

Tussentijdse evaluatie pilot ‘Blauwe zorg in de wijk’

datum 20-03-2020

Inhoud

Inleiding	2
Ambitie	2
Wat hebben we al gedaan?	2
Waar werken we naar toe in 2020?	4
Next Step in 2020: Doorontwikkeling Sociaal Domein in Maastricht	4
Project 1: Positieve Gezondheid bij professionals	6
Project 2: Praktijkondersteuner Jeugd	9
Project 3: Huishoudens met domeinoverstijgende kosten	12
Project 4: Zorg sluit beter aan bij de burger	18
Project 5: Burgers aan zet	22
Project 6: Multidisciplinaire Samenwerking: Digitale Overlegtafel"	26
Project 7: Your Coach Next Door	29
Project 8: Blauwe/Nieuwe GGZ	33
Project 9: Maatje op recept voor mensen (65+) met eenzaamheid	36
Bijlage 1 Monitoring Projecten	38
Bijlage 2 project 3	40
Bijlage 3 Project 3	41
Bijlage 4 Project 3	42
Bijlage 5 Project 3	43
Bijlage 6 Project	44

Inleiding

Dit tussentijdse evaluatieverslag van de pilot ‘Blauwe zorg in de wijk’ geeft inzicht in de stand van zaken en de resultaten t/m einde januari 2020.

In de pilot ‘Blauwe zorg in de wijk’ geven welzijnsaanbieders en zorgaanbieders in Maastricht-Heuvelland, de gemeente Maastricht (in de rol van uitvoerder, jeugd, sociaal domein, participatie) en financiers vanaf het najaar 2016 vorm aan een programma voor vijf jaar, waarbij de financiële schotten (virtueel) moeten verdwijnen.

Ambitie

Met Blauwe Zorg in de wijk zetten we een beweging in gang naar meer gezondheid en een betere kwaliteit van leven voor de bewoners in vier Maastrichtse pilotwijken, met liefst afnemende, maar in ieder geval gelijkblijvende zorg- en ondersteuningskosten in een leefomgeving die dat bevordert. Binnen Blauwe zorg in de wijk wordt aan de hand van een negental projecten aan deze ambitie gewerkt.

Leeromgeving

De pilot Blauwe zorg in de wijk is een leeromgeving in de regio/provincie en land. Met een domein overstijgende blik wordt binnen de projecten twee kanten op geleerd: zowel de wijkbewoner als de beroepskracht weet beter hoe hij/zij de gezondheid en het welzijn kan verbeteren, maar ook de bestuurders, managers en beleidsmakers leren beter wat wel/niet effectief en aansluitend is bij de gezondheidsbehoefte van de wijkbewoner.

Wat hebben we al gedaan?

In beweging

De eerste drie jaar van de pilot Blauwe zorg in de wijk hebben in het teken gestaan van het in gang zetten van de beweging zoals geformuleerd in de ambitie. En dat is gelukt: de bestuurders en beroepskrachten van het brede zorg- en welzijnsveld in Maastricht-Heuvelland zijn in beweging. Het getekende commitment begint zich te vertalen naar de praktijk en Positieve Gezondheid wordt omarmd.

Samenwerking is domeinoverstijgend

Een belangrijk algemeen resultaat is dat het gelukt is om een samenwerking op te zetten die domeinoverstijgend is. Alle ingrediënten (randvoorwaarden) zijn aanwezig om domeinoverstijgend te kijken naar de uitdagingen die voorliggen. Hierbij zijn een goede governance en veilige gesprekssetting de belangrijkste randvoorwaarden om de juiste discussies te kunnen voeren. Er is meer zicht op de casuïstiek en op de knelpunten binnen de systemen en de organisatie van de zorg. De kracht van dit proces is dat zorgverzekeraar VGZ en gemeente Maastricht samen aan tafel zitten, dat de Provincie Limburg meekijkt en dat we met een breed palet van diensten gezamenlijk kijken naar de opgehaalde casuïstiek en knelpunten.

In september 2019 heeft het programmateam Blauwe Zorg in de wijk samen met het Dagelijks bestuur een strategische koers voor Blauwe zorg in de wijk uitgezet voor de jaren 2019-2021. Het strategisch plan geeft aan wat de missie, visie en doelstellingen zijn waar we naartoe werken richting 2021 en op welke wijze we een vervolg geven aan de richting die reeds in 2016 is ingeslagen. Het document ‘‘Strategische Koers’’ dat in september 2019 is gepubliceerd, wordt momenteel geactualiseerd in verband met de ontwikkelingen in het kader van de Next Step (pagina 4). De versie

van september 2019 staat op www.blauwezorg.nl > documenten > blauwe zorg in de wijk.

Projecten

In de periode t/m januari 2020 zijn verschillende resultaten behaald op negen projecten die geïmplementeerd worden in de pilot. Deze resultaten zijn verwerkt in de monitor Blauwe Zorg in de wijk 2019 en weergegeven in deze rapportage.

Het gaat om de volgende projecten:

Project 1: Positieve Gezondheid

- Scholing Positieve Gezondheid beroepskrachten
- Implementatie, toepassing en borging PG in de organisaties
- Trainers/coaches Positieve Gezondheid

Project 2: POH Jeugd en Positieve gezondheid: integrale aanpak versterkt

Project 3: Gezamenlijke aanpak huishoudens met hoge domeinoverstijgende kosten

Project 4: Zorg sluit beter aan bij de burger

- WMO-spoedprocedures
- Meer ruimte voor de professional
- Verbinding huisartsenpraktijken- Sociale teams
- Zorg voor cliënten met een licht verstandelijke beperking en met GGZ problematiek is overgegaan naar project 8

Project 5: Burgers aan Zet

- Positieve gezondheid bij bewoners in de wijk
- Gezondheidsambassadeurs in de wijk /Citizen Science

Project 6: Multidisciplinaire Samenwerking

- Digitale overlegtafel

Project 7: Your coach next door

Project 8 : Blauwe GGZ

- Positieve Gezondheid
- Multidisciplinair team in de huisartsenpraktijk (MDO)
- GGZ-team in de wijk
- Ervaringsdeskundigen- team

Project 9: Maatje op recept voor mensen met eenzaamheid

Evaluatie

De monitoring en evaluatie van Blauwe Zorg in de wijk zal ten dienste moeten staan van het zichtbaar maken van leerervaringen, het sturen op leereffecten en het monitoren van veranderingen in de zorg. De projecten worden allen geëvalueerd om te beproeven of de interventies die we doen leiden tot de verschuivingen in zorgconsumptie, tot professionals die meer ruimte voelen in hun werk en bewoners die een betere kwaliteit van leven en zorg ervaren.

De diverse karakters van de projecten maakt het noodzakelijk dat prestatie-indicatoren, methode van dataverzameling en meetmomenten per project ontworpen zijn. Een overzicht van de wijze

waarop dit gebeurt wordt beschreven in bijlage 1.

De resultaten die op het moment van uitgifte van deze rapportage voor handen zijn, staan beschreven bij de afzonderlijke projecten vanaf pagina 5. Het werkdocument “Lessons Learned” dat in september 2019 is gepubliceerd, wordt momenteel geactualiseerd. De versie van september 2019 staat op www.blauwezorg.nl > documenten > blauwe zorg in de wijk.

Met behulp van de arrangementenmonitor wordt ernaar gestreefd om de data die periodiek gegenereerd kan worden zoveel mogelijk beschikbaar te stellen voor de betrokken partners. Zodat de informatie optimaal benut kan worden in de discussies en voor effectieve sturing op leereffecten. Hierbij is ook aandacht voor het zichtbaar maken van processen/ervaringen en strategische lessen. Ongewijzigd blijft het onderzoek van de promovendus van de Universiteit Maastricht naar de pilot met subsidie van ZonMw. Zij onderzoekt onder andere de effecten van de wijkpilot en kijkt hoe deze wordt geïmplementeerd bij de bewoners, professionals en beleidsvoerders. Voor het implementatieproces observeert ze onder andere veel overleggen tussen de bestuurders en beleidsmakers.

Waar werken we naar toe in 2020?

Projecten

In dit tussentijds evaluatieverslag wordt van elk project de focus en uitrol 2020 beschreven van het betreffende project. Hierbij wordt ook aandacht besteedt aan de doorvertaling/verbreding van succesvolle interventies binnen de projecten en de ‘lessons learned’ naar de regio/provincie gekoppeld aan de leeromgeving die we hebben.

Strategische Koers

Het Programmteam Blauwe Zorg in de wijk heeft in september 2019 samen met het Dagelijks bestuur een strategische koers voor Blauwe zorg in de wijk uitgezet voor de jaren 2019-2021. In deze koers staat beschreven: “Alle randvoorwaarden zijn aanwezig om met bestuurders, managers, beroepskrachten en wijkbewoners een fundamenteel gesprek voeren over de vraag ‘Wat gaan we morgen anders doen (en hoe gaan we dat doen) om de juiste zorg op de juiste plek te krijgen?’ ‘Wat zijn de acties en handelingen die we kunnen uitvoeren in de vruchtbare grond die we geschapen hebben?’ Ook woningcorporaties en zorg- en welzijnsinstellingen die niet betrokken zijn bij de Ambassadeurs Blauwe Zorg in de Wijk zullen meegenomen worden in dit gesprek”.

Deze gesprekken worden inmiddels gevoerd met bestuurders in the ‘Next Step’.

De Strategische Koers is terug te vinden op www.blauwezorgindewijk.nl.

Next Step in 2020: Doorontwikkeling Sociaal Domein in Maastricht

De afgelopen jaren zijn in Maastricht, in samenwerking met partners in het sociaal domein, meerdere initiatieven ontwikkeld, mede op basis van de geleerde lessen binnen Blauwe Zorg in de wijk.

Proef Krachtenbundeling Malberg

In 2018 is het initiatief “Krachtenbundeling” opgestart in de Maastricht wijken Malberg, Oud-Caberg, Boschpoort, Bosscherveld en Lanakerveld. Er is als proef met een white-labeled team gestart dat bestaat uit medewerkers vanuit twaalf organisaties die betrokken zijn bij zorg en welzijn in deze buurten: Trajekt, Levantogroep, Stichting Radar, Anacare, Youz, Kredietbank Limburg, Altracura, Xonar, Envida, Mee Zuid Limburg, ZIO Zorg in ontwikkeling en de gemeente Maastricht. Andere zorgverleners, zoals de huisarts, zorgknooppunten op scholen en de wijkagent, staan in directe verbinding met het team. In de proef in bundelen gemeente Maastricht, welzijns- en zorgaanbieders gezamenlijk hun krachten om inwoners van Malberg en omgeving met een ondersteuningsvraag op maat te helpen. Zij doen dit op basis van de principes van positieve gezondheid en op basis van wat

ze in de Blauwe Zorg in de wijk geleerd hebben. Deze krachtenbundeling is erop gericht om een aantal effecten te realiseren: dat de burger eigenaar is van zijn traject en zelf bepaalt welke keuzes gemaakt worden, dat professionals doen wat nodig is en dit collectief doen waar mogelijk en individueel waar nodig, dat de professionals meer ruimte ervaren en minder regels om te doen wat nodig is en dat meer gezondheid geboden wordt voor minder geld. De (zorg)professionals werken dus, los van de belangen van de eigen organisaties, écht samen, om de buurtbewoners te helpen. Daarvoor krijgen ze ruimte en vertrouwen. Dat is nieuw, net zoals de brede samenstelling van het team. De eerste resultaten zijn positief.

50 gezinnen aanpak

Ook is eind 2018 de kick off geweest voor de 50 gezinnen aanpak. Hierbinnen worden gezinnen met complexe problemen geholpen door maatwerk te leveren. Het rendement wordt bijgehouden per gezin en de eerste casussen lijken een positief rendement op te leveren.

Meedenksessies Next Step

Deze initiatieven leveren werkzame componenten op die gebruikt kunnen worden voor de doorontwikkeling van het sociale domein in Maastricht. Vanuit de geleerde lessen (Lessons Learned) binnen Blauwe Zorg in de wijk, de Krachtenbundeling, en de 50 gezinnen aanpak, is het in 2020 de bedoeling om met alle betrokken organisaties te gaan werken aan een plan van aanpak om te komen tot een verbreding van deze werkende componenten naar de hele stad Maastricht.

Daartoe hebben de bestuurders van Blauwe Zorg in de wijk op 9 oktober 2019 een eerste inspirerende meedenksessie georganiseerd met/voor bestuurders uit de zorg- en welzijnsorganisaties en woningcorporaties in Maastricht/Heuvelland om de lessen uit deze initiatieven te verbreden. Het animo om deze stap te gaan zetten was groot en de gemeente heeft in samenwerking met ZIO aangegeven een vervolg gepland voor deze bijeenkomst in januari 2020 (in kleinere groep om een plan van aanpak te maken) en februari 2020 (met de grote groep om de voorzet van het plan van aanpak te toetsen en verfijnen).

In maart/april 2020 zal het plan van aanpak en de Governance, alsmede de rol/positie van Blauwe Zorg in de wijk, uitgewerkt worden en gepresenteerd worden aan de totale groep bestuurders.

Project 1: Positieve Gezondheid bij professionals

- **Trainingen Positieve gezondheid**

Aantal deelnemers

In 2018 en 2019 zijn 193 professionals uit de Blauwe zorg wijken geschoold in Positieve Gezondheid. Zij hebben allen een training Positieve Gezondheid gevolgd. De eerste ronde trainingen is verzorgd door Machteld Huber (Institute of Positive Health). In 2018 is een eigen training ontwikkeld (van de oorspronkelijke training afgeleid) die vanaf het najaar van 2018 van start is gegaan en verzorgd wordt door een eigen trainer. De deelnemende organisaties betalen voor de trainingen van hun professionals vanuit hun scholingsbudget.

Ongeveer 150 mensen (professionals en bewoners) hebben meegedaan met andere trainingen/workshops en inspiratiesessies. Zie ook beschrijving project 5.

Coaches en trainers

Twee coaches begeleiden de medewerkers in de pilotwijken in het gebruik van Positieve Gezondheid. Zij vullen hun rol pro-actief in en weten steeds beter aan te sluiten bij de bestaande structuren van de organisaties. Men weet de coaches ook goed te vinden. Daarnaast is er dus 1 trainer en zijn er 5 ervaringsdeskundigen die zich inzetten voor dit project. Drie professionals hebben de train-de-trainer opleiding tot trainer PG bij Institute for Positive Health gevolgd.

Ervaringen van deelnemers

In 2020 gaat de eerste echte effectmeting plaatsvinden onder de mensen die reeds eerder geschoold zijn. Dit zal uitgevoerd worden door de promovendus van de pilot Blauwe Zorg in de wijk, van de Universiteit Maastricht.

De eerste evaluaties laten een nadrukkelijke toename zien in het aantal professionals dat Positieve Gezondheid ervaart als bruikbaar voor de dagelijkse praktijk. Bovendien ervaren professionals in 2019 opvallend veel meer ruimte in hun eigen organisatie om PG toe te passen.

Gemiddeld rapportcijfer voor werkplezier/voldoening 3 weken na scholing (T1):

Groepen 2017 = 8,3

Groepen 2018 = 7,7

Groepen 2019 = 8

Percentage deelnemers dat veel ruimte ervaart in de organisatie om PG toe te passen (T1)

Groepen 2018: 9%

Groepen 2019: 56%

Ervaringen van Programmteam en onderzoeker

Positieve Gezondheid in Blauwe Zorg in de wijk staat als een huis. Los van of mensen wel/niet het spinnenweb toepassen in hun werk, zien we vooral een drastische cultuurverandering bij de medewerkers op de werkvloer. Als we terugkijken naar onze eerste gesprekken in 2017 met de sociale teams over de ideeën van Blauwe Zorg en ze een open vraag stelde over hoe zij hun werk zouden willen veranderen (als ze de vrije hand zouden krijgen en meer vanuit hun eigen overtuiging hun beroep gaan invullen), is dat een wereld van verschil. Vier jaar geleden wisten ze niet hoe ze te werk moesten gaan. Nu komen er volop ideeën over hoe de zorg nog meer georganiseerd kan worden zodat het aansluit op de problematieken en wensen van de mensen, en zodat het efficiënter werkt. Ook zijn ze er nu als professional aan toe om meer verantwoordelijkheid te nemen. Zij vragen bijvoorbeeld actief of zij ook volgens het principe van de "Krachtenbundeling" in Malberg (pagina 4) mogen gaan werken. Toch is het eigenlijk nog 1 jaar te vroeg om het helemaal los te laten. De

scholing leunt nog teveel op Blauwe Zorg, en zal ingebed moeten worden in bestaande structuren. Medio 2020 zal de blended learning vanuit de provincie geïmplementeerd worden, zo krijgen we de kans om uiteindelijk de organisatie bij de netwerkorganisatie neer te leggen? De kennis en ervaring worden via een lerend netwerk met de samenwerkingspartners gedeeld en uitgedragen.

Ook uit de interviews van de promovendus van de universiteit Maastricht einde 2019 met professionals in de wijk blijkt dat professionals steeds meer ruimte en steun voelen binnen de eigen organisatie om te experimenteren met het concept PG. Alle organisaties zijn op eigen wijze bezig om PG een plek te geven in de organisatie. Organisaties stoeien nog met wel de daadwerkelijke implementatie van PG binnen de eigen organisaties.. Dit zou kunnen liggen aan abstractheid van het concept in relatie tot de gebruikte standaarden, maar heeft ook te maken met het feit dat het concept lastig vertaald kan worden in managementinformatie, en ook lastig te implementeren is in een zorgcultuur waarop financiering gebeurt op basis van geleverde zorg.

We zien dat organisaties op diverse lagen in de structuur PG inzetten, zo wordt het al gebruikt binnen HR modellen en voor de organisatie van ontwikkel en verzuimgesprekken. Daarnaast zien we dat de interesse voor de scholing zich verbreedt, zo mogen we nu ook medewerkers van woningcorporaties en participatie verwelkomen. In de wijken wordt steeds meer een taal gesproken en dat bevordert de samenwerking.

- **Ambassadeurs (professionals) Positieve Gezondheid**

Vijftien ambassadeurs zetten zich sinds 2018 in om Positieve Gezondheid te implementeren, o.a. ook binnen hun eigen organisatie. Het betreft managers en beleidsmedewerkers vanuit de volgende organisaties: Envida, Levanto, Gemeente Maastricht, Radar, Stichting Burgerkracht Limburg, Trajekt, ZIO, Kredietbank Limburg, Mondriaan, MEE en Xonar. Deze ambassadeursgroep ziet twee belangrijke doelen/opbrengsten van deze vergaderingen:

1. Uitwisselen van informatie van ontwikkelingen van de andere organisaties;
2. Halen van informatie breder uit de wijkpilot en provincie (actiecentrum, scholingsplan, stand-by, Noordelijke Maasvalleigroep, scholingen PG, coaching PG).
3. Delen van implementatie methodes en stand van zaken.

- **Bijdrage Provinciale Kernmodule Positieve Gezondheid**

Daarnaast heeft Blauwe Zorg nadrukkelijk bijgedragen aan de Provinciale Kernmodule Positieve Gezondheid, waarin uitgangspunten voor scholing (en implementatie) in het kader van het provinciale scholingsplan staan beschreven.

- **Focus en uitrol 2020**

Trainingen Professionals

Momenteel zijn 8 trainingen lopend/gepland in het voorjaar 2020 voor gemiddeld 12 professionals. In 2020 wordt er op gefocust om ook het midden-management mee te nemen in de beweging PG (d.m.v. trainingen, workshops, coaching, intervisie, ambassadeurs beleidsmatig en midden-management, train-de-trainer, HR-beleid). Op dit moment is de deelname aan de scholing al veel breder dan de oorspronkelijke BZ wijken. De trainingen zijn volgeboekt.

Daarnaast gaat in 2020 het scholingsplan van de provincie Limburg van start. In dit plan zullen e-learning en coaching centraal komen te staan (en dus ook gefaciliteerd worden). Bekeken wordt hoe de scholingen Blauwe Zorg in de wijk meer aangehaakt kunnen worden bij deze provinciale ontwikkeling en doorstroming naar train de trainer te vergemakkelijken.

Coaching PG

Bekeken zal worden hoe de coaches PG zich het beste kunnen positioneren. Tot op heden is coaching vooral gebeurd vanuit Blauwe Zorg in de wijk voor met name de leden van de Sociale Teams in de wijken. De coaches verzorgen nu standaard voor alle scholingsgroepen 1 terugkomdag. Omdat de deelname aan de scholingen steeds breder wordt (dus meer mensen buiten de Blauwe Zorg wijken), verbreed de coaching zich ook. De coaches gaan coaching-activiteiten in 2020 meer koppelen aan bestaande overlegstructuren binnen de organisaties (dus bij reguliere team-overleggen, intervisiesessies ed). Ook wordt bekeken hoe zij hun rol provinciaal (bijvoorbeeld vanuit het actiecentrum) zouden kunnen gaan vervullen. [Zij kijken mee in de ontwikkeling functie implementatie coach PG die gekoppeld wordt aan de blended learning vanuit de provincie.](#)

Provinciale Kernmodule Positieve Gezondheid

Actiecentrum Positieve Gezondheid (*Beweging Positief Gezond*) zal in de loop van 2020 aan alle organisaties in de provincie vragen of zij 'lid' willen worden van de beweging.

LEES in de media:

Inspirerend Interview met Huisarts Van Rooij en Monique Franssen over Positieve Gezondheid, januari 2020: <https://www.youtube.com/watch?v=vfBa0AqxBHY&feature=youtu.be>

Project 2: Praktijkondersteuner Jeugd

De Praktijkondersteuner (POH) Jeugd is sinds 2016 actief in alle gemeenten in de regio Maastricht-Heuvelland en ondersteunt de huisartsen in de geestelijke gezondheidszorg bij de zorg aan kinderen en jeugdigen van 0 tot 18 jaar. Huisartsen verwijzen door naar een POH Jeugd voor een betere integrale verheldering van de hulpvraag van een kind/jeugdige/ouder. Hierdoor kan er meer passende begeleiding worden geboden, in de meeste gevallen door de POH Jeugd zelf.

Rol POH Jeugd binnen de pilot

Binnen de twee huisartsenpraktijken in de pilot Blauwe Zorg in de wijk (Maastricht Noord-Oost) voert de POH Jeugd, naast de reguliere taken, extra taken uit. Hier gaat extra aandacht uit naar versteviging van het jeugdzorgnetwerk gekoppeld aan de huisartsenpraktijken en de samenwerking met de scholen, onder andere in knooppunt overleggen. Daarnaast heeft de POH Jeugd vaker, dan in de overige wijken, een regisseursrol binnen de gezinnen. De POH plant ronde tafel gesprekken met betrokken hulpverleners, begeleidt gezinnen bij afspraken, stuurt indien nodig een gezin aan, en heeft een controlerende/opvolgfunctie (wanneer er wordt doorverwezen wordt er opgevolgd of de zorgaanbieder ook daadwerkelijk start en goed aansluit bij de hulpvraag). Tot slot kunnen gezinnen ook terugvallen op de POH Jeugd na verwijzing.

- **Resultaten inzet POH Jeugd**

Op het moment van uitgifte van deze rapportage waren de gegevens van de POH Jeugd t/m juni 2019 in de monitor. In het voorjaar 2020 verwachten we de overige cijfers uit 2020.

Aantal cliënten in Maastricht Noord Oost

De POH Jeugd in Maastricht Noord-Oost heeft in de periode oktober 2016 tot jul 2019 274 cliënten ondersteund/ behandeld. In 2018 waren dit 110 cliënten en in eerste helft 2019 57 cliënten. Gemiddeld zijn er 30 nieuwe cases per kwartaal. De gemiddelde doorlooptijd van een traject POH Jeugd was 7,5 weken.

Het gemiddeld aantal contacten was 4. Een contactmoment kan zijn een contact met de jeugdige, met de jeugdige en de ouder of met een of ouders apart.

Ongeveer 35% van de trajecten wordt na één contact afgesloten waarna meestal een verwijzing plaatsvindt. Circa 25/30% wordt afgesloten na 2 of 3 contacten. Bij circa 6% van de cliënten zijn meer dan 10 contactmomenten.

Cliëntkenmerken en hulpvragen

Ongeveer evenveel jongens en meisjes zijn cliënt geweest bij de POH Jeugd. De meeste cliënten zitten op het basisonderwijs gevolgd door middelbare school.

Sinds 2018 wordt de hulpvraag van de cliënten die door de POH Jeugd ondersteund worden gecategoriseerd. De meest voorkomende problematieken zijn angstklachten, gevolgd door stemmingsklachten/depressie, gedragsproblematieken en echtscheidings-/gezinsproblematiek.

Samenwerking in de praktijk

In de praktijk blijkt dat de inzet van de POH Jeugd zorgt voor meer kennisdeling en een betere afstemming van werkwijzen tussen jeugdhulp, gemeente en huisartsenzorg.

In beide huisartsenpraktijken vindt structureel multi-disciplinair overleg (MDO) plaats met huisartsen, jeugdartsen, POH-Jeugd en opvoedondersteuner. Daarnaast neemt de POH Jeugd wekelijks deel aan het overleg met Team Jeugd van de gemeente, waarin ook casussen aan de orde komen. Uit gesprekken met de betrokkenen blijkt dat de samenwerking tussen betrokken partijen spectaculair is verbeterd. De tevredenheid blijkt in de praktijk erg hoog bij de betrokken

cliënten/patiënten (wordt momenteel verder gemeten), bij betrokken partijen (huisartsen, team Jeugd, jeugdartsen, andere hulpverleners) en bestuurders. De POH Jeugd onderhoudt daarnaast nauw contact met het lokale voorliggend veld (opvoedondersteuning, AMW, Jeugdgezondheidszorg) en met scholen (IB-er). Zij sluit bij de 6-wekelijkse Knooppunt overleggen aan van drie basisscholen. Met een school is een pilot gaande om met alle netwerkpartners enkele uren op school werkzaamheden uit te voeren.

Verwijzingen/opvolging

Opvolging POH	# cliënten	% cliënten	aantal contacten POH Jeugd	Gemiddelde looptijd traject ..
Afgesloten zonder verwijzing	62	48,1%	4,11	7,77
Verwijzing voorliggend veld	4	3,1%	2,00	3,50
Verwijzing Team Jeugd	1	0,8%	6,00	11,00
Verwijzing huisarts	2	1,6%	2,50	2,50
Verwijzing Jeugd-GGZ	50	38,8%	2,40	3,70
Verwijzing jeugdhulp	10	7,8%	2,70	4,80

tabel Opvolging POH Jeugd 2018 t/m juli 2019

Afgesloten zonder verwijzing naar geïndiceerde zorg

De huisartsen van de twee praktijken uit de Blauwe zorg wijken geven aan dat ze de patiënten die zij naar de POH Jeugd verwijzen, vroeger allemaal direct verwezen naar geïndiceerde Jeugd GGZ/Jeugdzorg. Bijna de helft (48%) van de trajecten in 2018 en 2019 is afgesloten door de POH Jeugd (zonder vervolgzorg). Daarnaast is 3% door de POH Jeugd naar het voorliggend veld verwezen, 1% naar Team Jeugd en 2% naar de huisarts. In totaal is dus 54% afgesloten zonder verwijzing naar geïndiceerde zorg. De hulpvragen van de cliënten die zijn afgesloten zonder verwijzing betreffen vooral angst-problematiek, stemmingsklachten/depressie en echtscheidings-/gezinsproblematiek.

Verwijzing door POH Jeugd naar Jeugd-GGZ

In 2018 is 34% alsnog doorverwezen door de POH Jeugd naar Jeugd GGZ, in de eerste helft van 2019 was dit 48%. Gemiddeld was dit 38,8%. De verwijzing naar Jeugdhulp was gemiddeld 8%.

De verwijzing naar Jeugd-GGZ via de POH Jeugd vindt vooral plaats bij multiproblematiek, gedragsproblematiek, concentratie-/aandachtsproblematiek, maar ook bij een deel van de cliënten met stemmingsklachten/depressie, angstproblematiek. Vaak ook in verband met diagnostiek (adhd, add) en medicatievoorschrift.

Verwijzing naar geïndiceerde jeugdhulp en jeugd GGZ vindt na gemiddeld 2,5 contactmomenten en 4 doorloopweken plaats. Deze contactmomenten kenmerken zich door een brede vraagverheldering. Waarbij vaak ook contacten plaatsvinden met ouders. Het aantal contactmomenten loopt bij sommige cliënten op door de wachtlijstproblematiek. De POH Jeugd voelt zich dan langer verantwoordelijk voor de cliënt/het gezin, dus een "overbruggingscontact".

Multiproblematiek

De verklaring die de POH Jeugd en huisartsen geven voor de toename van de verwijzingen naar de Jeugd GGZ in 2019, is dat vanaf 2019 in de Blauwe zorg wijken is afgesproken dat alle verwijzingen Jeugd via de POH Jeugd verlopen. Hiermee ook de cliënten met zwaardere problematiek.

De wijken in Noord-Oost worden gekenmerkt door multiproblematiek. In 2018 verwezen huisartsen deze soms nog direct naar de geïndiceerde Jeugd GGZ, echter in 2019 werden deze ook naar de POH Jeugd verwezen.

Bij cliënten waar multiproblematiek blijkt te spelen neemt de POH Jeugd ook de regie-/coördinatierol op zich. Zij doet een brede vraagverheldering, waarbij ook het gezinssysteem in kaart gebracht wordt. Hier heeft de huisarts geen tijd voor. Er gaat veel tijd en energie zitten in het onderhouden van contacten met netwerkpartners. Belangrijk is dat de POH Jeugd naar aanleiding van deze brede vraagverheldering een juiste verwijzing kan doen, waardoor de cliënt op de juiste plek terecht komt. De POH Jeugd volgt dit op en gaat na of dit de juiste aanbieder is.

Tevredenheid over de POH Jeugd

Vanaf de tweede helft van 2019 worden de betrokken jeugdigen en ouders met behulp van een korte digitale vragenlijst bevraagd op hun ervaringen met de POH Jeugd (na afsluiting).

Regiobreed waren er einde 2019 16 vragenlijsten volledig ingevuld, waarvan 13 respondenten 2 of meer consulten hebben gehad, 3 respondenten één consult.

Van de 16 respondenten zijn er 12 'zeer tevreden' en 2 'tevreden' over de hulp die /hij/zij/hun kind hebben gekregen van de POH Jeugd. Een respondent was zeer ontevreden en een respondent antwoordde neutraal.

Respectievelijk 11 en 5 respondenten zeggen dat de hulp of begeleiding van de POH Jeugd hem/haar/hun kind 'goed' en 'voldoende' heeft geholpen. Iedereen zou de POH Jeugd aanbevelen bij een familielid of vriend die dezelfde klachten of problemen heeft, waarvan 11 'zeker wel' en 5 'waarschijnlijk wel'.

- **Focus en uitrol 2020**

Per medio november 2019 zijn de uren POH Jeugd in Noord-Oost uitgebreid.

In 2020 zal de intensievere/bredere aanpak van de POH Jeugd, zoals die in de Blauwe zorg wijken plaatsvindt, worden uitgerold naar meerdere huisartsenpraktijken in Maastricht-Heuvelland. Denk hierbij aan het opzetten van o.a. een MDO Jeugd. In eerste instantie zal de aandacht uitgaan naar de huisartsenpraktijken waar de POH Jeugd veel ingezet wordt en de Pluspraktijken.

Project 3: Huishoudens met domeinoverstijgende kosten

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. De huishoudens (HH) werden/worden begeleid door een onafhankelijke gezinsregisseur aan de hand van een interventie. Het doel is om de mensen uit een huishouden in hun kracht te zetten.

- **Interventie gezinsregisseur**

De werkwijze van de coaching door de gezinsregisseur (oftewel de interventie) is ontwikkeld en bijgesteld op basis van de ervaringen met de eerste vier HH uit 2018. Deze HH zijn geworven bij professionals in de vier wijken die het HH toestemming hebben gevraagd of een gezinsregisseur hen mag benaderen.

- 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 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 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 regisseurschap 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.

- **Resultaten**

Aantal Huishoudens

De gezinsregisseur heeft in de periode 2018 t/m januari 2020 met 19 huishoudens (gezinnen) een startgesprek gehad. Bij 4 HH hebben deze startgesprekken niet geleid tot een interventie door de gezinsregisseur. Bij 1 HH bleek alles heel goed geregeld, bij 3 HH bleek er geen interesse/behoefte te zijn. Anno februari 2020 zijn 10 HH nog met de interventie bezig (lopend): coaching door de gezinsregisseur nog plaats en er wordt toegewerkt naar een nieuw gezinsplan. Bij een aantal van deze gezinnen heeft een "clean sweep" plaatsgevonden, en is dus helemaal opnieuw begonnen met het opstellen van een zorgplan.

Bij 4 HH is de interventie najaar 2019 afgerond door de gezinsregisseur en zijn de afspraken vastgelegd in gezinsplan. In bijlage 2 en 4 is te zien dat het inderdaad gaat om HH waarbij in een hoge mate gebruik wordt gemaakt van de gemeentelijke voorzieningen. In deze bijlagen worden 10 van 15 gezinnen getoond. De data worden in het voorjaar 2020 aangevuld met de overige huishoudens en geüpdatet. Ook wordt dan het gebruik van de voorzieningen van de Zorgverzekeringswet duidelijk per gezin.

Bevindingen over de werkwijze in de praktijk

De complexiteit van de casussen (o.a. de vele betrokken hulpverleners) vraagt veel tijd van de gezinsregisseur om het geheel in kaart te brengen (problematiek/hulpvraag/kosten). De gesprekken tussen gezinsregisseur en HH duren langer dan in eerste instantie gepland. Ook zijn veel meer gesprekken met het HH nodig om inzicht te krijgen in wat er nu speelt, wat de veranderwens is van de (vaak veel) gezinsleden, welke beroepskrachten over de vloer komen en vervolgens om te komen tot een nieuw zorgplan. Dit heeft te maken met onder meer psychiatrische en LVB problematiek, no-show, afmeldingen, scheidingen in gezin en de vele hulpverleners die betrokken zijn bij een HH. Het HH heeft zelf vaak geen overzicht. Hierdoor zijn er nog niet meerdere HH geïncludeerd. Dit heeft er ook toe geleid dat de nieuwe zorgplannen voor de 10 gezinnen nog ontwikkeling zijn. Het invoeren in een ICT systeem, onder andere ook ten behoeve van de monitoring, kost extra tijd van de regisseurs. Op dit moment ontbreekt een gezamenlijk digitaal platform.

Wat zien we in de praktijk bij de HH?

De onafhankelijke gezinsregisseur wordt zowel door de gezinnen als door de hulpverleners heel positief ervaren. De regisseur brengt rust terug in het HH. Onderstaande ervaringen en resultaten geven de ervaringen weer van de gezinsregisseurs en laten de cijfers zien uit de arrangementenmonitor.

Aantal aanbieders en hulpverleners per HH

Het aantal aanbieders van geïndiceerde zorg (Jeugd en WMO) in de gezinnen loopt uiteen van 1 tot 10 verschillende aanbieders. Per aanbieder zijn er soms meerdere soorten begeleiding ingezet. Daarnaast worden ook de hulpverleners op het gebied van de zorgverzekeringswet en voorliggende voorzieningen in kaart gebracht, wat maakt dat er in sommige gezinnen 17 of meer hulpverleners betrokken zijn. De HH zijn veelal langdurig in zorg. Ook blijkt dat er binnen het eerste half jaar al veel verloop van hulpverleners is. In totaal waren in 2019 in de vier wijken 142 verschillende aanbieders (op sociaal domein Jeugd en Wmo) actief voor alle HH met Wmo en Jeugdzorg.

Stapelings van zorg

In bijlage 2 wordt de samenloop en stapeling van de gemeentelijke voorzieningen getoond bij 10 van de 14 deelnemende gezinnen. Er is met name veel stapeling rondom "coaching naar zelfredzaamheid", vanuit geïndiceerde ondersteuning gemeente: Begeleiding Wmo en Jeugd, Schudhulpverlener, Bijstandsconsulent, Participatiecoach.

Een voorbeeld van de stapeling van de aanbieders binnen één gezin is te zien in bijlage 3, waar de aanbieders binnen één gezin worden getoond.

De gezinsregisseurs constateerden in de praktijk bij de HH diverse knelpunten rondom de stapeling van zorg, die zij zijn gaan aanpakken.

- Bij een aantal HH waren bij aanvang meerdere 'een gezin een plan' binnen één gezin.
- Binnen de HH worden arrangementen gestapeld. Hulpverleners komen met hun 'eigen' aanbod, meestal gericht op één lid van het HH. Er is geen integraal beeld van het gezin. Er wordt niet systemisch gewerkt.
- De stapeling van de zorg wordt niet altijd opgemerkt door de hulpverleners. Er vindt geen afstemming plaats, zelfs niet binnen één organisatie die aan verschillende gezinsleden zorg biedt. Vaak is er sprake van handelingsverlegenheid bij de hulpverleners, niemand neemt het voortouw.
- De aangeboden zorg sluit niet altijd aan bij de behoefte en de hulpvraag van de zorgvraag.
- Gezinsleden krijgen door de stapeling van de zorg een grote hoeveelheid verschillende adviezen. Deze adviezen zijn soms tegenstrijdig aan elkaar.

Geconcludeerd kan worden dat er geen duidelijke route is bij deze gezinnen, waardoor de situatie in stand blijft. De gezinsregisseur probeert deze impasse te doorbreken. De gezinsregisseur zorgt in de HH voor verheldering, afstemming en waar nodig verandering van zorgaanbod om te komen tot één integraal plan.

Kosten van de zorg

Uit een analyse van de HH (N=11) komt naar voren dat de kosten van het gemeentelijke sociaal domein van 10 van de HH over het jaar 2018 uiteen lopen van ca. € 17.000,-- tot € 71.000,--.

Dit is te zien in bijlage 2.

In maart 2020 worden ook de kosten van de zorgverzekeringswet en andere niet geïndiceerde ondersteuning van de HH in kaart gebracht.

Daarmee wordt de totale inzet van zorg en ondersteuning en de kosten geanalyseerd. Na afloop van de interventie worden deze kosten per HH wederom in kaart gebracht. Vervolgens zullen de verschuiving in zorg en ondersteuning en kosten inzichtelijk gemaakt worden.

Type gezinnen

De gezinsregisseurs zien twee type gezinnen:

Type 1: Het gezin met complexe problematiek waarbij de hulpverlening vastloopt en dus stagneert. Deze gezinnen worden vaak overvraagd. Hierdoor ontstaat een negatieve spiraal, met als kenmerken: geen inzicht 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 en zijn bang om hier hun vingers aan te branden. Gevolg is dat er vaak 'over' het gezin wordt gepraat door de hulpverleners en niet 'met' het gezin.

Type 2: Het gezin met complexe problematiek waarbij door de verschillende financieringssystemen en toegangspoorten, stapeling van de zorg en dus hulpverleners, plaatsvindt.

De regisseur heeft bij de beide typen gezinnen een andere rol. Deze rollen worden uitgewerkt in de nabije toekomst.

Generatieproblematiek

Opvallend is dat veel gezinnen uit het project familie van elkaar zijn. Dit zijn vijf gezinnen met veel kinderen. De Limburg factor geeft aan dat overerving een belangrijke factor is bij de gezondheidsachterstand in Limburg. Bij deze vijf gezinnen gaat het om 23 kinderen, waarvan je kunt voorspellen dat zij over een bepaalde tijd dezelfde problematiek hebben met weinig toekomstperspectief, o.a. geen uitzicht op een baan, en andere problematiek.

Licht verstandelijke beperkingen en hulpverlening

De landelijke cijfers (Woonzorgwijzer) geven aan dat er in de Blauwe Zorg wijken een populatie woont met een verhoogde kans op een licht verstandelijke beperking.¹ De wijken kenmerken zich door een hoger geraamd aantal en aandeel personen van 19 jaar of ouder die

- “licht verstandelijk beperkt/laaggeletterd zijn én beperkt sociaal redzaam zijn” (29%)
 - “matig of ernstig verstandelijk beperkt zijn” (2%).
 - “licht verstandelijk beperkt/laaggeletterden met gedragsproblematiek (9%)
- *(Opgemerkt moet worden dat personen meerdere aandoeningen kunnen hebben).*

Dit zien we terug in het project. De gezinsregisseurs ervaren dat bij veel gezinsleden sprake lijkt te zijn van overvraging. Deze mensen begrijpen vaak niet wat beroepskrachten zeggen, waardoor deze niet aansluiten bij hun vraag of hun beleving.

Regisseursfunctie van de gemeente

Naast de gezinsregisseur (die door het project worden ingezet) zijn er nog regisseurs die worden ingezet door de gemeente (ook bij gezinnen die niet in deze pilot vallen). De gezinsregisseurs ervaren dat deze “arrangementsregisseur” regisseren op hulpverleningsproces en niet op stapeling van zorg. We blijven stapeling zien.

Oorzaak:

- De taak/opdracht van de huidige arrangementsregisseur is onduidelijk en vaak beperkt tot jeugd. Systeemaanpak is echter (bijna altijd) noodzakelijk, waarbij het gezin het systeem is. Als er al in beeld gebracht wordt welke hulpverlening/betrokkenheid er is, blijkt dat er niet wordt gekeken naar efficiency van alle betrokken hulpverlening.
 - De arrangementsregisseur is niet onafhankelijk en heeft geen mandaat.
 - Ontbreken van competenties: een goede hulpverlener is niet per definitie een goede regisseur.
- De gezinsregisseur die ingezet wordt in dit project is onafhankelijk, heeft mandaat en de benodigde competenties.

Betrokkenheid cliënt(en)

De praktijk laat zien dat er nog vaak ‘over’ cliënten wordt gesproken en niet ‘met’.

Bijvoorbeeld in overleggen tussen hulpverleners en in mailverkeer.

De cultuur waar de gezinsregisseur voor pleit is dat er transparante communicatie moet zijn met de cliënt. 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.

Wonen en veiligheid

Uit de casussen blijkt dat binnen gezinnen vaak knelpunten (en frustraties) bestaan met betrekking tot hun woonomgeving en veiligheid. Deze problemen werken regelmatig door op de geestelijke gezondheid van cliënten binnen het gezin. Vanuit de gezinsaanpak ervaren de gezinsregisseurs dat de afspraken, bijvoorbeeld binnen wonen of urgentie-criteria, niet aansluiten bij de visie van integraal

¹ Licht verstandelijk beperkt/laaggeletterden. De kans op het vóórkomen van personen van 19 jaar en ouder met een licht verstandelijke beperking en/of laaggeletterden in een zelfstandig huishouden. Basisindicator: de volwassenen met een IQ van minder dan 85. Een deel (circa 60% van de groep met een IQ tussen de 70 en 85) ervaart problemen in het meekomen in de maatschappij (werk, opleiding, taalvaardigheid, administratie). Deze groep is meestal niet in zorg.

Bron: Woonzorgwijzer

De Woonzorgwijzer is uitgevoerd door RIGO in opdracht van het ministerie van BZK). Het is een de kern een model waarmee het voorkomen van bepaalde aandoeningen/problematieken kan worden voorspeld. Het model is gebaseerd op CBS –microdata, gegevens van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en de Gezondheidsmonitor gekoppeld, om te bepalen welke personen met aandoeningen te kampen hadden. Vervolgens is bewezen dat met regressieanalyses het voorkomen van aandoeningen op betrouwbare wijze kunnen worden voorspeld.

werken en doelgericht werken. Belangrijk is dat er op wijkniveau betere verbindingen gelegd worden tussen sociaal domein en wonen en veiligheid.

Veel meer HH in de wijken

De 15 HH gecoacht worden/zijn blijken exemplarisch te zijn voor vele andere HH in de wijken. In bijlage 4 is te zien dat in de wijken veel meer vergelijkbare HH zijn die dus in een hoge mate gebruik maken van de gemeentelijke voorzieningen.

In de wijken wonen 8385 HH. Hiervan maakt 26% (N= 2200) gebruik van één of meer gemeentelijke voorzieningen (zie bijlage 5). In totaal maken 233 HH gebruik van drie gemeentelijke voorzieningen en 378 van 4 of meer gemeentelijke voorzieningen .

• Focus en uitrol 2020

1) De regisseursrol wordt in 2020 beschreven en vastgesteld.

Waar moet een goede regisseur aan voldoen? Uit het project blijkt:

- 1) Heeft een neutrale positie (white-label), moet goed georganiseerd worden.
De regisseur moet geen bedreiging vormen.
- 2) Moet mandaat hebben van de financiers om af/op te schalen. Moet hulpverleners kunnen aanspreken op de zorg die geboden wordt.
- 3) Heeft de competenties/kwaliteiten om de regierrol uit te oefenen.

Wat is de rol van de gezinsregisseur bij de twee typen gezinnen, zoals hierboven beschreven?
En bij het type gezin dat nog aan de 'voorkant' van de zorg zit, nog vóór de stapeling?

2) De kennis over en de rol van de gezinsregisseur in het zorgproces wordt in 2020 verder uitgedragen en geïmplementeerd op bredere schaal.

Op basis van de opgedane kennis en ervaring kan gesteld worden dat alléén door een andere aanpak en werkwijze voorkomen kan worden dat de stapeling van zorg binnen de HH blijft bestaan, namelijk:

Op het moment dat er een hulpvraag binnen komt vanuit een cliënt is het noodzakelijk om:

- 1) de hulpvraag van de betreffende cliënt in kaart te brengen
- 2) het systeem in kaart te brengen (andere gezinsleden, betrokken hulpverlening, netwerk).
- 3) de vraag te stellen of hier een regisseursrol wenselijk of noodzakelijk is.

3) Totale zorgkosten van de huishoudens worden in kaart gebracht.

Totale inzet van zorg en ondersteuning en de kosten van de gezinnen in kaart brengen en analyseren (zie kopje "Kosten van de zorg") . Na afloop van de interventie worden deze kosten per HH wederom in kaart gebracht. Vervolgens zullen de verschuiving in zorg en ondersteuning en kosten inzichtelijk gemaakt worden (voorjaar 2020).

4) Vertaling van de kosten naar grotere schaal

Op basis van de doelgroepanalyse voor de vier wijken en de andere wijken in Maastricht wordt bepaald, waar en bij hoeveel HH deze en/of andere interventies gericht ingezet kan worden.

5) Leerpunten meenemen in de ontwikkeling binnen Next Step Maastricht/regio

De geleerde lessen uit dit project leveren werkzame componenten op die gebruikt kunnen worden voor de doorontwikkeling van het sociale domein in Maastricht (Next Step, zie pagina 4). Het gaat hier onder andere op punten als: betrokkenheid cliënt, generatieproblematiek, communicatie verstandelijk beperkte mensen, regisseursrol en wonen en veiligheid. Deze punten worden al meegenomen in de proef Krachtenbundeling Malberg, zie ook pagina 4.



Daarnaast zullen de bestaande casussen worden uitgediept, de knelpunten in deze casussen worden blootgelegd en besproken met de organisaties die het betreft om bij het HH te komen tot efficiëntere en betere zorg. Met een aantal organisaties worden hierover nu gesprekken gevoerd.

LEES in de media:

Inspirerend Interview: Het gaat een stuk beter met ons dan een jaar geleden. Een gezin en een gezinsregisseur aan het woord. *Magazine Blauwe zorg op de juiste plek, November 2019*

Project 4: Zorg sluit beter aan bij de burger

Eén van de pijlers van Blauwe Zorg is ‘professional aan zet’. De processen onder project 4 dragen daar aan bij. De eerste stap was het casussenboek uit 2017, dat bestaat uit 50 casussen uit en over de zorg, aangeleverd door professionals en burgers (zie op www.blauwezorgindewijk.nl). Van daaruit zijn we gestart om de casussen verder te analyseren. Veel van de casussen hebben betrekking op geen goede samenwerking en communicatie. Een aantal knelpunten heeft geleid tot meer onderzoek.

Dit project bestaat uit vier subprojecten. Te weten 1) Wmo spoedprocedure, 2) Meer ruimte voor de professional (gesprekstafels), 3) Samenwerking Sociaal Teams en huisartsen 4) Zorg voor mensen met een laag verstandelijk beperking en ggz problematiek. Twee van de vier projecten hadden als doel om de ervaren knelpunten verder te onderzoeken voordat een verdere interventie ingezet zou worden. Bij de Wmo spoedprocedure zijn casussen met knelpunten opgehaald. Achteraf bleek dat deze knelpunten niet vaak voorkomen.

- **Wmo spoedprocedure**

In juni 2018 is als project binnen de pilot Blauwe Zorg in de wijk, de Wmo spoedprocedure gestart. Doel van dit project was uitzoeken of bij levensbedreigende en acute situaties die betrekking hebben op somatische en psychische problemen, als het wegvallen van het netwerk/mantelzorg, direct de juiste ondersteuning ingezet kan worden door een aantal geselecteerde beroepskrachten. Om direct de juiste zorg in te kunnen zetten, kregen zowel de huisartsen uit de Blauwe Zorg wijken als de wijkverpleegkundigen het mandaat om deze procedure te hanteren. Duur van het project was 6 maanden. Vervolgens zou de inzet geëvalueerd worden.

De spoedprocedure is begin 2019 geëvalueerd en bleek geen enkele keer ingezet. Wel bleek uit een evaluatie dat er sprake is van een verbeterde samenwerking tussen wijkverpleging en Wmo. Ook is de kennis van de wijkverpleging over de doelstelling van de Wmo en wat voorliggend mogelijk is, verbeterd. De spoedprocedure is niet gecontinueerd.

- **Gesprekstafels ‘Ruimte voor de professional’**

In 2018 en 2019 vond een aantal gesprekstafels met zorgverleners uit de wijken plaats. Doel van deze bijeenkomsten was om het casussenboek uit 2017 samen met de bevindingen van de werkgroep te bespreken. En ook om samen te onderzoeken wat ‘Ruimte voor de professional’ inhoudt.

De meeste bevindingen uit de gesprekstafel hebben te maken met communicatie, samenwerking en attitude.

Bevindingen die o.a. benoemd zijn:

- Toch nog te weinig ontschotting tussen organisaties. Er is concurrentie tussen organisaties. De concurrentie wordt onderling niet ervaren binnen de Sociale Teams;
- Communicatie tussen professionals kan beter, er gebeurt nu veel dubbel. Hulpverleners weten van elkaar niet wat ze doen;
- Burgers geven aan behoefte te hebben aan 1 contactpersoon/aanspreekpunt om mee te sparren en niet steeds doorgestuurd te worden van de een naar de ander;
- Er is onvoldoende sprake van gelijkwaardigheid tussen de verschillende beroepsgroepen.

Mogelijke oplossingen die aangedragen zijn vanuit de gesprekstafels:

- Het spreken van dezelfde taal (gebeurt al steeds meer d.m.v. positieve gezondheid)
- Werkzaamheid in dezelfde indeling van de postcodegebieden. Dit zowel in het Sociaal Team als in de eigen werkzaamheden ten behoeve van de eigen organisatie.
- Terug naar het kleinschalig werken, kleinere wijken.
- De kloof tussen de communicatie en het begrip m.b.t. het niveau van de burger is soms groot. Dit anders aanvliegen door meer begrip en rust te tonen. Mensen reageren vaak uit een emotie en onmacht.
- Verandering van mindset.
- De aanwezigen hebben de gesprekstafels als zeer prettig ervaren. De bevindingen en oplossingen worden meegenomen in de beweging "Next Step" in 2020.
- Integraal samenwerken, pro actiever de samenwerking opzoeken. De burger in de "lead" laten.
-
- **Samenwerking Huisarts en Sociaal Team**

In juni 2019 is gestart met het intensiveren van de samenwerking tussen de twee huisartsenpraktijken en de Sociale Teams in de Blauwe Zorg wijken. Door de samenwerking willen we proberen om vraagstukken zo vroeg mogelijk te signaleren om inzet van zwaardere zorg te voorkomen.

In de twee Blauwe zorg wijken zijn twee Sociale Teams actief. Een Sociaal Team is een netwerkorganisatie waar verschillende organisaties hun deskundigheid aan leveren. Daardoor is er binnen het Sociaal Team een brede kennis voorhanden, zowel van formele als informele voorzieningen in en rondom de wijken.

Aanleiding

Voor de huisartsen waren de Sociale Teams nog geen reguliere 'partner' waarnaar men verwees. Door met de huisartsen in gesprek te gaan bleek echter dat, wanneer zij doorvroegen bij hun patiënten, de vragen van patiënten regelmatig, direct of indirect, betrekking hadden (hebben) op andere leefgebieden. Zeker nu er ook meer volgens het gedachtegoed van Positieve Gezondheid wordt gewerkt. Denk hierbij aan dagelijks functioneren, meedoen, kwaliteit van leven, financiële problemen en zingeving. De huisartsen gaven aan meer informatie en ondersteuning nodig te hebben om de juiste zorg en ondersteuning te kunnen inzetten.

Ook vond er een gesprek plaats met de Kredietbank Limburg. Zij zagen mogelijkheden om eerder financiële problemen te signaleren, bijvoorbeeld via het consult bij de huisarts.

Wat de huisarts kan doen is de sociale problematiek signaleren en bespreken met de patiënt of hij/zij daar ondersteuning bij zou willen hebben, en hen begeleiden naar deze ondersteuning middels een warme overdracht.

Werkwijze

Er zijn medio 2019 afspraken gemaakt over de samenwerking tussen huisartsenpraktijken en de Sociale Teams in de Blauwe Zorg wijken. De huisartsen gaven aan één (maximaal twee) aanspreekpunt binnen het Sociaal Team te willen hebben. Met deze contactpersoon is een structureel overleg opgestart. De huisartsen melden bij deze contactpersoon rechtstreeks hun vragen en aanvragen voor het Sociaal Team (inclusief WMO). Daarnaast wordt uitgewisseld hoe de verwijzingen (zijn) verlopen en leert men van elkaars expertise. De gezamenlijke taal is de visie van Positieve Gezondheid.

In bijlage 6 wordt schematisch weergegeven hoe de huisartsenpraktijken binnen de vier Blauwe Zorg wijken samenwerken met het Sociaal Domein.

Resultaten

In de praktijk zien we dat de overdracht is verbeterd (een 'warme' overdracht): huisartsen vragen nu aan de patiënt of een medewerker van het Sociaal Team hem/haar mag benaderen om de hulpvraag en eventuele ondersteuning te bespreken. De patiënt hoeft dus niet zelf deze stap te zetten (kan wel, maar heft niet).

Ook zien we door de samenwerking met het Sociale Team dat huisartsen meer en een betere terugkoppeling krijgen over hun patiënten. Huisartsen in de pilot Blauwe zorg gaven bij aanvang van de pilot aan weinig tot geen terugkoppeling te krijgen van verwijzingen naar het sociale domein (denk aan: alle verwijzingen met betrekking tot Jeugd, WMO en maatschappelijk werk). Voor de huisarts was er dus op al deze vlakken geen informatie over de patiënt beschikbaar als hij/zij op het spreekuur kwam. Onzeker was überhaupt of de patiënt wel het advies van de huisarts had opgevolgd.

De twee Sociale Teams houden bij hoeveel en welke vragen, casuïstiek via de huisarts bij hen binnen komt, op welk leefgebied het vraagstuk betrekking heeft en welke afspraken zij samen met de buurtbewoner maken om het vraagstuk aan te pakken. Daarbij maken zij gebruik van Positieve Gezondheid.

Gemiddeld had in 2019 elk Sociaal Team 1 á 2 aanmeldingen per week vanuit de huisartsenpraktijk. Dit kan nog gaan toenemen nu men elkaar echt weet te vinden. Daarnaast zijn er nu de meldingen in de nieuwe GGZ waar een triage plaats vindt.

Het type vragen dat verwezen wordt van de huisarts naar het Sociaal Team is divers (2019):

- Financiële problemen
- Dagingvulling
- Verhuishwens – wonen
- Kinder- en jeugd problematiek
- Overlast van burens
- Lichte psychische problemen
- Burn out klachten
- Na zorg na GGZ zorg
- Werk en bemiddeling

Binnen de Sociale Teams zijn deze casussen opgepakt door o.a. de Kredietbank Limburg (financiële problemen), gemeente Maastricht (aanvraag inkomensverruimende maatregelen), Wijkservicepunt Trajekt (werk en bemiddeling, inkomensverruimende maatregelen), Algemeen Maatschappelijk Werk (psychosociale problematieken, huiselijk geweld, sociaal netwerk, geen dagingvulling), TAALpunt Traject (laaggeletterdheid), project Maatjes voor mensen met eenzaamheid, GGZ Team (psychosociale en/of psychische problematiek), individuele begeleiding bij LVB en of GGZ problematiek.

- **Zorg voor mensen met een laag verstandelijk beperking (LVB) en GGZ-problematiek**

De omvang van het probleem in de blauwe zorg wijken

Uit data van de Woonzorgwijzer, komt naar voren dat de kans op een beperking op cognitief functioneren in de vier doelgroep wijken ligt tussen 12,2% voor Limmel en 39,4% voor Wittevrouwenveld. De kans op het hebben van een LVB/laaggeletterdheid is in alle wijken hoger dan in het gemiddelde van de stad (ongeveer 25%): dit varieert van 28,3% tot 39,8%.

In alle wijken wordt er meer dan het gemiddelde van de rest van de stad gebruik gemaakt van

speciaal onderwijs. Het gemiddelde voor de stad ligt iets onder 4%, in de wijken is dit minimaal 4,1% (Limmel) en gaat omhoog tot 9,7% (Nazareth).

Er is sprake van een groot aantal producten dat wordt gebruikt door bewoners in de wijk waarbij (op zijn minst) het vermoeden kan worden geuit dat er een correlatie bestaat met LVB-problemen. Het gaat dan om producten in het kader van uitkeringen en de participatiewet, maar ook om producten met betrekking tot begeleiding in en rond huis.

Op basis van bovenstaande kosten die gemaakt worden in deze wijken op het gebied van bepaalde gemeentelijke voorzieningen en GGZ is het aannemelijk te maken dat er in de vier doelwijken sprake is van een aanzienlijke hoeveelheid mensen waarbij sprake is van LVB en dat dit verbonden is aan hogere kosten in het zorgdomein (zowel gemeentelijk als Zvw).

Verkennd onderzoek gedaan naar de problemen

In 2018 en 2019 heeft een projectmedewerker van Blauwe zorg in de wijk een verkennd onderzoek gedaan naar de problemen ten aanzien van de combinatie van (licht) verstandelijke beperking (LVB) en psychisch lijden.

De vaststelling op basis van dat onderzoek is dat het huidige aanbod van zorg in de GGZ onvoldoende aansluit op de vraag/behoefte van mensen met LVB en psychisch lijden. Enerzijds ontbreekt het aanbod op dit gebied in Maastricht- Heuvelland, anderzijds is er in de samenwerking tussen de partijen die de zorg op dit gebied organiseren onvoldoende goede afstemming om problemen te signaleren en adequaat te voorzien van begeleidings- of zorgaanbod.

Dit resulteert in problemen op diverse gebieden (van kwaliteit van zorg tot onnodig hoge kosten). Zowel bij het (h)erkennen van het probleem (LVB met GGZ-problematiek) als bij het begeleiden van (h)erkende) problemen zijn er knelpunten. In sommige gevallen is er sprake van onvoldoende kennis om LVB-problematiek te signaleren en tegelijkertijd is er bij begeleidingsinstellingen voor mensen met LVB onvoldoende kennis om de complexere psychische problemen te behandelen.

Men kan stellen dat de oorzaak hiervan ligt in het gegeven dat het netwerk van zorgverleners/indicatiestellers onvoldoende afgestemd is op de behoefte die er in het veld (zowel bij de professional als bij de cliënt) is. Zie verder Focus en uitrol 2020.

• Focus en uitrol 2020

- In 2020 zal de aanpak beschreven in de samenwerking tussen de huisartsenpraktijken en de Sociale Teams, verder worden uitgerold naar meerdere wijken in Maastricht-Heuvelland. In eerste instantie zal de aandacht uitgaan naar de huisartsenpraktijken in wijken met veel sociale problematiek, de Pluspraktijken en huisartsenpraktijken die aan hebben gegeven hierin ondersteund te willen worden.
- Bij meer ruimte professional is bij het project Krachtenbundeling in Malberg een effectmeting rondom de tevredenheid beroepskrachten ontwikkeld en afgenomen.
- De bevindingen en oplossingen van de gesprekstafels worden meegenomen in de beweging "Next Step" (pagina 4).
- In 2020 zullen de bevindingen op het gebied van mensen met LVB en GGZ problemen onder de aandacht worden gebracht bij bestuurders. Daarnaast zullen de bevindingen – waar mogelijk- ingepast worden in bestaande ontwikkelingen op dit gebied in Maastricht/regio en in de beweging naar de Next Step 2020.

LEES in de media:

Interview met bewoner die na een gesprek met zijn huisarts, via het Sociaal Team in contact kwam met TAALpunt van Trajekt en weer meer regie over zijn eigen leven heeft gekregen. Klik [hier](#) voor het artikel.

Project 5: Burgers aan zet

Steeds vaker worden burgers actief betrokken bij gezondheidsvraagstukken. Deze burgerparticipatie kan op verschillende manieren: van informeren, raadplegen en adviseren tot coproduceren en meebeslissen. In het project 'Gezondheidsambassadeurs Positieve Gezondheid in de wijk' is samengewerkt met wijkbewoners om informatie op te halen over gezondheid in de wijk. Op die manier sluit gezondheidsbeleid beter aan bij de behoeften en ervaringen van burgers. De inzet van de Gezondheidsambassadeurs is onderdeel van 'project 5 "Burgers aan zet"'. Vanuit Positieve Gezondheid wordt gekeken naar mogelijkheden in plaats van het denken in beperkingen. Het doel was tweeledig:

1. Informatie ophalen bij wijkbewoners over factoren die de gezondheid bevorderen of juist belemmeren in de vier Blauwe wijken.
2. Burgers maken kennis met Positieve Gezondheid en vergroten daarmee hun kijk op gezondheid.

- **Ambassadeurs Positieve gezondheid/ Citizen Science**

Met de methode Citizen Science (CS), oftewel burgerwetenschap, dragen burgers actief bij aan onderzoek. Citizen Science wordt regelmatig ingezet om de lucht- of waterkwaliteit te meten of bij de Nationale Tuinvogeltelling. Het is een manier om de onderzoekscapaciteit te vergroten, om toegang te krijgen tot aanvullende kennis en om beter aan te sluiten bij lokale vragen. De aanpak 'Gezondheidsambassadeurs Positieve Gezondheid in de wijk' is geïnspireerd op een project in de lage inkomensbuurt Slotermeer in Amsterdam. Hier werd Citizen Science ingezet voor onderzoek naar de leefbaarheid van de wijk. Deze vorm van actieve burgerparticipatie bleek de gezondheid van de burgers te bevorderen en leverde goede, bruikbare data op voor het vormgeven van beleid.

In 2018 zijn de bewoners van de vier Blauwe Zorg wijken zijn via een presentatie in buurthuizen benaderd voor deelname. Ook zijn flyers uitgedeeld aan het Sociaal Team en geïnteresseerde buurtbewoners.

In totaal waren in 2018 13 buurtbewoners (12 vrouwen, 1 man; leeftijd tussen 33 en 83 jaar) geïnteresseerd. In twee trainingen leerden zij over Positieve Gezondheid (in de wijk) en het doen van onderzoek. Vervolgens gingen ze 8 weken lang als gezondheidsambassadeur op pad in hun wijk om antwoorden te zoeken op de vraag: 'Wat betekent gezondheid en wat kan ik zelf doen om mijn gezondheid en die van de wijk te verbeteren?' Alle bevindingen deelden ze met de andere groepsleden en het projectteam tijdens een focusgroep bijeenkomst. Bij de gezondheidsambassadeurs is met een vragenlijst gekeken of het project invloed had op de ervaren gezondheid, trots op de wijk, vitaliteit en veerkracht van de ambassadeurs.

Resultaten groep 1 Ambassadeurs Positieve gezondheid

De gezondheidsambassadeurs hebben in totaal 49 mensen geïnterviewd en 50 observaties gedaan. Dit leverde meer dan 40 onderwerpen op die zijn besproken in de focusgroep bijeenkomst.

Het gebruik van 'burgerwetenschap' leverde waardevolle informatie op over de kijk op gezondheid in de Blauwe wijken en lijkt ook de gezondheid van de gezondheidsambassadeurs zelf positief te beïnvloeden.

Effect ervaren gezondheid en vitaliteit na deelname:

	voor	na	verschil
Ervaren gezondheid	65%	70%	> 5%
Veerkracht	61%	62%	> 1%
Vitaliteit	55%	70%	> 15%
Trots op de wijk	7	7	0

Wat heeft het opgeleverd?

- Er is een netwerk ontstaan van actieve burgers die bekend zijn met Positieve Gezondheid en aandacht hebben voor Positieve Gezondheid in de wijk. Zij zijn ook bereid om een vervolg te geven aan de bevindingen uit het project.
- Een aantal gezondheidsambassadeurs wil anderen inspireren door het delen van hun ervaringen, bijvoorbeeld als coach, via een magazine of door erover te vloggen.
- In gesprek met en wethouder is besproken wat ervoor nodig is om burgers zelf meer zeggenschap te geven over hun eigen gezondheid en zorg. Dit vraagt om meer verantwoordelijkheid en eigen regie van de burgers, én om een cultuurverandering van overheid en professionals. Goede samenwerking en wederzijds vertrouwen zijn de basis.

Wat zijn aandachtspunten in de aanpak?

- Werk samen met sleutelpersonen in de wijk en wijkmaatschappelijk werk. Dit is nodig voor het effectief werven van gezondheidsambassadeurs en vergroot de draagkracht en slaagkans van het project.
- Laat burgers meedenken: omdat het belangrijk is dat de burgers zich kunnen vinden in de titel, heeft een aantal wijkbewoners hierover meegedacht. Uiteindelijk werd dat de titel 'Gezondheidsambassadeurs'.
- Besteed aandacht aan de opzet van de training: succesfactoren waren de afwisselende lesvormen, persoonlijke aandacht en groepsbinding (samen eten, veiligheid en gelijkwaardigheid).
- Geef ruimte voor eigen ideeën en inbreng bij het verzamelen van gegevens in de wijken. De gezondheidsambassadeurs werden niet verplicht een bepaalde methode zoals interviews of observaties te gebruiken, ook foto's, tekeningen of filmpjes waren welkom.

In 2019 zijn diverse wetenschappelijk presentaties gegeven als terugkoppeling van resultaten uit Citizen Science. Via interviews, social media en deelname wijkactiviteiten is ook aandacht gegeven aan deze methode. Ook wordt o.a. in stadsdeel Hoensbroek, gemeente Heerlen, in samenwerking met StandBy! de methode van Citizen Science inmiddels aangeboden.

De eerste Gezonde Gazet (gemaakt door bewoners, ambassadeurs Positieve gezondheid en professionals) is in september 2019 op de deurmat van alle bewoners van de Blauwe Zorg wijken gevallen.

- **Workshops positieve gezondheid**

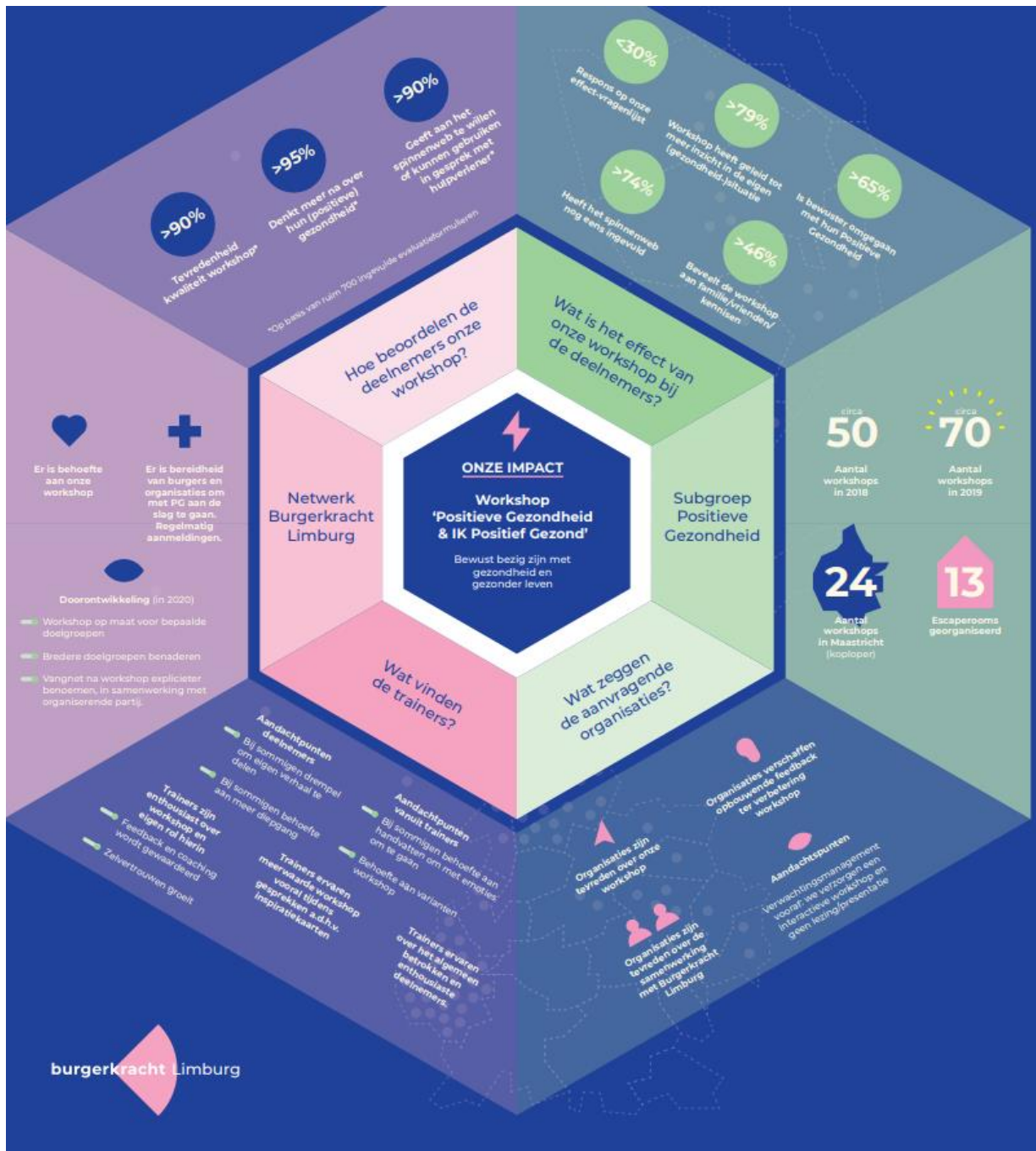
Gedurende 2018 en 2019 zijn door Burgerkracht Limburg in Maastricht 24 workshops Positieve Gezondheid gegeven, waarvan 18 aan burgers. In 2018 zijn 10 workshops gegeven met ca. 100 deelnemers en in 2019 8 workshops met ca. 115 deelnemers, waaronder ook scholieren. Daarnaast is een aantal lezingen gegeven en workshops bij/met gemeente Maastricht in het kader van senior friendly community. Van deze workshops hebben 4 workshops plaatsgevonden in de Blauwe Wijken.

Resultaten:

Resultaten bij de deelnemers zijn gemeten door middel van een evaluatieformulier. Het belangrijkste

resultaat is dat bijna alle deelnemers in de Blauwe zorg wijken aangeven bewuster te zijn geworden van hun eigen (positieve)gezondheid

Burgerkracht Limburg heeft afgelopen twee jaar in heel Limburg trainingen positieve gezondheid gegeven aan bewoners. In totaal zijn 700 evaluatieformulieren verwerkt. De evaluatie vond plaats aan de hand van een evaluatieformulier direct na de workshop aan alle deelnemers uitgereikt. In deze vragenlijst werd gevraagd of men na drie maanden nogmaals benaderd mag worden. De gegevens/resultaten van evaluatieformulieren en effectmeting na drie maanden zijn verwerkt in rapport en poster.



- **Focus en uitrol 2020**

- Via netwerken, verenigingen KBO, actieve burgers in de wijk en Trajekt worden in 2020 gericht workshops uitgezet. Inmiddels worden ook workshops georganiseerd voor vrijwilligers.
- Einde 2019 heeft werving van nieuwe deelnemers (bewoners) voor Ambassadeurs Positieve Gezondheid plaatsgevonden en hebben trainingen plaatsgevonden van deze nieuwe groep. Zij gaan in 2020 als tweede groep gezondheidsambassadeurs van start met deze vorm van actieve burgerparticipatie.
- De ambassadeurs Positieve Gezondheid uit fase 1 ontmoeten elkaar nog elke ca. 5-6 weken in samenwerking met Trajekt; deelnemers hebben aangegeven hier behoefte aan te hebben.
- Ook in andere delen van Limburg wordt de methode van Citizen Science onder de aandacht gebracht en verder uitgerold door Burgerkracht.
- Een tweede uitgave van de Gezonde Gazet volgt begin 2020.

LEES in de media:

In dit interview vertelt Froan Verheijden (ambassadeur Positieve Gezondheid) haar verhaal over haar fysieke en mentale problemen. Uiteindelijk nam ze het heft in eigen handen. Klik [hier](#) voor het artikel uit Content, september 2019

Klik [hier](#) voor de publicatie in de uitgave van Trajekt van oktober 2019 over de gezondheidsambassadeurs.

Project 6: Multidisciplinaire Samenwerking: Digitale Overlegtafel"

Het doel van dit project is de interprofessionele samenwerking tussen zorgverleners en patiënten/mantelzorgers te optimaliseren en digitaal te ondersteunen.

Het idee van een digitale overlegtafel oftewel een ICT-software systeem is in 2017 geboren uit een behoefte in het lokale veld. De casussen uit het casussenboek en de gesprekken met burgers en beroepskrachten in Maastricht-Heuvelland lieten het volgende zien:

- De beroepskrachten in de wijken geven aan onvoldoende van elkaar te weten wie er betrokken is bij een kwetsbare burger/gezin en met welk behandelplan, bezig is.
- Betreffende burgers en gezinnen weten het ook niet, ze zijn vaak niet in staat om dit zelf aan te geven.
- Signalen van huisartsen die aangeven dat ze steeds vaker geconfronteerd worden met verschillende ICT-software systemen van organisaties
- De huidige manier van werken kenmerkt zich door elkaar te informeren vaak via onveilige e-mail.

Op 5 juli 2017 is in Maastricht-Heuvelland in een werksessie met 28 zorg- en hulpverleners/ beleidsmedewerkers consensus bereikt over het feit dat een digitale overlegtafel een oplossing kan bieden voor de ervaren knelpunten in multidisciplinaire samenwerking en dat men allen met éénzelfde systeem moet werken om het tot een succes te maken.

Vanaf augustus 2017 is een werkgroep van 15 medewerkers van diverse eerstelijnszorg- en welzijnsinstellingen in Maastricht en de gemeente Maastricht zich gaan verdiepen in de diverse ICT-programma's. Na vijf bijeenkomsten is de keuze van de grote meerderheid gevallen op één ICT-programma (eGPO) waarmee men dacht allen goed te kunnen gaan samenwerken en waarmee bovengenoemde knelpunten zouden kunnen worden opgelost.

• Digitale programma eGPO

In oktober 2018 is bij de twee huisartsenpraktijken in de blauwe zorg wijken gestart met het digitale communicatie programma "eGPO". De gebruikers van dit programma waren de huisartsen en de netwerkpartners rondom ouderenzorg. Per praktijk werd een basisdocument met werkafspraken opgesteld. Er heeft periodiek (1x per 4-6 weken) een overleg met het kernteam en de projectleider plaatsgevonden om de voortgang te evalueren. De huisartsenpraktijken met hun netwerk ouderenzorg hebben vijf maanden met eGPO gewerkt (t/m 1 april 2019). Ook binnen het project 3 Huishoudens is met eGPO gewerkt. In totaal zijn 15 patiënten geïnccludeerd in eGPO. Helaas heeft de leverancier ons halverwege maart bericht dat zij gingen stoppen met de uitlevering van het product. Per 1 april 2019 is gestopt met de verdere implementatie van dit programma.

Evaluatie eGPO

Er is een evaluatie uitgevoerd over de periode waarin er ervaring met digitaal communiceren is opgedaan door de pilot deelnemers. Er heeft een digitale enquête plaatsgevonden onder gebruikers en is er met twee gebruikers een persoonlijk interview geweest. In totaal hebben 18 gebruikers (55%) bijgedragen aan deze evaluatie.

Voordelen

Over het algemeen is men te spreken over de digitale ondersteuning (in de vorm van een programma als eGPO) bij de interprofessionele samenwerking. Zo zijn veelgenoemde voordelen; betere

afstemming van zorg, beter overzicht over wie bij welke patiënt/cliënt wat doet, kortere lijnen, sneller onderling contact en makkelijker met elkaar communiceren. Dit sluit ook aan bij de behoefte van de deelnemers en bij de beleving van wat zij belangrijk vinden hieromtrent. Daarnaast is één van de andere benoemde voordelen de digitale sociale kaart.

Verbeterpunten

Een verbeterpunt is op het gebied van instructie en training over hoe te werken met de tool. Zo was het soms lastig voor de gebruikers om te bepalen waar welke boodschap moest worden vastgelegd binnen het systeem en hoe uitgebreid dit dan wel niet zou moeten zijn. Ook was het niet altijd duidelijk hoe het gebruik van een dergelijke tool moest worden gezien in het licht van de AVG-wetgeving. Een uitgebreidere instructie hoe te werken met de het digitale instrument eerder in het traject is wenselijk.

Behoefte

Daarnaast stellen sommige deelnemers dat ze niet zeker weten of een dergelijke tool wel meerwaarde heeft boven de huidige gebruikte communicatiemiddelen als mail/telefoon/persoonlijk contact. Mede doordat men, na de stopzetting van eGPO, het systeem eigenlijk niet mist. Sommige huisartsen geven aan de tool vooral 'reactief' te gebruiken in plaats van het veronderstelde proactieve gebruik. Zo geven zij aan dat ze vooral een (voortrekkers)rol voor de POH/Wijkverpleegkundige zien weggelegd in de coördinatie van de zorg (ook digitaal).

Voortzetting

De behoefte aan multidisciplinaire samenwerking is sindsdien alleen maar groter geworden. Het verdwijnen van de thuiszorgklappers van de keukentafels wordt door menig huisarts in de regio als een manco in de communicatie met thuiszorg rondom patiënt gezien.

Dit speelt landelijk, zeker nu thuiszorgorganisaties over moeten naar een digitaal dossier. Ook de thuiszorginstellingen in de regio ontkomen daar niet aan omdat een papieren dossier om meerdere redenen echt niet meer kan.

Voortzetting van het project 'Digitale Overlegtafel' was dus wenselijk, maar dan in een andere vorm.

- **Digitaal programma/app 'Helder'**

Medio 2019 is op verzoek van de drie grotere thuiszorgorganisaties (Envida, Mosae en Thuiszorg Groot Limburg) in Maastricht-Heuvelland, geïnventariseerd of binnen de pilot een nadere verkenning zou kunnen plaatsvinden van de mogelijkheden tot samenwerking met betrekking tot het digitaal programma Helder. Helder is een webapplicatie waarmee de huisarts toegang krijgt tot thuiszorgdossiers van diens patiënten. Dit maakt online samenwerking met de thuiszorg mogelijk. Deze thuiszorgorganisaties waren gestart alle informatie te ontsluiten voor raadpleging door de huisartsen in het systeem.

Implementatie in huisartsenpraktijken

Besloten is om eerst met het programma Helder te gaan experimenteren (fase 1) aangezien we eerst ervaring willen opdoen, opdat de uitrol naar alle praktijken in de regio (fase 2) goed zal verlopen.

In fase 1, einde 2019, is een zestal huisartsenpraktijken gestart met de implementatie, waaronder de twee praktijken uit de Blauwe zorg wijken. Alle deelnemers zijn/worden vanuit de pilot Blauwe zorg in de wijk begeleid (uitleg programma, aanmaken account, installatie app).

Doelstellingen fase 1:

- De 3 grote VVT-instellingen (Envida, Mosae en TGL) maken gebruik van de Helder module en hebben alle informatie van diens patiënten van deze huisartsenpraktijken ontsloten voor raadpleging via 'Helder'.
- Pilotpraktijken hebben toegang tot de patiënt informatie van de (wijk)verpleging via 'Helder' en doen ervaring op.
- Pilotpraktijken werken voor communicatie doeleinden met de VVT-medewerkers via Helder.

- **Focus en uitrol 2020**

Verwacht wordt dat de uitrol naar alle huisartsenpraktijken medio 2020 kan plaatsvinden (na positieve beoordeling fase 1), zodat alle huisartsen toegang hebben tot en gebruik kunnen maken van Helder. Hiervoor moeten de thuiszorgorganisaties zorgen dat alle patiënten toestemming hebben gegeven en zijn ingevoerd in het systeem Helder. Daarna heeft de huisarts real-time inzicht in gezondheidsinformatie vastgelegd door (wijk) verpleegkundige en zal de afstemming tussen thuiszorg en huisarts eenvoudiger en efficiënter verlopen.

Tegelijkertijd worden in 2020 ook andere thuiszorginstellingen in de regio benaderd over het inregelen van Helder binnen hun organisatie.

Bovendien zal in 2020 ook bekeken worden in hoeverre het programma Helder gebruikt kan worden om met andere disciplines beter te kunnen samenwerken.

Daarnaast zal er ook rekening mee worden gehouden hoe Helder past in combinatie met de landelijke programma's VIPP, InZicht, en OPEN waarbij eenheid van taal, registratie aan de bron en het eenvoudig kunnen uitwisselen van gezondheidsinformatie tussen verschillende systemen centraal staat.

Project 7: Your Coach Next Door

YCND is een integrale aanpak voor álle kinderen met overgewicht. Het idee van YCND is dat gezinnen zich melden vanuit een signaleringsfunctie door jeugdartsen, CB artsen, jeugdverpleegkundigen POH's, wijkteams, team jeugd, scholen, huisartsen etc. De aanpak van Your COACH Next Door is gestoeld op de principes binnen COACH van MUMC+: er is 1 centraal aanspreekpunt belichaamd door één 'COACH Next Door' die zich opstelt naast het gezin. Samen met het gezin wordt de situatie in kaart gebracht middels een brede vraagverheldering volgens de principes van Positieve Gezondheid en vervolgens wordt samen met het gezin bekeken welke activiteiten kunnen bijdragen aan een gezonde leefstijl. Het verschil met de COACH aanpak is dat YCND nastreeft om de kinderen en gezinnen, dichterbij huis, in hun eigen omgeving te ondersteunen door gebruik te maken van bestaande netwerken en interventies vanuit die omgeving. De meeste kinderen hoeven voor de aanpak van hun overgewicht immers niet naar het ziekenhuis.

Werkwijze YCND

Binnen YCND gaan kind en gezin, na een uitgebreid intakegesprek waarin ook de behoefte en wensen van kind en gezin besproken worden, aan de slag met een plan van aanpak op maat. De kinderen en gezinnen worden begeleid door de jeugdverpleegkundige in de rol van centrale zorgverlener. Waar nodig voegt de centrale zorgverlener in overleg met kind en gezin vanuit een coherent lokaal netwerk (zorg)componenten op het gebied van voeding, beweging en gedrag toe, die specifiek van toepassing zijn voor het betreffende kind en gezin. Gedurende het traject vindt een afbouw plaats van de betrokkenheid van zorgprofessionals en uiteindelijk ook van de centrale zorgverlener. Het streven is om kind en gezin de regie uiteindelijk in eigen handen te geven en gaandeweg tools aan te reiken om de verandering van leefstijl duurzaam te integreren in het dagelijks leven.

Start YCND in Malberg (Maastricht)

In 2018 is met YCND kleinschalig gestart in Malberg met 15 casussen. Kinderen met (beginnend) overgewicht en obesitas en hun gezinnen kwamen hiervoor in aanmerking.

De centrale zorgverlener voor YCND

In eerste instantie is gestart met de inzet van 1 jeugdverpleegkundige en 1 POH Jeugd als centrale zorgverlener. Zij hebben hiervoor een tweedaagse scholing gevolgd. In de praktijk bleek al snel dat de POH Jeugd meer een rol had als netwerkpartner, dan primair als centrale zorgverlener aangezien huisartsen kinderen met overgewicht in eerste instantie niet naar de POH Jeugd sturen. De ervaring met de 15 kinderen in Malberg liet zien dat de rol zeer goed past bij de basistaak van de jeugdgezondheidszorg.

In 2019 is de doelgroep uitgebreid naar de Blauwe Zorg wijken. Per 1 september 2019 is het aantal jeugdverpleegkundigen werkzaam binnen YCND opgeschaald van 1 naar 3 en het aantal uur van 4 uur per week naar 24 uur per week. In 2019 is de scholing uit 2018 doorontwikkeld en in september gegeven aan de drie jeugdverpleegkundige die binnen YCND als centrale zorgverlener aan de slag zijn. Daarnaast hebben zij de scholing Positieve Gezondheid gevolgd.

Resultaten 2019

Bereik

De drie jeugdverpleegkundigen (geschoold tot centrale zorgverlener voor YCND) hebben in totaal met 100 kinderen (en/of hun ouders) een gesprek over overgewicht en leefstijl gevoerd. Van deze groep wonen 92 kinderen in de gemeente Maastricht. Hiervan zijn 48 kinderen woonachtig in de Blauwe zorg wijken, de andere helft in de wijk Malberg. Van de 100 kinderen die een

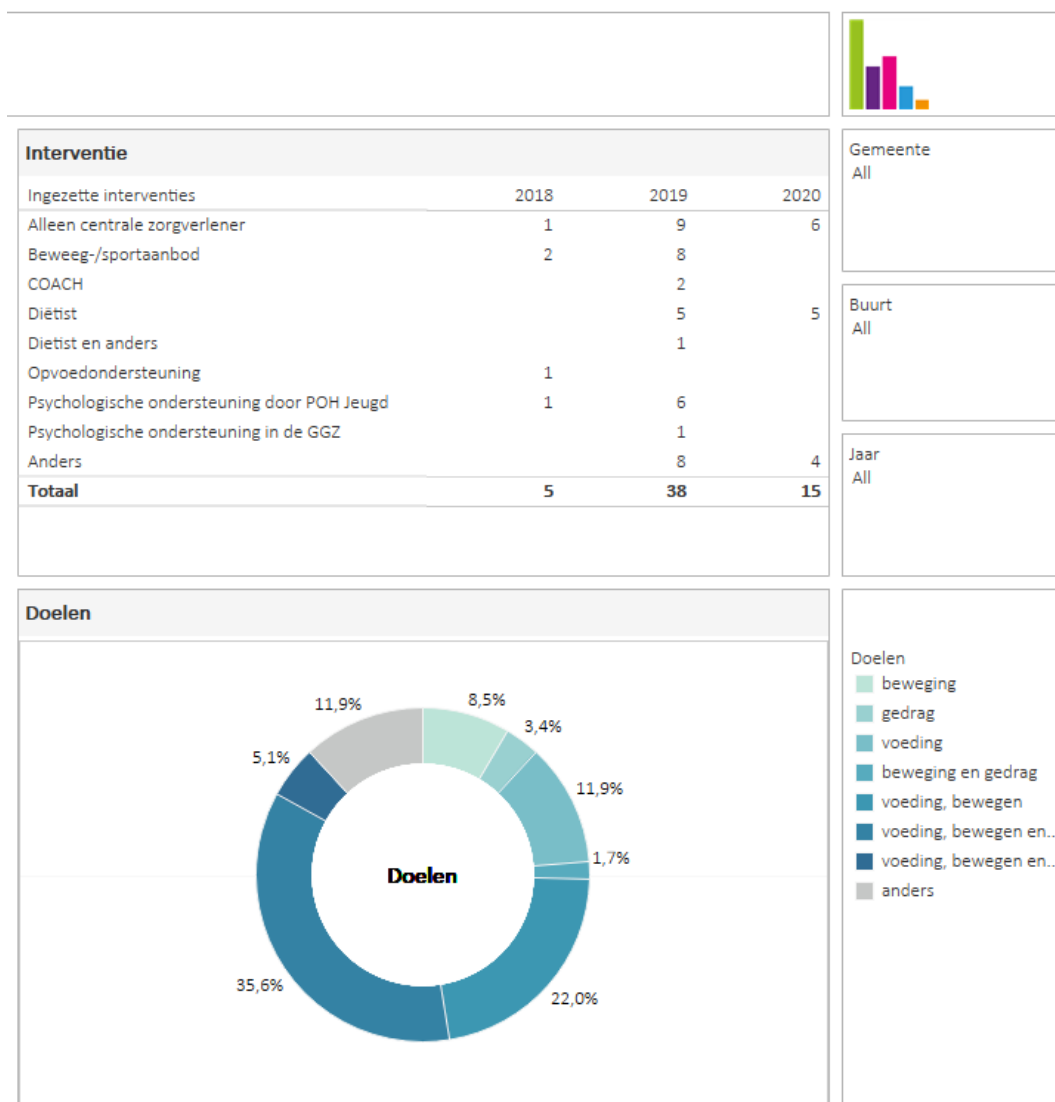
signaleringsgesprek hebben gehad zijn 46 kinderen gestart met begeleiding in het kader van YCND.

Evaluatie en Monitoring

Ten behoeve van de brede anamnese door de centrale zorgverlener worden voorafgaand aan het eerste contact vragenlijsten toegestuurd. De vragenlijsten ondersteunen de centrale zorgverlener bij de beeldvorming van de casuïstiek en worden meegenomen bij de overwegingen met betrekking tot het plan van aanpak wat met kind en gezin wordt opgesteld. Naast de bijdrage die de vragenlijsten leveren bij het ontwikkelen van een plan van aanpak vindt er evaluatie en monitoring plaats op basis van de vragenlijsten en de jaarlijkse meetmomenten die plaatsvinden.

Blauwe Zorg		YCND									
Caseload YCND											
Gemeente	Null	2018			2019				2020	Totaal	
		K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1		
Eijsden-Mar..							1	4	3	8	
Maastricht	3	4	2	1	6	8	14	46	17	92	
Totaal	3	4	2	1	6	8	15	50	20	100	
GGR-score per leeftijd											
GGR	4 t/m 11		12 t/m 17								
	# cliënten	% cliënten	# cliënten	% cliënten							
Licht verhoogd	10	32,3%	10	27,8%							
Matig verhoogd	9	29,0%	13	36,1%							
Sterk verhoogd	8	25,8%	8	22,2%							
Extreem verhoogd	4	12,9%	4	11,1%							
nvt			1	2,8%							
Totaal	31	100,0%	36	100,0%							
School cliënten											
opleiding/school											
Anders, namelijk		1									
HAVO		7									
MAVO		4									
Regulier basisonderwijs		63									
Speciaal basisonderwijs		2									
VMBO BB – KB – GL		6									
VMBO TL		2									
VWO		14									
Thuisituatie											
Gezinssamenstel..											
Gescheiden			22								
Getrouwd			36								
Samenwonend		5									
Anders		7									

Bron: Arrangementenmonitor 18-02-2020



Bron: Arrangementenmonitor 18-02-2020

Overige resultaten:

- Er is een maandelijks MDO opgezet waarin de jeugdverpleegkundigen de kinderen/gezinnen binnen YCND bespreken met de betrokken netwerkpartners.
- Eén keer per 4-6 weken vindt er een kerngroep-overleg YCND plaats. De kerngroep bestaat uit medewerkers van gemeente Maastricht, de pilot Blauwe zorg in de wijk, GGD, JOGG en MUMC+. In de kerngroep worden alle ontwikkelingen met betrekking tot YCND besproken, waaronder de resultaten tot nu toe, evaluatie en monitoring en de te nemen stappen ten behoeve van financiële borging van YCND.
- In 2019 is er een handleiding ontwikkeld voor de centrale zorgverlener. Deze handleiding ondersteunt de centrale zorgverlener en vormt een leidraad bij de uitvoering van de leefstijlinterventie YCND.
- Er is een intervisie-groep opgezet voor de jeugdverpleegkundigen onder leiding van de projectleider YCND.

- De jeugdverpleegkundigen nemen 2 x per maand deel aan het MDO bij COACH.
- De projectleiders YCND (vanuit de GGD en MUMC+) nemen deel aan de landelijke Learning Communities die een paar keer per jaar plaatsvinden en destijds zijn ontstaan in de proeftuinperiode ten behoeve van de ontwikkeling van het landelijk model.
- Met de inzet van de jeugdverpleegkundige en de POH Jeugd als centrale zorgverlener is het netwerk van COACH verder uitgebreid waardoor de netwerkaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas in Maastricht en Heuvelland nu stevig is ingebed in zowel het (para)medische als sociale domein.
In 2019 hebben ook voorbereidende gesprekken plaatsgevonden om het signaleringsveld beter te betrekken bij de aanpak YCND. Scholen, sportverenigingen, welzijnswerk en huisartsen zijn geïnformeerd. Het netwerk van JOGG kan steeds intensiever aansluiten op de aanpak YCND.
- De jeugdverpleegkundigen treden op als ambassadeur van de YCND aanpak. Zij zorgen voor aandacht voor de aanpak YCND binnen hun eigen organisatie en in het groeiende netwerk. Ook wordt er in de media aandacht besteed aan de aanpak. Er is een artikel geplaatst in Gezond Idee en ook op televisie is er aandacht geweest voor de netwerkaanpak in Maastricht bij NOS en op L1.

- **Focus en uitrol 2020**

- Voor het jaar 2020 is het vooral belangrijk dat we inzicht krijgen in welke kinderen wel/niet meedoen met het programma, welke gezondheidsklachten deze kinderen hebben, en of zij baat hebben bij de aanpak. Daarnaast wordt bekeken om de financieringsstromen in kaart te gaan brengen.
- Het versterken van vaardigheden (motiverende gespreksvoering) bij centrale zorgverleners: ongeveer de helft van de kinderen (en ouders) waarbij het gesprek over leefstijl en overgewicht gevoerd wordt, wil hier niet mee aan de slag.
- Netwerk verder uitbreiden, zodat de op maat begeleiding steeds dichterbij huis en leefomgeving van het kind kan plaatsvinden en er nog specifiek kan worden ingezet wat nodig is.
- Het uitwisselen van gegevens over het gezin en de aanpak op een efficiënte manier, blijft hierin een uitdaging.
- De YCND aanpak in Maastricht verduurzamen en borgen. Regionaal en provinciaal worden inmiddels plannen gemaakt om de YCND aanpak ook in andere gemeenten te kunnen implementeren naar het voorbeeld van Maastricht.

Project 8: Blauwe/Nieuwe GGZ

Om tot een duurzame verandering te komen, is een aantal interventies op het gebied van Blauwe GGZ ontwikkeld, die beproefd worden in de vier Blauwe zorg wijken.

- Werken vanuit Positieve gezondheid:
- Multidisciplinair team in praktijk
- GGZ-team in de wijk
- Team ervaringsdeskundigen

- **Positieve Gezondheid binnen de GGZ**

Een van de doelen binnen Blauwe/nieuwe GGZ is dat alle professionals werken vanuit het gedachtegoed van Positieve Gezondheid. Reeds in 2015 werd vastgesteld dat er behoefte was aan gemeenschappelijke taal op basis waarvan professionals in staat zijn om met elkaar te communiceren. Dit heeft vorm gekregen in het gebruik van Positieve Gezondheid. In 2018, 2019 en 2020 zijn/worden de GGZ-professionals die actief zijn in de wijken geschoold op het gebruik van Positieve Gezondheid. Zie ook project 1.

- **Multidisciplinair team in praktijken**

Een ander doel binnen Blauwe/nieuwe GGZ is om netwerkvorming in en rond de huisartsenpraktijk maximaal te stimuleren. Vanaf de winter van 2018 wordt een multidisciplinair team (MDO) in de huisartsenpraktijken georganiseerd. In dit MDO zitten huisartsen, POH-GGZ, een psychiater, een gedragswetenschapper, een vertegenwoordiging vanuit het Sociaal Domein en een ervaringsdeskundige. In bijlage 6 wordt schematisch weergegeven hoe de huisartsenpraktijken binnen de vier Blauwe Zorg wijken op dit moment samenwerken met het Sociaal Domein en met de GGZ.

Het MDO leidt er toe dat:

- Casuïstiek direct besproken wordt en triagering optimaal plaatsvindt;
- Netwerkvorming in de huisartsenpraktijk plaatsvindt – een aantal sleutelfiguren in de zorgverlening leren elkaar kennen en kunnen daardoor makkelijker gebruik maken van elkaars kennis en netwerk.

Het maandelijkse overleg in het MDO wordt door alle betrokkenen als zeer positief beoordeeld. Het heeft tot nieuwe banden geleid (bijvoorbeeld met de ervaringsdeskundigen), banden aangehaald (bijvoorbeeld tussen het Sociaal Domein en de huisarts) en banden versterkt (tussen alle betrokken professionals). Door de korte duur van het MDO (1u) en de hoeveelheid casuïstiek (>10 cliënten per overleg) is het niet mogelijk om cliënten zelf in het overleg te betrekken.

Het MDO in de huidige vorm draagt volgens de betrokken deelnemers bij aan:

- Een zinvol gesprek over de juiste inschatting van de aard en ernst van de problematiek van de patiënt van de huisarts (een betere inschatting van zorg voor Generalistische Basis GGZ, Specialistische GGZ, Sociaal Domein, begeleiding door een ervaringsdeskundige of geen zorg) – in lijn met de doelstellingen van De Juiste Zorg op de Juiste Plek.
- Een optimalisatie van door- en terugverwijzing vanuit verschillende zorginstellingen.
- Een groter vertrouwen tussen professionals (ten aanzien van de aard en wijze waarop behandeld wordt, maar ook om vragen te stellen en coaching te krijgen op eigen zorgverleningsprocessen).
- Een leerproces voor alle professionals ten aanzien van wat de best passende zorg is.

- **GGZ-team in de wijk**

Vanaf april 2019 is er in de Blauwe Zorg wijken een GGZ-team actief. Dit team bestaat uit professionals van de volgende organisaties: Mondriaan, MET GGZ, LEVANTOgroep, Leger des Heils, Trajekt, Radar, ZIO (POH-GGZ, projectleiding).

Het team omvat de volgende professionals: psychiater, gedragsdeskundigen (GZ-psychologen, psychotherapeut, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV-ers), maatschappelijk werker, ervaringsdeskundigen, intern begeleiders (IB-ers).

Deze professionals zijn afkomstig vanuit zowel het sociaal domein als het zorgverzekeringsdomein. De professionals voeren hun werkzaamheden uit voor het GGZ-team in de wijk en hebben minder verantwoordelijkheid naar hun moederorganisatie over de zaken die zij doen (waarbij wel de belangrijkste afspraken ten aanzien van privacy etc. geborgd zijn). Daarmee wordt voldaan aan de ambitie om domeinoverstijgend, integraal en white-label te werken.

Verwijzing naar het GGZ-team

De huisarts beslist samen met de cliënt of behandeling binnen dit team passend is. Indien zij beiden vinden dat dit het geval is, vindt verwijzing naar het GGZ-team plaats. Indien dit niet het geval is, vindt verwijzing naar andere zorgaanbieders binnen de regio plaats.

Werkwijze GGZ-team

Gezamenlijk worden aanmeldingen besproken en wordt gekeken wat, op basis van de informatie in de verwijzing, de best passende zorg zou kunnen zijn. De ambitie is om in de basis alle behandeling in de GGZ te doen vanuit het team en op te schalen naar andere zorg op het moment dat dit nodig is. Hierbij wordt de psychiater naar voren geschoven zodat minder onnodige stappen gezet moeten worden alvorens een goede inschatting wordt gemaakt.

Het team bespreekt ook hoe noodzakelijk behandeling/begeleiding op een bepaald niveau moet plaatsvinden. Dit heeft er in de afgelopen periode toe geleid dat er in toenemende mate begeleiding/behandeling vanuit een samenwerking tussen het Sociaal Domein het Zorgverzekeringsdomein heeft plaatsgevonden. Dit leidt tot minder onnodige behandeling in de GGZ en ook een snellere mogelijkheid op te schalen naar de GGZ indien dit nodig is. De eerste resultaten laten zien dat en dat er minder opgeschaald wordt.

Resultaten

Eerste resultaten wijzen uit dat 1) problematiek eerder wordt herkend, 2) er minder behandeling in de GGZ plaatsvindt en 3) professionals elkaar sneller kunnen vinden bij vragen/problemen. De verwachting is dat voorjaar 2020 nadere resultaten beschikbaar komen. Definitieve resultaten zullen pas kunnen worden gepresenteerd als 2019 volledig is uitgedeclareerd (eind 2020).

- **Team ervaringsdeskundigen**

Sinds mei 2018 is er in de Blauwe Wijk een white-label team van ervaringsdeskundigen actief. Deze ervaringsdeskundigen zijn actief in de rol van kwartiermaker en hebben de opdracht om te onderzoeken hoe ervaringsdeskundigheid in de wijk ingezet kan worden. De ervaringswerkers zijn chielid van de sociale teams en vervullen spreekuren in de wijk.

Samenstelling team

De samenstelling van het team heeft verschillende grootten gekend. In de basis leveren vier organisaties een ervaringsdeskundige aan: Levanto, Leger des Heils, MET GGZ en Mondriaan.

Elke organisatie stelt voor 18u per week een ervaringsdeskundige ter beschikking. Deze ervaringsdeskundige legt over haar/zijn werkzaamheden verantwoording af aan de projectleiding van De Nieuwe GGZ (Blauwe GGZ in de wijk). Dit borgt dat de professionals domeinoverstijgend, integraal en white-label kunnen werken.

Verwijzing naar de ervaringsdeskundigen

Alle professionals hebben een mogelijkheid om, in overleg met de burger/cliënt/patiënt naar de ervaringsdeskundigen te verwijzen. Tevens is het mogelijk dat bewoners zelf contact opnemen met de ervaringsdeskundigen. Dit leidt ertoe dat de ervaringsdeskundigen laagdrempelig beschikbaar zijn.

Resultaten

De ervaringsdeskundigen zijn een belangrijke schakel gaan vormen in de wijk. Ze waren in 2019 onder meer betrokken bij de volgende activiteiten:

- Zelfhulpgroepen in het kader van herstel in het algemeen
- Organisatie en onderhoud van AA en NA-groepen
- Begeleiden van individuele cliënten
- Uitwerking van de Onafhankelijke Cliëntondersteuning (OCO) in Maastricht
- De planvorming van een Zelfregiecentrum (ZRC) in Maastricht
- Inzet van de Crisiskaart
- Bevragen van standaardprocessen in de zorg
- Lid van het GGZ-team
- Onderdeel van het MDO in de huisartsenpraktijk
- Ontwikkeling en vormgeving van inloopfaciliteit in de wijk

- **Focus en uitrol 2020**

Met huisartsen en GGZ-professionals wordt gemonitord hoe ontwikkeling zich doorzet, wat de ontwikkeling betekent en hoe verschillen/overeenkomsten ontstaan/in stand gehouden worden. De verwachting is dat voorjaar 2020 nadere resultaten van het GGZ-team beschikbaar komen. Definitieve resultaten zullen pas kunnen worden gepresenteerd als 2019 volledig is uitgedeclareerd (eind 2020).

De pilot in de Blauwe Wijk is naast onderdeel van Blauwe Zorg in de Wijk ook onderdeel van de bredere beweging in het kader van DNG in Zuid-Limburg. Daardoor dient er voortdurend afstemming plaats te vinden over verschillende onderwerpen. Dit is concreet al zichtbaar bij ICT en Monitoring

Om tot optimale vormgeving van de zorgverlening te komen, wordt er binnen de op 1 augustus 2019, opgerichte Coöperatie DNG actief nagedacht over de facilitering van professionals in een netwerkorganisatie van zorg. Dit betekent dat er gekeken wordt naar hoe professionals gefaciliteerd kunnen worden in het verlenen van domeinoverstijgende zorg (behandelovereenkomst tussen professionals van verschillende organisaties en de cliënt) en informatie-uitwisseling tussen professionals (facilitering van ICT-oplossingen). Hierbij komen meerdere ontwikkelingen samen: de introductie van de MedMij-standaarden en de behoeften van de professionals in de wijk. De ambitie is om medio 2020 tot duurzame oplossingen te komen.

Project 9: Maatje op recept voor mensen (65+) met eenzaamheid

De gemeente Maastricht heeft zich als doel gesteld om de trend van stijgende eenzaamheid onder ouderen te keren. Want ook in Maastricht en specifiek in de Blauwe zorg wijken is eenzaamheid (bij ouderen) een probleem. Zie tabel 1.

Tabel 1. Kenmerken van ouderen (65+) in Wittevrouwenveld, Wyckerpoort en Nazareth

	Witte- vrouwenveld	Wyckerpoort	Nazareth	Maastricht	Nederland
Aantal inwoners per wijk	5.685	4.020	3.260	122.723	
Aantal 65+ in de wijk	12%	21%	17%	20%	
Kenmerken 65+:					
Laag opleidingsniveau	32%	14%	37%	16%	12%
Moeite met rondkomen	30%	11%	19%	15%	12%
Ervaren gezondheid (zeer) slecht	22%	13%	10%	10%	6%
(Ernstig) beperkt in activiteiten vanwege gezondheid	71%	50%	58%	57%	50%
Eenzaam:					
Matig tot zeer (Zeer) ernstig	69% 6%	55% 9%	57% 15%	56% 12%	48% 9%
Sociaal eenzaam	54%	55%	48%	54%	48%
Emotioneel eenzaam	47%	39%	39%	39%	32%
Matig tot sterk sociaal uitgesloten	12%	4%	10%	5%	x
Regie over eigen leven onvoldoende	25%	17%	28%	18%	15%
Kwaliteit van leven: (zeer) ontevreden	16%	13%	15%	10%	x
Wat minder dan gemid.	37%	23%	36%	28%	x

Bron: Monitor GGD, 2018

- **Maatje op recept**

"Maatje op recept" is een project in de vier Blauwe zorg wijken dat is gericht op mensen met eenzaamheidsproblematiek, die wel nog zelfredzaam zijn. Bij Maatje op recept helpt het maatje de ander zich beter te gaan voelen, *door samen haar of zijn sociale leven uit te breiden*. In de vier Blauwe zorg Wijken blijken 65+-ers zich eenzamer te voelen in vergelijking met Maastricht gemiddeld en Nederland.

Een maatje is een vrijwillig(st)er die wekelijks op bezoek gaat bij iemand die extra aandacht kan gebruiken. Er wordt aan de hand van positieve gezondheid, samen bekeken welke wensen iemand heeft. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om mensen die graag samen met iemand willen praten, wandelen, winkelen of tuinieren. Het doel is om sociaal weer actiever te worden.

In dit project is het de bedoeling dat de mensen via de huisarts, wijkverpleging, sociale teams, specialist ouderengeneeskunde, opbouwwerkers of Thuiszorg worden aangemeld bij de coördinator van het project.

Werkwijze

De vrijwilligers (maatjes) worden geworven en begeleid door een coördinator, die in het kader van dit project is aangesteld. De maatjes volgen een training.

De coördinator legt een verbinding met de lopende pilot 'Integraal casemanagement kwetsbare ouderenzorg' waaraan de betreffende huisartspraktijken deelnemen middels een kernteam gevormd door huisartsen, de wijkverpleegkundige, de casemanager dementie en de specialist ouderengeneeskunde. De ouderen worden voor dit project "gevonden" via deze professionals in de wijk. Maar ook o.a via medewerkers Huishoudelijke hulp en de sociale teams.

In overleg met de ouderen worden zij aangemeld bij de coördinator welzijnscoaches.

Via een huisbezoek door een vrijwillige welzijnscoach wordt gekeken waaraan de oudere behoefte heeft en van daaruit wordt samen met de oudere gekeken naar een "plan van aanpak". Daarbij kan worden gedacht aan:

- Kleine dienstverlening als klusjes en boodschappen;
- Toeleiding naar activiteiten en verenigingen in de buurt;
- En uiteindelijk dus netwerkversterking.

Doelgroep

De kwetsbare ouderen in vier wijken van Blauwe zorg, met in beginsel nadruk op Wittevrouwenveld. Daar is de ervaren eenzaamheid bij 65+-ers het grootst (zie tabel 1).

De secundaire doelgroep zijn de betrokken vrijwilligers die we inzetten als vrijwillige welzijnscoach.

Beoogd maatschappelijk effect

Ouderen zijn langer in staat om te participeren binnen een netwerk in de wijk. Ouderen krijgen hulp bij het op eigen kracht en naar eigen vermogen participeren in de wijk, waardoor eigen regie toeneemt en zorggebruik afneemt. Tevens worden de betrokken vrijwilligers alert gemaakt op de eigen aankomende oude dag en de voorbereidingen in hun netwerk die ze daarvoor zouden moeten nemen.

- **Resultaten**

De maatjestraining is op 8 oktober 2019 begonnen. Er hadden zich 11 bewoner aangemeld.

Uiteindelijk hebben 8 mensen een certificaat van de training ontvangen.

In de periode tot en met 1 februari 2020 zijn 7 bewoners aangemeld voor een maatje. Er zijn 4 matches ontstaan tussen bewoner en maatje en 3 matches zitten nog in de planning.

Het proces van koppelen (het vinden van een match) kost tijd. Er gaat een aantal gesprekken overheen voordat de juiste match plaatsvindt. Ook doen zich onverwachte omstandigheden voor, vaak fysieke problemen bij de bewoners, waardoor een afspraak niet door kan gaan en uitgesteld moet worden.

- **Focus en Uitrol 2020**

Op dit moment is nog niet duidelijk of en hoe de verdere uitrol van dit project in 2020 zal plaatsvinden.

Meer informatie over Blauwe Zorg in de wijk?

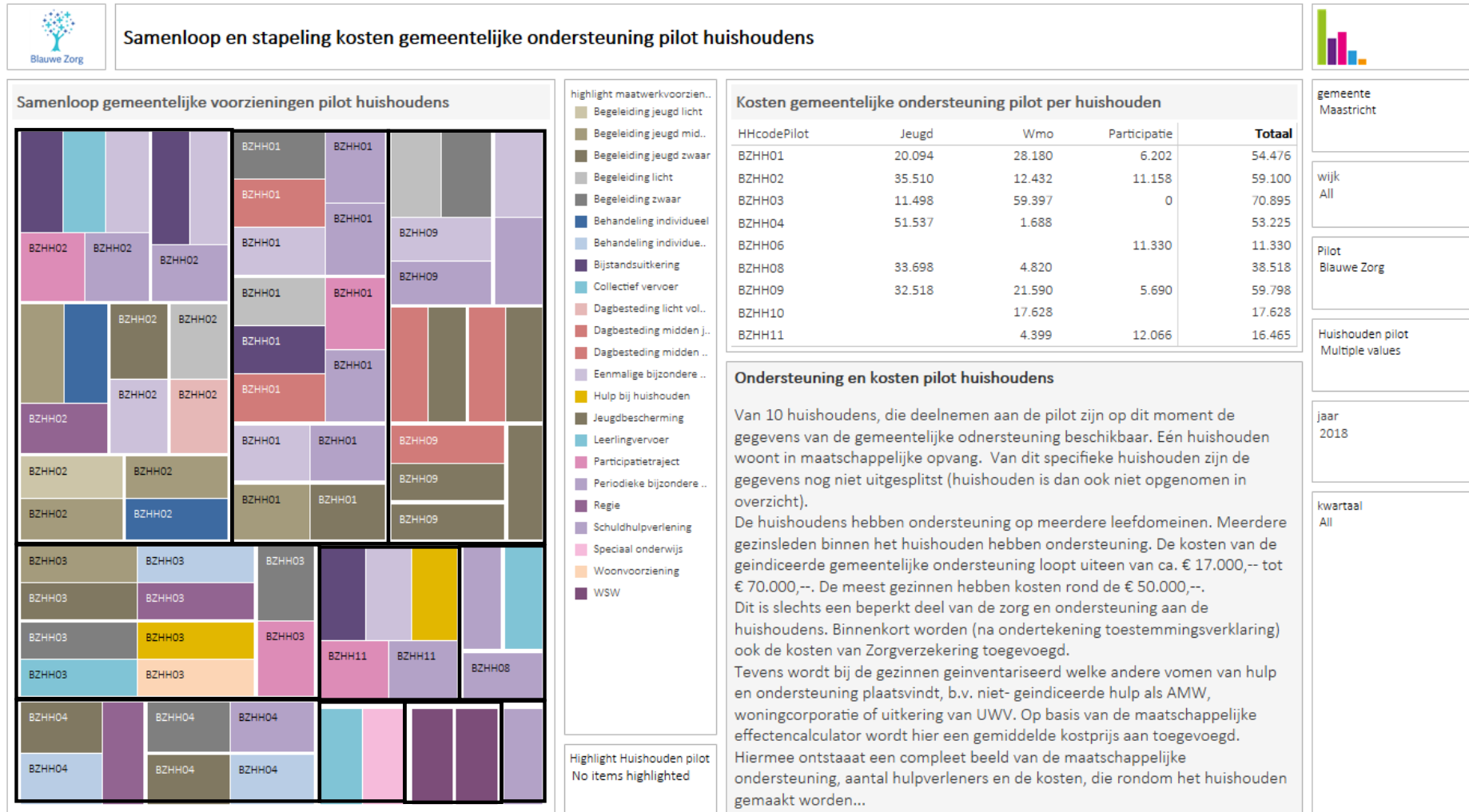
www.blauwezorgindewijk

Bijlage 1 Monitoring Projecten

Nr.	Project	Doelgroep Evaluatie	Smiley's (kwaliteit van leven, kwaliteit van zorg)	ICECAP Kwaliteit van Leven	Vragenlijst Positieve gezondheid	Specifiek voor project
1	Positieve Gezondheid bij Professionals	Professionals die de trainingen hebben gevolgd 2018/2019/2020			Voor- en nameting	Procesevaluatie: training PG/werkplezier. Na één week: bijlage 4 Elke 6 maanden: Bijlage 5 Interviews UM promotieonderzoek
2	POH Jeugd en Positieve Gezondheid	Kind/jongere/ouders die ondersteuning heeft/ hebben gehad van POH				<ul style="list-style-type: none"> • Medix Cliëntanalyse • Evaluatie dienstverlening/tevredenheid POH: bijlage 6 • Analyses: verwijzingen, opvolging, looptijd, problematiek etc. • Maatschappelijke businesscase
3	Gezamenlijke aanpak huishoudens met hoge domeinoverstijgende kosten	Gezinsleden van de deelnemende gezinnen	Voor- en nameting	Voor- en nameting	Voor- en nameting	Analyses op basis van: <ul style="list-style-type: none"> • Arrangementenmonitor- gemeentelijke vz • Gegevens Zvw - zorgvoorzieningen • Inventarisatie overig ondersteuning • Maatschappelijke businesscase
4	Professionals aan zet	Leden twee Sociale Teams en twee huisartsen				<ul style="list-style-type: none"> • Procesevaluatie: <ul style="list-style-type: none"> - aantal verwijzingen van ST naar HA - soort verwijzingen/inhoud vraag - tevredenheid samenwerking
5a	Burgers aan zet	Burgers die de workshops hebben gevolgd	Voor- en nameting			<ul style="list-style-type: none"> • Evaluatie workshops • UM promotieonderzoek: steekproef populatie
5b	Citizen Science	Ambassadeurs Positieve gezondheid	Voor- en nameting		?	<ul style="list-style-type: none"> • Vita 16, straks Icecap • Ingeborg: vragenlijsten opvragen
6	Multidisciplinaire Samenwerking: Invoering ICT Tool: Helder	Huisartsenpraktijken en wijkverpleegkundigen				Procesevaluatie: <ul style="list-style-type: none"> - aantal cliënten ingevoerd in Helder - tevredenheid Helder - tevredenheid samenwerking

Nr.	Project	Doelgroep Evaluatie	Smiley's (kwaliteit van leven, kwaliteit van zorg)	ICECAP Kwaliteit van Leven	Vragenlijst Positieve gezondheid	Specifiek voor project
7	Your coach next door	Kinderen/jongeren die deelnemen en hebben deelgenomen aan YCND				Evaluatie dienstverlening/tevredenheid Coach Registratie deelnemers Vragenlijst YCND Vragenlijst Voeding Baecke vragenlijst SDQ Kidscreen Vragenlijst Tevredenheid
8	Blauwe GGZ nieuwe stijl	Doelgroep GGZ Professionals	Voor- en nameting in overleg met B. Rutten		?	<ul style="list-style-type: none"> • Onderzoek Bart Rutten • Wijk/doelgroepanalyse LVB/GGZ Arrangementenmonitor
9	Maatjesproject voor mensen met eenzaamheid in de wijk		Voor- en nameting		Voor- en nameting	<ul style="list-style-type: none"> • Gebruik en kosten WMO Gemeente • Frequentie en kosten Zvw

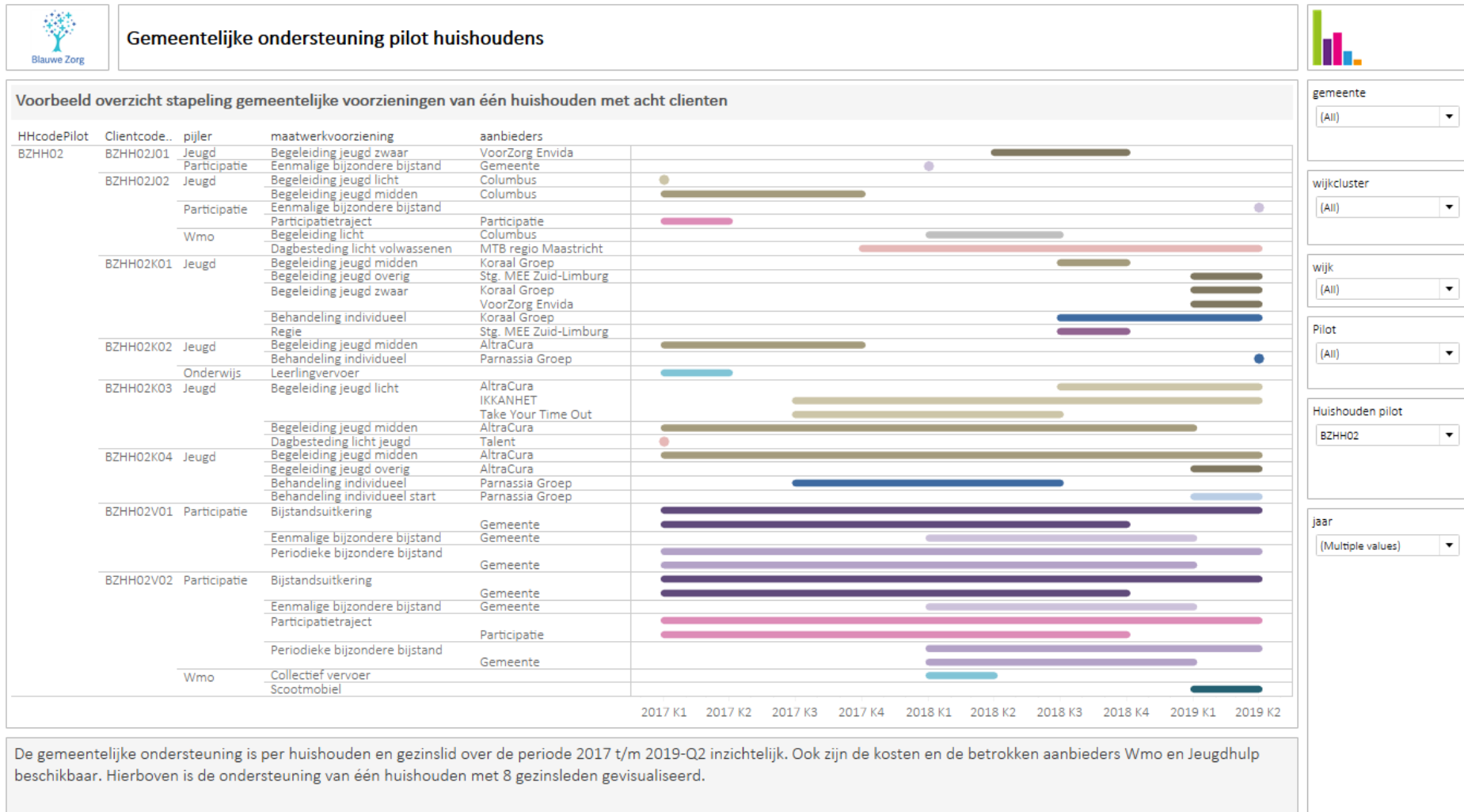
Bijlage 2 project 3



De dikke zwarte lijnen rondom de blokken vormen één gezin. In totaal worden hier 10 HH weergegeven.

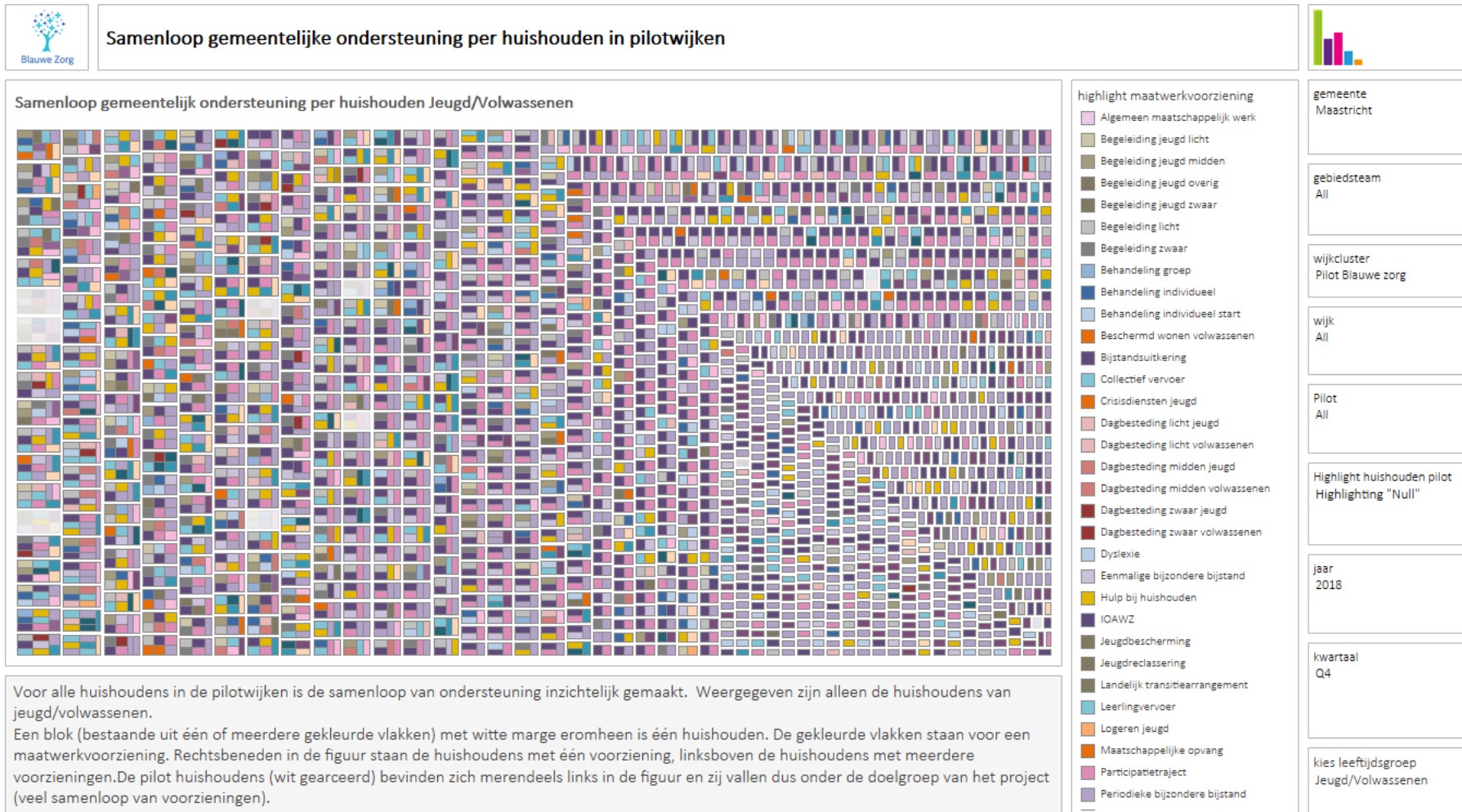
Bijlage 3 Project 3

Voorbeeld van stapeling van de zorg binnen één Huishouden over de periode 2017 t/m medio 2019



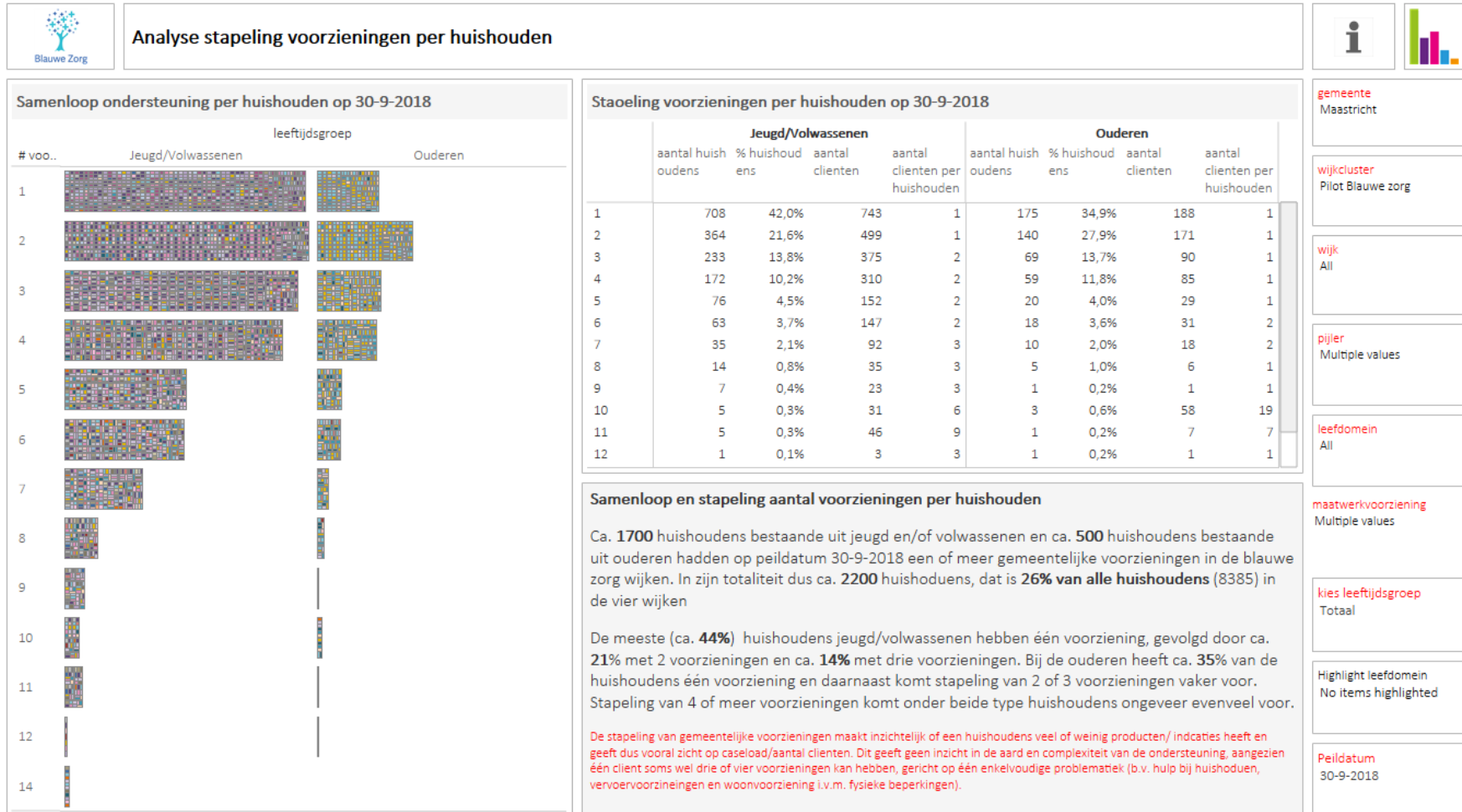
Bijlage 4 Project 3

De 10 HH (witte blokjes) tussen alle HH uit de wijken die gemeentelijke ondersteuning krijgen



Bijlage 5 Project 3

Analyse Stapeling voorzieningen alle HH in wijken

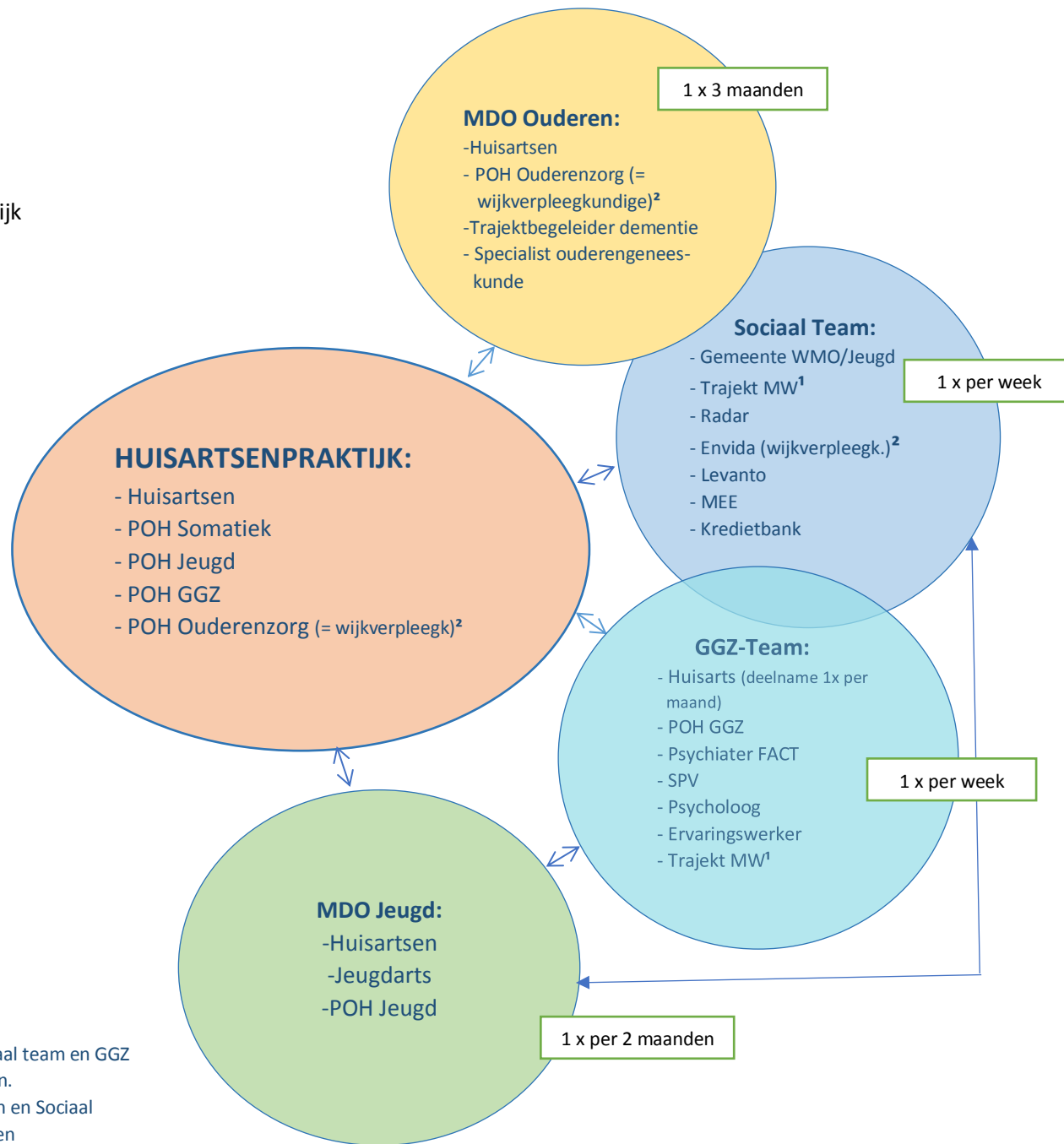




Bijlage 6 Project

VOORBEELD

Samenwerking Zorg-Sociaal domein in de wijk



¹ Maatschappelijk werker (MW) is linkin pin tussen Sociaal team en GGZ team, en heeft ook rechtstreeks overleg met huisartsen.

² Wijkverpleegkundige is linkin pin tussen MDO Ouderen en Sociaal Team, en heeft ook rechtstreeks overleg met huisartsen (=Praktijkondersteuner Ouderenzorg)

