

# Rapport

## Huishoudens met domeinoverstijgende kosten

- Resultaten interventie gezinsregisseur 2018-2020-



Dit project is mede mogelijk gemaakt door subsidie van de gemeente Maastricht, zorgverzekeraar VGZ en de Provincie Limburg en maakt onderdeel uit van de pilot “Blauwe Zorg in de wijk”

*Dit is rapport 3 van de 7 rapporten van Blauwe Zorg in de wijk*



Gemeente Maastricht



provincie limburg



arrangementen  
monitor.



Levanto  
GROEP

Envida

 Maastricht University *Leading in Learning!*

**Dankwoord:**

Met grote dank aan de gezinnen die medewerking hebben verleend aan het project.

**Auteurs:**

Ingeborg Wijnands-Hoekstra (ZIO), Sanny Stauder (ZIO), Danny Martens (Levanto), Maarten Thönissen (Arrangementenmonitor), Bianca Vaessen (gemeente Maastricht)

**Meer informatie:**

[www.blauwezorgindewijk.nl](http://www.blauwezorgindewijk.nl)

## Inhoud

<b>1. Samenvatting</b> .....	4
<b>2. Inleiding</b> .....	5
<b>3. Vraagstelling</b> .....	5
<b>4. Interventie gezinsregisseur</b> .....	6
<b>5. Werving en deelname huishoudens</b> .....	7
<b>5.1. Blauwe Zorg wijken</b> .....	7
<b>5.2. Werving en deelname gezinnen</b> .....	7
<b>6. Methode van onderzoek</b> .....	8
<b>6.1. Kenmerken beginsituatie binnen gezinnen</b> .....	8
<b>6.2. Evaluatie van de werkwijze</b> .....	11
<b>6.3. Bevindingen van de gezinsregisseurs</b> .....	11
<b>7. Effecten op kwaliteit van leven en gezondheid</b> .....	12
<b>7.1. Resultaten vragenlijsten voor en nameting</b> .....	12
<b>8. Effecten op de kosten</b> .....	14
<b>8.1. Kosten en inzet gezinsregisseur</b> .....	14
<b>8.2. Kostenbesparing per gezin</b> .....	14
<b>8.3. Verklaring kostenbesparing bij deze gezinnen</b> .....	16
<b>8.4. Virtuele Kostenbesparing</b> .....	17
<b>8.5. Extrapolatie naar andere gezinnen in Maastricht</b> .....	17
<b>9. Conclusies</b> .....	18
<b>10. Aanbevelingen</b> .....	20
<b>11. Borging/continuering</b> .....	22
<b>Bijlage 1 Wijkprofiel Blauwe Zorg wijken</b> .....	23
<b>Bijlage 2 Werkwijze Gezinsregisseur</b> .....	25
<b>Beschrijving van de werkwijze</b> .....	25
<b>Kenmerken van de werkwijze</b> .....	25
<b>Bijlage 3 Publicaties/aandacht in de media</b> .....	27

## 1. Samenvatting

Het project “Huishoudens met domeinoverstijgende kosten” betreft een experiment dat zich richt op gezinnen uit vier Maastrichtse wijken die in hoge mate gebruik maken van zowel medische als maatschappelijke/sociale voorzieningen over meerdere domeinen (zorgverzekering, WMO, Jeugdhulp, Participatie, WLZ). Het project is begin 2018 gestart en maakt deel uit van de pilot Blauwe zorg in de wijk. De interventie die plaatsvindt is de inzet van een gezinsregisseur met mandaat bij deze gezinnen. In totaal zijn 14 gezinnen intensief begeleid door de gezinsregisseur. Van 12 gezinnen zijn maatschappelijke businesscases gemaakt.

Twee vraagstellingen zijn onderzocht:

1. Welk effect heeft de inzet van een gezinsregisseur met mandaat op de gezondheid en de kwaliteit van leven van de gezinsleden van gezinnen die in hoge mate gebruik maken van zowel medische als maatschappelijke/sociale voorzieningen over meerdere domeinen?
2. Welk effect heeft de inzet van een gezinsregisseur met mandaat op de kosten van zowel het sociaal als zorgdomein als het gaat om bovengenoemde gezinnen?

De subsidie van de pilot Blauwe Zorg in de wijk eindigt per 31-12-2020. In dit rapport worden de resultaten weergegeven van de interventie en worden aanbevelingen gedaan voor de toekomst.

### **De resultaten/conclusies:**

- De interventie van de gezinsregisseur heeft een positieve invloed op de gezinsleden. Er is een toename te zien in ‘zich gezonder voelen’ en in ‘de tevredenheid over de zorg’ bij de gezinsleden. Daarnaast is een toename te zien op een aantal dimensies van Positieve Gezondheid, namelijk ‘mentaal welbevinden’, ‘zingeving’ en ‘kwaliteit van leven’.
- In totaal bedraagt de besparing bij deze 12 gezinnen ruim € 359.000. De gemiddelde besparing per gezin is ca. € 30.000,-- berekend over de periode van de inzet van een gezinsregisseur van gemiddeld één jaar. Na aftrek van de kosten van de gezinsregisseur is dit € 22.000 per gezin. Vanuit de Zorgverzekering zijn alleen de GGZ-kosten meegenomen.
- De grootste besparingen zijn te zien binnen het gemeentelijke domein (per gezin € 21.427): het gaat hier met name om individuele arrangementen die zijn omgezet naar een systemische aanpak, afbouw maatschappelijke opvang, afbouw van de intensiteit van zorg of inzet andere (goedkopere) zorg.
- De interventie levert ook virtuele besparingen op. Dit zijn besparingen op zorg die door de gezinsregisseur is ingezet waardoor duurdere zorg is voorkomen.
- Gezinsleden voelen zich meer begrepen en hebben beter inzicht in de zorg die zij krijgen. De meeste betrokken hulpverleners ervaren de inzet van de gezinsregisseur als positief.
- In de gemeente Maastricht zijn ca. 650 andere gezinnen met hoge gemeentelijke kosten.

### **De aanbevelingen:**

- Maak een implementatieplan voor een brede en structurele invoering van de ‘onafhankelijk werkende gezinsregisseur met mandaat’ bij de gezinnen in Maastricht die in hoge mate gebruik maken van maatschappelijke/sociale en medische voorzieningen over meerdere domeinen. De analyses laten namelijk zien dat er veel vergelijkbare gezinnen zijn in Maastricht die deze aanpak behoeven. Een verdere doelgroepanalyse zal inzicht moeten geven voor welke en hoeveel van deze gezinnen de beschreven aanpak ingezet kan worden.
- Stapeling van zorgvoorzieningen kan voorkomen worden als er vroegtijdig integraal naar het gezin gekeken was. Zorg ervoor dat bij elk gezin waarin meerdere vormen van zorg ingezet gaan worden, vooraan in het zorgproces de behoefte/noodzaak van de inzet van een gezinsregisseur overwogen wordt en neem dit mee in de integrale wijkgerichte benadering..
- Werk naar een zorgsysteem waarbij het gezin als vertrekpunt wordt genomen in plaats van het gezinslid en waar dus aandacht is voor integraal werken. In het huidige zorgsysteem wordt zorg gestapeld omdat er op individuele gezinsleden wordt geïndiceerd in plaats van op gezinssysteem.

- Maak de relevante gegevens van de gezinsleden met betrekking tot de zorgkosten van alle zorgverzekeraars inzichtelijk, waardoor een compleet beeld ontstaat van de totale kosten per gezin.
- Bundel de krachten van de aanbieder in het Sociaal Domein zodat integrale samenwerking ontstaat, zoals bijvoorbeeld de aanpak van de “Krachtenbundeling Malberg Maastricht”.
- Betrek cliënten bij de zorg en zorg voor transparante communicatie met de cliënt.

## 2. Inleiding

Het project “Huishoudens met domeinoverstijgende kosten” betreft een experiment dat zich richt op Huishoudens uit vier Maastrichtse wijken die in hoge mate gebruik maken van zowel medische als maatschappelijke/sociale voorzieningen over meerdere domeinen (zorgverzekering, WMO, Jeugdhulp, Participatie, WLZ).

Het project is begin 2018 gestart en maakt deel uit van de pilot Blauwe zorg in de wijk. De interventie die plaatsvindt is de inzet van een gezinsregisseur met mandaat bij deze gezinnen.

De gezinsregisseur brengt door middel van huisbezoeken de situatie in kaart (op basis van Positieve Gezondheid) en de behoefte en wensen van de leden van het gezin. Vervolgens start hij/zij een traject om samen met het gezin en de betrokken hulpverleners de gezinssituatie en alle hulpverlening in beeld te krijgen, afstemming te zoeken met de hulpverleners, de efficiency van de betrokken hulpverlening te onderzoeken en samen met het gezin op basis van positieve gezondheid een nieuw zorgplan te maken.

In totaal zijn 20 gezinnen aangemeld voor het project. Deze gezinnen zijn aangedragen door hulpverleners, met name huisartsen. Het gaat veelal om gezinnen met complexe problematiek waarbij de zorg- en hulp is gestapeld en er hierdoor veel verschillende hulpverleners zijn betrokken. Een integraal beeld bij deze gezinnen ontbreekt.

Uiteindelijk hebben 14 gezinnen intensieve begeleiding gehad van een gezinsregisseur. Zes gezinnen zijn afgevallen onder andere omdat de inzet van de gezinsregisseur niet nodig bleek te zijn of omdat ze zich vroegtijdig terugtrokken. Van 12 gezinnen van de 14 zijn maatschappelijke businesscases gemaakt.

De subsidie van de pilot Blauwe Zorg in de wijk eindigt per 31-12-2020. In dit rapport wordt allereerst de interventie inhoudelijk beschreven in paragraaf 4 en 5. In paragraaf 6 wordt de methode van onderzoek beschreven. In paragraaf 7 en 8 worden de effecten beschreven. Vervolgens beschrijven paragraaf 9, 10 en 11 respectievelijk de conclusies, de aanbevelingen en de borging/continuering.

## 3. Vraagstelling

**Welk effect heeft de inzet van een gezinsregisseur met mandaat op de gezondheid en de kwaliteit van leven op de gezinsleden van gezinnen die in hoge mate gebruik maken van zowel medische als maatschappelijke/sociale voorzieningen over meerdere domeinen?**

Deze vraag komt voort uit een inventarisatie die is uitgevoerd in aanloop naar de pilot Blauwe Zorg in de wijk (2016 en 2017) onder professionele zorg- en dienstverleners en burgers. Alle betrokken organisaties en een aantal burgers is gevraagd om casussen aan te leveren die gebundeld zijn in een Casussenboek<sup>1</sup>. Deze 50 praktijkvoorbeelden zijn gebruikt om "samen van te leren", waaronder het zichtbaar maken van knelpunten en verbeterpunten in de zorg- en dienstverlening.

Uit de inventarisatie kwam naar voren dat veel zorg- en hulpverleners niet weten wie er betrokken is bij kwetsbare cliënten/gezinnen en met welk doel en behandelplan men bezig is. Betreffende cliënten en gezinnen weten het vaak ook niet. Ook was een van de knelpunten dat er rondom

---

<sup>1</sup> Casussenboek Blauwe Zorg in de wijk ‘De professional en de burger aan het woord’, mei 2017

probleemgezinnen vaak (te) veel verschillende professionele zorgverleners aanwezig waren met ieder zijn eigen takenpakket. Dit zorgde voor veel onrust bij de cliënt/het gezin. In dit rapport werd gesteld dat dit voorkomen had kunnen worden als beroepskrachten integraal naar de cliënt/het gezin zouden kijken, (durfden te) schakelen en/of erbij halen, uiteraard altijd in overleg met de cliënt<sup>2</sup>. Duidelijk kwam naar voren dat er hierdoor een stapeling van zorg- en welzijnsaanbod bestaat (dat niet wordt opgemerkt door de betrokken hulpverleners) waarbij er allerlei zorg en begeleiding is ingezet op basis van veel verschillende indicaties. Geconcludeerd werd dat het bij deze kwetsbare gezinnen ontbrak aan coördinatie en regie. Een hypothese van Blauwe zorg in de wijk bij aanvang van dit project was dat de inzet van een gezinsregisseur een positieve invloed heeft op de gezondheid van het gezin en de 'kwaliteit van leven' van de gezinsleden bevordert.

**Welk effect heeft de inzet van een gezinsregisseur met mandaat op de kosten van zowel het sociaal als zorgdomein als het gaat om gezinnen die in hoge mate gebruik maken van zowel medische als maatschappelijke/sociale voorzieningen over meerdere domeinen?**

Uit de casussen bleek dat er sprake was van stapeling van zorg bij de gezinnen. Binnen het sociaal domein wordt in dit rapport stapeling van zorg gedefinieerd als er drie of meer arrangementen voor Wmo, Jeugd, Participatie en schuldhulpverlening worden ingezet binnen een gezin, zonder dat er afstemming hierover heeft plaatsgevonden.

Een hypothese van Blauwe zorg in de wijk was dat de vorm van financiering in arrangementen en indicaties op individuele gezinsleden leidt tot stapeling van zorg en dus van kosten. Een andere hypothese was dat door de inzet van een onafhankelijk werkende gezinsregisseur met mandaat kosten bespaard worden bij deze gezinnen op het gemeentelijke en zorgdomein.

## 4. Interventie gezinsregisseur

De werkwijze van de coaching door de gezinsregisseur (oftewel de interventie) is ontwikkeld en bijgesteld op basis van de ervaringen met en feedback van de eerste vier gezinnen uit 2018. De beschrijving van de werkwijze zoals uitgevoerd bij de gezinnen in 2019 en 2020 staat in bijlage 1. Belangrijke kenmerken van de gezinsregisseurs die ingezet zijn in deze interventie zijn:

- **Onafhankelijk** zijn: in dit project heeft dit betrekking op de rol van de gezinsregisseur. Het betekent dat de gezinsregisseur zelf géén hulpverlener en dus géén aanbieder van zorg is, binnen het gezin. Daardoor is hij/zij in staat om vanuit die onafhankelijkheid, neutraal, te beoordelen wat goed, niet goed is, anders moet en dus regie te voeren op diegenen die wel zorg aanbieden in het gezin.
- **Mandaat** hebben: de regisseur had mandaat om zorg af- of op te schalen
- Voldoende **ervaring** en juiste **competenties** hebben.

De gesprekken met de gezinnen vonden veelal in de thuissituatie plaats. De gezinsregisseur zorgt in het gezin voor verheldering, afstemming en waar nodig verandering van zorgaanbod om te komen tot één integraal plan.

---

<sup>2</sup> Uit Rapport Knelpuntenanalyse Blauwe Zorg in de wijk, mei 2017

## 5. Werving en deelname huishoudens

### 5.1. Blauwe Zorg wijken

De pilot vindt plaats in vier Maastrichtse wijken: Wittevrouwenveld, Wyckerpoort, Nazareth en Limmel. Deze Blauwe Zorg wijken kenmerken zich door een slechtere gezondheid van de inwoners ten opzichte van het gemiddelde in Maastricht. De mensen in deze wijken ervaren hun gezondheid veel minder vaak als goed. De buurten zijn niet vergrijsd, maar kennen wel een lage sociaal economische positie (laag opleidingsniveau, laag inkomen). De inwoners geven met name aan kwetsbaar te zijn op mentaal vlak, financieel vlak en regievoeren over hun leven. Dit is ook terug te zien in de zorg en ondersteuningsconsumptie.

De inwoners van de Blauwe Zorg wijken maken met name gebruik van ondersteuning op het vlak van financiën en participatie, jeugd- en volwassen GGZ en individuele begeleiding vanuit de Wmo. Wat betreft lichamelijke klachten is de zorgvraag minder groot, de reden hiervoor is dat deze wijken minder vergrijsd zijn. Bij het domein meedoen is te zien dat relatief veel mensen “langs de kant staan”. Eenzaamheid komt veel voor, de sociale cohesie is minder groot, er zijn minder vrijwilligers en mantelzorgers en de leefbaarheid en veiligheid wordt gemiddeld als minder groot ervaren. De kenmerken van deze wijken worden weergegeven in bijlage 1.

### 5.2. Werving en deelname gezinnen

De gezinnen die hebben deelgenomen aan dit project waren allen woonachtig in een van de Blauwe-zorg wijken in Maastricht. In totaal zijn 20 gezinnen aangemeld door hulpverleners. De gezinnen zijn geselecteerd op basis van hun (complexe) zorgvraag en problematiek. Ze zijn niet geselecteerd op zorgkosten. De meeste aanmeldingen van gezinnen kwamen via de huisartsen uit de Blauwe zorg wijken.

Tabel 1. Bron van aanmelding gezin

via WMO	2 x
via huisarts	10 x
via POH	1 x
via huisarts ism POH	2 x
via huisarts ism veiligheidshuis	1 x
via sociaal team	1 x
via jeugdarts	1 x
via maatschappelijk werk	1 x
via andere hulpverlening	1x

Deze 20 gezinnen zijn allemaal met toestemming van het gezin benaderd door de gezinsregisseur. Van de 20 gezinnen zijn zes gezinnen afgevallen. De redenen zijn:

- Bij twee gezinnen bleek inzet gezinsregisseur niet nodig. Situatie was stabiel, daarnaast geen regie-vraag;
- Een gezin gaf geen toestemming voor de inzet van een gezinsregisseur (wel verzocht door betrokken hulpverlening/ WMO);
- Twee gezinnen zijn vroegtijdig afgehaakt;
- Een gezin viel af omdat zij buiten de wijk woonden.

In totaal zijn 14 gezinnen intensief begeleid door een gezinsregisseur.

In dit rapport zijn van 12 gezinnen van deze 14 gezinnen businesscases gemaakt. Bij twee gezinnen is dit niet gelukt: bij een gezin had er nog geen tweede meetmoment plaatsgevonden en van een gezin waren onvoldoende gegevens beschikbaar.

## 6. Methode van onderzoek

Aan alle gezinsleden is gevraagd een toestemmingsverklaring te tekenen voor deelname aan het onderzoek binnen 'Blauwe zorg in de wijk'. Dit betekende dat de gezinsleden toestemming gaven om hun zorgkosten te gebruiken voor onderzoek. Het ging om alle zorg die op grond van de VGZ zorgverzekering (de basisverzekering en de aanvullende verzekering) aan de gezinsleden was vergoed. Tevens ging het om een overzicht van de kosten van ondersteuning en de kosten Sociaal Domein die de gemeente Maastricht (Jeugdhulp, Wmo, Participatiewet en Schuldhulpverlening) maakte voor de gezinsleden.

Het tot stand komen van deze toestemmingsverklaring (van gemeente en zorgverzekeraar VGZ samen) heeft veel tijd gekost binnen het onderzoek. Dit heeft geleid tot vertraging van het onderzoek. Daarnaast moesten de gezinsregisseurs aan alle gezinsleden uitleggen wat de toestemmingsverklaring (van vijf pagina's) inhield, omdat de mensen de inhoud van de verklaring niet begrepen.

Gedurende de looptijd van dit project zijn de kenmerken van de beginsituatie van de gezinnen in kaart gebracht, is de werkwijze geëvalueerd en zijn de bevindingen van de gezinsregisseurs genoteerd. Dit is beschreven in hoofdstuk 6 (Procesevaluatie).

Om een objectief beeld te krijgen van de effecten op de kwaliteit van leven, ervaren (positieve) gezondheid en tevredenheid van de zorg hebben de (hoofd)gezinsleden drie vragenlijsten ingevuld welke voor de interventie zijn afgenomen door de gezinsregisseurs (meetmoment 1) en na de interventie (meetmoment 2). Om welke vragenlijsten het gaat en wat de effecten zijn, staat beschreven in hoofdstuk 7.

De effecten op de kosten van zorg en ondersteuning van de gezinnen op meetmoment 1 en meetmoment 2 zijn in kaart gebracht in hoofdstuk 8. Ook staat daar beschreven op welke wijze dit is gedaan.

### 6.1. Kenmerken beginsituatie binnen gezinnen

#### **Veel aanbieders en hulpverleners per gezin**

Het aantal aanbieders van geïndiceerde zorg (Jeugd en WMO) in de gezinnen liep uiteen van 1 tot 10 verschillende aanbieders. Per aanbieder waren er soms meerdere soorten begeleiding ingezet. In sommige gezinnen waren 17 of meer hulpverleners betrokken zijn. De gezinnen waren veelal langdurig in zorg. Ook bleek dat er binnen het eerste half jaar al veel verloop van hulpverleners te zijn.

#### **Stapeling van meerdere vormen van zorg en ondersteuning binnen het huishouden**

Wat wordt in dit rapport verstaan onder 'stapeling'? Er wordt van stapeling van zorg gesproken als er 3 of meer arrangementen voor Wmo, Jeugd, Participatie en schuldhulpverlening wordt ingezet zonder dat hierover afstemming heeft plaatsgevonden. Tot mei 2019 was deze zorg in de gemeente Maastricht in kolommen georganiseerd. Doordat er, zeker vóór mei 2019, los van elkaar ondersteuning voor een gezin geregeld werd, ontstond stapeling van zorg.<sup>3</sup> Het raadplegen in de verschillende databases mag alleen met toestemming van de cliënt. Daarnaast kent de jeugdwet meerdere verwijzers. Ook binnen het zorgdomein kan stapeling van zorg voorkomen: denk aan meerdere GGZ-aanbieders (volwassenzorg).

Bij de deelnemende gezinnen bleek uit de financiële cijfers met name stapeling rondom "coaching naar zelfredzaamheid" te bestaan, vanuit de geïndiceerde ondersteuning van de gemeente. Denk hierbij aan begeleiding Wmo en Jeugd, schuldhulpverlener, bijstandsconsulent en participatiecoach.

---

<sup>3</sup> Vanaf mei 2019 wordt er gewerkt in integrale gebiedsteam. Doel van deze organisatiewijziging is om beter integraal te werken.



De gezinsregisseurs constateerden bij de gezinnen diverse knelpunten rondom de stapeling van zorg:

- Bij een aantal gezinnen was bij aanvang meerdere 'een gezin een plan' binnen één gezin.
- Binnen de gezinnen waren arrangementen gestapeld. Hulpverleners werkten in de gezinnen met hun 'eigen' aanbod, meestal gericht op één lid van het gezin. Er was geen integraal beeld van het gezin. Er werd niet systemisch gewerkt.
- De stapeling van de zorg werd niet altijd opgemerkt door de hulpverleners. Er vond weinig tot geen afstemming plaats, zelfs niet tussen hulpverleners van één zorgaanbieder die aan verschillende gezinsleden zorg bood. Vaak bleek er sprake te zijn van handelingsverlegenheid bij de hulpverleners, niemand nam het voortouw.
- Gezinsleden kregen door de stapeling van de zorg een grote hoeveelheid verschillende adviezen. Deze adviezen waren soms tegenstrijdig aan elkaar.

### **Licht verstandelijke beperkingen en GGZ problematiek**

Een deel van de gezinsleden uit de gezinnen bleek licht verstandelijk beperkt te zijn en/of over beperkte vaardigheden te beschikken. Ook speelde er vaak GGZ-volwassenproblematiek binnen de gezinnen.

De gezinsregisseurs bemerkten dat bij veel van deze gezinsleden sprake was van overvraging. De mensen begrepen vaak niet wat hulpverleners zeiden en hadden zelf vaak ook geen overzicht. Ze wisten niet precies "welk persoon van welke organisatie met welk doel betrokken was"

### **Problematiek op gebied van wonen en veiligheid**

Binnen de gezinnen bleken vaak knelpunten (en frustraties) te bestaan met betrekking tot hun woonomgeving en veiligheid. Deze problemen werkten regelmatig door op de geestelijke gezondheid van de gezinsleden. Vanuit de gezinsaanpak hebben de gezinsregisseurs ervaren dat afspraken soms niet aansloten bij de visie van integraal werken en doelgericht werken. Bijvoorbeeld:

wooncorporaties waren over het algemeen gericht op zaken als huurachterstand, staat van de woning en/of conflicten met burens en waren dan gericht op ad-hoc oplossingen. Hierdoor was minder oog voor onderliggende problematiek (bv psychiatrische en/of verstandelijke beperkingen van client/systeem). Dit kan vervolgens leiden tot verergering en/of stapeling van problematiek en het (foute) beeld dat client(-systeem) niet mee wil werken.

Uit gesprekken welke door de gezinsregisseurs met de betrokken wooncorporaties zijn gevoerd blijkt dat vanuit hen dit probleem wordt erkend.

### **Generatieproblematiek**

Nederland wordt steeds gezonder. Limburg ook. Dat valt onder meer af te leiden uit de levensverwachting die hoog is en nog steeds toe neemt. Ten opzichte van andere Nederlanders zijn Limburgers, met name Zuid-Limburgers, veelal ongezonder en leven ze ongeveer een jaar korter dan de gemiddelde Nederlander. Het is nog niet gelukt om die gezondheidsachterstand in te lopen. De afgelopen jaren zijn al diverse onderzoeken gedaan naar mogelijke factoren die bijdragen aan deze gezondheidsachterstand. Uit deze onderzoeken blijkt onder andere dat het opleidingsniveau van Limburgers lager is dan het gemiddelde van Nederland. Mensen met een lager opleidingsniveau leven gemiddeld 7 jaar korter en krijgen 15 jaar eerder te maken met lichamelijke beperkingen. Daarnaast blijkt dat de gezondheidsachterstand van generatie op generatie in bepaalde lagen van de bevolking zit.

Bij dit project bleken vijf deelnemende gezinnen familie van elkaar te zijn. Zij hadden samen 23 kinderen. Om een trendbreuk van overerving te realiseren is het belangrijk dat we zorg dragen dat deze jeugdigen een goede start, met goed onderwijs en goede zorg krijgen.

### **Regisseursfunctie van de gemeente**

Naast de gezinsregisseur (die in het kader van de interventie werd ingezet) waren er bij sommige gezinnen casusregisseurs betrokken die via een arrangement werden ingezet door de gemeente. Hier kan sprake van zijn wanneer veel hulpverleners zijn betrokken, maar ook wanneer er zich situaties voordoen die neigen naar het inzetten van een route richting het gedwongen kader. Het doel van het overnemen van de casusregie is om ervoor te zorgen dat ouders zelf de regie over hun leven en de opvoeding van hun kinderen weer kunnen terugpakken en daarmee in voorkomende gevallen eventueel een kinderbeschermingsmaatregel te voorkomen. De casusregisseur trekt gezamenlijk op met de ouders, het netwerk, hulpverleners en indien nodig ook de Raad voor de Kinderbescherming. Het arrangement casusregie kan alleen worden ingezet door het toegangsteam van de gemeente, bij aanbieders met een dienstverleningsovereenkomst én indien het toegangsteam zelf de regie niet kan of wil uitvoeren. De casusregisseurs kunnen casussen krijgen waarbij zij nog niet eerder betrokken waren, of casussen waarbij zij wel al betrokken zijn maar die fors meer regie vragen dan in het kader van redelijkheid kan worden verwacht binnen de bestaande hulpverlening. Het uiteindelijke doel is dat het gezinssysteem zelf de regie weer kan voeren. Hier wordt aan gewerkt door het realiseren van goede afspraken tussen de verschillende aanbieders (of andere betrokkenen van het systeem) om te komen tot een goede voortgang van de hulpverlening. Dus, het gaat om het bevorderen van samenhang tussen de activiteiten die door de verschillende ketenpartners en betrokkenen rondom een gezinssituatie worden ingezet. Waar het gaat om regie ter voorkoming van een kinderbeschermingsmaatregel, gaat het ook om het plegen van interventies die nodig zijn in het gezin om deze maatregel te voorkomen. De casusregisseur is te allen tijde in staat om op te komen voor de belangen van het kind. Indien er nog geen gezinsplan door de toegang is opgesteld, stelt de regisseur deze op conform het format.

### *Verskil casusregisseur en gezinsregisseur*

In de praktijk bleek dat de casusregisseurs vooral regisseerden op het hulpverleningsproces dat zich beperkte tot jeugd. Ze voerden weinig tot geen regie op overige zorg (bijv. WMO en GGZ) en andere deelgebieden zoals wonen of financiën. Ook werd niet gekeken naar de efficiency van alle betrokken hulpverlening, ook niet op stapeling van zorg. De gezinsregisseur van dit project regisseren op het gehele hulpverleningsproces en op alle deelgebieden. Zij onderzoeken daarnaast ook de efficiency van de betrokken hulpverlening en sturen hierop.

### **Type gezinnen**

De gezinsregisseurs zagen grofweg twee type gezinnen:

*Type 1:* Het gezin met complexe problematiek waarbij door de verschillende financieringssystemen en toegangspoorten, stapeling van de zorg en hulpverleners plaatsvindt. Hulpverleners werken in de gezinnen met hun 'eigen' aanbod gericht op één lid van het gezin. Er is geen integraal beeld van het gezin. Stapeling wordt niet opgemerkt.

*Type 2:* Het gezin met complexe problematiek waarbij de hulpverlening vastloopt en dus stagneert. Er is geen duidelijke route bij deze gezinnen, waardoor de situatie in stand blijft en er sprake is van een impasse. Deze gezinnen worden vaak overvraagd. Hierdoor ontstaat een negatieve spiraal, met als kenmerken: Het gevolg daarvan is dat zij geen inzicht hebben in hun eigen problemen, ontkenning, weerstand, niet kunnen aanpassen en/of verbale agressie. Hulpverleners vinden het hierdoor moeilijk om met deze gezinnen het gesprek aan te gaan. Uit diverse gesprekken met fr betrokken hulpverlening komt een aantal punten naar voren:

- Hoe meer partijen betrokken zijn, hoe meer onduidelijkheid er is rondom 'wie is waarvoor verantwoordelijk?' (Een uitkomst welke ook terug te vinden is in diverse rapportages rondom 'gezinsdrama's').

- Indien er sprake is van actieve verbale agressie wordt er sneller door hulpverlening besloten om zaken 'te laten lopen zoals ze lopen' uit angst voor escalatie.
- Vaak wordt er 'over' het gezin gepraat door de hulpverleners en niet 'met' het gezin.

## 6.2. Evaluatie van de werkwijze

De gezinsregisseurs hebben in dit project gewerkt volgens de methode die beschreven is in de bijlage. De volgende punten zijn in de evaluatie naar voren gekomen:

- ✓ Het in kaart brengen van hulpvragen en betrokken hulpverlening bij gezinnen bleek in de praktijk meer tijd te kosten dan bij de start werd gedacht. De eerste gesprekken tussen gezinsregisseur en huishouden duurden vaak langer dan aanvankelijk gepland, er was tijd nodig om vertrouwen te winnen; dit omdat er vaak sprake was van zeer lang lopende hulpverleningstrajecten (vaak ook al vanuit familiegeschiedenis/overlevering) met negatieve ervaringen.
- ✓ Er waren in de meeste gezinnen meerdere gesprekken nodig om uit te zoeken wie betrokken was bij het gezin.
- ✓ Psychiatrische en LVB (licht verstandelijke beperking) problematiek maakte dat er meer tijd besteed moest worden aan uitleg en extra contactmomenten tussen gezin en gezinsregisseur.
- ✓ De contacten met de huishoudens verliepen wisselend. Er was in een aantal gevallen ook sprake van no-show en afmeldingen.
- ✓ Er waren ontwikkelingen binnen sommige gezinnen die de planning en werkwijze beïnvloedden, bijvoorbeeld scheiding, intrekken toestemming cq stoppen samenwerking door ouder.
- ✓ Het verloop ofwel de verandering van de hulpverleners binnen het gezin zorgde voor vertraging.
- ✓ Doordat er vaak veel partijen betrokken zijn bleek het in de praktijk lastig te zijn een ronde tafel overleg (RTO) te plannen waar betrokken partijen gelijktijdig aanwezig konden zijn. Dit was wel wenselijk om, in gezamenlijkheid, te kunnen 'sparren' over stand van zaken, traject tot nu toe, veranderwens en uitvoering hiervan.
- ✓ Het maken van de toestemmingsverklaringen Het verzamelen van de benodigde toestemmingsverklaringen van alle gezinsleden vroeg veel extra tijd van de gezinsregisseur.

## 6.3. Bevindingen van de gezinsregisseurs

### De effecten van de interventie op het gezin

De effecten die in deze paragraaf besproken worden zijn door de gezinsregisseurs opgehaald uit de vele gesprekken met de leden van de gezinnen. Daarnaast is er de informatie zoals deze uit de gebruikte vragenlijsten naar voren komt; deze staan beschreven in hoofdstuk 6.

De gezinsregisseurs zagen als belangrijkste effecten bij de gezinnen, dat de gezinsleden door de interventie:

- ✓ zich meer gehoord en begrepen voelden;
- ✓ zich weer serieus genomen voelden (door een gelijkwaardige behandeling);
- ✓ weer vertrouwen kregen in de zorg en ondersteuning. Bij aanvang van de interventie gaven gezinsleden aan geen vertrouwen te hebben in de hulpverlening. Soms was er ook sprake van wantrouwen. Op meetmoment 2 (ongeveer 1 jaar na de interventie) gaf het merendeel van de gezinnen aan dat ze vooral weer vertrouwen hadden in de zorg en ondersteuning en daardoor verder konden. Ze voelden zich meer gehoord en begrepen;
- ✓ waren gaan nadenken over de vraag: "Waarvoor sta je 's morgens op"? Een vraag die hen nog nooit gesteld is en inzicht geeft in hun situatie en doelen;

- ✓ meer zijn gaan begrijpen welke zorg ze krijgen en waarom;
- ✓ meer inzicht hebben gekregen in aan welke zorg/hulp ze echt behoefte hebben en aan welke niet;
- ✓ zich meer bewust werden van eigen regie in hulpverlening en ondersteuning: bijvoorbeeld niet gaan naar een hulpverlener omdat het moet, maar omdat het nodig is.
- ✓ meer zicht kregen op kosten en daardoor groter kostenbewustzijn.

### **De effecten van de interventie op de betrokken hulpverleners**

De effecten die in deze paragraaf besproken worden zijn door de gezinsregisseurs opgehaald uit de vele gesprekken met de hulpverleners die betrokken waren bij de gezinnen.

Ten aanzien van betrokken hulpverleners ervoeren de gezinsregisseurs:

- ✓ meer duidelijkheid en afstemming onderling over uitvoering van zorg en ondersteuning;
- ✓ meer zicht op kosten en daardoor groter kostenbewustzijn;
- ✓ men is blij met ondersteuning door onafhankelijk werkende gezinsregisseur, met het oppakken regierol voor het hele gezin en alle leefdomeinen;
- ✓ meer zicht op noodzaak van systemische aanpak;
- ✓ soms onduidelijkheid over rol, positie en mandaat van de gezinsregisseur.

## **7. Effecten op kwaliteit van leven en gezondheid**

### **7.1. Resultaten vragenlijsten voor en nameting**

Om een objectief beeld te krijgen van de kwaliteit van leven, ervaren gezondheid en tevredenheid van de zorg hebben de (hoofd)gezinsleden drie vragenlijsten ingevuld. Deze vragenlijsten zijn afgenomen door de gezinsleden vóór aanvang van de interventie (=meetmoment 1) en na de interventie (=meetmoment 2). Dit gaat over een periode van gemiddeld een jaar.

Het gaat om de volgende vragenlijsten:

- Vragenlijst 1: drie algemene vragen met smileys. Zie voor de vragen tabel 2;
- Vragenlijst 2: de ICECAP vragenlijst. Deze lijst meet het effect van een gezondheidsinterventie op meer domeinen dan alleen gezondheidsverbetering (namelijk stabiliteit, hechting, autonomie, presteren en genieten);
- Vragenlijst 3: vragenlijst van Positieve Gezondheid (42 vragen).

### **Beschrijving van de resultaten**

De resultaten op de vragenlijsten staan weergegeven in tabel 2 op pagina 13.

#### *Vragenlijst 1: Algemene vragen*

Vragenlijst 1 is op twee meetmomenten ingevuld door in totaal 19 gezinsleden uit 9 gezinnen. Zie tabel 2. Drie gezinnen hebben deze niet ingevuld omdat deze in 2018 reeds gestart waren met de interventie en op dat moment werd deze vragenlijst nog niet toegepast.

Uit tabel 2 blijkt dat 9 van de 19 personen zich gezonder voelen op meetmoment 2 dan op meetmoment 1. Ook zijn 9 van de 18 mensen meer tevreden over de ontvangen zorg. Het merendeel van de overige mensen geven eenzelfde cijfer aan hun leven in beide metingen.

De meeste mensen geven op meetmoment 1 en meetmoment 2 hetzelfde cijfer aan hun leven.

De afname van de scores bij een drietal personen is te verklaren door een operatie, een depressie en een uithuisplaatsing van een kind.

Tabel 2 Aantal gezinsleden dat op de vragenlijsten heeft gescoord, waarbij de score is toegenomen, gelijk is gebleven of afgenomen op meetmoment 2 (in vergelijking met meetmoment 1)

<b>Vragenlijst 1</b> <b>Score op algemene vragen</b>	<b>Aantal mensen</b> <b>waarbij score is</b> <b>toegenomen</b>	<b>Aantal</b> <b>waarbij score</b> <b>gelijk</b> <b>gebleven</b>	<b>Aantal</b> <b>waarbij</b> <b>score is</b> <b>afgenomen</b>	<b>Totaal aantal</b> <b>personen</b>
Hoe gezond voelt u zich?	9	7	3	19
Hoe tevreden bent u over de zorg die u krijgt?	9	8	1	18
Welk cijfer geeft u uw leven?	6	11	2	19
<b>Vragenlijst 2</b> <b>Score op Kwaliteit van leven ( ICECAP)</b>				
Op mijn plek en veilig voelen (stabiliteit)	6	11	-	17
Liefde, vriendschap en ondersteuning (hechting)	5	10	2	17
Onafhankelijk zijn (autonomie)	9	8	-	17
Prestaties en vooruitgang (presteren)	8	8	1	17
Plezier maken en genieten (genieten)	6	10	1	17
<b>Vragenlijst 3</b> <b>Score op spinnenweb Positieve gezondheid</b>				
Dagelijks functioneren	6	14	2	22
Lichaamsfuncties	7	14	1	22
Mentaal welbevinden	12	7	3	22
Zingeving	13	7	2	22
Meedoen	10	9	3	22
Kwaliteit van leven	11	10	1	22

#### *Vragenlijst 2: Kwaliteit van leven (ICECAP)*

Vragenlijst 2 is op twee meetmomenten ingevuld door in totaal 17 gezinsleden uit 9 gezinnen. Ook deze vragenlijst werd in 2018 nog niet afgenomen. Deze vragenlijst is door minder personen ingevuld, aangezien deze door kinderen en door mensen met een psychiatrische achtergrond te moeilijk is.

Uit de scores blijkt dat 9 van de 17 personen op meetmoment 2 hoger scoren op 'autonomie' (voelen zich meer in staat om onafhankelijk te zijn) dan op meetmoment 1. Ook zijn 8 van de 17 mensen meer in staat zijn om te presteren en vooruitgang te boeken.

#### *Vragenlijst Positieve Gezondheid*

Vragenlijst 3 is afgenomen bij 11 van de 12 gezinnen. In totaal bij 22 gezinsleden. Aan kinderen werd de kindversie van Positieve gezondheid ingevuld.

De vragenlijsten hebben niet alleen gefungeerd als meetinstrument, maar zijn tevens een tool geweest om meer inzicht te krijgen in het leven van de gezinnen.

Op de vragen van het spinnenweb laten 13 van de 22 mensen een hogere score laten zien bij 'zingeving' op meetmoment 2. Twaalf van de 22 mensen laten een hogere score zien bij 'mentaal welbevinden'. Ook is een duidelijke toename te zien op 'kwaliteit van leven'.

De meeste mensen scoren op meetmoment 1 en meetmoment 2 hetzelfde als het gaat om 'dagelijks functioneren' en 'lichaamsfuncties'. Zie tabel 2.

## 8. Effecten op de kosten

### 8.1. Kosten en inzet gezinsregisseur

In de berekening van de kosten van de gezinsregisseur gaan we uit van de kosten die gemaakt zijn ten behoeve van de gezinsregisseurs in het jaar 2019. Dit was in 2019 gemiddeld 35 uur per week. Deze 35 uur bestaan uit:

1. de *directe cliëntgebonden tijd*: huisbezoeken, telefoontjes en appjes met gezin en reistijd;
2. de *niet-directe cliëntgebonden tijd* die wel betrekking heeft op een gezin: informatie opvragen over gezinnen bij organisaties, werkoverleg met huisartsen over gezinnen, overleg met betrokkenen hulpverlener(s) over het gezin, rondetafelgesprekken, maken van één Gezin één Plan voor het gezin en reistijd;
3. de *overige uren* die specifiek ten behoeve van het project en onderzoek zijn uitgevoerd (en dus niet onder de cliëntgebonden tijd vallen): werkoverleggen, bijeenkomsten, presentaties, invoeren in onderzoekssysteem, berekeningen maken, vragenlijsten analyseren, rapporteren.

De gezinsregisseur is gemiddeld 2,5 uur per week per huishouden kwijt aan directe en indirecte uren, gedurende 45 werkweken. Voor de berekening is uitgegaan van een tarief van € 70 per uur. De kosten voor de gezinsregisseur per gezin bedraagt daarmee € 8.000 voor de looptijd van het gehele traject. In dit project zijn de metingen gedaan op twee momenten. Meetmoment 1 is bij aanvang van de inzet gezinsregisseur bij een gezin en meetmoment 2 in het voorjaar van 2020 .

### 8.2. Kostenbesparing per gezin

Van de gezinnen zijn de kosten van zorg en ondersteuning op meetmoment 1 en meetmoment 2 in kaart gebracht.

#### Werkwijze

Hiervoor is de volgende werkwijze gehanteerd:

- Van 12 huishoudens konden de kosten in kaart worden gebracht.
- Voor de maatschappelijke businesscase is de inventarisatie van de zorg ondersteuning gebruikt. In de inventarisatie is de informele ondersteuning, de niet-geïndiceerde ondersteuning en de geïndiceerde zorg en ondersteuning per gezin in kaart gebracht.
- Daarnaast zijn de kosten op jaarbasis gehanteerd bij meetmoment 1 en meetmoment 2 (voor de vergelijkbaarheid geëxtrapoleerd naar het gehele jaar).
- De berekening van de kosten van de zorg en ondersteuning is als volgt gebeurd:
  - Voor **de niet-geïndiceerde zorg en ondersteuning** (bv. maatschappelijk werk, inzet wijkteam, woningcorporatie, veiligheidshuis) en de **overige geïndiceerde ondersteuning** (bijvoorbeeld UWV) is een maatschappelijke prijslijst gehanteerd (gemiddelde bedragen per interventie)
  - Voor de **gemeentelijke ondersteuning** zijn de daadwerkelijk gedeclareerde kosten op jaarbasis gebruikt.
  - Voor **de zorgverzekering/GGZ** zijn de kosten geraamd op basis van gemiddelde kosten en de intensiteit van de zorg bij meetmoment 1 en 2.

Van de zorgverzekering zijn alleen de kosten GGZ meegenomen in de businesscase, aangezien:

- GGZ-kosten het meest relevant zijn voor dit project;
- de andere zorgkosten (m.n. medisch specialistische zorg) zeer kunnen fluctueren per persoon en er geen direct verband is met de interventie;

- de daadwerkelijke gedeclareerde zorgkosten voor slechts een beperkt aantal gezinnen beschikbaar zijn (omdat niet alle gezinsleden VGZ verzekerd zijn) en daarmee geen compleet beeld ontstaat.

### Kostenbesparing

Bij 11 gezinnen/huishoudens (HH) heeft de interventie tot een kostenbesparing geleid, bij een gezin (HH16) zijn de kosten toegenomen. In totaal is de besparing van de 12 HH afgerond € 360.000 berekend tussen meetmoment 1 en meetmoment 2. Zie tabel 3.

Tabel 3 Kostenbesparingen van de 12 huishoudens

huishouden	meetmoment 1	meetmoment 2	Verskil meetmoment 1 & 2	% verschil
BZHH01	€ 68.603	€ 19.187	-€ 49.416	-72%
BZHH02	€ 64.619	€ 23.572	-€ 41.047	-64%
BZHH03	€ 70.895	€ 38.414	-€ 32.481	-46%
BZHH06	€ 86.084	€ 65.611	-€ 20.473	-24%
BZHH07	€ 152.188	€ 64.189	-€ 87.999	-58%
BZHH08	€ 90.269	€ 68.903	-€ 21.366	-24%
BZHH09	€ 164.252	€ 110.517	-€ 53.735	-33%
BZHH10	€ 73.738	€ 62.086	-€ 11.652	-16%
BZHH11	€ 63.731	€ 30.183	-€ 33.548	-53%
BZHH12	€ 33.566	€ 24.426	-€ 9.140	-27%
BZHH13	€ 138.066	€ 100.312	-€ 37.754	-27%
BZHH16	€ 68.893	€ 108.341	€ 39.448	57%
<b>Totaal</b>	<b>€ 1.074.904</b>	<b>€ 715.741</b>	<b>-€ 359.164</b>	<b>-33%</b>

Bron: arrangementenmonitor 2020

Per huishouden komt de interventie dus neer op een gemiddelde besparing van € 29.930, afgerond **€ 30.000** (zie tabel 4). De intensieve inzet van de casusgezinsregisseur, die gemiddeld 1 jaar heeft geduurd (€ 8.000) moet uiteraard hiervan afgetrokken worden. In totaal is er gemiddeld per gezin een bedrag van **€22.000** bespaard. Zie tabel 5.

De grootste besparingen zijn te zien binnen het gemeentelijke domein (zie tabel 4). In totaal bedraagt de besparing bij deze 12 gezinnen ruim **€ 359.000**.

Tabel 4. Totale kosten per onderdeel en de gemiddelde besparingen per huishouden (gezin)

Aantal huishoudens	categorie	meetmoment 1	meetmoment 2	Verschil meetmoment 1 & 2	% verschil	Gemiddeld per huishouden
9	niet-geïndiceerd	€ 124.120	€ 63.130	-€ 60.990	-49%	-€ 6.777
12	geïndiceerd gemeente	€ 748.644	€ 491.515	-€ 257.130	-34%	-€ 21.427
9	geïndiceerd UWV	€ 113.720	€ 113.720	€ 0	0%	€ 0
9	geïndiceerd Zvw/GGZ	€ 88.420	€ 47.376	-€ 41.044	-46%	-€ 4.560
<b>12</b>	<b>Totaal</b>	<b>€ 1.074.904</b>	<b>€ 715.741</b>	<b>-€ 359.164</b>	<b>-33%</b>	<b>-€ 29.930</b>

Bron: arrangementenmonitor 2020

Tabel 5. Besparing kosten per gezin met aftrek van inzet gezinsregisseur

MBC	Totale kosten	Gemiddeld per gezin
Verschil kosten ondersteuning	-€ 359.164	-€ 29.930
Kosten gezinsregisseur	€ 96.000	€ 8.000
<b>Saldo</b>	<b>-€ 263.164</b>	<b>-€ 21.930</b>

Bron: arrangementenmonitor 2020

### 8.3. Verklaring kostenbesparing bij deze gezinnen

Een groot deel van de besparingen binnen de gezinnen wordt behaald doordat:

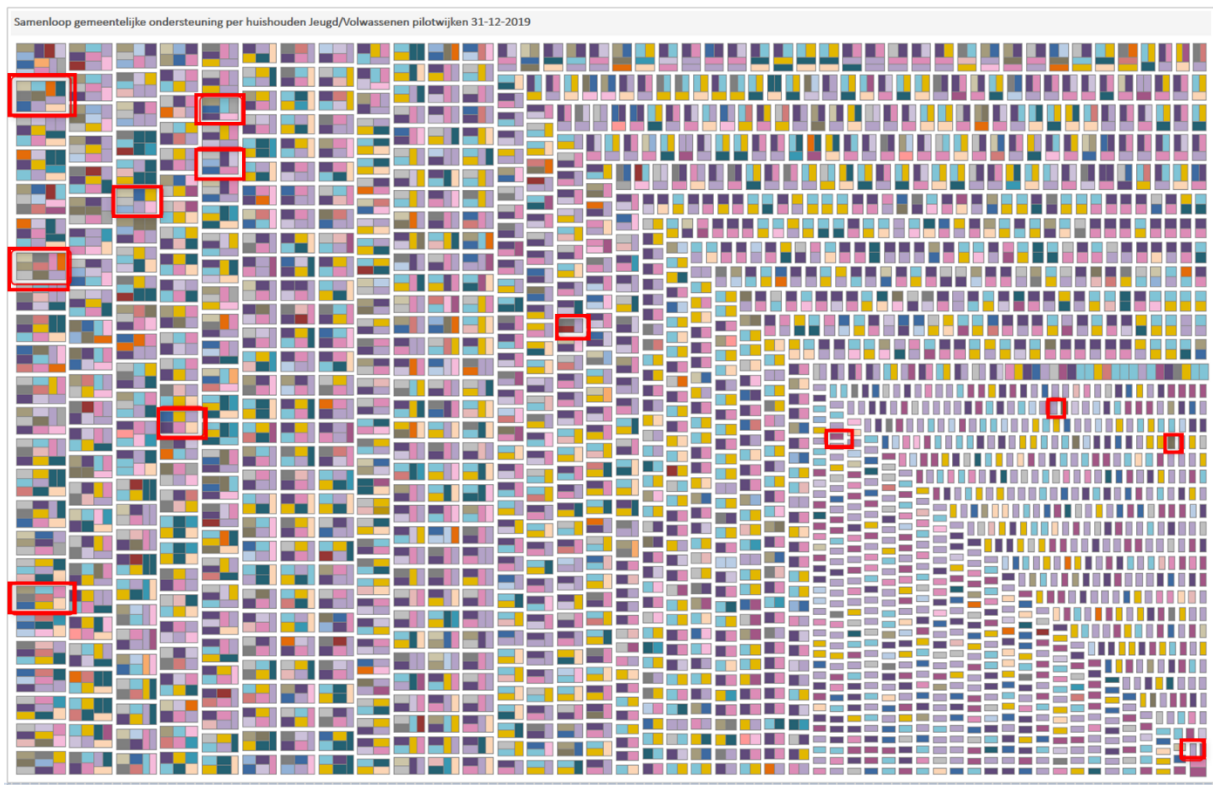
- De verschillende individuele arrangementen binnen één gezin zijn omgezet naar een systemische aanpak. Bij aanvang bleek in de meeste gezinnen dat de gezinsleden een eigen indicatie (arrangement) hadden en daar hoorde een eigen hulpverlener. De gezinsregisseur heeft samen met de gezinnen gekozen om één aanbieder in te zetten op het gehele gezin. Er zijn daardoor arrangementen 'begeleiding' Jeugd of Wmo stopgezet, ook is er afgeschaald in GGZ zorg.  
Bij dit project was het uitgangspunt: Wat heeft het gezin nodig en wat is op dit moment prioriteit? Naast de besparingen die dit oplevert, heeft dit ook gezorgd voor minder drukte (aantal hulpverleners) in het gezin. op.
- Een ander deel van de besparingen heeft te maken met huisvesting.
  - ✓ Zoals de begeleiding van een gezin, dat onnodig verbleef in de maatschappelijke opvang, naar een zelfstandige woning. Er waren veel zorgen over het gezin. Bij de start was het onduidelijk wat er nodig was en daardoor bleef de situatie in stand. Het gezin bleek behoefte te hebben aan overzicht en ondersteuning hierin. Zelfstandige huisvesting levert altijd een besparing op bij de kosten voor de maatschappelijk opvang. Er is in Maastricht een groot tekort aan betaalbare huurwoningen. Bij deze casus is het gelukt om passende woonruimte te vinden en is er een besparing gerealiseerd in kosten maatschappelijke opvang.
  - ✓ Maar ook de verhuizing van enkele gezinnen of gezinsleden naar een andere woning leverde besparingen op. Deze verhuizing zorgde binnen de gezinnen voor een betere leefbaarheid en minder gebruik van zorgvoorzieningen.
- Afname van intensiteit van zorg. Bij verschillende gezinnen/gezinsleden is het aantal uren verminderd, of zijn andere (goedkopere) vormen van ondersteuning ingezet.
- Ook was er veel niet-geïndiceerde ondersteuning rond het huishouden (sociaal team, maatschappelijk werk, woningcorporatie, bewindvoering etc.). Door de centrale regie/systemische aanpak op de ondersteuning door te voeren kon de versnippering van deze verschillende vormen van ondersteuning ook verminderd worden.



### 8.4. Virtuele Kostenbesparing

Naast de directe besparingen waartoe de inzet van de gezinsregisseur heeft geleid, zijn er ook besparingen van kosten die niet te zien of te meten zijn. Het gaat hierbij om de gezinnen waarbij zorg door de gezinsregisseur is ingezet waardoor duurdere zorg is vóórkomen. Dit zijn virtuele besparingen. Denk bijvoorbeeld aan het voorkomen van een uithuisplaatsing, het toeleiden naar werk en het voorkomen van escalaties en crisissen.

### 8.5. Extrapolatie naar andere gezinnen in Maastricht



Bron: arrangementenmonitor 2020

In bovenstaande figuur zijn alle huishoudens (2069 huishoudens totaal, waarvan 1689 bestaande uit gezinnen (jeugd en/of volwassenen)) van de vier Blauwe zorg wijken weergegeven, die ondersteuning hebben van de gemeente Maastricht. Linksboven zijn de gezinnen (huishoudens) met de meeste gemeentelijke voorzieningen weergegeven. Rechts beneden de gezinnen met één voorziening.

De rood omkaderde gezinnen zijn de gezinnen die deelgenomen hebben aan het project. Een aantal heeft op de peildatum (31-12-2019) inmiddels minder ondersteuning van de gemeente (rechts beneden).

Het beeld van de versnippering in hulpverlening, c.q. het groot aantal hulpverleners dat binnen de gezinnen actief was, zien we ook op wijkniveau. In totaal waren in 2019 in de vier wijken 142 verschillende aanbieders van alleen al geïndiceerde Jeugdhulp en Wmo actief voor alle gezinnen met gemeentelijke ondersteuning.

#### Berekening doelgroep aanpak

Om zicht te krijgen hoe omvangrijk de potentiële doelgroep van de aanpak in Maastricht is, is met een zogenaamde pareto-analyse gekeken hoeveel andere gezinnen (huishoudens) met een soortgelijke ondersteuningsconsumptie in Maastricht zijn.

In de tabel 6 is de pareto-analyse (kosten versus aantal gezinnen) weergegeven van alle gezinnen bestaande uit jeugd en volwassenen in geheel Maastricht. Het betreft alleen de kosten van de gemeentelijke geïndiceerde voorzieningen (Jeugdhulp, Wmo, Bijstand en bijzondere Bijstand). Ook zijn de cliënten “Beschermd wonen” er uitgefilterd, gezien de specifieke groep en hoge kosten van deze ondersteuning. Hierbij zijn gezinnen opgedeeld in kostencategorieën van € 10.000,- per jaar. Als doelgroep van de aanpak in dit project zijn de gezinnen te beschouwen met meer dan € 30.000,- per jaar (onderste regel).

Tabel 6 Pareto-analyse kosten-huishoudens geïndiceerde voorzieningen\* huishoudens jeugd/volwassenen gemeente Maastricht totaal

Categorie bedrag per huishouden per jaar	aantal huishoudens	aantal cliënten	gem. aantal cliënten per huishouden	gem. aantal voorzieningen per huishouden	% gezinnen	% kosten	gemiddeld kosten per huishouden	totaal kosten
Tot € 10.000	5379	5986	1,3	1,9	61%	19%	€ 3.157	€ 16.979.263
Tot € 20.000	2279	2989	1,5	2,9	26%	34%	€ 13.068	€ 29.781.977
Tot € 30.000	543	1079	2,3	4,2	6%	14%	€ 23.169	€ 12.580.882
Tot € 40.000	394	890	2,4	3,6	4%	15%	€ 34.143	€ 13.452.159
Tot € 50.000	107	263	2,8	4,8	1%	5%	€ 40.520	€ 4.335.602
> € 50000	147	440	3,4	6,2	2%	12%	€ 74.563	€ 10.960.737
<b>Totaal alle huishoudens</b>	<b>8849</b>	<b>11647</b>	<b>1,5</b>	<b>2,5</b>	<b>100%</b>	<b>99%**</b>	<b>€ 9.955</b>	<b>€ 88.090.620</b>
<b>Doelgroep: Huishoudens &gt; € 30.000</b>	<b>648</b>	<b>1593</b>	<b>2,9</b>	<b>4,9</b>	<b>7%</b>	<b>32%</b>	<b>€ 49.742</b>	<b>€ 28.748.498</b>

\* Exclusief Beschermd wonen

\*\*Door afrondingsverschillen tellen de % niet op tot 100%

Bron: arrangementenmonitor 2020

Te zien is dat 648 huishoudens in 2019 hoge (meer dan € 30.000) gemeentelijke kosten. Het betreft 7% van de huishoudens, die 32% van de kosten maken in Maastricht. Gemiddeld zijn er bijna 3 cliënten binnen één huishouden en bijna 5 voorzieningen. De gemiddelde kosten van deze huishoudens zijn ca. € 50.000. Let wel het betreft alleen de kosten van de gemeentelijke geïndiceerde voorzieningen (Jeugd, Wmo, Bijstand en bijzondere bijstand). De niet-geïndiceerde voorzieningen (sociaal team, maatschappelijk werk, schuldhulpverlening etc.) van de gemeente en de niet-gemeentelijke kosten zijn hier niet in opgenomen.

Met een nadere analyses van de 648 vergelijkbare gezinnen in Maastricht kan gekeken worden hoe en waar deze aanpak het meest effectief en efficiënt ingezet kan worden.

## 9. Conclusies

Het project “Huishoudens met domeinoverstijgende kosten” is succesvol. Op beide vraagstellingen die bij aanvang van het project werden geformuleerd heeft dit onderzoek antwoorden opgeleverd.

### Antwoord op vraagstelling 1

De inzet van een gezinsregisseur met mandaat heeft een positief effect op de gezondheid en de kwaliteit van leven van de gezinsleden van gezinnen die in hoge mate gebruik maken van zowel medische als maatschappelijke/sociale voorzieningen over meerdere domeinen.

Uit de voor- en nameting is op te maken dat een toename is te zien in ‘zich gezonder voelen’ en in ‘de tevredenheid over de zorg’ bij de gezinsleden. Daarnaast is een toename te zien in autonomie, presteren, mentaal welbevinden, zingeving en kwaliteit van leven.

De gezinsregisseurs signaleren dat de gezinsleden zich meer begrepen voelen en beter inzicht hebben in de zorg die zij krijgen. Ook ervaren de meeste betrokken hulpverleners de inzet gezinsregisseur als positief. De gezinsregisseur zorgt in de gezinnen voor verheldering, afstemming en waar nodig verandering van zorgaanbod om te komen tot één integraal plan.

#### *Antwoord op vraagstelling 2*

De inzet van een gezinsregisseur met mandaat heeft een positieve effect heeft op de kosten van zowel het sociaal als zorgdomein bij gezinnen die in hoge mate gebruik maken van zowel medische als maatschappelijke/sociale voorzieningen over meerdere domeinen

De inzet van een gezinsregisseur leidt tot een besparing op de kosten van de zorg en ondersteuning. In totaal bedraagt de besparing bij deze 12 gezinnen ruim € 359.000. De gemiddelde besparing per gezin is ca. € 30.000 berekend over de periode van de inzet van een gezinsregisseur van gemiddeld één jaar. Na aftrek van de kosten van de gezinsregisseur is dit € 22.000 per gezin.

De grootste besparingen zijn te zien binnen het gemeentelijke domein (€ 21.427) per gezin . Voor de zorgverzekering zijn alleen de GGZ-kosten meegenomen. Ook hier is een afname van kosten te zien bij de betreffende gezinnen (gestopt of minder GGZ-zorg).

Daarnaast zijn er kostenbesparingen die niet te zien/meten zijn doordat de gezinsregisseur andere, duurdere, zorg heeft vóórkomen. Dit zijn de virtuele besparingen.

Het project geeft inzicht in het huidige zorgsysteem: in de versnippering en de verspilling in de zorg, het onnodig inzetten van zorgtrajecten en in de stapeling van zorg. Ook laten de analyses zien dat er in de gemeente Maastricht

vergelijkbare gezinnen/huishoudens zijn met hoge gemeentelijke kosten. Als de integrale aanpak van de gezinsregisseur doorgevoerd zou worden naar alle gezinnen die in hoge mate gebruik maken van zorgvoorzieningen in Maastricht kan de stapeling van zorg en ondersteuning én dus ook de kosten bij deze gezinnen fors gereduceerd worden.

Daarnaast kan door een vroegtijdige inzet van de integrale aanpak van de gezinsregisseur ook voorkómen worden dat stapeling van zorg ontstaat bij een gezin. Hiermee zou dus het patroon van stapeling, aan de voorkant, kunnen worden doorbroken. Ook kunnen hiermee escalaties worden voorkomen. Het project laat verder zien dat bij de deelnemende gezinnen de behoefte bestaat aan gezinsregisseurschap en dat zij gebaat zijn bij een onafhankelijk werkende professionele gezinsregisseur met mandaat.

#### **Sanny Stauder, gezinsregisseur:**

“Het belangrijkste resultaat is wat mij betreft dat gezinnen zich gehoord en serieus genomen voelen en dat de zorg duidelijker en beter is afgestemd binnen een gezin. Mijn belangrijkste inzicht is dat het aanpakken van problemen vraagt om een systemische benadering; je kunt een gezin niet benaderen als losse individuen, alles hangt met elkaar samen. Ik heb de pilot als zeer waardevol ervaren. Mooi hoe mensen zich hebben opengesteld. Dat heeft ons in staat gesteld te komen tot de kern van ondersteuning. Het wantrouwen is afgenomen en het gevoel van eigenwaarde bij deelnemers is toegenomen. Prachtig om te zien.

De pilot heeft in alle opzichten bewezen dat dit voor alle partijen – burger, zorgverlener én financier – iets oplevert.”

### Danny Martens, gezinsregisseur :

“Ik beschouw de pilot als een ‘start naar succes’. Al na een jaar waren de resultaten positief. Naast financiële besparingen is de zorg over de hele breedte verbeterd door daadwerkelijk te luisteren naar de persoonlijke zorgvraag van het gezin. Werken vanuit het gedachtegoed Positieve Gezondheid en het inzichtelijk maken van de kosten heeft ervoor gezorgd dat de zorg opeens echt ‘van hen’ werd.

Het is wel een proces dat tijd kost. In sommige huishoudens is de zorg zeker verbeterd, in andere zijn we goed op weg. De belangrijkste les die ik heb geleerd is dat de meeste winst te behalen valt door direct voor een systemische benadering te kiezen. Het systeem rond de burger kan immers niet los worden gezien van die burger. Het systeem wordt krachtiger als hulpverlening samen werkt met het systeem; dan is het mogelijk de juiste zorg op de juiste plek te krijgen.

In elk geval is duidelijk geworden dat een gezinsregisseur met mandaat hierin als een belangrijke spil kan fungeren waardoor er veel winst te behalen is op veel vlakken.”

## 10. Aanbevelingen

### 1. Brede en structurele implementatie van gezinsregisseur bij huishoudens met veel zorg

Dit rapport laat zien dat er veel vergelijkbare gezinnen zijn in Maastricht die deze aanpak behoeven. Aanbevolen wordt om te komen tot een implementatieplan voor een brede en structurele invoering van de ‘onafhankelijk<sup>4</sup> werkende gezinsregisseur met mandaat’ bij dit type gezinnen.

- Op basis van een nadere analyse van de ca. 650 vergelijkbare gezinnen in Maastricht kan gekeken worden hoe en waar deze aanpak het meest effectief en efficiënt ingezet kan worden (met name bij het terugdringen van stapeling van Jeugdhulp en Wmo-ondersteuning). Op basis daarvan kan een verdere segmentering plaatsvinden, waarbij de aanpak/werkwijze van de gezinsregisseur op maat kan worden ingezet.
- Bij de implementatie van de aanpak met de gezinsregisseur is het van belang dat de gezinsregisseur een onafhankelijke<sup>4</sup> positie heeft en dat deze mandaat heeft van de gemeente om af/op te schalen. Daarnaast moet hij/zij over de competenties/kwaliteiten beschikken om de regierol uit te oefenen.<sup>5</sup>
- Ook het bepalen van de positie van de gezinsregisseur en het beschrijven van de werkwijze is van belang. Wat is de caseload van de begeleiding van een gezin? Wat is de duur van de interventie, inzet van een gezinsregisseur, bij een gezin? Wanneer sluit de gezinsregisseur de interventie af? In de bepaling van de caseload is het essentieel dat de monitoringsfunctie (nazorg bv 1 x per maand langsgaan) wordt meegenomen. De nazorg is bij deze gezinnen nodig om polshoogte te blijven houden (zorgaanbod, kwaliteit van zorg blijven volgen). Op deze wijze worden o.a. escalaties en crisissen voorkomen.

### 2. Inzet gezinsregisseur vroegtijdig en structureel in zorgproces implementeren

Gedurende het project werd steeds duidelijker dat stapeling van zorgvoorzieningen, en dus de hoge kosten van de zorg in de gezinnen, voorkomen had kunnen worden als er vroegtijdig integraal naar het gezin gekeken was. Hierdoor kan het patroon van stapeling, aan de voorkant, worden doorbroken. Ook kunnen hiermee escalaties, bijvoorbeeld uithuisplaatsing, worden voorkomen. De

---

<sup>4</sup> Zie beschrijving van onafhankelijkheid in paragraaf 4

<sup>5</sup> Een profielbeschrijving van de gezinsregisseur is reeds in concept ontwikkeld binnen de pilot Blauwe zorg in de wijk

aanbeveling is dat bij elk gezin waarin meerdere vormen van zorg ingezet gaan worden, vooraan in het z

orgproces de behoefte/noodzaak van de inzet van een gezinsregisseur overwogen wordt. Dit dient een structureel onderdeel te zijn van de vraagverheldering.

Aanbevolen wordt om dit mee te nemen in de integrale wijkgerichte benadering waar de gemeente Maastricht naar toe werkt.

### **3. Een systematische aanpak en indicering op gezin in plaats van per gezinslid**

Het huidige zorgsysteem laat zien dat de zorg wordt gestapeld omdat er op gezinsleden wordt geïndiceerd in plaats van op gezinssysteem. Het indicatie- en arrangementensysteem leidt tot versnippering van de zorg binnen het gezin: het systeem werkt in de hand dat er op deelniveau wordt gewerkt door zorgaanbieders. Aanbevolen wordt om naar een zorgsysteem toe te werken waarbij het gezin als vertrekpunt wordt genomen in plaats van het gezinslid en waar dus aandacht is voor integraal werken.

### **4. Integraal inzicht per gezin op inhoud en financiën**

De casussen laten zien dat het heel veel werk is voor de gezinsregisseurs om inzichtelijk te krijgen welke zorg er wordt ingezet en daarmee de zorgkosten die gemaakt worden binnen de gezinnen. Als men weet welke zorg wordt ingezet en welke kosten er worden gemaakt, dan is het ook gemakkelijker om hierop te sturen. Aanbevolen wordt om de gezinsregisseurs te ondersteunen met een instrument dat een actueel en integraal beeld geeft per huishouden van de kosten en ondersteuning die wordt ingezet in het huishouden.

### **5. Relevante kosten en interventies Zorgverzekeraars inzichtelijker maken**

In het project en de maatschappelijke businesscase zijn vanuit de Zorgverzekering alleen de GGZ-kosten meegenomen, omdat deze zorg en kosten het meest relevant zijn voor het project. Daarnaast was het i.v.m. privacy niet wenselijk en ook voor de aanpak/interventie niet zinvol om gegevens over b.v. medisch specialistische zorg mee te nemen. Aanbeveling is om in de toekomst wel de relevante gegevens van de gezinsleden met betrekking tot zorgkosten en interventies mee te nemen van alle zorgverzekeraars. Dan gaat het met name over analyses van de inzet van de huisarts, POH GGZ, eerstelijnszorg (aantal consulten, verwijzingen, etc.). Deze zouden dan ook beschikbaar moeten komen voor de gezinsregisseurs, waarmee het integrale beeld gecompleteerd wordt naar een domeinoverstijgende aanpak. Tevens kunnen dan de effecten en resultaten van deze aanpak gemonitord worden.

### **6. Bundelen krachten aanbieders Sociaal Domein**

In totaal waren in 2019 in de vier wijken 142 verschillende aanbieders (op sociaal domein Jeugd en Wmo) actief voor alle gezinnen met Wmo en Jeugdzorg. Het is onmogelijk om, gezien het grote aantal aanbieders, de kwaliteit te toetsen en te waarborgen.

Ook afstemming is lastig omdat het steeds verschillende partijen zijn en daarbinnen weer wisselende medewerkers. Efficiency en effectiviteit in ondersteuning wordt hiermee bemoeilijkt. Bij een systemische aanpak vanuit één zorgaanbieder is afstemming makkelijker.

Ingezet zou moeten worden op een integrale samenwerking zoals bijvoorbeeld de aanpak van de "Krachtenbundeling Malberg Maastricht", waarbij niet meer de (vele) aanbieders ieder voor zich werken, maar juist het huishouden centraal staat en de aanbieders daaromheen als één partij opereren.

### **7. Cliënten meer betrekken bij de zorg en betere communicatie**

- Binnen de zorg moet meer aandacht komen voor goede communicatie met cliënten. In het bijzonder voor mensen met een licht verstandelijke beperking/mensen met GGZ-problematiek. Hulpverleners moeten in hun communicatie beter aansluiten op het handelen denk niveau van de cliënten door hulpverleners.

- Transparante communicatie met de cliënt. Dus niet ‘over’ cliënten praten maar ‘met’. Ook als het gaat om moeilijke onderwerpen en onenigheid. Bij start van de hulpverlening zou bijvoorbeeld in het eerste overleg een cliënt zichzelf moeten voorstellen: dit ben ik/dit is ons gezin. Hierdoor ontstaat meer begrip voor de cliënten.
- De huidige verslaglegging door hulpverleners, denk aan 1-gezin-1plan-1gezinsregisseurs, plan van aanpak, ondersteuningsplannen etc, zijn niet ondersteunend voor het huishouden maar dienen als onderlegger voor financiering van de zorg. Ook zijn ze niet gericht op systemische aanpak. Aanbevolen wordt om een inhoudelijk dashboard te koppelen aan het financiële dashboard, integraal toegankelijk (met toestemming) voor betrokkenen inclusief het huishouden.

#### Charles Wijnands, huisarts:

“Een zinvol project! We hebben veel meer zicht gekregen op de gezinnen en de problematiek die er speelt. Dit helpt mij als huisarts ook bij de begeleiding van zo’n gezin. Door inzicht te krijgen in de problematiek weet ik veel meer wat er speelt als een van de gezinsleden met psychosociale problemen op mijn spreekuur komt. En door een regisseur te benoemen is zowel voor het gezin als voor ons de communicatie veel eenvoudiger.

Kijkend naar de toekomst hoop ik dat meer gezinnen een gezinsregisseur krijgen of in elk geval een coördinerend hulpverlener op het psychosociale domein. Voorheen zagen de ouders, maar ook wij als huisartsen, vaak door de bomen het bos niet meer.”

## 11. Borging/continuering

De subsidie voor de pilot ‘Blauwe Zorg in de wijk’ eindigt per 31-12-2020. Daarmee eindigt ook de inzet van de huidige gezinsregisseurs.

De succesvolle interventie “gezinsregisseurs” bij huishoudens met domeinoverstijgende kosten wordt ook in 2021 ingezet bij gezinnen in de gemeente Maastricht. Om het gedachtengoed operationeel verder vorm te geven, te continueren en te verbreden zal de expertise van de huidige gezinsregisseurs ingezet worden om de werkwijze ‘intensieve regievoering’ vorm te geven die men wilt gaan toepassen binnen de gemeente Maastricht in 2021 en om nieuwe coaches op te leiden. Op dit moment wordt hiervoor aan een samenwerkingsovereenkomst gewerkt tussen de gemeente Maastricht, ZIO en Levanto waarin de inzet, de resultaten en de financiële afspraken worden vastgelegd.

Zorgverzekeraar VGZ heeft mede op basis van deze eindrapportage vastgesteld dat het hier gaat om een aansprekend voorbeeld van Zinnige Zorg: een bewezen succesvolle werkwijze die leidt tot betere zorg voor de patiënt/cliënt tegen lagere kosten.

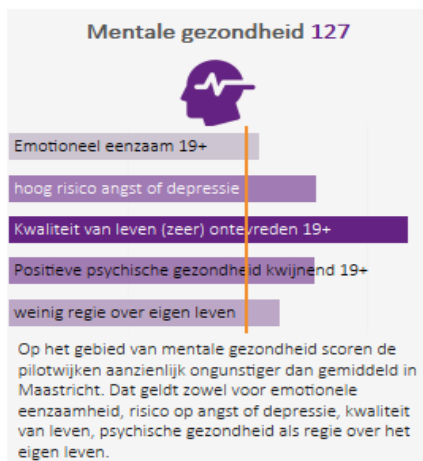
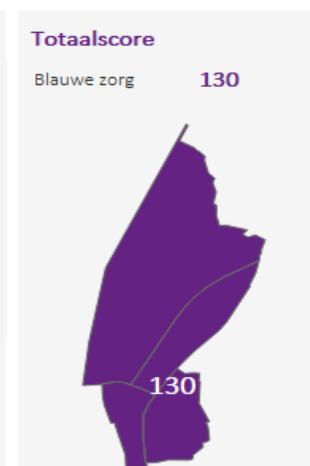
De ontwikkelde werkwijze zal daarom samen met zorgverzekeraar VGZ worden uitgewerkt tot een Good Practice bestaande uit een infographic en relevante verdiepende informatie om tot succesvolle implementatie te komen. Andere aanbieders en regio’s zullen hiermee door zorgverzekeraar VGZ worden geïnformeerd en geënthousiasmeerd om de werkwijze over te nemen en elders op te schalen. Hierbij kunnen zij ook profiteren van de praktijkervaringen van Blauwe Zorg als ambassadeur.

## Bijlage 1 Wijkprofiel Blauwe Zorg wijken



### Wijkprofiel per thema

### Vergelijking Blauwe zorg wijken totaal met Maastricht



Weergegeven is een **index score**, waarbij 100 het gemiddelde is van de gemeente (**oranje lijn**). Een hogere score dan 100 (paars gekleurd) betekent dat de wijk op dit thema **ongunstiger** scoort dan het gemiddelde van de gemeente. Een lagere score dan 100 (groen gekleurd) betekent dat de wijk op dit thema **gunstiger** scoort dan het gemiddelde van de gemeente.

**Bronnen:**  
 Arrangementenmonitor 2018  
 GGD V&O monitor 2016  
 Leefbaarometer 2018  
 RIVM/GGD 2018  
 CBS 2018



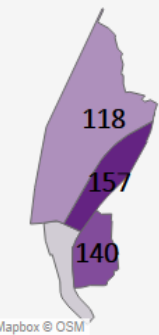
## Wijkprofiel per thema

### Vergelijking vier pilotwijken met Maastricht



**Totaal score wijken**

- Limmel **118**
- Nazareth **157**
- Wittevrouwen v.. **140**
- Wyckerpoort **103**



Weergegeven is een **index score**, waarbij 100 het gemiddelde is van de gemeente (**oranje lijn**)  
 Een hogere score dan 100 (paars gekleurd) betekent dat de wijk op dit thema **ongunstiger** scoort dan het gemiddelde van de gemeente.  
 Een lagere score dan 100 (groen gekleurd) betekent dat de wijk op dit thema **gunstiger** scoort dan het gemiddelde van de gemeente.



## Bijlage 2 Werkwijze Gezinsregisseur

### Beschrijving van de werkwijze

- Stap 1: Een HH wordt door de gezinsregisseur telefonisch benaderd voor een eerste oriënterend gesprek bij het HH thuis.
- Stap 2: Samen met de leden uit het HH wordt in de thuissituatie het spinnenweb Positieve gezondheid met vragen ingevuld en de veranderwens van elk lid geformuleerd. Ook worden vragen over de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven ingevuld.
- Stap 3: Samen met het HH, worden de huidige zorg- en hulpverleners die bij het HH betrokken zijn in kaart gebracht.
- Stap 4: De kosten per HH van deze hulpverleners worden met behulp van een de toestemmingsverklaring opgevraagd bij zorgverzekeraar VGZ en gemeente Maastricht. Daarnaast wordt in de gesprekken met de HH de niet geïndiceerde ondersteuning en ondersteuning vanuit andere instanties (b.v. UWV) geïnventariseerd.
- Stap 5: De verwachtingen van het HH met betrekking tot de huidige zorg- en dienstverlening worden in kaart gebracht en de keuzes die het HH zelf zou willen maken.
- Stap 6: De gezinsregisseur zoekt contact met de betrokken beroepskrachten, zij het individueel of via een ronde tafel gesprek. Zij bespreken de problematiek binnen het gezin, het zorgaanbod dat er is, de hulpvraag van het gezin en de stapeling binnen het HH. Daarbij wordt zoveel mogelijk de cliënt/het HH zelf betrokken, die zelf uitlegt wat de situatie is en wat de hulpvraag is. Er wordt gewerkt aan een volledig commitment van HH en betrokken beroepskrachten.
- Stap 7: Indien blijkt dat er binnen een HH regie ontbreekt, neemt de gezinsregisseur met mandaat het totale regisseursschap op zich. Met de hulpverleners en HH wordt gekomen tot een nieuw zorgplan, waarbij de hulpverleners beter zijn aangehaakt met een integraal gevoel van verantwoordelijkheid voor HH.
- Stap 8: De gezinsregisseur voert alle gegevens rondom een HH in het digitaal programma Samen1plan en op een registratieformulier ten behoeve van de monitoring.
- Stap 9: De ervaren kwaliteit van zorg en van leven die door het HH wordt ervaren wordt na afloop van de interventie gemeten. Evenals het spinnenweb positieve gezondheid.
- Stap 10: Na afloop van de interventie worden de kosten per HH wederom in kaart gebracht.

### Kenmerken van de werkwijze

De werkwijze van de gezinsregisseur is in veel HH gericht op:

- ✓ luisteren naar het gezin. Wanneer gezinsleden zich gehoord voelen staan ze vaak open voor een andere interventie en/of afschaling van zorg en is dit vaak helpend voor een succesvolle doorloop. Dit is zeker van belang bij levensbepalende maatregelen;
- ✓ nauw aansluiten bij het niveau, de capaciteiten, de vraag en de wens van het HH;
- ✓ het in kaart brengen van de verschillende problemen op de verschillende leefgebieden en deze met elkaar verbinden. Je kunt deze niet los van elkaar zien of aanpakken;
- ✓ het maken van een ook overzicht van welke hulpverleners/aanbieders er op deze leefgebieden al zorg aan het gezin bieden (en met welke doelen). Aanbod van hulpverlening cq focus op heersende problematiek is versnipperd, en vormt bij de HH geen geheel;
- ✓ het uitleggen van “het waarom” zorg geleverd wordt aan het gezin en het beantwoorden van vragen bij onduidelijkheden. HH ervaren bijvoorbeeld een hoge mate van stress doordat veel zaken rondom de uitvoering van (gedwongen) maatregelen voor hen onvoldoende duidelijk zijn;
- ✓ het stroomlijnen van de communicatie tussen betrokken partijen maar ook met de gezinsleden. Duidelijke communicatie vooraf- en gedurende het traject zijn helpend om het traject te kunnen continueren;

- ✓ een opzet plan van aanpak maken om te zorgen dat er overzicht blijft en dat het werkbaar is; je kunt in een complexe casus niet alles tegelijk;
- ✓ het betrekken van de gezinsleden in het (hulpverlenings/zorg)traject;
- ✓ het meenemen van het HH en de betrokken hulpverleners in de noodzaak om te komen tot een integrale aanpak bij het HH. Een belangrijke rol van de gezinsregisseur is dus om alle neuzen dezelfde kant op te krijgen. Het bleek dat hulpverleners naar elkaar bleven kijken en wachtten op elkaar waardoor zaken lang bleven liggen of in een impasse kwamen.

## Bijlage 3 Publicaties/aandacht in de media

- [De Zorg Anders Inrichten Met Positieve Gezondheid](#)  
*Filmpje Over Blauwe Zorg In De Wijk, #Wijzijnlimburg, September 2020*
- [‘Een pilot die verrassende inzichten en resultaten oplevert’.](#)  
*Magazine Blauwe zorg op de juiste plek, November 2019*
- [Een gezin en een gezinsregisseur aan het woord](#)  
*Magazine Blauwe zorg op de juiste plek, November 2019*
- [Filmpje Blauwe zorg in de wijk](#)  
*Ministerie van VWS, januari 2019*
- [Blauwe Zorg zorgt voor verandering bij gezinnen met \(te\) veel zorg- en hulpverleners](#)  
*Praktijk, december 2018*
- [Magazine Blauwe Zorg in de wijk. Samen op weg naar een positief gezond Maastricht](#)  
*Oktober 2018*
- [Pilotproject in vier Maastrichtse wijken. Blauwe Zorg in De Wijk](#)  
*Content, juli 2018*
- [Blauwe Zorg in de wijk. Duurzame beweging op weg naar een gezonder Maastricht.](#)  
*Nummer 1, maart 2018*
- [Het gaat goed in de Maastrichtse proeftuin Blauwe Zorg in de wijk](#)  
*Praktijk, nr 1, 2018*

Alle publicaties staan op [www.blauwezorg.nl/publicaties#blauwe-wijk](http://www.blauwezorg.nl/publicaties#blauwe-wijk)

