

Envida



**VERANTWOORDING PREVENTIE  
OP WIJKNIVEAU ENVIDA 2022**

## GEMEENTE MAASTRICHT

### 1. HOE IS DE SAMENWERKING MET HET SOCIAAL TEAM EN DE HUISARTS INGERICHT?

<b>MAASTRICHT</b>	
<b><i>Blauwdorp-Mariaberg</i></b>	<p>Het sociaal team Blauwdorp-Mariaberg wordt samengevoegd met het ST Daalhof. De wijkverpleegkundigen van Blauwdorp-Mariaberg hebben geen zitting in het sociaal Team, maar werken vanuit hun expertise wel samen. Ze worden benaderd op individuele casus, de vraag is dan vooral om op het gebied van somatiek mee te kijken.</p> <p>Met diverse huisartspraktijken verloopt de samenwerking prima. Overleg middels MDO, telefonisch overleg en op casusniveau. Huisarts heeft tot aan de corona crisis een keer per week spreekuur gehouden in ons (t)huishuisje van Envida midden in de wijk.</p> <p>Binnen het wijknetwerk verloopt de samenwerking prima: verbinden, korte lijnen, snel doorpakken, juiste mensen op de juiste plek inschakelen.</p> <p>De belangrijkste samenwerking partners in de wijk zijn Maatschappelijk werk, wijkagent, huisartsen/praktijkondersteuners, MET GGZ, vrijwilligers, ergotherapie, fysiotherapie, bouwverenigingen, Veilig Thuis, Steunpunt Mantelzorg, WMO en Veiligheidshuis.</p>
<b><i>Pottenberg-Brusselsepoort / Belfort</i></b>	<p>Huisartsen Pottenberg: er is een intensief contact tussen de wijkverpleegkundige met de huisartsen en praktijkondersteuners. Een structureel overleg komt er (voorlopig) niet omdat de huisarts er de voorkeur aan geeft om direct contact te hebben en de casus te bespreken.</p> <p>Huisartsen Brusselse Poort/Belfort: er is een intensief contact met de POH van de praktijk van huisartsenpraktijk Annadal. Met de andere huisartsenpraktijk, dr. Konings, is er 1 x per 4 weken een MDO. Met de praktijk de Poort is er ook een intensief contact naast een 4 wekelijks MDO. Wijkverpleegkundige neemt deel aan keten complexe ouderen zorg vanuit dr. Konings.</p> <p>Sociaal team: momenteel neemt er geen wijkverpleegkundige deel aan het sociaal team Pottenberg. Wel is het inmiddels een zeer actief team dat zich bezig houdt met zichtbaarheid in de wijk om de bekendheid te vergroten. Na evaluatie zijn de bestaande inloop locaties gestopt en wordt er nu zichtbaarheid gegeven aan het sociaal team door minimaal 1 x per maand aanwezig te zijn met het team in de wijken.</p> <p>Daarnaast zijn de opbouwwerkers van het sociaal team de buurt ingegaan met presentjes. Er is een wijkverpleegkundige lid van het Sociaal Team Daalhof-Mariaberg maar neemt niet meer deel aan de overlegmomenten. Wel wordt de wijkverpleegkundige zo nodig bij casuïstiek benaderd waarin zij iets zou kunnen betekenen vanuit haar expertise.</p> <p>Inmiddels heeft het wijkteam een locatie in de wijk Pottenberg waar de partners van het sociaal team regelmatig inlopen.</p>

<b>Caberg-Malberg</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sociaal team: Zowel Caberg als Malberg hebben een sociaal team, waarin actieve deelname is vanuit Envida. Sociaal team Malberg maakt tevens gebruik van de locaties van Envida zowel het kantoor op Malberg als de Clavecymbelstraat. Dit versterkt en vergroot de samenwerking.</li> <li>- Huisarts : De samenwerking met de huisarts verloopt volgens vaste afspraken, dit wisselt per huisarts van 1 keer per week tot 1 keer per maand. Hierbij is er ook wisseling in welke disciplines aansluiten bij het MDO. Bij de kleine overleggen ben je meer afhankelijk van je eigen aangelegde korte lijnen. - PaTz: Ook is er binnen de wijk een PaTz (palliatieve thuiszorg) overleg. Er worden structureel overleggen gepland waarin palliatieve cliënten vroegtijdig in kaart worden gebracht waardoor de samenwerking en daarmee de kwaliteit van zorg zo optimaal mogelijk wordt gemaakt.</li> </ul>
<b>Daalhof / Hazendans Wolder/ Biesland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In Daalhof bevinden zich 2 huisartsenpraktijken. Bij beide huisartsenpraktijken hebben we 1x per week klein MDO en 1x per maand groot MDO met aanvullende disciplines, zoals fysiotherapeuten, ergotherapeuten en casemanagers dementie.</li> <li>- Door de start van een Verpleegkundig Specialist i.o. in de wijk (verbonden aan Envida) bij een huisartsenpraktijk in Daalhof is de samenwerking nog nauwer geworden. Wij weten elkaar op een laagdrempelige manier te vinden bij vragen.</li> <li>- De cliënten in Wolder hebben vaak een huisarts in een andere wijk. Wanneer wij bijzonderheden hebben communiceren wij dit via de wijkverpleegkundige die bij het MDO van de betreffende huisarts aanwezig is. Indien nodig is er op regelmatige basis contact met de POH's van de betreffende huisartsen.</li> </ul>
<b>Centrum Boven- / Sint Pieter / Bosscherveld</b>	<p><b>Samenwerking met de huisarts:</b>  Er is een gepland MDO met huisartsenpraktijken Schreurs, Medisch centrum Mosae Forum, Dr. Swijgman en Dr. Lakraoui.  Samenwerking met huisartsenpraktijk Dr. Wolfs  Wijkverpleegkundige inzet voor keten complexe ouderen zorg dr. Swijgman (3,5 uur per week) en dr. Lakraoui (2 uur per week).  In de toekomst waarschijnlijk ook inzet van een wijkverpleegkundige voor de keten complexe ouderenzorg voor MC Sint Pieter.</p> <p><b>Samenwerking op cliëntniveau met:</b>  Huisartsenpraktijk de Poort: Dr. Plaisier en assistentes en POH;  Huisartsenpraktijk Mosae Forum;  Medisch centrum St. Pieter: Dr. Buijsrogge, Dr. Van den Berg en Dr. Nicolai en assistentes;  Huisartsen dr. Wolfs, dr. Lakraoui, dr. Swijgman, dr. Schreurs.</p> <p><b>Samenwerking met het (sociaal) wijkteam:</b>  Twee collega's zijn lid van 2 verschillende wijkteams (Sociaal team Centrum en Sociaal team Plus Malberg / Bosscherveld). Hierdoor zijn er heel korte lijnen in het samenwerken; oppakken van casuïstiek.</p>
<b>Nazareth-Limmel</b>	<p>De Wijkverpleegkundigen nemen deel aan het sociaal team dat wekelijks bij elkaar komt. Het Sociaal team heeft maandelijks overleg met de Huisarts. Casuïstieken worden telefonisch door Huisarts of via de</p>

	<p>meldingsite van de Gemeente doorgegeven aan Sociaal Team. Wijkverpleegkundigen hebben 1x per 4 weken een MDO met de huisarts. Tevens nemen leden van het Sociaal Team en de Huisarts deel aan het nieuwe GGZ-overleg.</p>
<b>Wittevrouwenveld / Wyckerpoort</b>	<p>Locatie van het wijkteam zit in het gezondheidscentrum waar ook de huisarts zit (plus fysio, logopedist, verloskundige, diëtiste, POH ggz en POH somatiek), wij lopen bij elkaar binnen zodra iemand vindt dat dat voor een casusbespreking nodig is of afstemming, en we hebben regelmatig contact met al die disciplines via telefoon of e-mail. De huisartsen sluiten op vraag van wijkverpleegkundigen aan bij het wijkteam overleg om client casuïstiek te bespreken. Er is minimaal 4x per jaar overleg met de huisartsen, casemanagers dementie, SO en zo nodig nog overige disciplines zoals wijkverpleegkundige TGL. Ook vindt er maandelijks overleg plaats met de huisartsen en de GGZ disciplines die in de wijk zitten, denk hierbij aan de Nieuwe GGZ pijler en FACT team.</p> <p>Twee van de drie wijkverpleegkundigen werken ook als 'POH ouderenzorg' en hebben daarom bijna dagelijks contact met de huisartsen, meestal via memo in het Tetra His maar zo nodig ook face to face of telefonisch/mail. Het werkt zeer bevorderend dat zij inzage en toegang tot het Tetra His hebben.</p> <p>De wijkverpleegkundigen brengen i.s.m. de huisartsen alle kwetsbare ouderen tijdig in kaart en hebben de kwetsbare ouderen in de wijk in beeld, waarbij ze monitorings- of preventieve huisbezoeken afleggen op het gebied van zorg, wonen en welzijn. Dit draagt bij om ervoor te zorgen dat cliënten (o.b.v. hun eigen wensen en behoeften) zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven functioneren/wonen.</p> <p>Wijkverpleegkundigen nemen niet langer deel aan het Sociaal Team overleg (wijken: wvv/wp/Scharn/Ambly), er is afgesproken dat zij fungeert in de zogeheten tweede schil van het ST en aansluit op vraag van ST of benaderd wordt bij casussen.</p> <p>Verder is er regelmatig netwerk opbouw en netwerk uitbreiding d.m.v. het 'gele activiteiten boekje' dat door Trajekt is opgesteld. Zodra cliënten die door de wijkverpleegkundigen bezocht worden hierbij geholpen zouden zijn wordt er contact gelegd met de 1<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> schil uit dit boekje. Tevens bestaat er via het ST een 'contactpersonenlijst' waardoor korte lijnen met vele organisaties ontstaan zijn ter bevordering van de samenwerking. Ook vinden er ongeveer 2x per jaar netwerkbijeenkomsten plaats.</p> <p>Een van de wijkvp. sluit 1x per 2 maanden aan bij overleg met POH somatiek in Scharn HA-praktijk. Een andere wijkvp. sluit vanuit Sociaal Team wel nog 1x per 2 maanden aan bij HA overleg in Wyckerpoort en ook Scharn. Tot voor kort sloot nog een wijkvp. aan bij dr. Beciri vanuit de wijkverpleegkundigen voor het MDO.</p>
<b>Heer</b>	<p>Samenwerking met huisartsen/POH en sociaal team is prima. De wijkverpleegkundigen van de Heeg en Heer zijn bekend met het Sociaal Team. De social worker van ons team neemt regelmatig deel aan Sociaal Team en communiceert de bijzonderheden naar de wijkvp's. Wekelijks</p>

	<p>overleg met een aantal huisartsen. Met andere huisartsen is er maandelijks overleg en zo nodig op de casus. Samenwerking met fysio en ergo is ook goed. Ze worden regelmatig betrokken bij cliëntsituaties. Vanuit de vakgroepen is er contact met diabetes- en longverpleegkundigen van MUMC+. De specialist ouderengeneeskunde wordt ook regelmatig betrokken bij cliëntsituaties. Samenwerking met de dagopvang is ook goed.</p> <p>Ook is er een goede samenwerking met de teamleiders van de huishoudelijke hulp Envida, het VPT-team en aanbieders vanuit de WMO voor individuele begeleiders.</p> <p>De hoeskamer: Sjuif-Aen, geleid door welzijnsorganisatie Trajekt, is op dinsdag en donderdag open voor inwoners van Heer.</p>
<b>De Heeg</b>	<p>Samenwerking sociaal team is wekelijks.</p> <p>De wijkverpleegkundigen van de Heeg en Heer participeren op toerbeurt in het Sociaal team. Wijkverpleegkundige is gekoppeld aan huisarts omtrent het stukje ouderenzorg en preventie. Daarnaast is er regelmatig overleg met de verschillende huisartsen. Tevens hebben we een social worker binnen ons team waar we nu veel mee samenwerken. Sociale kaart is volledig opnieuw uitgewerkt en aangepast waar nodig. Wijkoverstijgend is hierin toegevoegd, dit betekent dat we binnen onze omliggende buurtteams zicht hebben welke activiteiten etc. er zijn. En andere disciplines waar we gebruik van kunnen maken in de samenwerking. Daarnaast worden wijkvp's meegenomen in het proces 'nieuw winkelcentrum van de Heeg' om hierover mee te sparren/denken welke vraag en behoefte er ligt vanuit de wijk.</p>
<b>Heugem-Randwyck</b>	<p>Heugem werkt nauw samen met De Heeg. In het sociaal team van De Heeg worden ook cliënten van Heugem besproken. Via de wijkverpleegkundige krijgen we hier een terugkoppeling van. Overleg met de huisarts is 1 keer per 6 weken. Daarnaast telefonisch contact indien nodig. Daarnaast 1x per 2 a 3 maanden overleg met de POH. Sinds kort hebben we ook een social worker gekoppeld aan ons team. Er is nu ook een dagbesteding gevestigd in Heugem waar we intensief goed contact mee hebben. Sociale kaart is volledig opnieuw uitgewerkt en aangepast waar nodig. Wijkoverstijgend is hierin toegevoegd, dit betekent dat we binnen onze omliggende buurtteams zicht hebben welke activiteiten etc. er zijn. En andere disciplines waar we gebruik van kunnen maken in de samenwerking.</p>
<b>Scharn-Amby</b>	<p>Op casusniveau wordt desbetreffende wijkvp ingelicht/betrokken door sociaal team en eventuele acties uitgezet.</p> <p>Er is periodiek overleg met de huisartsenpraktijk Scharn en praktijk dr. Mol/dr. Lautenschütz en hun POH-ers (ongeveer 1 x per 6 weken). In de 3 praktijken in Heer gebeurt dit 1 a 2 keer per maand. Wijkverpleegkundigen en huisartsen weten elkaar laagdrempelig te vinden. In Amby is periodiek overleg met huisartsenpraktijk Zwietering en huisartsenpraktijk Severen. Casusgericht is er telefonisch contact of kort overleg tussendoor.</p>
<b>Ceramique / Heugemerveld</b>	<p>Huisartsencontacten verlopen per casus. MDO's zijn nog niet optimaal ingericht. We zijn niet betrokken bij een sociaal team.</p>



## 2. HOE VERLOOPT DE SAMENWERKING, WAAR ZIE JE KANSEN EN UITDAGINGEN?

<b>MAASTRICHT</b>	
<b><i>Blauwdorp-Mariaberg</i></b>	Binnen het netwerk verloopt de samenwerking prima, door het verbinden en het hebben van korte lijnen kunnen we snel doorpakken en de juiste mensen op de juiste plek inschakelen. GGZ problematiek neemt toe, de GGZ in de wijk wordt nog steeds gemist.
<b><i>Pottenberg-Brusselsepoort/Belfort</i></b>	De samenwerking met huisartsen verloopt steeds vlotter. Middels beveiligde communicatie worden bevindingen gedeeld. Samenwerking met de huisarts en POH verloopt prima. Buiten het MDO is er zo nodig contact en zijn er korte lijnen. Er wordt intensief gebruikt gemaakt van mantelzorg en vrijwilligersorganisaties. Onze nieuwe uitdaging is en blijft om onze preventieve taken meer zichtbaar te maken in de wijk. De wijkverpleegkundige van Pottenberg heeft samen met de Buurtbrok van Pottenberg (van Trajekt) een koffie uurtje voor wijkbewoners gestart. Het sociaal team gaat in de toekomst maandelijks aanwezig zijn om hun zichtbaarheid te vergroten.
<b><i>Caberg-Malberg</i></b>	De samenwerking met huisartsen verloopt steeds vlotter. Er zijn goede netwerkrelaties omdat er binnen de wijkteams kortere lijnen opgebouwd zijn met andere disciplines. Onze nieuwe uitdaging is en blijft om onze preventieve taken meer zichtbaar te maken in de wijk.
<b><i>Daalhof- Hazendans Wolder-Biesland</i></b>	Samenwerkingen in de wijken verlopen goed. Met name omdat er 4 wijkverpleegkundigen betrokken zijn bij de 2 huisartsenpraktijken. Hierdoor weten wij elkaar gemakkelijk en laagdrempelig te benaderen bij vragen. Ook tussen de verschillende disciplines zijn er korte lijnen waardoor er tijdig actie kan worden ondernomen bij problemen bij cliënten in de wijk.
<b><i>Centrum Boven- Sint Pieter/Boscherveld</i></b>	Centrum: Samenwerking met huisartsen, assistentes, POH en apotheken verloopt over het algemeen goed/plezierig. Een enkele huisarts voert eigen koers, hierin ligt de uitdaging om op clientniveau goed af te stemmen.  St. Pieter: Samenwerking verloopt goed en prettig, huisartsen en assistentes weten ons inmiddels makkelijk te vinden. We komen zeer regelmatig even binnen in hun praktijk, waardoor veel meer en sneller wederzijds contact.  Aansluiten vergaderingen Buurtcentrum: vergaderingen zijn niet meer geweest sinds begin 2020. Deze starten weer op 23/9/21. Sociaal Team(s): Fijn is dat de lijntjes heel kort zijn met collega's uit de sociale teams
<b><i>Nazareth-Limmel</i></b>	De samenwerking met het Sociaal Team verloopt prima. Er is een goed overleg met de Huisartsen in de wijk Nazareth. Maandelijks vindt er een MDO plaats. Tussendoor weten zowel de huisartsen, als de praktijkondersteuners ons te bereiken voor overleg en andersom is dat ook het geval. Wijkverpleegkundigen zien meer kansen/uitdagingen in hun rol van wijkverpleegkundige in de keten complexe ouderenzorg. Met name de CANMEDS-rollen zorgverlener, communicator, samenwerkingspartner, gezondheidsbevorderaar en organisator worden

	hiermee sterk positief beïnvloed. Hierbij is het van belang dat je als Wijkverpleegkundige op de hoogte blijft van wat er allemaal speelt in je wijk(en).
<b>Wittevrouwenveld/ Wyckerpoort</b>	De samenwerking met ST verloopt, ook vanuit de tweede schil, goed. Ook de samenwerking met huisarts (plus overige disciplines binnen gezondheidscentrum) verloopt heel goed, we weten elkaar te vinden, stemmen samen af, geven elkaar terugkoppeling en evalueren wanneer nodig.  Kansen liggen hier nog op het sneller afstemmen/bespreken van advanced care planning. We merken ondertussen wel een toename van meldingen, met name dan praktische ondersteuningsvragen vanuit de buurtbewoners.
<b>Heer</b>	Goede samenwerking.
<b>De Heeg</b>	Er zijn bijeenkomsten met verschillende partners/disciplines, werkzaam in de wijken. Er bestaat daarbij een nauwe samenwerking met het wijkservicepunt. Er worden casussen besproken via een intervisie methode. Naast deze casussen worden vraagstukken uit de wijk besproken zoals een vrijwilligersnetwerk, voedselondersteuning, bekendheid in de wijken. Inzet zelfregie van de mensen, positieve gezondheid.
<b>Heugem-Randwyck</b>	Samenwerking met sociaal team verloopt prima. Samenwerking met de huisarts/POH zou beter kunnen. Nu zijn overleggen ieder afzonderlijk, een gezamenlijk MDO zou beter en effectiever zijn. Huisartsen willen hierover in gesprek. Samenwerking tussen casemanager dementie en wijkvp verloopt zeer goed.
<b>Scharn-Amby</b>	De samenwerking met de huisartsen verloopt goed. Er wordt geregeld heen en weer contact opgenomen (ook buiten de overleggen om). Kansen/uitdagingen: -korte lijnen met netwerkpartners -meer profilering in het preventieve stuk.
<b>Ceramique / Heugemerveld</b>	MDO sturing geven en andere disciplines uitnodigen om aan te sluiten.

### 3. WELKE PREVENTIEVE ACTIVITEITEN VOER JE UIT EN MET WELKE PARTIJEN?

<b>MAASTRICHT</b>	
<b>Blauwdorp-Mariaberg</b>	<p>Continu op individueel cliëntniveau. Preventie voorlichting geven omtrent diabetes, hart- en vaatziekten, hardhorendheid en gezonde voeding.</p> <p>Preventief is het door de wijkverpleegkundigen opgezette huisje. Het huisje ligt centraal in de wijk en is heel laagdrempelig. Buurtbewoners kunnen er wekelijks op dinsdag middag terecht voor koffie uurtje. Ook op andere dagen lopen mensen binnen met vragen, of signalen van bijv. ouders of burens die zorgen hebben over iemand .</p> <p>Samen met politie, ergo- en fysiotherapie en het Rode Kruis is een gezondheidsmarkt georganiseerd op straat in het centrum van Blauwdorp.</p>



	<p>Op woensdagochtend is een wandelgroep gestart met een vrijwilliger voor de buurtbewoners. Er wordt een uur gewandeld en na afloop is er tijd voor een kop koffie. Ook heeft er tijdens de coronatijd een initiatief gelopen in de wijk met dir keer per week een maaltijdverstrekking voor bewoners die dit niet zelf meer kunnen.</p>
<b>Pottenberg-Brusselsepoort/Belfort</b>	<p>De wijkverpleegkundige geeft continu voorlichting omtrent diabetes, hart- en vaatziekten, gezonde leefstijl, over veilig wonen. Maar ook over het hygiënisch wassen van het lichaam en over het belang van steunkousen dragen.</p> <p>Samenwerking met fysio- en ergotherapeuten: er is een laagdrempelige samenwerking waarbij ingezet wordt op voorkomen en verbeteren van gezondheidsproblemen (decubitus, slechte loop- en/of balansfunctie), het blijven behouden van de zelfstandigheid (aanleren van het omgaan met hulpmiddelen en inzet van aanpassingen in huis) en valpreventie. Fysio Wijnands zit in hetzelfde gebouw als huisartsenpraktijk Annadal en de Poort. Met deze praktijk zijn contactgegevens gedeeld zodat zij snel met elkaar contactgegevens gedeeld zodat er snel geschakeld kan worden indien nodig.</p> <p>Samenwerking met andere thuiszorgorganisaties/CIZ/WMO om bij een kwetsbaar mentaal evenwicht preventief individuele begeleiding in te zetten om vereenzaming (met bijbehorende fysieke complicaties) te voorkomen.</p> <p>Op vraag van derden, met toestemming van cliënten, gaat de wijkverpleegkundige op huisbezoeken om de thuissituatie en benodigde ondersteuning door mantelzorg en/of WMO in kaart te brengen zodat de cliënt de benodigde ondersteuning krijgt en/of het sociale netwerk vergroot om langer thuis te kunnen blijven wonen of het welbevinden te bevorderen.</p> <p>De wijkverpleegkundige van Pottenberg heeft samen met de Buurtbrok van Pottenberg (van Trajekt) een koffie uurtje voor wijkbewoners gestart om eenzaamheid te verminderen en de bewoners meer te laten participeren in de maatschappij. In de toekomst wil Trajekt in samenwerking met de wijkverpleegkundige en opbouwwerkers nog een project starten; koken met wijkbewoners (gezonde voeding/ leefstijl).</p> <p>Door de aanwezigheid van een locatie van Envida in Pottenberg lopen wijkbewoners/ cliënten regelmatig binnen voor vragen waardoor er tijdig geanticipeerd kan worden op benodigde zorg en/of begeleiding. De wijkverpleegkundige wil een wekelijks inlooppuur opstarten.</p> <p>De wijkverpleegkundige heeft ook de rol van ergocoach waardoor kennis over hulpmiddelen en inzetten hiervan.</p>
<b>Caberg-Malberg</b>	<p>Er is actieve betrokkenheid naar andere disciplines door kennismakingen te organiseren en elkaar te betrekken bij casuïstiek.</p> <p>- Er is een pilot gestart voor de krachtenbundeling Huishoudelijke hulp. Dit loopt al een langere periode maar begint nu van de grond te komen. Vanuit hier is de samenwerking ook sterk vergroot en worden de wijkverpleegkundigen actief benaderd door huishoudelijke hulp.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De samenwerking met ergo- en fysiotherapeuten verloopt steeds beter. Er ontstaan kortere lijnen, waardoor deze disciplines steeds vaker en tijdig ingeschakeld worden.</li> <li>- Binnen het team zijn hulpmiddelendagen georganiseerd met de ergo coaches om de medewerkers zo gezond mogelijk te laten werken.</li> <li>- Binnen het team zijn wij actief bezig met positieve gezondheid waarbij de focus ligt op het versterken van de eigen veerkracht, eigen regie en het aanpassingsvermogen van de ander.</li> <li>- Project ketenzorg kwetsbare ouderen met huisartsen.</li> </ul>
<p><b>Daalhof / Hazendans Wolder / Biesland</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Samenwerking met de afdeling WMO van de gemeente.</li> <li>- Kennis over (praktische en digitale) hulpmiddelen en het toepassen hiervan. Medewerkers van de teams ontvangen op regelmatige basis scholing hierover zodat zij deze kennis kunnen overbrengen op cliënten. Ook worden ergocoaches en de preventiemedewerker structureel ingezet. Mocht dit niet toereikend zijn dan wordt er een beroep gedaan op een ergotherapeute (van Envida).</li> <li>- Huisbezoeken van risicocliënten door de wijkverpleegkundigen. Deze worden onder andere aangedragen door de huisarts, familieleden of collega's die in de wijk wonen.</li> <li>- Er wordt ook gekeken naar innovatieve hulpmiddelen om preventieve zorg te leveren. In 2021 heeft er een pilot plaatsgevonden waarbij beeldschermzorg bij cliënten werd ingezet, met als doel het verminderen van eenzaamheid en het bevorderen van de zelfredzaamheid. Cliënten kunnen zo ook op een laagdrempelige manier contact zoeken met Envida. Binnen de organisatie zal er worden bekeken of er een vervolg op de pilot plaats zal gaan vinden.</li> <li>- Samenwerking met alle voorkomende disciplines rondom cliëntenzorg. Van diëtiste tot maatschappelijk werk.</li> <li>- Daalhof: Samenwerking met de huiskamer van Daalhof en inzet van het wijkleerbedrijf op regelmatige basis bij cliënten in de wijk.</li> <li>- Nauwe samenwerking met social worker en MMZ-medewerker van Envida om bij te dragen aan het welzijn van de cliënten in de wijk. De social worker en MMZ-medewerker worden regelmatig geraadpleegd en ook op structurele basis ingezet bij diverse hulpvragen vanuit cliënten en het team.</li> <li>- Samenwerking met diverse vrijwilligersorganisaties in de buurt.</li> <li>- 4 teamleden van de 2 teams hebben het traject van Positieve Gezondheid gevolgd. zodat het "goede gesprek" aangaan een vast onderdeel wordt van de zorgverlening. Hierdoor ontstaat er een bredere kijk rondom de cliënt. Momenteel wordt deze kennis overgedragen aan de andere teamleden.</li> </ul>
<p><b>Centrum Boven- Sint Pieter/Boscherveld</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Huisbezoeken bij bijv. zorgmijders of bij een "niet plus gevoel"</b> e.a. met als doel contact maken, een ingang krijgen, op maat aanbod doen (door alle wvp uit de 3 wijken)</li> <li>- <b>Huisbezoeken bij bewoners die personenalarmering wensen;</b> hierbij wordt de bewoner geïnformeerd over de diensten van Envida, wordt personenalarmering aangevraagd, geplaatst en door wvp volgt een check of Phoniro werkt en er kunnen vervolgspraken worden gemaakt op verzoek/behoefte. Op deze manier krijgen we informatie over de doelgroep die personenalarmering heeft in onze wijken.</li> <li>- <b>Proef de Wijk</b> in december 2019 mede georganiseerd en meegelopen in het kader van zichtbaar zijn en verbinden van</li> </ul>

	<p>initiatieven als dagbesteding Envida met Rode Kruis, Roode Leeuw, Tapijnkazerne, etc. door 2 wvp. Heeft geen doorstart gehad in 2020 wegens corona. De bedoeling is dat dit weer wordt opgepakt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Verbinden van wonen, zorg en welzijn:</b> Na 2 jaren van voorbereiding door enkele wijkverpleegkundigen van het Centrum en collega's van verpleegzorg, zijn 2 wijkteams "kantoor gaan houden" in een groot seniorencomplex genaamd Sint Servaasbolwerk. Hier wonen senioren zelfstandig in appartementen. De gemiddelde leeftijd is 75-80 jaar en Envida ziet mogelijkheden om te verbinden door het inrichten van een grote ontmoetingsruimte in de voormalige kapel van het appartementencomplex. In die grote warme ontmoetingsruimte is ook het kantoor van de beide wijkteams en zullen dagelijks wijkverpleegkundigen e.a. aanwezig zijn. De ontmoetingsplek doet dienst als inloopplek, activiteitenplek, themamiddagen en gezellige momenten.</li> <li>- <b>Positieve Gezondheid:</b> 1 wvp is projectleider van de werkgroep Positieve Gezondheid. Opdracht is om dit gedachtengoed in de wijkteams te introduceren en te implementeren. Een cultuuromslag bewerkstelligen van "zorgen voor...." naar "zorgen dat...." Waarin de focus ligt op het versterken van de eigen veerkracht, eigen regie en het aanpassingsvermogen van de ander (cliënt, collega). Een plan van aanpak is gemaakt, de werkgroep heeft inspiratiesessies gehouden bij 80% van alle wijkteams, waarna gestart is met het trainen van collega's (op basis van Subsidie Ondersteuning Wijkverpleging).</li> <li>- <b>Actiever en bij de intake zo mogelijk inzetten van hulpmiddelen uit de toolbox</b></li> <li>- <b>Samenwerking met ergotherapeuten in de wijk;</b> met name gericht op valpreventie en het inzetten van hulpmiddelen.</li> <li>- <b>Werkgroep Ergo coaching en zelfredzaamheid:</b> 3 collega's zitten in deze werkgroep om zowel instructie op teamniveau als cliëntniveau te geven over hulpmiddelen en het stimuleren en behouden van zelfredzaamheid.</li> <li>- <b>Sociaal Team (s):</b> hadden ontmoetingsmomenten georganiseerd in o.a. wijk St. Pieter, Charles Voscourt, Bourgogneplein, door corona heeft dit stilgelegen; dit wordt spoedig weer opgepakt. Data zijn gepland.</li> <li>- <b>Partner en/of mantelzorgers actief betrekken</b> bij de zorg, gerichte aandacht aan belasting/overbelasting met inzet van meetinstrumenten.</li> <li>- <b>Samenwerking met de Deken Hannemanstichting, Steunpunt Mantelzorg en andere vrijwilligersorganisaties zoals Humanitas</b> gericht op het inzetten van vrijwilligers/maatjes, dit in verband met eenzaamheid of er alleen voor staan.</li> <li>- <b>Voorlichting aan cliënten en/of buurtbewoners</b> geven over faciliteiten als maaltijdvoorziening aan huis, service van buurtwinkels, bestellingen doen online, mogelijkheden bespreken plus het regelen van dagbesteding, mogelijkheden bespreken en zo nodig contacten leggen met andere zorginstellingen en van particuliere mantelzorgorganisaties zoals Saar aan huis etc....</li> </ul>
<b>Nazareth-Limmel</b>	<p>Het Sociaal Team zet activiteiten in tegen eenzaamheid samen met opbouwwerker (Koffieheukske is opgericht). Er is wekelijks spreekuur (tijdens coronatijd op afspraak) vanuit het Sociaal Team om voorliggende problematieken aan te pakken.</p>

	De wijkverpleegkundige is zichtbaar in de wijk. De meeste buurtbewoners kennen ons na al die jaren. Ook overige netwerkpartners weten ons te vinden. Evenals de ondernemers in de wijk. Op vraag van bovengenoemde en in het kader van de ouderenzorg legt de wijkverpleegkundige preventieve huisbezoeken af. Ook blijf je als wijkverpleegkundige situaties monitoren ter preventie en werken we samen met derden ter preventie. Voorbeeld is het inzetten van een ergotherapeut ter voorkoming van valincidenten.
<b>Wittevrouwenveld/ Wyckerpoort</b>	De wijkverpleegkundige is de zichtbare en verbindende schakel in de wijk, de meeste buurtbewoners kennen ons na al die jaren. Ook overige netwerkpartners weten ons te vinden. De wijkvp. legt huisbezoeken af en vaak kan dan al preventief een interventie ingezet worden. Via netwerk partners in de wijken krijgen we regelmatig signalen binnen waarop wij dan een huisbezoek afleggen en contact zoeken met client en/of diens mantelzorger, waardoor nog regelmatig preventief gewerkt kan worden doordat er snel acties ondernomen is en onderling snel geschakeld is. Ook vanuit de POH ouderenzorg is dit het geval, met name gericht op het zo lang mogelijk thuis laten wonen van de oudere en om preventief te werken op het gebied van zorg, wonen en welzijn. Binnen het Sociaal Team is dit wat minder. Omdat hier vaak de casussen binnen komen waar al problemen zijn en nauwelijks nog preventief gewerkt kan worden maar meestal alleen oplossend. Tevens zijn de wijkvpk. gestart met het standaard afnemen van meetinstrumenten bij intakes om bepaalde zaken nog beter in kaart te brengen.
<b>Heer</b>	Ingaan op alle “niet pluis” meldingen en juiste vorm van hulp zoeken. Veel op huisbezoek gaan bij cliënten, die bekend staan als kwetsbaar. Samenwerking in deze met hulpverlening op ander gebieden, zoals Mondriaan, WMO, CIZ, Trajekt, huisarts, collega’s eigen organisatie.
<b>De Heeg</b>	De samenwerking met het Hegeneerke (zorgkroeg in de Boeckel) is geïntensiveerd. Er vinden thema avonden plaats en er is een middag een gezondheidscheck georganiseerd voor de bewoners van de Heeg en omliggende wijken. Samenwerking met de huisartsen is per huisarts verschillend. In principe iedere 2 a 3 maanden een cliëntenoverleg en indien nodig tel. contact voor overleg. Tevens loopt in de Heeg nu casemanagement kwetsbare ouderenzorg bij een huisarts waardoor samenwerking met deze huisarts wekelijks plaatsvindt.
<b>Heugem/Randwyck</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eind 2018 is in samenwerking met buurtbewoners een huiskamerproject opgezet.</li> <li>- Samenwerking met sociaal team en ingaan op eventuele hulpvragen</li> <li>- Preventieve huisbezoeken bij eenzame ouderen</li> <li>- Monitoring wijkverpleegkundige ter voorkoming van verergering</li> <li>- Samenwerking casemanager dementie/Wmo</li> <li>- Alarmering cliënten in kaart brengen door wijkvp.</li> <li>- Cursus positieve gezondheid die wijkvp gaat volgen en hier nog meer op kan sturen</li> </ul>
<b>Scharn-Amby</b>	Cliënten sneller bezoeken, op casuïstiek/aanvraag ingebracht door derden, om zo adequater, sneller en preventief zorg te leveren. Dit door bijv. een stukje monitoring of een hulpmiddel in te zetten voordat cliënt evt. echt formele zorg nodig gaat hebben. Het betrekken van het huidige (en mogelijke) eigen netwerk van de cliënt zal er ook voor zorgen dat er

	een vangnet ontstaat, mocht de casus verslechteren. Er kan dan met zoveel mogelijk informatie sneller gehandeld worden. Verder door goed contact met huisartsen, vroegtijdige inzet bij cliënten thuis, om begeleiding in te zetten.
<b>Ceramique / Heugemerveld</b>	Casemanager Dementie wordt vroegtijdig ingezet, er is contact met de dagbesteding van Koepelhof en de HZ voor vroegtijdige signalen. Er zeker nog winst te behalen uit inzet Ergo/fysio/diëtiste en inzet van hulpmiddelen zoals Medido. Een geschiktere locatie van het wijkgebouw zou inloop en contact met de buurt verbeteren.

#### 4. WELKE RESULTATEN WORDEN MET BOVENSTAANDE BEHAALD EN WAARUIT BLIJKT DAT?

<b>MAASTRICHT</b>	
<b>Blauwdorp-Mariaberg</b>	<p>Middels huisje/wijkpunt zijn de wijkverpleegkundigen zichtbaar in de wijk waardoor mensen snel langskomen en de wijkvp. snel kunnen anticiperen op vragen of bijv. zorgen over burens, vragen over gezondheid of regelzaken.</p> <p>Met name middels het huisje krijgen de wijkvp. verbondenheid onder mensen en zijn ze bereid om elkaar te helpen zonder dat ze als wijkvp hiervoor iets hoeven te doen.</p>
<b>Pottenberg-Brusselsepoort/Belfort</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Stabiliseren of vergroten van mentale, fysieke en sociale evenwicht van wijkbewoners</li> <li>✓ Er is aandacht voor gezond eten, bewegen en valpreventie</li> <li>✓ Eenzaamheid wordt verminderd</li> <li>✓ Betere samenwerking tussen (vrijwilligers) organisaties waarbij men sneller, effectiever tot de juiste ondersteuning komt</li> <li>✓ Zichtbaarheid van de wijkverpleegkundige in Pottenberg</li> </ul>
<b>Caberg-Malberg</b>	Door preventief te werken worden problemen zichtbaar gemaakt waardoor tijdig actie ondernomen kan worden, bijvoorbeeld bij cliënten die een zelfstandigheid tekort hebben m.b.t. de ADL en medicatiezorg kan soms door het inzetten van hulpmiddelen en/of aanpassingen de zelfredzaamheid worden vergroot waardoor de zorginzet uiteindelijk kan worden gerealiseerd.
<b>Daalhof / Hazendans Wolder/ Biesland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stabilisatie van de thuissituatie waardoor rust is ontstaan bij de cliënt en familie en overbelasting wordt tegengegaan.</li> <li>- Cliënten worden, indien nodig, multidisciplinair benaderd.</li> <li>- Inzet van (digitale en praktische) hulpmiddelen laat regelmatig afbouw van zorg zien; zelfredzaamheid wordt vergroot. Cliënten waarderen het dat zij hierdoor weer onafhankelijk of minder afhankelijk worden van Envida.</li> <li>- Achteruitgang van lichamelijke en psychische problemen bij cliënten worden sneller gesignaleerd door de goede samenwerking en het preventieve werken.</li> <li>- Meer aandacht voor gezondheid en welzijn van cliënten. Zeker sinds de komst van de social worker en MMZ-medewerker.</li> </ul>
<b>Centrum Boven- Sint Pieter/Boscherveld</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vergroten van de zichtbaarheid van Envida en Sociaal Teams(s) waardoor wijkbewoners sneller de weg weten te vinden bij (zorg/hulp-) vragen.</li> <li>- Vergroten van de toegankelijkheid van de Sociale Teams en Envida wijkzorg.</li> <li>- Goed lopend aanbod van zorg- en hulpvragen.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Burgers bevestigen in hun veerkracht, eigen regie en behoud van zelfstandigheid met name door het inzetten van druppel hulpmiddelen na staaroperaties, inzetten van hulpmiddelen om steunkousen aan/uit te trekken en door veilig en verantwoord thuis kunnen blijven wonen door kleine gerealiseerde aanpassingen als beugels in de douche/toiletruimte, drempel hulpen, personenalarmering en Phoniro.</li> <li>- Toename zelfredzaamheid en zelfstandig blijven wonen van burgers.</li> <li>- Verbinden van netwerkpartners met als doel op maat te verwijzen of zorgaanbod te doen.</li> <li>- Netwerkpartners weten ons sneller te raadplegen en vice versa.</li> <li>- Meer afstemming tussen netwerkpartners: aanvullen en elkaar versterken; dit blijkt uit positieve feedback van huisartsen na bijv. terminale zorg etc.</li> <li>- Vaker samen met huisarts, POH of ergotherapeut op huisbezoek gaan in het kader van samenwerken en afstemmen en goede kwaliteit van zorg.</li> <li>- Positieve feedback van cliënten/familie en buurtbewoners.</li> </ul>
<p><b>Nazareth-Limmel</b></p>	<p>Het Koffieheukske is opgestart in de wijk Nazareth, op donderdag is de handwerkclub in het Koffieheukske. Buurtbewoners zijn bekend met het sociaal team en weten waar ze vragen kunnen stellen, hierdoor kunnen escalaties voorkomen worden, cliënten zijn eerder in beeld en er kan eerder geanticipeerd worden op de situatie. Bijvoorbeeld: vervuiling van een huis, verwaarlozing van zichzelf, ouderen mishandeling etc. Resultaten zijn nu voornamelijk op clientniveau, het voorkomen van escalatie, het voorkomen van inzetten van formele of duurdere zorg en meer zelfredzame cliënten.</p>
<p><b>Wittevrouwenveld/ Wyckerpoort</b></p>	<p>De wijkverpleegkundige/'POH ouderenzorg' wordt tijdig ingelicht door huisarts, buurtbewoners, wijkagent, leden Sociaal Team en/of andere netwerkpartners om bij een cliënt langs te gaan, en kan daardoor vaak met minimale ondersteuning preventief werken, erger voorkomen of inzet van meer zorg voorkomen. Ook wordt er meer gebruik gemaakt van inzet hulpmiddelen om de client zelfredzaam te maken of behouden. Bij bv zorgvragen als kousenzorg of oog zalven of adl/pv wordt standaard de ergocoach uit het wijkteam ingezet en wordt er standaard eerst mbv hulpmiddelen geprobeerd iemand zelfstandig te houden alvorens zorg structureel te starten. En dan monitort de wijkverpleegkundige regelmatig en legt samen met andere disciplines een huisbezoek af of zet bv een ergotherapeut in om preventief interventies in te zetten.</p> <p>Als 'POH ouderenzorg' brengen de wijkverpleegkundigen i.s.m. de huisartsen alle kwetsbare ouderen tijdig in kaart waarbij ze monitorings- of preventieve huisbezoeken afleggen op het gebied van zorg, wonen en welzijn. Dit draagt bij om ervoor te zorgen dat cliënten (o.b.v. hun eigen wensen en behoeften) zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven functioneren/ wonen en dat escalaties worden voorkomen.</p> <p>Meerwaarde van de samenwerking met het ST is de korte lijnen die men met elkaar heeft (wijkverpleegkundige/'POH ouderenzorg', wijkagent, radar, Levanto, Trajekt, MEE, maatschappelijk werk, opbouwwerker, team jeugd, veiligheidshuis, kredietbank, WSP, etc). Men kan elkaar voorzien van tips/adviezen, casussen kunnen meteen opgepakt worden (vaak wordt dit door duo's gedaan om van elkaar te leren/mee te kijken).</p>

<b>Heer</b>	Is verschillend. Soms zie je meteen resultaat. Zoals huishoudelijke hulp of thuisbegeleiding inzetten. Of dagopvang of eten in verpleeghuis. Soms is situatie niet te veranderen.
<b>De Heeg</b>	Met de eerder genoemde activiteiten worden kwetsbare mensen in kaart gebracht en gevonden. Daarnaast worden cliënten met een alarmering nu ook in kaart gebracht.
<b>Heugem / Randwyck</b>	Resultaten nu vooral op cliëntniveau. Voorkomen van escalatie, voorkomen inzet formele zorg/ duurdere zorg. Meer zelfredzame cliënten, inzet positieve gezondheid, vermindering eenzaamheid door huiskamerproject.
<b>Scharn-Amby</b>	Met het inzetten van preventieve activiteiten voorkom je een mogelijk sociaal isolement en bevorder je de zelfregie (inzet hulpmiddelen zonder indicatie). Ook overbelasting mantelzorgers wordt voorkomen. Tevens wordt hierdoor inzet van formele cq duurdere zorg voorkomen. De lijnen naar de juiste hulpverlener worden korter, waardoor je sneller en efficiënter een casus in beeld krijgt.
<b>Ceramique / Heugemerveld</b>	

## 5. KUN JE KANSEN EN UITDAGINGEN VOOR JOUW PREVENTIE-TAKEN BENOEMEN?

<b>MAASTRICHT</b>	
<b>Blauwdorp-Mariaberg</b>	<p>Ook dit jaar hebben we voor 22 studenten van Zuyd Hogeschool een scholing verzorgd omtrent voeding en eenzaamheid. Hopelijk heeft dit op lange termijn een positieve invloed op zowel preventie als het werven van jongeren voor de zorg.</p> <p>Daarnaast zien we kansen om intensiever met de huishoudelijke zorg te gaan samenwerken. De huishoudelijke zorg signaleren veel zaken waar wijkverpleegkundigen op kunnen inspringen. Hierdoor kunnen onze preventieve activiteiten worden uitgebreid. Momenteel zijn middels een pilot 3 collega's huishoudelijke zorg toegevoegd aan ons team zij verrichten 80% huishoudelijke taken en 20% taken op het gebied van welzijn. 2 keer per maand in er een inloopspreekuur voor de medewerkers van de huishoudelijke zorg. Dit geeft hun de mogelijkheid om te overleggen omtrent cliënten.</p>
<b>Pottenberg-Brusselsepoort / Belfort</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uitdagingen zitten in het stimuleren van de wijk bewoners van deze aandachtswijk om meer gezond gedrag te gaan vertonen.</li> <li>- Meer gebruik maken van WMO voorzieningen om bij wijkbewoners het fragiele fysieke, mentale en sociale evenwicht te optimaliseren door meer inzet van WMO/ WLZ faciliteiten.</li> <li>- Bewoners motiveren om reeds bestaande laagdrempelig activiteiten binnen buurtvoorzieningen (zoals de Romein, buurtbrok en koffie uurtje en de soos Belfort) te bezoeken om vereenzaming te voorkomen.</li> </ul>
<b>Caberg-Malberg</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Netwerkrelaties met andere disciplines opbouwen en onderhouden.</li> <li>- Een uitdaging is om meer gezond gedrag te vertonen, zowel bij cliënten als collega's.</li> <li>- Kwetsbare cliënten tijdig in kaart brengen, onder andere middels het Sociaal team plus.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle werkzaamheden (waaronder preventie) beter in de werktijden verdelen.</li> </ul>
<b>Daalhof / Hazendans Wolder / Biesland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het is voor ons een uitdaging om als team om te leren gaan met de stijging van de problematiek bij cliënten op meerdere leefgebieden, zoals verslaving, verwaarlozing, agressie en psychiatrische ziektebeelden.</li> <li>- Het structureel blijven kijken naar hulpmiddelen die zelfredzaamheid bevorderen.</li> <li>- Kwetsbare ouderen en mensen in de wijk eerder in beeld krijgen.</li> <li>- Het inbedden van het gedachtegoed van Positieve Gezondheid in onze dagelijkse zorgverlening.</li> </ul>
<b>Centrum Boven- Sint Pieter / Bosscherveld</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Netwerkrelaties uitbouwen en onderhouden.</li> <li>- Net als vorig jaar: bouwen aan een stabiel netwerk van vrijwilligers.</li> <li>- Praktisch aan de slag gaan in het hart van het appartementencomplex Sint Servaasbolwerk met de thema's wonen/zorg en welzijn door het aanbieden van koffie momenten, spreekuren, inloopmomenten, lezingen, themabesprekingen over eenzaamheid, gezond oud(er) worden, burenccontact onderhouden, betekenisvol leven etc.</li> <li>- Focus op verbinden van buurtbewoners met faciliteiten als dagbesteding Envida, deelname aan het samen eten in de 2 open restaurants (Larisa en Lenculenhof).</li> <li>- Preventie is ook bouwen aan gezonde teams; hier liggen kansen. De focus ligt momenteel op het inrichten en betrekken van een ruime werkplek waar collega's welkom zijn, kunnen zitten, delen en samen eten.</li> <li>- Positieve Gezondheid nog meer verankeren in de wijkteams, in eerste instantie beleef je zelf de effecten van zelfreflectie (d.m.v. het invullen van het spinnenweb/je eigen gezondheidsoppervlak en het formuleren van een veranderwens) en vervolgens kun je deze principes toepassen bij je collega's, het hele wijkteam en naar (potentiële) cliënten.</li> </ul>
<b>Nazareth-Limmel</b>	<p>In Limmel is een 'nieuw centrum' gebouwd, het Hoolhoes. Wijkverpleegkundige ziet de uitdaging om hier ook een keer per week gevestigd te worden voor spreekuur/inloop in het kader van herkenbaarheid in de wijk en voorliggend problemen op te pakken.</p>
<b>Wittevrouwenveld / Wyckerpoort</b>	<p>Er liggen nog veel kansen mbt project Blauwe Zorg, waarbinnen ook met name de ggz-pijler in deze wijk belangrijk is en daarnaast thema's als valpreventie en eenzaamheid.</p> <p>Met name het ontschotten van de zorg en kunnen kijken naar wat is nodig en dit kunnen inregelen zonder de enorme bureaucratie zou een grote winst zijn.</p>
<b>Heer</b>	<p>Uitdaging is om met name de psychiatrische cliënt meer ondersteuning te kunnen bieden. Dit kost veel tijd en knowhow. De tijd ontbreekt soms om daar veel energie in te steken. Bovendien is deze groep meestal ook niet gediend van hulpverlening.</p>
<b>De Heeg</b>	<p>De kwetsbare ouderen (zonder zorgvraag) worden thuis bezocht. Bij navraag worden huisbezoeken om deze reden gewaardeerd door de mensen. De overige kwetsbare mensen vinden steeds gemakkelijker de weg naar het Sociaal Team, te zien aan de aanvragen en de geboden activiteiten/oplossingen. Deze liggen op het gebied van voedselpunt,</p>



	vrijwilligers voor boodschappen, dagbesteding. Deze activiteiten blijven dan ook de kansen en uitdagingen.
<b>Heugem / Randwyck</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opzetten uitgebreide sociale kaart</li> <li>- Samenwerking met social worker, hierdoor kunnen we sneller de juiste zorg/vraag op het juiste moment inzetten</li> <li>- Meer mogelijkheden qua VPT inzetten</li> <li>- Eventueel wijkverpleegkundige ouderenzorg gekoppeld aan huisarts.</li> </ul>
<b>Scharn-Amby</b>	<p>Stimuleren van gezond gedrag en zelfredzaamheid en betrekken van eigen netwerk van cliënten hierbij. Burgers in de wijk, mogelijk nieuwe zorgvragers, meer informeren over de mogelijkheden binnen de wijk om de zelfredzaamheid te bevorderen.</p> <p>Tevens willen we opnieuw gaan bekijken wat er mogelijk is voor een ontmoetingsplek voor bewoners in de wijk.</p>
<b>Ceramique / Heugemerveld</b>	Doel is een betere samenwerking waardoor juiste zorg op de juiste plek en tijd komt.



## 6. HOEVEEL UUR PER WEEK BESTEED JE ONGEVEER AAN JE PREVENTIE TAKEN?

<b>MAASTRICHT</b>	
<b>Blauwdorp-Mariaberg</b>	Moeilijk te zeggen ik schat dat 8 uur per week bezig ben met preventieve taken.
<b>Pottenberg-Brusselsepoort / Belfort</b>	Gemiddeld 10 uur per week. Minimaal 5 uur aan overige benoemde wijkgerichte activiteiten ter (preventieve) bevordering van de gezondheid van wijkbewoners (zoals aanwezigheid in de buurtbrok en koffie uurtje). Ergocoach gemiddeld 2 uur per week. Dagelijks op clientniveau, minimaal 3 uur per week. Overleggen met huisartsen en andere samenwerkingspartners.
<b>Caberg-Malberg</b>	Dit kunnen wij niet specifiek beantwoorden omdat het een onderdeel is van de wijkverpleegkundige taken, waarbij je zelfs preventief werkt tijdens de cliëntenzorg. Naar grove schatting is een wijkverpleegkundige meer dan de helft van haar contractuele uren kwijt met preventieve taken.
<b>Daalhof / Hazendans Wolder / Biesland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergocoach taken gemiddeld 2 uur per week</li> <li>- Overleggen met huisartsen 2 uur per week</li> <li>- Overleggen/contact met Social Worker en MMZ-medewerker 2 uur per maand</li> <li>- Daarnaast zijn alle collega's van het team tijdens hun dagelijkse werkzaamheden continu bezig met preventief werken, dit is in uren niet uit te drukken</li> </ul>
<b>Centrum Boven- Sint Pieter / Bosscherveld</b>	Preventieve taken zijn verweven met de andere taken die wij uitvoeren (bijv. gesprek met echtgenote van een cliënt met de ziekte Van Parkinson waarin mevr. aangeeft overbelast te zijn; hier is dagelijks aandacht voor i.v.m. monitoring van de situatie) Dit is moeilijk in tijd uit te drukken. Sociaal teams: 8 uur per week. Positieve Gezondheid: vanaf oktober 2021 besteedt de projectleider 20 tot 24 uren per week hieraan. Project Sint Servaasbolwerk: 1 à 2 uren per week vanaf oktober 2021. Wijkverpleegkundige in keten complexe ouderenzorg: 5,5 uur per week.
<b>Nazareth-Limmel</b>	Dit is moeilijk te beantwoorden omdat preventief werken een onderdeel is van al je bezigheden als wijkverpleegkundige. Als je specifiek preventief werken wilt benoemen qua tijd onder de noemer van POH ouderenzorg of sociaal team is de schatting ongeveer 3 tot 6 uur per week.
<b>Wittevrouwenveld / Wyckerpoort</b>	Dit kunnen wij niet specifiek beantwoorden omdat het een onderdeel is van de dagelijkse wijkverpleegkundige taken, waarbij je zelfs preventief werkt tijdens de cliëntenzorg. En doordat de 'POH ouderenzorg' ook vaak overvloeit in de wijkverpleegkundige taken, ondanks dat 90% van de cliënten nog niet in zorg is, is dat moeilijk uit te drukken in uren. Naar grove schatting is hier de wijkverpleegkundige de helft van haar contractuele uren kwijt met preventieve taken. Sociaal team neemt gemiddeld 3 a 4 uur per week in beslag, uiteraard sommige weken meer wanneer er spreekuur gedraaid wordt of telefoondienst of wanneer er meerdere complexe casussen aangemeld zijn.
<b>Heer</b>	Moeilijk te zeggen. Als lid van de vakgroep astma-COPD en diabetes wordt ook preventief gewerkt.

<b>De Heeg</b>	Gemiddeld spenderen de wijkverpleegkundigen in de Heeg 4 a 5 uur aan preventieve zaken.
<b>Heugem / Randwyck</b>	Moeilijk in te schatten, omdat het een onderdeel is van de functie. +/- 8 uur per week.
<b>Scharn-Amby</b>	Wijkgericht/preventief werken neemt gemiddeld 3u per week in beslag. Als wijkverpleegkundige zijn wij vooral bezig met preventieve taken. Het bevorderen van de zelfredzaamheid is een belangrijke pijler in de tegenwoordige, dagelijkse inzet van onze functie.
<b>Ceramique / Heugemerveld</b>	We besteden gemiddeld 4 uur per week aan preventie d.m.v. huisbezoeken, evaluaties, intakes.

## 7. KUN JE DIT WERK OP EEN ONAFHANKELIJKE MANIER UITVOEREN? (ZO NEE, WAAROM NIET?)

<b>Maastricht</b>	
<b>Blauwdorp-Mariaberg</b>	De wijkvp heeft een onafhankelijke rol, we voelen geen druk van onze organisatie.
<b>Pottenberg-Brusselsepoort / Belfort</b>	Ja.
<b>Caberg-Malberg</b>	Ja, als wijkverpleegkundige bepaal je welke discipline wordt geraadpleegd of ingezet in het belang van de cliënt, waarbij je niet organisatie gebonden bent. Er wordt een gevoel ervaren dat we volledig whitelabel kunnen en mogen werken.
<b>Daalhof / Hazendans Wolder / Biesland</b>	Ja.
<b>Centrum Boven- Sint Pieter / Bosscherveld</b>	Wij zijn gebonden aan de kaders van wet- en regelgeving (ZVW, WLZ en WMO, Wet Zorg en Dwang) en we zijn gebonden aan de kaders/beleid en afspraken van onze zorgorganisatie met andere partijen.
<b>Nazareth-Limmel</b>	Ja. De werkzaamheden kunnen onafhankelijk worden uitgevoerd binnen gestelde kaders ( kaders van wet- en regelgeving en de kaders/beleid en afspraken van onze zorgorganisatie ).
<b>Wittevrouwenveld / Wyckerpoort</b>	Ja, als wijkverpleegkundige bepaal je welke discipline wordt geraadpleegd of ingezet in het belang van de cliënt, waarbij je niet organisatie gebonden werkt. Het belang van de client staat voorop. De werkzaamheden kunnen onafhankelijk worden uitgevoerd binnen gestelde kaders.
<b>Heer</b>	Ja. Dat gaat goed.
<b>De Heeg</b>	Ja.
<b>Heugem / Randwyck</b>	Ja.
<b>Scharn-Amby</b>	Ja.
<b>Ceramique / Heugemerveld</b>	Ja, we kunnen onafhankelijk ons werk doen



## HEUVELLAND GEMEENTES

### 1. HOE IS DE SAMENWERKING MET HET SOCIAAL TEAM EN DE HUISARTS INGERICHT?

HEUVELLAND	
<b>Gulpen-Wittem / Vaals</b>	<p>In Mechelen is er 1 keer per 6 weken een hometeam overleg met verschillende disciplines zoals: huisartsen, verpleegkundig specialist, maatschappelijk werk, casemanager dementie, coördinator welzijn, clientadviseur, wijkverpleegkundige en ergotherapeut.</p> <p>Wijkverpleging en huisartsen in Mechelen hebben zeer korte lijntjes, weten elkaar telefonisch ook altijd te vinden en te bereiken tussen de Hometeam overleggen door.</p> <p>Ook in Gulpen worden er 1x per 6 weken MDO's gehouden waarbij de op dat moment nodige disciplines aan deelnemen. Daarnaast wordt er zo nodig contact met elkaar onderhouden. De lijntjes tussen ons en de huisartsen zijn kort.</p> <p>In Vaals werken de wijkverpleegkundigen nauw samen met de casemanager dementie, POH en social worker om de cliënten en diens mantelzorgers o.a. op het gebied van preventief te kunnen ondersteunen d.m.v. voorlichting / begeleiding.</p> <p>Wijkverpleegkundigen sluiten op aanvraag of op eigen verzoek aan bij Het overleg van het sociaal team.</p> <p>Er is een werkgroep 'Een tegen eenzaamheid' opgestart in Vaals waar o.a. ook wijkverpleegkundigen, casemanager dementie, social worker aan deelnemen maar ook WMO consulentes, Zij Actief, de Zonnebloem om de eenzaamheid in Vaals aan pakken.</p> <p>Verder is er een 2-jaarlijks overleg met de apotheek.</p>
<b>Valkenburg / Broekhem / Berg en Terblijt / Houthem / Sibbe</b>	<p>De samenwerking met het sociaal wijkteam en de huisarts is goed. We hebben eenmaal per 4 weken een sociaal team 2.0 waarbij een kleinere groep mensen deelneemt zoals MEE, Trajekt, de BOA en de wijkverpleging. Hierbij worden casuïstiek besproken die van belang zijn. Spoedcasussen worden eerder individueel met de desbetreffende instanties opgepakt. Het sociaal wijkteam is nu onder</p> <p>Daarnaast is er ook 1x per 3 maanden een groot sociaal team waarbij meer instanties worden uitgenodigd zoals de politie, woningbouw verenigingen en de kredietbank.</p> <p>Overleg met huisartsen vindt ook geregeld plaats, de frequentie hiervan verschilt per huisartsenpraktijk, normaliter 1x per 6 weken. Ook hier wordt er bij spoed of vragen tussendoor onderling (telefonisch) contact gelegd.</p> <p>Tevens vindt er 4x per jaar een BRT (burenruzieteam) plaats, hier zitten woningvereniging, politie, maatschappelijk werk, veiligheidshuis, MEE aan.</p> <p>Het Palli-initiatief is sinds vorige jaar gestart. Een soort "Patz light" team, waarin o.a. huisartsen, hospice en WVP's zitting hebben, om casussen wat betreft palliatieve zorg te bespreken en om in deze casussen de zorg nauwkeuriger op elkaar te kunnen afstemmen. Deze samenwerkingsrelatie wordt als erg positief ervaren door alle betrokken partijen.</p>

<p><b>Meerssen/Rothem/ Ulestraten</b></p>	<p><b>Sociaal team</b> 6 keer per jaar vindt het sociaal team plaatst dit overleg is met alle ketenpartners van de gemeente Meerssen, genaamd het sociaal team. Tijdens dit overleg wordt casuïstiek, activiteiten, knelpunten besproken die in de wijk Meerssen spelen. Deze overleggen vinden plaatst in de Hoeskamer van Envida.</p> <p><b>Huisarts</b> Samenwerking tussen de huisartsen en wijkverpleegkundigen is goed ingeregeld. HA weet ons te vinden, we bellen regelmatig met elkaar over casuïstiek. Bij de huisarts in Ulestraten vindt er 1x per 6 weken een MDO plaats. Het kan voorkomen dat we eerder samen komen voor een familiegesprek bij de huisarts. Bij de 2 huisartsen in Meerssen vindt 1x per 3 maanden een MDO plaats. Bij de huisartsen zijn de fysio, ergo en casemanager dementie aanwezig tijdens het MDO. Een van de wijkverpleegkundigen Meerssen is tevens POH van een van de huisartspraktijken, dit zorgt voor korte lijntjes.</p>
<p><b>Margraten / Cadier en Keer / Banholt / Mheer</b></p>	<p>Het sociaal team is goed telefonisch bereikbaar. We benaderen hun via telefoon of per mail. Zo nodig sluiten ze ook aan bij een cliëntoverleg/MDO. Onze social worker, verbonden aan Envida, is veel betrokken bij de wijken en de gemeente. Hier ondervinden wij veel steun aan. Indien cliënten baat hebben aan een social worker is er laagdrempelig contact met de social worker en wordt er ofwel preventief gekeken naar mogelijkheden van een cliënt of er worden interventies ingezet. Met regelmaat hebben we overleg met onze social worker om te bespreken wat er in de wijk gebeurt en waar behoefte aan is. Zij kijkt vervolgens met ons samen hoe we dit kunnen aanpakken. Daarnaast is er goed contact met de huisarts in de wijken. Elke 4 weken is een MDO gepland waarbij verschillende disciplines betrokken zijn. Vaak zijn hier de 2 huisartsen, praktijkondersteuner, wijkverpleegkundige, SOG, fysiotherapeut, ergotherapeut en casemanager dementie standaard bij betrokken. Buiten de MDO's is met deze disciplines ook laagdrempelig contact.</p>
<p><b>Eijsden-Gronsveld</b></p>	<p>In Eijsden en Gronsveld hebben we één keer per zes weken een MDO met drie van de vier huisartsenpraktijken. Hier sluit ook de POH en casemanager dementie bij aan. Naast deze MDO's is er laagdrempelig contact met de huisartsen werkzaam in deze praktijken. Met de andere huisartsenpraktijk in Eijsden hebben we geen MDO, maar wel laagdrempelig contact. Onze social worker heeft wekelijks contact met het sociaal team. Hierin worden de lopende projecten, activiteiten in voorliggend veld, inzet van vrijwilligers, hulpvragen van sociaal team en opstarten van eventuele nieuwe initiatieven besproken. Daarnaast loopt er sinds eind 2020 in Eijsden het lokale netwerk samenhangende ouderenzorg, gesubsidieerd door ZonMw vanuit het Sociaal Centrum Eijsden (SCE). Hier zijn zowel professionele disciplines gezondheidszorg als vrijwilligers vanuit de wijk bij betrokken (Envida: wijkverpleegkundigen en social worker, Gemeente: participatie- en buurtcoach, fysio- en ergotherapeuten, POH Huisartsenpraktijken, Radar, Zonnebloem). We komen 1x per 6/8 weken samen met de gehele groep, tussendoor wordt er in kerngroepen gewerkt aan de</p>

	<p>onderwerpen valpreventie en onderlinge samenwerking voor de doelgroep thuiswonende ouderen.</p>
<b>Bunde-Geulle</b>	<p>Met de teams van Meerssen en omgeving hebben we om de 6-8w een sociaal team. Dit sociaal team bestaat uit bijvoorbeeld medewerkers van Envida HH, Zuyderland HH, MEE, POH van verschillende huisartspraktijken, collega wijkverpleegkundigen van Buurtzorg, WMO, social workers etc. Hier wordt voornamelijk op casuïstiek niveau gesproken. 1x per 3 maanden is er ook een overleg bij de gemeente vanuit de WMO waar veel algemene mededelingen ter tafel komen. Daarnaast hebben we iedere 6 weken een MDO per praktijk met de huisartsen uit de wijk. Hier sluit ook de POH, ergotherapie, fysiotherapie, SOG en casemanager dementie bij aan. Ook hier wordt er bij spoed of vragen tussendoor onderling (telefonisch) contact gelegd.</p> <p>De samenwerking met de huisarts in Geulle is anders ingericht, hier worden de MDO's alleen met de POH 3x per jaar gehouden. Met de huisartsen is er enkel telefonisch contact als er dringende zaken zijn.</p>

## 2. HOE VERLOOPT DE SAMENWERKING, WAAR ZIE JE KANSEN EN UITDAGINGEN?

<b>HEUVELLAND</b>	
<b>Gulpen-Wittem / Vaals</b>	<p>De samenwerking met andere disciplines in zowel Mechelen als Gulpen verloopt goed. We zien wel nog kansen voor nieuwe projecten zoals bijvoorbeeld het opzetten van een PATZ groep. De wijkverpleegkundigen van Mechelen gaan op korte termijn mee naar MDO's van huisartsen in Gulpen en wijkverpleegkundigen die cliënten hebben van huisartsen in Mechelen nemen deel aan de MDO's in Mechelen.</p> <p>In Vaals zijn er korte lijntjes met de verschillende disciplines en instanties en is het door interprofessionele samenwerking mogelijk om op de juiste manier preventie te kunnen bieden aan cliënten. Er liggen wet nog kansen en uitdagingen op het vlak van samenwerking met de huisartsen om op een lijn te komen m.b.t. inzet van zorg en preventie.</p>
<b>Valkenburg / Broekhem / Berg en Terblijt / Houthem / Sibbe</b>	<p>De samenwerking verloopt goed, maar kan altijd nog beter. Het sociaal team is, zoals ook al bovenstaand benoemd wordt, gereduceerd in de deelnemende partijen. Op aanvraag kunnen andere partijen ook gevraagd worden incidenteel aan te sluiten. Dit kunnen partijen zijn die alleen in het grote sociale team deelnemen of nog instanties daarbuiten (in overleg).</p> <p>De lijntjes liggen er in ieder geval en dat is al fijn. Verder is Valkenburg zijn we bezig met een Hoeskamer in de Kloosterkerk. Een locatie waar eenzame en/of kwetsbare medemensen iedere donderdagmiddag terecht kunnen voor een kopje koffie ,een praatje, een spelletje of iets dergelijks. Ook dit is een samenwerking tussen een aantal initiatiefnemers (waaronder WVP's Valkenburg, medewerkers Kloosterkerk) vrijwilligers. De hoeskamer loopt erg goed. Een gros van de mensen weet ons al te vinden en zijn ook erg blij dat ze kunnen aansluiten bij dit initiatief. Natuurlijk heeft de hoeskamer ook een tijdje stop gelegen door de Coronacrisis. Begin September zijn we</p>



	<p>hiermee weer gestart en de behoefte van de mensen om weer te komen was erg aanwezig.</p> <p>In Berg en Terblijt is er tevens gestart met een huiskamer.</p> <p>Er wordt gekeken waar de behoefte ligt van de mensen en welke activiteiten hier gepland kunnen worden.</p> <p>Samenwerking met de huisartsen verloopt ook goed, echter verschilt dit wel per huisartsenpraktijk. Bij sommige praktijken zou de frequentie van de overleggen beter kunnen, dit zou ook uitgebreid kunnen worden naar 1x per 6 weken.</p> <p>Als er een casus is, waarbij meerdere partijen betrokken zijn, is niet altijd geheel duidelijk wie casemanager is. We merken wel al dat dit een stukje verbeterd is door onderling goed overleg te voeren. Toch is ook nog niet altijd duidelijk wie überhaupt betrokken is bij de casus. Dit zou altijd nog beter kunnen.</p> <p>Wat betreft de samenwerking met de casemanagers dementie, gaat deze eigenlijk prima. Het betreft hier dan voornamelijk de samenwerking tussen casemanager en wijkverpleegkundige. We zijn gezamenlijk bezig om ook het team hierbij meer te betrekken waarbij ook zij de samenwerking zullen opzoeken met de casemanagers en visa versa.</p> <p>Verder zien wij nog kansen in een nauwere samenwerking tussen WVP's, ergo coaches en ergotherapeuten. De ergo coaches zijn voor de coronacrisis gestart met een plan van aanpak om hier beter op in te spelen. Dit zou dan voornamelijk inhouden, hoe de invulling van de ergocoaches verbeterd zou kunnen worden. Echter is dit niet meer geheel opgepakt. Hier willen we dan ook graag weer mee starten.</p> <p>WVP van Houthem zit daarnaast nog in de werkgroep Geestelijke zorg 1e lijn. Dit is een werkgroep die bezig is met het inventariseren van hoe invulling te geven aan levensvragen die bij cliënten spelen en hoe hierop te kunnen anticiperen. Ook hier zijn de ervaringen positief.</p>
<p><b>Meerssen / Rothem / Ulestraten</b></p>	<p>Samenwerking verloopt goed, zowel met sociaal team alsook met de huisarts. In de wijken is de wijkverpleegkundige zichtbaar en werken samen met partners in de wijk.</p> <p>Samenwerking met ergo en fysio loopt nu heel goed, we hebben laagdrempelig contact en weten elkaar goed te vinden. Daarbij is de samenwerking met de zorgboerderij/dagopvang sinds enkele jaren ook een stuk beter. De doelen worden samen besproken met de client, collega van de zorgboerderij en de wijkverpleegkundige, dit vindt plaats op de zorgboerderij.</p> <p>Binnen de wijk zijn social workers betrokken waardoor ook meer zorg ingezet kan worden op psychosociale problematiek.</p> <p>Kans: Terugkoppeling vanuit iedere discipline, zodat duidelijk is welk beleid er is besproken met de client en de discipline. Zodat duidelijk wordt wie betrokken is bij welke client, zodat we de sociale kaart goed in beeld kunnen krijgen van de client.</p>
<p><b>Margraten / Cadier en Keer / Banholt / Mheer</b></p>	<p>In Margraten ligt het wijkgebouw centraal in Margraten.</p> <p>Wijkverpleegkundigen kunnen op deze manier goed zichtbaar zijn voor collega's op route. Daarnaast kan middels telefonisch contact en video bellen vaak laagdrempelig contact gelegd worden. Dit maakt dat snel en efficiënt zaken opgepakt kunnen worden.</p>

	<p>Cadier en Keer heeft ook een eigen kantoor in hetzelfde gebouw als de huisarts.</p> <p>In Sint Geertruid ligt het kantoor van Banholt/Mheer, ook in hetzelfde gebouw als de huisarts. In het Heuvelland is de reisafstand soms een uitdaging. Disciplines zoals social work of het sociaal team zijn niet altijd in de buurt. Laagdrempelig binnen lopen is daarom wat lastiger. Daarom worden de overlegmomenten digitaal gepland en dit verloopt goed. Het vraagt wat meer planning, maar komt ten goede van efficiënte tijdsindeling. Er is immers geen reistijd. Hierdoor verloopt het contact met de huisartsen laagdrempelig. Wij als wijkverpleegkundigen komen vaak samen in het wijkgebouw in Margraten. Er liggen nog uitdagingen in het elkaars inzien van rapportages tussen de wijkzorg en de huisartsenzorg, maar ook bij andere disciplines die betrokken zijn bij de cliënt. De zorg zou hierdoor nog efficiënter verlopen en zorg kan makkelijker op elkaar aangepast worden.</p>
<b>Eijsden-Gronsveld</b>	<p>We zijn tevreden over de samenwerking met de huisartsenpraktijken in ons gebied, en de samenwerking tussen onze social worker en het sociaal team. Daarnaast zijn we in Eijsden heel enthousiast over het lokale netwerk, omdat dit de samenwerking met alle partners in de wijk flink bevordert en het hierdoor makkelijker is om laagdrempelig contact te hebben met betrokken zorgprofessionals bij een cliënt. In dit netwerk zien wij kansen op het gebied van wijkgerichte preventie. Nu al kunnen we de zorg onderling beter afstemmen en makkelijk inzetten op preventie cliëntgericht, graag zouden we dit uitbreiden naar de hele wijk door het organiseren van themabijeenkomsten.</p>
<b>Bunde-Geulle</b>	<p>In de wijken is de wijkverpleegkundige zichtbaar en werken samen met partners in de wijk. De samenwerking met de huisartsen in Bunde verloopt goed. Het wederzijds vertrouwen is er en weten elkaar te vinden indien nodig. Naar mijn mening kan de samenwerking met de huisartsen in Meerssen nog versterkt worden. In Bunde hebben we een enkele cliënt die de huisarts in Meerssen heeft. Mogelijk kan een inzichtelijk patiënten dossier hierbij helpen. Ook Carenzorgt zal veel gemak en duidelijkheid voor de mantelzorgers brengen.</p> <p>De samenwerking met huisartsen in Geulle verloopt redelijk stroef, dit komt omdat zij in een overkoepelende organisatie zitten met Elsloo. De koepelorganisatie werkt vooral samen met Vivantes waardoor Envida niet bij de reguliere MDO's mag zijn i.v.m. privacy van de cliënten. De communicatie gaat vooral via de POH en assistentes, deze samenwerking met de wijkverpleegkundige is zeer goed. Huisartsen nemen in Geulle persoonlijk contact op met de wijkverpleegkundige voor overleg of om iets door te geven. Er is in deze wijk nog een uitdaging om Envida beter op de kaart te zetten en daardoor ook aanwezig te zijn bij de MDO's. De lijntjes zouden hier nog iets korter kunnen.</p>

### 3. WELKE PREVENTIEVE ACTIVITEITEN VOER JE UIT EN MET WELKE PARTIJEN?

<b>HEUVELLAND</b>	
<b>Gulpen-Wittem / Vaals</b>	<p>Casemanagers dementie worden eerder ingezet door de huisartsen waardoor een crisis wordt voorkomen. Wijkverpleegkundigen zijn vaak betrokken voor monitoring voordat er daadwerkelijk zorg ingezet moet worden en leiden bijvoorbeeld ondersteuning door eigen netwerk of veilige zelfzorg of inzet van andere disciplines in goede banen. Zodra een huisarts bekend maakt bij ons dat een cliënt bijvoorbeeld een staaroperatie krijgt gaat de wijkverpleegkundige preventief op huisbezoek om het ogen druppelen aan te leren d.m.v. een oogdruppelhulpmiddel zodat er geen thuiszorg hoeft te worden ingezet na de ingreep. De ergotherapeut en fysiotherapeut worden ingezet om het valrisico te verkleinen.</p> <p>De wijkverpleegkundigen van Gulpen, Mechelen en Vaals zijn over het algemeen veel bezig met het uitvoeren van preventieve activiteiten op het vlak van zorg, wonen en welzijn samen met verschillende disciplines. Zoals: ergotherapie, fysiotherapie, diëtiste, WMO, beweegmakelaar, social worker, MMZ, POH, HA, casemanager dementie, wijkagent, BOA en Envida (Seniorenproject, Dagbesteding, in het kader van dagactiviteiten / eenzaamheid en zelfredzaamheid preventie).</p>
<b>Valkenburg / Broekhem / Berg en Terblijt / Houthem / Sibbe</b>	<p>Huisbezoeken bij mensen die nog niet in zorg zijn (vaak zorgmijders), waarbij wij regelmatig op huisbezoek gaan om preventieve middelen in te zetten zodat cliënten langer zelfstandig kunnen blijven wonen/eigen regie behouden. Sinds een tijdje is het ook mogelijk om collega maatschappelijke zorg die verbonden is aan onze wijk in te zetten als preventief middel voor zorgmijders. Hierbij kan ook het eerste contact gelegd worden tussen cliënt en evt. zorginzet. De collega kan niet alleen preventief hier voor in gezet worden, maar ook voor andere casussen waarbij bv socialisering of een gebrek aan een structurele dagplanning naar voren komen. Hierbij horen goed onderbouwde acties en uiteindelijke doelen zodat de inzet zo optimaal mogelijk benut kan worden.</p> <p>Vanuit preventief oogpunt worden ook overleggen gepland (sociaal team, burenruzieteam, Palli-Initiatief, Ergotherapeut etc.) om preventieve maatregelen / middelen in te zetten, waardoor casussen niet escaleren.</p> <p>In Berg en Terblijt zijn er overleggen, Buurtschakel, tussen woningbouwvereniging en Sevagram om te wijkwens en de behoeften van de cliënten in kaart te brengen, te kunnen volgen.</p>
<b>Meerssen / Rothem / Ulestraten</b>	<p>Huisbezoeken afleggen, casussen monitoren en interventies treffen daar waar nodig, MDO's met huisarts, POH's, casemanager ouderenzorg, casemanager dementie, ergotherapeut, fysiotherapeut, diëtist, MEE, Trajekt, Steunpunt Mantelzorg, Zonnebloem, GGZ (Meander, Virenze/Riagg), thuisbegeleiding en inzet social worker in de wijk.</p> <p>Tevens zijn er huiskamerprojecten waar wijkverpleegkundige regelmatig binnenlopen. Bij deze huiskamerprojecten zijn cliënten en personeel van zowel intramuraal als extramuraal betrokken. Zo bevorderen wij de samenwerking tussen intra- en extramuraal.</p>

	<p>Voorkomen van risico situaties, cliënten zijn eerder in beeld en er kan eerder geanticipeerd worden op de situatie, bijv. vervuiling van huis, verwaarlozing van zichzelf, ouderenmishandeling etc.</p>
<p><b>Margraten / Cadier en Keer / Banholt / Mheer</b></p>	<p>Vorig jaar gaven we aan dat in de gemeente Eijsden/Margraten gestart ging worden met een sociaal vitaal project. Dit houdt in dat cliënten vanuit de wijkzorg 1 keer per week naar een ruimte gaan waar medewerkers zich inzetten voor het fit houden van ouderen en cliënten tevens nieuwe contacten kunnen maken om eenzaamheid tegen te gaan. Dit is nu al enige tijd gaande en hier wordt door cliënten en inwoners gebruik van gemaakt. Daarnaast komt bij steeds meer huisartspraktijken van het Heuvelland de keten complexe ouderenzorg ter sprake. Dit houdt in dat de huisarts een x aantal kwetsbare ouderen overdraagt aan de wijkverpleegkundige, waarbij de wijkverpleegkundige deze cliënten in de gaten houdt en regelmatig op huisbezoek gaat om de thuissituatie in te schatten. Nog niet bij elke praktijk is dit opgestart, maar hier wordt nog steeds aan gewerkt.</p> <p>Andere preventieve activiteiten zijn: binnenlopen bij de huiskamer om vragen te beantwoorden die ter plekke gesteld worden, presentaties geven bij de huiskamer of seniorenvereniging over bijvoorbeeld valgevaar of hulpmiddelen, oriënterende gesprekken/inventarisaties: advies en informatie verstrekken over alarmering, maaltijdservice, hulpmiddelen en in te zetten hulpverleners. Daarnaast sluit de wijkverpleegkundige ook aan bij open dag van de vrijwilligers of bij open dagen van de huiskamers/dagbestedingen.</p>
<p><b>Eijsden-Gronsveld</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MDO's huisartsenpraktijk met huisarts, POH, casemanager dementie en wijkverpleegkundige, 1x per 6 weken.</li> <li>- Wijkbespreking wijkverpleegkundigen en social worker 1x per maand.</li> <li>- Netwerkoverleg SCE 1x per 6 weken met alle netwerkleden (Envida: wijkverpleegkundigen en social worker, Gemeente: participatie- en buurtcoach, fysio- en ergotherapeuten, POH Huisartsenpraktijken, Radar, Zonnebloem).</li> </ul> <p>Vanuit het Sociaal Centrum Eijsden (SCE) worden de volgende activiteiten aangeboden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inloopsprekuren met wijkverpleegkundige en social worker 2-3x per week.</li> </ul> <p>Tijdens deze vrije inloop kunnen mensen zonder afspraak binnen komen lopen met alle vragen op het gebied van zorg en/of welzijn. Ook kan er een gezondheidscheck worden gedaan. Indien nodig wordt er aanvullend preventieve zorg opgestart vanuit de ZVW.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Open dag met informatie over zorgaanbod</li> <li>- Informatieavonden om onderwerpen met betrekking tot de gesignaleerde problematiek in de wijk bespreekbaar te maken, met alle betrokken netwerkleden.</li> <li>- Wandelclub Eijsden door social work, MMZ en gemeente</li> <li>- Creatieve activiteiten door MMZ, vrijwilligers en zorgmedewerkers met aangepaste werkzaamheden. Van hieruit komen sommige deelnemers in beeld bij de wijkverpleegkundige en vindt er soms doorstroom plaats naar de dagbesteding indien hier een indicatie voor gesteld kan worden.</li> </ul>

	<p>Veel van deze activiteiten worden georganiseerd in samenwerking met de gemeente, huiskamers, Zonnebloem en vrijwillige hulpdiensten. Onderling worden ouderen naar elkaar doorverwezen wanneer er sprake is van een passend aanbod.</p> <p>Daarnaast is onze social worker betrokken bij het project 'één tegen eenzaamheid', waarbij de krachten tussen gemeente en Envida worden gebundeld door samen invulling te geven aan activiteiten, informatie over aanbod en signaleren van eenzaamheid in de wijk. Ook is het project Sociaal Vitaal van start gegaan; een beweegprogramma voor ouderen vanaf 75 jaar waarbij er bijeenkomsten worden georganiseerd om mensen in beweging te krijgen en te werken aan sociale vaardigheden. Dit is toegankelijk voor alle inwoners van Eijsden-Margraten. Hierin wordt ook samengewerkt door meerdere partijen zoals Trajekt, gemeente, Envida, zwembad Eijsden.</p>
<p><b>Bunde-Geulle</b></p>	<p>Huisbezoeken afleggen, casussen monitoren en interventies treffen daar waar nodig, MDO's met huisarts, POH's, casemanager ouderenzorg, casemanager dementie, ergotherapeut, fysiotherapeut, diëtist, MEE, Trajekt, Steunpunt Mantelzorg, Zonnebloem, GGZ thuisbegeleiding en inzet social worker in de wijk. Focus is het voorkomen van risico situaties, cliënten zijn eerder in beeld en er kan eerder geanticipeerd worden op de situatie, bijv. vervuiling van huis, verwaarlozing van zichzelf, ouderenmishandeling etc.</p> <p>Daarnaast ligt in Bunde ligt het Bongerhart het wijkpunt van Envida thuiszorg van de teams Bunde, Geulle en het PG-team. Doordat het wijkpunt zichtbaar is en beschikbaar voor vrije inloop melden zich hier veel mensen uit de buurt met vragen. We krijgen zo een goed beeld van de mensen uit de wijk. Ook is de samenwerking met bijvoorbeeld de politie en de boa's is versterkt. Op vrijdag is in het Bongerhart een vrij toegankelijke kookclub voor mensen die nog geen indicatie hebben voor een dagverzorging maar waar het systeem vaak wel al overbelast is.</p>



#### 4. WELKE RESULTATEN WORDEN MET BOVENSTAANDE BEHAALD EN WAARUIT BLIJKT DAT?

<b>HEUVELLAND</b>	
<b>Gulpen-Witterm / Vaals</b>	In het kader van positieve gezondheid wordt de cliënt zoveel mogelijk in zijn/ haar eigen kracht gezet en behoudt daarmee zijn eigen regie. Hierdoor kunnen de cliënten langer en zelfstandiger thuis blijven wonen en is er minder zorg vanuit thuiszorg nodig.
<b>Valkenburg / Broekhem / Berg en Terblijt / Houthem / Sibbe</b>	Mensen kunnen langer thuis blijven wonen, eigen regie blijven behouden (voor zover mogelijk). Situaties escaleren minder vaak of we zijn ze voor. Terwijl aantal zorgvragen blijft groeien/ stijgen. De HA en/of familie, mantelzorgers, buurtbewoners schakelen ons sneller in, waardoor we in een eerder stadium kunnen acteren. De lijnen blijven bij dit soort casussen ook kort.
<b>Meerssen / Rothem / Ulestraten</b>	Cliënten en (leef)situaties in de wijk worden veel sneller zichtbaar. Zo voorkomt men dat er crisis situaties ontstaan, omdat de wijkverpleegkundige op een eerder tijdstip al in beeld is bij cliënten en al eerder kan anticiperen op de situatie. Samenwerkingspartners weten elkaar veel sneller te vinden op casusniveau. Cliënten geven aan dat door de begeleiding en aandacht ze het gevoel hebben dat er iemand is waar ze op terug kunnen vallen, vinden het prettig om te weten dat er iemand meekijkt en 'op' tijd kan ingrijpen als de situatie thuis niet meer haalbaar is. Daarnaast weten cliënten steeds vaker wat er mogelijk is in de thuissituatie. Het zichtbaar zijn in de wijk doormiddel van bijvoorbeeld: lezingen, vitaliteitsmarkt en de PR van Envida krijgt veel aandacht vanuit de organisatie.
<b>Margraten / Cadier en Keer / Banholt / Mheer</b>	Cliënten zijn vaak al in beeld door de preventieve activiteiten, bijvoorbeeld al eens gezien bij de huiskamer of al vaker besproken tijdens een MDO. Doordat er korte lijntjes zijn met de verschillende disciplines verloopt de communicatie vaak vlot (lastig punt blijft dat we geen rapportages kunnen delen/inzien van/naar andere disciplines). Door deze vlotte samenwerking kan er tijdig zorg worden ingezet en proberen we de thuissituatie zo stabiel mogelijk te houden. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het stimuleren van de zelfredzaamheid, inzet hulpmiddelen of zorgtechnologie.  Cliënten kunnen door zorg langer thuis blijven wonen, ervaren een betere kwaliteit van leven en komen meer met andere buurtgenoten in contact door deel te nemen aan een huiskamer of dagbesteding.
<b>Eijsden-Gronsveld</b>	Door de nauwe samenwerking met huisartsen ontstaat er een laagdrempelig contact. Hierdoor verloopt cliëntoverleg sneller in situaties waarin dit wenselijk is. Ook is de samenwerking met andere partners in de wijk verbeterd door de activiteiten en werkgroepen die zijn gestart, waardoor wederzijdse verwachtingen helder zijn en cliënten laagdrempelig worden doorverwezen naar de juiste disciplines.  Aan de creatieve activiteiten in het SCE nemen momenten meer dan 25 ouderen deel, die deels al bekend zijn bij ons en deels niet. De wijkverpleegkundigen zijn op deze dagen ook aanwezig in het SCE waardoor ook het contact met de cliënten laagdrempelig is, waardoor vragen eerder gesteld worden.

	Tijdens de open dag hebben zich meerdere vrijwilligers aangemeld. Ook zijn er veel gezondheidschecks uitgevoerd wat heeft geleid tot preventieve adviezen of huisbezoeken.
<b>Bunde-Geulle</b>	<p>Cliënten en (leef)situaties in de wijk worden veel sneller zichtbaar. Zo voorkomt men dat er crisis situaties ontstaan, omdat de wijkverpleegkundige op een eerder tijdstip al in beeld is bij cliënten en al eerder kan anticiperen op de situatie.</p> <p>Samenwerkingspartners weten elkaar veel sneller te vinden op casusniveau. Cliënten geven aan dat door de begeleiding en aandacht ze het gevoel hebben dat er iemand is waar ze op terug kunnen vallen, vinden het prettig om te weten dat er iemand meekijkt en op tijd kan ingrijpen als de situatie thuis niet meer houdbaar is. Daarnaast weten cliënten steeds vaker wat er mogelijk is in de thuissituatie. Het zichtbaar zijn in de wijk doormiddel van bijvoorbeeld: lezingen, vitaliteitsmarkt en de PR van Envida krijgt veel aandacht vanuit de organisatie.</p>

## 5. KUN JE KANSEN EN UITDAGINGEN VOOR JOUW PREVENTIE-TAKEN BENOEMEN?

<b>HEUVELLAND</b>	
<b>Gulpen-Wittem / Vaals</b>	Voor gemeente Gulpen-Wittem geldt dat de wijkverpleegkundigen graag nauwere contacten willen leggen met WMO, omdat dit contact in de coronatijd helaas verwaterd is. Er valt nog veel te behalen op het gebied van preventie binnen deze wijk. Wij zien ook kansen in onze samenwerking met de cliëntadviseurs van Envida. We zouden hen meer en eerder willen betrekken, door ze bijvoorbeeld bij MDO's aan te laten sluiten.
<b>Valkenburg / Broekhem / Berg en Terblijt / Houthem / Sibbe</b>	Korte lijnen behouden met samenwerkende partners en instanties. We merken dat de inzet van de maatschappelijk werker vanuit Envida echt resultaat oplevert. Echter is het moeizaam om dit voort te zetten doordat mensen vaker geen wlz indicatie hebben. Hierdoor is de inzet van de maatschappelijk werker maar voor een tijdelijke periode. Indien een cliënt een zvw-indicatie blijft houden, zal er verder gekeken moeten worden samen met de gemeente of er een indicatie afgegeven kan worden voor individuele begeleiding. Vaker is de maatschappelijk werker vanuit Envida preventief bij een cliënt betrokken voor de begeleiding. De samenwerking tussen de gemeente en Envida loopt op dat punt vaker spaak. Hierin ligt voor ons nog zeker een uitdaging om dit te verbeteren.
<b>Meerssen / Rothem / Ulestraten</b>	Uitdaging: We hopen we dat andere disciplines ook inzage krijgen in het dossier zodat ook gerapporteerd kan worden. En dat men onderling contact opneemt iom client zodat de sociale kaart duidelijk in beeld gebracht kan worden. Dit kan de kwaliteit van zorg verhogen.
<b>Margraten / Cadier en Keer / Banholt / Mheer</b>	De uitdaging hierin is vooral het regelmatige contact/overleg zonder onnodige overleggen te plannen. Dit lijkt vooralsnog goed te werken door de digitale overleggen met de verschillende disciplines. Een mooie kans zou zijn als we de doelen/informatie/voortgang makkelijker met elkaar kunnen delen of inzien. Als concreet voorbeeld: de thuiszorg kan geen rapportages inzien van de externe dagbesteding. Zij zien de cliënten echter meerdere uren op een dag en soms meerdere dagen per week. Zij kunnen ook onze rapportages niet inzien, waardoor eventuele vroegsignalering stroever verloopt.



<b>Eijsden-Gronsveld</b>	Onze uitdaging ligt momenteel in het uitbreiden van bekendheid van de mogelijkheden die wij kunnen bieden op het gebied van welzijn. Niet iedereen is hier al mee bekend. Een kans vanuit het nieuwe netwerk is om samen activiteiten te organiseren binnen onze wijk. Op die manier kunnen we het bereik van de preventieve zorg uitbreiden en hiermee meer mensen bereiken, om de toenemende zorgvraag deels op te kunnen vangen middels preventie.
<b>Bunde-Geulle</b>	Vanwege de komst van ONS verloopt de communicatie soms moeizaam tussen huisarts/ergo/fysio en wijkverpleging. Zij hebben geen inzage in ons dossier, wat voorheen wel zo was. Ze kunnen niet rapporteren. Dus een overdracht of besluit zal telefonisch of via de mail moeten worden toegelicht aan de wijkverpleging. We lossen dit op door gebruik te maken van een communicatieschriftje totdat er een systeem is waardoor inzage in het ECD mogelijk wordt.

## 6. HOEVEEL UUR PER WEEK BESTEED JE ONGEVEER AAN JE PREVENTIE TAKEN?

<b>HEUVELLAND</b>	
<b>Gulpen-Witterm / Vaals</b>	Dit is variërend, aangezien het een zeer groot onderdeel is van onze dagelijkse werkzaamheden als spil in de wijk.
<b>Valkenburg/Broekhem / Berg en Terblijt / Houthem / Sibbe</b>	Dit wisselt per week, gemiddeld 10u per week.
<b>Meerssen / Rothem / Ulestraten</b>	Per wijkverpleegkundige gemiddeld 6 tot 8 uur per week.
<b>Margraten / Cadier en Keer / Banholt / Mheer</b>	In al onze gebieden besteden we per wijkverpleegkundige gemiddeld 5 uur aan preventieve taken per week.
<b>Eijsden / Gronsveld</b>	
<b>Bunde-Geulle</b>	Gemiddeld 5-8 u per week.

## 7. KUN JE DIT WERK OP EEN ONAFHANKELIJKE MANIER UITVOEREN? (ZO NEE, WAAROM NIET?)

<b>HEUVELLAND</b>	
<b>Gulpen-Witterm/Vaals</b>	Ja.
<b>Valkenburg / Broekhem /Berg en Terblijt/Houthem/Sibbe</b>	Ja, het werk kan op een onafhankelijke manier uitgevoerd worden.
<b>Meerssen / Rothem / Ulestraten</b>	Ja, de client staat centraal en wij als wijkverpleegkundigen ondersteunen de client waarbij dit nodig is als white-labeled wijkverpleegkundige.
<b>Margraten / Cadier en Keer / Banholt / Mheer</b>	We zijn het er unaniem over eens dat we ons werk op een onafhankelijke manier uit kunnen voeren. Indien Envida niet de zorg kan bieden die de cliënt nodig heeft, kijken we samen met de cliënt wat er nodig is en welke organisatie dit, eventueel in samenwerking met Envida, kan bieden.
<b>Eijsden-Gronsveld</b>	
<b>Bunde-Geulle</b>	Dit lukt meestal wel vanuit de wijkverpleegkundige zelf. Maar men wordt door andere organisaties niet altijd als onafhankelijk gezien.

Envida



GEEFT JE DAG  
EEN GOUDEN  
RANDJE

Envida  
Envidagen

Envida