



Verslag Praat Mee Tafel 4 'Zorg in de Mijnstreek'

18 maart 2024

burgerkracht Limburg

CONCEPT v1 d.d. 21 maart 2024

Dit is een concept verslag van de vierde bijeenkomst uit een reeks van vijf Praat Mee Tafels 'Zorg in de Mijnstreek'.

MET ELKAAR BESPROKEN

	pagina
Welkom en inleiding voor Lea Bouwmeester	2
Burgerkracht Limburg – Han von den Hoff.....	2
Gesprekken in buurten en wijken – Sanne van der Hagen.....	2
Toelichting gekozen basisscenario – Olivier Gerrits (Gupta)	3
Basisscenario verder inrichten op basis van personen.....	5
Vervolgproces	8

IN GROEPEN – Basisscenario verder inrichten op basis van personen

Maria (40) Acute complexe zorg	9
Sophie (32) Zorgmijder	10
Norah (11) Kind in armoede.....	11
Roberto (82) Dementerend & chronisch ziek	12
Sef (67) Patiënt met kanker	14

Julie (62) Chronisch zieke.....	15
Noah (25) Jongere met ongezonde leefstijl.....	17
Jan (55) Complexe planbare zorg.....	18

Welkom en inleiding – Lea Bouwmeester

Lea Bouwmeester, onafhankelijk voorzitter van het proces, heet iedereen welkom.

Dit is de vierde Praat Mee Tafel in een reeks van vijf. Vandaag gaan we het basisscenario dat er ligt voor Zuyderland toetsen door te kijken wat dit betekent voor verschillende personen uit onze regio. Wat zijn de voor- en nadelen van dit scenario voor deze personen en welke oplossingen kunnen we hiervoor vinden.

Daar hebben jullie vanochtend een mail over gekregen, daar zijn vandaag alle 11.000 medewerkers van Zuyderland, huisartsen en ambulance over geïnformeerd. En is vandaag aan de pers gepresenteerd.

Burgerkracht Limburg – Han von den Hoff

Han von den Hoff is directeur Burgerkracht Limburg. Burgerkracht zorgt ervoor alles wat besproken wordt tijdens de Praat Mee Tafels wordt meegenomen naar de Regietafel.

Mede door jullie inbreng heeft de regietafel zijn beslissingen genomen over de toekomst van de zorg in Zuid-Limburg. De locaties in Kerlen en Sitland-Geleen blijven beide dag en nacht (24/7) open en beschikbaar voor goedzorg.

Jullie stem is in de keuze voor deze variant meegenomen. Die variant gaan we verder uitwerken en daar beginnen we vanavond mee. We nemen de eindstreep en blijf jullie zorgen en ideeën met ons delen. Die zijn ook de komende tijd weer nodig. Jullie stem maakt het verschil, dat blijkt uit het basis scenario dat nu voor ligt.

Gesprekken in buurten en wijken – Sanne van der Hagen

Sanne van der Hagen ([Vrienden van Verandering](#)) heeft samen met haar collega Angela van Kruisbergen verschillende gesprekken gevoerd in de wijk met mensen die niet naar dit soort grootschalige bijeenkomsten toe willen of kunnen komen.

Sanne: "We hebben met mensen gesproken bijvoorbeeld op de dagbesteding, in de huiskamers van het Legendaarsteils, een cliëntenraad voor ouderen, op een schoolplein, oud-medewerkers, inloophuizen voor dak- en thuislozen. We hebben iedereen geholpen om na te denken over het onderwerp: hoe ziet de toekomst van zorg in de Mijnstreek eruit? Daar zijn heel veel verschillende gesprekken waarin de rode draad is dat iedereen zich op zijn eigen manier zorgen maakt. En iedereen heeft ideeën hoe het anders en beter kan. De verslagen van alle gesprekken zijn binnenkort terug te lezen op website van Burgerkracht Limburg."

Twee voorbeelden licht Sanne toe.

- Een jongen van 7 op het schoolplein die hele leuke ideeën heeft over zelfrijdende auto's die je naar de huisarts of het ziekenhuis kunnen brengen of een drone die een defibrillator komt brengen als mensen een hartaanval krijgen. Dit is een apparaat waarmee je een patiënt met een hartaanval een elektrische schok kan toedienen waardoor het hart weer in een normaal ritme wordt gebracht.
- Een ander vertelde dat ze een ontmoetingsplek zou willen hebben in het ziekenhuis. "Ik heb geen familie en naasten en ik was zo eenzaam," vertelde ze. Ze wenste een plek waar ze naartoe kon gaan om een praatje te maken. Overigens hoorde Sanne

tijdens meerdere gesprekken de behoefte aan plekken waar je je telefoon niet mag gebruiken. Op de dagbesteding bijvoorbeeld, in de wachtkamer bij de huisarts of bij de bushalte. Mensen geven aan: “zodat we weer een klein praatje met elkaar kunnen maken.”

Sanne geeft aan dat ze nog graag spreekt met mensen met een migratie achtergrond. Als iemand een bekende heeft, spreken we daar graag mee.

Als er nog meer mensen zijn met wie we moeten praten, laat het ons dan weten.

Toelichting gekozen variant Zuyderland – Lea & Olivier

Lea en Olivier lichtten de verschillende varianten toe en het scenario voor Zuyderland dat uiteindelijk is gekozen.

Het toekomstscenario voor Zuyderland is maar een onderdeel van de gezondheidszorg in de Zuid-Limburg. Het is één van de schakels in het bredere netwerk van zorg en ondersteuning voor inwoners van Zuid-Limburg. Het gaat over meer gezondheid voor alle inwoners, over informele zorg, passende zorg voor iedereen die dat nodig heeft en het vergroten van het aantal medewerkers in de zorg.

Vraag vanuit de zaal: Mensen hebben angst rondom hun bestaan en zekerheid. Burgers willen meedenken om de sluiting van het ziekenhuis te voorkomen. ‘Kun je nog wel zorg krijgen?’ is de vraag.

Lea: Ja, voor iedereen die zorg nodig heeft, moet deze beschikbaar zijn. Daarom gaan we vanavond ook vanuit het leven van verschillende mensen en perspectieven kijken. Samen weten we immers meer en komen we tot slimme afweegingen.

Olivier Gerrits (Gupta) licht de 8 mogelijke scenario's toe die tot stand zijn gekomen op basis van gesprekken met alle spelers en stakeholders. Ook de praat mee tafels en gesprekken in de wijken.

- 1. Huidig**
Ziekenhuisinrichting zoals die nu is, met op beide locaties een volledige SEH, spoed OK's en IC
- 2. Delateralisatie**
Twee ziekenhuizen waarin op beide locaties alle specialismen werken en alle functies gebieden
- 3. Maximaal efficiënt**
Op één locatie acute (hoogcomplex) zorg en één dagziekenhuis > dit is ongeveer het scenario dat in de zomer van '23 door Zuyderland is gepresenteerd
- 4. Maximaal behoudbaar**
Behoud van twee 24/7 ziekenhuislocaties waar zo veel als mogelijk de functies behouden blijven waarbij je wel kijkt naar de personeelsproblematiek
- 5. Maximaal flexibel**
Flexibele bouw waarbij je keuzes pas in 2030 maakt op basis van de situatie op dat moment
- 6. Maximaal de wijk in**
1 ziekenhuislocatie, waarbij artsen en verpleegkundigen ziekenhuiszorg samen met huisartsen in de wijken leveren. Met dus zoveel mogelijk ziekenhuiszorg in de wijk.
- 7. Eén centrale locatie**

1 ziekenhuislocatie voor gehele regio op een nader te bepalen locatie

8. Gefaseerd naar één centrale locatie

Uiteindelijk naar 1 ziekenhuis (in 2030) en nu gefaseerd daar naartoe werken

Al deze 8 scenario's zijn getoetst aan zeven randvoorwaarden. Deze randvoorwaarden hebben we samen met jullie andere stakeholders vormgegeven. Het gekozen scenario moet aan alle voorwaarden voldoen:

1. **Sluitend netwerk:** ketensamenwerking moet gegarandeerd zijn. Als het ziekenhuis verandert en dingen verschuiven, mogen er geen gaten ontstaan.
2. **Personeel:** de zorgkloof moet overbrugd worden (het personeelstekort moet worden opgelost).
3. **Kwaliteit en veiligheid:** kwalitatief goede en veilige zorg moet gegarandeerd zijn.
4. **Zorgplicht:** elke patiënt moet gegarandeerd de zorg krijgen die nodig is.
5. **Betaalbaarheid:** het moet financieel realistisch zijn en niet tot financiële problemen leiden bij één van de zorgpartners, gemeenten of verzekeraars.
6. **Veranderbereidheid:** het moet voldoende draagvlak hebben en realistisch zijn. Spelers en partijen moeten er vertrouwen in hebben dat we het met elkaar kunnen realiseren.
7. **Governance:** het moet een realistische samenwerkingsvorm zijn. Het moet duidelijk zijn wie wat doet voor welke patienten zodat er goede afspraken over kunt maken.

Scenario 1 (huidig) en 2 (delateralisatie): lossen de structurele tekorten in de acute zorg niet op. Het is niet in te vullen met het verwachte tekort aan personeel.

Scenario 3 (maximaal efficiënt) valt af, omdat het de zorg verder concentreert dan strikt noodzakelijk is. Bovendien hebben huisartsen aangegeven dat als ze verantwoord een Huisartsenpost in de nacht moeten binnenvallen er dan ook bemensing in het ziekenhuis nodig is in de nacht.

Scenario 5 (maximaal flexibel) klinkt goed maar dit brengt ook veel onzekerheid met zich mee. Het vraagt om veel investeringen en je weet voor lange termijn ook niet waar je aan toe bent.

Scenario 6 (maximaal de wijk in): zit vol met belangrijke elementen in die werken en we ook willen doen, maar we hebben draagvlak voor alleen een groot deel van de ziekenhuiszorg in de wijk te leveren en dan terug gaan naar één locatie.

Scenario 7 (één centrale locatie) en 8 (gefaseerd naar één centrale locatie): hebben we becijferd en uitgerekend en dit kost ons nodig heel veel geld. Niet alleen voor het ziekenhuis maar ook voor de gemeenten qua infrastructuur en vervoer.

Er is maar één basis scenario dat aan al deze randvoorwaarden voldoet en dat is **4**.

Maximaal beschikbaar. Dit houdt in:

- Beide locaties zijn 24/7 open;
- Beide locaties hebben poliklinische zorg;
- Beide locaties hebben dagbehandeling;
- Beide locaties hebben planbare zorg en opnames;
- Beide locaties hebben integrale spoedzorg in samenwerking met huisartsen en ouderenzorg. Integrale spoedzorg is veel voorkomende spoedzorg, zoals huis-, tuin- en sportongelukken.
- Één locatie heeft integrale hoog complexe spoedzorg. Die locatie heeft ook hoog complexe zorg en Intensive Care. Hoog complexe zorg is zorg waarbij de behandeling risicovol is en/of de patiënt in slechte staat is (bijvoorbeeld door andere aandoeningen die hij/of zij heeft). Gezien risico's is het belangrijk dat er een gespecialiseerd team is en er achterwacht van een intensive care is.

Voor dit scenario gaan we de komende weekend verschillende varianten verder uitwerken, omdat er nog vragen te beantwoorden zijn. Dat doen we met huisartsen, met de ambulancezorg, met de ouderenzorg en met jullie -inwoners van de regio.

Reactie regietafel David Jongen en Joep de Groot

David Jongen, bestuursvoorzitter Zuyderland: “Ik ben ontzettend blij met de grote opkomst. Fijn dat jullie ons verder helpen. Jullie hebben veel werk verricht om ons te helpen naar dit basisscenario te komen. Help ons nu dit verder uit te werken.”

Joep de Groot, bestuursvoorzitter zorgverzekeraar CZ: “Geweldig dat jullie er weer zijn. Het heeft ons geholpen bij de gesprekken over het toegankelijk houden van de zorg in de regio. Bij de volgende stap, de invulling daarvan, hebben we jullie weer nodig. Laat ons weten wat spreekt je aan, waarover heb je vragen, waarover maak je je zorgen. Wat jullie zeggen, brengt ons allemaal verder.”

Vragen uit de zaal

Vraag uit de zaal: Wat zijn de scenario's om het personeelstekort op te lossen?

Antwoord: We hebben in de scenario's de maatregelen die Zuyderland zelf kan nemen meegenomen. Als zorgorganisaties moeten we gezamenlijk kijken naar hoe we dit op lange en korte termijn kunnen oplossen. Dat gaat over werkplezier, minder administratieve lasten, betere ondersteuning, ZZP'ers in de zorg en nog veel meer.

In een groep aan een tafel geopperd:

- Zorg voor goede arbeidsvoorwaarden: salaris, gratis parkeren;
- Deeltijders meer uren inzetten;
- Gratis kinderopvang voor mensen die in het ziekenhuis werken;
- Kinderopvang in het ziekenhuis voor personeel;
- Statushouders inzetten (desnoods niveau lager);
- Herintreders inzetten, richtlijnen voor toelating nog eens goed bekijken;
- Minder bureaucratie, minder reis van de zorgverzekeraar voor verslagen.

Vraag uit de zaal: Kan er niet meer begeleid worden?

Antwoord: Nee, Zuyderland leidt al anderhalf eeuw op, net als andere ziekenhuizen in de regio. Er is geen ruimte om meer op te leiden, omdat de mensen die begeleiden ook de zorg verlenen en daarvoor ook tijd nodig is.

Vraag uit de zaal: In de presentatie lees ik dat locatie Heerlen in 2030 aan vervanging toe is. Wanneer is Sittard aan nieuwbouw toe?

Antwoord: Het gaat in Heerlen om delen die aan vervanging toe zijn. Voor Sittard geldt hetzelfde in ongeveer 2050.

Vraag uit de zaal: Is dit een veilig scenario als er weer een nieuwe corona uitbraak komt?

Antwoord: Dat is een terecht vraag. De flexibiliteit en mogelijkheid om op te kunnen schakelen, is belangrijker dan het creëren van structurele plekken die je niet kunt bemanen. Er zijn *Pandemic preparing scenario's* (pandemische paraatheid) die ervoor zorgen dat als het zover is je kunt voorbereiden. Dat betekent meer dan alleen denken in een gebouw.

Vraag uit de zaal: Wat als we weer een DSM-ramp krijgen of een explosie in de Mijnstreek?

Antwoord: Er zijn vele noodscenario's 'wat doen we als'. En Noodhospitaal beschikbaar als het echt ingewikkeld wordt.

Basisscenario verder inrichten op basis van personen

Dit basisscenario gaan we bespreken aan de hand van de leefsituatie van personen. Wat betekent dit scenario voor hun vragen, wensen en behoeften?

Op basis van feiten en cijfers hebben we 6 mensen uit deze regio en hun leefomstandigheden schreven. Daar hebben jullie nog enkele persona's aan toegevoegd: de thuiswonende dementerende oudere, de mantelzorger, de patiënt met kanker en de zorgmijder.

Wat moet er voor al deze mensen gebeuren bij het verder uitwerken van het basisscenario **Maximaal beschikbaar**.

Deelnemers aan deze praat mee tafel kunnen via de digitale praatmee tool (Circle lytics) antwoord geven op de vraag: "Nu dit scenario er ligt is dit mijn belangrijkste vraag". In een volgende ronde kon iedereen de vragen zien die er geformuleerd waren en daar een waardering aan geven. De onderstaande 5 vragen zijn de vragen die door de meesten hoog gewaardeerd c.q. onderstreept zijn.

Nu dit scenario er ligt is dit mijn belangrijkste vraag:

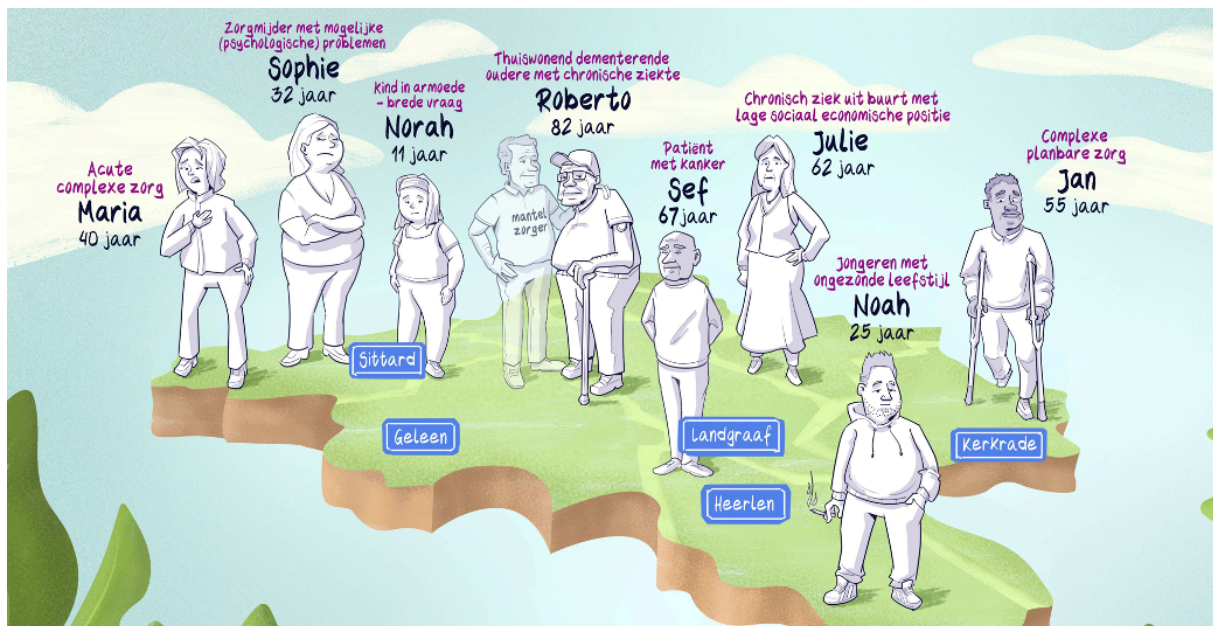
- Hoe zit het met openbaar vervoer, de bereikbaarheid?
- Tot dusver is dit scenario nog binnen de bestaande wereld. Waarom niet het te bureaucratische systeem veranderen?
- Waar komen de mensen vandaan om twee locaties voldoende te bezetten?
- Is de Intensive Care altijd noodzakelijk na een complexe ingreep? Is een Medium Care in elk ziekenhuis een zinnige aanvulling?
- Het scenario is een prima uitgangpunt. Invulling vraag om goed te kijken naar het personeel. En om richting inwoners duidelijk te communiceren en op de hoogte te houden.

IN GROEPEN – Basisscenario verder inrichten op basis van personen

Als dit de mensen zijn om wie het gaat: wat is er dan nodig: waar, hoe en wie? De uitgebreide beschrijving vanuit de groepen is terug te vinden in de bijlage op de volgende pagina's:

Maria (40) Acute complexe zorg.....	9
Sophie (32) Zorgmijder.....	10
Norah (11) Kind in nood.....	11
Roberto (82) Dementerend chronisch ziek.....	12
Sef (67) Patiënt met kanker.....	14
Julie (62) Chronisch zieke.....	15
Noah (72) Jonger met ongezonde leefstijl.....	17
Jan (50) Complexe planbare zorg.....	18

In de terugkoppeling met de hele zaal bespreken we de volgende highlights



Sef (67), patiënt met kanker:

- Heeft een zorgcoach nodig in de wijk, een buddy
- In het ziekenhuis heeft de specialist 'maar' 10 minuten tijd voor hem. Hij heeft een specialistisch verpleegkundige nodig die hem een warm welkom geeft, uitleg geeft en ook na het gesprek met de specialist beschikbaar is bijvoorbeeld om samen een kopje koffie te drinken en na te praten.

Sophie (32) Zorgmijder

- Geen financiële drempels, geen eigen risico, gratis toegankelijk maatschappelijk werk
- Dicht bij de persoon zelf, korte lijnen in de wijk, een buurt die meekijkt
- Geen oordelen, betrouwbaar, benaderbaar
- Gemeente die sociale cohesie in de wijk stimuleert

Roberto (82), dementerend, chronisch ziek

- Zo lang mogelijk in eigen omgeving
- Autonomie niet afnemen
- Één aanspreekpunt voor de medische zorg, regie bij de huisarts of een praktijkondersteuner
- Coördinatie nodig rondom dagelijks leven (huishouden, dagbesteding, enz.). Daar zijn we een rol voor als casemanager dementie, in dit geval Kees, de casemanager.
- Kees, de mantelzorg, is iemand die goed op Roberto let: wat is hier nodig? Het is ook belangrijk om te kijken naar hoe we ervoor zorgen dat Kees het zo lang mogelijk volhoudt

Noah (25), jongere met ongezonde leefstijl

- Er zijn veel verschillende Naohs. Hoe krijg je het klaar om ze te laten verbinden? Ze hebben een goede groep, een goede omgeving, nodig.
- Een 'buddy' is veel te zwaar, maar Noah heeft wel belangrijke mensen om hem of haar heen nodig. Netwerk, influencers.
- Aanbod op plekken waarmee hij zich kan verbinden. In de wijk, in de buurt zoals in Heerlen-Noord: langdurig opvolgend aanbod, vanaf lagere school aansluiting waar ze positieve dingen kunnen doen. Muziek, sport. Belangrijk beïnvloeding.
- Dat is een samenlevingstaak. We hebben als samenleving het uitbannen van roken in openbare gelegenheden onder de knie gekregen.
- Op school en bij ouders beginnen en op het werk (vitaliteitscoach). Ook de werkgevers erbij betrekken.

Julie (62), chronisch zieke

- Zorg en ondersteuning in de wijk, naar haar toekomen, professionele zorg en mensen weten elkaar te vinden bijvoorbeeld in buurtcentra
- Preventie: formeel en informeel
- Vervoer is lastig, als we meer zorg en ondersteuning naar haar toebrengen wordt het gemakkelijker voor haar.
- Het woord 'ziekenhuis' viel in onze groep niet. Wel hadden we het over een zorgapp die op afstand gebruikt kan worden.
- We moeten ons vooral vragen 'wat heeft zij nodig?' Dan komen we waarschijnlijk op andere dingen uit dan dat dat de zorg en ondersteuning organiseren en optuigen.

Maria (40), acute complexe zorg

- Als ze iets voelt, moet ze meteen kunnen bellen en de juiste tips krijgen: weten waar ze heen moet.
- De medisch specialist kan dossiers van de huisarts en andere betrokkenen inzien, zodat geen dubbele onderzoeken nodig zijn.
- Openbaar Vervoer is goed geregeld als ze naar een ander ziekenhuis moet, zodat ze dat zelfstandig kan blijven doen.
- Wat is het effect van Artificial Intelligence (AI) op de zorg op de toekomst? Kan er een pilot bestaan met mensen met hartproblemen waarin mensen thuis blijven monitoren en dingen kunnen worden voorkomen en voorkomen? Het is goed om in brede zin naar AI te kijken. Wat is AI en waarom het bijvragen? Maar moet je ook over nadenken voordat je gaat verbouwen.

Norah (11), kind in armoede

- Heeft nog niets aan het ziekenhuis. We moeten voorkomen dat ze er naartoe moet.
- Neem een voorbeeld aan Heerlen-Nord en Rotterdam Zuid. Vooraf ingrijpen.
- Vertrouwenspersoon die haar begeleidt, liefde geeft maar ook uitdagingen en doelen.
- Gelijke kansen: basisscholen als belangrijke uitdaging. Dat is de eerste basis waar je kan zorgen dat het aan het zelfde is: voeding, eten, sporten, ontspanning, enz.
- Vangnet om Norah heen moet zijn. Het is ook met sociale partners in de keten.
- Norah heeft er ook met zorgmijders. Er zijn veelal zorgmijders. Zorg ervoor dat de zorg voor deze kinderen soms nodig hebben gratis is: tandartszorg, jeugdhulp, fysio-, ergotherapie, enz.
- De Verwijsindex risicjongeren (VRI) is een digitaal systeem dat risicomeldingen over jeugdige tot 23 jaar bij elkaar brengt. Het doel is vroege signalering van risico's die een gezonde en veilige ontwikkeling naar volwassenheid van een jeugdige bedreigen. Zodanig passende hulp, zorg of bijsturing kan worden gegeven.

Jan (53), complexe planbare zorg

- Communicatie en begeleiding is belangrijk. Vóórdat iemand een zorgtraject doorloopt: wat heeft hij nodig, waar is de afspraak, op welk tijdstip, enz. Maar ook daarna: hoe kan hij om te revalideren, heeft hij daar de middelen voor, enz.
- Complexe planbare zorg = puur technisch. Het gaat ook om: Wie is Jan? Is dit het enige wat hij heeft? Vertel me eerst eens wie Jan is en wat hij zelf voor indruk van dit geheel heeft. Je kan niet alleen technisch in de zorg denken; je moet ook het menselijke aspect meenemen. Daarnaast heeft Jan zelf ook een mening, die telt.

Wat is de rode draden uit wat er net is gezegd?

- Zoveel mogelijk zorg in de wijk (dichtbij) en zo min mogelijk in het ziekenhuis (als dat kan), om belasting van mensen te voorkomen
- Samenwerken, afstemming tussen zorg, welzijn en ondersteuning onderling. En met de patiënt en zijn omgeving.
- Neem de persoon heel serieus: leer hem kennen, bepaal wat iemand kan, wil en nodig heeft. Kijk ook nadrukkelijk naar zijn omgeving (mantelzorg).

- Communicatie voor- en na de zorg: niet alleen in het ziekenhuis zelf. Duidelijke communicatie, duidelijke taal en duidelijke informatie. Vertrouwde gezichten en weten wie je wanneer kan bereiken en hoe.
- Zorg moet betaalbaar blijven voor iedereen.
- Samen, op elkaar kunnen rekenen, vrienden, familie, gemeenschapszin
- Hoe maak je contact met de zorgmijder? Zij maken de deur niet open; ze schamen zich? Wat willen ze? Ze weten niet wat ze nodig hebben. Ze zitten vast in een stramien van denken en ervaringen. Ze hebben angst dat er wordt ingegrepen op hun leven, dat ze de regie over hun eigen leven kwijt raken. We moeten beter begrijpen wie dit zijn, oordeelloos, zodat we ze kunnen vasthouden en helpen.

Vervolgproces

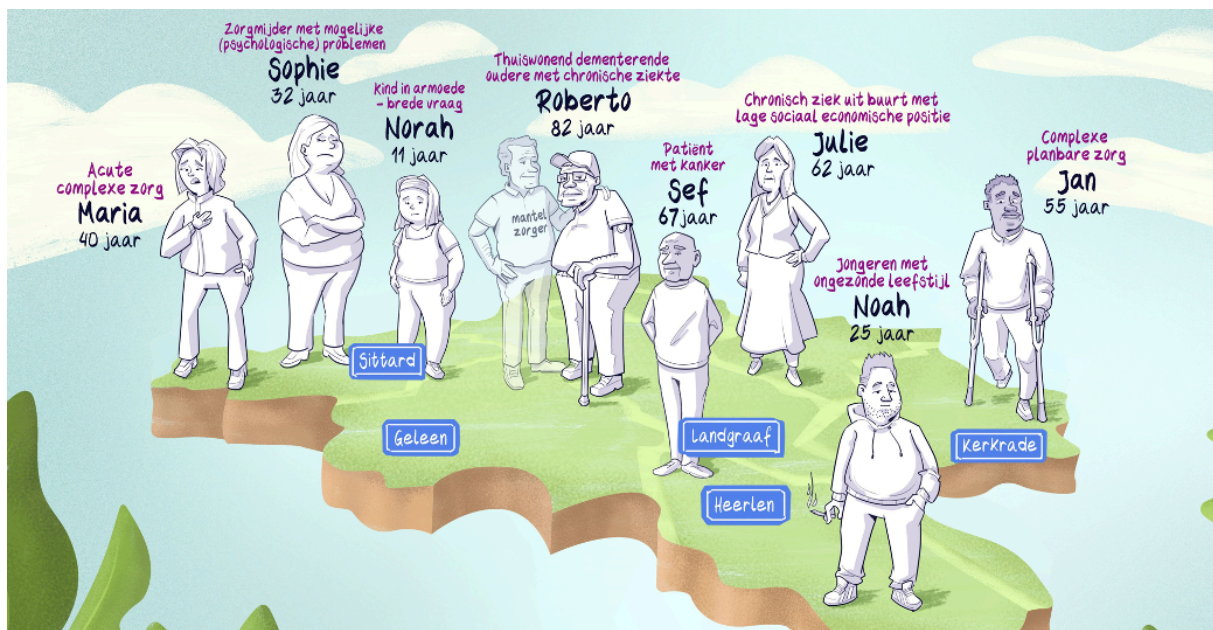
Er komt een inhaal bijeenkomst met experts over vervoer en ketenzorg. Deze vindt plaats op woensdag 3 april in Auberge de Rousch in Heerlen. Aanmelden kan via [de website van Burgerkracht Limburg](#).

De laatste Praat Mee Tafel is op **dinsdag 9 april 2024, 17:00 – 21:00 uur** in Auberge de **Rousch**, Kloosterkensweg 17, 6419 PJ Heerlen. Denk er dan weer mee en reserveer die datum en tijd alvast in uw agenda!

Alle informatie komt via Burgerkracht Limburg naar jullie toe. Als u vragen, ideeën of suggesties heeft: laat het ons weten via praatmee@burgerkrachtlimburg.nl

CONCEPT

BIJLAGE – UITGEBREID VERSLAG PER PERSONEN



MARIA

Maria heeft dit nodig:

- Ambulance, meteen 112 bellen.
- Telefonische toegankelijkheid/ bereikbaarheid van de Huisartsenpost (HAP): geen wachtrij aan telefoon bij bellet naar HAP.
- Duidelijke informatie: triage aan telefoon door middel van beeldbellen naar de HAP zodat de triagist een goede inschatting kan maken van de klachten die patiënt aangeeft, op basis van wat hij ziet en hoort.
- Verbetering digitale infrastructuur met mensen digitaal vaardig(er) maken door aanleren/ om leren gaan met digitale communicatievoorzieningen.
- (We weten niet of Maria een partner heeft) → Nabehandeling, heeft de partner een auto. Vervoer vergoeden voor de zorgverzekeraar.

Waar zou dit beschikbaar moeten zijn:

- Misschien een extra ambulancepost toevoegen zodat ze altijd op tijd zijn. Prioriteit bij Maria is stabilisatie. Extra ambulancepost zodat de aanrijtijd kort is. Waar? Bekijk de statistieken – waar komen de meeste hartklachten voor.
- In de buurt en alle hulpmiddelen moeten aanwezig zijn in de ambulance. Het ambulancepersoneel moet goed kunnen inschatten in welk ziekenhuis Maria het beste geholpen kan worden hier bij communicatie essentieel.
- Na ontslag ziekenhuis IPads meegeven naar huis om Maria te monitoren. Er is geen vervoer naar ziekenhuis nodig en arts of verpleging kan snel en eenvoudig Maria te woord staan. Het bespaart zorg.
- Vooral in de thussituatie van Maria: ketenzorg moet goed op orde zijn. Als Maria na een (behandel/zorg)interventie naar huis gaat en thuis nog zorg en/of ondersteuning nodig heeft, moet deze beschikbaar zijn.

Hoe organiseren we dit:

- Wanneer acute zorg noodzakelijk is: zorg voor max. 15 min. aanrijtijd voor de ambulance.
- Geef goede communicatie tussen de ziekenhuizen onderling;
- Toegang tot patiëntendossier huisarts en ziekenhuizen;
- Geen dubbele onderzoeken;

- Kunnen we AI inzetten voor mensen die nu triage vragen?
- Om (dure) ziekenhuiszorg (opname) zo kort mogelijk te houden, zorg er na ontslag voor dat er voor mensen die geen netwerk om zich heen hebben voldoende beschikbaarheid is voor een soort tussenvoorziening (tussen ziekenhuis en thuissituatie) zoals een zorghotel, ELV-bedden, logeervoorziening etc.
- In Nijmegen worden patiënten thuis gemonitord. Dit bespaart zorg. Evalueer het zorgtraject: vraag de patiënt naar zijn of haar ervaringen.
- Organiseer collectieve deskundigheidsbevordering voor burgers o.a.:
 - Geef goede voorlichting: wanneer bel je 112 of de huisartsenpost of de huisarts?
 - Wat kun je verwachten als je 112 belt (geef voorlichting en voorbeelden)
 - Meer mensen opleiden die kunnen reanimeren, hartmassage kunnen geven en/of AED kunnen gebruiken. Gratis aanbieden van EHBO-cursussen
 - Burgers om leren gaan met medische en sociale apps (gericht op dagelijks leven/welzijn);
 - Aandacht voor laaggeletterden (is in deze regio zeer hoog) en anderstaligen.

Wie moeten er samenwerken:

- Huisarts, huisartsenpost, ambulance en ziekenhuizen (in de omgeving niet alleen Zuyderland).
- Spoedeisende Hulp (SEH) en huisarts en in de kern: huisarts- ziekenhuis-thuissituatie (thuiszorg en/of mantelzorg).
- Meer mensen door personeel dat nu verantwoordelijk is voor administratie op te leiden tot verplegers? Administratie kan doorlopen veel meer generaliseerd door gedeeld patiëntendossier.

Wat kan deze persoon zelf doen:

- Bellen
- Informatie inwinnen
- Kinderen wat te doen als er iets met mama is (we weten niet of Maria kinderen heeft).
- Iemand in zijn directe omgeving erbij betrekken (familie of vrienden) (die in een stressvolle situatie de hulp kan bewaren);
- Na het behandeltraject/afgeleverde zorg: leren van wat je hebt meegemaakt en dit ook delen met anderen. Patiënter als persoon zelf een actieve rol in.

SOPHIE

Sophie heeft dit nodig:

- Een gesprek over wat zij nodig heeft;
- Opglossers van de financiën;
- Zeggen dat je Sophie wilt helpen om te kunnen vragen wat zij nodig heeft;
- Respecteren van Sophies waarden en wensen;
- Passende toegang;
- Geduld en vasthoudendheid;
- Afschaffen van fysico/bijdrage; voor iedereen toegankelijke zorg;
- Geen financiële drempels;
- Gratis maatschappelijk werk / GGZ / psycholoog;
- Kijken naar redenen, open benaderen;
- Regie houden over eigen leven;

Waar zou dit beschikbaar moeten zijn:

- Dichtbij huis
- Dicht in de buurt / steunpunten: laagdrempelig, direct binnen kunnen lopen
- Telefonisch contactpunt (gratis)
- Kritisch gebruik AI

Hoe organiseren we dit:

- Sophie komt vanzelf ergens boven drijven;
- Netwerk in de buurt inzetten;
- Via een persoon die toegang heeft tot haar;
- Niet voor Sophie invullen wat ze nodig heeft, vragen aan haar;
- Stimuleren vanuit gemeenten;
- Sociale cohesie in de buurt versterken;
- Plek voor brede maatschappelijke voorziening;
- Buurthuizen; informele ontmoeting;
- Te bureaucratische benadering kan belemmering zijn;
- Cubaanse gezondheidssysteem: geen premiebetaling en toch gezondheidszorg;
- Maatschappelijk werk die inzicht heeft in wat de persoon nodig heeft;
- Korte lijnen;
- Benaderen zonder oordelen, betrouwbaar zijn (wantrouwen tegen gemeente);
- Vertrouwensarts als aanspreekpunt of telefonisch contactpunt;
- Continuïteit in hulpverlener;
- Buddy's / zorgcoach;
- Lotgenotencontact.

Wie moeten er samenwerken:

- Familie of vertrouwenspersoon (van Sophie)
- Ervaringsdeskundigen bij GGZ
- Huisartsen/ praktijkondersteuner GGZ
- Politie
- Buren
- Wijkmedewerker
- Buddy zorg / zorgcoach / wandelcoach / bewegingscoach
- Werkgever

Wat kan deze persoon zelf doen:

- Over de drempel heen helpen, van veel zelf doen openstellen; welk vangnet nodig;
- Aanpakken van de uitdagingen/hat
- Toestemming geven voor contact.

NORAH

Norah heeft dit nodig:

- Gezonde kansel door:
 - Goede voeding (voorlichting, toegang)
 - Sport mogelijkheden, tennismaking, toegang, aanmoediging)
 - Huiswerk/school begeleiding
- Toegang tot zorg: huisarts, medisch specialistisch, fysio-, ergotherapeut, logopedist, diëtist, tandarts (voorlichting over veelal gratis voorzieningen voor kinderen om zorgmijds te voorkomen en goedkoop OV naar zorg)
- Financiële ondersteuning bij sport, school, spullen enz.
- Maatje, buddy, vrijwilligers
- Casemanager voor in kaart brengen brede vraag
- Begeleiding en voorlichting ouders
- Gezond opgroeien:
 - Steunen van de ouders
 - Verzorgen bestaanszekerheid van de ouders (niet alleen financiële, maar ook bijvoorbeeld een gezonde woning)
- Sociale cohesie
- Programma's zoals Heerlen Noord/Rotterdam Zuid/gezonde basisschool van de toekomst (o.a. de school als basis, schoolontbijt, sporten organiseren)
- 1 contactpersoon: vertrouwenspersoon voor liefde, veiligheid en doelen

- Menselijkheid bij somatische klachten

Waar zou dit beschikbaar moeten zijn:

- Thuis bij Norah of op school.
- School heeft een belangrijke signaleringsfunctie. Daarnaast kunnen scholen een belangrijk aandeel leveren in gelijke kansen voor kinderen door aanbieden van gezonde lunch en meer beweging (Gezonde Basisschool van Stichting Movare) maar ook door het aanbieden van fysio- en ergotherapie en logopedie (en misschien wel diëtiëk) op school in het geval van achterstanden.
- Thuis kan met voorlichting, ondersteuning en begeleiding van ouders doormiddel van jeugdzorg, casemanagers, enz.
- In buurtcentra, gemeenschapshuis voor extra naschoolse opvang en begeleiding met huiswerk, hobby's (ontwikkelen enz.)
- Bij huisarts.

Hoe organiseren we dit:

- Niet aanvliegen als meerdere kleine zorgvragen maar wel groter en samenwerken in de keten.
- Communicatie tussen instanties vergemakkelijken. Casemanagers en instanties kunnen nu vaak niet de brede zorgvraag bespreken door beperkingen door AVG en delen van gegevens (bespaart ook veel tijd en dus schaars personeel).
- Hulpvraag niet vanuit systeem aanbieden (wat hebben we hiervoor) maar meer integraal kijken.
- Stabiele financiering (en invulling) zodat de ondersteuning/begeleiding niet 'morgen' weer wegvalt of door iemand anders moet worden overgenomen.
- Opties hetzelfde bij iedere gemeente. Nu is bij de ene gemeente begeleiding of inzet van hulpmiddelen wel mogelijk en bij een andere niet.
- Gemeenten moeten scholen in problemwijk meer ondersteunen zodat er meer aanbod vanuit school, laagdrempelig ingezet kan worden.
- Versterken JGZ, versterken jeugdzorg, maar vanuit de wijk

Wie moeten er samenwerken:

- School, gemeenten, jeugdzorg, huisarts, GGZ, psychologen, sociaal cultureel werk, stichtingen/verenigingen, sportclubs

Wat kan deze persoon zelf doen:

- Norah kan zelf weinig doen. Zezien naar leeftijd maar door voldoende aan te bieden kan Norah zelf de hulpvraag gaan formuleren. Nieuwsgierigheid helpt haar.
- Kleine stappen zetten.
- Ouders hebben vasthoudende, geen kennis van zaken, angst (voor jeugdzorg en huisplaatsing), geen interesse. Maar zij moeten wel de hulp accepteren.

ROBERTO & mantelzorger Kees

Roberto (en Kees) hebben dit nodig:

- Dat Roberto een casemanager krijgt zodat de zorg rondom Roberto goed geregeld en gestructureerd is. Deze casemanager let mee op wat er nodig is zoals huisvesting, dagbesteding, mentorschap, toekomst, thuiszorg, wondzorg, mantelzorgondersteuning.
- 1,5 lijns zorg in de wijk zodat Roberto en Kees niet/niet zo vaak naar het ziekenhuis hoeven.
- Mensen die vragen: "Wat wil jij Roberto?" En als Roberto dat niet meer kan aangeven dat er dan iemand is die het van Roberto overneemt, zoals een mentor die helpt.

- Vooruitdenken over wat er komen gaat en wat er mogelijk nodig is vanwege het progressieve karakter van het ziektebeeld (bijvoorbeeld op tijd gaan nadenken/ingang zetten als het thuis niet meer verantwoord is om te verblijven voor Roberto)
- Vervoer voor het regelmatige bezoek aan het ziekenhuis.
- Coördinatie van medische zaken: regiefunctie voor huisarts of praktijkondersteuner die tevens als aanspreekpunt voor de mantelzorg optreedt
- Coördinatie rondom dagelijks leven: bijvoorbeeld met betrekking tot het voeren van een huishouden, dagbesteding of dagactiviteiten, boodschappen, geldzaken etc. Een casemanager dementie zou hier een regiefunctie in kunnen vervullen.
- Streef er naar dat Roberto zo lang mogelijk zijn eigen autonomie behoudt.

Mantelzorg Kees heeft dit nodig:

- Ondersteuning zodat hij niet overvraagd wordt. Iemand die zijn vraag stelt: "hoe gaat het?" zodat Kees het lang kan volhouden als mantelzorg.
- Kees moet weten wat hij wel en niet mag volgens de wettelijke mogelijkheden.
- Kees moet weten welke mensen er nog meer om Roberto heen zijn.
- Regelmatig contact met de casemanager samen met Roberto.
- Informatie over dementie & mantelzorg en waar die dan kan vinden en hoe Kees hulp kan vragen voor zichzelf.

Waar zou dit beschikbaar moeten zijn:

- Voor Roberto:
 - In de eigen omgeving van Roberto zo lang dit mogelijk en verantwoord is.
 - Bij de huisarts/praktijkondersteuner, in de wijk
- Voor mantelzorg Kees: Met name de informatie over wat allemaal beschikbaar is voor Kees moet via de huisarts/casemanager bij Kees komen. Maar ook partijen als Welzijnsorganisaties en Alzheimercafé, Steunpunt Mantelzorg, wijksteunpunt kunnen die informatie aanbieden.

Hoe organiseren we dit:

- Wat we willen bestaat al, maar is niet bekend. Mensen moeten informatie krijgen.
- Die informatie moet verstrekt worden op de plekken waar Roberto en Kees al komen. De informatie wordt passend gegeven. Dat betekent: soms gesproken, soms op papier, soms digitaal, in begrijpelijke taal voor die persoon. Soms ook in de eigen taal Arabisch, nl, Duits, etc.
- Terughalen van de Zichtbare Schakel¹. Dit was in het verleden een gesubsidieerd laagdrempelig dekkend programma.
- Inzet van zorgtechnologie: niet enkel domotica en zorg- en sociale robots maar ook slimme technologie (zoals een sensor die je in de koelkast kunt plaatsen die kan registreren of iemand genoeg eet/ drinkt). De inzet van zorgtechnologie moet zijn als hulpmiddel voor de patiënt en niet als vervanging voor de menselijke maat.

Wie moeten we samenwerken:

- Allereerst met de mantelzorg!! en verder met de huisarts, geriatriearts, diabetes verpleegkundige, casemanager dementie, eerste contactpersoon (of liever nog twee) en de apotheek

Wat kan deze persoon zelf doen:

- Zolang Roberto wilsbekwaam is hem zelf laten aangeven wat hij wil en wat zijn behoeftes zijn (niet zomaar door mantelzorg en/of professionals laten invullen of overnemen). Van tevoren dingen goed vastleggen zoals of je gereanimeerd wil worden, wat te doen bij een longontsteking, etc. + levenstestament.
- En de zorg moet goed opletten dat wat zelf kán ook zelf wordt gedaan. Je moet niet mensen te vroeg afhankelijk maken.

¹ extra wijkverpleegkundigen in om preventie en zorg, wonen en welzijn voor de individuele cliënt en op wijkniveau beter met elkaar te verbinden: [2013_4-19_ZICHTBARE_SCHAKEL_NL_2013_DEF.pdf \(zonmw.nl\)](#)

- Er werden ook veel instanties/oplossingen genoemd zoals sociale kaart, onafhankelijk client ondersteuner, mantelzorgNL, knooppunt informele zorg, mentorschap.

SEF

Sef heeft dit nodig:

- State of the art behandeling /behandelaar (of vertrouwen dat hij beste zorg krijgt).
- Duidelijke en de juiste informatie over zijn medische zorg en psychische ondersteuning
- Kostenloze vervoer
- Een sociaal netwerk
- Zorg dichtbij of in de wijk
- Begeleiding van buiten het ziekenhuis
- Begeleiding voor zowel praktische kant (vervoer en kennis) als emotionele ondersteuning (terugvinden lichtpuntjes in leven).
- Maatwerk buddy (coördinerend verpleegkundige) die linkers, stimuleert kennis uitrekt of helpt te zoeken, handreikingen kan doen, vertaling soft-component van/naar specialist (harde component) is.
- Hulp in acceptatie ziekte en bijbehorende impact op het leven (emotioneel maar ook praktisch en financieel)

Waar zou dit beschikbaar moeten zijn:

- Ziekenhuis
 - Koffieruimte na slecht nieuws gesprek waar verpleegkundige klaar staat voor vragen of alleen een luisterend oor is (met zintuigen voor onderliggende hupvraag en hierin aanreiking kan doen).
- Wijk/privé sfeer: thuiszorg of in privé sfeer
- Sociaal vangnet
- Bij intake navragen of inschatten of er behoefte is aan een buddy/casebewaker voor emotionele en psychische steun als ook voor hulp bij praktische zaken zoals vergaren kennis en vervoer.

Hoe organiseren we dit:

- Huisarts – PCH
- O-lijnszorg
- Toon Hermans Huis – lotgenoten treffen
- Nijmegennoten treffen – informele zorg/ vrijwilligerszorg
- Thuiszorg
- Ziekenhuis
- Medische specialist – informatie over medische zorg en medicatie
- Verpleegkundig specialist – ondersteuning medische zorg
- Huisarts bij doorverwijzing al in gesprek vragen of patiënt iemand heeft om hem te vergezellen naar het ziekenhuis en anders hierin hulp aan te reiken waar deze personen kunnen worden gevonden.
- Arts of verpleegkundige dient bij gesprek te vragen “waarom bent u alleen?”. Dient vast onderdeel van behandeling te zijn. Tevens vragen achter de patiënt te stellen na diagnose om te helpen in lotgenoten groep of lichtpuntjes in zijn leven te bepalen.
- Thuishulp voor buddy overstijgende zaken (verpleegkundige- of specialistische handelingen en of kennis)
- Laagdrempelige patiëntbegeleiding via gemeente, oud zorgmedewerkers
- In ziekenhuis start en sluit je af bij verpleegkundige (benut tijd specialist alleen voor medische component en niet voor sociaal emotionele) die inschat of patiënt al door kan of even een moment van bezinning/hulp/... nodig heeft.
- In ziekenhuizen arts-assistenten in opleiding verplicht buddy te laten zijn voor 1 patiënt. Dit heeft zeker 2, maar hopelijk 3 verrijkingen:

- Patiënt: voelt zich beter gehoord/gezien/begrepen
- Arts-assistent: leertraject kennis opdoen patiënten perspectief > soft component.
- Feedback naar specialist door arts-assistent (indien vertrouwensband goed genoeg is).
- Buurtgerichte teams die proactief patiënt opzoeken.

Behandeling thuis:

Ziekenhuis

Huisarts – POH

Zorgcoach als spin in het web in het netwerk in de wijk die Sef begeleid in zijn proces bijv.:

- Fysiotherapeut
- Informele zorg - Toon Hermans Huis
- Maatschappelijk werker in de wijk
- Thuiszorg

Wie moeten er samenwerken

- Wie niet? Iedereen moet samenwerken echter dient wel regiehouder te zijn, zoals een coördinerend verpleegkundige of WMO/Sociaal domein.
- Een (sociaal) netwerk voor Sef: familie in combinatie met formele zorg als dat er is.
- Huisarts en POH voor de vragen die Sef kan stellen
- Fysiotherapeut en ergotherapeut
- Toon Hermans Huis
- Zorgverzekeraars, gemeenten en wijkbuurthuizen

Wat kan deze persoon zelf doen

- Dat ligt volledig aan hem zelf. Allereerst acceptatief
- Sef erkent dat hij zelf hulp nodig heeft
- Sef dient eerst zelf na te denken wat hij nodig heeft
- Zelf initiatief nemen met de informele circle
- Zelf op zoek gaan naar aanvullende informatie
- Zelf op zoek gaan naar de juiste persoon voor hulp
- Buiten zijn circle de trede en hulp/contact zoeken in wijk, club, vereniging, familie etc.
- Met de huisarts gaan praten

JULIE

Julie heeft dit nodig:

- Julie heeft medische hulp nodig: Begrijpelijke afspraken met haar arts, verpleegkundig specialist en therapeuten
- Goede begeleiding en monitoring van de COPD
 - Zoveel mogelijk eigen regie stimuleren
 - Indien nodig: financiële ondersteuning (o.a. om te kunnen participeren)
 - Indien nodig (na aanpassing zorgtraject zoals hier voorgesteld): vervoersknelpunten oplossen
 - “de beste en meest efficiënte zorg”
- Julie heeft mensen om haar heen nodig, voor menselijk contact en voor hulp
- Julie heeft begrijpelijke informatie nodig. Voor haar begrijpelijke informatie: Informatie op B1 niveau, denk aan informatie over COPD, over leefstijl, over voorzieningen waar zij gebruik van kan maken.
- Julie heeft acties nodig op gebied van Preventie. Acties voor preventie (voorkomen verergering klachten COPD), denk aan hoe kan ze gezond eten, eventueel stoppen met roken, bewegen. Allemaal aangepast op Julie: har niveau, haar leefwereld.

- Julie heeft een veilige woning nodig, geen vochtproblemen. Dit organiseren we met de gemeente in samenwerking met woningbouwcorporatie.

Waar zou dit beschikbaar moeten zijn:

- Dichtbij, in eigen wijk. Vanuit bijvoorbeeld huisartspraktijk en ondersteunende 1^e lijnsdisciplines, of vanuit anderszins goed toegankelijke locatie.
- Eventueel aanvullende monitoring en support 'op afstand' (eHealth), ook dat kan vanuit de wijk georganiseerd worden.
- In de wijk, buurtcentrum, medisch centrum.
- Gezond betaalbare voeding in het café van het ziekenhuis.
- Op loopafstand, gratis, met gratis koffie
- Afspraken met de arts kunnen plaatsvinden in het ziekenhuis
- Afspraken met de verpleegkundig specialist zouden plaats kunnen vinden in de wijk (buurtcentrum, medisch centrum).
- Intensive case behandeling: voor Julie maakt het weinig uit waar dit is. Voor haar familie wel: mogelijk hebben zij weinig mogelijkheden en middelen om ver te reizen om haar te bezoeken.

Hoe organiseren we dit:

- Voor Julie is het misschien lastig om de goede dingen te stellen en de arts en de informatie te begrijpen. Ze heeft iemand nodig die met haar mee gaat, een mantelzorger of maatje.
- Vervoer naar het ziekenhuis voor de afspraken met de arts. Omnibus is waarschijnlijk niet geschikt, lange wachttijd en minimaal, lastig in verband met beperkt uithoudingsvermogen.
Buurtchauffeurs: een app-groep waarin mensen kunnen vragen wie hen naar het ziekenhuis kan brengen/ carpoolen
Wens-auto inzetten.
Bussen die de hele dag langs de wijk rijden naar het ziekenhuis.
- Vervoer naar het ziekenhuis bij acute problemen met de ambulance.
- Vervoer naar de huisaanpost: kan Julie gebruik maken van een taxi (wat vergoed wordt), en hoe krijgt ze deze informatie?
- Mantelzorger/maatje: wie kan met haar mee? Een familielid, of via een organisatie een maatje.
- Laagdrempelig
- Bekostigd door de zorgverzekeraar
- Activiteiten organiseren in de wijk: koken, wandelen.
- Zorgen om bezoeken.
- Blijken óf Julie hulp heeft uit haar omgeving: familie, vrienden, bureu. Door bijvoorbeeld een buurtzorg
- Een maatje zoeken via een organisatie als dat nodig is.
- Opname ziekenhuis: vrijwilligers die op bezoek willen gaan bij Julie.
- Buurt signaleren op functie. Zoals vroeger de kerk.
- Activiteiten Zorgvloem.
- Locatie moet goed bereikbaar zijn qua afstand etc.
- Hulpverleners voldoende tijd (ook omdat training / support leefstijl hier belangrijk is). Goede informatievoorziening voor patiënt in begrijpelijke taal. Eigen bijdrage liefst "0" of anders minimaal (chronische patiënten als Julie zijn financieel met eigen bijdragen altijd in het nadeel).
- 'Verzekeraars met ruim hart' moeten e.e.a. mogelijk maken.

Wie moeten er samenwerken:

- Betrokken hulpverleners, samen met in dit geval Julie en eventueel naasten/mantelzorger.
- Samen met andere mensen met COPD onder professionele begeleiding. Betrouwbare informatie is belangrijk (denk aan complottheorieën Covid).

- Ervaringsdeskundigen inzetten in het geven van informatie
- Longarts, wijkverpleegkundige, fysiotherapeut, ergotherapeut, maatschappelijk werk.
- Maatje/casemanager: Voor Julie is het lastig om te weten van welke voorzieningen ze gebruik kan maken (buurtchauffeur, wensauto etc.). Een maatje of casemanager moet haar hierbij helpen. De website 'wat geldt voor mij' kan helpen.
- Arts en verpleegkundig specialist moeten samenwerken.
- Ziekenhuis en gemeente voor toegankelijk vervoer.

Wat kan deze persoon zelf doen:

- Voor Julie is het moeilijk aan te geven wat ze zelf kan, ze heeft daar hulp bij nodig. Om zelf dingen te doen heeft ze die begrijpelijke informatie en een buddy nodig.
- Zelf - naar eigen mogelijkheden - actief blijven of worden (vrijwilligerswerk, verenigingsleven).
- Zelfzorg / leefstijl verbeteren waar nodig (eventueel met ondersteuning).
- Haak aan bij activiteiten die haar aanspreken en geeft haar vertrouwen. Startvraag is en blijft: wat wil Julie zelf?

NOAH

Naoh heeft dit nodig:

- Begeleiding / leefstijlcoach
- Buddy die iets van leefstijl afweet en zich kan onleven in de leefwereld bijvoorbeeld rondje lopen en praten over gamen.
- Daadkrachtige buddy voor een aantal jaren om structureel te waarborgen dat iemand ondersteuning heeft
- Perspectief op wat hij wil doen, wat zijn ambities zijn, wat zijn richtingen van het leven en drijfveren.
- Zin in het leven geven zoals structureel betekenisvolle vrije tijd activiteiten.
- Confronteren met de gevolgen van het gedrag.
- Perspectief en begeleiding passend bij de achtergrond van Noah (we weten niet veel van Noah).
 - De begeleiding hoeft niet per se een professional te zijn. Noah hoeft niet per se een probleemjongere te zijn: een ongezonde levensstijl heeft niets te maken met problemen jongeren.
 - Positieve beïnvloeding van het sociaal netwerk (rolmodellen)
 - Goede overgang van activiteiten van school naar de maatschappij (zoals overgang van sport en muziek lessen)

Waar zou dit beschikbaar moeten zijn:

- Op verschillende vindplaatsen zoals: vrijetijdsbesteding, directe leefomgeving, werk, school, hangplekken.
- In de wijk, in het dorp, op werk, digitaal
- Sociale omgeving familie en wijk
- Cohesie in de wijk/dorp zoals verenigingsleven
- Plus wijken: extra middelen en aandacht
- Digitale: gamen met beweegelementen
- Verzekering waar voor jongeren gratis leefstijl interventies (sportschool) inzit
- Online/digitaal
- Sportclub
- Werkgever = vitaliteitsloket
- School: educatie ouderen/kookles/proeven

Hoe organiseren we dit:

- Positieve benadering is belangrijk, omgeving beïnvloeden (niet alleen focus op de jongere) en online influencers inzetten.

- Bijvoorbeeld dreamschool. Door in de samenleving netwerken te organiseren/terug naar de wijk waar laagdrempelig contact wordt gemaakt met Noah. Bijvoorbeeld door organisaties zoals GGZ, ervaringsdeskundigen, buurtcoaches/straatcoaches.
- Extra gelden en activiteit in wijken die gratis en laagdrempelig toegankelijk zijn (Heerlen-Noord);
- Ongezonde keuzes duur maken;
- Cohesie in wijken versterken;
- Verbieden van reclame (bijvoorbeeld McDonalds);
- Beweeg mogelijkheden lokaal organiseren;
- Betaalbare activiteiten aanbieden;
- Bewegen en leefstijl in lesrooster;

Wie moeten er samenwerken:

- Alle potentiële schuurplekken van Noa, zowel het formele als informele netwerk. Denk aan: werkgever, druggerelateerde netwerken/organisaties, politie, school, UWV, gemeente
- Clubs, kerk, netwerken waar Noa een plek kan krijgen
- Scholen
- Buurtorganisaties
- Social work: jeugdbureau, jongerenwerker
- Naaste: vriendin-vrienden-ouders
- Werk
- Gemeente
- Peer support
- Professionals met verschillende achtergronden: fysio-diëtiste social work- psycholoog-docenten-GGD

Wat kan deze persoon zelf doen:

- Bewust worden dat hij ongezond bezig is;
- Zelf leren gezonde keuzes te maken;
- Familie en vrienden betrekken bij gedragsverandering.
- Motivatie hoog houden
- Kennis opdoen via social media/apps
- Dagstructuur aanpassen

JAN

Jan heeft veel nodig:

- Goede & bereikbare zorg door de specialist – met de menselijke maat
- Zo spoedig mogelijk behandelen worden, korte wachttijden
- Zorgenstraten om contactmomenten te minimaliseren
- Topkwaliteit van zorg
- Begeleiding en voorlichting over traject
- Proactieve aanpak voor arts naar huidige situatie (thuis) om te motiveren en begeleiding op maat te bieden (bv. mantelzorg)
 - Vragen naar arboproces en doelen, hoe kan die zo spoedig mogelijk weer aan het werk
 - Vragen naar digitale vaardigheden

Waar zou dit beschikbaar moeten zijn:

- Waar de specialist zit. Dit hoeft niet óveral en het kan niet altijd snel. Verken ook mogelijkheden over de grens.
- Op de beste locatie. Het hoeft niet overal te kunnen.
- Er moet voor bezoeken (poli) aan het ziekenhuis rekening worden gehouden met waar Jan woont om het zo dichtbij mogelijk te doen.
- Ook opties in het buitenland indien beter (kortere wachttijd of dichterbij)

Hoe organiseren we dit:

- Hulp moet beschikbaar zijn om de locatie te bereiken.
- Met een nieuwe mindset: iedereen (arts, verpleger, huisarts...) moet persoonlijke aandacht hebben voor de patiënt. Dat kan zo simpel zijn als een klein praatje. Niet te veel bureaucratie.
- Duidelijkheid over locatie (soms worden er fouten gemaakt)
- Proactieve houding Zuyderland met betrekking tot proces
 - Is zorg toegankelijk voor Jan? Anders transport faciliteren en opties inzichtelijk maken (OV en wensbus bijvoorbeeld)
 - Komt tijdstip oké uit?
 - Zijn andere locaties sneller beschikbaar door kortere wachttijd? Via IT planning faciliteren dat het gemakkelijk gewisseld kan worden tussen Brunssum, Kerkrade, SG en Heerlen

Wie moeten er samenwerken:

- Het ziekenhuis en de gemeente: er moet een loket zijn voor hulp met vervoer (uit de WMO, bijvoorbeeld).
- Iedereen in de keten, met oog voor de mens.
- Goede samenwerking tussen specialist, thuiszorg en revalidatie
 - Navragen hoe thuissituatie is door specialist (aan de hand van een basislijst)
 - Moet fysio bv thuis langskomen
 - Wat is motivatie voor revalidatie? Kan hij het aan
 - Indien nodig meer begeleiding om project te maken

Wat kan deze persoon zelf doen:

- De patiënt zelf heeft de eerste verantwoordelijkheid voor vervoer. Met zijn eigen vervoer of met zijn netwerk anders moet hij om hulp vragen. Zelfredzaamheid (voor zover mogelijk) is belangrijk.
- De eigen hulpvraag goed formuleren. Ook de eigen verantwoordelijkheid nemen.
- Motivatie om nazorg goed te doen
- Indien vaardig thuis digitale oefeningen bij revalidatie, waar nodig begeleiding
 - (Digitaliseren waar het kan, aanpak voor niet digitaal vaardigen)