



CASUSSENBOEK

Blauwe Zorg in de wijk



“De professional en de burger
aan het woord”

Inhoud

Inleiding.....	3
----------------	---

I. Casussen van inefficiënte zorg- en dienstverlening ingebracht door professionals

WMO- WONINGAANPASSING- VERHUISADVIES	casus 1 t/m casus 3.....	4
WMO- HUISHOUDELIJKE HULP	casus 4 en casus 5.....	5
WMO- DAGBESTEDING – DAGOPVANG: GGZ – BEGELEIDING- WMO	casus 6 en casus 7.....	6
GGZ – POH-GGZ- generalistische basis GGZ	casus 8 t/m casus 13.....	6-8
GGZ-OVERIGE	casus 14 t/m casus 17.....	9-10
JEUGDZORG	casus 18 t/m casus 20.....	11
OPNAME ZIEKENHUIS – VERPLEEGHUIS	casus 21	12
OVERBRUGGINGSZORG overgang ZVW- WLZ	casus 22 t/m casus 24.....	12-13
FINANCIEN-SCHULDSANERING – REGELGEVING	casus 25 t/m casus 28.....	13-14
WONINGCORPORATIE	casus 29 t/m casus 33.....	15-17
VERVOER OP MAAT	casus 34 en casus 35.....	18-19
	casus 36.....	20

II. Casussen van inefficiënte dienst- en zorgverlening ingebracht door burgers

casus 37 tm casus 40.....	20-22
---------------------------	-------

III. Goede voorbeelden van domeinoverstijgend werken

COMPLEXE GEZINSSITUATIE INGEBRACHT DOOR SOCIALE TEAMS MAASTRICHT	casus 41.....	24
INGEBRACHT DOOR WIJKVERPLEGING BUURTWERK	casus 42 t/m casus 45.....	25
VRIJWILLIGERSWERK	casus 46 t/m casus 50.....	26
	casus 51.....	26
	casus 52.....	27
Lijst van deelnemende organisaties aan dit casussenboek.....		28

Bijlagen

Inleiding

'Blauwe Zorg in de Wijk' is een ambitieuze Maastrichtse pilot omdat deze door de schotten van financiering en beheersing heen gaat. Met deze pilot wordt in vier Maastrichtse buurten (Wittevrouwenveld / Wyckerpoort en Nazareth / Limmel) een beweging in gang gezet vanuit Positieve Gezondheid waardoor levenskwaliteit en gezondheid van bewoners verbetert. In de aanpak worden burgers en professionals leidend, niet het behandel- en dienstenaanbod. Bij zorg- en dienstverleners komt meer ruimte voor hun professionele vrijheid. Financiële schotten tussen de gemeentelijke zorg en de zorgverzekeraar worden verkleind. In de pilot zijn/worden alle zorg- en welzijnsinstellingen die werkzaam zijn in de wijk(en) betrokken. Het is inmiddels een breed gedragen initiatief dat een aanvulling zal worden op alle ontwikkelingen in de wijk wat betreft zorg, sociale wijkteams, bewonersparticipatie en eigen kracht.

Een van de instrumenten om de voortgang van dit complexe proces te volgen is aan de hand van casussen en praktijkvoorbeelden. Financiers en betrokken organisaties geven aan dat casussen helpen bij het zichtbaar maken van knelpunten en verbeteringen in de zorg- en dienstverlening. Alle betrokken organisaties bij de pilot Blauwe Zorg in de wijk zijn in 2016/begin 2017 gevraagd om casussen aan te leveren bij het Programmabureau van Blauwe Zorg in de Wijk. Het Programmabureau verzamelt de casussen en bundelt ze in dit Casussenboek. Dit boek zal continu aangevuld worden met casussen uit de praktijk van professionals en burgers uit de vier wijken. Het boek is een product alle samenwerkende organisaties in de pilot Blauwe Zorg in de wijk.

Het casussenboek bevat voorbeelden van knelpunten in de zorg, maar ook voorbeelden waarbij de dienstverlening goed verloopt. Beide typen voorbeelden, de goede en de 'slechte', zijn bedoeld om gezamenlijk van te leren. De voorbeelden zijn soms casussen van een individuele cliënt/bewoner, andere voorbeelden gaan over de samenwerking, wijk, protocollen, en/of zorg- en dienstverlening in bredere zin van het woord (dus niet gekoppeld aan 1 casus). De casussen/voorbeelden hebben betrekking hebben op:

- onvoldoende afstemming tussen beroepskrachten waardoor de zorg- en/of dienstverlening inefficiënt wordt;
- grenzen waar beroepskrachten tegen aan lopen als het gaat om de zorg- en/of dienstverlening voor een cliënt/patiënt;
- overheidsbeleid en wet- en regelgeving die de zorg- en/of dienstverlening inefficiënt maken;
- goede communicatie waardoor zorg en dienstverlening efficiënter voor cliënt/patiënt is;
- goede voorbeelden van domeinoverstijgend werken waardoor zorg- en dienstverlening efficiënter is.

Deze casussen zijn letterlijk overgenomen en geven een goede weerspiegeling van de dagelijkse praktijk van de beroepskrachten en wijkbewoners. De aangeleverde casussen/voorbeelden zullen binnen het Programmabureau besproken worden en vervolgens zal bekeken worden of en op welke wijze deze casus zal worden opgepakt om te komen tot meer efficiënte zorg.

I. Casussen van inefficiënte zorg- en dienstverlening ingebracht door professionals

- WMO- WONINGAANPASSING-VERHUISADVIES -

Casus 1 (A0010916)

Kernwoorden: Wijkverpleging-WMO-traplift-verhuisadvies

Ingebracht door wijkverpleging, augustus 2016

“Het betreft een vrouw, 67 jaar. Mevrouw is geopereerd na een fractuur in haar onderbeen/knie in 2014. Deze ingreep is niet naar wens verlopen waardoor haar been in scheefstand staat. Hierdoor heeft mevrouw beperkingen bij het traplopen. Ze wilt niet meer naar boven lopen met de trap. Er werd een WMO aanvraag gedaan voor een traplift voor mevrouw door de wijkverpleegkundige. De bouwvereniging had bovendien aangegeven bereid te zijn om mevrouw haar badkamer boven aan te passen met een inloop douche, waardoor mevrouw zich zelfstandig zou kunnen douchen. De wijkverpleegkundige zou bij het gesprek met de WMO aansluiten, maar werd door de ergotherapeut gebeld dat dit niet nodig was. Tijdens dit gesprek werd mevrouw gevraagd een document te tekenen om te verhuizen. Mevrouw was in de veronderstelling dat dit geen consequenties zou hebben voor de realisatie van de traplift. Mevrouw heeft het document getekend. De traplift werd afgewezen en mevrouw kreeg een verhuisadvies. Echter, mevrouw kan/wil niet verhuizen omdat ze ernstige angststoornissen heeft waaronder claustrofobie. De enige optie die mevrouw heeft om te verhuizen is naar een gelijkvloerse woning en die woningen zijn schaars. Het gevolg is dat mevrouw niet naar boven kan om zich te douchen (geen traplift). Op dit moment wordt mevrouw door de thuiszorg aan de wastafel beneden in de woning geholpen met haar lichamelijke verzorging. Tevens is mevrouw genoodzaakt om beneden op de bank te slapen omdat ze niet naar boven kan.

In de optiek van de wijkverpleegkundige is bij het afgeven van het verhuisadvies niet goed rekening gehouden met de gezondheidssituatie en de wens van mevrouw.

In deze casus is een bezwaar ingediend en is de wijkverpleegkundige met mevrouw naar een hoorzitting geweest. Afdeling WMO blijft zeggen dat er is niks veranderd is, en dat daarom het rapport en het besluit niet wordt gewijzigd”.

Casus 2 (C0010916)

Kernwoorden: WMO-wijkverpleegkundige-woningaanpassing-verhuisadvies

Ingebracht door huisarts, september 2016

“Een mevrouw komt op het spreekuur bij de huisarts en is helemaal van slag en in paniek. Zij heeft bij de WMO een aanvraag gedaan om haar douche aan te passen. Nu heeft ze in plaats hiervan een verhuisadvies gekregen van de WMO. Ze wil niet verhuizen. Ze wil in haar omgeving blijven waar ze haar eigen netwerk heeft.

De huisartsen hebben bij deze mevrouw zelf een ergotherapeut ingeschakeld. Die is gaan kijken en dit was met drie beugels in de douche (die ze dan zelf betaalde) opgelost.

In de optiek van de huisarts zou er eerst beter beoordeeld moeten worden welke aanpassing is huis precies nodig is, en dan alleen een verhuisadvies te geven als er hele grote aanpassingen gedaan moeten worden. En als de WMO dan een verhuisadvies geeft, moet er ook wel een geschikte woning voor handen zijn. Mensen raken daarvan in paniek, wat de situatie verslechterd”.

Casus 3 (B0010616)

Kernwoorden: WMO-wijkverpleegkundige-woningaanpassing

Ingebracht door gemeente, juni 2016

“Voor mensen die zichzelf niet meer kunnen douchen, kan de wijkverpleegkundigen langskomen om te helpen. Sommige mensen zouden geholpen kunnen zijn met een douchezitje. Maar dat douchezitje moeten ze zelf betalen volgens de wetgeving van de gemeente. Voor de cliënt is wijkverpleegkundige gratis (vanuit de zorgverzekeringswet), dus veel mensen kiezen daarvoor. Dit lijkt niet efficiënt als gekeken wordt naar de kosten. Waarom kan de gemeente/financier van zorg niet een douchezitje betalen voor deze cliënten?”

- WMO- HUISHOUDELIJKE HULP-

Casus 4 (C0021216)

Kernwoorden: WMO-wijkverpleegkundige-huishoudelijke hulp-indiceren-huisarts

Ingebracht door huisarts, december 2016.

“Ouder echtpaar, hij dementerend, zij mantelzorgster, zonder steunsysteem. Ze wonen op driehoog zonder lift. Zij breekt na een val haar bovenarm, kan niet worden ingegipst, geeft zeker 4 weken pijn en ongemak. Er is dus een acuut probleem: zij kan haar man niet meer helpen in zijn ADL. Ze kunnen niet samen boodschappen doen, want zij kan met haar arm in de mitella de eerste weken de trappen niet af (valneiging tgv evenwichtstoornissen).

Na bellen van de WMO voor spoed huishoudelijke hulp zegt men dat spoed niet bestaat en dat een gebroken arm geen indicatie is. Na een vervelend telefoontje van de huisarts zelf kan het alsnog geregeld worden”.

De huisarts geeft aan dat deze kwetsbare fragiele oudere wel met spoed (tijdelijke) huishoudelijke hulp nodig heeft om zelfredzaam te kunnen blijven in het eigen huis.

(Bij navraag binnen de gemeente blijkt dat huishoudelijke hulp wel per direct ingezet kan worden, maar dat deze regeling onbekend is. Als achteraf blijkt dat de WMO de ondersteuning niet noodzakelijk vindt, krijgt de organisatie die de huishoudelijk hulp verleend 6 weken uitbetaald!).

Casus 5 (D0010117)

Kernwoorden: WMO-maatschappelijk werk -huishoudelijke hulp-indiceren-huisarts

Ingebracht door opbouwwerker, januari 2017.

“Het gaat om een casus die door een maatschappelijk werker is ingebracht bij een Sociaal Team. De cliënt heeft een dubbele tumor en gaat na behandeling terug naar huis. De cliënt zit dringend verlegen om huishoudelijke hulp. Aanvraag hiervoor is ingediend, maar het keukentafelgesprek vindt pas over 4 weken plaats. De cliënt heeft echter per direct huishoudelijke hulp nodig.

Keukentafelgesprek naar voren trekken is geen optie. Er wordt gewerkt aan het wegwerken van achterstanden en er zijn vele dringende vragen. De enige uitzonderingen die gemaakt worden zijn situaties waarbij de maaltijdvoorziening in het gedrang is, kleine kinderen betrokken zijn en/of een cliënt terminaal is.

Keukentafelgesprek is nodig om in kaart te brengen wat bijvoorbeeld financiële mogelijkheden van cliënt zijn en in hoeverre het eigen netwerk iets kan betekenen. Nu toekennen (bijvoorbeeld op basis van informatie die al bekend is bij maatschappelijk werk) en later keukentafelgesprek voeren is moeilijk omdat cliënt bij later terugdraaien bezwaar kan maken. Inzetten vrijwilliger is geen optie, het verlenen van dit soort huishoudelijke hulp is geen vrijwilligerswerk.

Advies van Sociaal Team aan maatschappelijk werker is binnen eigen netwerk of via-via zoeken naar iemand die (eventueel tegen een vergoeding) 4 keer het hoognodige (toilet, badkamer) kan doen om zo in ieder geval de periode tot aan het keukentafelgesprek te overbruggen. Maar dit voelt natuurlijk niet goed” (zie ook casus 4).

- WMO- DAGBESTEDING - DAGOPVANG -

Casus 6 (B002XX16)

Kernwoorden: WMO-trajectbegeleiding/wijkverpleegkundige –begeleiding naar dagopvang
Ingebracht door WMO-consulent, 2016.

“Een trajectbegeleider dementie bespreekt met mantelzorger en dementerende cliënt dat het zinvol zou zijn om dagopvang voor de cliënt te regelen. Maar de cliënt wilt niet alleen naar de dagopvang (durft niet). Deze cliënt heeft begeleiding nodig. Maar deze professional mag de cliënt niet begeleiden naar de dagopvang, want daarvoor moet begeleiding bij de gemeente via de WMO worden aangevraagd. Wat zou het mooi zijn als de trajectbegeleider een paar keer met de cliënt zou kunnen meegaan en dit proces dus te begeleiden als vertrouwenspersoon”.

Casus 7 (C0030916)

Kernwoorden: vervoer–dagbesteding-WMO
Ingebracht door huisarts, september 2016.

“In overleg met de huisarts vraagt de trajectbegeleider dementie dagbesteding aan bij de WMO voor een patiënt die cognitief erg achteruit is gegaan. Echter het vervoer daar naar toe kan niet worden vergoed. De ene keer wordt het wel vergoed en de andere keer niet: dit is onduidelijk voor de huisarts. Dus dan heb je de dagbesteding geregeld, maar het vervoer ernaar toe niet.
Punt van aandacht: dagbesteding kan tegenwoordig op drie manieren aangevraagd worden”.

- GGZ – BEGELEIDING- WMO -

Casus 8 (C0040916)

Kernwoorden: GGZ, begeleiding, WMO, verwaarlozing, toegang
Ingebracht door huisarts, september 2016.

“Patiënt is bij huisarts bekend als een vriendelijke maar wat warrige zonderling die af en toe komt binnenwaaien. Zijn buurman alarmeerde op gegeven moment dat het niet goed met hem ging. Na wat moeite en een aantal consulten bij de huisarts was het lichamelijke stuk afgedekt maar bleef hij vuiler en verwarder dan normaal. Hij stond wel open voor hulp maar verzandde in zijn eigen chaos. Na heen en weer bellen met de buurman heeft de huisarts een visite gereden en trof daar een volledig vervuild en onderkomen huis aan

Dus: man, 55 jaar, niet aangeboren hersenletsel, al jaren balancerend op randje van zelfredzaamheid die nu over de rand kiept maar wel open staat voor hulp.

Insteek huisarts: start woonbegeleiding met als eerste doel voorkomen verlies huurwoning ivm verwaarlozing. Huisarts meldt hem zelf telefonisch aan bij de WMO. Na 2 weken is er niets gebeurd. Huisarts belt eindeloos om de case consultant aan de lijn te krijgen. Uitkomst: het lukt ons niet om een afspraak met patiënt te maken voor een keukentafelgesprek en dus gebeurt er niets
Niets van wat de huisarts aan de telefoon had overgedragen was ergens terug te vinden.

Dus: deze verwarde patiënt stond open voor hulp, hij is dus geen zorgmijder, maar hij is niet in staat om adequaat om hulp te vragen. Volgens de huisarts dus niet iemand voor de bemoeizorg maar de WMO lijkt niet adequaat ingericht op mensen met een wat lastiger gebruiksaanwijzing?”

Casus 9 (C00501216)

Kernwoorden: GGZ, begeleiding, WMO, indicatiestelling
Ingebracht door huisarts, december 2016.

“Chronisch paranoïde psychotische vrouw met een VG van meer dan 10 jaar, zonder ziekte-inzicht en voorsnog ondanks meerdere ggz verwijzingen therapieresistent, wordt door de huisarts bij de WMO aangemeld voor woonbegeleiding door een SPV-er (WMO). Ze is in haar

hulpverlenersinteracties lastig met een hoge lijdensdruk dus een ggz opgeleid en ervaren hulpverlener lijkt zeker geïndiceerd.

Haar aanvraag wordt door de WMO afgewezen omdat ze een behandelbare aandoening heeft en een psychiater moet eerst aangeven dat ze uitbehandeld is. Uiteindelijk resulteerde dit in een nieuwe verwijzing en na verzoek van de huisarts een brief van de ziekenhuispsychiater waarin vermeld staat dat patiënte chronisch psychotisch en therapieresistent is. Hoge zinloze kosten.

Wat zich hier wreekt is dat de indicatiestelling door de huisarts voor woonbegeleiding (en dus niet een verwijzing voor behandeling) niet geaccepteerd wordt. Er is geen overleg gevoerd met de huisarts in deze. Bij aanmelding door de huisarts is het onduidelijk welke gegevens waar genoteerd worden en wie er inzage heeft”.

Casus 10 (A0020417)

Kernwoorden: GGZ, begeleiding, WMO, vervoerskosten, beperkte financiële middelen

Ingebracht door Wijkverpleegkundige, april 2017

“Betreft een echtpaar van 55 en 60 jaar, beide zijn arbeidsongeschikt en afhankelijk van een uitkering. Mevrouw is uitgebreid bekend binnen de GGZ (verstandelijke beperking, schizofrenie en psychoses in voorgeschiedenis). Ook meneer wordt verdacht van een persoonlijkheidsstoornis (echter geen diagnostiek). Dit samen maakt dat de spanningen binnen het huishouden soms hoog op kunnen lopen. Om mevrouw te kunnen begeleiden en haar echtgenoot te ontlasten maakt mevrouw drie keer per week gebruik van dagopvang vanuit een instelling die kinderen en volwassenen met een (verstandelijke) beperking ondersteunt.

In 2016 wordt mevrouw geopereerd aan een hernia in haar diafragma, de operatie en verdere ziekenhuis opname verlopen zeer gecompliceerd. Eenmaal thuis blijft mevrouw vaak braken, dit gebeurt ook in het vervoer van en naar de dagopvang. De vervoerder besluit hierop dat mevrouw niet meer mee mag.

De echtgenoot van mevrouw is bereid om mevrouw drie keer per week te brengen, echter zijn de financiële middelen beperkt en is een tegemoetkoming vanuit de gemeente wenselijk. Deze tegemoetkoming wordt niet toegekend waardoor mevrouw enkele weken noodgedwongen thuis moet blijven. De spanningen in het huishouden lopen hierdoor dusdanig hoog op dat de situatie dreigt te escaleren: mevrouw loopt weg van huis, mevrouw neemt haar medicatie niet meer adequaat in, het echtpaar begint meerdere zorginstanties buiten de deur te houden, er zijn verdenkingen van huishoudelijk geweld en het psychisch evenwicht van mevrouw begint steeds meer uit balans te raken. Na twee maanden verbetert de lichamelijke conditie van mevrouw en kan zij weer met de vervoerder mee naar de dagopvang en stabiliseert de situatie.

Door de heer tegemoet te komen in zijn reiskosten om mevrouw te brengen/halen had deze situatie volledig voorkomen kunnen worden”.

Casus 11 (E0010516)

Kernwoorden: WMO-psychiatrische stoornis-begeleiding

Ingebracht door: zorgaanbieder die mensen met psychiatrische/psychosociale problemen begeleidt voor wie zelfstandig leven voor korte of langere tijd moeilijk is, mei 2016

“Een cliënt met een psychiatrische stoornis wil begeleiding aanvragen, dit moet hij doen via de WMO. De wmo-consulent moet hiervoor een keukentafel gesprek uitvoeren bij cliënt. Maar deze cliënt kan dat gesprek niet zelfstandig voeren, deze heeft immers begeleiding nodig. Kan een reeds betrokken hulpverlener van de cliënt dat dan niet doen/meehelpen? Nee, dit behoort dat niet tot zijn taken”.

Casus 12 (B0030916)

Kernwoorden: WMO-begeleiding GGZ

Ingebracht door WMO-consulent, september 2016

“Meneer van 47 jaar met PTSS. De gemeente (WMO) krijgt een verzoek om begeleiding in te zetten voor meneer naar GGZ instelling. Er liggen drie verslagen van verschillende GGZ instellingen dat meneer te emotioneel is om te behandelen. De WMO consulent komt bij meneer thuis en moet in het

keukentafelgesprek alle leefgebieden in kaart brengen. Het knelpunt is dat alles uitgevraagd moet worden, bijvoorbeeld ook op het gebied van huishoudelijke hulp (terwijl meneer al heeft gezegd dat dit goed gaat en hij dit gefaseerd doet). Daarna is een ondersteuningsplan naar meneer gestuurd waarop meneer gevraagd is om zijn handtekening te zetten. Deze handtekening is juridisch de formele aanvraag tot een Wmo voorziening. Deze meneer is zo argwanend dat hij niet wil tekenen. Vele contacten volgen om meneer er van te overtuigen toch een handtekening te zetten. Volgens de WMO-consulent had meneer in dat stadium al iemand nodig die nogmaals en indien nodig, herhaaldelijk uitlegt dat dit nodig is om de beweging te kunnen maken naar zijn gewenste zelfredzaamheid. Uiteindelijk is het gelukt met medewerking van de zorgaanbieder, die op dat moment nog niet wist of er daadwerkelijk een indicatie zou volgen. Want zonder handtekening, geen indicatie”.

Casus 13 (B004XX16)

Kernwoorden: WMO, team jeugd, GGZ, begeleiding, opvoedondersteuning, huisarts, vervuiling, indicatiestelling

Ingebracht door: WMO-consulent

“Mevrouw, 29 jaar, dochter van 7,5 jaar inwonend. Een hulpverlener X van een jeugdhulpverlenersinstelling trekt aan de bel bij de Wmo en bij team Jeugd omdat het niet goed gaat thuis. Mevrouw is depressief, heeft borderline en heeft suïcidale gedachten. Haar dochter is het enige wat haar tegenhoudt om niet direct voor de trein te springen. Mevrouw vertelt moeite te hebben om medicatietrouw te zijn. Ze heeft al meermaals behandeling geprobeerd, maar dit niet afgemaakt omdat ze toen het nut niet zag. Nu wil ze erg graag weer behandeling maar voelt zich niet gehoord door haar huisarts. Hulpverlener geeft aan dat zelfs haar gedragswetenschapper de huisarts gebeld heeft en ook geen schot in de zaak kreeg. Mevrouw en hulpverlener X geven aan dat, enkele weken voor het gesprek met Wmo, mevrouw zich wilde laten opnemen en de crisisdienst ingeschakeld is. Na een telefoontje met de huisarts werd mevrouw niet opgenomen omdat de huisarts dit niet nodig vond. Mevrouw is voor een andere behandeling de dag voor mijn bezoek, afgewezen omdat men bang is dat de behandeling te intensief voor haar zal zijn en ze dus weer zal afhaken. Vervolgens valt het behandeltraject weer stil. Mevrouw wil hulp, heeft weinig netwerk buiten haar moeder en vader die beide ook psychisch belast zijn.

De woning is fors vervuild, mevrouw komt tot niets, heeft verzameldrang en is aan het verbouwen: er ligt geen vloer in de woonkamer, haar dochter heeft nu tijdelijk geen bed omdat er nog een nieuwe gehaald moet worden, de muren zijn niet afgewerkt, de wc is niet om aan te zien, de keuken is onhygiënisch en de frietpan is dusdanig vuil dat hij brandgevaarlijk is. Moeder kookt niet, maakt enkel vette hap. Moeder en dochter hebben behoorlijk overgewicht. Hulpverlener X geeft aan dat de lichamelijke verzorging van de dochter, de aandacht die mevrouw voor haar dochter heeft en de intenties van mevrouw tov de dochter in orde zijn, maar andere zaken zoals eten, hygiëne, dingen buitenshuis ondernemen, regels stellen e.d. zijn niet op orde. Mevrouw vertelt dat haar dochter haar problemen niet tegen haar zegt, omdat ze haar er niet mee wil belasten (zijn voor mij alarmbellen op het vlak van psychisch en emotioneel welzijn van de dochter).

De hulpverlener X stopt 4 dagen na het gesprek met werken voor de jeugdinstantie waardoor mevrouw dan geen bekende begeleider meer heeft om op terug te vallen.

Conclusie: hier is dringend hulp nodig! Hier is begeleiding en behandeling naast elkaar nodig om mevrouw structureel, langdurig vooruit te kunnen helpen. Nu is mevrouw zelf gemotiveerd, dus dat moment moeten we benutten om hulp in te zetten. Ik bel de volgende dag met de huisarts en benadruk hoe belangrijk behandeling naast begeleiding is. Hij zal mevrouw zelf bellen en daarna opnieuw een indicatie voor behandeling afgeven. Binnen 1 week regel ik een begeleider die voor mevrouw al kan komen, ondanks dat de beschikking vanuit Wmo nog op zich laat wachten.

Er volgt enkele weken later nog een tweede gesprek met team Jeugd erbij. Hier komt uit dat er ook nog een indicatie voor de dochter komt ivm opvoedingsondersteuning. Mogelijk dat dezelfde begeleidster dit kan geven zodat er maar 1 hulpverlener hoeft te komen.

Mevrouw heeft tot op heden nog niets van haar huisarts gehoord geeft ze aan. Mijn informele advies aan mevrouw komt er dus ook op uit om naar een andere huisarts over te stappen, omdat ze in deze praktijk geen vertrouwen meer heeft en niet voelt dat ze gehoord wordt”.

- GGZ – POH-GGZ- generalistische basis GGZ -

Casus 14 (F0011216)

Kernwoorden: Sociaal team- cliëntondersteuner–POH GGZ

Ingebracht door: POH GGZ, december 2016

“Een 61 jarige man meldt zich met rouwproblematiek bij huisarts. Dhr. bracht veel tijd door als mantelzorger bij de persoon die overleden is. Dit is door het overlijden weggefallen. Dhr. is analfabeet en heeft beperkt niveau van functioneren en hij heeft een beperkt sociaal netwerk. De huisarts schakelt de POH GGZ in. De POH stelt samen met dhr. hulpvragen op. Die hebben betrekking op rouwproblematiek, dagbesteding, begeleiding bij afspraken met instanties en op pesterijen in de straat door buurtbewoners.

De POH brengt de casus in in het Sociaal Team. Dhr. bleek al begeleiding te hebben door cliëntondersteuner X, dit was niet bekend binnen de huisartsenpraktijk.

De bovenstaande hulpvragen zijn met dhr en POH GGZ besproken in Sociaal Team. Afsproken is dat alle hulpvragen worden opgepakt door cliëntondersteuner X en of andere leden van Sociaal Team opgepakt onder coördinatie van cliëntondersteuner X . Positief resultaat van wijkteam

Conclusie:

Als bekend geweest was dat stichting Mee was betrokken dan had de POH GGZ meteen met Mee contact opgenomen. Voor huisartspraktijk niet altijd helder welke disciplines betrokken zijn bij een casus. Er wordt weinig informatie teruggekoppeld”.

Casus 15 (F0021216)

Kernwoorden: POH GGZ - generalistische ggz – eigen risico

Ingebracht door: POH GGZ, december 2016

“Het betreft een 19 jarige studente die bij de huisarts komt. In het verleden is het meisje behandeld voor eetproblemen, automutileren en stemmingsproblemen. Ze is pas verhuisd naar Maastricht voor haar studie. Haar moeder blijkt ongeneeslijke ziek te zijn, hierdoor veel stress tevens ook omdat ze pas verhuisd is naar Maastricht en hier nog niet geheel haar draai heeft gevonden. Het meisje merkt dat ze opnieuw problemen aan t ontwikkelen is met eten. Tevens is haar stemming erg somber, heeft ze zorgen over moeder en haar verstandelijk gehandicapt zusje welke bij moeder inwoont. Haar ouders zijn gescheiden.

De huisarts verwijst de studente naar de POH GGZ. De POH GGZ merkt tijdens de behandeling dat de klachten steeds groter worden waardoor een verwijzing naar generalistische ggz op zijn plek is. Echter ze heeft geen financiële middelen om eigen risico te betalen. En ze kan ook geen beroep doen op haar ouders hiervoor. Hierdoor blijft problematiek aanslepen”.

Casus 16 (F0031216)

Kernwoorden: POH GGZ - generalistische ggz – zorgmijder

Ingebracht door: POH GGZ, december 2016

“Een 20 jarige vrouw met ernstig traumatische kinderjaren en zorgmijdend gedrag (ze is bekend met no-shows), meldt zich bij de huisarts. De huisarts verwijst de mw door naar POH GGZ. Deze brengt met mw klachten in kaart gebracht en de vraag voor verdere diagnostiek en behandeling voor angst depressie. Mw staat open voor behandeling van depressie en onderzoek naar eventuele persoonlijkheidsproblematiek.

Haar depressie staat op de voorgrond, ze is lusteloos, komt tot niks, geen dagritme, vergeetachtig enz. Mw wordt in overleg met de huisarts aangemeld bij GGZ instelling X voor behandeling (telefonisch

wordt de casus doorgesproken met de intaker).

Mw krijgt 2 intake datums. De eerste datum is mw vergeten. De tweede afspraak gaat ze met vader naar de afspraak toe. Ze heeft zich bij de receptie gemeld. Mw had de afsprakenbrief niet bij zich en wist dus niet met welke hulpverlener ze een afspraak had. De receptioniste kon haar niet terug vinden in het systeem, waarop ze weg is gestuurd. De receptioniste had waarschijnlijk naar secretariaat moeten verwijzen of moeten bellen om de afspraak te verifiëren. Mw heeft toen nog wel een brief thuis gekregen voor t maken van een nieuwe afspraak volgens GGZ-instelling X , hierop heeft ze niet binnen de termijn zich gemeld waarna ze weer is uitgeschreven. De POH GGZ heeft vervolgens met mw samen opnieuw naar GGZ-instelling X gebeld voor het maken van een nieuwe afspraak want mw wil uiteindelijk wel geholpen worden. Echter mw sluit dan opnieuw aan op de wachtlijst en moet 3 maanden wachten. Hierop ook geïnformeerd bij de wachttijd bij d GGZ-instelling X . Deze lijkt korter waarna patiënt kiest om bij GGZ-instelling Y te proberen. Met mw samen bekeken, hoe ervoor te zorgen dat ze naar de afspraak toegaat bij GGZ-instelling Y. Pleegvader erbij betrekken (bijv haar laten herinneren aan de afspraak, uit bed bellen. Mw heeft namelijk ritme verdraaiing vanuit depressie). Conclusie: Gezien zorgmijndend gedrag van mw, ernst van depressie, traumatisch verleden lukt het mw vaak niet om afspraken na te komen. Bij instelling is toch nog vaak t idee dat patiënt zelf initiatief moet nemen om de motivatie hiermee te laten zien. Echter bij deze casus lijkt de depressie en angst hier in te belemmeren en is een extra zetje van hulpverlening en of sociaal netwerk nodig. Deze mevrouw zou met kleine afspraken, door bijvoorbeeld inzetten van haar netwerk die haar herinneren en of begeleiden naar de intake, wél tot hulp zijn gekomen. Tijdige communicatie tussen zorginstelling en aanmelder had bovendien ook problemen kunnen voorkomen (dan was ze niet uitgeschreven)".

Casus 17 (F0041216)

Kernwoorden: POH GGZ - generalistische ggz – FACT team – werkprocessen

Ingebracht door: POH GGZ, december 2016

"Een 49 jarige man meldt zich bij de huisarts met angst en depressie klachten. Dhr. wil graag hulp voor deze vragen. Echter dhr. heeft ook persoonlijkheidsproblematiek. Ook gebruikt dhr. cannabis, naar eigen zeggen vanwege pijnklachten, echter nergens medicinaal voorgeschreven.

Dhr wordt door de huisarts naar een vrijgevestigde psycholoog verwezen. Zij verricht diagnostiek en geeft een verder behandel advies.

Echter door de meerdere diagnoses en gebruik van cannabis valt dhr. tussen wal en schip.

De groepstherapie die de psycholoog adviseert bestaat niet in de omgeving van Maastricht

Dhr wordt bij GGZ-instelling X aangemeld, maar benoemd anti-sociaal persoonlijkheid als contra indicatie voor behandeling. GGZ-instelling A adviseert GGZ-instelling Y.

Vervolgens wordt dhr. verwezen naar GGZ-instelling Y die willen echter niet behandelen op depressie en angst vanwege gebruik van cannabis.

Dhr. moet openstaan voor behandeling van het gebruik van cannabis.

Echter dhr. heeft hier geen hulpvraag in en blijf benoemen dit te gebruiken vanwege pijnklachten.

Echter GGZ-instelling Y wil hem alleen aannemen als hij openstaat om het gebruik van cannabis te bespreken.

Uiteindelijk is de casus door huispraktijk besproken in collegiaal overleg met psychiater van wijkteam GGZ-instelling Y. Deze adviseert om bij wijkteam GGZ instelling Y te proberen waar hij als psychiater aan verbonden is.

Echter dhr. woont niet in postcode van werk regio van de betreffende psychiater en dient alsnog weer via de voordeur te moeten worden verwezen. Afhankelijk van de psychiater die verbonden is aan wijkteam van postcode van dhr. zal de casus dan worden opgepakt of niet.

Op 13-01-2015 is de eerste keer contact geweest met GGZ-instelling Y over de casus.

Op 19-01-2016 (één jaar later) bericht dat dhr. geplaatst is op de wachtlijst van F wijkteam GGZ instelling Y.

Conclusie: een lange gecompliceerde zoektocht om dhr. met de multi- problematiek aangemeld te krijgen door hokjes denken t.a.v de problematiek. Daarnaast gaat er bijna een jaar overheen om dhr.

alsnog aangemeld te krijgen bij GGZ-instelling Y om vervolgens op wachtlijst te komen. Daarna geen bericht meer ontvangen of dhr. is opgepakt in wijkteam GGZ instelling Y” .

- GGZ-OVERIGE -

Casus 18 (C00601216)

Kernwoorden: GGZ-huisarts- FACT team – werkprocessen/terugkoppeling

Ingebracht door: huisarts, december 2016

“Patiënte is bekend bij FACT team van wijkteam GGZ instelling Y . De terugkoppeling naar de huisarts is minimaal: geen verslag van kortdurende crisis opname, geen behandelplan/crisisplan wat gecommuniceerd is naar de huisarts. De patiënte komt ook regelmatig naar de huisarts. Het is vervelend als de huisarts niet weet waar de ander mee bezig is. De huisarts kan dan nergens op aansluiten en de patiënte is vaak te verward om het zelf te kunnen verwoorden” .

Casus 19 (D0020117)

Kernwoorden: Clientadvies WSP- verhuishens- noodzaak GGZ-instelling – privacy

Ingebracht door wijkservicepunt, januari 2017

“Een 32 jarige man, afkomstig uit Guinea, in behandeling bij ivm GGZ-instelling X traumatisch verleden, wil graag verhuizen omdat hij bang is dat hij tijdens zijn slaapwandelen 's nachts over de balustrade van de galerijflat valt(ong.20 meter lager)omdat deze amper een meter hoog is en meneer zelf bijna twee meter lang is. Dit vertelt hij aan de cliëntadviseur van het Wijkservicepunt. Deze cliëntadviseur adviseert hem dit te bespreken met zijn behandelaar van het GGZ-instelling X . Behandelaar geeft aan geen medisch gegevens te mogen verstrekken ikv de privacy wetgeving, ook niet na goedkeuring en instemming van de cliënt. Niet aan de cliëntadviseur en niet aan de woningcorporatie. De urgentie van het regelen van een andere woning voor deze cliënt kan hierdoor niet worden aangetoond. Echter deze gegevens zouden mogelijk het gevaar, dat de klant signaleert, onderbouwen en daarmee de urgentie van het krijgen van een andere woning bespoedigen” .

Casus 20 (B0050117)

Kernwoorden: GGZ- financiën eigen bijdrage – medicatie - WMO

Ingebracht door: WMO-consultent, januari 2017

“Een Wmo-consultent gaat op huisbezoek bij een gezin dat bestaat uit moeder en een volwassen inwonende zoon. Beide zijn niet werkzaam. Op naam van mevrouw is er hulp bij huishouding vanuit de Wmo. Mevrouw heeft somatische beperkingen waaronder COPD. De zoon is bekend met behoorlijke psychische klachten. Onder andere vanwege zijn depressiviteit en opstandigheid is zijn bijdrage aan de huishoudelijke taken eerder buiten beschouwing gelaten. Nu is er een derde persoon bij komen wonen, iemand met een verstandelijke beperking. Dit was de reden de ondersteuningsbehoefte van dit gezin opnieuw te bespreken.

Tijdens dit huisbezoek vertelde de volwassen zoon dat hij een kind heeft dat hij niet meer mag zien, dat hij bij GGZ-instelling Y uitbehandeld is en dat hij zich moeilijk in de maatschappij kan handhaven.

Hij vertelde dat hij wel medicatie had om rustig te blijven, maar dat hij deze niet meer gebruikt vanwege de hoge eigen bijdrage. Hij gaf aan dit niet te kunnen betalen. Hij begreep wel dat hij daardoor sneller en vaker verbaal agressief was. Als compensatie zou hij een pilletje via de zwarte markt bestellen, dat zou aanzienlijk goedkoper zijn (dekt niet alle klachten).

Meneer kan zich zelf geen doel meer stellen, hij lijkt klem te zitten in zijn situatie. Hulp van het Sociaal Team of van Wmo om tot meer eigen regie te komen, wilde hij absoluut niet. Er is geen vaste dagindeling, meneer wil er niet meer over praten. Hij is er van overtuigd dat niemand hem meer kan helpen omdat hij, zoals hij zegt, overal is geweest en nergens beter van is geworden.

De vragen zijn nu: Is het daadwerkelijk zo dat meneer niet meer onder controle bij GGZ-instelling Y staat of heeft meneer de zorg geweigerd? We horen vaker dat mensen medicatie niet meer nemen vanwege de kosten. Is dat niet op een andere manier te compenseren? Meneer ontvangt een uitkering

en is thans vanwege zijn gemoedstoestand niet te motiveren om aan enige vorm van dagactiviteit deel te nemen. Zou dit met passende medicatie wel mogelijk zijn? Hoe voorkomen we dat meneer zijn situatie op deze manier in stand kan houden en of zorgen we dat hij weer licht aan het einde van de tunnel gaat zien?"

- JEUGDZORG-

Casus 21 (C00701216)

Kernwoorden: jeugdzorg, team jeugd, opvoedondersteuning- werkprocessen/terugkoppeling

Ingebracht door: huisarts, december 2016

"Gezin aangemeld bij team jeugd ivm vraag om opvoedingsondersteuning. Het gaat om een allochtoon echtpaar, beiden bekend met depressie en chronische lichamelijke klachten, wonen in bij ouders van hem. Gemotiveerd voor hulp bij temperamentvolle dochter.

Nooit meer iets over teruggehoord. We missen terugkoppeling vanuit team jeugd: wat wordt het plan, waar zit men in het proces, wie zijn erbij betrokken? Bij aanmelding door de huisarts is het onduidelijk welke gegevens waar genoteerd worden en wie er inzage heeft. Dit geldt ook als de huisarts zelf een aanmelding doet bij de WMO".

OPNAME ZIEKENHUIS - VERPLEEGHUIS

Casus 22 (C0081116)

Kernwoorden: verpleeghuis-indicatie-ziekenhuis

Ingebracht door: huisarts, september 2016

"Deze casus gaat om een ouder echtpaar waarvan de man verblijft op een gesloten afdeling van een verpleeghuis. Zijn vrouw woonde daar zelfstandig in een woning. De vrouw ging iedere dag naar haar man toe. Vrouw ging zelf ook wat cognitief achteruit, maar het ging allemaal nog. Mevrouw raakte in een delier. Ze ging 's nachts over de gangen zwerven.

Dus huisarts vroeg aan verpleeghuis: "Kan mevrouw niet een paar dagen bij haar man wonen? Misschien is dit delier binnen drie dagen opgeknapt". Deze man had een kamer van 6x6m op gesloten afdeling en deze kamer was vertrouwd voor mevrouw. "Nee, dat kan niet want ze heeft geen indicatie". Ze moest worden opgenomen in ziekenhuis, waardoor ze nog meer gedesoriënteerd raakte. Mevrouw kon niet meer terug naar huis en moest opgenomen worden in een ander verzorgingshuis. Echtpaar leeft nu dus gescheiden van elkaar. Waarom kon er niet een bed voor deze vrouw bijgeplaatst worden?"

Casus 23 (C0091116)

Kernwoorden: ziekenhuis – nazorg – spoedopname

Ingebracht door: huisarts, september 2016

"Oude mevrouw die nog thuis woonde en het eigenlijk nog best goed doet. Ze doet haar eigen boodschappen en gaat naar haar koortje. Cognitief gaat mevrouw wel wat achteruit: trajektbegeleider dementie kwam regelmatig bij haar en thuiszorg was ingeschakeld. Op een avond kwam thuiszorg en lag mevrouw op de grond. Ze had er waarschijnlijk al de hele dag gelegen. Mevrouw werd verwezen naar ziekenhuis.

's Nachts om vier uur werd mevrouw ontslagen uit het ziekenhuis en moest dus terug naar huis: er was geen indicatie om haar op te nemen in ziekenhuis. Zonder dat er iets geregeld was, moest ze naar huis. De volgende ochtend wordt huisarts gebeld door familie dat het zo niet langer gaat met mevrouw. Dat komt dus omdat het ziekenhuis deze mensen niet langer dan 24 uur wilt opnemen omdat ze anders daarna de verplichting hebben om nazorg te regelen (of dat ze onnodig lang in het ziekenhuis blijven). Na het telefoontje van familie 's ochtends heeft de huisarts een tijdelijk bed bij een verzorgingshuis geregeld. Dit is een spoedopname (spoedbed), echter bij een verzorgingshuis waar ze op een afdeling

terecht is gekomen waar ze niet gewend zijn om met demente bejaarden om te gaan. Daardoor raakte mevrouw nog meer gedesoriënteerd. Verpleeghuisarts belt huisarts: ze kan niet meer naar huis. Terwijl het eigenlijk thuis allemaal best goed ging.

In de optiek van de huisarts had mevrouw waarschijnlijk nog gewoon thuis gewoond als het ziekenhuis haar een paar dagen ter observatie had gehouden en vervolgens overleg hadden gehad met de huisarts. Ze zou dan veel minder gedesoriënteerd geweest zijn. Waarom kon dit niet?"

Casus 24 (C0091116)

Kernwoorden: ziekenhuis-spoedopname verpleeghuis-woningaanpassing-nazorg

Ingebracht door: huisarts, september 2016

"Oudere mevrouw moest naar ziekenhuis omdat ze zich verbrand had aan warm water aan haar hand/been. Deze mevrouw had eerder een CVA gehad, had een spastisch parese en zat in een rolstoel. Deze mevrouw werd terug naar huis gestuurd door ziekenhuis, maar zonder nazorg.

Dus huisarts moest spoedopname (spoedbed) in een verzorgingshuis regelen, want de wond moest verzorgd worden etc. Als het ziekenhuis deze wond een paar dagen had verzorgd, had deze mevrouw gemakkelijk naar huis gekund."

- OVERBRUGGINGSZORG (OVERGANG ZVW-WLZ)-

In grote lijnen is het probleem bij deze casussen dat als een cliënt, die vanwege toenemende zorgzwaarte, overgaat naar de Wet Langdurige zorg (Wlz), de mogelijkheden binnen de WIZ vaak beperkter zijn. Dit kan leiden tot overbelasting van mantelzorgers en zelfs spoedopnames.

Soms proberen we dit te voorkomen door mensen te adviseren om geen Wlz indicatie aan te vragen (laatste casus). Maar vaak komen we hier niet onder uit als bijv. de WMO een vraag voor dagverzorging afwijst (wat vaker gebeurt bij een dementerende cliënt, met als reden dat men dan geen eigen regie kan voeren) en de cliënt wordt doorverwezen naar het CIZ (voor een aanvraag in het kader van de Wlz)".

Casus 25 (A0030317)

Kernwoorden: WMO/Zvw/ Wlz

Ingebracht door: wijkverpleegkundige, maart 2017

"Mevrouw, geboren in 1915, is weduwe, woont alleen en zelfstandig. Mevrouw is slechthorend en slechtziend (blind aan 1 oog). Ze is bekend met artrose en osteoporose (diverse breuken in verleden, hand, pols/ mobiliteitsbeperkingen), hoge bloeddruk en ziekte van Ménière. Ze is zeer vergeetachtig. Mevrouw wenst zolang mogelijk zelfstandig te blijven wonen. Haar kinderen (zoon en dochter) onderschrijven deze wens en ondersteunen daar waar mogelijk. Mevrouw gaat 4 dagen per week naar een dagopvang (WMO beschikking 8 dagdelen begeleiding groep). De huishoudelijke hulp komt 4 uur per week (WMO beschikking).

De wijkverpleging ondersteunt mevrouw met haar lichamelijke verzorging, aanreiken van medicijnen/oogdruppelen, toiletgang en bij het eten (Zvw indicatie 14 uur per week)

De WMO consulent geeft op een gegeven moment aan dat de WMO indicatie wordt ingetrokken omdat er sprake is van een langdurige chronische zorgbehoefte. WMO consulent verzoekt mantelzorg van cliënt dringend om een WLZ indicatie leveringsvorm VPT (Volledig Pakker Thuis) aan te vragen.

Mevrouw wordt door het CIZ geïndiceerd en deze verstrekt een Wlz/ ZP 6 indicatie.

Het bijbehorende budget is echter niet toereikend om de bestaande zorg te continueren.

Leveringsvorm VPT is in deze helemaal geen optie, omdat dan ook maaltijden en huishoudelijke hulp uit het budget bekostigd dienen te worden.

Mantelzorg is teleurgesteld in het advies van de WMO consulente en kan niet begrijpen dat een WLZ /ZP indicatie minder zorg mogelijkheden biedt. Cliënt en mantelzorger wensen dat mevrouw zolang

als mogelijk zelfstandig blijft wonen en constateren dat er nu minder inzet van zorg en ondersteuning mogelijk is”.

Casus 26 (A0040317)

Kernwoorden: WMO/begeleiding - Wlz/behandeling

Ingebracht door: wijkverpleegkundige, maart 2017

“Mevrouw, geboren in 1937, is weduwe en alleenwonend. Ze is bekend met dementie en beschikt over een Wlz /ZP 5 indicatie. Mevrouw maakt gebruik van 6 dagdelen begeleiding groep, persoonlijke verzorging en verpleging.

Gezien de cognitieve achteruitgang van mevrouw wordt door zorgtrajectbegeleider/huisarts gevraagd om ‘Begeleiding groep’ om te zetten naar ‘Behandeling groep’. Tevens wordt een uitbreiding van persoonlijke verzorging aangevraagd.

De zorg/ondersteuning die vanuit dit budget kan worden ingezet is echter ontoereikend voor de zorgbehoefte. Mevrouw wordt derhalve met spoed intramuraal opgenomen”.

Casus 27 (A0050317)

Kernwoorden: WMO/dagopvang - Wlz

Ingebracht door: wijkverpleegkundige, maart 2017

“Mevrouw, geboren 1930, is weduwe en wenst een intramurale opname.

Mevrouw is eerder opgenomen op azM herstellzorg na een enkelfractuur, verder bekend met divertikel (darm) bloedingen, syncope (regelmatig flauwvallen), TIA, spraakstoornis. Mevrouw is beperkt mobiel en verplaatst zich met een rollator.

De wijkverpleging ondersteunt mevrouw met lichamelijke verzorging, hulp bij eten, hulp bij medicatie en soms wondzorg i.v.m. een wond aan haar been (Zvw indicatie)

Mevrouw gaat 3 dagen per week naar de dagopvang (WMO beschikking 6 dagdelen begeleiding groep)

Clientadviseur adviseert mevrouw en mantelzorgers om geen Wlz / ZP aan te vragen vanwege beperkte (minder) zorgmogelijkheden binnen het budget. Wlz / ZP wordt pas aangevraagd zodra intramurale opname binnen een locatie van Envida mogelijk is”.

Casus 28 (A0060417)

Kernwoorden: GGZ, WMO/dagbesteding - Wlz

Ingebracht door: wijkverpleegkundige, april 2017

“Mevrouw is 74 en bekend binnen de GGZ ivm een recidiverende depressieve stoornis met psychotische kenmerken, daarnaast schizofrenie.

Mevrouw krijgt vier keer per dag zorg vanuit de ZVW (totaal 805 minuten per week) en vier dagdelen dagbesteding vanuit de WMO. Daarnaast zijn er zorgaanbieder die mensen met psychiatrische/psychosociale problemen begeleidt voor wie zelfstandig leven voor korte of langere tijd moeilijk is, en een GGZ instelling (ouderenzorg) betrokken.

De psychische situatie van mevrouw gaat steeds verder achteruit en de momenten waarop het goed gaat met mevrouw en zij helder is worden steeds korter. Mevrouw wordt steeds inactiever, rigiditeit neemt toe, mevrouw is hierdoor volledig incontinent en het valgevaar neemt toe waardoor de zorgvraag en zorgzwaarte in de thuissituatie toe neemt. Ook de dagbesteding geeft aan dat zij mevrouw niet meer de zorg en begeleiding kunnen bieden de wenselijk is.

Het aanvragen van een Wlz zou met het oog op de dagopvang wenselijk zijn, echter hierdoor kan de zorg die mevrouw thuis nodig heeft niet meer geleverd worden. Mevrouw geeft duidelijk aan dat zij geen opname wens heeft en mevrouw vormt geen gevaar voor zichzelf of haar omgeving waardoor opname noodzakelijk zou zijn.

Hierdoor valt mevrouw tussen het wal en het schip. In de huidige financiering kan de dagbesteding mevrouw niet bieden wat nodig is en uitbreiding vanuit de WMO is niet mogelijk, wordt de financiering omgezet naar Wlz dan kan de benodigde zorg thuis niet meer geleverd worden”.

- FINANCIEN-SCHULDSANERING – REGELGEVING -

Casus 29 (K0010716)

Kernwoorden: Schuldsanering-geen werk-autobezit-leerlingenvervoer-WSNP

Ingebracht door: Huis voor de Zorg, juli 2016

“Alleenstaande vader met twee dochters met een beperking. Dochters gaan dagelijks naar speciaal onderwijs. Vader zit in de schuldsanering en heeft geen werk. Hij brengt en haalt zelf elke dag zijn dochters naar en van school met eigen vervoer. Hij is dus in het bezit van een auto met een geschatte waarde van € 4.000,-. Deze auto moet voor de schuldsanering verkocht worden (zie regelgeving waarom de auto verkocht dient te worden).

Zodra de auto verkocht is, maakt vader aanspraak op de gemeentelijke regeling omtrent aangepast vervoer. Leerlingenvervoer (OV met of zonder begeleiding) gaat niet vanwege de beperking van de dochters, vandaar aangepast vervoer. De kosten die hiermee gemoeid zijn lopen in een paar jaar op tot meer dan € 150.000,-.

Probleem is dat de betrokken partijen die verantwoordelijk zijn voor de schuldsanering en strikte uitvoering conform de WSNP geen last hebben van de (financiële) consequentie.

De gemeente komt pas in beeld als de aanvraag wordt gedaan en kent slechts het feit dat de vader niet in het bezit is van een auto”.

Casus 30 (G0011116)

Kernwoorden: Woningcorporatie – bijstandsuitkering-verstandelijke beperking-bewindvoering

Ingebracht door: Sociaal team, november 2016

“Een ambulante hulpverlener is betrokken bij een casus van een broer met een verstandelijke beperking en zijn zus. De zus staat niet onder begeleiding, heeft geen verstandelijke beperking maar wordt wel meegenomen in het traject, omdat zij voor haar broer zorgt

- Broer en zus zijn beiden kwetsbaar en hebben moeite met het voeren van regie tav financiën en eigen leven.
- Ze huren een woning bij een woningcorporatie. Zelfstandig wonen was de enige optie omdat ze niet bij ouders terecht kunnen.
- Broer is ontslagen en vraagt een bijstandsuitkering aan.
- Broer en zus zijn op papier samenwonend waardoor zus is meegenomen in de aanvraag. Broer heeft verder geen verplichtingen tav het vinden van werk omdat hij een jobcoachingstraject volgt.
- Zus had 2 banen. Zij heeft één van de twee banen opgezegd omdat ze de reiskosten naar Sittard niet kon opbrengen. Zij heeft ontslag genomen nadat ze een nieuwe baan in Maastricht had gevonden. Hier is ze na 2 weken ontslagen. En ze dreigt binnenkort ook haar andere baan te verliezen. Zus is bij de sociale dienst geweest om na te vragen of ze WW moest aanvragen. Advies was de aanvraag bijstandsuitkering af te wachten. Voorschot bijstandsuitkering aangevraagd. Dit zou in de intake worden meegenomen. Tijdens de intake bijstandsuitkering bleek dat Zus WW had moeten aanvragen. Daarnaast heeft het wel/niet toekennen van WW gevolgen voor de hoogte van de bijstandsuitkering. Aanvraag WW kan 6 weken duren met alle gevolgen van dien.
- Woningcorporatie geeft aan dat er 3 maanden huurachterstand zijn. Met Woningcorporatie is afgesproken dat er snel een plan van aanpak dient te komen om huisuitzetting te voorkomen.
- Situatie escaleert omdat er geen uitkering binnenkomt. Zus en broer kunnen vaste lasten niet betalen en zichzelf niet voorzien van 1e levensbehoeften.

De ambulante hulpverlener wil graag een RTO (ronde tafel overleg) plannen om de casus te bespreken. De (financiële) situatie is momenteel dusdanig zorgelijk dat deze dreigt te escaleren. Wellicht dat een RTO een bijdrage kan leveren om dit te voorkomen.

Acties:

- merk op dat instanties afzonderlijk van elkaar met de consultant van sociale zaken contact opnemen. Onduidelijk welke afspraken gemaakt worden.
 - Sociaal Team ingelicht. Casus wordt integraal opgepakt.
 - Aanvraag bewind is opgestart.
 - Niet bekend of de casus bij het veiligheidshuis is aangemeld aangezien er meer dan 2 maanden huurachterstand is.
 - 11/11 Broer en zus krijgen een voorschot van 50 euro
 - 20/11 bijstandsuitkering of een deel hiervan wordt uitgekeerd. Niet duidelijk of het bedrag de vaste lasten en opgebouwde schulden kunnen dekken.
- Het blijft lastig om zoveel partijen in korte tijd rond de tafel te krijgen”.

Casus 31 (H0010217)

Kernwoorden: Schuldhulpverlening – bijstandsuitkering- medische zorg

Ingebracht door: Kredietbank Limburg, februari 2017

“D. is een jongeman die een zwaar scooterongeluk heeft gehad. Maar hij heeft ook schulden en de boel een beetje laten versloffen. Hij kwam bij mij met de vraag te helpen met de schulden en hij had net een uitkering aangevraagd (PW bij Sociale dienst). We bespraken zijn solliciteren en weer terugkeren op de arbeidsmarkt en hij gaf aan dat eerst fysio en een medische ingreep noodzakelijk zijn om weer te kunnen gaan werken. Fysio vanwege verlengen pees en operatie aan kruisbanden en meniscus. Hij is uiteraard niet aanvullend verzekerd vanwege schulden (uit de aanvullende verzekering gezet ivm achterstanden) en heeft het niet breed. De vraag is of we hier creatief kunnen denken: wat als deze jongen nu de medische zorg kan afnemen die hij nodig heeft en zo uiteindelijk sneller uit een uitkering kan? Als hij kan gaan werken, dan kan hij ook weer meer aflossen aan de schulden en een beter perspectief bieden aan zijn schuldeisers. Naast het feit dat hij zich weer nuttig gaat voelen om in de maatschappij mee te tellen.

Een win-win situatie volgens mij”.

Casus 32 (H0020217)

Kernwoorden: Schuldhulpverlening – bijzondere bijstand - medische zorg

Ingebracht door Kredietbank Limburg, februari 2017

“Gehuwd koppel met 3 inwonende kinderen. Het gaat om mensen met inkomen op bijstandsniveau. Moeder heeft borstkanker gehad en zal dit jaar een borstreconstructie krijgen. 2 jaar geleden zijn beide borsten (1 preventief en een noodzakelijk) verwijderd incl lymfeklieren. Meneer en mevrouw hebben problematische schulden en mevrouw is niet aanvullend verzekerd hierdoor. Ze heeft te horen gekregen dat zij oedeemtherapie en huidtherapeut nodig heeft vanwege ernstige vochtophoping in de arm. Echter deze therapie wordt niet gezien als revalidatie door de zorgverzekering en valt dus ook niet onder de basisverzekering. Advies is 2 maal per week therapie van een half uur per keer: kosten 30 euro per half uur. Dit zou neerkomen op 60 euro per week. Omdat ziektekostenverzekeraar niet vergoed hebben ze aanvraag bijzondere bijstand bij gemeente ingediend: ook dit is afgewezen. Mevrouw geeft aan dat er bij haar in de buurt een gespecialiseerd revalidatiecentrum ligt en hier zou zorgverzekeraar niets van vergoeden, terwijl dit centrum een combinatiebehandeling zou kunnen bieden.

Verder heeft mevrouw een dochter van 12 jaar die een ernstige (extreem verschil tussen onder en bovenkaak) overbeet heeft/ De dochter heeft een gespecialiseerde beugel nodig die enkel een kaakchirurg in ziekenhuis kan plaatsen. Deze moet vast geboord worden in gehemelte. Kaak groeit nu nog door en moet anders als zij 18 wordt worden gebroken en dan moet de hele kaak gezet worden. Dit is geconstateerd door orthodontisten van organisatie A. Ook dit krijgt zij niet vergoed ivm geen aanvullende verzekering”.

Casus 33 (D0040217)

Kernwoorden: Schuldhulpverlening – buitenland - medische zorg - gezinsopvang

Ingebracht door ambulant jongerenwerk en jeugd maatschappelijk werk, februari 2017

“Het betreft een jong koppel (beiden 22 jaar) en hun zoontje van net 1 jaar oud. Beide ouders zijn in het verleden het vertrouwen in de hulpverlening kwijt geraakt.

Moeder heeft een verleden van een verstoorde gezinssituatie; haar beide ouders zijn gescheiden, veel geweld, alcoholverslaving. Zij zelf is vroeger veelvuldig op school gepest. Desondanks heeft ze het gehaald om MBO4 af te maken en gestart met HBO- niveau. Daarmee is ze gestopt: schoolsysteem paste niet bij haar, en er was inmiddels teveel stress opgebouwd, waardoor school geen optie meer was. Om toch wat geld binnen te krijgen is zij nanny geworden in een rijk gezin en verdiend daar zwart haar geld mee. Dit inkomen is wisselend en zal rond de €600 gemiddeld per maand liggen.

Vader heeft een verleden van een nog meer verstoord gezin situatie; zijn vader en moeder (onlangs overleden) zijn niet meer in beeld. Hij heeft een rek4 indicatie, en heeft op verschillende scholen en gesloten gezeten.

Tot 3 jaar geleden woonden zij beiden boven een garage pand in Maastricht van de vader van hem. Hij werkte in het bedrijf van zijn vader. Door malafide handelingen is het bedrijf genoodzaakt om te sluiten. Daarmee kwam het koppel ook per direct op straat te staan. Het koppel had zich niet aangemeld bij woningbouw en het geld om in aanmerking te komen voor de privé woning sector was er niet. Zij hebben de beslissing genomen om over de grens te gaan wonen.

Daar ontstaan de eerste schulden, omdat zij niet bekend zijn of als Nederlander niet in aanmerking komen voor eventuele ondersteuning vanuit België. Zij wisten van het bestaan van eventuele toeslagen, maar er is niemand die hun daarbij ondersteunt of adviseert. Een eerste uithuiszetting is inmiddels een feit.

Zij verhuizen naar een andere gemeente in België. In de hoop dat schuldeisers hun niet volgen of tijdelijk met rustlaten. Moeder raakt (ongewenst) zwanger en daarmee lopen de (zorg)kosten en vaste lasten op. Inmiddels werkt hij overal zwart bij dmv kleine opdrachten in de bouw en klus aan te pakken. De situatie verandert op het moment dat zijn moeder overlijdt. Hij rijdt voortaan in de auto van zijn overleden moeder, maar wordt aangehouden. Omdat hij zich niet meer kan identificeren (ID is verlopen en kwijt geraakt tijdens de verhuizingen.) De auto wordt in beslag genomen. Deze staat nog in België op het politie bureau.

Omdat de schulden oplopen melden ze zich bij de Belgische krediet bank. Deze maakt een inventarisatie van ong. €30.000. Maar omdat het gezin geen vast inkomen heeft, niet in aanmerking komt voor ondersteuning. Het gezin besluit geen nieuwe bankrekening meer te openen. De zorg/hulp stopt. Intussen staat het water hun aan de lippen, en zij zoeken op alle manieren hulp. Helaas worden ze van het kastje naar de muur gestuurd: zowel in Nederland als in België krijgen ze geen hulp op maat, omdat instanties kijken naar hun eigen stukje, ipv een integrale aanpak aan te bieden.

Via het jongerenwerk van Eijsden komen ze bij project ‘InBeeld’ terecht. Vanuit daar wordt het gezin bij de sociale dienst aangemeld voor een uitkering. Tevens worden zij besproken in het ‘Voordeur overleg’. Vandaaruit krijgen zij het advies om een postadres aan te maken bij Leger des heils. Dit is een noodoplossing, omdat bij het opvangcentrum in Maastricht voor volwassenen met of zonder kinderen, die in acute huisvestings- en/of psychosociale nood verkeren, op dit moment geen plek is voor het koppel. Helaas heeft het voordeur overleg geen doorzettingskracht op mandaat en blijft het bij een advies.

Ondertussen wordt het gezin uit huis gezet en vertrekt naar familie in Eijsden. Deze familie wil onderdak bieden, maar vooral geen bemoeienis van derden of instanties. Reden: bang voor mogelijke consequenties, of inhoudingen op toeslagen of uitkering. Familie geeft ook duidelijk aan om vooral niet in gesprek te willen gaan met de hulpverlening.

Intussen heeft het gezin een opvang gevonden voor hun 2 honden en heeft daar met groot verdriet afscheid van genomen. Zij zagen in dat de honden een belemmering vormden voor toekomstige huisvesting en heeft daarom het offer kunnen maken.

De baby heeft tijdens de periode van België naar Nederland grote zorgen rondom de gezondheid. Er is een acute situatie waarbij het kind geen lucht krijgt. Het gezin gaat naar de nightcare in Maastricht, maar daar worden ze niet geholpen. (het gezin vermoed omdat ze geen zorg verzekering hebben) Met een ambulance worden ze naar Heerlen gebracht, waar het kind de medische hulp krijgt die nodig is. Tevens krijgen ze een medisch maatschappelijk werker toe gewezen.

Sociale dienst van Maastricht wilt intussen meedenken in het faciliteren van een postadres. Echter er zijn tal van contra indicaties, waardoor het gezin niet in aanmerking zou komen: geen geldig ID, er is een kind in beeld. Na 3 (!) weken komt er duidelijkheid en krijgt het gezin bij wijze van hoge uitzondering een postadres.

Aanvraag van een nieuw ID is geen geld voor. Gelukkig is er een vrijwilligersorganisatie op het gebied van maatschappelijke dienstverlening aan de welzijnsorganisatie verbonden, waardoor een vergoeding voor dergelijke uitgaven snel geregeld kunnen worden. Er wordt het gezin beloofd dat aanvraag van het ID nu geen probleem gaat opleveren. Echter het systeem is traag in verwerking van het postadres (er moet onderzoek plaatsvinden, omdat het gezin uit buitenland afkomstig is), en de aanvraag laat minimaal 1 a 2 weken op zich wachten.

Navraag bij de status van uitkering, blijkt dat hun eerste aanmelddatum niet juist is geregistreerd, maar deze kan gelukkig worden herleidt en met terugwerkende kracht worden vastgelegd. Helaas zijn documenten die nodig zijn om de aanvraag te accorderen, niet voorhanden: Er zijn geen bankafschriften, geen geldig ID van hem, geen diploma's, geen arbeidscontracten aanwezig. De kans bestaat dus dat de uitkering wordt afgewezen of wordt opgeschort, omdat de benodigde papieren niet in orde zijn.

Ondertussen heeft de familie uit Eijsden een ultimatum gesteld, dat de 4 weken van verblijf ten einde loopt. Dat betekent dat nogmaals op straat worden gezet. Het eigen netwerk heeft geen enkele andere optie, en het gezin is dus geheel op de professionele hulpverlening en zorg aangewezen. De opvang het opvangcentrum laat op zich wachten (er moet een interne verhuizing plaatsvinden). Creatief kijken naar een voorschot, om het gezin tijdelijk te verhuizen naar een appartement, heeft weinig zin: het gezin heeft buiten eigen kleren, en wat babyspullen verder niks”.

WONINGCORPORATIE

Casus 34 (C0101116)

Kernwoorden: Maatschappelijk werk – urgentie woningcorporatie

Ingebracht door: huisarts, september 2016

“Jonge vrouw met kindje en in verwachting van tweede kind. Staat op lijst urgent bij woningcorporatie. Kind moet over twee weken geboren worden en ze zit op een kamer aan de rand van Maastricht. Huisarts heeft maatschappelijk werk ingeschakeld, maar er is geen andere woning te krijgen. Een medische indicatie geldt niet bij de bepaling van urgentie. Je bent urgent of niet-urgent. En als je urgent bent dan krijg je twee woningen aangeboden en dan moet je kiezen. Je mag niet aangeven in welke wijk(en) je zou willen wonen. Dat is heel kort door de bocht vindt de huisarts, want het zorgnetwerk van deze jonge vrouw bijvoorbeeld (o.a. haar moeder) is heel belangrijk voor deze kwetsbare vrouw/kind. Het zorgnetwerk van haar is nu aan de andere kant van de stad, maar ze heeft geen eigen vervoer en moet dan dus met twee kleine kinderen met de bus voor de oppas. Het gaat om zulke kleine dingen”.

Casus 35 (G0020317)

Kernwoorden: vaardigheden burger – inschrijving woningcorporatie

Ingebracht door: Sociaal Team, maart 2017

“Het voormalige Woningburo is sinds kort opgegaan in Thuis in Limburg, een initiatief van verschillende Limburgse woningcorporaties. Inwoners van Maastricht die geregistreerd stonden bij het Woningburo krijgen op dit moment de gelegenheid hun inschrijving over te hevelen naar Thuis in Limburg. Zij ontvangen hiervoor twee brieven van Thuis in Limburg, één met een gebruikersnaam en één met een wachtwoord. Deze dienen zij, door in te loggen op de website van Thuis in Limburg, in te voeren op de aangewezen pagina en hierbij tevens hun emailadres(is verplicht) kenbaar te maken.

Dit alles vóór 1 mei aanstaande. Doe je dat niet, dan vervallen alle inmiddels opgebouwde verworven rechten in deze. Op de achterkant van de brief staat vermeld dat ze voor hulp hierbij terecht kunnen bij de een van de vier Wijkservicepunten in Maastricht. Of anders te bellen met een op de brief vermeld staand telefoonnummer.

Maar wat als je niet beschikt over een computer, noch de vaardigheden hebt om ermee om te gaan, en er ook niet iemand in je directe omgeving is die je daarbij kan helpen en je dus ook geen emailadres voorhanden hebt....? Dan maar even bellen hoe dit aan te pakken... Helaas, Thuis in Limburg is niet telefonisch bereikbaar, uitsluitend per mail. Als je het betreffende telefoonnummer belt komt je bij een woningcorporatie uit. Zij geven aan ook al de nodige telefoontjes te hebben ontvangen van mensen die zich geen raad weten.

Natuurlijk kunnen we mensen op weg helpen in een van de Wijkservicepunten bij het activeren en het aanmaken van een emailadres en hen helpen bij het zoeken van een beschikbare woning indien noodzakelijk... Maar toch, waar wij moeite mee hebben is dat je op deze wijze een hele groep mensen als het ware discrimineert, uitsluit, afhankelijk maakt van En dat vinden wij een kwalijke zaak”.

- VERVOER OP MAAT-

Casus 36 (D0040117)

Kernwoorden: Vervoer op maat- eigen regie – infrastructuur in de wijk

Ingebracht door: opbouwwerker, februari 2017

“Een 90 jarige dame uit Wyckerpoort Noord mag gebruik maken van het VOM-busje. Dit doet ze af en toe. Maar ze hikt erg op tegen de lange wachttijden en vindt het vervelend dat ze van tevoren aan moet geven hoe laat ze weer opgehaald moet worden. Tot voor kort nam ze wel eens het busje naar de stad. Daar wandelde en winkelde ze dan wat. Als ze moe was, stapte ze op de lijnbus naar huis. Deze kwam twee keer per uur en stopte vlak bij haar huis.

Met de aanbesteding van het openbaar vervoer is de buslijn in Wyckerpoort Noord komen vervallen. Bewoners van deze buurt moeten nu naar het station lopen om op een bus richting centrum te stappen. De wandeling naar het station is voor mevrouw qua conditie niet meer haalbaar. Ze kan wel fietsen, maar dat durft ze niet meer omdat ze bang is om te vallen en op haar leeftijd iets te breken. Vanuit het perspectief van de WMO heeft mevrouw tot nu toe geluk gehad. Ze had een indicatie voor Vervoer op Maat terwijl zij ook nog gebruik kon maken van het openbaar vervoer. Deze laatste optie valt nu weg, maar mevrouw heeft dus wel nog steeds vervoer.

Vanuit het perspectief van mevrouw zelf, levert zij weer een stukje vrijheid in. Ze kan steeds minder gaan en staan waar zij wilt. Dit terwijl ze zo graag zelf de regie over haar leven wilt houden. Het geeft haar het gevoel dat de maatschappij ouderen als last ziet en ze liever kwijt dan rijk is”.

II. Casussen van inefficiënte dienst- en zorgverlening ingebracht door burgers

Casus 37 (J001XX16)

'DE VROUW VAN HET BED' onwetendheid en niet effectieve communicatie

Ingebracht door de buurvrouw van mevrouw D.

"Mevrouw D., 74 jaar, weduwe, zelfstandig wonend, komt verzwakt en sterk vermagerd thuis na langdurige ziekenhuisopname. De directe opvang en dagelijkse verzorging wordt gedaan door dochter en buurvrouw. Door bemiddeling van het ziekenhuis heeft ze een verstelbaar bed gekregen dat in de huiskamer staat.

Onaangekondigd meldt zich een "mevrouw van het bed" met laptop aan de deur die wil praten over het geleverde bed. Met enige aarzeling laat de buurvrouw haar binnen, al heeft ze geen idee wie de vrouw is en wat deze precies komt doen. Omdat ze weet heeft van het bed in de kamer, lijkt zij iemand die belangrijk is voor de zorg van mevrouw D.

De vrouw meldt dat zij komt praten over hoe het bed bevalt en dat ze wil bekijken of mevrouw recht heeft op een dergelijk bed. Blijkbaar wordt een vragenlijst op de laptop ingevuld omdat de vrouw telkens "iets doet op dat apparaat na iedere vraag."

Na enkele vragen wordt gevraagd naar de indicatie voor het bed. Die is immers nodig voor het declareren van de dagelijkse kosten voor het uitlenen van het bed. Mevrouw D schrikt en raakt in paniek. Ze heeft geen idee hoe dat bed geregeld is en weet niets van indicatie en betalingen. Via de buurvrouw laat ze de huisarts bellen. De doktersassistente kan niet meteen duidelijkheid verschaffen. De paniek groeit, er komen tranen, er vallen harde woorden en de vrouw van het bed lijkt het raadzamer om te vertrekken. Er volgt geen enkele verdere actie en het bed staat er nog....."

Casus 38 (J002XX16)

BUREN OVERLAST in een GGZ setting

Aangedragen door fam. L.

"Enige tijd geleden is een nieuwe bewoner in de straat komen wonen. Hij leeft teruggetrokken en maakt geen contact met de burens. Na een tijdje blijkt dat de buurman een 8 tal honden in huis heeft genomen. Zij worden niet uitgelaten maar doen hun behoefte in de betegelde achtertuin. Soms lijken ze voor langere tijd buiten te verblijven en blaffen en janken dan luid.

De overlast van stank en geluid neemt toe en zowel de burens links en rechts proberen met de man in contact te komen. Op aanbellen, kloppen en roepen wordt niet gereageerd en als men de betrokken bewoner op straat aanspreekt ontwijkt hij ieder contact. De burens signaleren dat er regelmatig iemand langskomt die wel wordt binnengelaten. Ze spreken deze man aan en vragen om hulp om tot een gesprek te komen. Ze krijgen als antwoord dat hij inderdaad regelmatig bij de buurman langskomt om te kijken of alles goed gaat "want de buurman staat wat moeizaam in het leven." Hij belooft de zorg van de beide burens ter sprake te brengen.

Er verandert echter niets en langzaam escaleert de zaak. Op een avond spreekt een van de burens op straat hun buurman aan en uit onmacht escaleert het gesprek tot een schreeuwpartij.

Er wordt besloten contact op te nemen met de beheerder van de woningcorporatie. Deze bevestigt dat hun buurman soms hulp nodig heeft en dat hij zowel met de buurman als met de begeleidende instantie zal praten. Beide buurvrouwen vinden het sneu dat iemand zo eenzaam leeft en proberen nog meer energie te steken in het contact leggen met hun buurman. Ze bieden aan de zorg voor de honden voor een deel op zich te nemen.

Er ontstaat ondanks toenaderingspogingen geen enkel contact en de situatie blijft voortduren. Een van de buurvrouwen is inmiddels een aantal malen bij haar huisarts geweest om iets te krijgen tegen de stress en het niet meer kunnen slapen van zowel de overlast als de groeiende spanning.

Als op een avond de stank en het geblaf niet te harden zijn en er wederom geen enkele reactie van de buurman komt, is de maat vol en gooit een de burens een emmer water over de schutting. Daar wordt even later op gereageerd met een ketel warm kokend water en een tierende buurman die iedereen "zal doodmaken" die aan zijn honden komt. De zaak loopt volledig uit de hand en de politie moet de gemoederen tot bedaren brengen.

N.a.v. van het politie ingrijpen wordt duidelijk dat de buurman in behandeling is en begeleid wordt door een GGZ instelling. De woningcorporatie neemt maatregelen om het vervuilde huis en -tuin aan te pakken. Toch blijft de situatie gespannen en al snel is de situatie weer zoals voorheen. Een van de buurvrouwen blijft een beroep doen op de huisarts en de maatschappelijk werker wordt ingeschakeld om de stress te bestrijden. De situatie blijft helaas bestaan.

Ten einde raad vraagt een van de burens bij de bouwvereniging of ze na 29 jaar kunnen verhuizen want deze situatie verdragen ze niet langer.

De bouwvereniging grijpt nu in en neemt uiteindelijk het initiatief om de buurman met de honden elders te huisvesten.

Beroepsmatige verkokering en te beperkte communicatie veroorzaken een proces van twee jaar met oplopende maatschappelijke kosten door onnodige inzet van beroepskrachten GGZ, sociaal beheerder en medewerker bouwvereniging, maatschappelijk werk, huisarts, politie, buurtwerk, gebruik medicijnen. Het vertrouwen in de samenleving en de eigen kracht is door de escalaties en het niet gehoord voelen beschadigd. De betreffende bewoners zijn hun vertrouwen in instellingen en voorzieningen kwijt".

Casus 39 (J003XX16)

LOKALE COMMUNICATIE: het zijn de kleine dingen die het doen....

Ingebracht door dochter van mevrouw W.

"Mevrouw W., 87 jaar, is onlangs weduwe geworden. Zij is nog sterk van geest maar haar conditie en gezondheid laten na. Haar overleden man regelde alles zoals bankzaken, verzekeringen etc. Bovendien deed hij het zwaardere poetswerk in huis, hield het tuintje bij en regelde het halen van de boodschappen.

Mevrouw W. is na het overlijden van haar echtgenoot volledig onthand nu ze er alleen voor staat, zeker omdat ze zelfstandig woont en slechts een klein netwerk om haar heen heeft.

Het kost haar dochters en de huisarts enige moeite om haar te overtuigen toch hulp te accepteren om haar zelfstandigheid - die haar zo dierbaar is - juist te in stand te houden.

Ze heeft beperkte ondersteuning nodig: vervoer op maat houdt haar mobiel waardoor ze een van haar dochters en kleinkinderen die wat verder weg wonen kan blijven bezoeken, en huishoudelijke ondersteuning en een paar simpele aanpassingen in huis zouden volstaan om voorsnog zelfstandig te blijven functioneren. De administratie en bankzaken kunnen door de dochters worden ondervangen.

Er volgt een keukentafelgesprek met een WMO consulente. Mevrouw W. voert dat gesprek alleen. Tot ieders verbazing krijgt mevrouw W. alleen vervoer op maat toegekend. Ze redt het echter niet: Door het onvermogen om het huis schoon te houden en zich veilig te voelen in eigen huis gaat mevrouw W. zienderogen achteruit.

Navraag leert dat het keukentafelgesprek in het Nederlands is gevoerd en mevrouw W. het grootste deel van de vragen en het gesprek niet begrepen heeft. Zij spreekt Maastrichts, kan zich zeer beperkt helpen met gesproken en geschreven Nederlandse Taal en kon noch het gesprek noch de daarop volgende briefwisseling niet volgen.

Gelukkig volgt op aandringen van de huisarts een nieuw gesprek, dit maal in het bijzijn van een van de dochters en wordt in het "Mestreechs" gecommuniceerd waardoor de situatie ten goede keert.."

Casus 40 (J004XX16)

MISSING LINKS, verkokerd werk levert veel extra werk maar geen effectieve aanpak op.

Ingebracht door fam. T.

“Binnen het gezin van fam. T zijn al geruime tijd spanningen. Het gezin bestaat uit moeder, zoon van 11, dochter van 13 uit eerste huwelijk en dochter van 4 uit tweede relatie. De huidige partner is wisselend aanwezig.

Dochter van 13 vertoont “puberaal gedrag” dat het laatste half jaar als heftig wordt ervaren. Dochter is de afgelopen periode erg dik geworden en dat geeft aanleiding tot zorg en leidt tot heftige discussies. Moeder is zich bewust dat men niet altijd gezond eet, maar ze probeert haar dochter te overtuigen minder cola te drinken en minder chips, chocolade e.d. te eten.

Het gewicht en de spanningen lopen echter alleen maar verder op. De jeugdwerker neemt het meisje onder haar hoede en besteed extra aandacht aan eten en gezond leven. De dochter lijkt toegankelijk voor deze aanpak en doet beperkt aan sport (dans) en eet bewust. Ze blijft helaas overgewicht houden. Ze raakt, mede door toenemende moeheid, meer en meer gedemotiveerd waardoor de stress in het gezin heftiger opleeft. Ook op school gaat het niet goed. De mentor spreekt moeder en dochter aan en de schoolmaatschappelijk werkster gaat met de dochter in gesprek. Tevens volgen twee gesprekken met een psycholoog. Via contacten van de school volgt een gesprek met een diëtiste. Moeder en dochter zijn inmiddels zelf al dure dieet supplementen aan het gebruiken hetgeen een te groot beslag legt op de beperkte financiële middelen.

Moeder trekt het niet meer en de spanningen in het gezin eisen hun tol: schreeuwen, ruzie, de jongste dochter krijgt af en toe een stevige tik om haar rustig te houden, de zoon ontwijkt thuis zoekt zijn heil op straat bij vrienden en de partner laat het afweten. De gezinssituatie raakt nu volledig ontwricht. Het gezin T. komt in beeld van team Jeugd en er volgen twee gesprekken.

Door een klein lichamelijk probleem bij de dochter moet de huisarts bezocht worden. Het gezin komt nauwelijks bij hun huisarts. De huisarts ziet het meisje en door middel van enkele vragen besluit hij tot een test. Wat blijkt: de schildklier van de dochter functioneert niet goed. Daarmee is het toenemende gewicht en de moeheid te verklaren. Hij schrijft een gerichte behandeling voor waarmee na verloop van tijd de lichamelijke klachten afnemen.

De grote vraag van moeder: “ waarom heeft niemand van de hulpverleners een link met de huisarts of medicus gelegd en is er alleen maar gepraat en gepraat en heeft niemand de lichamelijke gesteldheid als mogelijke aanleiding van de problemen genomen?”

Inmiddels is de situatie in het gezin redelijk genormaliseerd”.

III. Goede voorbeelden van domeinoverstijgend werken

- COMPLEXE GEZINSSITUATIE-

Casus 41 (E0020217)

Casus aangedragen door een zorgaanbieder die mensen met psychiatrische/psychosociale problemen begeleidt voor wie zelfstandig leven voor korte of langere tijd moeilijk is, februari 2017

“Vanuit WMO krijgen we een zogenaamde complexe casus. Mevr. van middelbare leeftijd, gescheiden, 2 kinderen van 19 (Zoon) en 13 (dochter). Ex-man is van buitenlandse afkomst. Vader heeft wel het gezag maar woont niet meer in huis.

Mevr. heeft een CVA gehad en een persoonlijkheidsstoornis. Door het CVA loopt mevr. met een rollator, persoonlijke zorg gebeurt in de keuken. Ze wil graag weer naar boven maar door de spullen die door het huis staan kan ze de trap niet op. Er is geen leuning en de trap ligt vol.

Tevens is de vraag hoe het cognitief vermogen is. Dit zal onderzocht moeten worden

Ex-man heeft haar tijdens het huwelijk mishandeld. Dochter is niet te begrenzen in haar gedrag. Zoon regelt het huishouden en kan dit niet altijd aan, hij gaat naar school en heeft diabetes. Zoon doet boodschappen, kookt ruimt zover hij kan op. Mevrouw wil niet verhuizen, ze wil hulp bij het onderhouden en de eigen regie. WMO wil in kaart brengen wat mevr. nodig heeft om het huishouden te runnen en de regie weer terug te krijgen. De kwaliteit van leven is laag.

Er komen veel verschillende professionals over de vloer waardoor het voor mevr. vaak te veel wordt.

WMO wil graag de samenwerking en communicatie verbeteren en vraagt aan zorgaanbieder A (biedt ondersteuning op gebied van Geestelijke Gezondheidszorg en Maatschappelijke Opvang) of zij de regie willen nemen. Samenwerkingspartners zijn, GGZ instelling, team jeugd, Woonondersteuner, CVA verpleegkundige, Ergotherapie, wijkverpleegkundige, maatschappelijk werk huisarts, Huishoudelijk hulp.

Knelpunt is dat er teveel zorg wordt gegeven maar met weinig resultaat. Het plan is nu om te onderzoeken wat er aan de hand is. Hoe is dit aangepakt:

- WMO heeft een Ronde Tafel Overleg (RTO) gepland, alle hulpverleners zijn bij elkaar gekomen vervolgens is er een regiehouder benoemd.
- Met de partijen en cliënt zijn er afspraken gemaakt. Er is een plan van Aanpak.
- HBH is voor een half jaar verhoogd naar 6 uur en 40 min. Dit om samen het huis op te ruimen. Bedoeling is dat dit na dit half jaar een evaluatie plaatsvindt, de HBH wordt teruggezet en alleen de complexe poetstaken worden gedaan en samen met de gezinsleden het huis wordt onderhouden. Er is een stappenplan hoe dit wordt aangepakt.
- Er zijn aparte gesprekken met zoon en WMO om te onderzoeken wat zoon wil.
- Er zijn gesprekken met jeugdzorg, moeder, dochter en vader. Opvoedkundige moet aan de slag.
- Er zijn regelmatig RTO met alle hulpverleners en cliënt

Ik heb het gevoel dat erop dit moment beter wordt samengewerkt”.

- INGEBRACHT DOOR SOCIALE TEAMS MAASTRICHT-

Uit: notitie "Sociale Teams in Maastricht 2017-2018", november 2016, gemeente Maastricht)

Casus 42 (G0021116)

"Wmo-consulent die ook deelneemt aan het Sociaal Team gaat n.a.v. melding Wmo op huisbezoek. Tijdens het "keukentafelgesprek" komt de Wmo-consulent er achter dat mevrouw eenzaam is en behoefte heeft aan contact. Door de kennis die de Wmo-consulent heeft opgedaan van de buurt door haar deelname in het Sociaal Team, ziet zij mogelijkheden bij algemene toegankelijke voorzieningen in de buurt. Toch vraagt zij aan mevrouw of zij de casus mag voorleggen in het Sociaal Team. Met toestemming wordt de casus besproken en worden nog meer mogelijkheden aangedragen. Mevrouw heeft een plek gevonden bij een algemeen toegankelijke voorziening".

Casus 43 (G0031116)

"Via de praktijkondersteuner van de huisarts komen meldingen (met toestemming) binnen van bewoners die eenzaam zijn. Het Sociaal Team neemt contact op met de bewoners en brengt ze met elkaar in contact. Door de bemiddeling in het contact ontstaat er een kaartclubje maar ook zorg voor elkaar".

Casus 44 (G0041116)

"Wijkverpleegkundige constateert dat het niet goed gaat in een gezin dat bestaat uit moeder en 2 kinderen. Zij maakt zich ernstige zorgen. Zij bespreekt de casus in het Sociaal Team zodat zij kan sparren met de andere leden. Door het bespreken van de casus, heeft de wijkverpleegkundige actie kunnen ondernemen. Daardoor kreeg het gezin alsnog de zorg die geïndiceerd was en werden de betreffende organisaties die in gezin zorg verleenden op hun verantwoordelijkheden gewezen".

Casus 45 (G0051116)

"Een buurtbewoner schrijft een brief aan de burgemeester waarin de buurtbewoner aangeeft dat er elke nacht meerdere malen op zijn bel geduwd wordt door een sadist. De wijkagent heeft al gesproken met de buurtbewoner en in de brief geeft de buurtbewoner aan dat hij niet tevreden is over de handelwijze van de wijkagent. Door een teamlid van de Veilige Buurten Aanpak wordt deze melding anoniem met het Sociaal Team besproken. Al luisterend naar de toelichting ziet het Sociaal Team aanknopingspunten. Afgesproken wordt dat namens de burgemeester een brief teruggestuurd wordt naar de buurtbewoner en dat in de brief aangegeven wordt dat indien de buurtbewoner dat wenst, het Sociaal Team contact met hem gaat opnemen".

- INGEBRACHT DOOR WIJKVERPLEGING-

Kernwoorden: Wijkverpleging WMO-Maatschappelijk Werk

"Je ziet in de casuïstieken die hier volgen dat de wijkverpleegkundige over de domeinen heen werkt om haar doelen te realiseren. Dat kan zijn door met een cliënt naar een woning te gaan kijken, een vrijwilliger in te zetten en te ondersteunen, burens in te schakelen etc. Ze werkt hierin nauw samen met andere partners in de wijk, die ze inzet op basis van hun eigen deskundigheid.

Een wijkverpleegkundige kan breed werken, vanuit haar deskundigheid die ze heeft op het zorg/medisch domein. Zorg betreft ook welzijn (bijv. eenzaamheid, depressie, verlies).

Kleine kanttekening: wijkverpleegkundigen worden er niet gelukkig van als wij ze inzetten op bijv. aanvragen mbt werk en inkomen, daarvoor willen ze iemand met die expertise inschakelen".

Casus 46 (A0060117)

“Mevr. G. is een alleenstaande kwetsbare vrouw met een traumatisch verleden. Haar man overlijdt en blijkt haar met schulden achtergelaten te hebben. Mevr. heeft geen contact met zoon, geen overige familie. Kan niet lezen en schrijven. Uiteindelijk is bewindvoering geregeld.

Mevrouw is gevallen in de badkamer en dan blijkt dat haar situatie zo kwetsbaar is dat mevr. niet alleen kan blijven. De wijkverpleegkundige (WV) is samen met mevrouw naar een passende zorgwoning gaan kijken en mevrouw gaat binnenkort verhuizen. WV heeft samen met bewindvoerder en vrijwilligers alles in gang gezet om verhuizing te regelen”.

Casus 47 (A0070117)

“Mevr C. heeft een ernstige angststoornis en komt al jaren niet het huis uit, mevrouw heeft ook een traumatisch verleden. WV heeft via WMO geprobeerd ondersteuning en begeleiding in te zetten, dat is afgewezen. WV zoekt en vindt een vrijwilliger uit de buurt, waarmee mevr. uiteindelijk ingestemd heeft. Heel langzaam wint vrijwilliger vertrouwen, de WV ondersteunt de vrijwilliger hierin. Langzaam wordt er naar toe gewerkt om mevr. de deur uit te krijgen, want mevrouw realiseert zich dat ze het niet alleen kan”.

Casus 48 (A0080117)

“Dhr. W heeft een mantelzorger die gemachtigd is om geld af te halen. Dhr. is er achter gekomen dat de mantelzorger voor duizenden euro's geld heeft afgehaald. Verzorgende van het thuisteam belt de WV, die direct op huisbezoek gaat en met meneer via de bank het pasje van de mantelzorger laat blokkeren. WV schakelt wijkagent in, deze regelt samen met bouwvereniging dat er een nieuw slot op de deur komt. WV heeft contact met overbuurvrouw die vanaf dan boodschappen gaat doen en een andere buurtbewoner gaat iedere maand met meneer naar de bank om leefgeld af te halen. Wijkagent heeft contact gehad met mantelzorger en deze gezegd geen contact meer te hebben met meneer”.

Casus 49b (A0090117)

“Mevr. W is onverwacht weduwe geworden. Haar man heeft altijd alles geregeld. Mevrouw heeft geen inkomen en is nog geen 65. WV brengt samen met maatschappelijk werk (MW) een huisbezoek. MW regelt alle materiële regelzaken en WV ondersteunt bij rouwverwerking”.

Casus 50b (A0100117)

“Echtpaar V is samen jarenlang dakloos geweest. Ze wonen sinds 3 jaar in een woning. De WV wordt door de buurvrouw gevraagd voor een huisbezoek. De WV treft een ernstige vervuilde woning aan, met huisdieren, waarvan haren en ontlasting van de hond overal in huis (ook bed) te vinden zijn. Het echtpaar is tevens helemaal vervuild door ontlasting van meneer.

WMO wordt ingeschakeld, zij waren er 3 keer eerder geweest ivm aanvraag scootmobiel. De aanvraag werd afgewezen, WMO consulent had niet gekeken naar het huishouden. Echtpaar schaamt zich diep door de ontstane situatie, ze weten ook niet waar ze moeten beginnen. Uiteindelijk is er huishoudelijke zorg geïndiceerd. Het hele huis werd gesaneerd, via via regelde de WV nieuwe spullen voor in huis. Het huis is nu opgeruimd, het echtpaar heeft nog steeds huishoudelijke zorg maar kunnen inmiddels ook zelf weer voor het huishouden zorgen”.

- BUURTWERK-

Casus 51 (E0060217)

Aangedragen door een van de deelnemende vrouwen.

“Een groep van 6 vrouwen die bij elkaar in de buurt wonen nemen initiatief om voor twee alleen wonende ouderen in toerbeurt mee te koken want “ die twee aardappels en een worstje koken toch wel mee”. Van het een komt het ander: een gezamenlijke maaltijd tijdens een verjaardag van een van

de ouderen volgt, recepten worden uitgewisseld en men laat elkaar proeven van wat er gekookt wordt. Men besluit om iedere laatste vrijdag van de maand samen iets bijzonders te koken en dit bij een van de vrouwen met de meeste plek thuis gezamenlijk te eten. Meestal wordt een degelijke "Hollandse pot" gekookt met af en toe een spannende variatie. Een bijzonder moment is als er wordt gekookt voor een buurtactiviteit. Via een buurtwerkster komen twee Marokkaanse vrouwen op een vrijdag meekoken. Dat bevalt en al spoedig is de club uitgebreid tot 11 gezinnen van met verschillende achtergronden die af en toe iets met koken en eten doen. Tussendoor wordt gepraat over opvoeden, verschillen en overeenkomsten uit elkaars leven en wat er in de buurt allemaal gebeurt. Het gezelschap wordt te groot maar de gezelligheid is te belangrijk om te stoppen. De buurtwerkster regelt dat er af en toe gekookt kan worden in het buurtcentrum, ook al is dat behelpen met een kleine keuken en een te groot lokaal om samen te eten. Gaandeweg ontstaan gesprekken over gezond eten, waarom is eten belangrijk voor kinderen en waarom eten mensen over de hele wereld zo anders? Een professionele kok komt een keer helpen, een voeding deskundige komt praten en er wordt een excursie georganiseerd naar een boer. Iedereen heeft veel van elkaar geleerd en er wordt bewuster naar eten en koken gekeken. Tegelijkertijd wordt dagelijks gekookt voor inmiddels 5 alleenstaande ouderen waarvan er vier regelmatig samen eten. Een gezamenlijke volkstuintje levert verse groenten en het onderhoud wordt door twee oudere heren (van de 5 mee-eters) verzorgd. Er ontstaan ideeën om een eigen kookboek te maken, maar tja... ""schrijven in het Hollands. En zou het interessant zijn om koken en gezond eten aan te sluiten bij andere buurtinitiatieven. Het fornuis wordt een bruisend middelpunt van eigen inzet en creativiteit".

- VRIJWILLIGERSWERK -

Casus 52 (D0050117)

Aangedragen door opbouwwerker, januari 2017

Voorbeelden van positieve gezondheid in Limmel Nazareth

"Mensen die een plek vinden waar ze van betekenis kunnen zijn, al is het alleen al koffie schenken of geiten voeren, waardoor ze groeien in hun zelfvertrouwen en minder lopen te kwakkelen met diverse kwaaltjes.

Een concreet voorbeeld, iemand met de ziel onder de arm en klachten over gezondheid. Alleenstaande vrouw, middelbare leeftijd, houdt van kunst, knutselen, natuur, bijstandsuitkering. Paar keer de tijd genomen om goed met haar te praten over haar interesses. Met haar op pad naar een geschikte plek voor vrijwilligerswerk. Vervolgens toch niet helemaal op haar plek, weer een nieuwe verbinding gemaakt tussen haar en een mogelijke plek om vrijwilligerswerk te doen. Ze zit al tijden zoveel beter in haar vel, is gezonder/frisser/fruitiger".

IV. Lijst van deelnemende organisaties aan dit casussenboek

- Envida : casussen A
- Gemeente Maastricht (WMO): casussen B
- Huisartsenpraktijken→ huisartsen: casussen C en POH GGZ: casussen F
- Huis voor de Zorg: casussen K
- RIBW Levantogroep: casussen E
- ZIO
- Trajekt (opbouwwerk en maatschappelijk werk): casussen D
- Sociale Teams: casussen G
- Radar
- GGD Zuid-Limburg
- Kredietbank Limburg: casussen K