunen. Daarnaast wordt samen met de cliënt en diens sociale netwerk onderzocht in hoeverre het informele netwerk ondersteuning kan bieden. Deze maatregelen kunnen ertoe bijdragen dat de cliënt langer thuis kan blijven wonen, waarbij Wlz-zorg mogelijk wordt uitgesteld of verminderd.
- Een centraal aanspreekpunt voor cliënt en diens sociale netwerk met betrekking tot ondersteuning en zorg vanuit verschillende domeinen wordt gerealiseerd door de inzet van een arrangeur. Deze fungeert als centrale contactpersoon voor de cliënt, het sociale netwerk en de zorgaanbieder(s), waardoor deze partijen samenwerken om de cliënt zo lang mogelijk thuis te laten wonen met een hoge kwaliteit van leven. Dit kan ertoe leiden dat de cliënt en sociale netwerk zich ontlast voelen in de verwachting dat de arrangeur de benodigde ondersteuning en zorg regelt. Daarnaast wordt het hebben van één aanspreekpunt als prettig en overzichtelijk ervaren. De arrangeur voert bovendien het gesprek mét de inwoner en niet over de inwoner, waardoor deze zelf de regie kan behouden. Deze werkwijze kan een beter beeld van de wensen en behoeften van de cliënt opleveren.
- Een toename van het werkplezier voor medewerkers bij zorgaanbieders wordt mogelijk door deze aanpak. Zij ervaren hierdoor een beter beeld van de inwoner, waardoor zij beter kunnen inspelen op wensen en behoeften en meer zicht hebben op toekomstige risico's. Bovendien kan deze werkwijze de samenwerking tussen alle betrokken partijen verbeteren, waardoor de ondersteuning en zorg beter op elkaar worden afgestemd.
- Een verbeterde samenwerking tussen gemeente en zorgaanbieders wordt beoogd door de werkwijze van één contactpersoon per cliënt, wat kan leiden

tot overzichtelijkere communicatie en een betere afstemming van ondersteuning en zorg.

- Het vergroten van het aantal in te zetten arrangeurs door meer zorginstellingen te betrekken wordt

overwogen om ervoor te zorgen dat elke geïnccludeerde cliënt een passende arrangeur toegewezen krijgt.

3.3. Inzet arrangeurs en burgerinitiatief Horst aan de Maas

Deelnemers

- Gemeente Horst aan de Maas
- Zorgkantoor en zorgverzekeraar VGZ
- Zorgaanbieders: De Zorggroep (V), PSW (VG), Vincent van Gogh (GGZ), La Providence
- Welzijnsorganisatie: Synthese
- Vrijwilligersinitiatief: Dorpsondersteuners, Noaberschap punten
- Andere organisatie(s): Wonen Limburg (woningcorporatie) Woonwenz (woningcorporatie)

Doelstelling van het initiatief

Het centrale doel is om (kwetsbare) inwoners zo lang als mogelijk thuis of dicht bij huis (in hun vertrouwde omgeving) te laten wonen. Hiermee wordt de (intramurale) Wlz-zorg uitgesteld, verminderd of zelfs voorkomen. Om dit te bereiken is samenwerking nodig binnen het veld van informele hulp, welzijn, ondersteuning en zorg. Andere maatschappelijke effecten die beoogd worden zijn:

- Voor de inwoner (en diens sociale netwerk): behoud van kwaliteit van leven en zelfregie.
- Voor de inwoner die terugkeert uit een intramurale setting (inclusief jeugdigen en adolescenten): hernieuwd sociaal contact en participatie.
- Voor gemeenschappen: stimulering van zelforganisatie, vitale kernen en meer bewustwording over langer thuis wonen.

- Voor vrijwilligers en professionals: een gebiedsgerichte aanwezigheidsbenadering, over verschillende domeinen heen, wat kan leiden tot meer regelruimte en werkplezier.
- Voor zorgaanbieders: een doelmatigere inzet van personeel en behoud van medewerkers (door hogere tevredenheid).
- Voor woningcorporaties: passende en doelgroepgerichte toewijzing van schaarse woningen en aandacht voor mobiliteit.

Doelgroep

Het initiatief betreft de financieringsstromen van de Jeugdwet, WMO, Zvw en Wlz, en richt zich op de segmenten/doelgroepen VVT, VG en GGZ van alle leeftijden.

Werkwijze

- Gebiedsgericht werken (pilot in een dorp of wijk).
- Tijdige signalering in een gebiedsnetwerk vanuit de caseload van welzijn, WMO, ZVW en Wlz.
- Een brede netwerk (multidisciplinaire) intake door een centrale persoon.
- Het opstellen, realiseren en monitoren van een passend arrangement over de zorgsectoren en financieringsstromen heen.
- De informele zorg/gemeenschap speelt een leidende rol in deze aanpak (stimuleren van bewustwording en uitgaan van het tempo van de gemeenschap).

3.4. Inzet arrangeurs en burgerinitiatief Groningen

Deelnemers

- Gemeenten: Westerkwartier, Groningen, Midden-Groningen, Eemsdelta, Oldambt
- Zorgkantoor en zorgverzekeraar: Menzis
- Zorgorganisatie NNZC
- Vrijwilligersorganisatie: Groningerdorpen

3.5. Inzet arrangeurs en burgerinitiatief Drenthe

Deelnemers

- Gemeenten: De Wolden, Meppel, Westerveld, Coevorden, Aa en Hunze
- Zorgkantoor en zorgverzekeraar Zilveren Kruis
- Zorgaanbieder NNZC, namens de gezamenlijke v.v.t. organisaties.
- Vrijwilligersorganisaties: burgerkracht initiatieven per dorp.

3.6. Inzet arrangeurs en burgerinitiatief Hoogeveen

Deelnemers

- Gemeente Hoogeveen
- Zorgkantoor en zorgverzekeraar Zilveren Kruis
- Zorgaanbieder: NNZC, namens de gezamenlijke v.v.t. organisaties

De inzet van arrangeurs en burgerinitiatief hebben overeenkomstige doelstelling, doelgroep, werkwijze en hypothese.

Doelstelling van de initiatieven

Door het inzetten van en samenwerken met initiatieven vanuit de gemeenschap, wordt beoogd informele en formele hulp in hoge mate aanvullend te maken, waardoor de behoefte aan Wlz-zorg mogelijk wordt uitgesteld of soms voorkomen. Door de wederkerigheid kan de inwoner meer zingeving ervaren en de sociale betrokkenheid toenemen, wat mogelijk leidt tot een afname of voorkoming van de vraag naar formele zorg. De beperkte beschikbaarheid van formele zorg kan efficiënt worden gecombineerd met informele zorg. Met name in gebieden met grotere reisafstanden kan dit ervoor zorgen dat de inwoner langer in de eigen

sociale omgeving kan blijven wonen waar informele hulp beschikbaar is. Tevens kan deze aanpak bijdragen aan de versterking van de sociale cohesie en leefbaarheid in dorpen. Wederkerigheid in het geven en ontvangen van hulp kan bijdragen aan het ervaren van zingeving binnen en tussen generaties. Ten slotte kan de mantelzorger ervaren dat er meer steun is doordat informele hulp wordt gemobiliseerd en vanzelfsprekender wordt.

Het organiseren van zorg vanuit één integraal perspectief van de inwoner, en niet vanuit de perspectieven van de verschillende financieringsdomeinen, waarbij ook de persoonlijke levenssfeer van de inwoner wordt betrokken, kan bijdragen aan een beter antwoord op de behoefte van de (kwetsbare) thuiswonende inwoner. De hulpvraag kan waar mogelijk worden opgelost door de lokale gemeenschap of wijk zelf. Hierdoor kan de inwoner mogelijk langer zelfstandig thuis blijven wonen, waardoor professionele zorg wordt voorkomen of verminderd. Ook kan een opname in een verpleeghuis of andere instelling of crisisopname worden voorkomen of uitgesteld (uitstel Wlz-indicatie). Dit kan de kwaliteit van leven van de inwoner verhogen tegen mogelijk lagere maatschappelijke kosten, onder andere door langer deel uit te maken van de gemeenschap. De ondersteuning en zorg voor de inwoner wordt verbeterd en meer in lijn met de persoonlijke wensen. De ondersteuning en zorg is waar mogelijk tijden of tegen lagere kosten (waarbij kaders en rechtmatigheidseisen vanuit financieringsstromen gehandhaafd blijven). De mate van participatiegraad, gemeenschapszin, zelforganiserend vermogen van een wijk- of dorpsgemeenschap en wederkerigheid kan toenemen.

Doelgroep

Alle inwoners van 18 jaar en ouder in de deelnemende gemeenten (en de aangewezen gebieden). Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt naar sector of wetgeving. Wel ligt de nadruk op de doelgroep kwetsbare ouderen en de personen in hun directe omgeving.

Werkwijze

Om de doelstelling te bereiken, wordt geëxperimenteerd met aanvullende elementen:

Inzet informele zorg:

- Elke hulpvraag wordt beoordeeld vanuit het perspectief van de inzet van informele zorg.
- De inzet van vrijwilligers of medebewoners wordt georganiseerd.

- Inwoners met een hulpvraag worden uitgenodigd om (indien mogelijk) zich in te zetten voor andere inwoners. Wederkerigheid en gelijkwaardigheid zijn belangrijke thema's.

Relatie inwoner-arrangeur:

- Deelnemers aan het initiatief worden gekoppeld aan een arrangeur die optreedt als vaste partner en aanspreekpunt. De arrangeur is verantwoordelijk voor het opstellen en beheren van een integraal ondersteuningsplan van de cliënt en diens sociale

netwerk. De arrangeur kan zowel zorgverlener als coördinator van de inzet van anderen zijn. Een arrangeur wordt overwegend ingezet wanneer ook professionals diensten verlenen.

Relatie gemeentelijk domein – zorgverzekeringswet en Wlz:

- Om de zorg en coördinatie integraal te organiseren, krijgt de arrangeur de mogelijkheid om zorg toe te wijzen vanuit het gemeentelijk domein (Wmo), vanuit het domein van de zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wlz.

3.7. Community Care Dongen

Deelnemers

- Gemeente Dongen
- Zorgkantoor en zorgverzekeraar VGZ
- Zorgaanbieder Stichting Maria-oord

3.8. Community Care Oosterhout en Etten-Leur

Deelnemers

- Gemeente Etten-Leur
- Gemeente Oosterhout
- Zorgkantoor en zorgverzekeraar CZ
- Zorgaanbieders: Avoord, Surplus Zorg, Thebe, ActiefZorg, MIJZO, Crataegus woonzorg
- Welzijnsorganisatie: Surplus Welzijn (voor informele zorg, mantelzorgondersteuning en welzijnsactiviteiten)

3.9. Community Care Waalwijk en Loon op Zand

Deelnemers

- Gemeenten: Loon op Zand (Kaatsheuvel) en Waalwijk (Waspik)
- Zorgkantoor en zorgverzekeraar: VGZ
- Zorgaanbieders: Mijzo, Zorggroep Elde Maasduinen (ZGEM), Actief Zorg

3.10. Community Care Tilburg

Deelnemers

- Gemeente Tilburg

- Zorgkantoor en zorgverzekeraar VGZ
- Zorgaanbieder Thebe
- Welzijnsorganisatie ContourdeTwern
- Andere organisatie(s) Avans Hogeschool

De Community Care initiatieven hebben overeenkomstige doelstelling, doelgroep, werkwijze en hypothese.

Doelstelling van de initiatieven

- Het doel is het organiseren van ondersteuning en zorg op een andere wijze, niet vanuit de structuur van verschillende wetten (Wmo, Zvw, Wlz), maar vanuit het perspectief van de inwoners/cliënten en hun behoeften om zo lang mogelijk zelfstandig deel te nemen aan de samenleving en thuis te kunnen blijven wonen. De verbinding tussen informele zorg (inwoners onderling, sociale omgeving) en formele zorg (professionals) wordt gezien als een essentieel onderdeel van een gemeenschapsgerichte zorgaanpak, wat zich vertaalt naar de volgende kerndoelen:
- Het organiseren van ondersteuning en zorg vanuit één integraal (domeinoverstijgend) perspectief, waarbij ook de persoonlijke levenssfeer van de inwoner en de lokale gemeenschap worden betrokken, kan bijdragen aan een beter antwoord op de vraag van de kwetsbare thuiswonende inwoner en diens omgeving.
- De kwetsbare inwoner kan hierdoor mogelijk zo lang mogelijk met een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven zelfstandig thuis (in de eigen leefomgeving) blijven wonen, wat tevens een gunstig effect kan hebben op de directe naasten en de leefbaarheid van de lokale gemeenschap. Langer thuis blijven wonen kan opname in een verpleeghuis (Wlz) of crisisopname uitstellen of voorkomen.
- Het verhogen van de kwaliteit van leven van de inwoner tegen mogelijk lagere maatschappelijke

kosten, waarbij sociale ondersteuning in eerste instantie dominant is, gevolgd door en naast professionele ondersteuning en zorg.

- Door de koppeling met informele ondersteuning en zorg als primair ten opzichte van formele (professionele) ondersteuning en zorg, kan mogelijk minder beroep worden gedaan op professionals, wat de druk op de arbeidsmarkt kan verlichten.

Doelgroep

De doelgroep van alle initiatieven betreft kwetsbare ouderen die nog geen Wlz-zorg (verpleeghuiszorg) ontvangen.

Een specifiek initiatief richt de focus zich op mensen met psychogeriatrische klachten, eventueel in combinatie met lichamelijke, psychische en cognitieve problematiek, mobiliteitsbeperkingen en problemen in het sociale netwerk. Andere initiatieven beschrijven de doelgroep als volgt:

- Thuiswonend
- Waarbij sprake is van een (professionele) hulpvraag op een van de levensgebieden.
- Met bereidheid tot deelname aan het project
- De problematiek kan liggen op een of een combinatie van factoren:
 - Het vermogen tot zelfregie
 - Afhankelijkheid van anderen bij de organisatie van het dagelijks leven
 - Inzicht in de eigen gezondheidssituatie of mogelijkheden
 - Inzicht in het eigen functioneren en het bepalen van de noodzaak tot hulp
 - (Beginnende) cognitieve problemen
 - Het vermogen om zelf hulp te organiseren bij het huishouden
 - Hulpvraag op het gebied van algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)
 - Het vermogen om zelf het sociale netwerk te organiseren of sociale contacten aan te gaan
 - Inzicht in mogelijke oplossingen voor mobiliteitsproblemen
 - Belasting van mantelzorgers

Werkwijze

Voor integrale en domeinoverstijgende samenwerking is een persoon met doorzettingsmacht nodig, een arrangeur die de zorg- en welzijnsinterventies over de domeinen heen kan en mag organiseren, samen met kwetsbare inwoners en hun naasten/omgeving. In een gemeenschapsgerichte zorgaanpak vervult een leefcoach de rol van arrangeur.

Bij deze aanpak is het van belang een stevige samenwerking te ontwikkelen tussen de belangrijkste actoren op de verschillende domeinen: het zorgkantoor, de zorgverzekeraar en de gemeente, aanbieders van zorg en welzijn, en eventuele burgerinitiatieven. De aanpak vraagt naast domeinoverstijgende samenwerking ook om goede financiële afspraken om over de financiële domeinen heen in te zetten wat nodig is.

Om de doelen te bereiken, wordt in samenhang ingezet op drie elementen:

- **Inzet informele zorg – de gemeenschap:** Elke hulpvraag wordt beoordeeld vanuit het perspectief van de inzet van informele zorg. De inzet van vrijwilligers of mede-inwoners wordt georganiseerd, waarbij wederkerigheid en gelijkwaardigheid belangrijke thema's zijn.
- **Relatie inwoner-leefcoach:** Inwoners die aan het project deelnemen, worden gekoppeld aan een leefcoach die optreedt als vaste partner en aanspreekpunt. De leefcoach is verantwoordelijk voor het gezamenlijk opstellen en beheren van een integraal ondersteuningsplan (arrangement) van de inwoner en diens sociale netwerk. Een arrangement is een samenhangend pakket aan diensten. De leefcoach plant en coördineert de uitvoering van het arrangement: regelt betrokken zorgverleners, eventuele andere organisaties en het aandeel van informele zorg. Verwachtingen ten aanzien van het ondersteuningsaanbod worden besproken en vastgelegd. Wanneer het arrangement is samengesteld, geaccepteerd en gecontracteerd, is het gereed voor uitvoering. Indien nodig kan het arrangement worden aangepast op basis van veranderingen in de ondersteuningsvraag.
- **Relatie gemeentelijk domein – zorgverzekeringswet en Wlz:** Om de zorg en coördinatie integraal te organiseren, krijgt de leefcoach de mogelijkheid om ondersteuning en zorg in te zetten vanuit het gemeentelijk domein (Wmo), het domein van de zorgverzekeringswet/wijkverpleging en mag adviseren over toekomstige zorg vanuit de Wlz. De leefcoach heeft daarmee de mogelijkheid om in de diverse domeinen ondersteuning en zorg te indiceren en zo een integraal aanbod te organiseren. Deze indicering en toeleiding naar zorg gebeurt zoveel als mogelijk binnen de bestaande contracten en inzet van medewerkers. Met name voor huishoudelijke ondersteuning moet rekening worden gehouden met personeelskrapte, waardoor levering mogelijk niet altijd direct kan plaatsvinden.

3.11. Sociaal arrangeren Nijmegen

Deelnemers

- Gemeente Nijmegen
- Zorgkantoor en zorgverzekeraar VGZ
- Zorgaanbieder: Sterker sociaal werk
- Andere organisatie(s): ZZG zorggroep, NEO huisartsenzorg

Doelstelling van het initiatief

Door de inzet van een centrale contactpersoon voor sociale arrangementen wordt domeinoverstijgende ondersteuning mogelijk, waardoor zwaardere ondersteuning en zorg kan worden uitgesteld of zelfs voorkomen. Het project beoogt ouderen te ondersteunen bij het langer thuis wonen, waarbij de ervaren kwaliteit van leven minimaal behouden blijft en zwaardere zorg gemiddeld met 3-6 maanden kan worden uitgesteld. Bovendien wordt door domeinoverstijgende samenwerking mogelijk minder druk ervaren door de mantelzorger. Daarnaast beoogt het project ouderen eerder in beeld te brengen bij de ouderenadvisering. Resultaten uit een pilot suggereren dat een aanzienlijk percentage van de aanmeldingen voor deze aanpak daar nog niet bekend waren. Het tijdig in beeld brengen van deze ouderen kan leiden tot verbeterde ondersteuning voor de oudere en diens mantelzorger, een versterking van het sociale netwerk van een oudere, minder acute huisartsenzorg door een afname van crisissituaties, minder inzet van wijkverpleging en een duurzamere inzet van sociaal werk.

Doelgroep & context

De doelgroep van dit project betreft kwetsbare ouderen (65+) met kwetsbaarheid op meerdere levensgebieden (lichamelijk, psychisch, mobiliteit, sociaal netwerk) en cognitieve problemen. Met cognitieve problemen wordt in minimale zin verlies van overzicht en regie bedoeld, waarbij mogelijk bemoeilijkte diagnosestelling door

factoren als taal, opleiding of beperkingen kan spelen. De voorkeur gaat uit naar ouderen die op het moment van inclusie nog geen indicatie vanuit de Wlz hebben.

Werkwijze

Bij de signalering van thuiswonende ouderen (65-plus) met kwetsbaarheden op meerdere levensgebieden en cognitieve klachten, die ondersteuning nodig hebben bij het versterken van zelfstandigheid en kwaliteit van leven, wordt door de betrokken professional in afstemming met de wijkverpleegkundige en huisarts een contactpersoon voor sociale arrangementen ingeschakeld. Dit is een sociaal werker met expertise op het gebied van ouderen. Tijdens één à twee huisbezoeken inventariseert de sociaal werker met de eventueel betrokken mantelzorgers, met behulp van een gestandaardiseerd instrument, de kwetsbaarheid en welke ondersteuning nodig is, evenals welke activiteiten voor de oudere belangrijk zijn in het leven. Op basis van deze informatie wordt beoordeeld of deze aanpak passend is. Tijdens de intake wordt de kwaliteit van leven bevraagd. Indien de oudere deelneemt, wordt ook de belasting van de mantelzorger in kaart gebracht. De gegevens van de gesprekken en vragenlijsten worden verwerkt in een ondersteuningsplan, waarin staat welke professionele zorg passend is, wat mantelzorgers of vrijwilligers kunnen bieden en in hoeverre de oudere zelf de regie behoudt. Het ondersteuningsplan wordt mogelijk vastgelegd in een online software systeem voor samenwerking, waarmee zorg gemakkelijker kan worden afgestemd, relevante gegevens kunnen worden gedeeld en doelmatige zorg kan worden gepland. Dit heeft als doel dat de betrokkene en diens (in)formele netwerk het plan kunnen inzien en eventueel aanvullen. Hierop volgt een multidisciplinair overleg (MDO), indien nodig, waarbij het plan wordt gecontroleerd en afgestemd. De sociaal werker blijft betrokken als regiehouder en laagdrempelig aanspreekpunt. Bij opname in een zorginstelling of overlijden wordt het traject afgesloten.

4. Initiatieven gericht op mensen met dementie

Het aantal mensen met dementie neemt toe, wat samenhangt met de vergrijzing van de bevolking. Tegelijkertijd neemt het potentieel voor mantelzorg af en kan het aanbod van ondersteuning en zorg als versnipperd worden ervaren door verschillen in wettelijke kaders. De vraag is hoe inwoners met dementie in een eerder stadium te ondersteunen in hun zelfredzaam en hun weerbaarheid te vergroten. Hierdoor kunnen zij zo lang mogelijk deelnemen aan de maatschappij en daardoor ook langer thuis kunnen wonen.

Rondom het specifieke vraagstuk van mensen met dementie zijn er twee typen interventies die hierop een antwoord trachten te geven:

- Initiatieven die werken vanuit de principes en de aanpak van een sociale benadering van dementie.
- Een specifieke training voor mantelzorgers – naasten van mensen met dementie.

4.1. Sociale Benadering Dementie (SBD) Delft - Westland

Deelnemers

- Gemeente Delft / Westland
- Zorgkantoor en zorgverzekeraar DSW
- Zorgorganisaties Careyn/Pieter van Foreest
- Welzijnsorganisaties Delft voor Elkaar/ Vitis Welzijn
- Vrijwilligersinitiatief Alzheimer DWO
- Andere organisaties: PwC, Tao of Care

4.2. Sociale Benadering Dementie (SBD) 's Hertogenbosch

Deelnemers

- Gemeente 's Hertogenbosch
- Zorgkantoor en zorgverzekeraar VGZ
- Zorgaanbieders: Vivent, Van Nynsel
- Welzijnsorganisatie: Farent
- Vrijwilligersinitiatief: Alzheimerstichting, afdeling 's-Hertogenbosch/Bommelerwaard
- Andere organisatie(s): Gezondheidsnetwerk Noord, Netwerk Dementie Bommelerwaard - 's-Hertogenbosch, Dementievriendelijke Gemeente 's-Hertogenbosch
- Vrijwilligers/vrijwillige thuishulpconsulenten

4.3. Sociale Benadering Dementie (SBD) Rotterdam

Deelnemers

- Gemeente Rotterdam
- Zorgkantoor en zorgverzekeraar Zilveren Kruis
- Zorgaanbieders Aafje, Humanitas
- Welzijnsorganisaties SOL, Gro-up

4.4. Sociale Benadering Dementie (SBD) Moerdijk

Deelnemers

- Gemeente Moerdijk
- Zorgkantoor en zorgverzekeraar CZ
- Zorgaanbieder Surplus
- Welzijnsorganisatie Surplus

4.5. Sociale Benadering Dementie (SBD) Roermond

Deelnemers

- Gemeente Roermond
- Zorgkantoor en zorgverzekeraar VGZ
- Zorgaanbieders: De Zorggroep, Proteion
- Vrijwilligersorganisatie: Alzheimer Nederland – afdeling Midden-Limburg

De SBD initiatieven hebben overeenkomstige doelstelling, doelgroep, werkwijze en hypothese.

Doelstelling van de initiatieven

Een sociale benadering van dementie kent een praktijkagenda in zogenaamde Social Trials met de volgende landelijke doelstellingen:

- Het verhogen van de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun naasten.
- Het bijdragen aan verwante maatschappelijke vraagstukken, zoals het verlichten van de arbeidsmarktproblematiek door medewerkers zonder zorg- of welzijnsachtergrond in het zorglandschap te introduceren en hun potentieel in te zetten vanuit de samenleving.
- Het beheersen van kosten door de (financiële) schottenproblematiek te doorbreken via domeinoverstijgende samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders.

Doelgroep

Inwoners met dementie en hun naasten/mantelzorgers.

Werkwijze

- **Leefwereld centraal:** De sociale benadering van dementie beoogt een verschuiving van een eenzijdig perspectief (waarbij iemand met dementie primair als patiënt wordt gezien) naar ruimte voor meerdere perspectieven (waarin mensen met dementie als volwaardig blijven meetellen). De sociale omgeving speelt een cruciale rol in deze verschuiving.
- **Aansluiting bij de leefwereld:** Het team dat vanuit deze benadering werkt, leert om met een andere blik naar de behoeften van mensen met dementie en hun naasten te kijken, namelijk vanuit hun leefwereld. Deze veranderde blik kan leiden tot een ander handelen. De aanpak beoogt een (zorg)aanbod dat beter aansluit bij de leefwereld van mensen met

dementie en hun naasten. Hierbij ligt de focus op de verbinding van de werkwijze met het bestaande zorg- en ondersteuningsaanbod in de betreffende regio.

- **Multidisciplinair team:** Het team bestaat uit professionals met verschillende achtergronden: teamleden met een welzijnsachtergrond, een thuiszorgachtergrond (bijvoorbeeld wijkverpleegkundige of casemanager) en nadrukkelijk teamleden zonder zorg- of welzijnsachtergrond. Juist de teamleden zonder zorg/welzijnsachtergrond blijken goed aan te sluiten bij de behoeften van mensen met dementie en hun naasten. Daarnaast wordt een ondersteunende structuur rondom het team opgebouwd.

Elementen van de Sociale Benadering Dementie:

- Van individuele begeleiding (welzijnsteam) naar individuele begeleiding vanuit deze benadering in combinatie met de inzet van anders geschoolden, ondersteund door vrijwilligers en studenten.
- Van casemanagement naar een werkwijze waarbij casemanagers op consultbasis en bij specifieke systeemvraagstukken worden ingezet (specifieke expertise).
- Van (wijk)verpleging en verzorging naar een werkwijze waarbij wijkverpleegkundigen worden ingezet op het moment dat medische handelingen vereist zijn – persoonlijke verzorging wordt zoveel mogelijk door de persoon zelf of het informele netwerk opgepakt, met ondersteuning of activering door begeleiding en vrijwilligers of studenten.
- Van groepsbegeleiding (dagbesteding) naar een combinatie van laagdrempelige ontmoetingsplekken en gemeenschapsvorming en geïndiceerde groepsactiviteiten, met name wanneer het dagelijks leven onder druk staat.
- Scholing en begeleiding om de transformatie naar het netwerkmodel in de wijken te realiseren, bijvoorbeeld door professionals en vrijwilligers te trainen in de methodiek (basis en train de trainer).

4.6. Training omgaan met dementie Lansingerland

Deelnemers

- Gemeente Lansingerland
- Zorgkantoor en zorgverzekeraar DSW
- Zorgaanbieders: Vierstroom, Laurens,
- Welzijnsorganisatie: Welzijn Lansingerland
- Vrijwilligersinitiatief: Alzheimer Nederland, afdeling DWO

Doelstelling van het initiatief

Het hoofddoel is dat mantelzorgers van mensen met dementie zodanig worden toegerust dat zij de zorg voor hun naaste met dementie langer kunnen volhouden. Hierdoor kan de naaste met dementie langer thuis blijven wonen. Na het volgen van de cursus heeft de mantelzorger mogelijk kennis over dementie en vaardigheden geleerd om te kunnen omgaan met veranderingen in het gedrag van de naaste met dementie, kennis over de mogelijkheden van voorzieningen en ondersteuning in de thuissituatie. Doordat de mantelzorger verschillende zorgverleners leert kennen tijdens de cursus, kan de drempel verlaagd worden om in een vroeg stadium om hulp of ondersteuning te vragen, evenals het aangaan van contact met anderen in een vergelijkbare situatie, waardoor zij ervaringen en steun onderling kunnen delen. Daarbij kunnen de casemanager en de overige zorgverleners die de cursus geven een goed beeld krijgen van degene met dementie en diens mantelzorger. Tijdens de cursus kan zo nodig zorg of ondersteuning ingezet worden. De cursus kan daarmee fungeren als een uitgebreid moment van eerste beoordeling. Uitgangspunt hierbij is steeds de zelfredzaamheid van de mantelzorger. Inzet van zorg of ondersteuning vindt

plaats wanneer nodig, in een zo vroeg mogelijk stadium en zo 'licht' als mogelijk (voorliggende voorzieningen voor zorg en begeleiding op basis van indicatie).

Doelgroep

Het initiatief richt zich op thuiswonende mensen met dementie en hun naasten.

Werkwijze

Inhoud van de cursus:

- De cursus bestaat momenteel uit een aantal bijeenkomsten, met steeds de casemanager plus een vertegenwoordiger van een samenwerkingspartner als cursusleider. De casemanager is de vaste factor en per onderwerp sluit een vertegenwoordiger van een andere samenwerkingspartner aan.

Onderwerpen:

- Wat is dementie? Door casemanagers van verschillende organisaties.
- Hoe om te gaan met gedragsveranderingen ten gevolge van dementie? Door de casemanager en een klantcoördinator van een thuiszorgorganisatie.
- Mogelijkheden van voorzieningen en ondersteuning, onder andere vanuit de Wmo. Door de casemanager en een teamleider Wmo van de gemeente.
- Mantelzorgondersteuning: het steunpunt voor mantelzorg. Door de casemanager en de coördinator van het steunpunt mantelzorg van een welzijnsorganisatie.
- Wanneer het thuis niet meer gaat. Door de casemanager en een medewerker van een zorgorganisatie.
- Te ontwikkelen: een extra bijeenkomst bestaande uit verdieping van inhoudelijke onderwerpen en gelegenheid tot het stellen van vragen.

5. Initiatief gericht op jeugd

Om te voorkomen dat kinderen en jongeren in de Wet langdurige zorg (Wlz) terechtkomen is het belangrijk om te focussen op preventie. Een integrale aanpak en het bieden

van alternatieve zorgvormen die passen bij de zorgvraag van de jeugdigen is daarbij belangrijk.

5.1. Meervoudige jeugdproblematiek Hoorn

Deelnemers

- Gemeente Hoorn
- Zorgkantoor en zorgverzekeraar VGZ
- Zorgaanbieder GGZ NHN

Doelstelling van het initiatief

Het doel van deze aanpak is om gezinnen met complexe en meervoudige problematiek integraal en intensief te ondersteunen om intergenerationele problematiek te doorbreken en te voorkomen dat de problemen binnen deze gezinnen zich opstapelen en escaleren. Hiermee wordt beoogd te voorkomen dat jeugdigen uit huis worden geplaatst en na hun achttiende levensjaar doorstromen naar de Wlz. Tevens wordt voorkomen dat jeugdigen bijvoorbeeld in de dagbesteding terechtkomen doordat het niet lukt om school af te maken. Door het opzetten van een integraal gezinstoegangs-team (IGT) wordt beoogd het volgende resultaat te bewerkstelligen:

- Een vermindering van het aantal uit huis- of doorplaatsingen binnen de doelgroep gezinnen van het initiatief.
- Een vermindering van het aantal thuiszittende jeugdigen binnen de doelgroep gezinnen van het initiatief.
- Daarnaast worden de volgende projecteffecten verwacht:
 - Elk gezin in het traject beschikt over een integraal plan (één gezin, één plan, één team).
 - Gezinnen die gebruikmaken van het IGT ervaren meer tevredenheid over de geboden hulp dan gezinnen die gebruikmaken van andere vormen van hulp.
 - Gezinnen ervaren meer regie in hun eigen leven door de integrale aanpak en de inzet van informele zorg.

Doelgroep

Kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar en hun ouders (waarbij het jongste kind onder de 18 jaar is) bij wie

een uithuisplaatsing dreigt. Deze gezinnen hebben een meervoudige en complexe hulpvraag en ervaren problemen op meerdere levensgebieden. Er is sprake van een combinatie van problemen op verschillende gebieden, zoals:

- Sociaaleconomische problemen in het gezin.
- Problemen bij de opvoeding.
- Psychosociale problemen bij de ouders.
- Psychosociale problemen bij de jongeren.
- De doelgroep bestaat uit gezinnen waarbij sprake is van een gezinsvraag en niet van een individuele vraag.

Werkwijze

Het IGT is een aanvulling op het bestaande zorgaanbod en biedt hulpverlening vanuit een integrale blik aan jeugdigen binnen gezinnen met een complexe en meervoudige hulpvraag waarbij een uithuisplaatsing dreigt. Het team kan ook een bijdrage leveren aan het bevorderen van door- en uitstroom, zowel in een vrijwillig als in een gedwongen kader. Hierdoor wordt inzicht verkregen in wat nodig is om het aantal uithuisplaatsingen duurzaam te verminderen.

Het IGT is een multidisciplinair, ambulant team van hulpverleners met verschillende expertises vanuit diverse organisaties in de regio. Het team biedt thuis de benodigde hulp om een jeugdige thuis te laten opgroeien of weer thuis te laten wonen. Dit gebeurt door:

- Het gezin en hun systeem centraal te stellen
- Rekening te houden met het kind
- Creatieve en onconventionele oplossingen te overwegen en toe te passen
- Te werken in duo's met verschillende, elkaar aanvullende expertises
- Naast het gezin te staan en aanwezig te zijn op cruciale momenten
- Kort cyclisch te evalueren en bij te sturen
- Het netwerk te betrekken en duurzaam te versterken
- Geen uitsluitingsgronden te hanteren
- Te werken vanuit oprechte betrokkenheid, door middel van gelijkwaardigheid in samenwerking en taalgebruik

Dit is een uitgave van
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres

Parnassusplein 5 | 2511 vx Den Haag

Postadres

Postbus 20350 | 2500 ej Den Haag
Telefoon 070 340 79 11
www.rijksoverheid.nl

mei 2025