

Eindrapport

Blauwe Zorg in de wijk

- Resultaten projecten en interventies 2016-2020 –

“Regionale samenwerking in de zorg werkt!”



Deze pilot is mede mogelijk gemaakt door subsidie van de gemeente Maastricht,
zorgverzekeraar VGZ en de Provincie Limburg

Financiers en partners:



Gemeente Maastricht

provincie limburg



Huisartsen
MAASTRICHT
OOST



Zó wil ik leven.

Leuanto
GROEP



huisartsenzorg
heuvelland



Maastricht UMC+



burgerkracht Limburg



trajekt

Mondriaan



voor geestelijke gezondheid



Maastricht University

Leading in Learning!

met ggz

arrangementen
monitor.



Auteur:

Ingeborg Wijnands-Hoekstra (ZIO Zorg in Ontwikkeling)

Meer informatie:

www.blauwezorgindewijk.nl

Inhoud

1. Inleiding	4
2. Pilot Blauwe Zorg in het kort	5
3. Governance en commitment	7
3.1. Opzetten governancestructuur	7
3.2. Governance	8
3.3. Commitmentverklaring	9
3.4. Betrokkenheid van burgers	9
3.5. Samenwerking huisartsenpraktijken	9
4. Casussenboek: casusgestuurd leren	9
4.1. Ontwikkeling Casussenboek	9
4.2. Knelpuntenanalyse	10
4.3. Ontwikkeling projecten	10
5. De projecten	10
6. Resultaten van de projecten	11
6.1. Monitoring en evaluatie	11
6.2. Project 1: Positieve Gezondheid bij professionals en burgers	12
6.3. Project 2: Praktijkondersteuner Jeugd	13
6.4. Project 3: Huishoudens met domein overstijgende kosten en gezinsregie	13
6.5. Project 4: Professional aan zet	14
6.6. Project 5: Multidisciplinaire Samenwerking: Digitale Overlegtafel	15
6.7. Project 6: Your coach next door	15
6.8. Project 7: Nieuwe/Blauwe GGZ	16
7. Resultaten van de samenwerking	17
8. Lessons Learned	18
9. Conclusie	19
10. Toekomst	20
11. Bestuurders/financiers aan het woord	21

BIJLAGEN

- Bijlage 1 Wijkprofiel Blauwe Zorg wijken
- Bijlage 2 Rapport Project 1 Positieve Gezondheid bij professionals en burgers
- Bijlage 3 Rapport Project 2 Praktijkondersteuner Jeugd
- Bijlage 4 Rapport Project 3 Huishoudens en gezinsregie
- Bijlage 5 Rapport Project 4 Professional aan zet
- Bijlage 6 Rapport Project 5 Multidisciplinaire Samenwerking: Digitale Overlegtafel
- Bijlage 7 Rapport Project 6 Your Coach Next Door
- Bijlage 8 Rapport Project 7 Nieuwe/Blauwe GGZ in de wijk
- Bijlage 9 Lessons Learned
- Bijlage 10 Publicaties/aandacht in de media

1. Inleiding

Voor u ligt de eindrapportage van de pilot 'Blauwe zorg in de wijk' waarin zorg- en welzijnsaanbieders, de gemeente Maastricht en zorgverzekeraar VGZ vanaf 2016 samen een experiment voor vijf jaar hebben uitgevoerd. Een experiment waarmee de partijen beoogden échte innovaties in de zorg in de wijk te realiseren; in gedrag, in werkwijze en in de manier waarop we naar problemen van burgers kijken.

De ambitie van de pilot Blauwe Zorg in de wijk was een beweging in gang te zetten 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. De pilot is gefinancierd door de gemeente Maastricht, de Provincie Limburg en zorgverzekeraar VGZ (de facto VEZN).

Binnen Blauwe zorg in de wijk is aan de hand van meerdere projecten aan deze ambitie gewerkt. Bij de implementatie van de pilot is in de regio Maastricht-Heuvelland een netwerk van bestuurders en professionals van zorgaanbieders en financiers ontstaan, op zowel het sociale- als op het zorgdomein.

REGIONALE SAMENWERKING IN DE ZORG WERKT!

De resultaten van de vijfjarige pilot Blauwe Zorg in de Wijk tonen dat overtuigend aan. De pilot laat zien dát het anders kan en hóe het anders kan. Blauwe Zorg in de Wijk heeft een beweging in gang gezet die bewijst dat betere samenwerking leidt tot méér kwaliteit tegen lagere kosten. Het gedachtegoed Positieve Gezondheid zorgt ervoor dat inwoners zich gezonder voelen en kwalitatief betere zorg ervaren en sluit bovendien goed aan bij hoe medewerkers in de zorg willen werken. Hierdoor is het vertrouwen in en draagvlak voor verdere innovatie en transformatie van de zorg gegroeid.

Met Alliantie Santé beschikken we in de regio Maastricht-Heuvelland over een sterke coalitie van zorgverzekeraar, gemeenten en aanbieders die er samen in geloven dat samenwerking werkt. De pilot is beëindigd, de beweging is niet meer te stoppen

In dit rapport worden in paragraaf 2 de opzet en doelstellingen van de pilot beknopt beschreven. Paragraaf 3 geeft een beschrijving van hoe de governance is georganiseerd en van het bereikte commitment. In paragraaf 4 wordt toegelicht hoe we bij aanvang te werk zijn gegaan in de praktijk, door eerst een casussenboek te maken. Vervolgens worden in paragraaf 5 de projecten toegelicht die zijn uitgevoerd in de pilot. Paragraaf 6 geeft een korte beschrijving van de resultaten per project. Voor de uitgebreide beschrijvingen van de interventies, de resultaten, conclusies, aanbeveling en borging van de projecten wordt verwezen naar de evaluatierapporten in bijlage 2 t/ 8. Paragraaf 7 beschrijft de resultaten van de samenwerking. Welke lessen we hebben geleerd staan beschreven in paragraaf 8. Tenslotte worden in paragraaf 9 de (algemene) conclusies beschreven en in paragraaf 10 de borging van de succesvolle samenwerking naar de toekomst toe.

2. Pilot Blauwe Zorg in het kort

Aanleiding

Blauwe Zorg is op 1 januari 2013 gestart in Maastricht-Heuvelland als een van de negen proeftuinen van VWS, gericht op het realiseren van betere zorg tegen lagere kosten. De hoofddoelstelling is om zorg te optimaliseren volgens het zogenaamde triple aim principe van Berwick et al. Dit principe stelt dat er drie doelen simultaan worden nagestreefd: een betere gezondheidstoestand van de patiënt, betere kwaliteit van zorg bij lagere of gelijke zorgkosten. In 2013 hebben zorgaanbieders en financiers in de regio Maastricht-Heuvelland zich in 2013 verenigd in het bestuurlijk netwerk 'Alliantie Santé'. Blauwe Zorg is geen project, maar veel meer een beweging en een gedachtegoed waarin we duurzaamheid binnen de gezondheidszorg willen bewerkstelligen. De focus ligt hierbij niet op minder zorg leveren, maar op het anders inrichten van de zorg.

De aanleiding voor de pilot 'Blauwe Zorg in de wijk' vormen gesprekken in 2015 en 2016 over het gedachtegoed Blauwe Zorg met financiers, bestuurders, zorgprofessionals en burgers in Maastricht-Heuvelland. Daar is vaak de zorg geuit over de veranderingen en bezuinigingen in het zorgveld. Als belangrijke knelpunten in de zorg werden genoemd de betaalbaarheid van zorg en de financiële schotten tussen verschillende regelingen waarbinnen zorg aangeboden wordt. Daarnaast werden tijdgebrek, bureaucratisering en het langs elkaar heen werken van diverse welzijns-, zorg- en overheidsorganisaties, ook als voorname hindernissen genoemd.

ZIO (Zorg in ontwikkeling), gemeente Maastricht, VGZ, Burgerkracht Limburg en de GGD Zuid-Limburg namen in 2016 het initiatief om aan de hand van een pilot in een viertal Maastrichtse wijken deze knelpunten te gaan aanpakken. Uit een rondgang langs bestuurders en beroepskrachten van welzijns- en zorgaanbieders in de regio, de gemeente en financiers bleek dat er veel draagvlak was om samen een experiment aan te gaan om de zorg anders te gaan inrichten.

Missie

“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. Het is de overtuiging van de samenwerkende partijen dat de manier waarop we zorg aanbieden kan worden verbeterd door meer samen te werken en het lerend vermogen van alle stakeholders in focus te brengen. Door met alle samenwerkende partijen oog te hebben voor de individuele krachten van wijkbewoners en beroepskrachten werken wij aan een verbetering van de algemene gezondheid en de aanpak van de hulpvragen van alle bewoners in de wijken (lichamelijk, sociaal en/of psychisch). Binnen deze pilot zijn burgers en professionals gezamenlijk aan zet, zij moeten de ruimte krijgen om te doen wat nodig is en wat werkt. Uitgangspunt is het concept van Positieve Gezondheid (Huber, 2011). De pilot Blauwe zorg in de wijk is een leeromgeving in de regio/provincie en land. Met een domein overstijgende blik wordt een groot aantal projecten gestart waarbij er twee kanten op geleerd wordt: 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”.

Visie

Om de missie te verwezenlijken dragen alle samenwerkende partijen in Blauwe Zorg in de wijk Positieve Gezondheid en het vermogen te leren uit, in al haar projecten en dagelijkse activiteiten.

Wij streven naar:

- Bewoners die actiever betrokken zijn bij en meer regie hebben over hun eigen gezondheid en zorg;
- Beroepskrachten die vanuit hun expertise en vanuit de behoefte/hulpvraag van de cliënt kunnen handelen, los van het instellingsbelang;
- Een systeem waar de inhoud leidend is en zorg zo efficiënt mogelijk wordt ingezet;
- Het veranderen van de focus van ziekte en zorg naar een focus op gezondheid, welzijn en gedrag.

De kennis die wordt opgedaan in deze pilot leidt ertoe dat het gezondheidssysteem op wijkniveau beter functioneert en de algemene gezondheid van de wijkbewoners omhoog is gegaan (in termen van: kwaliteit van leven, kwaliteit van zorg en efficiency van zorg).

Betrokken partijen

Bij de wijkpilot Blauwe Zorg zijn de volgende partijen betrokken:

VGZ, Gemeente Maastricht, ZIO, Envida, GGD Zuid-Limburg, Burgerkracht Limburg, Levanto, Provincie Limburg, Radar, Trajekt en Xonar. Binnen een van de projecten van de pilot zijn ook de GGZ-partners vertegenwoordigd: Leger des Heils, MetGGZ en Mondriaan.

Doelgroep

De pilot is gericht op bestuurders en professionals van zorgaanbieders en financiers op zowel het sociale- als op het zorgdomein in de regio Maastricht-Heuvelland.

De uiteindelijke doelgroep zijn de burgers uit de vier Maastrichtse Blauwe Zorg wijken, waarbij speciale aandacht uitgaat naar kwetsbaren (lage SES, ouderen, gezinnen met domeinoverstijgende kosten, jeugd en jongeren met problematiek, en GGZ cliënten).

Doelstellingen

Patiënt/klant

- Wijkbewoners scoren hoger op de domeinen van Positieve Gezondheid.
- De bewoners die deelnemen aan de interventies ervaren een hogere kwaliteit van leven en gezondheid.
- Bij de bewoners die deelnemen aan de interventies is het bewustzijn over hun eigen rol in de kwaliteit van leven toegenomen, alsmede de zelfredzaamheid.
- Toename van de kwaliteit van zorg zoals die door de patiënt/klant na afloop van de interventie wordt ervaren.

Zorgaanbieder(s)

- Meer zicht op welke andere zorgaanbieders/hulpverleners ook zorg- en/of dienstverlening bieden aan cliënten.
- Betere afstemming en communicatie tussen hulpverleners die betrokken zijn binnen cliënten (beroepskrachten uit sociaal team, van zorg- en welzijnsinstellingen (ook GGZ) en eerstelijns).
- Meer ruimte/mogelijkheden voor de hulpverleners om onafhankelijk, domeinoverstijgend, vraaggestuurd en/of persoonsoverstijgend met cliënten te werken.
- De hulpverleners zijn beter aangehaakt met een integraal gevoel van verantwoordelijkheid voor cliënten.
- Hulpverleners rapporteren een hogere medewerkerstevredenheid.

Financiers

- Gestreefd wordt naar afnemende, maar in ieder geval gelijkblijvende zorg- en ondersteuningskosten.

De doelstellingen en visies die ten grondslag liggen aan de wijkpilot liggen in het verlengde van de beleidsagenda's van de financiers, te weten de gemeente Maastricht, de Provincie Limburg en de zorgverzekeraars i.c. VGZ.

Blauwe Zorg wijken

De pilot vindt plaats in vier Maastrichtse wijken: Wittevrouwenveld, Wyckerpoort, Nazareth en Limmel. De aanleiding daarvoor is gelegen in het specifieke karakter van deze wijken, de blijvend hoge uitgaven van collectieve middelen in deze wijken en de gezamenlijke overtuiging dat meer van hetzelfde geen significante verandering of verbetering gaat opleveren. Deze Blauwe Zorg wijken kenmerken zich door een slechtere gezondheid van de inwoners ten opzichte van het gemiddelde in Maastricht. De mensen in deze wijken ervaren hun gezondheid veel minder vaak als goed. De buurten zijn niet vergrijsd, maar kennen wel een lage sociaal economische positie (laag opleidingsniveau, laag inkomen). De inwoners geven met name aan kwetsbaar te zijn op mentaal vlak, financieel vlak en regievoeren over hun leven. Dit is ook terug te zien in de zorg en ondersteuningsconsumptie. De inwoners van de Blauwe Zorg wijken maken met name gebruik van ondersteuning op het vlak van financiën en participatie, jeugd- en volwassen GGZ en individuele begeleiding vanuit de Wmo.

Wat betreft lichamelijke klachten is de zorgvraag minder groot, de reden hiervoor is dat deze wijken minder vergrijsd zijn. Bij het domein meedoen is te zien dat relatief veel mensen "langs de kant staan". Eenzaamheid komt veel voor, de sociale cohesie is minder groot, er zijn minder vrijwilligers en mantelzorgers en de leefbaarheid en veiligheid wordt gemiddeld als minder groot ervaren. De kenmerken van deze wijken worden weergegeven in bijlage 1.

3. Governance en commitment

3.1. Opzetten governancestructuur

De eerste twee jaar van de pilot Blauwe zorg in de wijk hebben in het teken gestaan van het in gang zetten van de beweging bij de bestuurders en beroepskrachten van het brede zorg en- welzijnsveld in Maastricht-Heuvelland. In het najaar 2016 en 2017 zijn meerdere gesprekken gevoerd met bestuurders en managers van alle eerdergenoemde partijen. Deze gesprekken dienden als kennismaking, maar ook om de wensen, behoeften en belangen van de partijen ten aanzien van de voorgenomen pilot te inventariseren.

Alle partijen waren gemotiveerd, hechtten belang aan de pilot en wilden meedoen. De wijkpilot werd door partijen gezien als een mogelijkheid om het gemeenschappelijke doel van alle betrokken partijen, namelijk het bevorderen van de levenskwaliteit van de burger, een stevige impuls te geven. Men onderstreepte het gegeven dat hoewel de wijkpilot van oorsprong lokaal was, deze good practices zou kunnen opleveren die ook elders in Maastricht, in de regio Heuvelland, provincie Limburg of wellicht zelfs in Nederland benut zouden kunnen worden.

Uit de gesprekken bleek dat voor een succesvolle opstart van de wijkpilot er behoefte was aan een heldere governance en ambitieuze, maar ook hele concrete projecten. Een governance waarmee slagvaardigheid maar zeker ook draagvlak georganiseerd kon worden. De partijen zagen graag dat de pilot op korte termijn van start zou gaan.

In mei 2017 werd een overzichtelijk en compacte governancestructuur vastgesteld door de partijen. Het betrof een open structuur; iedere organisatie kon meedoen aan de wijkpilot, mits de voorwaarden en uitgangspunten werden onderschreven.

3.2. Governance

De governance zag er als volgt uit (zie ook figuur 1):

Ambassadeursgroep

De Ambassadeursgroep Blauwe Zorg in de wijk bestond uit tien bestuurders en vormde een vertegenwoordiging van partijen die essentieel waren voor het succesvol uitrollen van de wijkpilot. Deelnemers: GGD Zuid Limburg, Envida, Gemeente Maastricht, Burgerkracht Limburg, Levanto, Radar, Trajekt, Xonar, ZIO en Zorgverzekeraar VGZ. De ambassadeurs representeerden de stem van de deelnemende organisaties en formuleerden en bewaakten de uitgangspunten van de pilot.

Dagelijks Bestuur

Het DB bestond uit financiers en uitvoerders: gemeente Maastricht, zorgverzekeraar VGZ, Levanto, Envida en ZIO. Het DB gaf leiding aan het programmteam, was laagdrempelig en ondersteunde en stimuleerde het programmteam. Het DB werd voorgezeten door een onafhankelijk voorzitter.

Financiersoverleg

De gemeente Maastricht, de Provincie Limburg en zorgverzekeraar VGZ (de facto VEZN) hebben gedurende vijf jaar subsidies toegekend aan de pilot Blauwe Zorg in de wijk. In het overleg tussen deze financiers vond afstemming plaats over de financiering, verantwoording en de eventuele financiële verrekening die voortvloeide uit de wijkpilot. De financiers stelden de (beleidsmatige en financiële) kaders en uitgangspunten voor de wijkpilot vast en toetsen de voortgang op basis van rapportages van het programmteam. Het DB legde inhoudelijke en financiële verantwoording af aan het financiersoverleg.

Programmteam

Vanwege de veelheid en diversiteit aan projecten binnen de pilot was het van belang dat er coördinatie zou plaatsvinden tussen de verschillende projecten. De programmamanagers uit het programmteam initieerden projecten, bereidden de projectvoorstellen voor en zorgden voor monitoring, evaluatie en rapportage. Daarnaast zorgden zij voor de aansturing van de projectteams.

Figuur 1 Governance Blauwe Zorg in de wijk



3.3. Commitmentverklaring

In april 2018 is een gezamenlijke commitmentverklaring getekend waarin de afspraken van de pilot zijn vastgelegd. Dit commitment had vooral betrekking op de filosofie en de uitgangspunten van de wijkpilot in het algemeen en de bereidheid om met elkaar te willen leren, nieuwe wegen te verkennen en waar nodig mee te investeren om de beoogde resultaten te behalen. In de commitmentverklaring zijn de 'gedragsintenties' van alle betrokken partijen vastgelegd. Van elke organisatie werd gevraagd om de uitgangspunten van de wijkpilot te onderschrijven.

Een voorbeeld van een uitgangspunt is: "Professionals dienen binnen de wijkpilot de professionele ruimte te krijgen om te kunnen doen wat nodig is, zij moeten als zij effectief willen zijn, over een hoge mate van professionele autonomie kunnen beschikken. Van hen mag ook gevraagd worden dat zij de geboden ruimte optimaal benutten en waar nodig de samenwerking met andere professionals zoeken. Het bieden van ruimte draagt bij aan het commitment van de professionals omdat zij hiermee het gevoel krijgen dat ze kunnen doen wat de cliënt nodig heeft op de juiste plaats en op het juiste moment. Dit betekent bovendien dat de professional mandaat nodig heeft om besluiten te nemen op het niveau van de projecten."

3.4. Betrokkenheid van burgers

De betrokkenheid van de burgers (in de wijken) werd door de betrokken partijen van groot belang geacht. Het was daarom dus ook van groot belang dat de stem van de burger sterk vertegenwoordigd zou zijn in de te ontwikkelen projecten en in de governance van de wijkpilot (dit is Burgerkracht Limburg). Een ander uitgangspunt van het commitment was daarom: "De basis van de wijkpilot ligt in de verbinding met buurt- of wijkinitiatieven en de mensen die daarachter als gangmaker of initiatiefnemer zitten. Deze verbinding moet ertoe leiden dat de projecten goed blijven aansluiten bij wat er écht nodig is en er ook optimaal gebruik gemaakt wordt van de in de wijk aanwezige krachten. Dit is ook van belang om initiatieven duurzaam te laten beklijven"

3.5. Samenwerking huisartsenpraktijken

In de vier pilotwijken zijn twee huisartsenpraktijken gevestigd: Huisartsen Maastricht Oost en Huisartsenpraktijk Nazareth. De huisartsen uit deze twee praktijken deelden de ambities van de pilot, gezien de dagelijkse problemen die zij tegen komen in hun praktijken (zowel bij patiënten als bij de organisatie van de zorg). Zij zijn vanaf de start nauw betrokken geweest en hebben geholpen bij de beeldvorming van de problematiek in de wijken en de organisatie van de zorg in de wijken. Vervolgens hebben zij een belangrijk rol gespeeld bij de implementatie en evaluatie van de projecten.

4. Casussenboek: casusgestuurd leren

4.1. Ontwikkeling Casussenboek

In de aanloop naar en in het eerste jaar van de pilot Blauwe Zorg in de wijk (2016 en 2017) is door het Programmteam geïnventariseerd welke knelpunten ervaren werden in de zorg- en dienstverlening rondom een cliënt of gezin in de Blauwe Zorg wijken. Deze inventarisatie bestond uit: gesprekken met professionele zorg- en dienstverleners, met burgers en het verzamelen van casussen van inefficiënte zorg- en dienstverlening. Deze casussen zijn gebundeld in een casussenboek en zijn gebruikt om de voortgang van het complexe proces te volgen en om "samen te leren".

Financiers en betrokken bestuurders gaven aan dat deze praktijkvoorbeelden hielpen bij het concretiseren en zichtbaar maken van knelpunten en verbeterpunten in de zorg- en dienstverlening. Vaak waren het eye-openers voor bestuurders.

Het casussenboek bestaat uit 50 casussen uit de praktijk van professionals en burgers uit de vier wijken (zie [hier](#)).

4.2. Knelpuntenanalyse

Naar aanleiding van dit casussenboek is een notitie “Knelpuntenanalyse” gemaakt (zie [hier](#)). Een van de meest genoemde knelpunten was dat beroepskrachten onvoldoende van elkaar weten wie er betrokken is bij (kwetsbare) burgers/gezinnen en aan welke doelen (plan van aanpak, behandelplan) gewerkt wordt. Betreffende burgers en gezinnen weten (en begrijpen) dat vaak zelf ook niet. Dit knelpunt heeft geleid tot de ontwikkeling van een aantal projecten binnen de pilot die dit wilden aanpakken. Het niet weten van elkaar welke zorg geleverd wordt binnen een gezin kan namelijk leiden tot stapeling van zorg-, welzijns- en ondersteuningsaanbod waardoor er onnodig hoge kosten worden gemaakt. Andere knelpunten die naar voren kwamen, waren onder andere: de zorg sluit niet altijd aan bij de vraag van de burger, mensen zijn niet altijd zelf in staat om advies van beroepskrachten op te volgen, onvoldoende aandacht voor vroegsignalering, beroepskrachten kijken niet breder dan eigen domein en ondersteuning wordt te laat ingezet door procedures.

4.3. Ontwikkeling projecten

De casussen en de ervaren knelpunten vormden belangrijke aandachtspunten bij de ontwikkeling en de realisatie van projecten die onderdeel vormen van Blauwe Zorg in de wijk. Daarnaast zijn de casussen tijdens de gehele pilot gebruikt om de voortgang van het complexe proces te volgen, om samen te leren en om te komen tot slimmere oplossingen die mogelijk domein overstijgend zijn.

5. De projecten

Binnen de pilot zijn in de periode 2017 t/m 2020 meerdere projecten uitgevoerd die minimaal twee domeinen (Participatie, Wmo, Jeugdwet, Wlz of ZvW) overstijgen. Per project is een plan van aanpak opgesteld waarin is vastgelegd: doel, doelgroep, interventies en planning, betrokken deelnemers (organisaties en mensen), benodigde faciliteiten, verwachte resultaten, de participatie van bewoners/de wijk etcetera. De projectplannen zijn vastgesteld door het Dagelijks Bestuur. In onderstaand overzicht zijn de interventies per project beschreven. Alle projecten zijn uitgevoerd in de Blauwe zorg wijken.

Projecten	Interventies
Project 1: Positieve Gezondheid bij professionals en burgers	Interventie 1: Scholing Positieve Gezondheid (PG) voor professionals in de wijk Interventie 2: Coaching PG voor professionals in de wijk Interventie 3: Samenwerkingsverband van Ambassadeurs (professionals) PG die PG in eigen organisatie implementeren Interventie 4: Trainingen PG aan burgers in de wijk Interventie 5: Deelname aan Provinciale activiteiten PG Interventie 6: Opleiden/inzetten van ambassadeurs (burgers) PG in wijk
Project 2: Praktijkondersteuner Jeugd	Interventie 1: Inzet Praktijkondersteuner (POH) Jeugd Interventie 2: Multidisciplinaire samenwerking rondom Jeugd
Project 3: Huishoudens en gezinsregie	Interventie 1: Ontwikkeling werkwijze gezinsregisseur bij gezinnen met domeinoverstijgende kosten Interventie 2 : Inzet gezinsregisseur bij gezinnen met domeinoverstijgende kosten (implementatie)

<p>Project 4: Professionals aan zet/Zorg sluit beter aan</p>	<p>Interventie 1: Wmo spoedprocedure: Interventie 2: Meer ruimte voor de professional (gesprekstafels) Interventie 3: Samenwerking Sociaal Teams en huisartsen Interventie 4: Zorg voor mensen met een laag verstandelijk beperking en ggz problematiek</p>
<p>Project 5: Multidisciplinaire Samenwerking: Digitale Overlegtafel</p>	<p>Interventie 1: Digitaal programma eGPO Interventie 2: Digitaal programma/app 'Helder'</p>
<p>Project 6: Your coach next door</p>	<p>Interventie 1 : Ontwikkeling lokaal netwerk voor kinderen met overgewicht en obesitas Interventie 2: Coaching van kinderen met overgewicht en obesitas</p>
<p>Project 7: Nieuwe/Blauwe GGZ</p>	<p>Interventie 1: Multidisciplinair Overleg GGZ in twee huisartsenpraktijken Interventie 2: Inzet Ervaringsdeskundigen Interventie 3: GGZ-team in de wijk Interventie 4: Herstelondersteunende Consultatie (HOC)</p>

6. Resultaten van de projecten

Deze paragraaf geeft een korte beschrijving van de doelen en resultaten per project. Voor de uitgebreide beschrijvingen van de interventies, de resultaten, conclusies, aanbeveling en borging/continuering van de projecten wordt verwezen naar de evaluatierapporten in bijlage 2 t/m 8.

6.1. Monitoring en evaluatie

De resultaten van een aantal interventies zijn tot stand gekomen dankzij de inzet van de [Arrangementenmonitor](#). Het gaat hierbij om interventies behorende bij projecten 2 (POH Jeugd), 3 (Huishoudens) en 7 (GGZ). Er is een format ontwikkeld en ingeregeld voor de registratie van de monitorgegevens per interventie.

De basisinformatie om de aanpak en interventies te onderbouwen en gericht in te zetten bij doelgroepen en in wijken was/is beschikbaar via de Arrangementenmonitor. Er zijn verdiepende analyses en metingen gedaan om de resultaten en financiële effecten te kunnen meten van de specifieke interventies. Hiermee werden de verschuivingen in zorg en ondersteuning en kosten zichtbaar. Tevens is per project een dashboard ingericht, dat toegankelijk is/was voor het Programmteam en de projectleiders.

Naast deze monitoring is bij alle projecten gebruik gemaakt van schriftelijke vragenlijsten om de bevindingen op te halen bij de betrokken professionals, cliënten en/of wijkbewoners.

Daarnaast doet een onderzoeker in de periode van 2016 - 2021 promotieonderzoek aan 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. En interviewt ze alle betrokkenen.

Voor het meten van de effecten is drie keer (2016-2020) een vragenlijst gestuurd naar de burgers. In deze vragenlijst wordt onder andere de kwaliteit van leven, ervaren gezondheid en veerkracht van de

burgers gemeten. De deelprojecten worden niet specifiek inhoudelijk gemonitord en geëvalueerd, maar worden opgenomen in de overkoepelende procesevaluatie en effectmeting om zo het grotere geheel te kunnen vatten. De resultaten zullen in de loop van 2021 gepubliceerd worden.

6.2. Project 1: Positieve Gezondheid bij professionals en burgers

Doel: Het bieden van een gezamenlijke taal en mindset voor professionals en burgers waarbij het accent verschuift van beperkingen naar mogelijkheden.

Interventie 1: Scholingsaanbod Positieve Gezondheid (PG) voor professionals in de wijk

In drie jaar tijd (2018-2020) zijn 340 professionals in de Blauwe Zorg wijken getraind (in 38 trainingen) door de drie trainers/coaches die IPH gecertificeerd zijn. Deelnemers gaven het cijfer 8 voor de training en ook een 8 voor werkplezier/voldoening 3 weken na de training. Daarnaast zijn 55 workshops in de wijken georganiseerd waaraan 758 professionals, vrijwilligers en mantelzorgers hebben deelgenomen. Aan 10 workshops “Plus” hebben 95 managers, HR medewerkers en POH GGZ deelgenomen. Geconcludeerd kan worden dat een zeer compleet aanbod van scholing en coaching Positieve Gezondheid voor professionals is ontwikkeld.

Interventie 2: Coachingsaanbod PG voor professionals in de wijk

70 professionals werden op aanvraag gecoacht onder andere in het verweven van Positieve Gezondheid in hun dagdagelijkse werk. De coaches hebben bovendien huisartsenpraktijken en sociale teams binnen én buiten de Blauwe Zorg wijken gecoacht. De evaluatie laat een nadrukkelijke toename zien in het aantal professionals dat PG ervaart als bruikbaar voor de dagelijkse praktijk.

Interventie 3: Samenwerkingsverband van Ambassadeurs (professionals) Positieve Gezondheid die PG in eigen organisatie implementeren

Sinds 2018 zetten zich vijftien ambassadeurs (managers en beleidsmedewerkers) van tien regionale organisaties in om Positieve Gezondheid te implementeren binnen hun eigen organisatie. De deelnemers hebben aangegeven dat ze de ambassadeursbijeenkomsten als een grote meerwaarde zien en dat ze hier een vervolg aan willen geven.

Interventie 4: Trainingen PG aan burgers in de wijk

Gedurende 2018 zijn door Burgerkracht Limburg in Maastricht 10 workshops Positieve Gezondheid aan bewoners gegeven met 100 deelnemers. In 2019 waren dit 8 workshops met 115 deelnemers. Bijna alle deelnemers gaven aan bewuster te zijn geworden van hun eigen (positieve) gezondheid.

Interventie 5: Deelname aan Provinciale activiteiten PG

Vanaf januari 2020 is de trainer-coach van Blauwe Zorg in de wijk actief lid van het kernteam van de beweging Limburg Positief Gezond van de Provincie Limburg/Burgerkracht Limburg. De andere leden gaven einde 2020 aan dat de kennis en ervaring die aangeleverd wordt door de coach van grote meerwaarde is om de beweging Positief Gezond mee op weg te helpen

Interventie 6: Opleiden en inzetten van Ambassadeurs (burgers) PG in de wijk

Vanaf het najaar 2018 zijn 13 bewoners in de Blauwe Zorg wijken opgeleid om informatie op te halen bij wijkbewoners over factoren die de gezondheid bevorderen of juist belemmeren. Zij hebben 49 wijkbewoners geïnterviewd en 50 observaties gedaan. Het gebruik van ‘burgerwetenschap’ leverde waardevolle informatie op, op de kijk op gezondheid in de Blauwe wijken en bleek ook een positief effect te hebben op de (positief) ervaren gezondheid, de vitaliteit en de veerkracht van de gezondheidsambassadeurs zelf.

Het rapport met alle resultaten van dit project is te vinden in bijlage 2.

6.3. Project 2: Praktijkondersteuner Jeugd

Doel: De hulp vraag van een kind, jongere of ouder beter in kaart te brengen. Snellere en lichtere interventies, versterken van een integrale aanpak en betere samenwerking tussen jeugdhulp, gemeenten en huisartsen.

Interventie 1: Inzet Praktijkondersteuner (POH) Jeugd

In 2016 is de functie van POH Jeugd in de huisartsenpraktijken geïntroduceerd. Deze POH Jeugd vormt de verbindende schakel tussen de huisartsenzorg, jeugdzorg en gemeente. In totaal zijn vanaf de start in 2016 t/m 2020 461 cliënten in Maastricht Noord-Oost, waarin de Blauwe Zorg wijken liggen, ondersteund door een POH Jeugd.

De evaluatie van dit project heeft zich uitgebreid naar de vier gemeenten (Maastricht, Meerssen, Eijsden-Margraten en Valkenburg) waar ook sinds 2016 een POH Jeugd werkt.

In de vier gemeenten zijn vanaf de start in 2016 t/m 2020 2513 cliënten ondersteund door een POH Jeugd, meestal op verwijzing van de huisarts. De jeugdigen en ouders gaven aan (zeer) tevreden te zijn over de inzet van de POH Jeugd. Er is een maatschappelijke businesscase uitgevoerd over het jaar 2019 over alle cliënten van de POH Jeugd in de regio. Bij 480 cliënten van de 627 (unieke) cliënten waarbij in 2019 de ondersteuning door de POH Jeugd was afgerond werd 66% van de cliënten niet verwezen naar Jeugd GGZ/Jeugdhulp.

Geconcludeerd kan worden dat door het geven van kortdurende begeleiding/behandeling door de POH Jeugd het aantal verwijzingen door huisartsen naar Jeugd GGZ en Jeugdhulp aanzienlijk is afgenomen. Berekend is dat dit op jaarbasis een besparing oplevert van ruim € 980.000 in de regio Maastricht/Heuvelland.

Interventie 2: Multidisciplinaire samenwerking Jeugd

De evaluatie laat bovendien zien dat de samenwerking in de zorg rondom jeugdigen enorm is verbeterd. Het goede contact tussen de netwerkpartners zorgt voor beter afgestemde jeugdzorg. Ook is de tevredenheid van betrokken medewerkers over de samenwerking met en de inzet van de POH Jeugd hoog. Vooral de laagdrempelige en snelle toegang tot (meer specialistische) kennis wordt door alle betrokkenen gezien als belangrijke voordeel.

Het Rapport met alle resultaten van dit project is te vinden in bijlage 3.

6.4. Project 3: Huishoudens met domein overstijgende kosten en gezinsregie

Doel: Inzicht krijgen in hoe de zorg is georganiseerd in huishoudens waar hoge domein overstijgende kosten worden gemaakt, hoe dit ontstaat en hoe het anders kan met een integrale aanpak.

Interventie 1: Ontwikkeling werkwijze gezinsregisseur bij gezinnen met domeinoverstijgende kosten

Dit project is begin 2018 gestart met de inzet van een gezinsregisseur bij gezinnen uit de Blauwe Zorg wijken die in hoge mate gebruik maken van zowel medische als maatschappelijke/sociale voorzieningen over meerdere domeinen. Begin 2019 is een werkwijze van coaching door de gezinsregisseurs ontwikkeld op basis van de ervaringen met en feedback van de eerste vier gezinnen uit 2018. De gezinsregisseur brengt door middel van huisbezoeken de situatie in kaart (op basis van Positieve Gezondheid) en de behoefte en wensen van de leden van het gezin.

Belangrijke kenmerken van de gezinsregisseurs die ingezet zijn in deze interventie zijn: onafhankelijke positie, mandaat hebben en voldoende ervaring en juiste competenties hebben.

Interventie 2 : Inzet gezinsregisseur bij gezinnen met domeinoverstijgende kosten (implementatie)

In totaal zijn 14 gezinnen intensief begeleid door een gezinsregisseur. Van 12 gezinnen zijn maatschappelijke businesscases gemaakt.

De interventie van de gezinsregisseur heeft een positieve invloed op de gezinsleden. Gezinsleden voelen zich meer begrepen en hebben beter inzicht in de zorg die zij krijgen. Er is een toename te zien in 'zich gezonder voelen' en in 'de tevredenheid over de zorg' bij de gezinsleden. Daarnaast is een toename te zien op een aantal dimensies van Positieve Gezondheid, namelijk 'mentaal welbevinden', 'zingeving' en 'kwaliteit van leven'.

De interventie van de gezinsregisseur heeft een positieve invloed op de kosten van de zorg. In totaal bedraagt de besparing bij de 12 gezinnen ruim € 359.000. De gemiddelde besparing per gezin is ca. € 30.000,-- berekend over de periode van de inzet van een gezinsregisseur van gemiddeld één jaar. Minus de kosten van de inzet van de casusregisseur is dit € 22.000,= per gezin op jaarbasis. Vanuit de Zorgverzekering zijn alleen de GGZ-kosten meegenomen. De grootste besparingen zijn te zien binnen het gemeentelijke domein. De meeste betrokken hulpverleners ervaren de inzet van de gezinsregisseur als positief.

Het rapport met alle resultaten van dit project is te vinden in bijlage 4.

6.5. Project 4: Professional aan zet

Doel: Professionals in de wijken ondersteunen en faciliteren in een laagdrempelige, effectieve samenwerking zodat zorg beter aansluit bij de burger.

Interventie 1: Wmo spoedprocedure

In juni 2018 is als project binnen de pilot Blauwe Zorg in de wijk, de Wmo spoedprocedure gestart. Bij de evaluatie bleek dat de procedure geen enkele keer was ingezet. De geleerde les was om eerst goed te onderzoeken of het knelpunt door meerdere mensen ervaren werd alvorens over te gaan tot actie.

Interventie 2: Meer ruimte voor de professional (gesprekstafels)

In 2018 en 2019 vond een aantal gesprekstafels met zorgverleners uit de wijken plaats. Hierin werd het casussenboek uit 2017 besproken en onderzocht wat 'Ruimte voor de professional' inhoudt. De gesprekstafels hebben bijgedragen aan een verbetering van de onderlinge samenwerking en communicatie tussen de verschillende professionals. De bevindingen zijn meegenomen bij de interventie 'Samenwerking huisarts en sociaal team' als ook de inzet bij "Blauwe GGZ": door elkaar te kennen én dezelfde taal te spreken is de samenwerking en de gelijkwaardigheid verbeterd. Verder heeft dit onderdeel bijgedragen aan de start van een ander project in Maastricht, namelijk de 'Krachtenbundeling' in de wijk Malberg te Maastricht (zie ook paragraaf 6). Dit project is in 2018 gestart met als doel meer ruimte aan de professional te geven.

Interventie 3: Samenwerking Sociaal Teams en huisartsen

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. Door de training Positieve Gezondheid werd een gezamenlijke taal gecreëerd. Dat droeg bij aan de samenwerking als ook hoe het sociaal team de huisarts bij vraagstukken van het sociaal domein kan ontzorgen. Specifiek is er gekeken naar mensen met financiële problemen en stress gerelateerde klachten. Het is gelukt om vroegtijdig financiële vraagstukken te signaleren. Met een relatief kleine inzet zoals o.a. het helpen bij inkomensondersteunende maatregelen zijn problematische schulden mogelijk voorkomen. Eén vast aanspreekpunt bij het sociaal team en het geven van een terugkoppeling aan de huisarts maken de samenwerking tot een succes.

Interventie 4: Zorg voor mensen met een laag verstandelijk beperking en ggz problematiek

Bij de interventie zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en GGZ-problematiek is in 2018 en 2019 een veldonderzoek ingezet om het vraagstuk goed in kaart te brengen. De vaststelling op basis van dit onderzoek is dat het huidige aanbod van zorg in de GGZ onvoldoende aansluit op de vraag/behoefte van mensen met LVB en psychisch lijden. Dit resulteert in problemen op diverse gebieden, van minder goede 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. Gezien de grote raakvlakken met Blauwe GGZ worden de uitkomsten van dit onderzoek meegenomen bij het project “Nieuwe/Blauwe GGZ”.

Het rapport met alle resultaten van dit project is te vinden in bijlage 5.

6.6. Project 5: Multidisciplinaire Samenwerking: Digitale Overlegtafel

Doel: Goede en veilige digitale communicatie tussen beroepskrachten onderling en met de cliënt en coördinatie van multidisciplinaire zorg in de wijken.

Interventie 1: Digitaal programma eGPO

Om de communicatie en coördinatie van multidisciplinaire zorg tussen zorgverleners te verbeteren is gekozen om met digitale programma eGPO in 2018 te gaan starten in de twee huisartsenpraktijken in de Blauwe Zorg wijken samen met netwerkpartners. Uit de evaluatie in 2019 bleek dat 15 patiënten waren geïnccludeerd in eGPO. Veelgenoemde voordelen waren: betere afstemming van zorg, beter overzicht over wie bij welke patiënt/cliënt wat doet, kortere lijnen, sneller onderling contact en makkelijker met elkaar communiceren. De leverancier heeft in maart 2019 bericht de uitlevering van eGPO beëindigd. Per 1 april 2019 is gestopt met de verdere implementatie van dit programma.

Interventie 2: Digitaal programma/app ‘Helder’

In oktober 2019 is op verzoek van de drie grotere thuiszorgorganisaties in Maastricht-Heuvelland, gestart met de implementatie van het ICT-programma Helder bij zes huisartsenpraktijken. Echter ook de producent van Helder heeft in augustus 2020 aangegeven te stoppen met de applicatie. Per 1 oktober is gestopt met de verdere implementatie van dit programma. Hiermee is het doel van het project niet bereikt. Anno januari 2021 lijkt er geen alternatief voor handen. Wel blijkt er een duidelijke behoefte aan technologische (digitale) ondersteuning te bestaan bij het interprofessioneel samenwerken, met name op het gebied van informatiedeling en communicatie.

Het rapport met alle resultaten van dit project is te vinden in bijlage 6.

6.7. Project 6: Your coach next door

Doel: Jongeren met overgewicht in de wijken helpen bij het realiseren van een gezonde leefstijl.

Interventie1 : Ontwikkeling lokaal netwerk voor kinderen met overgewicht en obesitas

In Maastricht is in 2016 gestart met een integrale netwerkaanpak voor jeugd met overgewicht/obesitas: Your Coach Next Door (YCND). Er is een opleiding YCND voor centrale zorgverleners ontwikkeld en ondersteunend materiaal (o.a. een handleiding en een gespreksstarter). In Maastricht zijn inmiddels 3 geschoolde jeugdverpleegkundigen gepositioneerd als centrale zorgverlener YCND. Daarnaast is er een multidisciplinaire overleg (MDO) ingericht in de wijk en sluiten de centrale zorgverleners regelmatig aan bij het MDO van COACH in het MUMC+ zodat casuïstiek kan worden gedeeld en besproken. De betrokkenheid van de verschillende professionals uit zorg en sociaal domein wordt afgestemd binnen deze MDO's. Daarnaast is het netwerk om kinderen te begeleiden verder uitgebreid binnen zorg en sociaal domein.

Interventie 2: Coaching van kinderen met overgewicht en obesitas

De aanpak YCND is geïmplementeerd in de Blauwe Zorg wijken (Wittevrouwenveld/Wyckerpoort en Nazarath/Limmel) en in de wijk Malberg. De helft van de kinderen met overgewicht en obesitas en hun ouders die in een gesprek met de centrale zorgverlener informatie ontvangen over YCND beginnen aan het programma.

Bij 103 kinderen is begeleiding opgestart (de projectdoelstelling was 60 gezinnen). De helft van de kinderen die meer dan een half jaar begeleid worden en 79% van de kinderen die meer dan een jaar begeleid worden heeft een gezonder gewicht bereikt. Het betreft een afname in gewicht waarvan bekend is dat het gezondheidswinst oplevert. Kinderen geven ook aan dat ze lekkerder in hun vel zitten. De zorgprofessionals gaven aan de nieuwe functie als verrijking van hun werk en vaardigheden te ervaren.

Het rapport met alle resultaten van dit project is te vinden in bijlage 7.

6.8. Project 7: Nieuwe/Blauwe GGZ

Doel: De positie van de burger met een psychologische zorg vraag verbeteren en passend gebruik van de GGZ-zorg stimuleren door een wijkgerichte aanpak.

Interventie 1: Multidisciplinair Overleg (MDO) GGZ in twee huisartsenpraktijken

Vanaf 1 januari 2018 is er een maandelijks MDO in de twee pilotpraktijken. Tijdens dit MDO vindt consultatie, triagering en terugkoppeling plaats tussen professionals van verschillende achtergrond en verschillende organisaties (Mondriaan, MET GGZ, LEVANTOgroep, Radar en Trajekt). Dit heeft sinds 2018 geleid tot zo'n 12 MDO's per praktijk waarin per overleg ongeveer 10 patiënten zijn besproken op basis waarvan tot een zo optimaal mogelijke verwijzing zou kunnen worden gekomen. Over drie jaar betekent dit dat er zo'n 700 cliënten besproken zijn in beide praktijken. Het gaat hierbij niet om 700 unieke patiënten. Veel patiënten komen in het MDO terug omdat er sprake is van multiproblematiek of dat de patiënten in langdurig in behandeling zijn bij FACT.

Interventie 2: Inzet ervaringsdeskundigen

Vanaf mei 2018 waren er drie ervaringsdeskundigen in de wijkpilot werkzaam die als eerste professionals in de pilot samen in een white-label, domeinoverstijgende en integrale constructie werkten. De ervaringsdeskundigen zijn gestart in de rol van kwartiermaker en hebben verkend wat al aan activiteiten in de wijk plaatsvindt, welke verbindingen er zijn en waar behoefte aan is in de wijk bij professionals en bewoners (met en zonder psychisch lijden). Daarnaast is gestart met een zelfhulpgroep. De ervaringsdeskundigen bieden ook individuele begeleiding van cliënten. Gemiddeld hebben zij zo'n 6 cliënten in begeleiding. De afgelopen twee jaar zijn 78 cliënten individueel begeleid.

Interventie 3: GGZ Team in de wijk

In 2018 werd in de twee pilotpraktijken gestart met de nieuwe GGZ werkwijze. Die bestond onder andere uit een maandelijks MDO en de plaatsing van een GZ-psycholoog in de praktijk. Sinds 2019 hebben de twee pilot praktijken de mogelijkheid om patiënten naar het GGZ wijkteam te verwijzen. Het grootste deel van de cliënten met psychisch leiden wordt verwezen naar de POH-GGZ die in de huisartsenpraktijk werkzaam is. Van de GGZ verwijzingen die niet naar de POH GGZ werden verwezen bleek in de eerste drie kwartalen van 2020 dat de huisartsenpraktijken 72% naar het wijkteam verwezen. De professionals kennen elkaar domein- en echelonoverstijgend steeds beter en weten elkaar ook steeds beter te vinden.

Uit een peiling bij de professionals blijkt dat 90% van de professionals de huidige werkwijze zou aanbevelen. Men geeft aan een grotere vrijheid te ervaren bij het dagelijks werk. Tegelijkertijd zien de meeste professionals een aantal grotere belemmeringen. Er zijn beperkingen in de beschikbare tijd, de facilitering in de wijze waarop domeinoverstijgend gewerkt kan worden. Er is een sterke behoefte om dit anders te organiseren. Een belangrijke andere ervaring komt van de huisartsen: zij geven aan dat ze

minder crisis situaties hebben.

Interventie 4: Herstelondersteunende Consultatie (HOC)

59% van de verwijzingen naar het GGZ-team wordt gezien in een HOC. Dat betekent dat op basis van de verwijzing er aanleiding is om een domeinoverstijgende, herstelgerichte vorm van intake te doen ten behoeve van het in overleg met de cliënt komen tot de juiste zorg op de juiste plaats. Na HOC en consultatie is de verdeling zodanig dat het grootste deel van de cliënten naar de GBGGZ gaat en dat ruim 20% van de cliënten niet in de GGZ voor volwassenen komt.

Het resultaat van de HOC en consultatie door psychiater/GZ-psycholoog zijn dat de plaats waar zorg uiteindelijk plaats vindt niet overeen komt met de verwijzing. Een deel van de verwijzingen (12%) krijgt geen zorg, blijft bij een ervaringsdeskundige of gaat naar het Sociaal Domein. In 7% van de gevallen is er een combinatie van de verschillende domeinen.

Algemene resultaten:

- Geen wachttijden
- Kosten ontwikkelen zich naar landelijk gemiddelde
- Minder escalatie naar spoedzorg

Het rapport met alle resultaten van dit project is te vinden in bijlage 8.

7. Resultaten van de samenwerking

De resultaten van de projecten kunnen betiteld worden als de 'harde kant'. Naast deze 'harde' resultaten is er ook een 'zachte' kant. Dat is de brede beweging, die met de opbrengsten van de projecten binnen de pilot in gang is gezet, naar een cultuur bij welzijns- en zorgorganisaties en financiers, om krachten te bundelen en op een ander manier conform Positieve Gezondheid en conform De Juiste Zorg op de Juiste Plek te willen samenwerken in Maastricht-Heuvelland. 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

De Krachtenbundeling is een project dat in 2018 gestart is in de gemeente Maastricht, in de wijk Malberg en omgeving. De bevindingen uit de pilot Blauwe zorg in de wijk hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van dit project. Met dit project willen de bestuurders van Blauwe Zorg in de wijk en de overige deelnemende organisaties de dienstverlening aan de inwoners in de wijken kwalitatief verbeteren aan de hand van de doelstellingen van de quadruple aim. In de Krachtenbundeling hebben daarom letterlijk een twaalftal aanbieders de krachten gebundeld en in dit in praktijk gebracht. Dat betekent dat een whitelabel-team de vraagstukken op het gebied van jeugd, Wmo en participatie integraal oppakt in de wijk Malberg en omgeving. Het team bestaat uit zowel de gemeentelijke toegang van jeugd, Wmo en participatie, het welzijnswerk, wijkverpleging, kredietbank en uitvoerende organisaties van Wmo en jeugd.

Het doel van de Krachtenbundeling is om vanuit het gedachtegoed van positieve gezondheid integraal te doen wat nodig is. Om dat te bereiken krijgen de teamleden meer ruimte om invulling te geven aan de ondersteuning vanuit jeugd, Wmo en participatie. Het team heeft daadwerkelijk meer ruimte en minder regels ervaren. Met de Krachtenbundeling was het de bedoeling dat 80% van de ondersteuning door het team whitelabel opgepakt wordt. Voor de Wmo vraagstukken lijkt dat realiseerbaar. Voor jeugd blijkt dat lastiger.

Het mooiste resultaat is dat uit een evaluatie blijkt het team niet meer anders zou willen werken. Met andere woorden: integraal werken vanuit de decentralisaties aangevuld met welzijn, wijkverpleging en

Kredietbank, whitelabel en meer ruimte om kostenbewust te doen wat nodig is.

Onder meer aan de hand van de Arrangementenmonitor worden in het voorjaar 2021 de resultaten van de Krachtenbundeling in beeld te gebracht . Vanwege COVID-19 als ook de grote bezuinigingsopgave van de gemeente Maastricht, heeft dit proces vertraging opgelopen. De resultaten dienen als input bij het opnieuw vormgeven van het (jeugd)zorg, welzijn en ondersteuningslandschap voor het sociaal domein in Maastricht en omgeving. Ten behoeve van het Startimpuls voor de Juiste Zorg op de Juiste plek van Zonmw is een samenwerkingsovereenkomst opgesteld en ondertekend door de bestuurders (Trajekt, Levantogroep, Stichting Radar, Anacare, Youz, Kredietbank Limburg, Vincent van Gogh (was AltraCura), Xonar, Envida, Mee Zuid Limburg, ZIO Zorg in ontwikkeling en de gemeente Maastricht).

Meedenksessies Next Step

De pilot Blauwe Zorg in de wijk en de Krachtenbundeling Malberg leveren werkzame componenten op die gebruikt (kunnen) worden voor de doorontwikkeling van het sociale domein van de gemeente Maastricht. Reeds in oktober 2019 hebben de bestuurders van Blauwe Zorg in de wijk 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. Vanuit de geleerde lessen is in 2020 met betrokken organisaties gewerkt aan een plan van aanpak om te komen tot een verbreding van deze werkende componenten naar de hele stad Maastricht (de Next Step). Aan de hand van onder andere de resultaten van de Krachtenbundeling in het voorjaar 2021 wordt gekeken of en hoe de meedenksessies Next Step een vervolg zal krijgen.

8. Lessons Learned

Binnen de pilot 'Blauwe Zorg in de wijk' in Maastricht zien wij aan de hand van casuïstiek hoe complex we de zorg georganiseerd hebben. Het aanpakken van die complexiteit voor de cliënt/bewoner kan alleen binnen een goede samenwerking met zorgorganisaties en financiers én met systeemoplossingen die het casusniveau overstijgen.

Gedurende de pilot zijn de 'lessons learned' opgehaald bij bestuurders en professionals. De geleerde lessen zijn verschillend van aard: sommige praktisch, andere beleidsmatig. Alle lessons learned zijn beschreven in een rapport. De hieronder beschreven lessen geven alvast inzicht voor de opzet van een soortgelijk project in gemeente of regio. De overige lessen dragen bij aan duurzamere zorg in onze regio en daarbuiten.

1. Voor een succesvolle alliantie is het een voorwaarde om de juiste bestuurders aan één tafel te hebben: uit het zorgdomein, het sociaal domein en financiers.
2. Investeer in het 'elkaar leren kennen' en het creëren van vertrouwen tussen bestuurders. Dit kost tijd.
3. Werk doelgericht: zorg ervoor dat bestuurders en organisaties zich committeren aan de gezamenlijk gestelde doelen (Quadruple Aim)
4. Om tot verandering te komen is het noodzakelijk om vanaf het begin het middenmanagement mee te nemen in de beweging die de bestuurders willen maken (bijvoorbeeld meer ruimte voor de professional). Bestuurders moeten hierin een proactieve rol spelen.
5. Het voeren van gesprekken met bestuurders, managers, beroepskrachten en wijkbewoners over de vraag "Wat gaan we morgen anders 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?" dragen bij aan het vormen van een gezamenlijke visie.

6. Door de pilot als een leeromgeving te beschouwen, waarin we casusgericht hebben geleerd van de ervaren knelpunten van wijkbewoners en beroepskrachten, hebben we nadrukkelijker kunnen sturen op leereffecten. Het sturen op leereffecten heeft ervoor gezorgd dat de lessen gaan leiden tot veranderingen in de (organisatie van de) zorg.
7. Het veranderen van de systeemwereld vergt tijd. Daarom is, parallel aan de projecten rondom complexere problematiek, gestart met 'kleinere' makkelijkere te behappen projecten en knelpunten. Door direct zichtbaar kostenreducerende projecten is het gemakkelijker om alle stakeholders aan tafel te houden.
8. Bepaal vooral wat geëvalueerd gaat worden. Ben hierin realistisch.
9. Bedenk al in een vroeg stadium wat je wilt bereiken en hoe je dit kunt borgen.
10. Deze pilot is gebaseerd op een fundamenteel andere werkwijze van professionals, organisaties en financiers. Wil je dit succes verbreden dan zal er een verandering moeten plaatsvinden op grotere schaal in de manier waarop professionals worden ingezet, organisaties functioneren en financieringsmodellen werken.
11. Geef professionals meer ruimte om te doen wat nodig is in "white label teams", waarbij afspraken gemaakt worden tussen gemeente en zorgaanbieders in de wijk. Zo kunnen zij, zonder organisatiebelang, de hulpvragen integraal en systemisch oppakken.
12. Een systeemaanpak is bij gezinnen waar meerdere professionals komen noodzakelijk.
13. Schakel bij gezinnen met meerdere problemen/professionals een gezinsregisseur in die mandaat heeft van de financiers om op/af te schalen en die onafhankelijk werkt.
14. Praat mét de cliënt en niet over de cliënt. Hierdoor ontstaat meer begrip bij de professional voor de cliënt én de cliënt begrijpt het zelf ook beter.
15. Maak onderling afspraken over het verwijzen van cliënten. Sommige cliënten zijn niet in staat om zelf initiatief te nemen, zorg dan voor een warme overdracht.
16. Zorg voor een aanpak waarbij alle organisatielagen worden meegenomen in de beweging Positieve Gezondheid.
17. Verken de populatie in de wijken waar je zorg biedt. Met deze cijfers en kennis kan de juiste zorg worden ingezet.

Het rapport met de Lessons Learned van dit project is te vinden in bijlage 9.

9. Conclusie

De eerste twee jaar (2016 en 2017) van de pilot Blauwe zorg in de Wijk hebben vooral 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 samen met de financiers in beweging geraakt. Er is een governancestructuur ontwikkeld en een commitmentverklaring is getekend. Het getekende commitment is zich gaan vertalen naar de praktijk en Positieve Gezondheid is omarmd. De beweging is steeds meer voelbaar en uit zich reeds op vele vlakken en in verschillende lagen (ook beschreven in de eindrapporten).

De jaren 2018, 2019 en 2020 hebben met name in het teken gestaan van de implementatie van de interventies van de zeven projecten binnen Blauwe Zorg in de Wijk. De conclusies van de afzonderlijke projecten staan beschreven in de zeven eindrapporten (zie bijlage 2 t/m 8).

Geconcludeerd kan worden dat regionale samenwerking in de zorg werkt! De resultaten van de vijfjarige pilot Blauwe Zorg in de Wijk tonen dat overtuigend aan. De pilot laat zien dát het anders kan en hÓe het anders kan.

Blauwe Zorg in de Wijk heeft een beweging in gang gezet die bewijst dat betere samenwerking leidt tot méér kwaliteit tegen lagere kosten. Het gedachtegoed Positieve Gezondheid zorgt ervoor dat

inwoners zich gezonder voelen en kwalitatief betere zorg ervaren en sluit bovendien goed aan bij hoe medewerkers in de zorg willen werken. Hierdoor is het vertrouwen in en draagvlak voor verdere innovatie en transformatie van de zorg gegroeid.

Met Alliantie Santé beschikken we in de regio Maastricht-Heuvelland over een sterke coalitie van zorgverzekeraar, gemeenten en aanbieders die er samen in geloven dat samenwerking werkt (zie paragraaf 10).

De pilot is beëindigd, de beweging is niet meer te stoppen!

10. Toekomst

Projecten

De wijze waarop de succesvolle interventies van de zeven projecten vanaf 2021 geborgd worden in de regio staat beschreven in de zeven eindrapporten (zie bijlage 2 t/m 8). Voor de meeste projecten geldt dat we dóórgaan!

We gaan in 2021 door met:

- het scholings- en coachingsaanbod Positieve Gezondheid, maar dan voor de hele regio;
- de inzet POH Jeugd in de vier gemeenten in Maastricht-Heuvelland;
- de gezinsregisseur bij gezinnen met hoge domeinoverstijgende kosten, samen met de gemeente Maastricht;
- met de beweging “meer ruimte voor de professional” in de Krachtenbundeling Malberg met een grote groep van aanbieders en de gemeente Maastricht (zie hieronder);
- Your Coach Next Door, maar dan voor heel Limburg, in samenwerking met de zorgverzekeraars en de Provincie Limburg;
- Meer onderzoek naar en uitrol van de wijkgerichte aanpak van de Nieuwe/Blauwe GGZ in de regio.
- optimaliseren van digitale ondersteuning bij interprofessioneel samenwerken op basis van de regionale/landelijke ontwikkelingen.

Alliantie Santé

Gebleken is dat voor de domeinoverstijgende samenwerking die nu is ontstaan, een goede governance en een veilige gesprekssetting belangrijke randvoorwaarden zijn om de juiste discussies te kunnen voeren tussen bestuurders. Deze randvoorwaarden zijn aanwezig in de Alliantie Santé Maastricht-Heuvelland.

De leden van de Alliantie zijn bestuurders van Gemeente Maastricht, zorgverzekeraar VGZ, Burgerkracht Limburg, Envida, MUMC+, ZIO, UM, Levanto, Trajekt, Radar, Mondriaan en GGD Zuid-Limburg (vertegenwoordiging van financiers, kennisinstituten, zorgaanbieders en patiëntenbelang).

De Alliantie Santé heeft een regisserende rol in de regio over vier deelnetwerken (Ouderenzorg, GGZ, 1^e-2^e lijn en sociaal domein), die uitgeoefend wordt vanuit het gedachtegoed Blauwe Zorg. Het deelnetwerk sociaal domein is toegevoegd als vierde netwerk in november 2020.

Hiermee is ook de beweging die in gang is gezet vanuit de pilot Blauwe Zorg in de wijk geborgd.

Meer informatie over de Alliantie Santé treft u [hier](#) aan.

Krachtenbundeling

Het Dagelijks Bestuur Blauwe Zorg in de wijk heeft zich in december 2020 erover uitgesproken dat ze de beweging die is ontstaan in de pilot in 2021 willen opschalen en verduurzamen. In de praktijk zal dit enerzijds gebeuren via de succesvolle interventies uit de projecten die gecontinueerd worden in 2021. De wijze waarop de interventies vanaf 2021 geborgd worden in de regio staat beschreven in de eindrapporten (zie bijlage 2 t/m 8).

Zoals beschreven worden de ervaringen uit de pilot Blauwe Zorg in de wijk landen meegenomen in de implementatie van het project Krachtenbundeling Malberg (zie paragraaf 7) dat in 2021 een vervolg zal krijgen. De bestuurders en programmamanagers uit Blauwe Zorg in de wijk vormen onderdeel van het bestuur en de adviesgroep van de Krachtenbundeling. Van daaruit zal ook input geleverd worden aan de ontwikkeling van de Next step in de gemeente Maastricht en mogelijk ook in de regio.

Good practice VGZ

Zorgverzekeraar VGZ heeft mede op basis van twee eindrapportages (rapport POH Jeugd en rapport gezinsregisseur) vastgesteld dat het gaat om aansprekend voorbeelden van Zinnige Zorg: een bewezen succesvolle werkwijze die leidt tot betere zorg voor de patiënt/cliënt tegen lagere kosten. Deze ontwikkelde werkwijzen worden daarom samen met zorgverzekeraar VGZ uitgewerkt tot een Good Practice bestaande uit een infographic en relevante verdiepende informatie om tot succesvolle implementatie te komen. Andere aanbieders en regio's zullen hiermee door zorgverzekeraar VGZ worden geïnformeerd en geënthousiasmeerd om de werkwijze over te nemen en elders op te schalen. Hierbij kunnen zij ook profiteren van de praktijkervaringen van Blauwe Zorg als ambassadeur.

11. Bestuurders/financiers aan het woord

Uit: Magazine Blauwe Zorg in de Wijk, februari 2021

Anita Bastiaans, wethouder gemeente Maastricht

“Blauwe Zorg in de Wijk heeft een beweging tot stand gebracht. Er is een krachtige verbinding ontstaan tussen partijen uit het sociale domein, zorginstellingen, zorgverzekeraar en buurtbewoners. Dat is uniek en verdient navolging. Blauwe Zorg in de Wijk laat zien hoe wij betere ondersteuning kunnen bieden aan de inwoners van de stad, op een manier die beter aansluit bij de behoefte van die inwoners.”

Robert Housmans, gedeputeerde Provincie Limburg

“Blauwe Zorg in de Wijk sluit naadloos aan bij de doelstellingen van de Sociale Agenda. Want de pilot zet in op méér zelfredzaamheid, méér eigen regie en méér ruimte voor de professional om breder te kijken dan de eigen discipline. Om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, moeten we het anders gaan doen. Blauwe Zorg in de Wijk laat overtuigend zien dat het anders kán.”

Guy Schulpen, medisch directeur ZIO

“De pilot Blauwe Zorg in de Wijk mag dan wel beëindigd zijn, de intrinsieke beweging die ermee in gang is gezet, is dat zeker niet. Er is iets heel moois ontstaan. Niet alleen hebben we overtuigend laten zien dat betere samenwerking leidt tot meer kwaliteit tegen lagere kosten. Meer gezondheid voor een euro dus. Tegelijkertijd is gebleken dat het gedachtegoed Positieve Gezondheid goed aansluit bij hoe zorgverleners willen werken én zorgt voor meer ervaren kwaliteit van leven bij burgers.”

Paul Schefman, bestuurder Levanto

“Zorg en welzijn zijn absoluut dichter bij elkaar gekomen. We zien wel dat er nog een slag geslagen moet worden op het terrein van zorg en wonen. Wij gaan in de aanpak weliswaar uit van het individu, maar dat kun je nu eenmaal niet los zien van zijn omgeving. Het gaat er om dat burgers zo gezond en zo lang mogelijk zelfstandig kunnen leven. Denk aan ouderen, maar ook jeugdigen met een rugzakje. De leefbaarheid en cohesie in de wijk is dan heel belangrijk en dat vraagt om samenwerking met onder meer woningcorporaties. Dat is de volgende stap.”

Roger Ruijters, bestuurder van Envida

“Wat je in alle experimenten ziet, is dat het vooral draait om eigen regie en regelruimte. Dat is misschien nog wel belangrijker dan geld. Het grootste succes van Blauwe Zorg in de Wijk is wat mij betreft het voorkomen van versnippering en verspilling. Het klinkt zo vanzelfsprekend dat je van elkaar weet waar je mee bezig bent, dat je samenwerkt, maar dat is het niet. Het huidige stelsel draagt eerder bij aan de problemen dan aan oplossingen. Blauwe Zorg in de Wijk heeft een aantal weefselfouten in dat stelsel zichtbaar gemaakt en tegelijkertijd laten zien dat het anders kan, zonder dat direct een grote stelselwijziging nodig is.

Annemieke van Hees, manager inkoop integrale zorg bij VGZ,

“Hét belangrijkste middel voor de cultuuromslag die Blauwe Zorg in de Wijk tot stand heeft gebracht is het gezamenlijk gedragen gedachtegoed van Positieve Gezondheid. Blauwe Zorg in de Wijk is redelijk uniek. Met de Alliantie Santé - waarin financiers, zorgaanbieders én burgers samenwerken - lag er al een stevig fundament. Door het vanuit die visie aan te vliegen, ontstaan bijna als vanzelf projecten die domeinoverstijgend zijn. Deze aanpak heeft goed gewerkt. We zijn over systeemdrempels heengestapt, hebben het aangedurfd om buiten de bestaande hokjes te denken. Dat heeft ons geleerd dat eigenlijk alles kan, als we het maar met elkaar willen.



Wijkprofiel per thema Vergelijking Blauwe zorg wijken totaal met Maastricht



Inwoners 109

De pilotwijken zijn minder verrijzd dan gemiddeld in Maastricht, maar hebben wel meer eenpersoonshuishoudens, meer gescheiden personen, meer niet westerse allochtonen en meer huishoudens met een laag inkomen.

Samenleven 110

Binnen het thema Samenleven valt op dat er meer inwoners zijn die mantelzorg ontvangen en er minder mantelzorgers zijn. Het aantal vrijwilligers is vergelijkbaar met Maastricht. Op het gebied van sociale eenzaamheid en veiligheid scoren de wijken iets ongunstiger.

Wonen 107

Op het gebied van Wonen en woonomgeving scoren de wijken qua fysieke omgeving en voorzieningen gunstiger dan gemiddeld in Maastricht. Op het gebied van veiligheid en met name leefbaarheid scoren de wijken ongunstiger.

Leren en werken 159

De vier pilotwijken hebben meer mensen met een laag opleidingsniveau en minder met een hoog opleidingsniveau. Er zitten meer kinderen op het speciaal onderwijs en het aantal mensen dat afhankelijk is van een Bijstandsuitkering is ook aanzienlijk hoger dan gemiddeld in Maastricht.

Totaalscore

Blauwe zorg 130

© Mapbox © OSM

Weergegeven is een index score, waarbij 100 het gemiddelde is van de gemeente (oranje lijn)

Een hogere score dan 100 (paars gekleurd) betekent dat de wijk op dit thema ongunstiger scoort dan het gemiddelde van de gemeente.

Een lagere score dan 100 (groen gekleurd) betekent dat de wijk op dit thema **gunstiger** scoort dan het gemiddelde van de gemeente.

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

Fysieke gezondheid 111

De ervaren gezondheid van de inwoners van de vier pilotwijken is minder goed dan gemiddeld in Maastricht. Ook geeft een groter deel van de inwoners aan beperkt te zijn vanwege gezondheid. Overgewicht (obesitas en het bewegen is vergelijkbaar met het gemiddelde van Maastricht.

Mentale gezondheid 127

Op het gebied van mentale gezondheid scoren de pilotwijken aanzienlijk ongunstiger dan gemiddeld in Maastricht. Dat geldt zowel voor emotionele eenzaamheid, risico op angst of depressie, kwaliteit van leven, psychische gezondheid als regie over het eigen leven.

Zorgen ondersteuning 132

Het % inwoners dat gebruik maakt van gemeentelijke ondersteuning (wmo, Jeugdhulp en Participatiewet) is aanzienlijk hoger dan gemiddeld. Binnen de Zorgverzekerings is de zorgconsumptie van fysiek zorg gemiddeld. Wel zijn er in de pilotwijk meer inwoners die gebruik maken van mentale zorg (GGZ/volwassenen).

Inkomen 139

De inkomensituatie van de inwoners van de pilotwijken is ongunstiger dan gemiddeld. Er zijn meer huishoudens met een (langdurig) laag inkomen en meer mensen maken gebruik van schuldhulpverlening. Ook geven meer inwoners dan gemiddeld aan dat ze moeite hebben met rondkomen.

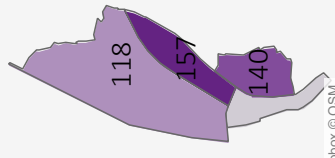


Wijkprofiel per thema

Vergelijking vier pilotwijken met Maastricht



Thema	Wijk	Score	Score Maastricht
Demografie	Limmel	vergroingsfactor	~100
		% eenpersoonshuis.	~100
		% gescheiden	~100
		% niet-westers	~100
	Nazareth	vergroingsfactor	~100
		% eenpersoonshuis.	~100
		% gescheiden	~100
		% niet-westers	~100
	Wittevrouwen veld	vergroingsfactor	~100
		% eenpersoonshuis.	~100
		% gescheiden	~100
		% niet-westers	~100
Wyckerpoort	vergroingsfactor	~100	
	% eenpersoonshuis.	~100	
	% gescheiden	~100	
	% niet-westers	~100	
Fysieke gezondheid	Limmel	geen goed ervaren .	~100
		langdurige ziekte o.	~100
		ernstig beperkt van.	~100
		obesitas en overge.	~100
	Nazareth	geen goed ervaren .	~100
		langdurige ziekte o.	~100
		ernstig beperkt van.	~100
		obesitas en overge.	~100
	Wittevrouwen veld	geen goed ervaren .	~100
		langdurige ziekte o.	~100
		ernstig beperkt van.	~100
		obesitas en overge.	~100
Wyckerpoort	geen goed ervaren .	~100	
	langdurige ziekte o.	~100	
	ernstig beperkt van.	~100	
	obesitas en overge.	~100	
Mentale gezondheid	Limmel	Emotioneel eenzaam.	~100
		hoog risico angst of ..	~100
		Kwaliteit van leven (z..	~100
		Postieve psychische ..	~100
	Nazareth	Emotioneel eenzaam.	~100
		hoog risico angst of ..	~100
		Kwaliteit van leven (z..	~100
		Postieve psychische ..	~100
	Wittevrouwen veld	Emotioneel eenzaam.	~100
		hoog risico angst of ..	~100
		Kwaliteit van leven (z..	~100
		Postieve psychische ..	~100
Wyckerpoort	Emotioneel eenzaam.	~100	
	hoog risico angst of ..	~100	
	Kwaliteit van leven (z..	~100	
	Postieve psychische ..	~100	
Samenleven	Limmel	mantelzorg ontvang..	~100
		mantelzorg	~100
		vrijwilligers	~100
		Sociaal eenzaam	~100
	Nazareth	mantelzorg ontvang..	~100
		mantelzorg	~100
		vrijwilligers	~100
		Sociaal eenzaam	~100
	Wittevrouwen veld	mantelzorg ontvang..	~100
		mantelzorg	~100
		vrijwilligers	~100
		Sociaal eenzaam	~100
Wyckerpoort	mantelzorg ontvang..	~100	
	mantelzorg	~100	
	vrijwilligers	~100	
	Sociaal eenzaam	~100	
Wonen	Limmel	fysieke omgeving	~100
		veiligheid	~100
		voorzieningen	~100
		woningen	~100
	Nazareth	fysieke omgeving	~100
		veiligheid	~100
		voorzieningen	~100
		woningen	~100
	Wittevrouwen veld	fysieke omgeving	~100
		veiligheid	~100
		voorzieningen	~100
		woningen	~100
Wyckerpoort	fysieke omgeving	~100	
	veiligheid	~100	
	voorzieningen	~100	
	woningen	~100	
Zorgen ondersteuning	Limmel	% cliënten jeugd (0-..	~100
		% cliënten Wmo (to..	~100
		% cliënten P-wet tot..	~100
		# Zwv fysiek per 10..	~100
	Nazareth	% cliënten jeugd (0-..	~100
		% cliënten Wmo (to..	~100
		% cliënten P-wet tot..	~100
		# Zwv fysiek per 10..	~100
	Wittevrouwen veld	% cliënten jeugd (0-..	~100
		% cliënten Wmo (to..	~100
		% cliënten P-wet tot..	~100
		# Zwv fysiek per 10..	~100
Wyckerpoort	% cliënten jeugd (0-..	~100	
	% cliënten Wmo (to..	~100	
	% cliënten P-wet tot..	~100	
	# Zwv fysiek per 10..	~100	
Leren en werken	Limmel	Laag opleidingsniveau	~100
		Laag midden opleidi..	~100
		% cliënten speciaal o..	~100
		% cliënten P-wet Bijs..	~100
	Nazareth	Laag opleidingsniveau	~100
		Laag midden opleidi..	~100
		% cliënten speciaal o..	~100
		% cliënten P-wet Bijs..	~100
	Wittevrouwen veld	Laag opleidingsniveau	~100
		Laag midden opleidi..	~100
		% cliënten speciaal o..	~100
		% cliënten P-wet Bijs..	~100
Wyckerpoort	Laag opleidingsniveau	~100	
	Laag midden opleidi..	~100	
	% cliënten speciaal o..	~100	
	% cliënten P-wet Bijs..	~100	
Inkomen	Limmel	% hh 40% laagste ink..	~100
		% hh laag inkomen	~100
		% hh langdurig laag i..	~100
		% cliënten Schuldhu..	~100
	Nazareth	% hh 40% laagste ink..	~100
		% hh laag inkomen	~100
		% hh langdurig laag i..	~100
		% cliënten Schuldhu..	~100
	Wittevrouwen veld	% hh 40% laagste ink..	~100
		% hh laag inkomen	~100
		% hh langdurig laag i..	~100
		% cliënten Schuldhu..	~100
Wyckerpoort	% hh 40% laagste ink..	~100	
	% hh laag inkomen	~100	
	% hh langdurig laag i..	~100	
	% cliënten Schuldhu..	~100	
Totaal score wijken	Limmel	118	
	Nazareth	157	
	Wittevrouwen v..	140	
	Wyckerpoort	103	



© Mapbox © OSM

Weergegeven is een index score, waarbij 100 het gemiddelde is van de gemeente (oranje lijn)

Een hogere score dan 100 (paars gekleurd) betekent dat de wijk op dit thema ongunstiger scoort dan het gemiddelde van de gemeente.

Een lagere score dan 100 (groen gekleurd) betekent dat de wijk op dit thema gunstiger scoort dan het gemiddelde van de gemeente.

Bijlage 2

Rapport

Positieve Gezondheid bij professionals en burgers

- Resultaten interventies 2017-2020-



Katrien Pleunis (trainer/coach), Mischa Deusings-Klerks (coach), Cisca van der Meijs (trainer)

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

Dit is rapport 1 van de 7 rapporten van Blauwe Zorg in de wijk



provincie limburg



Zó wil ik leven.



Maastricht University *Leading in Learning!*

Dankwoord:

Een speciaal woord van dank aan Anita Vermeer die als programmamanager (in dienst van de GGD Zuid Limburg) vanaf de start van de Pilot Blauwe Zorg in de wijk in 2016 tot en met december 2019 met veel enthousiasme en kennis heeft bijgedragen aan de gehele pilot, en in het bijzonder aan de introductie van het gedachtegoed Positieve Gezondheid en dit project.

Verder een woord van dank aan de Ambassadeurs Positieve Gezondheid (professionals en vrijwilligers) en aan de sociale teams Limmel-Nazareth en Wittevrouwenveld-Wyckerpoort.

Auteurs:

Ingeborg Wijnands-Hoekstra (ZIO), Katrien Pleunis (Radar), Mischa Deusings-Klerks (Levanto), Cisca van der Meijs (Levanto)

Meer informatie:

www.blauwezorgindewijk.nl

Inhoud

1. Samenvatting	5
2. Inleiding	7
2.1. Blauwe Zorg wijken	7
DEEL I POSITIEVE GEZONDHEID BIJ PROFESSIONALS	8
3. Interventie 1: Scholing aan professionals	8
3.1. Beschrijving	8
3.2. Aantal deelnemers	10
3.3. Ervaringen deelnemers	10
3.4. Ervaringen trainers en coaches	11
3.5. Lessons learned	12
4. Interventie 2: Coaching van professionals	12
4.1. Beschrijving	12
4.2. Aantal deelnemers	13
4.3. Ervaringen	14
4.4. Lessons learned	14
5. Interventie 3: Ambassadeurs Positieve Gezondheid (professionals)	15
5.1. Beschrijving	15
5.2 Ervaringen	16
5.3. Lessons Learned	16
6. Interventie 4: Provinciale activiteiten Positieve Gezondheid	16
6.1. Beschrijving	16
6.2. Ervaringen	17
6.3. Lessons learned	17
DEEL II POSITIEVE GEZONDHEID BIJ BURGERS	18
7. Interventie 5: Scholing Positieve Gezondheid aan burgers	18
7.1. Beschrijving	18
7.2. Aantal deelnemers	18
7.3. Evaluatie	18
7.4. Lessons learned	18
8. Interventie 6: Ambassadeurs Positieve Gezondheid (burgers)	20
8.1 Beschrijving	20
8.2. Aantal deelnemers	20
8.3. Evaluatie	21
8.4. Lessons Learned	23
DEEL III CONCLUSIES, AANBEVELINGEN EN BORGING	24



9. Conclusies	24
10. Aanbevelingen	25
11. Borging en implementatie 2021	26
Bijlage 1 Wijkprofiel Blauwe zorg wijken	27
Bijlage 2 Publicaties	29

1. Samenvatting

Positieve Gezondheid is het leidend principe binnen de pilot Blauwe Zorg in de Wijk in Maastricht, dus binnen alle projecten en interventies. Er is in de periode 2017-2020 een zestal interventies ontwikkeld en geïmplementeerd om het concept Positieve Gezondheid brede bekendheid te geven bij zowel de zorgprofessionals die werkzaam zijn in de vier Maastrichtse Blauwe Zorg wijken, als bij de bewoners van deze wijken. Naast bekendheid geven, wordt in de interventies zowel bij professionals als burgers ingezet op training en coaching bij de toepassing van Positieve Gezondheid. De subsidie van de pilot Blauwe Zorg in de wijk is per 31-12-2020 geëindigd. In dit rapport worden de resultaten weergegeven van de interventies op het gebied van Positieve Gezondheid, worden aanbevelingen gedaan voor de toekomst en wordt de continuering/borging in 2021 beschreven.

Interventies bij professionals

Binnen de pilot Blauwe Zorg in de wijk is een zeer compleet aanbod van scholing en coaching Positieve Gezondheid voor professionals ontwikkeld.

In twee jaar tijd (2018-2020) zijn 340 professionals in de Blauwe Zorg wijken getraind (in 38 trainingen) door de drie trainers/coaches die IPH gecertificeerd zijn. Deelnemers gaven het cijfer 8 voor de training en ook een 8 voor werkplezier/voldoening 3 weken na de training. Om te komen tot een emancipatorische beweging werden terugkombijeenkomsten en andere mogelijkheden van (vervolg op de) training aangeboden. Aan de terugkombijeenkomsten hebben 70 professionals deelgenomen. Daarnaast zijn 55 workshops/inspiratiesessies in de wijken georganiseerd waaraan 758 professionals, vrijwilligers en mantelzorgers hebben deelgenomen. Aan 10 workshops "Plus" hebben 95 managers, HR medewerkers en POH GGZ deelgenomen.

Professionals die behoefte hadden aan ondersteuning bij het verweven van Positieve Gezondheid in hun dagdagelijkse werk, konden terecht bij de coaches: 70 deelnemers werden op aanvraag gecoacht. De coaches hebben bovendien huisartsenpraktijken en sociale teams binnen en buiten de Blauwe Zorg wijken gecoacht. Heel duidelijk werd dat buiten de Blauwe Zorg wijken Positieve Gezondheid nog geen gemeenschappelijke taal is.

De evaluatie laat een nadrukkelijke toename zien in het aantal professionals dat Positieve Gezondheid ervaart als bruikbaar voor de dagelijkse praktijk.

Aanbevolen wordt om in 2021 dit scholings-/coachingsaanbod te continueren omdat een deel van de getrainde professionals nog midden in het proces van intervisie en implementatie/borging zit én er nog een grote groep professionals is in de regio die nog niet getraind is. Naast training van professionals is het van belang dat organisaties randvoorwaarden creëren voor hun medewerkers om Positieve Gezondheid toe te passen, ook hier kan ondersteuning in worden geboden door de coaches.

Om de expertise van de huidige trainers en de coaches Positieve Gezondheid van de pilot Blauwe Zorg in de wijk, te behouden en om de beweging Positieve Gezondheid levend te houden om uiteindelijk de brug naar de fase van borging te kunnen bewerkstelligen in de regio Maastricht-Heuvelland, wordt begin 2021 een construct ontwikkeld om het ontwikkelde scholings- en coachingsaanbod op het gebied van Positieve Gezondheid te continueren in 2021.

Sinds 2018 zetten zich ook vijftien ambassadeurs (managers en beleidsmedewerkers) uit tien regionale organisaties in om Positieve Gezondheid te implementeren, ook binnen hun eigen organisatie. De deelnemers hebben aangegeven dat ze de ambassadeursbijeenkomsten als een grote meerwaarde zien en dat ze hier een vervolg aan willen geven in 2021. Bij het stoppen van het faciliteren van dit overleg schuilt het gevaar dat de ambassadeursgroep doodbloedt. Ook dit wordt meegenomen in bovengenoemd construct.



Interventies bij burgers

Gedurende 2018 zijn door Burgerkracht Limburg in Maastricht 10 workshops Positieve Gezondheid aan bewoners gegeven met 100 deelnemers. In 2019 waren dit 8 workshops met 115 deelnemers. Bijna alle deelnemers geven aan bewuster te zijn geworden van hun eigen (positieve) gezondheid. Uit de evaluaties van Burgerkracht blijkt dat 95% van de deelnemers meer nadenkt over hun (positieve) gezondheid en dat 90% aangeeft het spinnenweb te willen of kunnen gebruiken in gesprek met een hulpverlener. Het advies is dan ook aan Burgerkracht Limburg om de workshops aan burgers te continueren.

In de interventie 'Gezondheidsambassadeurs Positieve Gezondheid in de wijk' (Citizen Science) is vanaf het najaar 2018 samengewerkt met 13 bewoners in de Blauwe Zorg wijken om Informatie op te halen bij wijkbewoners over factoren die de gezondheid bevorderen of juist belemmeren. Deze 13 bewoners zijn gestart met twee trainingen en hebben vervolgens samen 49 wijkbewoners geïnterviewd en 50 observaties gedaan. Het gebruik van 'burgerwetenschap' levert waardevolle informatie op over de kijk op gezondheid in de Blauwe wijken en blijkt ook een positief effect te hebben op de (positief) ervaren gezondheid, de vitaliteit en de veerkracht van de gezondheidsambassadeurs zelf.

Het proces van werven van burgers als gezondheidsambassadeurs blijkt zeer arbeids- en tijdsintensief. Om deze succesvolle interventie te verduurzamen vanaf 2021 in de regio is een coördinator nodig, zowel voor de werving als voor het onderhouden en initiëren van de contactmomenten met de gezondheidsambassadeurs. Hierin dient te worden voorzien vanuit het professionele netwerk.

Interventie bij de Provincie

Vanaf januari 2020 is de trainer-coach van Blauwe Zorg in de wijk actief lid van het kernteam van de beweging Limburg Positief Gezond van de Provincie Limburg/Burgerkracht Limburg. De andere leden geven aan dat de kennis en ervaring die aangeleverd wordt door de coach uit Blauwe Zorg in de wijk van een grote meerwaarde is om de plannen, doelen en ambities te finetunen en de beweging Positief Gezond mee op weg te helpen. Aanbevolen wordt om door te gaan met het leveren van de bijdrage door de coach Blauwe Zorg aan het kernteam Limburg Positief Gezond.

Mischa Deusings, coach Positieve Gezondheid

“Met een heel positief gevoel kijk ik terug op het project Positieve Gezondheid. Het is duidelijk dat in de zorg een kanteling gaande is; de afstemming tussen de domeinen GGZ, medisch en sociaal is veel beter geworden. Er wordt geluisterd naar het verhaal van de burger. De brede kijk op gezondheidsbeleving geeft input voor het gesprek en de oplossing. De inzet richt zich veel meer op wat echt nodig is, waarbij de mazen van de wet en regelgeving soms worden opgezocht. Het zou zonde zijn om deze schatkist aan positieve ervaringen niet te inzetten voor de toekomst. Ik pleit voor een stadsbrede uitrol van Positieve Gezondheid omdat het het fundament is voor duurzame zorg waarbij de burger/cliënt regie heeft en de koers uitzet.”

Katrien Pleunis, coach/trainer Positieve Gezondheid

“Als we deze positieve beweging willen doorzetten, moet iedereen de kans krijgen geïnspireerd en geschoold te worden. Zowel de professionals (in alle lagen van de organisatie), als burgers en onderwijs. Pas dan ontstaat de gewenste gedragsverandering. Daarnaast is het tijd om de stap naar verbreding te zetten. Scholing en coaching aanbieden in de hele regio Maastricht-Heuvelland, mensen trainen om het gedachtegoed in de eigen organisatie te verankeren en het adviseren van organisaties. Want om Positieve Gezondheid echt te borgen is het nodig dat organisaties niet alleen de wil hebben om Positieve Gezondheid te implementeren, maar het ook actief faciliteren.”

2. Inleiding

In de gezondheidszorg gaat de aandacht vrijwel volledig uit naar gezondheidsklachten en –problemen om die vervolgens zo goed mogelijk op te lossen met medicijnen of therapie. Bij Positieve Gezondheid ligt het accent juist niet op de aandoening, maar op de gezondheidsbeleving van mensen zelf. Positieve Gezondheid is de nieuwe definitie van gezondheid, die bestaat uit zes dimensies: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren, geïntroduceerd door Machteld Huber in 2012.

Positieve Gezondheid is het leidend principe binnen de hele pilot Blauwe Zorg in de Wijk, dus binnen alle projecten en interventies. Het biedt een gezamenlijk referentiekader met als doel dat professionals dezelfde taal spreken. Daarnaast is Positieve Gezondheid een beweging die ertoe moet leiden dat mensen meer regie en zeggenschap krijgen over hun eigen leven en de zorg en ondersteuning die ze daarbij nodig hebben. Uiteindelijk is het doel dat mensen beter in staat zijn om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan.

Om dat waar te kunnen maken zijn diverse interventies ontwikkeld en geïmplementeerd om het concept Positieve Gezondheid zélf brede bekendheid te geven bij zowel de zorgprofessionals die werkzaam zijn in de vier blauwe zorg wijken als de bewoners van deze wijken. Naast bekendheid geven, wordt in de interventies zowel bij professionals als burgers ingezet op training en coaching bij de toepassing van Positieve Gezondheid.

De subsidie van de pilot Blauwe Zorg in de wijk eindigt per 31-12-2020. In dit rapport worden de resultaten weergegeven van de zes interventies op het gebied van Positieve Gezondheid. Te weten:

1. Scholing van professionals;
2. Coaching van professionals;
3. Ambassadeurs Positieve Gezondheid (professionals);
4. Bijdrage aan Provinciale activiteiten Positieve gezondheid;
5. Scholing Positieve Gezondheid van burgers;
6. Ambassadeurs Positieve Gezondheid (burgers).

Allereerst worden de vier interventies inhoudelijk beschreven in paragraaf 3 tot en met 8. In paragraaf 9 wordt aangegeven wat de conclusies zijn en paragraaf 10 staan de aanbevelingen. Tot slot wordt in paragraaf 11 beschreven hoe een deel van de interventies gecontinueerd en geborgd zullen worden.

2.1. Blauwe Zorg wijken

De pilot vindt plaats in vier Maastrichtse wijken: Wittevrouwenveld, Wyckerpoort, Nazareth en Limmel. Deze Blauwe Zorg wijken kenmerken zich door een slechtere gezondheid van de inwoners ten opzichte van het gemiddelde in Maastricht. De mensen in deze wijken ervaren hun gezondheid veel minder vaak als goed. De buurten zijn niet vergrijsd, maar kennen wel een lage sociaal economische positie (laag opleidingsniveau, laag inkomen). De inwoners geven met name aan kwetsbaar te zijn op mentaal vlak, financieel vlak en regievoeren over hun leven. Dit is ook terug te zien in de zorg en ondersteuningsconsumptie. De inwoners van de Blauwe Zorg wijken maken met name gebruik van ondersteuning op het vlak van financiën en participatie, jeugd- en volwassen GGZ en individuele begeleiding vanuit de Wmo. Wat betreft lichamelijke klachten is de zorgvraag minder groot, de reden hiervoor is dat deze wijken minder vergrijsd zijn. Bij het domein meedoen is te zien dat relatief veel mensen “langs de kant staan”. Eenzaamheid komt veel voor, de sociale cohesie is minder groot, er zijn minder vrijwilligers en mantelzorgers en de leefbaarheid en veiligheid wordt gemiddeld als minder groot ervaren. De kenmerken van deze wijken worden weergegeven in bijlage 1.

DEEL I POSITIEVE GEZONDHEID BIJ PROFESSIONALS

3. Interventie 1: Scholing aan professionals

3.1. Beschrijving

3.1.1. Trainingen Positieve Gezondheid (vanuit ZIO Scholing)

In 2017 is in de blauwe zorg wijken gestart met de training van beroepskrachten. De eerste ronde trainingen is verzorgd door Machteld Huber (Institute of Positive Health), de bedenker van Positieve Gezondheid. In 2018 werd binnen de pilot Blauwe Zorg in de wijk geconstateerd dat de bestaande basismodule/training van IPH te lang was en onvoldoende handvatten voor professionals uit de Blauwe Zorg wijken bood om Positieve Gezondheid daadwerkelijk toe te passen in de praktijk. De training werd door een van de trainers en een programmamanager van de pilot omgeschreven en aangepast op de wijkbehoefte.

Het doel van de trainingen is om professionals te leren om niet de ziekte, maar een betekenisvol leven van mensen centraal te stellen (conform het gedachtegoed van Machteld Huber). De nadruk ligt op de veerkracht, eigen regie en het aanpassingsvermogen van de mens en niet op de beperking of ziekte zelf. De fysieke training bestaat uit 3 bijeenkomsten van 3 uur, om de twee weken. Plus een terugkommoment van 2 uur. De training is interactief en praktijkgericht, middels het oefenen in de bijeenkomsten en de aangeleverde thuisopdrachten. De trainers en coaches van Blauwe Zorg in de wijk zijn IPH gecertificeerd.

De opzet is als volgt:

- In de eerste bijeenkomst komt de theorie aan bod en gaan de deelnemers zelf aan de slag met persoonlijke veerkracht en veranderwens. Het doel van deze bijeenkomst is het bewust worden van het effect van het voeren van het andere gesprek.
- Bij de tweede bijeenkomst staat de deelnemer centraal in zijn/haar rol als hulpverlener en wordt het andere gesprek gevoerd met derden. Het doel van de tweede bijeenkomst is dat de rol van de professionals doorontwikkeld wordt, naar het gedachtegoed van Positieve Gezondheid (bredere kijk op gezondheid en het voeren van het ander gesprek). Het doel hiervan is dat de professional de regie terug geeft aan de cliënt, waarbij gekeken wordt naar ondersteuning in de directe leefomgeving van de cliënt met als doel te komen tot duurzame en dus goedkopere zorg.
- Tijdens deze derde bijeenkomst is, naast de trainer, ook de coach aanwezig zodat er meteen een verbinding gelegd kan worden naar de praktijk. Hierbij wordt aandacht besteed aan de werkomgeving van de professional en worden handvaten aangereikt om te kunnen werken volgens het gedachtegoed van Positieve Gezondheid. De coach heeft vooral een luisterende houding en is samen met de trainer een klankbord voor de groep. Door een sfeer van openheid en vertrouwen te creëren komt er ruimte voor kwetsbaarheid wat draagvlak creëert voor een vertrouwde leeromgeving.
- Na de drie bijeenkomsten is er een reflectiemoment van twee uur.

Gaandeweg het traject kwam het besef dat wanneer alleen de professionals de training zouden volgen er geen emancipatorische¹ beweging op gang zou komen. Daarom is het van belang dat alle lagen in de organisatie de ontwikkeling van de Positieve Gezondheid gaan doorlopen.

¹ Emancipatorische: Bij deze visie staat de zorgvrager centraal. Hierbij wordt er niet alleen aan gedacht aan de zorg die de persoon nodig heeft, maar is de zorgvrager sneller verantwoordelijk voor de zorg die hij kan krijgen en de zorg die hij daarbij zelf kan leveren. Het gaat erom wat de zorgvrager (cliënt) zelf nog kan. Een zorgvrager geeft dus zelf richting aan de zorg die hij nodig heeft (zorg op maat). En de zorgvrager en de zorgverlener nemen een gelijkwaardige positie in.

3.1.2. Overige bijeenkomsten en workshops

In aanvulling op de trainingen zijn door de trainers en coaches binnen Blauwe zorg in de wijk de volgende bijeenkomsten/workshops ontwikkeld:

Terugkombijeenkomsten:

Alle deelnemers uit de training Positieve Gezondheid die georganiseerd werden door ZIO Scholing kregen een terugkombijeenkomst aangeboden. De terugkombijeenkomst is een extra reflectiebijeenkomst die ongeveer 3 maanden na de training plaatsvindt. Het doel is om Positieve Gezondheid levend te houden en om vragen en knelpunten te bespreken. Daarnaast is er ook ruimte om succesverhalen te delen zodat de olievlek verder kan uitvloeien.

De rol van de coach is tijdens deze bijeenkomst is in eerste instantie faciliterend. Door intuïtief gebruik te maken van wat een groep nodig heeft, voelt de coach waar de kracht en de onzekerheden zitten. De coach probeert duurzaam vertrouwen in de groep aan te wakkeren en deelnemers zich volledig betrokken te laten voelen bij datgene wat ze doen en gaan doen.

Workshops /inspiratiesessies:

Deze workshop/inspiratiesessie duurt gemiddeld 2,5 uur en is bedoeld voor professionals, maar ook vrijwilligers en burgers die geïnspireerd willen worden. Soms volgt er nog een training, maar soms ook niet. In deze workshop wordt aandacht besteed aan achtergrondinformatie van Positieve Gezondheid en gaan de deelnemers aan de slag met hun persoonlijke veerkracht en veranderwens. Door er zelf mee aan de slag te gaan worden ze meer bewust van hun eigen gezondheidsbeleving en krijgen ze inzicht in de dimensies waar ze zelf invloed op kunnen hebben.

WorkshopPlus:

Deze workshop bestaat uit twee bijeenkomsten van 2,5 uur. De workshop is vooral bedoeld voor HR en Management. In deze workshop komt de theorie aan bod en gaan de deelnemers zelf aan de slag met persoonlijke veerkracht en veranderwens. Het doel van deze bijeenkomst is het bewust worden van het effect van het voeren van het andere gesprek. Doordat de deelnemers er zelf mee aan de slag gaan, wordt hun bewustwording op gang gebracht. Dat ze uitgaan van vertrouwen, hoop en geloof in de ander. Er wordt gekeken in hun eigen werkomgeving en naar wat ze nodig hebben om vervolgens met het gedachtegoed te kunnen gaan werken.

Incompany trainingen

Op vraag van een organisatie kunnen er ook incompany trainingen worden gegeven.

Train de trainer

In deze training leren professionals om zelf op een didactisch verantwoorde manier een training Positieve Gezondheid uit te voeren.

3.1.3. Overige activiteiten van de trainers en coaches

- Expertise-advisering op aanvraag.
- Meegeschreven aan de kernmodule in samenwerking met IPH, Noordelijke Maasvallei en Stand-by. Deze Kernmodule is geschreven ter voorbereiding voor het scholingsplan.
- Inzet van expertise ten behoeve van inspiratie en trainingen.
- Succesverhalen opgehaald, meegewerkt aan interviews van Positieve Gezondheid.
- Intensieve medewerking aan de beweging Limburg Positief Gezond van de Provincie Limburg (zie paragraaf 6), waaronder: Scholing, Implementatie coaches, deelname aan het kernteam kennis en expertise.

Zie voor de overige activiteiten van de coaches in paragraaf 4.1.3.

3.2. Aantal deelnemers

Tabel 1 Aantal deelnemers aan trainingen/bijeenkomsten en workshops Positieve Gezondheid

Soort training/bijeenkomst voor professionals	Uitvoering	Aantal deelnemers	Aantal trainingen/workshops	Periode
Trainingen Positieve Gezondheid	<u>Trainer:</u> bijeenkomst: 1,2 en 3 <u>Coach:</u> bijeenkomst: 3	340	38 trainingen	09-2018 t/m 10-2020
Terugkombijeenkomsten	Coach	70	18 bijeenkomsten	01-2019 t/m 10-2020
Workshops/Inspiratiesessies	Trainer	785	55 workshops/ inspiratiesessies)	09-2018 t/m 10-2020
WorkshopPlus	Trainer	95	10 workshopPlus	Juni 2019 t/m 10-2020

Trainingen Positieve Gezondheid aan professionals

Vanaf september 2018 tot en met oktober 2020 zijn er 340 professionals getraind (in 38 trainingen), waarvan het merendeel uit de Blauwe Zorg wijken. Het gaat hierbij om professionals uit het zorgdomein, jeugddomein, participatie, gemeentes, woningcorporatie, onderwijs en om vrijwilligersorganisaties.

Terugkombijeenkomsten

Vanaf januari 2019 tot en met oktober 2020 hebben 70 professionals deelgenomen aan de terugkombijeenkomsten (18 bijeenkomsten). Deze professionals hebben eerder deelgenomen aan de training. Niet alle professionals hebben dus deelgenomen aan deze terugkomdagen. Dit heeft vooral te maken met het ontbreken van financiering/facilitering vanuit de eigen organisatie. Daar waar toch uiteindelijk een behoefte bleek te zijn, kon er gebruik worden gemaakt van een telefonisch consult.

Workshops /Inspiratiesessies

Vanaf september 2018 tot en met oktober 2020 hebben 758 professionals, vrijwilligers, mantelzorgers, ervaringsdeskundigen, leden van Sociale Teams deelgenomen aan een workshop/inspiratiesessie (in 55 workshops/inspiratiesessies).

WorkshopPlus

Vanaf september 2018 tot en met oktober 2020 hebben 95 managers, HR medewerkers en POH GGZ (o.a.: Levanto, Radar, Envida, Menz GGZ, MEE, Trajekt) aan een workshopPlus deelgenomen (in 10 workshopPlus).

3.3. Ervaringen deelnemers

3.3.1. Effectmeting

Er heeft een kwantitatieve effectmeting plaatsgevonden onder de professionals die getraind zijn. Deze meting is uitgevoerd 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 ten opzichte van 2018.

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%

Een aantal uitspraken van professionals:

“Ik ervaar zoveel meer rust in mijn werkdagen, ik hoef niet meer alles te regelen voor mijn cliënten/medewerkers, want ik kijk veel meer met hun naar wat ze zelf kunnen en bevroeg vaak op wat er nodig is.”

“Middels het voeren van het ander gesprek ervaar ik dat we tot een diepere laag in het gesprek komen en dit vooral bij mensen die ik al een geruime tijd begeleid”.

“Ik merk dat Positieve Gezondheid buiten het werkgebied ook een grote rol kan spelen; zoals het oprecht luisteren en daardoor met vrienden en familie tot een betekenisvoller contact te komen”.

3.3.2. Kwalitatief Onderzoek

Tussen 2017 en 2020 heeft de promovendus van de Universiteit Maastricht middels observaties, interviews en documentanalyses gekeken naar de implementatie van Blauwe zorg in de wijk en daarmee ook naar de implementatie van Positieve Gezondheid (PG).

Uit de interviews met professionals in de wijk bleek dat professionals steeds meer ruimte en steun voelden binnen de eigen organisatie om te experimenteren met het concept PG. Alle organisaties waren op eigen wijze bezig om PG een plek te geven in de organisatie. Organisaties stoeiden nog met wel de daadwerkelijke implementatie van PG binnen de eigen organisatie. 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.

Organisaties zetten op diverse lagen in de structuur PG in; zo werd het al gebruikt binnen HR modellen en voor de organisatie van ontwikkel- en verzuimgesprekken. Daarnaast werd zichtbaar dat de interesse voor de scholing zich verbreedde. Een voorbeeld hiervan was dat ook medewerkers van woningcorporaties en participatie gingen deelnemen. In de wijken werd/wordt steeds meer één taal gesproken en dat bevorderde/bevordert de samenwerking.

3.4. Ervaringen trainers en coaches

De trainers gaven aan dat in de praktijk bleek dat door als professional zelf aan de slag te gaan met positieve gezondheid, men tot inzicht komt dat er met een kleine interventie vaak verrassende en verdiepende resultaten behaald kunnen worden.

Middels een vraagronde aan het eind van de derde training gaf gemiddeld 60 % van de deelnemers aan voor 100% concreet met Positieve Gezondheid aan de slag te willen gaan. 40% van deelnemers scoorden een gemiddelde van 70 á 80%. Dit had onder andere te maken met de systemen en de wet- en regelgeving waar elke organisatie mee te maken heeft en die dit voor de deelnemers bemoeilijkten.

De deelnemers voelden zich gehoord en serieus genomen en ervoeren de trainingen als quality-time voor zichzelf en voor hun werk.

In de evaluatie werd gemiddeld een **cijfer 8** gegeven voor de gehele training.

De coaching tijdens de terugkomdagen verliep in de sessies erg prettig; mensen gaven aan het fijn te vinden zaken te kunnen herhalen en directe werksituaties te bespreken. Het gedachtegoed werd breed uitgedragen, mensen waren geïnspireerd en verweefden Positieve Gezondheid in hun dagdagelijkse werk. Sessies varieerden van terugkombijeenkomsten van 2 uur, 1 uur intervisie, 1 op 1 sessie van 1 á 1,5 uur tot wat kortere contacten bij spontane ontmoetingen of vragen via mail of bel contact.

3.5. Lessons learned

- In de praktijk blijkt dat het effect om te komen tot een gedragsverandering begint met de eerste ontmoetingen in de training, in een leeromgeving die gekenmerkt wordt door veiligheid, vertrouwen en gelijkwaardigheid.
- Gaandeweg het traject kwamen de coaches tot het besef dat wanneer de professionals alleen de training zouden volgen, ze niet zouden komen tot de emancipatorische beweging. Daarom werden terugkombijeenkomsten en andere mogelijkheden van vervolg op de training aangeboden (zie paragraaf 3.1 en 4.1.).
Voor de terugkombijeenkomst werden de deelnemers al uitgenodigd tijdens de derde trainingsdag. Niet alle terugkombijeenkomsten werden door de deelnemers van de trainingen Positieve Gezondheid bezocht. Dit had vooral te maken met het ontbreken van financiering/facilitering vanuit de eigen organisatie. Daarom is het advies om bij een eventueel vervolg van de scholing de terugkombijeenkomst op te nemen als onderdeel van de totale training.
- De intentie van de deelnemers is hoog, maar wanneer de organisatie niet voldoende faciliteert op beschikbare tijd en randvoorwaarden ontstaat er onvoldoende draagvlak om PG te implementeren.

4. Interventie 2: Coaching van professionals

4.1. Beschrijving

4.1.1. Activiteiten van coach

Twee coaches begeleidden de professionals in de pilotwijken in het gebruik van Positieve Gezondheid aan de hand van de volgende activiteiten:

- *Coaching van de deelnemers in de derde trainingsbijeenkomst (zie paragraaf 3.1)*
- *Het uitvoeren van terugkombijeenkomsten als vervolg op de training (zie paragraaf 3.1.)*
- *Het geven van workshops en inspiratiesessies (zie paragraaf 3.1.)*
- *Coaching op aanvraag*
Dit is een duurzaam, terugkerend on-going proces. De vervolgotrajecten die uitgevoerd worden door de coaches, bestaan uit verschillende vormen; denk aan intervisies, supervisie, casusoverleg, advisering. De coach speelt in op de vraag van het individu, de groep of organisaties.
- *Het coördineren en faciliteren van Ambassadeursbijeenkomsten*
Dit zijn bijeenkomsten voor afgevaardigden ("ambassadeurs") vanuit de organisaties participierend vanuit de Blauwe Zorg. Deze bijeenkomst vindt gemiddeld 5 x per jaar plaats. Tijdens deze bijeenkomst is er kennisuitwisseling van de voordelen en belemmeringen van het implementeren van de Positieve Gezondheid binnen de organisaties en wordt er gebrainstormd hoe Positieve Gezondheid geborgd kan worden. Zie verdere beschrijving paragraaf 5.

- *Het adviseren van individuele werknemers als ook organisaties en netwerken.*
- *Het adviseren en meedenken over verweving Positieve Gezondheid bij intake en zorgplan*
Het gaat hierbij onder andere om de bijdrage van de coaches aan het HOC (Herstel Ondersteunend Consult) bij de Nieuwe/Blauwe GGZ). Zie project 8 van Blauwe Zorg in de wijk.
- *Coaching medewerkers sociale teams en huisartsenpraktijken*
Het gaat hier om coaching van huisartsen binnen Blauwe Zorg-wijken en deelnemend aan de Pluspraktijken², op vraag. Deze coaching, alsmede de coaching van de deelnemers uit de sociale teams in deze wijken, heeft op verschillende manieren plaatsgevonden: individueel, coaching on the job of in groepsverband.
In 2020 is gestart met de uitrol van de werkwijze “Verbinding Sociaal Team-Huisartsenpraktijken” naar de Pluspraktijken (zie project 4 van Blauwe Zorg in de wijk). Alle sociale teams en huisartsenpraktijken zijn benaderd met deze werkwijze en met de vraag of ze hieraan willen meewerken. De huisartsen waren allen bereid om in gesprek te gaan met de sociale teams om de samenwerking te verbeteren via deze werkwijze. De coaches begeleiden de Sociale teams hierbij.
- *Het coördineren van de trainingen Positieve Gezondheid*
Dit wordt gedaan in samenwerking met het scholingsbureau van ZIO.
- *Een actieve deelname aan de Beweging Limburg Positief Gezond*
Zie meer informatie in paragraaf 6.

4.1.2. Kenmerken van de rol van coach

- Het bewaken, uitdragen en levend houden van het gedachtengoed;
- Het ondersteunen van het verweven van Positieve Gezondheid in het dagdagelijkse werk;
- Het begeleiden van beroepskrachten in hun persoonlijke groei;
- Het ombuigen van weerstanden. De coach heeft een lerende proactieve houding;
- Het signaleren van knelpunten en daarop feedback geven, indien nodig de verbinding leggen met de desbetreffende organisatie;
- Is goed op de hoogte van de ontwikkelingen op gebied van Positieve Gezondheid (het lezen van actuele nieuwsbrieven, Webinar bijwonen, etc.);
- Is in staat om een vertaalslag van theorie naar praktijk te maken.

4.1.3. Overige activiteiten van de coaches

- Ondersteuning aan het realiseren van de Gezonde gazet Magazine (zie paragraaf 8.2.3.)
- Deelnemen aan samenwerking GGZ- Sociale Domein; minder doorverwijzingen naar Tweede Lijn (zie project 8 pilot Blauwe zorg in de wijk)
- Beweging op gang gebracht bij het domeinoverstijgend denken en werken.

Voor de overige activiteiten van de coaches zie paragraaf 3.1.3.

4.2. Aantal deelnemers

- Het aantal deelnemers van de derde trainingsbijeenkomst, terugkombijeenkomsten, workshops en inspiratiesessies die door de coaches werden uitgevoerd worden in tabel 1 weergegeven, zie paragraaf 3.2.
- Coaching op aanvraag: dit waren vooral vervolgttrajecten op terugkombijeenkomsten uitgevoerd door de coaches bij 70 deelnemers, waaronder medewerkers sociale teams in de Blauwe Zorg wijken en andere sociale teams Maastricht breed, GGZ team, gezondheid ambassadeurs uit de wijk, medewerkers en ambassadeurs uit het organisatie netwerk.

² Een PlusPraktijk is een huisartsenpraktijk van de toekomst. Een praktijk die, samen met andere huisartsenpraktijken, voorop wil lopen in vernieuwingen en hiervoor vernieuwende manieren van werken en zorg uitprobeert. Aan het project nemen 15 huisartsenpraktijken uit de regio deel.

- Coaching van medewerkers van sociale teams en huisartsenpraktijken binnen Blauwe Zorg wijken en huisartsen van de Pluspraktijken in Maastricht-Heuvelland op vraag, om de samenwerking tussen de huisartsenpraktijken en de sociale teams te verbeteren. Het gaat hierbij om o.a. de Maastrichtse sociale teams Wittenvrouwenveld-Wyckerpoort, Limmel-Nazareth, de Heeg, Caberg-Malperthuis, Centrum en Daalhof-Mariaberg en de Sociale teams van de gemeente Meerssen en gemeente Eijsden-Margraten. Voor meer informatie over deze samenwerking zie ook Eindrapport 4 van Blauwe Zorg in de wijk “Professionals aan zet”.

Tabel 2 Aantal deelnemers dat coaching in Positieve Gezondheid heeft gehad

Coaching van professionals	Uitvoering	Aantal deelnemers	Periode
Coaching op aanvraag	Coach	70	09-2018 t/m 10-2020
Coaching ikv verbinding Sociale teams met huisartsenpraktijken	Coach	Medewerkers van sociale teams en huisartsenpraktijken	01-2019 t/m 10-2020

4.3. Ervaringen

- De coaches zagen enthousiaste professionals in alle lagen van de organisaties stoeien met het nieuwe werken. Ze zagen dat professionals zich kwetsbaar opstelden met een proactief lerende houding. Er werd gaandeweg steeds meer initiatief getoond in het werken met Positieve Gezondheid.
- In meerdere sociale teams en bij het GGZ team was er te zien dat men kritisch was op elkaars handelen. Men bevroeg elkaar op Positieve Gezondheid en kwam tot de diepere dialoog. De coaches zagen een duidelijke groei in luistervaardigheid: oordeelloos en zonder aannames luisteren en handelen.
- Buiten de Blauwe zorg wijken zien/zagen de coaches voorzichtige verbindingen ontstaan tussen de sociale teams en de huisartsenpraktijken. In de sociale teams buiten de blauwe zorg wijken wordt het domein overstijgend werken heel divers opgepakt. Dat ligt er onder andere aan dat niet iedereen op de hoogte is van Positieve Gezondheid en dat er geen aandacht wordt besteed in de vorm van trainingen en coaching zoals in de Blauwe Zorg wijken gebeurt. In de praktijk is het zichtbaar dat niet alle betrokkenen op de hoogte zijn van wat er beoogd wordt in het kader van de Pluspraktijk. Deze intensivering van samenwerking met als uitgangspunt Positieve Gezondheid behoeft de komende tijd nog intensieve aandacht.

4.4. Lessons learned

- De coaches zagen een duidelijke positieve groei in het verloop van de coaching sessies. Waar er eerst nog op veel weerstand gestuit werd, was er na afloop meer inzicht in hoe men Positieve Gezondheid kon verweven in het dagdagelijks werk.
- Bij aanvang van het project werd er bij nader inzien op sommige momenten te geforceerd ingezet door de coaches. Op dat moment sloot dit onvoldoende aan op het proces waar men zich op dat moment in bevond. Het is dus zeer belangrijk om heel bewust aan te sluiten (ook al kost dit veel tijd) bij het proces.
- Tijdens de coaching en trainingen is het van belang om Positieve Gezondheid niet te duiden als iets nieuws, maar als een andere en een bredere kijk op gezondheid.
- In trainingen en coaching erkennen de coaches dat professionals hun werk goed en naar eer en geweten doen. Maar door het voeren van het ander gesprek leren zij de totale regie bij de ander te leggen. Met als resultaat dat er vaak oplossingen naar voren komen, die niet tot het zorgaanbod behoren zoals bijvoorbeeld vanuit het eigen netwerk of de eigen omgeving van de cliënt, waardoor de zorg duurzamer en goedkoper wordt (zie voorbeelden in volgend blok).

- De professionals durfden gaandeweg het project meer ruimte in te nemen om Positieve Gezondheid uit te dragen.
- Gaandeweg de trajecten blijken ervaringsdeskundigen tijdens de training niet nodig. Er is genoeg ervaring in de groep.
- Binnen de GGZ teams wordt er wel gekozen voor het aansluiten van ervaringsdeskundigen, dit ten aanzien van de bejegening in het kader van partnerschap.

Ervaringen van professionals met het voeren van het “andere” gesprek

Professionals ervaren het voeren van het andere gesprek als een verademing, een opluchting. “Elk heftig verhaal krijg zo een zachte landing”, vertelde iemand. Het gaat er om te luisteren, op een open onbevooroordeelde en aandachtige manier. Oplossingen - door mensen zelf bedacht - zijn vaak van een verbluffende eenvoud.

- Een vrouw met MS die alleen maar een keukenmachine wilde van de Wmo, zodat ze weer kon koken voor familie en vrienden.
- Een jongere die graag erkend en gezien wil worden, het liefst met applaus. Hij werd lid van verschillende toneelclubs en treedt regelmatig op.
- Een jongen met een lichamelijke beperking en depressieve klachten; een dagboekje met gedane activiteiten, plus een vloekboekje voor als het een keer niet lukt.
- Een eetgroepje voor en door jongeren.
- Vriendinnen die samen lijnen om het beter vol te houden
- Reservering van een natuurgraf op afbetaling. Een voorheen suïcidale vrouw durfde dit niet bespreekbaar te maken omdat begeleiding dan mogelijk zou denken dat ze dood wilde.
- Een jongere die naar de AA gaat in plaats van de crisisdienst te bellen.
- Puzzelen om piekeren te voorkomen.
- Envelopjes met huishoudgeld in de kast, om ongeremd pinnen te voorkomen.

5 Interventie 3: Ambassadeurs Positieve Gezondheid (professionals)

5.1. Beschrijving

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, Mondriaan, MEE en Xonar. Sommige deelnemers zijn in de loop van tijd gewisseld in persoon en of functie.

Deze ambassadeursgroep ziet drie belangrijke doelen/opbrengsten van deze vergaderingen:

1. Uitwisselen van kennis en informatie betreffende ontwikkelingen van de andere organisaties;
2. Delen van implementatie methodes om te komen tot implementatie van Positieve Gezondheid in de eigen organisatie.
3. Halen van informatie uit de wijkpilot en provincie (actiecentrum, scholingsplan, stand-by, Noordelijke Maasvalleigroep, scholingen PG, coaching PG).

De ambassadeursgroep is in de beginnende implementatiefase begeleid door de programmamanager Positieve Gezondheid en later door een coach van Blauwe Zorg in de wijk. Deze begeleiding bestond uit het regelen van praktische zaken zoals bijeenkomsten plannen en inhoudelijke taken zoals het vaststellen van de gespreksonderwerpen (geïnterviewd bij de stakeholders).

5.2 Ervaringen

De ambassadeursgroep bestaat/bestond uit een groep enthousiaste en kritische deelnemers die het een uitdaging vinden om met Positieve Gezondheid aan de slag te gaan. Belangrijk in de bijeenkomsten is/was dat er respect voor elkaar is en dat er ook ruimte is mocht zijn voor kritiek/zelfreflectie zonder dat er meteen een oordeel aan gekoppeld wordt. De ambassadeurs Positieve Gezondheid kwamen een keer per kwartaal anderhalf uur bij elkaar. Verschillende onderwerpen passeerden de revue. Per bijeenkomst werd één ambassadeur gevraagd om een korte interactieve presentatie te geven over hoe Positieve Gezondheid werd geïmplementeerd binnen de organisatie. Het doel van de bijeenkomsten was elkaar inspireren en samen na te denken hoe Positieve Gezondheid verder geïmplementeerd kon worden. Tevens werd er gekeken naar de knelpunten en succesverhalen.

Gaandeweg de tijd vielen er deelnemers af en kwamen er nieuwe bij. Er is één organisatie afgehaakt en niet meer teruggekomen. Daarnaast is er een organisatie bijgekomen.

Ambassadeurs hebben dit overleg als zeer prettig ervaren, enerzijds door een stuk herkenning, anderzijds door het leren van elkaar. Daarnaast voelen ze zich veilig om onzekerheden met elkaar te bespreken.

Belangrijke thema's die tijdens de bijeenkomsten ter sprake kwamen en inzichten werden meegenomen door de ambassadeurs Positieve Gezondheid naar hun eigen organisatie en tevens naar het programmateam van blauwe zorg in de wijk om meteen (indien gewenst) acties uit te kunnen zetten. De deelnemers hebben tijdens de laatste bijeenkomst in 2020 aangegeven dat ze de ambassadeursbijeenkomsten als een grote meerwaarde zien en dat ze hier een vervolg aan willen geven in 2021.

5.3. Lessons Learned

- Het is zichtbaar dat veel organisaties vaak worstelen met de implementatie en borging van Positieve Gezondheid vanwege organisatiestructuur en politieke besluitvorming.
- De olievlek verspreid zich gaandeweg. Dit overleg draagt bij tot een optimale verbinding in het kader van Positieve Gezondheid. Elkaar kennen is daarom in deze situatie van groot belang.
- Bij het stoppen van het faciliteren van dit overleg schuilt het gevaar dat de ambassadeursgroep doodbloedt.

6. Interventie 4: Provinciale activiteiten Positieve Gezondheid

6.1. Beschrijving

De afgelopen jaren hebben heeft de Provincie Limburg zich ingezet op het (mede) inspireren en aanjagen van het inzetten van het gedachtegoed Positieve Gezondheid in de Provincie Limburg. De beweging Limburg Positief Gezond biedt initiatieven een netwerk en platform om samenwerking, synergie, kennisontwikkeling, - bundeling en -deling te bewerkstelligen. Men kan van elkaar leren, ideeën opdoen en datgene gebruiken wat voor een individu, initiatief of organisatie van belang is zodat maatwerk wordt gerealiseerd.

Een nieuwe uitdaging van de Provincie was in 2020 om de huidige Beweging Limburg Positief Gezond door te ontwikkelen en in te zetten op verdieping en verduurzaming. De afgelopen periode hebben ze gebruikt om te verkennen wat dat betekent voor het actiecentrum Limburg Positief Gezond. Er zijn gesprekken gevoerd met alle partners en er is een nieuw plan geschreven (Beweging Limburg Positief Gezond, fase 2, 2020-2022). Deze nieuwe fase betekent een andere rol voor alle huidige partners en het actiecentrum Limburg Positief Gezond. De Provincie zet in op uitbreiding van het netwerk, bundeling en verspreiding van kennis en ervaring en het ontwerpen en inrichten van een structuur ten behoeve van verduurzaming van de Beweging. Daarnaast willen ze graag blijven inspireren en aanjagen, en het aanspreekpunt zijn voor alle

leden en potentiële leden die actief aan de slag zijn of willen met het gedachtegoed Positieve Gezondheid. De Beweging Limburg Positief Gezond wordt sinds januari 2020 gehost door Burgerkracht Limburg. Op bestuurlijk niveau hebben de partners, de bestuurder van Burgerkracht Limburg mandaat gegeven om samen met het kernteam (voorheen actiecentrum, bestaande uit medewerkers van de kernpartners van de Beweging) de plannen uit te werken.

Vanaf januari 2020 is de trainer-coach van Blauwe Zorg in de wijk lid van het kernteam van de beweging Limburg Positief Gezond. De trainer-coach heeft een actieve rol in het kennis & expertise team, waarin de kennis en de ervaring gedeeld wordt, die opgedaan is tijdens de training en coaching in Maastricht, Blauwe zorg in de wijk.

Andere activiteiten van de trainer-coach binnen de beweging Limburg Positief Gezond zijn:

- Meeschrijven aan de missie en visie;
- Bijdrage leveren aan het schrijven van de website;
- Kennismaking en oriëntatiegesprekken voeren met organisaties die zich aanmelden bij de beweging;
- Thematafels en referereerbijeenkomsten organiseren;
- Meeschrijven aan subsidieaanvragen;
- Ophalen van materialen omtrent Positieve Gezondheid en inrichten van een kennisbank;
- Onderzoek en doorontwikkeling van Positieve Gezondheid.

6.2. Ervaringen

- De andere deelnemers van het kernteam beweging Limburg Positief Gezond geven aan dat de kennis en ervaring die aangeleverd wordt door de coach uit Blauwe Zorg in de wijk van een grote meerwaarde is om de plannen, doelen en ambities te finetunen en de beweging Positief Gezond mee op weg te helpen.
- Het resultaat van de bijdrage van de coach aan het kernteam levert op dat er bij beleid besef gecreëerd wordt op basis van inhoud. Zo wordt o.a. het blikveld verruimd.
- De coach levert een bijdrage aan het bewust zijn op inhoud en zichtbaarheid om de beweging te vergroten, zowel op nano-, micro-, meso- en macroniveau.

6.3. Lessons learned

- Doordat er verschillende organisaties en niveaus zijn gaan samenwerken in het Limburgse netwerk Positieve Gezondheid, is het zichtbaar dat resultaten traag op gang komen. Het kost tijd om diverse partners en lagen in verbinding met elkaar te laten komen.

DEEL II POSITIEVE GEZONDHEID BIJ BURGERS

7. Interventie 5: Scholing Positieve Gezondheid aan burgers

7.1. Beschrijving

Binnen de pilot Blauwe Zorg en ook in andere wijken in Maastricht werd vanaf 2018 ook de mogelijkheid geboden om als burger een workshop Positieve Gezondheid te volgen. De workshops werden verzorgd door Burgerkracht Limburg. In deze workshops worden burgers gestimuleerd meer zelf de regie te nemen om gezond te zijn/te blijven. De deelnemers leren ook om hun eigen Positieve Gezondheid in kaart te brengen en dit te bespreken met een hulpverlener. Deze workshops zijn via bestaande netwerken, zoals verenigingen en ouderenbonden, actieve burgers in de wijk en Trajekt uitgezet.

7.2. Aantal deelnemers

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

Tabel 3 Aantal workshops Positieve Gezondheid aan burgers en aantal deelnemers in Maastricht

	2018	2019
Workshops Positieve Gezondheid	10	8
Aantal deelnemers	100	115

7.3. Evaluatie

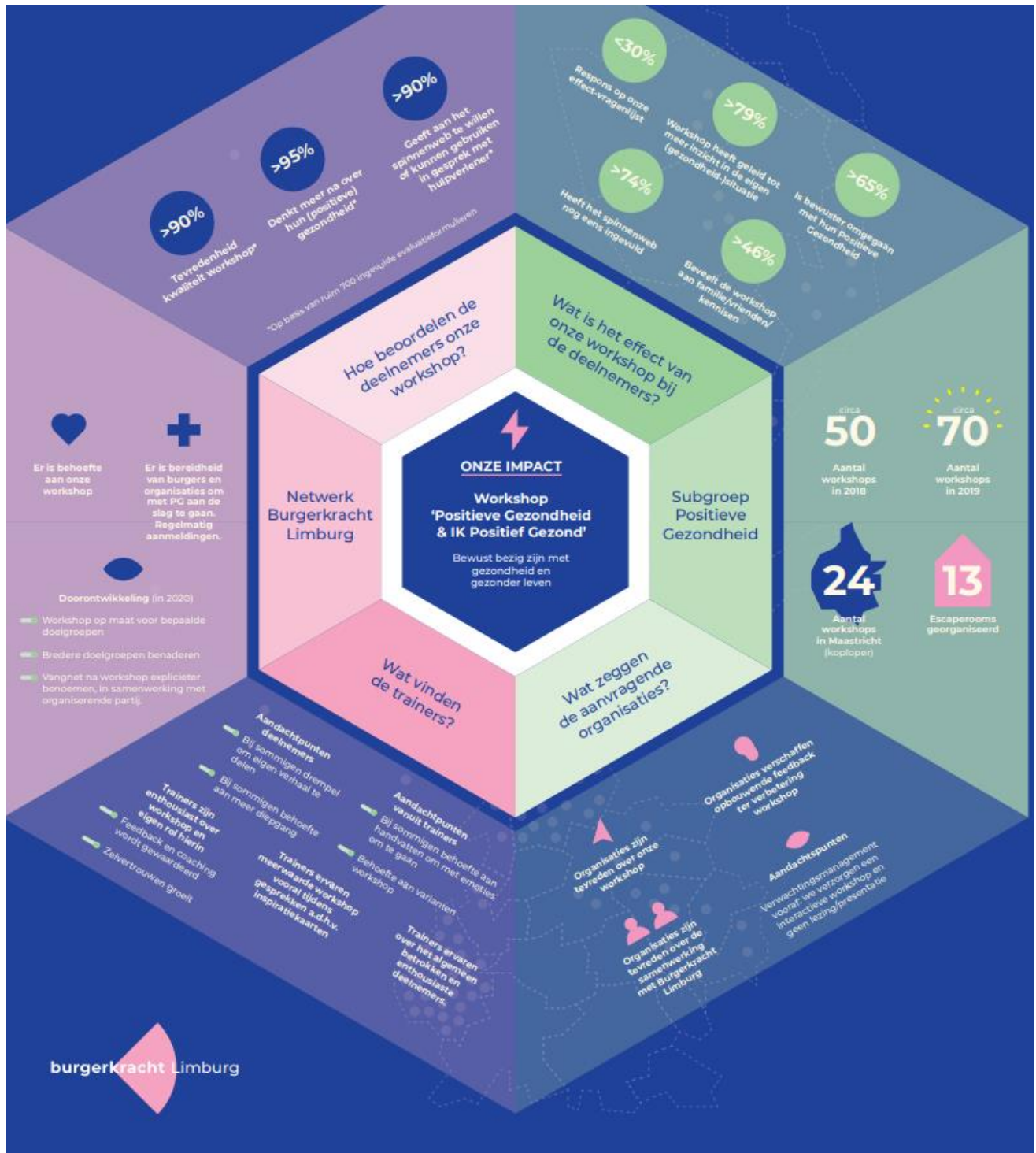
De resultaten bij de deelnemers aan de workshops zijn gemeten door middel van een evaluatieformulier. Het belangrijkste resultaat is dat bijna alle deelnemers aan de workshops aangeven bewuster te zijn geworden van hun eigen (positieve) gezondheid.

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 mocht worden. De gegevens/resultaten van evaluatieformulieren en effectmeting na drie maanden zijn verwerkt in een rapport en een poster (zie volgende pagina figuur 1). Uit deze evaluatie blijkt dat 95% van de 700 deelnemers meer na denkt over hun (positieve) gezondheid. Daarnaast geeft 90% van de deelnemers aan het spinnenweb te willen of kunnen gebruiken in gesprek met een hulpverlener.

7.4. Lessons learned

- Verwachtingsmanagement voorafgaand aan de workshop is belangrijk. Het gaat om interactieve workshops en niet om lezingen of presentaties.
- Feedback en coaching van vrijwilligers in de rol van trainer is belangrijk. Trainers groeien in hun rol.

Figuur 1 Evaluatie door Burgerkracht Limburg van workshops positieve gezondheid (N=700)



8. Interventie 6: Ambassadeurs Positieve Gezondheid (burgers)

8.1 Beschrijving

Steeds vaker worden burgers actief betrokken bij gezondheidsvraagstukken. Deze burgerparticipatie kan op verschillende manieren: van informeren, raadplegen en adviseren tot coproduceren en meebeslissen. In de interventie '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 uitgevoerd in nauwe samenwerking met Burgerkracht Limburg.

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 laten kennis maken met Positieve Gezondheid en daarmee hun kijk op gezondheid vergroten.

Methode Citizen Science

Om doelstelling 1 te bereiken werd de methode Citizen Science (CS), oftewel burgerwetenschap, ingezet. Bij deze methode 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.

Werkwijze

In 2018 zijn de bewoners van de vier Blauwe Zorg wijken via een presentatie in buurthuizen benaderd voor deelname. Ook zijn flyers uitgedeeld aan het sociaal team en aan geïnteresseerde buurtbewoners. In twee trainingen leerden de geworven deelnemers het doen van onderzoek. Vervolgens gingen ze acht 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 zelf (zie 8.2.2.).

Overdracht naar Stichting Trajekt

In 2020 waren door de wegvallende subsidie van de Provincie Limburg geen middelen meer om het project Gezondheidsambassadeurs Positieve Gezondheid in de Wijk te coördineren vanuit het Programmateam Blauwe Zorg in de Wijk. Door de nauwe samenwerking met Trajekt is in april 2020 op een heel natuurlijke wijze de omarmde methodiek 'gezondheidsambassadeurs' overgedragen aan Trajekt Opbouwwerk Noord-Oost. Trajekt heeft een ambitie om met maatwerk sociale impact te realiseren zodat kernen, wijken en buurten transformeren naar vitale gemeenschappen. De interventie gezondheidsambassadeurs in de wijk draagt hier aan bij en ondersteunt om te komen tot vitale positief gezonde wijk(en). In feite kunnen de gezondheidsambassadeurs als oren en ogen van de wijk 'signaleren en verbinden'.

8.2. Aantal deelnemers

Vanaf het derde kwartaal 2018 tot kwartaal 2 in 2019 is een groep van 13 buurtbewoners uit de Blauwe Zorg wijken gestart met de twee trainingen (12 vrouwen, 1 man; leeftijd tussen 33 en 83 jaar).

In het vierde kwartaal van 2019 is een tweede lichter gestart. De deelname hieraan was beperkt tot vier personen, die niet alle onderdelen van de training hebben doorlopen. Omdat vanaf kwartaal 1 2020 de bijdrage van Blauwe zorg in de wijk stopte is dit verder niet geëvalueerd.

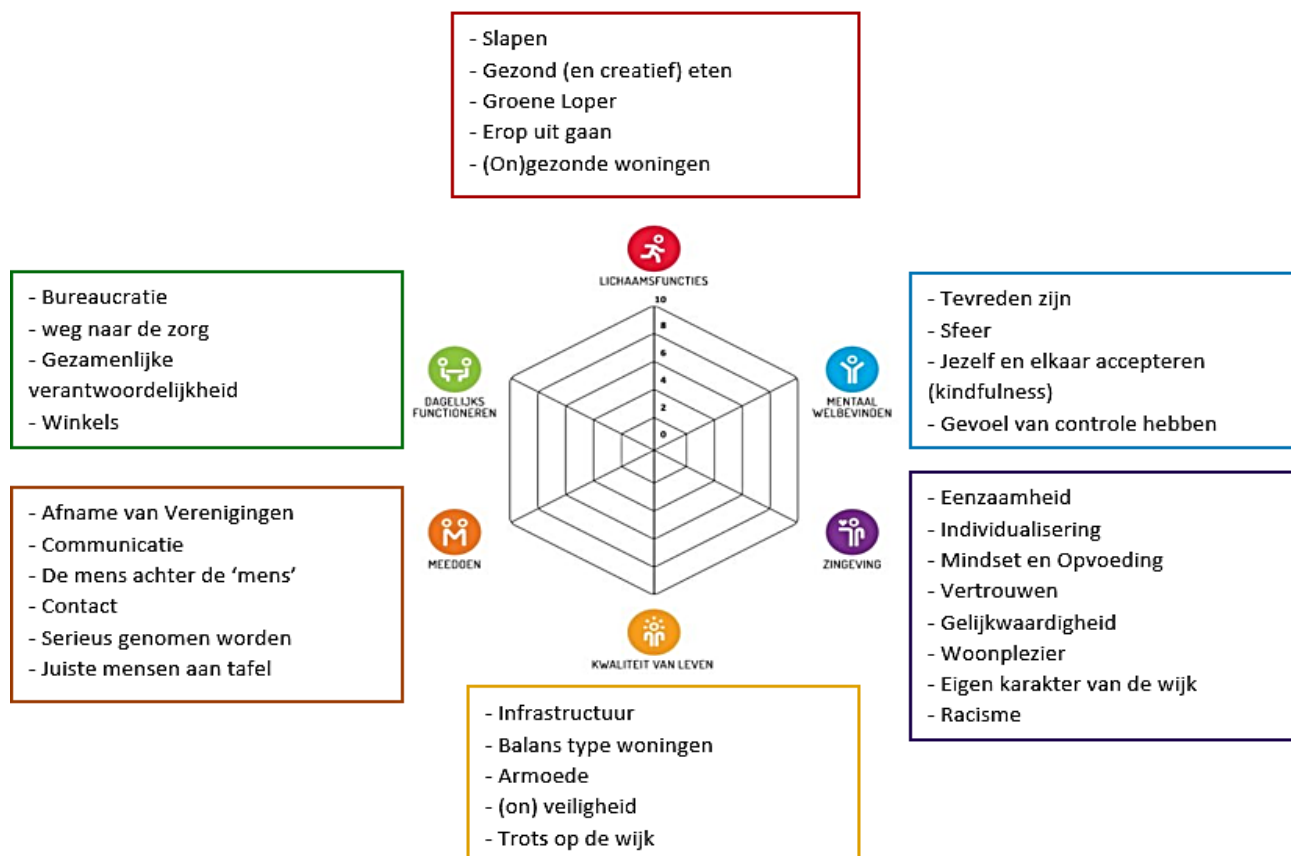
De Gezondheidsambassadeurs uit lichter 1 wonen in Wyckerpoort (n=1), Wittevrouwenveld (n=3), Nazareth (n=4) en Limmel (n=5). Er hebben meer vrouwen meegedaan (n=12) dan mannen (n=1). De gezondheidsambassadeurs bestaan uit ten minste drie nationaliteiten, namelijk Nederlands, Syrisch en Turks. De gemiddelde leeftijd van de gezondheidsambassadeurs is 57 jaar oud (variërend tussen 33 en 83 jaar).

8.3. Evaluatie

8.2.1. Resultaten in de wijk

De gezondheidsambassadeurs hebben samen 49 mensen geïnterviewd en 50 observaties gedaan. Uit deze interviews en observaties zijn meer dan 40 onderwerpen gekomen die de gezondheidsambassadeurs met elkaar hebben besproken in de focusgroepen. Deze onderwerpen zijn gegroepeerd en ondergebracht in de zes domeinen van Positieve Gezondheid (figuur 2). De bevindingen die in dit verslag worden beschreven zijn de bevindingen van de 13 ambassadeurs, 49 mensen uit de buurt en de 51 observaties. De Gezondheidsambassadeurs hebben tijdens de 7 weken van data verzameling met een 'wijk spinnenweb' gewerkt. In figuur 2 staan de (samengevatte) thema's die aan bod zijn gekomen, en dus belangrijk zijn voor de gezondheid in de wijk.

Figuur 2. Verzamelde thema's door de (burger) ambassadeurs Positieve Gezondheid



8.2.2. Effecten op Gezondheidsambassadeurs zelf

De groep is regelmatig bij elkaar gekomen in 2019 en gaf aan deze ontmoetingen waardevol te vinden. Er werden ervaringen gedeeld, actuele thema's die spelen in de buurt besproken, een thema uitgelicht, contacten gelegd met professionals in de wijk etc. Stichting Trajekt was heel nauw betrokken bij de organisatie van deze ontmoetingen.

Bij de gezondheidsambassadeurs is voorafgaand aan de eerste training en na afloop van de data verzamelingsperiode een meting verricht door de promovendus van de Universiteit Maastricht om te beoordelen of de ervaren gezondheid, vitaliteit en de trots op de buurt zou toe of afnemen na deelname aan dit (Positief Gezond) project. Tabel 4 geeft de resultaten weer. We zien dat de gemiddeld ervaren gezondheid met 5% is toegenomen, van 65% naar 70% (geef een cijfer tussen de 0 en 10 voor gezondheid). De 'trots' op buurt is hetzelfde gebleven, namelijk een gemiddelde van een 7 voor alle vier de buurten. maken 'De vitaliteit en veerkracht van de ambassadeurs zijn beiden toegenomen'. Geconcludeerd kan worden dat de interventie een positief effect heeft op de (positief) ervaren gezondheid, de vitaliteit en de veerkracht van de deelnemers.

Tabel 4 Effecten op ervaren gezondheid en vitaliteit bij gezondheidsambassadeurs:

	Voor deelname (T0)	Na deelname	Vershil
Ervaren gezondheid	65%	70%	> 5%
Veerkracht	61%	62%	> 1%
Vitaliteit	55%	70%	> 15%
Trots op de wijk	7	7	0

8.2.3. Overige effecten van de interventie

- 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 een 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.
- 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. De tweede Gezonde Gazet werd uitgegeven in februari 2020. Zie voor publicaties bijlage 2.
- In 2019 zijn diverse wetenschappelijk presentaties gegeven als terugkoppeling van resultaten uit Citizen Science.
- Gezondheidsambassadeurs zijn in 2018 en 2019 diverse malen gevraagd om hun ervaringen als gezondheidsambassadeur te delen in interviews (publicaties, radio en tv), ontmoetingen in buurtnetwerken, meewerken aan workshops, tbv professionals, om hun ervaringsdeskundigheid in te zetten, etc. Hierdoor is breed aandacht gegeven aan deze interventie. Zie voor publicaties bijlage 2.
- Ook wordt o.a. in stadsdeel Hoensbroek, gemeente Heerlen, in samenwerking met StandBy! de methode van Citizen Science inmiddels aangeboden.
Ook Burgerkracht Limburg omarmt de methode en draagt deze uit naar andere gemeenten.

8.4. Lessons Learned

- Het proces van werven blijkt zeer arbeids- en tijdsintensief. Hiervoor is het noodzakelijk dat de professionals in de wijk burgers persoonlijk benaderen. Een algemene oproep aan burgers tot deelname heeft weinig effect.
- Het samenwerken met sleutelpersonen in de wijk en wijkmaatschappelijk werk is nodig voor het effectief werven van gezondheidsambassadeurs en het vergroten van de draagkracht en slaagkans van het project.
- Voor het onderhouden en initiëren van de contactmomenten met de gezondheidsambassadeurs is een coördinator noodzakelijk. Hierin dient te worden voorzien vanuit het professionele netwerk.
- 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. Met betrekking tot de titel bijvoorbeeld heeft een aantal wijkbewoners hierover meegedacht. Uiteindelijk werd dat de titel 'Gezondheidsambassadeurs'

De procesbeschrijving van het hele project is door het projectteam vastgelegd in de notitie: "Procesbeschrijving "Gezondheidsambassadeurs Positieve Gezondheid in de Wijk", Citizen Science in de publieke gezondheid" auteur Laura Willems, GGDZL zie www.blauwezorgindewijk.nl.

DEEL III CONCLUSIES, AANBEVELINGEN EN BORGING

9. Conclusies

Uitspraak Programmamanager Blauwe Zorg in de wijk:

“Positieve Gezondheid in de pilot Blauwe Zorg in de wijk staat als een huis. Los van of mensen wel/niet het spinnenweb toepassen in hun werk, wordt vooral een drastische cultuurverandering bij de medewerkers op de werkvloer gezien. Terugkijkend op de eerste gesprekken in 2017 met de sociale teams over de ideeën van Blauwe Zorg, waarin een open vraag gesteld werd 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 de professionals niet hoe ze te werk moesten gaan met Positieve Gezondheid. Nu komen er volop ideeën van professionals over hoe de zorg nog meer kan aansluiten op de problematieken en wensen van de mensen. Zodat het efficiënter werkt.

Ook geven de getrainde professionals aan, dat ze er aan toe zijn om meer verantwoordelijkheid te nemen.”

- De beschrijvingen van de interventies op het gebied van training/coaching en de resultaten laten zien dat er een zeer compleet aanbod van scholing en coaching Positieve Gezondheid voor professionals is ontwikkeld binnen Blauwe zorg in de wijk. De trainingen en coaching zijn door veel professionals die werkzaam waren in de wijk gevolgd en werden positief beoordeeld. Ze raakten geïnspireerd en hebben ervaren dat Positieve Gezondheid bruikbaar is in hun dagelijkse praktijk. De coaches geven aan dat professionals door de trainingen en de coaching hebben geleerd om de regie bij de cliënt te leggen door het voeren van ‘het andere gesprek’.
- De intentie van de deelnemers is hoog, maar wanneer de organisatie niet voldoende faciliteert op beschikbare tijd en randvoorwaarden bestaat voor de professionals geen draagvlak om Positieve Gezondheid te implementeren in hun werk.
- Het overleg met de vijftien ambassadeurs uit tien regionale organisaties die zich inzetten om Positieve Gezondheid te implementeren, draagt bij tot een optimale verbinding in het kader van Positieve Gezondheid in de regio. Elkaar kennen is in deze situatie van groot belang. De inzichten uit dit overleg worden door de ambassadeurs meegenomen naar de eigen organisatie. Bij het stoppen van het faciliteren van dit overleg schuilt het gevaar dat de ambassadeursgroep doodbloedt.
- De workshops Positieve Gezondheid aan burgers die door Burgerkracht Limburg worden georganiseerd resulteren erin dat deelnemers meer nadenken over hun (positieve) gezondheid en dat zij het spinnenweb willen of kunnen gebruiken in gesprek met een hulpverlener.
- Het gebruik van ‘burgerwetenschap’ (methode Citizen Science) blijkt waardevolle informatie op te leveren over de kijk op gezondheid in de Blauwe wijken en er is een netwerk ontstaan van actieve burgers. Daarnaast blijkt de interventie een positief effect te hebben op de (positief) ervaren gezondheid, de vitaliteit en de veerkracht van de deelnemers. Het proces van werven van burgers als gezondheidsambassadeurs blijkt zeer arbeids- en tijdsintensief.

De bijdrage van de trainer-coach van Blauwe Zorg in de wijk als actief lid van het kernteam aan de beweging Limburg Positief Gezond van de Provincie Limburg/Burgerkracht Limburg blijkt van een grote meerwaarde om de plannen, doelen en ambities te finetunen en de beweging Positief Gezond in Limburg mee op weg te helpen.



Cisca van der Meijs, trainer Positieve Gezondheid:

“Positieve Gezondheid is meer dan een andere visie op gezondheid, het is een andere kijk op de mens. Het is géén kunstje, maar gaat over het emanciperen van de burger waarbij professionals en instanties meebewegen. Positieve Gezondheid gaat dus over iedereen en het in de praktijk brengen vergt zelfreflectie, overtuigingskracht, geduld en doorzettingsvermogen. Ik werk al 40 jaar in de hulpverlening en heb nu, voor de éérste keer in mijn werkzame leven, het idee dat we echt maatwerk leveren en ondersteunen. Oplossingen waar de burger/cliënt zelf voor kiest. Passend haalbaar en dicht bij huis.”

10. Aanbevelingen

1. Binnen de pilot Blauwe Zorg in de wijk is een zeer compleet aanbod van scholing en coaching Positieve Gezondheid voor professionals ontwikkeld. Aanbevolen wordt om in 2021 dit aanbod te continueren.
 - De beweging is in gang gezet bij een grote groep professionals in de Blauwe Zorg wijken. De trainingen Positieve Gezondheid helpen de professionals om het gesprek met burgers anders aan te gaan, maar daarmee is het nog niet geïmplementeerd en geborgd. Het blijkt lastig om routine los te laten en op een andere manier te gaan werken. Een deel van de getrainde professionals zit nog midden in het proces van intervisie en implementatie/borging. Voor deze groep is coaching van de toepassing van positieve Gezondheid in het dagelijkse werk of de toepassing in de eigen organisatie nog van essentieel belang.
Daarnaast is er in de regio Maastricht-Heuvelland nog een grote groep professionals die nog niet getraind is in Positieve Gezondheid.
 - Op organisatieniveau blijken de diverse organisaties in verschillende fases van het proces van implementatie van Positieve Gezondheid in de eigen organisatie te zitten. Naast training van professionals is het van belang dat organisaties randvoorwaarden creëren voor medewerkers om Positieve Gezondheid toe te passen. Wanneer het project nu zou stoppen is de kans groot dat de organisaties geen vervolg gaan geven en is er veel tijd en geld verspild.
 - Om tot een optimale verbindende samenwerking te komen, is het nodig om de medewerkers van de sociale teams van heel Maastricht/Heuvelland te coachen bij de verweving van Positieve Gezondheid in het dagelijkse werk en in de samenwerking met de huisartsenpraktijken. Om de samenwerking met de huisartsenpraktijk goed te blijven volgen wordt geadviseerd om met regelmaat te informeren naar behoeftes van de huisartsen en ondersteuning aan te bieden bij het realiseren van de samenwerking met het sociale domein. Door de lessons learned kan er op effectieve wijze coaching op Positieve Gezondheid aan deze partijen gegeven worden.
2. De deelnemers van de ambassadeursgroep Positieve gezondheid (professionals) hebben tijdens de laatste bijeenkomst in 2020 aangegeven dat ze de ambassadeursbijeenkomsten als een grote meerwaarde zien en dat ze hier een vervolg aan willen geven. Deze aanbeveling wordt meegenomen naar het bestuursoverleg Alliantie Santé.
3. Doorgaan met het leveren van de bijdrage door de coach Blauwe Zorg aan het kernteam Limburg Positief Gezond, niet alleen om kennis aan te dragen (wat als een grote meerwaarde gezien wordt), maar ook om tot het uiteindelijke doel tot een gezamenlijk Limburg Positief gezond te komen. Over de financiering van de inzet van de bijdrage van de coach in 2021 moeten met Burgerkracht Limburg afspraken worden gemaakt.
4. Positieve Gezondheid is niet alleen de beweging van de professionals, maar juist van iedereen, dus ook van de burger zelf. Het advies is dan ook aan Burgerkracht Limburg om de workshops aan burgers te continueren. Burgers kunnen zich met het gedachtengoed Positieve Gezondheid sterker maken, het maakt de burger gelijkwaardiger, zelfredzamer, krachtiger en weerbaar binnen de relatie cliënt-professional.

- Om de succesvolle interventie “Ambassadeurs Positieve Gezondheid in de wijk (burgers)” te verduurzamen is een coördinator nodig, zowel voor de werving als voor het onderhouden en initiëren van de contactmomenten met de gezondheidsambassadeurs. Hierin dient te worden voorzien vanuit het professionele netwerk. Deze aanbeveling zal worden neergelegd bij gemeente Maastricht, Burgerkracht Limburg en Stichting Trajekt.

11. Borging en implementatie 2021

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

Om de expertise van de huidige trainers en de coaches Positieve Gezondheid van de pilot Blauwe Zorg in de wijk, te behouden en om de beweging Positieve Gezondheid levend te houden om uiteindelijk de brug naar de fase van borging te kunnen bewerkstelligen in de regio Maastricht-Heuvelland, wordt begin 2021 door Levanto, Radar en ZIO een construct ontwikkeld om het ontwikkelde scholings- en coachingsaanbod op het gebied van Positieve Gezondheid te continueren in 2021.

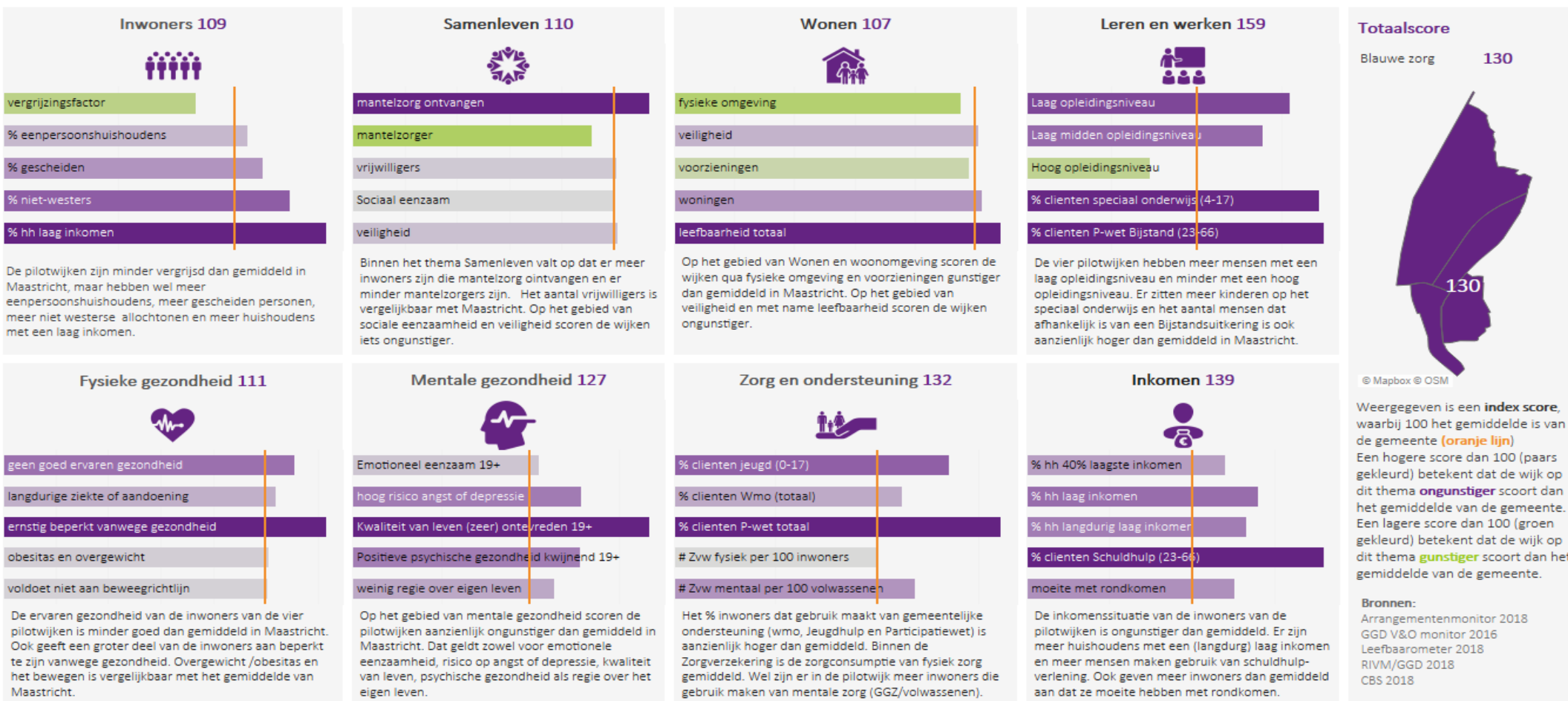
Voorstel Scholingsaanbod Positieve Gezondheid voor professionals in regio Maastricht/Heuvelland vanaf 2021:

- **Trainingen Positieve Gezondheid**
Fysieke scholing bestaande uit 3 bijeenkomsten van 3 uur aangevuld met een terugkombijeenkomst: dit is een extra reflectiebijeenkomst die ongeveer 3 maanden na de training plaatsvindt.
- **Workshops /inspiratiesessie**
Deze bijeenkomst duurt gemiddeld 2,5 uur en is bedoeld voor professionals, maar ook voor vrijwilligers en burgers die geïnspireerd willen worden. Soms volgt er nog een training.
- **Workshop Plus**
Fysieke scholing bestaande uit 2 bijeenkomsten van 2,5 uur en is bedoeld voor HR en Management.
- **In-company-trainingen**
Deze training vindt binnen een organisatie plaats op vraag van een organisatie.
- **Persoonlijke Coaching**
Vervolgtrajecten op training en workshops uitgevoerd door de coaches.
Deelnemers: bijvoorbeeld medewerkers sociale teams, integrale gebiedsteams, GGZ teams, gezondheidsambassadeurs uit de wijk, professionals uit organisaties, huisartsen.
- **Adviseursrol**
Het geven van advies aan organisaties om het gesprek aan te gaan binnen de organisatie over Positieve Gezondheid en om te onderzoeken welke scholingsmogelijkheid passend is om Positieve Gezondheid te implementeren en te borgen binnen de eigen organisatie. Het adviseren van gemeenten in de doorontwikkelingen van het Sociaal domein en het adviseren van de Nieuwe/Blauwe GGZ.
- **Train de trainer**
In deze training leren professionals om zelf op een didactisch verantwoorde manier een training Positieve Gezondheid uit te voeren.

Bijlage 1 Wijkprofiel Blauwe zorg wijken

Wijkprofiel per thema

Vergelijking Blauwe zorg wijken totaal met Maastricht



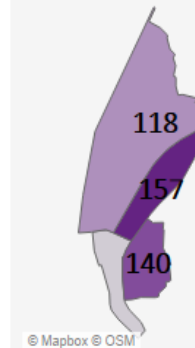
Wijkprofiel per thema

Vergelijking vier pilotwijken met Maastricht



Totaal score wijken

Limmel	118
Nazareth	157
Wittevrouwen v..	140
Wyckerpoort	103



Weergegeven is een **index score**, waarbij 100 het gemiddelde is van de gemeente (oranje lijn)

Een hogere score dan 100 (paars gekleurd) betekent dat de wijk op dit thema **ongunstiger** scoort dan het gemiddelde van de gemeente.

Een lagere score dan 100 (groen gekleurd) betekent dat de wijk op dit thema **gunstiger** scoort dan het gemiddelde van de gemeente.

Bijlage 2 Publicaties

- [De Zorg Anders Inrichten Met Positieve Gezondheid](#)
Filmpje Over Blauwe Zorg In De Wijk, #Wijzijnlimburg, September 2020
- [De Gezonde Gazet voor wijkbewoners](#)
Nummer 2, Februari 2020
- [Interview met Huisarts en patient over Positieve Gezondheid](#)
Filmpje Over Blauwe Zorg In De Wijk, #Wijzijnlimburg, Januari 2020
- [Gezondheidsambassadeurs Positieve Gezondheid in de wijk](#)
Factsheet GGD Zuid-Limburg, november 2019
- [Buurtbewoners Als Ambassadeurs Positieve Gezondheid: Wat Leren We Hiervan?](#)
Blad Stichting Trajekt, november 2019
- [De Gezonde Gazet](#)
Nummer 1, Oktober 2019
- [De regie nemen over je eigen gezondheid: een verhaal uit de praktijk](#)
Content, September 2019
- [Interview over positieve gezondheid in de wijk](#)
Content, September 2019
- [Study Design van wetenschappelijk onderzoek naar Blauwe zorg in de wijk](#)
BMC Public Health, februari 2019
- [Zorg moet beter en goedkoper](#)
Dagblad de Limburger, 16 oktober 2018
- [Blauwe Zorg in de wijk. Duurzame beweging op weg naar een gezonder Maastricht.](#)
Nummer 1, maart 2018
- [Het gaat goed in de Maastrichtse proeftuin Blauwe Zorg in de wijk](#)
Praktijk, nr 1, 2018
- [Positieve Gezondheid veroorzaakt \(wereldwijde\) golf van vernieuwing](#)
Praktijk, december 2017
- ["Blauwe zorg geeft wijkbewoners een stem"](#)
Content, juni 2017
- ["Blauwe Zorg in de wijk. Positieve gezondheid en de burger aan zet".](#)
De Eerstelijns, maart 2016

Magazines

- [‘Een pilot die verrassende inzichten en resultaten oplevert’.](#)
Magazine Blauwe zorg op de juiste plek, November 2019
- [Magazine Blauwe Zorg in de wijk. Samen op weg naar een positief gezond Maastricht](#)
Oktober 2018

Alle publicaties staan op www.blauwezorg.nl/publicaties#blauwe-wijk



Bijlage 3

Rapport

POH Jeugd in Maastricht-Heuvelland

- Resultaten 2016-2020 -



Dit project maakt onderdeel uit van de pilot “Blauwe Zorg in de wijk”
Dit is rapport 2 van de 7 rapporten van Blauwe Zorg in de wijk



Gemeente Maastricht

Dankwoord:

Met dank aan de gemeente Meerssen, gemeente Valkenburg aan de Geul en gemeente Eijsden-Margraten.

Auteurs:

Ingeborg Wijnands-Hoekstra (ZIO), Sanny Stauder (ZIO), Maarten Thönissen (Thönissen Management en Advies B.V.), Judith Corduwener (POH Jeugd)

Meer informatie:

www.blauwezorgindewijk.nl

Noot:

In augustus 2020 is het Rapport "POH Jeugd in Maastricht Heuvelland -Overzicht resultaten 2016 t/m 2019 en besparing kosten 2019" gepubliceerd.

Het Eindrapport dat voor u ligt is een update van dit rapport. Er is een aantal kleine verschuivingen in percentages te zien dat verklaard wordt door een update van de gegevens over het laatste kwartaal 2019. Verder zijn in onderhavig rapport de gegevens, waar mogelijk, over het jaar 2020 toegevoegd.

Inhoud

1. Samenvatting	4
2. Inleiding	5
3. Interventie POH Jeugd	5
3.1. Regio Maastricht-Heuvelland	5
3.2. Blauwe Zorg wijken	6
4. Cliënten en contacten	6
4.1. Aantal cliënten in Maastricht-Heuvelland	6
4.2. Cliëntkenmerken	7
4.3. Aantal contacten	7
5. Verwijzingen/opvolging	7
5.1. Verwijzing naar POH Jeugd door huisartsen	7
5.2. Afgesloten zonder verwijzing naar Jeugd-GGZ/Jeugdhulp	7
5.3. Verwijzing door POH Jeugd naar Jeugd-GGZ/Jeugdhulp	8
5.4. Hulpvragen en verwijzingen per hulpvraag	9
6. Samenwerking in de wijk	10
7. Tevredenheid over de POH Jeugd	10
8. Kostenbesparing POH Jeugd	11
9. Afname instroom geïndiceerde jeugdhulp	13
10. Conclusies	14
11. Aanbevelingen doorontwikkeling	15
12. Continuering	16
Bijlage 1 Publicaties/aandacht in de media	17
Bijlage 2 Wijkprofiel Blauwe zorg wijken	18
Bijlage 3 Opvolging/verwijzing door POH Jeugd in 2019 ingedeeld naar hulpvraag van cliënt	20

1. Samenvatting

ZIO¹ heeft in samenwerking met de vier Heuvelland gemeenten (Maastricht, Meerssen, Eijsden-Margraten en Valkenburg) vanaf 2016 de functie van Praktijkondersteuner Jeugd geïntroduceerd. De Praktijkondersteuner Jeugd (POH Jeugd) ondersteunt huisartsen bij de zorg aan kinderen en jeugdigen van 0 tot 19 jaar. Huisartsen verwijzen naar een POH Jeugd voor een betere integrale verheldering van de hulpvraag van een kind/jeugdige/ouder waardoor er meer passende begeleiding kan worden geboden. Deze POH Jeugd vormt de verbindende schakel tussen de huisartsenzorg, jeugdzorg en gemeente (en in toenemende mate met school). Door goede samenwerking tussen deze partijen krijgen kinderen tijdig de juiste jeugdzorg, worden ze niet onnodig doorverwezen en krijgen ze snel specialistische hulp áls dat nodig is. De POH's Jeugd worden door de gemeenten gefinancierd

Einde 2020 zijn er 8 POH's jeugd (5 fte) in de regio werkzaam die gekoppeld zijn aan vaste huisartsenpraktijken (52). In totaal zijn vanaf de start in 2016 t/m 2020 in de vier gemeenten 2513 cliënten ondersteund door een POH Jeugd, waarvan 461 cliënten uit Maastricht Noord-Oost, waarin de Blauwe Zorg wijk liggen. De cliënten (jeugdigen en ouders) geven aan (zeer) tevreden te zijn over de inzet van de POH Jeugd.

De maatschappelijke businesscase is uitgevoerd over het jaar 2019 over alle cliënten van de POH Jeugd. In 2019 werden 627 unieke cliënten door de POH Jeugd ondersteund. Bij 480 cliënten van de 627 cliënten werd in 2019 de ondersteuning door de POH Jeugd afgerond. Uit de registraties van de POH Jeugd blijkt dat 58% van deze jeugdigen door de POH Jeugd zelf werd geholpen, vaak in slechts een paar contacten (4,4) en zonder verdere doorverwijzing. 8% werd door de POH Jeugd terugverwezen naar de huisarts of verwezen naar het voorliggend veld, naar Team Jeugd of naar Veilig Thuis.

Dit betekent dus dat 66% van de cliënten die bij de POH Jeugd komt niet is verwezen naar Jeugd GGZ/Jeugdhulp. En dat door het geven van kortdurende begeleiding/behandeling door de POH Jeugd het aantal verwijzingen door huisartsen naar Jeugd GGZ en Jeugdhulp aanzienlijk is afgenomen. Ervan uitgaande dat alle cliënten die in 2019 begeleid (ondersteund) zijn door de POH Jeugd, voorheen (dus zonder inzet van een POH Jeugd) verwezen zouden zijn naar Jeugd GGZ/Jeugdhulp, heeft de inzet van de POH Jeugd in 2019 een besparing opgeleverd van ruim € 980.000 in de regio Maastricht/Heuvelland.

Daarnaast is de triage in de huisartsenpraktijk verbeterd, doordat de POH Jeugd meer kennis en tijd heeft om een inschatting van de problematiek te maken. Dit betekent dat indien de POH Jeugd doorverwijst naar de Jeugd GGZ of Jeugdhulp (34%), deze verwijzing beter onderbouwd en meer doordacht plaatsvindt, waardoor deze dus beter aansluit bij de hulpvraag van de cliënt.

De resultaten uit de evaluatie laten bovendien zien dat de samenwerking in de zorg rondom jeugdigen enorm is verbeterd. Het goede contact tussen de netwerkpartners zorgt voor beter afgestemde jeugdzorg. Ook is de tevredenheid van betrokken medewerkers over de samenwerking met en de inzet van de POH Jeugd hoog. Vooral de laagdrempelige en snelle toegang tot (meer specialistische) kennis wordt door alle betrokkenen gezien als belangrijke voordeel.

Op basis van de cijfers en de ervaringen in de praktijk worden in dit rapport “doorontwikkelpunten” voor de toekomst geformuleerd voor zowel de POH Jeugd/ huisartsenzorg als voor de gemeenten, scholen en Jeugd GGZ/Jeugdhulp. Een aantal punten heeft betrekking op het krijgen van meer inzicht, bijvoorbeeld in het verwijsgedrag van huisartsen naar de POH Jeugd, de instroom van nieuwe cliënten met geïndiceerde jeugdzorg en welke jeugdigen langdurig in zorg zijn. Op basis van deze inzichten kunnen vervolgens nieuwe acties worden uitgezet. Ook het monitoren en analyseren van de specifieke hulpvraag die ten grondslag ligt aan structurele verwijzingen die via de POH Jeugd altijd naar de Jeugd

¹ ZIO (Zorg in Ontwikkeling) is een eerstelijns zorgorganisatie in Maastricht-Heuvelland die huisartsen, praktijkondersteuners, fysiotherapeuten en diëtisten in hun praktijkvoering ondersteunen. Alle huisartsenpraktijken in Maastricht-Heuvelland zijn aangesloten bij ZIO. Zie www.zio.nl

GGZ gaan is een aandachtspunt. Verkent zal worden of hier op een meer laagdrempelige manier kan worden ingezet. Daarnaast wordt het doorontwikkelen naar meer preventieve en collectieve activiteiten zoals psycho-educatie van omgeving (school, vrijetijd) aanbevolen.

Met de resultaten van deze maatschappelijke businesscase hebben alle vier de deelnemende gemeenten inmiddels laten weten dat ook in 2021 de inzet van de POH Jeugd is geborgd.

De aanbevelingen voor de doorontwikkelpunten zullen in gezamenlijkheid worden opgepakt.

2. Inleiding

In 2015 is de Jeugdzorg ondergebracht bij de gemeenten. ZIO heeft in samenwerking met de vier Heuvelland gemeenten (Maastricht, Meerssen, Eijsden-Margraten en Valkenburg) vanaf 2016 de functie van POH Jeugd in de huisartsenpraktijken geïntroduceerd. Deze POH Jeugd vormt de verbindende schakel tussen de huisartsenzorg, jeugdzorg en gemeente (en in toenemende mate met school). Door goede samenwerking tussen deze partijen krijgen kinderen tijdig de juiste jeugdzorg, worden ze niet onnodig doorverwezen en krijgen ze snel specialistische hulp als dat nodig is.

De POH's Jeugd worden door de gemeenten gefinancierd en doen spreekuur in een aantal huisartsenpraktijken én op de Stadspoli's voor de overige huisartsenpraktijken in de regio. Ook in de Blauwe Zorg wijken is de POH Jeugd sinds 2016 actief in de twee deelnemende huisartsenpraktijken (Maastricht Noord-Oost). Omdat deze interventie een goed voorbeeld is van samenwerking tussen het medisch domein en het sociaal domein, is de pilot aangegrepen om een evaluatie uit te voeren over de inzet van de POH Jeugd in 2018 en 2019, in de gehele regio zodat er completer, beter onderbouwd, beeld ontstaat van de effecten.

In dit rapport wordt een beschrijving gegeven van de rol en de taken van de POH Jeugd die werkzaam zijn in de regio Maastricht-Heuvelland. Binnen de twee huisartsenpraktijken in de pilot Blauwe Zorg in de wijk voert de POH Jeugd, naast de reguliere taken, extra taken uit. Deze worden ook beschreven in dit rapport. De resultaten van de inzet POH Jeugd 2016-2020 worden beschreven in paragraaf 4 tot en met 7. De maatschappelijke businesscase is uitgevoerd over het jaar 2019. Vervolgens worden de conclusies en aanbevelingen in paragraaf 9 en 10 beschreven, waarna in paragraaf 11 kort wordt weergegeven hoe de inzet van de POH Jeugd in de regio Maastricht-Heuvelland gecontinueerd wordt.

3. Interventie POH Jeugd

3.1. Regio Maastricht-Heuvelland

De Praktijkondersteuner Jeugd (POH Jeugd) ondersteunt huisartsen bij de zorg aan kinderen en jeugdigen van 0 tot 19 jaar. Huisartsen verwijzen naar een POH Jeugd voor een betere integrale verheldering van de hulpvraag van een kind/jeugdige/ouder waardoor er meer passende begeleiding kan worden geboden. De POH Jeugd maakt in het eerste gesprek een inventarisatie van de klachten en problemen. Indien nodig worden er met toestemming van de cliënt ook andere betrokkenen geraadpleegd, zoals bijvoorbeeld de school.

De POH Jeugd adviseert vervolgens de cliënt en de huisarts over een mogelijke aanpak van de problemen. Dit kan bestaan uit een kortdurende behandeling bij de POH Jeugd zelf. Deze behandeling kan zowel aan het kind/jeugdige zelf gegeven worden als aan de ouders. Als er andere hulp nodig is, wordt de cliënt doorverwezen naar meer specialistische zorg die aansluit bij de hulpvraag.

De huisarts is de hoofdbehandelaar en de POH Jeugd het eerste aanspreekpunt voor de cliënt. Indien nodig en gewenst werken huisarts en de POH Jeugd samen met andere zorgverleners zoals een jeugdarts en jeugdverpleegkundige, jeugd GGZ, school en/of wijkteam. Daarnaast heeft de POH Jeugd een nauwe samenwerking met Team Jeugd van de gemeente. De POH Jeugd besteedt aandacht aan de

versteving van het netwerk in de wijk en de samenwerking met de scholen.

3.2. Blauwe Zorg wijken

Binnen de twee huisartsenpraktijken in de pilot Blauwe Zorg in de wijk (Maastricht-Oost) voert de POH Jeugd, naast de reguliere taken, extra taken uit. Hier gaat extra aandacht uit naar versteving 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 Jeugd plant rondetafelgesprekken met betrokken hulpverleners, begeleidt gezinnen bij afspraken, stuurt indien nodig een gezin aan, en heeft een controlerende/opvolgfunctie. Wanneer er wordt doorverwezen volgt de POH Jeugd op of de zorgaanbieder ook daadwerkelijk start en of dit goed aansluit bij de hulpvraag. Tot slot kunnen gezinnen ook terugvallen op de POH Jeugd na verwijzing.

De vier Blauwe Zorg wijken (Wittevrouwenveld, Wyckerpoort, Nazareth en Limmel) kenmerken zich door een slechtere gezondheid van de inwoners ten opzichte van het gemiddelde in Maastricht. De mensen in deze wijken ervaren hun gezondheid veel minder vaak als goed. De buurten zijn niet vergrijsd, maar kennen wel een lage sociaal economische positie (laag opleidingsniveau, laag inkomen). De inwoners geven met name aan kwetsbaar te zijn op mentaal vlak, financieel vlak en regievoeren over hun leven. Dit is ook terug te zien in de zorg en ondersteuningsconsumptie, de inwoners van de Blauwe Zorg buurten maken met name gebruik van ondersteuning op het vlak van financiën en participatie, jeugd- en volwassen GGZ en individuele begeleiding vanuit de Wmo. Wat betreft lichamelijke klachten is de zorgvraag minder groot, de reden hiervoor is dat deze buurten minder vergrijsd zijn. Bij het domein meedoen is te zien dat relatief veel mensen “langs de kant staan”. Eenzaamheid komt veel voor, de sociale cohesie is minder groot, er zijn minder vrijwilligers en mantelzorgers en de leefbaarheid en veiligheid wordt gemiddeld als minder groot ervaren. De kenmerken van deze wijken worden weergegeven in bijlage 2.

4. Cliënten en contacten

4.1. Aantal cliënten in Maastricht-Heuvelland

In 2019 werkten in de regio Maastricht en Heuvelland 6 POH jeugd (3,8 fte) die gekoppeld zijn aan vaste huisartsenpraktijken (52). Per oktober 2019 heeft Maastricht het aantal uren POH opgehoogd met 50 uur, waardoor er nu 8 POH Jeugd (5 fte) in de regio werkzaam zijn.

In totaal zijn vanaf de start in 2016 t/m 2020 in de vier gemeenten 2513 cliënten gezien door een POH Jeugd. Omdat Maastricht het hoogste inwoneraantal heeft van de vier gemeenten ligt het voor de hand dat in Maastricht meer cliënten gezien werden door de POH Jeugd dan in de overige (kleinere) gemeenten. Er zijn 461 cliënten gezien in Maastricht Noord-Oost, waarin de Blauwe Zorg wijken liggen.

Tabel 1 Caseload POH Jeugd

	2016	2017	2018	2019	2020	totaal
Maastricht	74	263	431	381	378	1.527
Eijsden- Margraten	12	70	46	82	89	299
Meerssen		43	94	90	96	323
Valkenburg aan de Geul	74	87	71	74	58	364
Totaal	160	463	642	627	621	2.513

Bron: Arrangementenmonitor 2020.

4.2. Cliëntkenmerken

Van de 627 cliënten uit 2019 is 46% jongen en 54% meisje, in 2018 was dit respectievelijk 42% en 58%. De meeste cliënten in 2019 volgden het basisonderwijs (45%), gevolgd door HAVO (13%), VMBO (13%), VWO (12%). Deze verhoudingen komen overeen met 2018 en 2020. De meeste cliënten van de POH Jeugd vallen in de leeftijdscategorie 4 t/m 11 en 12 t/17 jaar.

Tabel 2 Aantal cliënten POH Jeugd per leeftijd

Leeftijd	2018	2019	2020
0 t/m 3	13	15	4
4 t/m 11	187	272	206
12 t/m 17	273	284	297
18 t/m 22	61	48	108
23 en ouder	9	3	6
onbekend	99	5	
Totaal	642	627	621

Bron: Arrangementenmonitor 2020

4.3. Aantal contacten

In 2019 zijn 627 unieke cliënten gezien zijn door de POH Jeugd. Het gemiddeld aantal contacten van de POH Jeugd na afronding met een cliënt was 4,0.

De trajecten die werden afgesloten door de POH Jeugd zonder verdere verwijzing omvatten gemiddeld 4,4 contacten.

5. Verwijzingen/opvolging

5.1. Verwijzing naar POH Jeugd door huisartsen

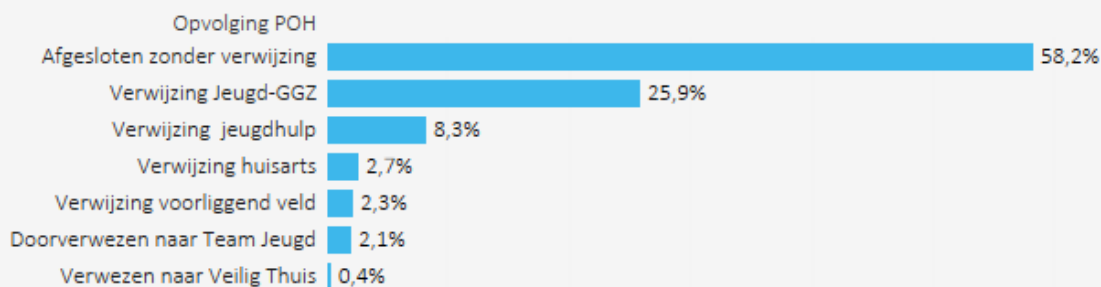
In de praktijk blijkt het verwijsgedrag van huisartsen naar de POH Jeugd te verschillen. In Maastricht Noord-Oost met zes huisartspraktijken wordt bijvoorbeeld relatief meer naar de POH Jeugd verwezen door de huisartsen dan in Maastricht Noord-West met 16 praktijken. Dit heeft o.a. te maken met de afspraken die gemaakt zijn met een aantal huisartsenpraktijken in het kader van de pilot Blauwe zorg in de wijk (Maastricht Noord-Oost). De huisartsen in deze wijken verwijzen alle jeugdigen met problematiek naar de POH Jeugd; andere huisartsen verwijzen vaak alleen als zij denken dat de POH Jeugd ook zelf kan behandelen. Een punt van aandacht is om meer inzicht krijgen in het verwijsgedrag van huisartsen naar de POH Jeugd en te achterhalen wat de achterliggende reden van de huisarts is om wel/niet naar de POH Jeugd te verwijzen.

5.2. Afgesloten zonder verwijzing naar Jeugd-GGZ/Jeugdhulp

Bij 480 cliënten van de 627 cliënten werd in 2019 de ondersteuning door de POH Jeugd afgerond. De POH Jeugd registreert of en zo ja welke opvolging/verwijzing is na afloop van de begeleiding door de POH en naar welke instantie is doorverwezen.

Tabel 3 Opvolging/verwijzing na afronding POH Jeugd in 2019 (N=480)

Verdeling* opvolging POH Jeugd 2019



*Door afrondingsverschillen tellen de % niet op tot 100%

Het merendeel van de cliënten is door de POH Jeugd zelf afgehandeld (ca. 58%). In 2,7 % van de gevallen wordt door de POH Jeugd doorverwezen naar de huisarts, naar voorliggend veld (2,3%), naar team Jeugd (2,1%) of naar Veilig Thuis (0,4%). Dit betekent dat ca. 66% van de cliënten dat ondersteuning heeft gehad van de POH Jeugd niet verwezen is naar Jeugd-GGZ/Jeugdhulp (zie tabel 4). Deze percentages zijn in 2018 hetzelfde.

5.3. Verwijzing door POH Jeugd naar Jeugd-GGZ/Jeugdhulp

In de overige ca. 34% is door de POH Jeugd alsnog verwezen naar de Jeugd GGZ (ca. 26%) of naar Jeugdhulp (ca. 8%). Zie tabel 4.

Jeugd-GGZ wordt hier gedefinieerd als “alle maatwerkvoorzieningen door de gemeente gefinancierd, die vallen onder het leefdomein Mentale Gezondheid: o.a. behandeling individueel of groep, specialistische jeugd GGZ, dyslexie”. Jeugdhulp wordt hier gedefinieerd als “alle maatwerkvoorzieningen door de gemeente gefinancierd, die vallen onder het leefdomein Opvoeden: o.a. begeleiding licht/midden/zwaar, jeugdbescherming, jeugdreclassering en regie”.

Tabel 4 Opvolging/verwijzing door POH Jeugd naar Jeugd GGZ/Jeugdhulp in 2019* (N=480)

OPVOLGING VERWIJZINGEN	cliënten (N=480)	Cliënten niet verwezen naar Jeugd GGZ/Jeugdhulp	Cliënten wel verwezen naar Jeugd GGZ/Jeugdhulp
Behandeld en afgesloten door de POH Jeugd zonder verwijzing	58,2%	58,2%	
Verwezen naar Jeugd GGZ ¹	25,9%		25,9%
Verwezen naar Jeugdhulp ²	8,3%		8,3%
Verwezen naar voorliggend veld	2,3%	2,3%	
Verwezen naar huisarts	2,7%	2,7%	
Verwezen naar Team Jeugd	2,1%	2,1%	
Verwezen naar Veilig Thuis	0,4%	0,4%	
Afgesloten zonder verwijzing naar Jeugd GGZ/Jeugdhulp		65,7%	
Door POH Jeugd verwezen naar Jeugd GGZ/Jeugdhulp			34,2%

* Door afrondingsverschillen tellen de percentages niet op tot 100%

Bron: Arrangementenmonitor 2020

In de praktijken in Maastricht Noord-Oost, waar alle jeugdigen met problematiek gezien worden door de POH Jeugd, wordt door de POH Jeugd meer doorverwezen naar geïndiceerde zorg. Dit komt doordat er meer vragen zijn die niet geschikt zijn om door de POH zelf behandeld te worden. Door de brede vraagverheldering heeft de POH Jeugd wel een goed beeld gekregen waardoor een gerichtere verwijzing naar de juiste zorgaanbieder plaatsvindt. De POH Jeugd volgt dit op en gaat na of dit de juiste aanbieder is. In bijlage 3 is een figuur toegevoegd dat de opvolging/verwijzing door POH Jeugd in 2019 ingedeeld naar hulpvraag van cliënt laat zien.

5.4. Hulpvragen en verwijzingen per hulpvraag

Sinds 2018 wordt de hulpvraag van de cliënten die door de POH Jeugd ondersteund worden gecategoriseerd naar thema.

Tabel 5 Hulpvragen en verwijzingen per hulpvraag

Hulpvraag 2018 en 2019	Hulpvraag van alle afgesloten casussen ¹	% hulpvragen	Afgesloten door POH Jeugd zonder verwijzing	Verwezen naar Jeugd GGZ	Verwezen naar Jeugdhulp	Verwezen naar voorliggend veld
Angstproblematiek	N=173	15,9%	69,9%	21,4%	4,6%	4,0%
Stemmingsklachten/depressie	N=131	12,1%	53,1%	41,5%	2,3%	3,1%
Gedragsproblematiek	N=123	11,3%	44,6%	29,8%	10,7%	14,9%
Overig	N=121	11,1%	62,5%	20,8%	10,0%	6,7%
Echtscheiding	N=100	9,2%	74,7%	3,0%	11,1%	11,1%
Concentratie/aandachtsproblematiek	N=77	7,1%	29,9%	57,1%	9,1%	3,9%
Multiproblematiek	N=60	5,5%	28,3%	48,3%	11,7%	11,7%
School- en pestproblematiek	N=55	5,1%	50,9%	9,1%	16,4%	23,6%
Opvoedingsproblematiek	N=50	4,6%	68,0%	8,0%	14,0%	10,0%
Systeempromblematiek	N=47	4,3%	61,7%	14,9%	19,1%	4,3%
Psychosomatische klachten	N=39	3,6%	68,4%	13,2%	2,6%	15,8%
Sociale problematiek	N=27	2,5%	51,9%	22,2%	18,5%	7,4%
Stress	N=25	2,3%	84,0%	8,0%	8,0%	
Trauma	N=24	2,2%	37,5%	37,5%	20,8%	4,2%
Rouw	N=16	1,5%	81,3%	6,3%	12,5%	
(nog) niet geregistreerd	N=18	2%				
Totaal	N=1086	100%				

¹ Het percentage is berekend o.b.v. het aantal gecategoriseerde hulpvragen (N=1086). Overige hulpvragen (N=121) zijn o.a.: identiteitsproblematiek, leerproblematiek, dyslexie, overig

Bron: Arrangementenmonitor 2020

De hulpvragen die in 2018 en 2019 werden verwezen door de huisartsen naar de POH Jeugd en die zijn afgesloten (N=1086) hebben met name betrekking op angstproblematiek (N=173), stemmingsklachten/depressie (N=131) en gedragsproblematiek (N=123) gevolgd door echtscheidings-/gezinsproblematiek (N=100) en concentratie-/aandachtsproblematiek (N=77). Zie kolom 2 in tabel 5. De hulpvragen van de cliënten waarbij de ondersteuning/behandeling door de POH Jeugd zelf heeft plaatsgevonden en is afgerond zonder verdere verwijzingen waren zeer divers. Uit tabel 5 (kolom 4) blijkt dat de POH Jeugd vooral de volgende hulpvragen zelf behandeld en dus niet doorverwijst naar de Jeugd GGZ of Jeugdhulp: angstproblematiek, stemmingsklachten/depressie, gedragsproblematiek,

echtscheidingproblematiek, systeemproblematiek, sociale problematiek, rouw, opvoedingsproblematiek, psychosomatische problemen en stress.

De verwijzing naar Jeugd-GGZ via de POH Jeugd vindt vooral plaats bij concentratie-/aandachtsproblematiek, multiproblematiek, gedragsproblematiek, trauma en stemmingsklachten/depressie, (zie tabel 5, kolom 5). Vaak vinden deze verwijzingen plaats in verband met het verzoek om diagnostiek (ADHD, ADD, autisme) of een medicatievoorschrift.

Het aantal contacten bij doorverwijzing naar Jeugd GGZ en Jeugdhulp is respectievelijk 3,3 en 3,1.

Een contactmoment kan zijn een contact met de jeugdige, met de jeugdige en de ouder of met een of beide ouders. Deze contactmomenten kenmerken zich door een brede vraagverheldering, waarbij ook het gezinssysteem in kaart gebracht wordt. 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. Het aantal contactmomenten loopt bij sommige cliënten op door de wachtlijstproblematiek. De POH Jeugd voelt zich dan langer verantwoordelijk voor de cliënt/het gezin. Het gaat hierbij dus om een "overbruggingscontact".

In bijlage 3 is een figuur toegevoegd dat de opvolging/verwijzing door POH Jeugd in 2019 ingedeeld naar hulpvraag van cliënt laat zien.

6. Samenwerking in de wijk

In de praktijk blijkt dat de inzet van de POH Jeugd zorgt voor meer kennisdeling en een betere afstemming van werkwijzen tussen jeugd GGZ/-hulp, gemeenten, scholen en huisartsenzorg.

Deze samenwerking vindt als volgt plaats:

- De POH Jeugd neemt structureel deel aan het overleg met Team Jeugd van de vier gemeenten, waarin ook casussen aan de orde komen.
- De POH Jeugd onderhoudt nauw contact met het lokale voorliggend veld (opvoedondersteuning, maatschappelijk werk, jeugdgezondheidszorg).
- De POH Jeugd sluit, waar nodig, aan bij Knooppunt-overleggen van basisscholen (op maat en behoefte van school). De lijnen tussen de POH-Jeugd en de Intern Begeleiders (IB-ers) van de scholen zijn kort. Soms verloopt het contact over de cliënten via de schoolarts.
- In een tweetal huisartsenpraktijken vindt structureel multidisciplinair overleg (MDO) plaats met huisartsen, jeugdartsen en POH-Jeugd. Dit MDO wordt als zeer constructief ervaren.

Uit gesprekken met de betrokkenen blijkt dat de samenwerking tussen betrokken partijen enorm is verbeterd en de tevredenheid hoog is (huisartsen, team Jeugd, jeugdartsen). Vooral de laagdrempelige en snelle toegang tot (meer specialistische) kennis wordt gezien als een belangrijke voordeel.

Het onderhouden van de contacten en casusgerichte overleggen met al de partners vraagt wel extra tijd van de POH Jeugd naast de patiëntgerichte zorg.

7. 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).

De resultaten op dit moment laten zien dat er 47 ingevulde vragenlijsten zijn.

Van de 47 respondenten is 88% (zeer) tevreden over de hulp die /hij/zij/hun kind hebben gekregen van de POH Jeugd (29 cliënten (62%) zijn 'zeer tevreden' en 12 cliënten (26%) 'tevreden'. Twee respondenten waren 'zeer ontevreden' en vier respondenten antwoordden neutraal.

91% (40 van de 44 respondenten die deze vraag hebben ingevuld) van de respondenten zegt dat de hulp

of begeleiding van de POH Jeugd hem/haar/hun kind 'goed' (61%) of 'voldoende' (30%) heeft geholpen. Drie respondenten antwoordden 'matig' en een 'onvoldoende'.

91% (40 van de 44 respondenten die deze vraag hebben ingevuld) zou de POH Jeugd aanbevelen bij een familielid of vriend die dezelfde klachten of problemen heeft, waarvan 66% 'zeker wel' en 25% 'waarschijnlijk wel'.

Van de 44 respondenten die deze vraag hebben ingevuld hebben 37 respondenten 2 of meer consulten hebben gehad, en 7 respondenten één consult.

8. Kostenbesparing POH Jeugd

In de businesscase is inzichtelijk welke kosten gemaakt zijn in 2019 door de inzet van de POH Jeugd per gemeente (tabel 7). In tabel 8 is weergegeven hoeveel kosten per gemeente bespaard zijn door de inzet POH Jeugd omdat zij door hun inzet niet verwezen hebben naar Jeugd-GGZ of Jeugdhulp.

Tabel 9 laat de uiteindelijke besparing zien.

Tabel 6 Parameters gebruikt in de businesscase

Parameters	2019
Aantal cases/ cliënten (totaal)	638
Aantal afgesloten (juni 2020)	480
Aantal lopend (op peildatum)	158
% cases geholpen door POH Jeugd ¹	65%
Berekening totaal aantal cases niet-verwezen naar jeugd GGZ of jeugdhulp	413
waarvan niet verwezen naar Jeugd-GGZ (behandeling individueel kort/midden)	321
waarvan niet verwezen naar jeugdhulp (begeleiding Jeugd Licht)	92
Correctie minder cliënten i.v.m. aanzuigende werking	0%
gemiddelde kosten per cliënt per jaar Begeleiding Jeugd Licht	€ 2.448
gemiddelde kosten per cliënt per jaar Behandeling individueel kort/midden	€ 3.940
Kosten POH Jeugd totaal	begroting 2019
Gemiddelde kosten POH jeugd per casus	€ 799

Bron: Arrangementenmonitor 2020

¹dit percentage is vastgesteld in juli 2020 en gebruikt in de businesscase. Per 1-1-2021 is een update gedaan van de gegevens over het laatste kwartaal 2019. Daaruit blijkt dat het % cases geholpen door POH Jeugd 65,7% is.

Tabel 7 Kosten POH Jeugd per gemeente 2019

Kosten POH Jeugd per gemeente	Extrapolatie		2019
	Aantal uur per week	fte	Kosten
Eijsden-Margraten	10	0	€ 29.360
Meerssen	20	1	€ 49.857
Valkenburg	20	1	€ 51.390
Maastricht	163	4	€ 379.114
Totaal	213	6	€ 509.721

Bron: Arrangementenmonitor 2020

Tabel 8 Berekening bespaarde kosten 2019

Berekening bespaarde kosten door niet verwijzing naar Jeugd GGZ/Jeugdhulp		Extrapolatie 2019	
Team	Verwijzingen	aantal niet verwezen cases 2019 extrapolatie	Totale kosten bespaarde kosten
Eijsden-Margraten	Verwijzing jeugd GGZ	51	€ 200.940
Eijsden-Margraten	Verwijzing jeugdhulp	9	€ 22.032
Eijsden-Margraten	totaal	60	€ 222.972
Meerssen	Verwijzing jeugd GGZ	71	€ 279.740
Meerssen	Verwijzing jeugdhulp	4	€ 9.792
Meerssen	totaal	75	€ 289.532
Valkenburg aan de Geul	Verwijzing jeugd GGZ	30	€ 118.200
Valkenburg aan de Geul	Verwijzing jeugdhulp	18	€ 44.064
Valkenburg aan de Geul	totaal	48	€ 162.264
Noord-Oost	Verwijzing jeugd GGZ	48	€ 189.120
Noord-Oost	Verwijzing jeugdhulp	15	€ 36.720
Noord-Oost	totaal	63	€ 225.840
Noord-West	Verwijzing jeugd GGZ	80	€ 315.200
Noord-West	Verwijzing jeugdhulp	30	€ 73.440
Noord-West	subtotaal	110	€ 388.640
Zuid	Verwijzing jeugd GGZ	41	€ 161.540
Zuid	Verwijzing jeugdhulp	16	€ 39.168
Zuid	totaal	57	€ 200.708
Totaal	Verwijzing jeugd GGZ	321	€ 1.264.740
Totaal	Verwijzing jeugdhulp	92	€ 225.216
Totaal	totaal	413	€ 1.489.956

Bron: Arrangementenmonitor 2020

Tabel 9 Bespaarde kosten door inzet POH Jeugd in 2019

Bespaarde kosten door inzet POH Jeugd		Extrapolatie 2019	
Gemeente	Totale bespaarde kosten op Jeugd GGZ/Jeugdhulp	Kosten POH Jeugd	Besparing
Eijsden-Margraten	€ 222.972	€ 29.360	€ 193.612
Meerssen	€ 289.532	€ 49.857	€ 239.675
Valkenburg	€ 162.264	€ 51.390	€ 110.874
Maastricht	€ 815.188	€ 379.114	€ 436.074
Totaal	€ 1.489.956		€ 980.235

Bron: Arrangementenmonitor 2020

De inzet van de POH Jeugd heeft ervoor gezorgd dat er minder verwijzingen gedaan worden, met name door huisartsen, naar de Jeugd GGZ/Jeugdhulp. Het merendeel van de cliënten dat voorheen verwezen zouden zijn naar de Jeugd GGZ/Jeugdhulp, is nu begeleid (ondersteund) door de POH Jeugd in een kortdurend traject.

Ervan uitgaande dat alle cliënten die in 2019 begeleid (ondersteund) zijn door de POH Jeugd, voorheen verwezen zouden zijn naar Jeugd GGZ/Jeugdhulp, kan geconcludeerd worden dat de inzet van de POH Jeugd in 2019 een besparing heeft opgeleverd van ruim € 980.000 in de regio Maastricht/Heuvelland (zie tabel 9).

9. Afname instroom geïndiceerde jeugdhulp

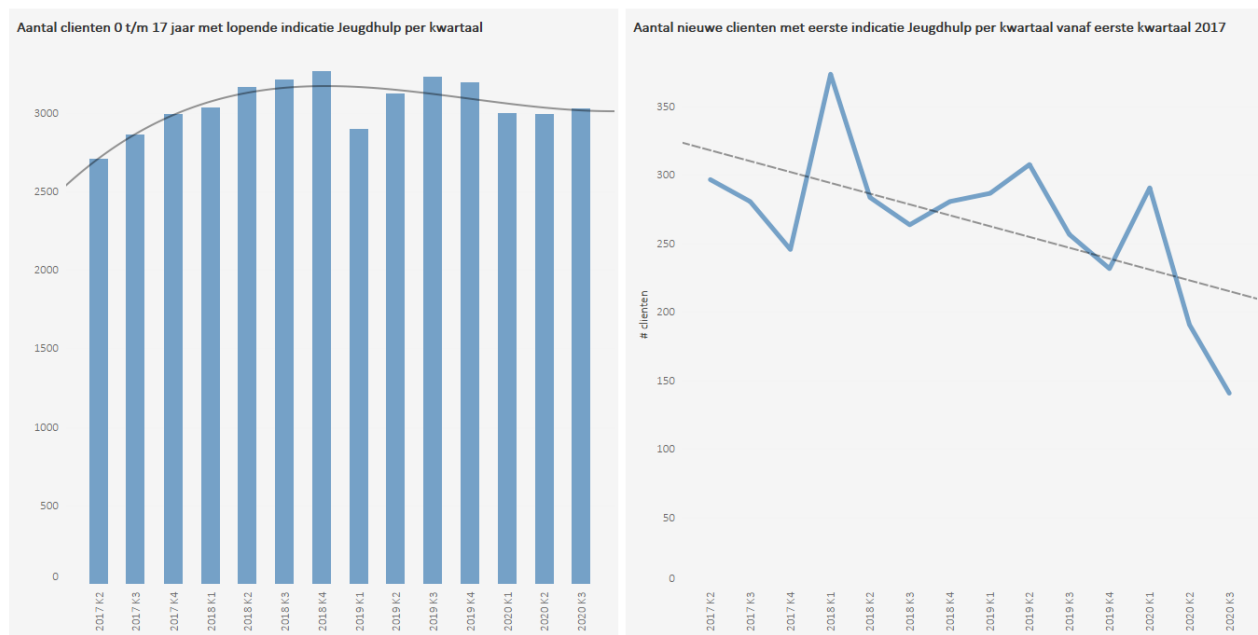
Sinds de decentralisaties van de jeugdzorg naar gemeenten in 2015 is het aantal cliënten met Jeugdhulp in Nederland fors gestegen. In het onlangs verschenen rapport van het CPB (Wijkteams en praktijkondersteuners in de jeugdzorg) wordt geconstateerd dat de aanpak met wijkteams of POH Jeugd er in de periode 2015 t/m 2018 niet toe heeft geleid dat het de stijging van het aantal cliënten met een indicatie jeugdhulp is afgeremd of gedaald.

Bij de vier deelnemende gemeenten in Maastricht-Heuvelland is ook te zien dat het aantal cliënten met een lopende indicatie jeugdhulp is toegenomen sinds 2015. Echter er is ook te zien dat sinds de introductie van POH Jeugd het aantal cliënten jeugdzorg is gestabiliseerd en de instroom per kwartaal van nieuwe cliënten met een eerste indicatie jeugdhulp afneemt (zie figuur 1).

Figuur 1 Ontwikkeling instroom nieuwe cliënten met indicatie Jeugd GGZ/Jeugdhulp per kwartaal van 2017 t/m 2020

Geïndiceerde jeugdzorg

Ontwikkeling aantal cliënten, instroom nieuwe cliënten per kwartaal



Bron: Arrangementenmonitor 2020

10. Conclusies

- **Samenwerking in de zorg rondom jeugdigen is enorm verbeterd**

De samenwerking tussen gemeenten, Jeugdzorg en huisartsenzorg is enorm verbeterd en de tevredenheid van de partners over deze samenwerking en de inzet van de POH Jeugd is hoog. Vooral de laagdrempelige en snelle toegang tot (meer specialistische) kennis worden gezien als belangrijke voordelen. Het goede contact met de netwerkpartners zorgt voor beter afgestemde zorg.

- **Hoge tevredenheid bij cliënten**

De cliënten (jeugdigen en ouders) geven aan (zeer) tevreden te zijn over de inzet van de POH Jeugd. De meerderheid geeft aan dat de hulp of begeleiding van de POH Jeugd hem/haar/hun kind goed of voldoende heeft geholpen.

- **Merendeel van de cliënten wordt snel, kort en afdoende door de POH Jeugd geholpen**

58% van de jeugdigen dat bij de POH Jeugd komt wordt daar ook geholpen, vaak in slechts een paar contacten (4,4), en dus zonder verdere doorverwijzing. 8% wordt alsnog verwezen naar de huisarts, het voorliggend veld of Team Jeugd. Door de inzet van de POH Jeugd is het aanbod van kortdurende en/of lichte zorg voor jeugdigen in de regio verbeterd. Dit laagdrempelige en snelle zorgaanbod kan verergering voorkomen.

Het merendeel van de hulpvragen dat de POH Jeugd zelf behandelt heeft betrekking op: angstproblematiek, stemmingsklachten/depressie, echtscheiding- en gezinsproblematiek, systeemproblematiek, sociale problematiek, rouw, opvoedproblematiek, somatische problemen en stress.

- **Afname van verwijzingen naar Jeugd GGZ/Jeugdhulp**

66% van de cliënten dat bij de POH Jeugd komt, wordt niet verwezen naar Jeugd GGZ/Jeugdhulp. Het geven van kortdurende begeleiding/behandeling door de POH Jeugd doet het aantal verwijzingen door de huisartsen naar Jeugd GGZ/Jeugdhulp dus aanzienlijk afnemen.

- **Gerichtere verwijzing naar Jeugd GGZ/Jeugdhulp**

De POH Jeugd maakt in het eerste gesprek een inventarisatie van de klachten en problemen. Soms zijn hier meerdere gesprekken voor nodig. Doordat de POH Jeugd meer kennis en tijd heeft om een inschatting van de problematiek te maken is de triage verbeterd. Daardoor vinden de verwijzingen van de POH Jeugd naar de Jeugd GGZ/Jeugdhulp (34%) beter onderbouwd en meer doordacht plaats waardoor deze dus beter aansluit bij de hulpvraag van de cliënt.

Deze bredere vraagverheldering maakt ook een integrale gezinsaanpak mogelijk.

- **Inzet POH jeugd leidt tot kostenbesparing bij gemeenten**

Ervan uitgaande dat alle cliënten die in 2019 begeleid (ondersteund) zijn door de POH Jeugd, voorheen (dus zonder inzet van een POH Jeugd) door de huisartsen verwezen zouden zijn naar Jeugd GGZ/Jeugdhulp, heeft de inzet van de POH Jeugd in 2019 een besparing opgeleverd van ruim € 980.000 in de regio Maastricht/Heuvelland.

- **Inzet POH jeugd heeft geleid tot minder instroom in geïndiceerde jeugdzorg**

De instroom van nieuwe cliënten in de geïndiceerde jeugdzorg is afgenomen sinds POH Jeugd wordt ingezet in de vier gemeenten.

11. Aanbevelingen doorontwikkeling

De ervaring die is opgedaan met betrekking tot de inzet van de POH Jeugd en de samenwerking met betrokkenen partners leert dat sindsdien taken meer verdeeld worden en dat blijkt veel efficiënter. Echter er blijven verbeteringen mogelijk en nodig.

Op basis van de cijfers en de ervaringen in de praktijk zijn “doorontwikkelpunten” voor de toekomst geformuleerd zowel voor de POH Jeugd en de huisartsenzorg als voor de gemeenten, scholen en Jeugd GGZ/Jeugdhulp.

- Meer inzicht krijgen in het verwijsgedrag van huisartsen naar de POH Jeugd: onderzoek naar wat de achterliggende reden van de huisarts is om naar de POH Jeugd te verwijzen.
- Meer inzicht krijgen in het verwijsgedrag van huisartsen bij de verwijzingen van de jeugdigen die nog “langs de POH Jeugd” gaan. Door de verwijscijfers uit Medix (KIS) en Zorgned te vergelijken kan zicht verkregen worden op of dit terechte verwijzingen zijn en naar de juiste aanbieders, of dat hierin bijsturing gewenst is. Hierin zal ook de verwijroute via knooppunten en via jeugdartsen meegenomen worden.
- Monitoren en analyseren van de specifieke hulpvraag die ten grondslag ligt aan structurele verwijzingen die via de POH Jeugd altijd naar de Jeugd GGZ gaan. Verkennen of hier op een meer laagdrempelige manier kan worden ingezet.
- Inzichtelijk maken van de instroom van nieuwe cliënten met geïndiceerde jeugdzorg per kwartaal. De cijfers van Jeugdhulp en Jeugd GGZ blijven jaarlijks stijgen. Analyse wijst uit dat dit is omdat de uitstroom gering is maar er wel nieuwe instroom is. Door meer zicht te krijgen in duur van zorg en nieuwe instroom kan er beter gestuurd worden op verwijsgedrag en inzet van zorg.
- Zicht krijgen op hoe lang jeugdigen in zorg zijn. Door inzichtelijk te maken welke jeugdigen langdurig in zorg zijn kan gestuurd worden op afspraken met aanbieders over afschalen naar het voorliggend veld. Heel specifiek zullen deze afspraken gemaakt worden met Youz (start november 2020).
- Terugdringen van de vragen van patiënten om een gerichte doorverwijzing naar Jeugd GGZ aan huisartsen. Concrete afspraken maken met huisartsen, scholen, en gemeente over het niet gebruiken van de huisartsenroute als snelle verwijroute of sluiproute. Afstemmen van de verwijroutes en partners om verwarring te voorkomen en te zorgen dat de patiënt met de juiste vraag op de juiste plek komt.
- Het uitrollen van bewezen samenwerking, zoals bijvoorbeeld het multidisciplinair overleg rondom Jeugd in de Blauwe Zorg wijken, met scholen, gemeente en JGZ om te toegang te optimaliseren en af te stemmen.
- Terugdringen van de wachttijden in de Jeugd GGZ, door middel van goede doorverwijzing en ruimte creëren door uitstroom.
- De aanleiding voor de verwijzing is niet alleen kind-gerelateerd. De huisartspraktijk is de plek waar het gezin komt en het is aan te bevelen om door te ontwikkelen op een systemische benadering op basis van Positieve Gezondheid.
- Doorontwikkelen naar meer preventieve en collectieve activiteiten zoals psycho-educatie van omgeving (school, vrijetijd) in samenwerking met Mondriaan (Youth Mental Health First Aid). Door de reeds bestaande inzet bij preventieve initiatieven als @Ease, <https://ease.nl>, wordt er een bijdrage geleverd aan het normaliseren en preventief ingrijpen bij jeugdigen met een ondersteuningsvraag.

12. Continuering

Met de resultaten van deze maatschappelijke businesscase hebben alle vier de deelnemende gemeenten laten weten dat ook in 2021 de inzet van de POH is geborgd. De aanbevelingen voor de doorontwikkelingen zullen in gezamenlijkheid worden opgepakt.

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

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

Bijlage 1 Publicaties/aandacht in de media

In de periode van de pilot Blauwe Zorg is in de media veel aandacht geweest voor de interventies van Blauwe Zorg in de wijk.

Een totaaloverzicht staat op www.blauwezorg.nl/publicaties#blauwe-wijk

De volgende publicaties hebben betrekking op de POH Jeugd:

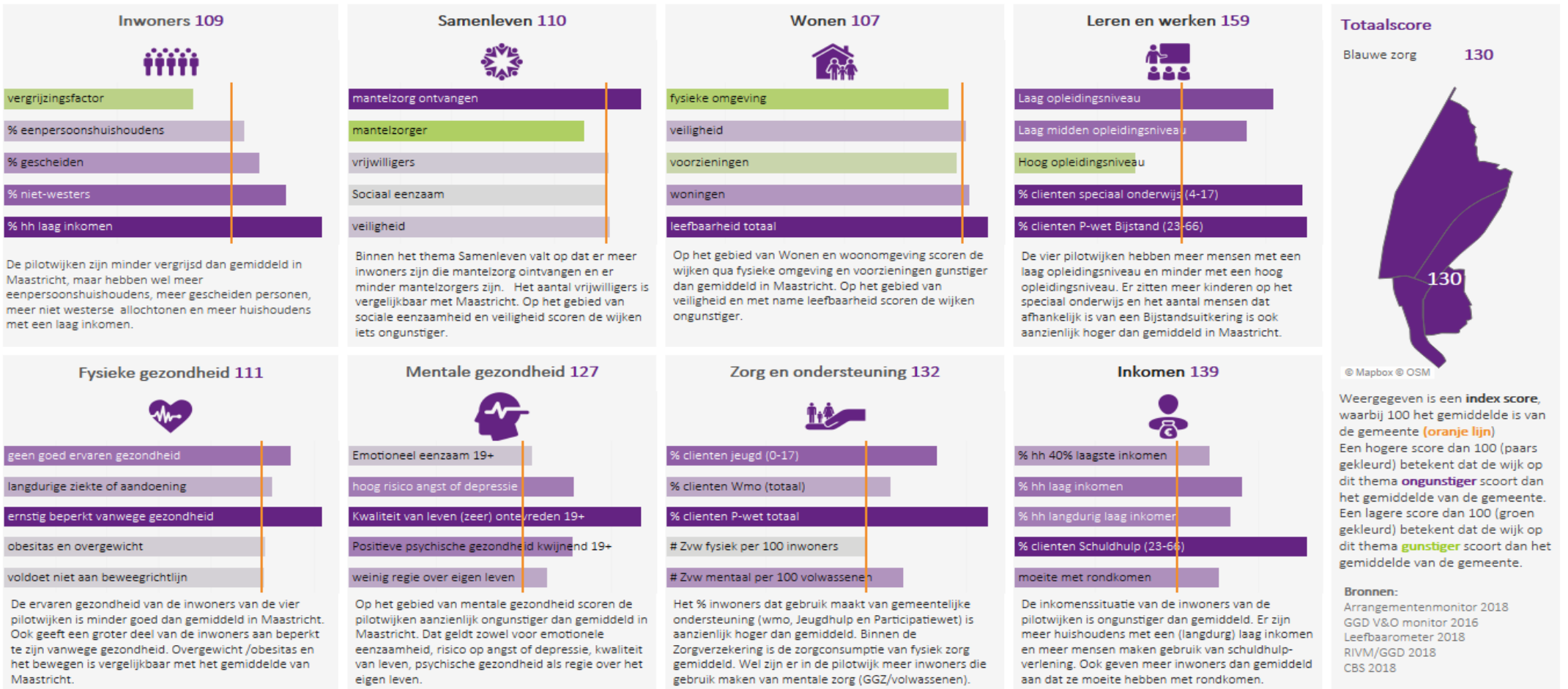
- [De nieuwe GGZ Jeugd, een drieluik](#)
Praktijk, December 2020
- [Inzet praktijkondersteuners drukt de kosten](#)
Dagblad de Limburger, Oktober 2020
- [Zorg moet beter en goedkoper](#)
Dagblad de Limburger, 16 oktober 2018
- [Blauwe Zorg in de wijk. Duurzame beweging op weg naar een gezonder Maastricht.](#)
Nummer 1, maart 2018
- [Magazine Blauwe Zorg in de wijk. Samen op weg naar een positief gezond Maastricht](#)
Oktober 2018

Alle publicaties staan op www.blauwezorg.nl/publicaties#blauwe-wijk

Bijlage 2 Wijkprofiel Blauwe zorg wijken



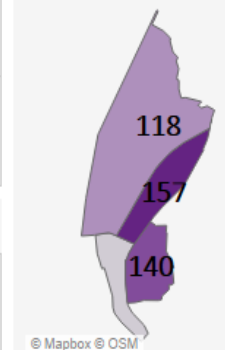
Wijkprofiel per thema Vergelijking Blauwe zorg wijken totaal met Maastricht





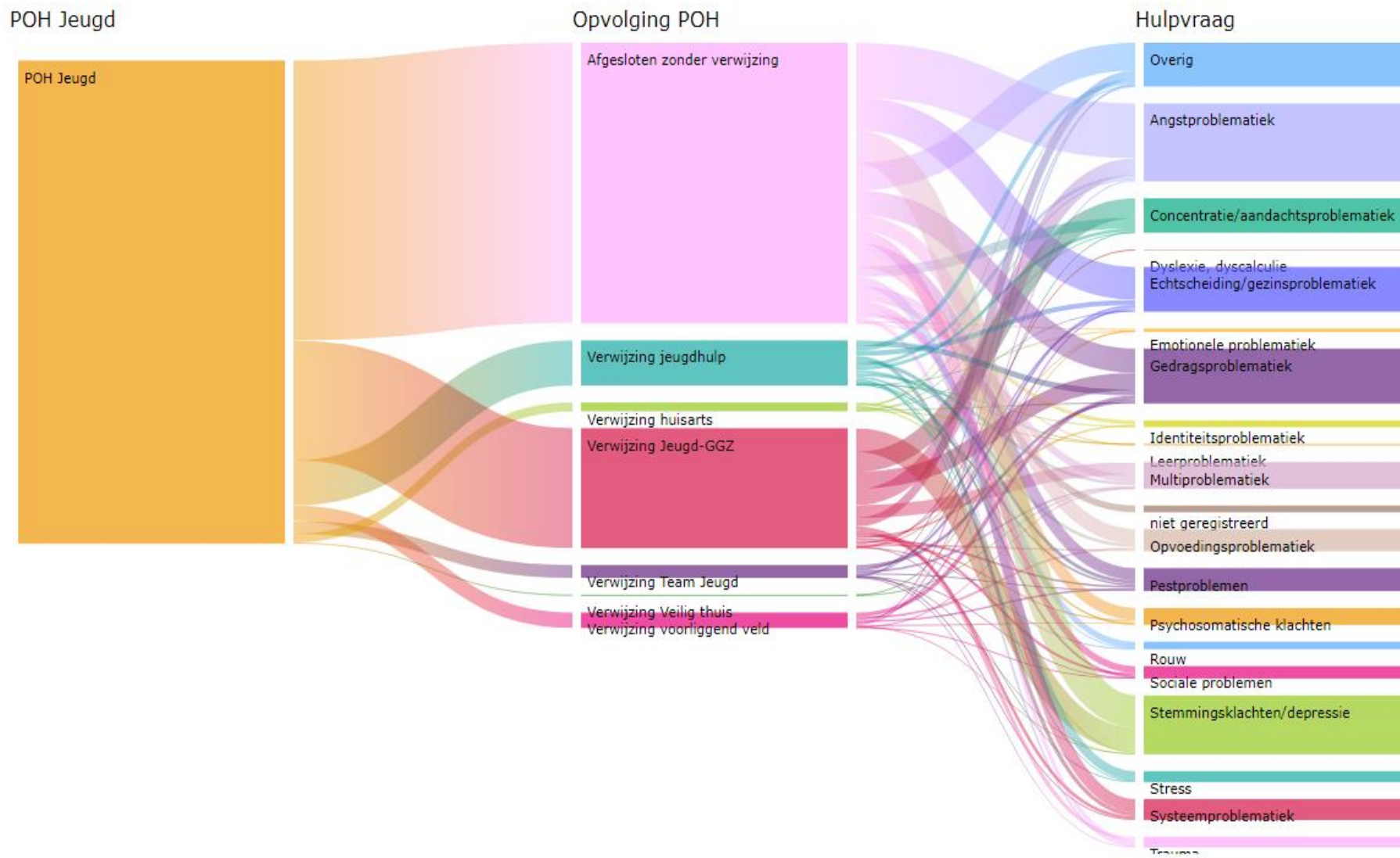
Wijkprofiel per thema

Vergelijking vier pilotwijken met Maastricht



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

Bijlage 3 Opvolging/verwijzing door POH Jeugd in 2019 ingedeeld naar hulpvraag van cliënt



Bijlage 4

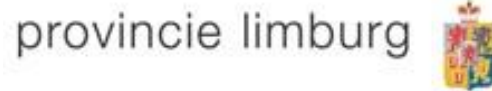
Rapport Huishoudens met domeinoverstijgende kosten

- Resultaten interventie gezinsregisseur 2018-2020-



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

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



Dankwoord:

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

Auteurs:

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

Meer informatie:

www.blauwezorgindewijk.nl

Inhoud

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

1. Samenvatting

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

Twee vraagstellingen zijn onderzocht:

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

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

De resultaten/conclusies:

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

De aanbevelingen:

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

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

2. Inleiding

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

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

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

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

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

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

3. Vraagstelling

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

Deze vraag komt voort uit een inventarisatie die is uitgevoerd in aanloop naar de pilot Blauwe Zorg in de wijk (2016 en 2017) onder professionele zorg- en dienstverleners en burgers. Alle betrokken organisaties en een aantal burgers is gevraagd om casussen aan te leveren die gebundeld zijn in een Casussenboek¹. Deze 50 praktijkvoorbeelden zijn gebruikt om "samen van te leren", waaronder het zichtbaar maken van knelpunten en verbeterpunten in de zorg- en dienstverlening.

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

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

probleemgezinnen vaak (te) veel verschillende professionele zorgverleners aanwezig waren met ieder zijn eigen takenpakket. Dit zorgde voor veel onrust bij de cliënt/het gezin. In dit rapport werd gesteld dat dit voorkomen had kunnen worden als beroepskrachten integraal naar de cliënt/het gezin zouden kijken, (durfden te) schakelen en/of erbij halen, uiteraard altijd in overleg met de cliënt². Duidelijk kwam naar voren dat er hierdoor een stapeling van zorg- en welzijnsaanbod bestaat (dat niet wordt opgemerkt door de betrokken hulpverleners) waarbij er allerlei zorg en begeleiding is ingezet op basis van veel verschillende indicaties. Geconcludeerd werd dat het bij deze kwetsbare gezinnen ontbrak aan coördinatie en regie. Een hypothese van Blauwe zorg in de wijk bij aanvang van dit project was dat de inzet van een gezinsregisseur een positieve invloed heeft op de gezondheid van het gezin en de 'kwaliteit van leven' van de gezinsleden bevordert.

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

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

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

4. Interventie gezinsregisseur

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

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

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

² Uit Rapport Knelpuntenanalyse Blauwe Zorg in de wijk, mei 2017

5. Werving en deelname huishoudens

5.1. Blauwe Zorg wijken

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

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

5.2. Werving en deelname gezinnen

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

Tabel 1. Bron van aanmelding gezin

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

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

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

In totaal zijn 14 gezinnen intensief begeleid door een gezinsregisseur.

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

6. Methode van onderzoek

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

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

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

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

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

6.1. Kenmerken beginsituatie binnen gezinnen

Veel aanbieders en hulpverleners per gezin

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

Stapeling van meerdere vormen van zorg en ondersteuning binnen het huishouden

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

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

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

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

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

Licht verstandelijke beperkingen en GGZ problematiek

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

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

Problematiek op gebied van wonen en veiligheid

Binnen de gezinnen bleken vaak knelpunten (en frustraties) te bestaan met betrekking tot hun woonomgeving en veiligheid. Deze problemen werkten regelmatig door op de geestelijke gezondheid van de gezinsleden. Vanuit de gezinsaanpak hebben de gezinsregisseurs ervaren dat afspraken soms niet aansloten bij de visie van integraal werken en doelgericht werken. Bijvoorbeeld: wooncorporaties waren over het algemeen gericht op zaken als huurachterstand, staat van de woning en/of conflicten met burens en waren dan gericht op ad-hoc oplossingen. Hierdoor was minder oog voor onderliggende problematiek (bv psychiatrische en/of verstandelijke beperkingen van client/systeem). Dit kan vervolgens leiden tot verergering en/of stapeling van problematiek en het (foute) beeld dat client(-systeem) niet mee wil werken.

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

Generatieproblematiek

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

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

Regisseursfunctie van de gemeente

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

Verskil casusregisseur en gezinsregisseur

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

Type gezinnen

De gezinsregisseurs zagen grofweg twee type gezinnen:

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

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

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

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

6.2. Evaluatie van de werkwijze

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

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

6.3. Bevindingen van de gezinsregisseurs

De effecten van de interventie op het gezin

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

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

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

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

De effecten van de interventie op de betrokken hulpverleners

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

Ten aanzien van betrokken hulpverleners ervoeren de gezinsregisseurs:

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

7. Effecten op kwaliteit van leven en gezondheid

7.1. Resultaten vragenlijsten voor en nameting

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

Het gaat om de volgende vragenlijsten:

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

Beschrijving van de resultaten

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

Vragenlijst 1: Algemene vragen

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

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

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

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

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

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

Vragenlijst 2: Kwaliteit van leven (ICECAP)

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

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

Vragenlijst Positieve Gezondheid

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

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

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

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

8. Effecten op de kosten

8.1. Kosten en inzet gezinsregisseur

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

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

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

8.2. Kostenbesparing per gezin

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

Werkwijze

Hiervoor is de volgende werkwijze gehanteerd:

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

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

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

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

Kostenbesparing

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

Tabel 3 Kostenbesparingen van de 12 huishoudens

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

Bron: arrangementenmonitor 2020

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

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

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

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

Bron: arrangementenmonitor 2020

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

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

Bron: arrangementenmonitor 2020

8.3. Verklaring kostenbesparing bij deze gezinnen

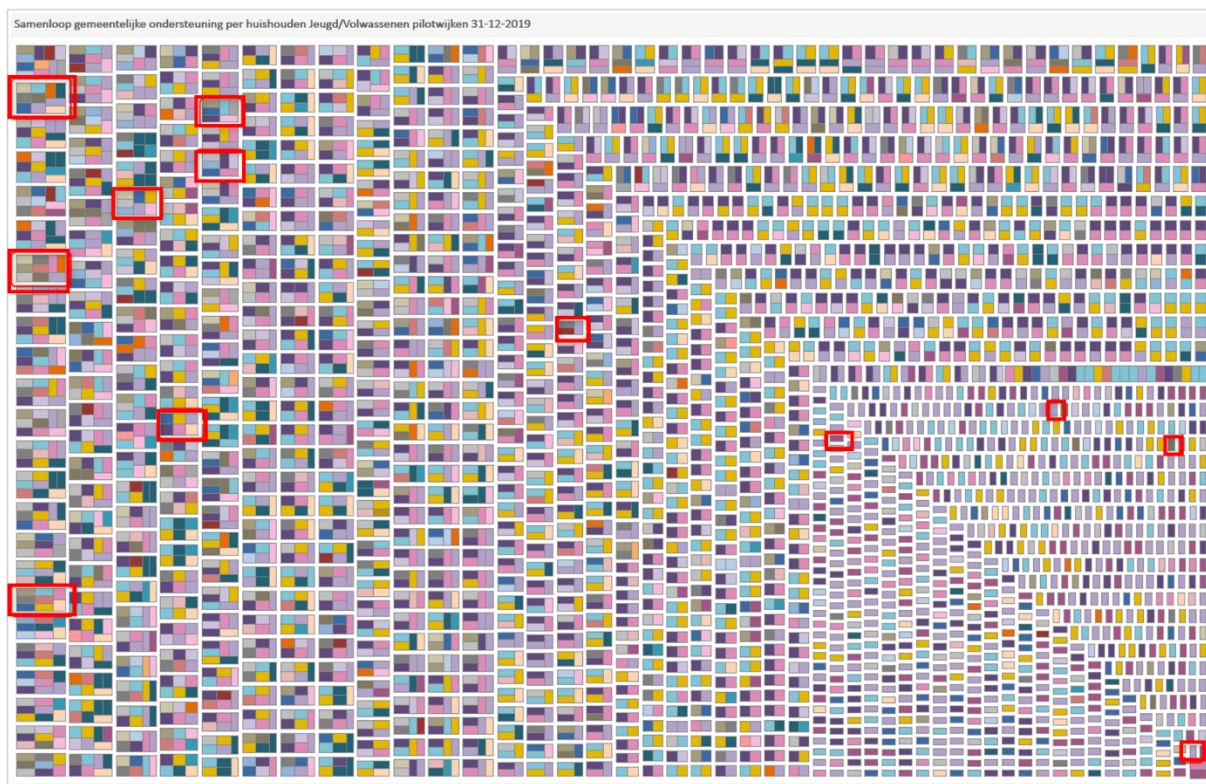
Een groot deel van de besparingen binnen de gezinnen wordt behaald doordat:

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

8.4. Virtuele Kostenbesparing

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

8.5. Extrapolatie naar andere gezinnen in Maastricht



Bron: arrangementenmonitor 2020

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

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

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

Berekening doelgroep aanpak

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

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

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

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

* Exclusief Beschermd wonen

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

Bron: arrangementenmonitor 2020

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

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

9. Conclusies

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

Antwoord op vraagstelling 1

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

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

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

Antwoord op vraagstelling 2

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

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

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

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

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

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

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

Sanny Stauder, gezinsregisseur:

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

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

Danny Martens, gezinsregisseur :

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

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

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

10. Aanbevelingen

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

Dit rapport laat zien dat er veel vergelijkbare gezinnen zijn in Maastricht die deze aanpak behoeven. Aanbevolen wordt om te komen tot een implementatieplan voor een brede en structurele invoering van de ‘onafhankelijk⁴ werkende gezinsregisseur met mandaat’ bij dit type gezinnen.

- Op basis van een nadere analyse van de ca. 650 vergelijkbare gezinnen in Maastricht kan gekeken worden hoe en waar deze aanpak het meest effectief en efficiënt ingezet kan worden (met name bij het terugdringen van stapeling van Jeugdhulp en Wmo-ondersteuning). Op basis daarvan kan een verdere segmentering plaatsvinden, waarbij de aanpak/werkwijze van de gezinsregisseur op maat kan worden ingezet.
- Bij de implementatie van de aanpak met de gezinsregisseur is het van belang dat de gezinsregisseur een onafhankelijke⁴ positie heeft en dat deze mandaat heeft van de gemeente om af/op te schalen. Daarnaast moet hij/zij over de competenties/kwaliteiten beschikken om de regierol uit te oefenen.⁵
- Ook het bepalen van de positie van de gezinsregisseur en het beschrijven van de werkwijze is van belang. Wat is de caseload van de begeleiding van een gezin? Wat is de duur van de interventie, inzet van een gezinsregisseur, bij een gezin? Wanneer sluit de gezinsregisseur de interventie af? In de bepaling van de caseload is het essentieel dat de monitoringsfunctie (nazorg bv 1 x per maand langsgaan) wordt meegenomen. De nazorg is bij deze gezinnen nodig om polshoogte te blijven houden (zorgaanbod, kwaliteit van zorg blijven volgen). Op deze wijze worden o.a. escalaties en crisissen voorkomen.

2. Inzet gezinsregisseur vroegtijdig en structureel in zorgproces implementeren

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

⁴ Zie beschrijving van onafhankelijkheid in paragraaf 4

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

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

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

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

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

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

4. Integraal inzicht per gezin op inhoud en financiën

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

5. Relevante kosten en interventies Zorgverzekeraars inzichtelijker maken

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

6. Bundelen krachten aanbieders Sociaal Domein

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

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

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

7. Cliënten meer betrekken bij de zorg en betere communicatie

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

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

Charles Wijnands, huisarts:

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

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

11. Borging/continuering

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

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

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

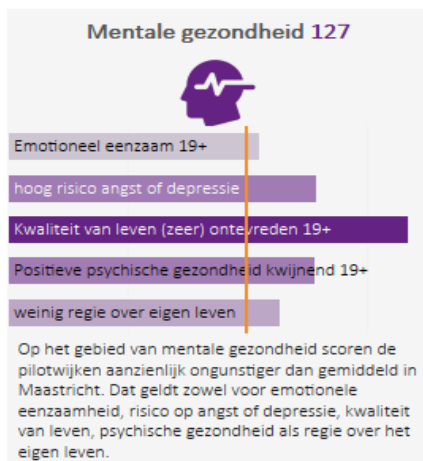
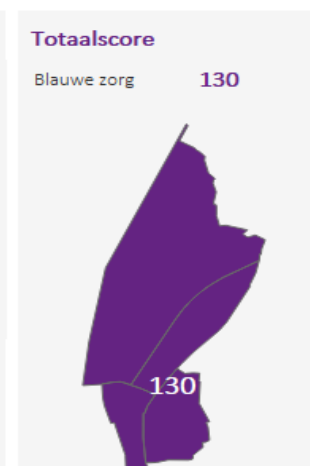
De ontwikkelde werkwijze zal daarom samen met zorgverzekeraar VGZ worden uitgewerkt tot een Good Practice bestaande uit een infographic en relevante verdiepende informatie om tot succesvolle implementatie te komen. Andere aanbieders en regio’s zullen hiermee door zorgverzekeraar VGZ worden geïnformeerd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

Bijlage 1 Wijkprofiel Blauwe Zorg wijken



Wijkprofiel per thema

Vergelijking Blauwe zorg wijken totaal met Maastricht



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

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



Wijkprofiel per thema

Vergelijking vier pilotwijken met Maastricht



Bijlage 2 Werkwijze Gezinsregisseur

Beschrijving van de werkwijze

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

Kenmerken van de werkwijze

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

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

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

Bijlage 3 Publicaties/aandacht in de media

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

Alle publicaties staan op www.blauwezorg.nl/publicaties#blauwe-wijk



Bijlage 5

Rapport

‘Professional aan zet’

- Resultaten interventies 2018-2020-



Sociale teams in de vier Blauw Zorg wijken

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

Dit is rapport 4 van de 7 rapporten van Blauwe Zorg in de wijk

Envida

BUURTZORG



Dé Thuiszorg waarbij U zich thuis voelt!



Gemeente Maastricht



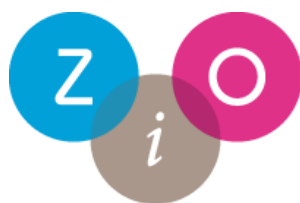
huisartsenpraktijk
Nazareth

Sociaal
team

Wittevrouwenveld
Wyckerpoort

Sociaal
team

Limmel-Nazareth



trajekt



Zó wil ik leven.

Dankwoord:

Met dank aan de sociale teams Limmel-Nazareth en Wittevrouwenveld-Wyckerpoort, Wijkverpleegkundigen van Envida, Buurtzorg, Privazorg, Conzorg en de Huisartsenpraktijken Maastricht Oost en Nazareth.

Auteurs:

Bianca Vaessen (gemeente Maastricht) Ingeborg Wijnands-Hoekstra (ZIO)

Meer informatie:

www.blauwezorgindewijk.nl

Inhoud

1. Samenvatting	4
2. Inleiding	5
2.1 Blauwe Zorg wijken	5
3. Interventie 1: Wmo spoedprocedure	6
3.1. Inleiding	6
3.2. Werkwijze	6
3.3. Evaluatie	6
4. Interventie 2: meer ruimte voor de professional (gesprekstafels)	6
4.1. Inleiding	6
4.2. Bevindingen van de gesprekstafels	7
4.3. Mogelijke oplossingen	7
5. Interventie 3: Samenwerking sociale teams en huisartsen	7
5.1. Inleiding	7
5.2. Vraagstelling	8
5.3. De beschrijving van de interventie	8
5.4. Casuïstiek	9
5.5. Resultaten	10
5.6. Methode positieve gezondheid	11
5.7. Landelijke ontwikkelingen	11
5.8. Effecten	12
6. Interventie 4: Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en GGZ-problematiek	12
6.1 De omvang van het probleem in de blauwe zorg wijken	12
6.2 Verkennend onderzoek gedaan naar de ervaren problemen	12
6.3 De eerste bevindingen	13
7. Conclusies en aanbevelingen	13
7.1. Wmo spoedprocedure	13
7.2 Meer ruimte professional (gesprekstafels)	14
7.3 Samenwerking huisarts en sociale team	14
7.4 Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en GGZ-problematiek	14
8. Continuering en borging	14
Bijlage 1 Wijkprofiel Blauwe Zorg wijken	16
Bijlage 2 Schematische weergave Samenwerking Huisartsenpraktijk met Sociaal Domein	18

1. Samenvatting

“Niet minder, maar ánders ingerichte zorg in de wijk. Duurzamer en effectiever en met de echte vraag van de burger als uitgangspunt. Dat is een notendop waar het in de pilot Blauwe Zorg in de Wijk om draait.”

Een experiment waarmee we echte innovaties wilden realiseren; in gedrag, in werkwijze en in de manier waarop we naar problemen van burgers kijken.

Een van de pijlers was **Professionals aan zet**: zorg- en dienstverleners krijgen de professionele vrijheid om over de grenzen van de eigen instelling heen te kunnen bijdragen aan de idealen van burgers en aan het organiseren van (collectieve) oplossingen.

Onder professional en zet zijn vier interventies ingezet, allen gericht om meer ruimte aan de professional te geven. De start vond plaats met het maken van een Casussenboek in 2016 en 2017. Met het Casussenboek werden knelpunten in de dienstverlening bloot gelegd.

De eerste interventie was de ‘Wmo spoedprocedure’. Een procedure die huisartsen en wijkverpleegkundigen in de Blauwe Zorg wijken het mandaat gaf om met spoed Wmo begeleiding in te zetten. Bij de evaluatie bleek dat de procedure geen enkele keer was ingezet. De leerpunten die hieruit getrokken werden, was dat eerst goed onderzocht moest worden of een knelpunt door meerderen ondervonden werd voordat er een actie op uitgezet werd.

Bij de interventie ‘Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en GGZ-problematiek’ is in 2018 en 2019 een veldonderzoek ingezet om het vraagstuk goed in kaart te brengen. De vaststelling op basis van dit onderzoek is dat het huidige aanbod van zorg in de GGZ onvoldoende aansluit op de vraag/behoefte van mensen met LVB en psychisch lijden. Dit resulteert in problemen op diverse gebieden, van minder goede kwaliteit van zorg tot onnodig hoge kosten. Gezien de grote raakvlakken met Blauwe GGZ worden de uitkomsten van dit onderzoek meegenomen bij het project “Nieuwe/Blauwe GGZ”.

Tevens is in het kader van ‘Meer ruimte voor de professional’ gestart met het voeren van gesprekstafels. De gesprekstafels dienden meerdere doelen. Allereerst werden ze gebruikt om door te praten over de gesignaleerde knelpunten in het Casussenboek, anderzijds om te zoeken hoe en waar meer ruimte voor de professional gecreëerd kon worden. Deze bevindingen zijn onder andere geland in een ander project de Krachtenbundeling. Een mooie bijvangst van de gesprekstafels was dat de onderlinge samenwerking en communicatie tussen de verschillende professionals versterkt werden.

De meest omvattende interventie is de samenwerking tussen huisartsen en sociale teams. Dat ging niet van zelf. Door de training van positieve gezondheid creëerden we een gezamenlijke taal. Dat droeg bij aan de samenwerking als ook de kijk hoe het sociaal team de huisarts bij vraagstukken van het sociaal domein kan ontzorgen. Specifiek is er gekeken naar financiën. Uit verschillende onderzoeken kwam namelijk naar voren dat mensen met financiële problemen dat eerst uiten als stress gerelateerde klachten. Het is gelukt om vroegtijdig financiële vraagstukken te signaleren. Met een relatief kleine inzet zoals het helpen bij inkomensondersteunende maatregelen zijn problematische schulden mogelijk voorkomen.

Eén vast aanspreekpunt bij het sociaal team en het geven van een terugkoppeling aan de huisarts maken de samenwerking tot een succes.

Samenwerken gaat niet vanzelf. Belangrijkste daarbij is dat je elkaar moet kennen en dat het helder moet zijn wat de ander voor je kan betekenen. Inzet op samenwerken kost tijd, je leert de ander niet kennen in 1 gesprek. Daar moet ruimte voor geboden worden. Het spreken van dezelfde taal helpt. Daarom is het belangrijk dat de inzet van positieve gezondheid (ander onderdeel van Blauwe Zorg in de Wijk) geborgd wordt.

2. Inleiding

In de aanloop naar de pilot Blauwe Zorg in de wijk is in 2016 en 2017 geïnventariseerd welke knelpunten ervaren worden in de zorg- en dienstverlening rondom een cliënt of gezin in de wijken. Deze inventarisatie bestond uit: gesprekken met professionele zorg- en dienstverleners (beroepskrachten), gesprekken met burgers en het verzamelen van casussen van inefficiënte zorg- en dienstverlening aangereikt door zorg- en dienstverleners en burgers. Deze casussen zijn gebundeld in een Casussenboek¹ dat bestaat uit 50 casussen uit de praktijk van professionals en burgers uit de vier wijken. De casussen zijn gebruikt om de voortgang van het complexe proces te volgen, om samen te leren en om te komen tot slimmere oplossingen die mogelijk domein overstijgend zijn.

Naar aanleiding van dit casussenboek is een notitie Knelpuntenanalyse¹ gemaakt. Een van de meest genoemde knelpunten was dat beroepskrachten onvoldoende van elkaar weten wie er betrokken is bij (kwetsbare) burgers/gezinnen en aan welke doelen (plan van aanpak, behandelplan) gewerkt wordt. Betreffende burgers en gezinnen weten (en begrijpen) dat vaak zelf ook niet. Het niet weten van elkaar welke zorg geleverd wordt binnen een gezin kan leiden tot stapeling van zorg-, welzijn en ondersteuningsaanbod waardoor er onnodig hoge kosten worden gemaakt.

Andere knelpunten die naar voren kwamen, waren onder andere: de zorg sluit niet altijd aan bij de vraag van de burger, mensen zijn niet altijd zelf in staat om advies van beroepskracht op te volgen, onvoldoende aandacht voor vroegsignalering, beroepskrachten kijken niet breder dan eigen domein en ondersteuning wordt te laat ingezet door procedures.

De casussen en de ervaren knelpunten vormen belangrijke aandachtspunten bij de ontwikkeling en de realisatie van projecten die onderdeel vormen van Blauwe Zorg in de wijk.

Eén van de pijlers van de pilot Blauwe Zorg in de wijk is ‘professional aan zet’. De eerste stap was een analyse maken van het Casussenboek uit 2017. Uit de analyse bleek dat een behoorlijk aantal betrekking had op miscommunicatie en het ontbreken van een goede samenwerking. Een aantal knelpunten vergden meer onderzoek.

In het kader van het project ‘professional aan zet’ zijn vier interventies ingezet. 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.

Allereerst worden de vier interventies inhoudelijk beschreven in de paragrafen 3 tot en met 6.

Vanaf paragraaf 7 wordt aangegeven wat de verschillende conclusies en aanbevelingen zijn. Tot slot staat in paragraaf 8 beschreven hoe de projecten gecontinueerd en geborgd kunnen worden.

2.1 Blauwe Zorg wijken

De vier Blauwe Zorg wijken kenmerken zich door een slechtere gezondheid van de inwoners ten opzichte van het gemiddelde in Maastricht. De mensen in deze wijken ervaren hun gezondheid veel minder vaak als goed. De buurten zijn niet vergrijsd, maar kennen wel een lage sociaal economische positie (laag opleidingsniveau, laag inkomen). De inwoners geven met name aan kwetsbaar te zijn op mentaal vlak, financieel vlak en regievoeren over hun leven. Dit is ook terug te zien in de zorg en ondersteuningsconsumptie, de inwoners van de Blauwe Zorg buurten maken met name gebruik van ondersteuning op het vlak van financiën en participatie, jeugd- en volwassen GGZ en individuele begeleiding vanuit de Wmo. Wat betreft lichamelijke klachten is de zorgvraag minder groot, de reden hiervoor is dat deze buurten minder vergrijsd zijn. Bij het domein meedoen is te zien dat relatief veel mensen “langs de kant staan”. Eenzaamheid komt veel voor, de sociale cohesie is minder groot, er zijn minder vrijwilligers en mantelzorgers en de leefbaarheid en veiligheid

¹ Het Casussenboek en de Knelpuntenanalyse zijn terug te vinden op www.blauwezorgindewijk.nl

wordt gemiddeld als minder groot ervaren. De kenmerken van deze wijken worden weergegeven in bijlage 1.

3. Interventie 1: Wmo spoedprocedure

3.1. Inleiding

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.

3.2. Werkwijze

Voordat de procedure van start ging, heeft een werkgroep nader onderzocht in welke situaties de spoedprocedure ingezet moet worden. Uit de gesprekken van de werkgroep kwamen verschillende interpretaties van spoed naar voren. Ook werd er nog onvoldoende gekeken wat voorliggend opgelost kon worden.

Uiteindelijk werd er gekozen om zowel de wijkverpleegkundigen als de huisartsen van de Blauwe Zorg wijken te mandateren en werd er een stappenplan ontwikkeld. Het stappenplan beschreef hoe de procedure in gang gezet kon worden en hoe de financiering van de inzet geborgd werd.

3.3. Evaluatie

De spoedprocedure is begin 2019 geëvalueerd en bleek geen enkele keer ingezet. Om inzicht te krijgen waarom deze procedure niet is ingezet, is aan alle gemandateerde deelnemers gevraagd de evaluatie in te vullen.

Niet elke gemandateerde heeft de evaluatie ingevuld.

Ondanks dat de procedure geen enkele keren was ingezet, heeft de procedure wel degelijk bijgedragen. Uit de evaluatie bleek:

- Dat er sprake is van een verbeterde samenwerking tussen wijkverpleging en Wmo;
De kennis van de wijkverpleging over de doelstelling van de Wmo en wat voorliggend mogelijk is, verbeterd;
De noodzaak spoedprocedure wordt zorgvuldig afgewogen en getoetst aan de voorwaarden waardoor deze niet onnodig ingezet is. Wel kwamen wij in andere wijken casussen tegen, die aan alle voorwaarden voldeden en waarbij het heel jammer was dat wij de procedure niet konden toepassen. Uitbreiding met meerdere wijken zou i.o. wenselijk zijn;
- Sedert de pilot blijkt dat de reguliere procedure meestal voldoet. Een enkele spoedverwijzing werd door andere participanten gecoördineerd en opgepakt;

De conclusie staat beschreven in paragraaf 7.

4. Interventie 2: meer ruimte voor de professional (gesprekstafels)

4.1. Inleiding

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. De gesprekstafels werden ook ingezet om samen te onderzoeken wat 'Ruimte voor de professional' inhoudt.

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

4.2. Bevindingen van de gesprekstafels

De bevindingen die o.a. benoemd zijn:

- Toch nog te weinig ontschotting tussen organisaties. Er is concurrentie tussen organisaties. Deze concurrentie wordt echter niet ervaren binnen de Sociale Teams²;
- 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;

4.3. Mogelijke oplossingen

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, 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.

De borging staat beschreven in paragraaf 8.

5. Interventie 3: Samenwerking sociale teams en huisartsen

5.1. Inleiding

Buurtbewoners/patiënten komen bij de huisarts met vragen (direct of indirect) die betrekking hebben op andere leefgebieden dan het lichamelijke en psychische. Juist bij vragen die betrekking hebben op dagelijks functioneren, meedoen, kwaliteit van leven en zingeving, is soms meer informatie nodig om de juiste inzet van zorg en ondersteuning te kunnen inzetten. Dan kan de huisarts het sociaal team inzetten.

Sociale teams zijn buurtgerichte teams bestaande uit professionals van diverse organisaties, vrijwilligers en ervaringsdeskundigen. Zij helpen en adviseren buurtbewoners die vragen hebben of in het dagelijks leven te maken krijgen met problemen. Dat doen zij door samen met de buurtbewoner de vraag door middel van positieve gezondheid te verhelderen, waarbij de verantwoordelijkheid zo veel als mogelijk bij de burger gelegd wordt en met hem zijn netwerk indien mogelijk inschakelt. Ook wordt aangesloten bij individuele en collectieve mogelijkheden in de buurt. Kortom: de speerpunten van de sociale teams zijn preventie, vroegsignalering en inzet van het informele netwerk en of collectieve voorzieningen. De doelstelling is om hiermee een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van leven en welzijn van de buurtbewoners.

² Sociale Teams in Maastricht richten zich op preventie en vroegsignalering en is een samenwerking tussen verschillende organisaties.

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. Zowel de huisartsen als de sociale teams zijn opgeleid in de methodiek van positieve gezondheid (zie project 1 Blauwe Zorg in de Wijk). Doordat beiden dezelfde taal gingen spreken, werd de samenwerking tussen beiden verstevigd. De huisartsen uit de pilot wijken Blauwe zorg één aanspreekpunt binnen het Sociaal team waar ze direct mee konden schakelen en doorverwijzen, met als extra aandachtsgebied vroegsignalering financiële problemen.

Uit onderzoek van onder andere Syncasso³ blijkt dat bijna 1 op de 5 huishoudens in Nederland kampt met risicovolle of problematische schulden. Daarnaast duurt het gemiddeld 3 tot 5 jaar voordat een huishouden zich bij de Kredietbank meldt om hulp bij deze schulden. De Kredietbank Limburg en Blauwe Zorg kwamen samen in gesprek. Thema was hoe schulden vroegtijdig gesignaleerd konden worden en hoe verbinding met de huisarts gemaakt kon worden.

Deze punten zijn aanleiding geweest om met de Sociale teams en de huisartsen afspraken te maken over de samenwerking rondom sociale vraagstukken inclusief financiële vraagstukken.

5.2. Vraagstelling

Welk effect ontstaat er als de huisarts enkele vragen stelt om vroegtijdig financiële problemen te signaleren? Uit de verschillende onderzoeken is gebleken dat mensen zich pas laat melden bij een Kredietbank. Dat leidt ertoe dat de gemiddelde schuld waar een huishouden zich meldt al in de duizenden euro's oploopt. Ervaringsdeskundigen geven aan dat het begint met stress gerelateerde klachten zoals buikpijn, hoofdpijn, etc.

Een ervaringsdeskundige die nu werkzaam is als trajectbegeleider in Utrecht vertelde in een Webinar dat de eerste klachten bij hem manifesteerden met rugklachten. De spanning omtrent zijn financiën zorgde ervoor dat zijn rug vast kwam te zitten. De huisarts verwees hem door naar de fysiotherapeut. De fysiotherapie sloeg niet aan en er werd verder gezocht naar een medische oorzaak voor de rugklachten. Ondertussen liepen de financiële problemen verder op.

De ervaringsdeskundige gaf aan dat hij 1 belangrijke vraag bij de huisarts gemist had. Er was namelijk niet gevraagd of hij zelf wist waar de rugklachten vandaan kwamen.

Iedereen van ons herkent dat sociale problemen een lichamelijke uitwerking kunnen hebben. En dat geldt ook voor schulden. Dat heeft ertoe geleid dat we samen met twee huisartsenpraktijken en de sociale teams gekeken hebben hoe gezamenlijk de vroegsignalering voor financiële problemen aangepakt kon worden.

5.3. De beschrijving van de interventie

Voordat de interventie uitgelegd wordt, beschrijven we eerst de rollen.

a. Rollen Sociaal Team

Het Sociaal Team kent meerdere rollen namelijk afstemmen, netwerken, bereikbaar zijn, inzetten van ondersteuning en deskundigheidsbevordering voor het brede sociale domein. Daarbij past elk team maatwerk toe om aansluiting bij de verschillende buurten te realiseren. Binnen een team wordt rekening gehouden met de specifieke deskundigheid en competenties van eenieder. Wel heeft elk teamlid een generalistische kijk.

In de samenwerking met de huisartsenpraktijken is het nodig om deze rol wat verder uit te schrijven.

³ <https://www.syncasso.nl/wp-content/uploads/2016/10/Onderzoeksrapport-AfgelostOpgelost.pdf>

b. Rol samenwerking huisarts- sociaal team

Bij de huisarts melden buurtbewoners zich met allerlei vragen rondom gezondheid. Voor veel van hen is de huisarts het eerste aanspreekpunt om vragen te stellen. Als de vragen betrekking hebben op de leefgebieden lichaamsfuncties en mentaal welbevinden dan kan de huisarts samen met de buurtbewoner vervolgstappen inzetten. Echter ook op deze twee leefgebieden kan de huisarts doorverwijzen naar ST. Hierbij valt te denken aan een wandelgroep of eventueel overbrugging met gesprekken naar GGZ zorg (i.v.m. wachtlijsten). De huisarts past zelf zorg toe of te verwijst naar andere disciplines. Buurtbewoners komen echter ook met vragen (direct of indirect) die betrekking hebben op de andere leefgebieden van positieve gezondheid. Juist bij vragen die betrekking hebben op dagelijks functioneren, meedoen, kwaliteit van leven en zingeving, is soms meer informatie nodig om de juiste inzet van zorg en ondersteuning te kunnen inzetten.

Als de huisarts het vermoeden heeft dat het vraagstuk of bijvoorbeeld de medische klachten een gevolg zijn van problemen op een ander leefgebied, kan de huisarts het sociaal team inzetten. Dit kan op alle leefgebieden gelden. Het sociaal team gaat aan de hand van de gespreksmethodiek positieve gezondheid uitzoeken wat de vraag (verander wens) van de buurtbewoner is, welke behoefte er leeft en welke ondersteuning daarbij noodzakelijk is.

In bijlage 2 wordt schematisch weergegeven hoe de huisartsenpraktijken binnen de vier Blauwe Zorg wijken samenwerken met het Sociaal Domein.

c. Werkwijze

Een 'vindplaats' voor de groep van mensen met (beginnende) schuldenproblematiek is de huisartsenpraktijk. Bij de huisarts melden mensen zich met allerlei stress gerelateerde klachten: slaapproblemen, psychische klachten, hoofdpijn etc. Indien de huisarts vermoedt dat er meer speelt op sociaal en/of financieel vlak kan hij of zij de volgende vragen stellen:

- *Vindt u het moeilijk om elke maand rond te komen?*
- *Slaapt u slecht van geldzorgen?*
- *Stapelt de post zich bij u thuis weleens op?*

Antwoorden patiënten hier bevestigend op dan vraagt de huisarts of de patiënt het goed vindt als hij/zij binnen een aantal dagen gebeld wordt door iemand uit het Sociale Team. De regie ligt hierbij bij de professionals, niet bij de patiënt. De huisarts geeft deze verwijzing door aan de contactpersoon van het Sociale team. Indien er sprake is van financiële vraagstukken, dan kan het sociaal team de Kredietbank Limburg erbij halen. De kredietbank stelt expertise beschikbaar om mee te denken bij het vraagstuk. Bij complexe vraagstukken zal de Kredietbank de begeleiding overnemen rondom het financiële vraagstuk.

5.4. Casuïstiek

Wijken Nazareth-Limmel

Tot 1 sept zijn er in 2020 een 18-tal coach- trajecten in het sociaal team uitgezet.

Dit aantal staat los van de verwijzingen naar het voorliggend veld zoals clubs en koffiehokje en de mensen die naar een spreekuur WSP komen.

Wijken Wittevrouwenveld-Wyckerpoort

In de periode van juni 2019 tot september 2020 zijn er 46 casussen verwezen.

Kredietbank al betrokken	1
Doorverwijzing Kredietbank	3
Inzet door sociaal team met partners	41
Afgezien van hulp door betrokkene	1

De Nieuwe GGZ (DNG)

Naast het samenspel tussen huisarts en sociaal team ontstond er ook een samenspel tussen huisarts en ggz. Al snel werd naar ook het sociaal domein aan gekoppeld. De meeste burgers worden daar in zorg opgenomen via een zogenaamde HOC (herstel ondersteunende consultatie) waarbij vanuit drie invalshoeken (Sociaal Domein, GGZ en ervaringsdeskundigheid) een gesprek met de burger wordt gevoerd. De basis van dit consult wordt gevormd door Positieve Gezondheid en herstel ondersteunende vragen zoals geformuleerd door Jim van Os.

Tot en met september 2020 zijn er 220 verwijzingen naar het wijkteam gegaan, dat zijn ruim 5 verwijzingen per week.

De route is gedurende dit project gewijzigd, het samenspel is echter ten gunste van de inwoner verbeterd. Met name de registratie van Wittevrouwenveld laat zien dat de vroege interventie leidt tot simpele oplossingen en dat in dit stadium nog nauwelijks problematische schulden waren.

5.5. 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 hoeft 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
- Dag invulling
- Verhuiscasus – 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 inkomens verruimende maatregelen), Wijkservicepunt Traject (werk en bemiddeling, inkomens verruimende maatregelen), Algemeen Maatschappelijk Werk (psychosociale problematieken, huiselijk geweld, sociaal netwerk, geen dag invulling), TAALpunt Traject (laaggeletterdheid), project Maatjes voor mensen met eenzaamheid, GGZ Team (psychosociale en/of psychische problematiek), individuele begeleiding bij LVB en of GGZ problematiek.

5.6. Methode positieve gezondheid

Sociale teams, huisartsen en GGZ-professionals hebben met Positieve Gezondheid meer in handen om:

- Mensen veel meer in contact te brengen met hun kracht in plaats van ze aan te spreken op hun zwakte;
- Te focussen op een betekenisvol leven, in plaats van op beperkingen;
- Persoonsgerichte zorg te bieden en echt aan te sluiten op persoonlijke behoeften;
- De regie bij de mensen zelf te laten en ze te helpen hun eigen beslissingen te nemen.



5.7. Landelijke ontwikkelingen

Patiënten met geldzorgen komen vaker langs bij de huisarts met niet goed te plaatsen klachten. Ook volgen ze verwijzingen naar specialisten niet altijd op en halen ze medicijnen soms niet op, vanwege de eigen bijdrage. Geldzorgen spelen duidelijk een rol in het welzijn en in de gezondheid van deze mensen. Het HU-project 'Financiën in de spreekkamer' wil patiënten en huisartsen ertoe bewegen met elkaar te praten over deze zorgen.

De huisartsenpraktijk is een belangrijke vindplaats voor schuldenproblematiek. Iedereen komt er en geldzorgen kunnen stevig doorwerken op de gezondheid(sbeleving). "Geldzorgen maken ziek", stelt Annemarieke van der Veer onomwonden. Zij is als HU-onderzoeker betrokken bij het project Financiën in de spreekkamer van het lectoraat Schulden en Incasso. "In dit project hebben we een interventiepakket ontwikkeld met materialen die patiënten motiveren hun financiële problemen aan de dokter te vertellen, en huisartsen helpen om patiënten adequaat door te verwijzen."

Ruim twintig huisartsen en praktijkondersteuners in Almere en Utrecht werken mee om de materialen uit te testen: een poster, een animatie, een praatplaat en een instructie. "Alleen hebben de poster en de animatie in de wachtkamers nu geen publiek", vertelt Annemarieke. Ook de praatplaat die de wisselwerking tussen financiële problematiek en gezondheidsklachten helpt uitleggen, blijft door de coronacrisis ongebruikt. "Maar als de wachtkamers straks weer vol zitten, gaan we door. De huisartsen en praktijkondersteuners onderschrijven het belang van praten over geld. Nu, en na de gezondheids crisis en de economische impact als gevolg hiervan, helemáál."

Het lectoraat Schulden en Incasso van de HU werkt in dit project samen met Zorggroep Almere en Pharos, het landelijk expertisecentrum Gezondheidsverschillen. Het project wordt gefinancierd met een subsidie van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Op 12 november wordt het project afgesloten met een slotbijeenkomst in Domstad, Utrecht, waar lector Nadja Jungmann (HU), prof. dr. Maria van den Muijsenbergh (Radboud UMC) en ervaringsdeskundigen ingaan op de impact van geldzorgen op de gezondheid en de rol die huisartsen en praktijkondersteuners hierbij kunnen innemen. De slotbijeenkomst is gesubsidieerd door het Achterstandsondersteuningsfonds.

De onderzoekster heeft een bezoek gebracht aan Blauwe Zorg in de Wijk en de beide bevindingen zijn gedeeld en komen overeen.

5.8. Effecten

Bij dit project zijn alleen de casussen betrokken die de huisarts daadwerkelijk heeft doorverwezen. Daarmee konden we alleen op casusniveau ontdekken of vroegsignalering werkt. Uit de gegevens van Wittevrouwenveld zien we dat 89% van de casussen geholpen kunnen worden zonder inzet van de Kredietbank Limburg.

6. Interventie 4: Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en GGZ-problematiek

6.1 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).

Aanleiding voornader onderzoek was casus 9 van het Casussenboek. Behandeling voor de LVB-groep is niet eenvoudig en resultaten zijn lastig te behalen. Om deze doelgroep, zo optimaal mogelijk te laten participeren in de samenleving is een integrale aanpak tussen sociaal en zorgdomein noodzakelijk. Door het uitvoeren van dit project krijgen we inzichtelijk hoeveel cliënten/patiënten met LVB met GGZ problematiek behandeling hebben én nodig zouden moeten hebben.

6.2 Verkennend onderzoek gedaan naar de ervaren problemen

In 2018 en 2019 heeft een projectmedewerker van Blauwe zorg in de wijk een verkennend 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.

Er kan gesteld worden 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.

6.3 De eerste bevindingen

De eerste bevindingen van het onderzoek waren:

- *De behandeling is vaak eerder moeten stoppen omdat:*
 - o *De behandeling niet aansloot op de hulpvraag o.a. doordat Stevig de cliënten niet konden helpen bij hun verslaving/alcoholgebruik.*
 - o *Stevig niet verder meer konden helpen, omdat er cliënten waren die eerst moesten leren om ‘grip’ op hun leven te krijgen. Wat niet haalbaar is bij cliënten die suïcidaal zijn en of borderline hebben.*
 - o *De behandeling vaak te hoog was gegrepen voor onze doelgroep.*
- *Het kwam vaak voor dat er geregeld geen terugkoppeling was.*
- *De communicatie tussen spv-ers/behandelaars en cliënten sluit vaak niet aan op het niveau van onze cliënten.*
- *Er geen nazorg is en dit wordt als gemis ervaren.*
- *De grote afstand tussen woonplaats en behandel locatie, wat vaak spanningen oplevert bij de cliënten én waardoor ze vaker in de financiële problemen komen omdat ze weinig geld hebben om de reiskosten te kunnen betalen.*
- *Overschatting door hoge verbale capaciteiten van onze cliënten.*
- *De indicatie was niet hoog genoeg voor behandeling.*
- *Cliënten haken af wanneer behandeling nodig is, vanwege de eigen risico die ze moeten betalen.*

Gezien de grote raakvlakken met Blauwe GGZ zijn de uitkomsten van dit onderzoek meegenomen bij het project “Blauwe GGZ en de Nieuwe GGZ in de blauwe wijk, eindrapport 7 van de pilot Blauwe Zorg in de wijk.

7. Conclusies en aanbevelingen

7.1. Wmo spoedprocedure

De procedure is geen enkele keer ingezet. Dat betekent dat we het effect niet hebben kunnen meten. Op grond van deze cijfers lijkt er geen enkele noodzaak om deze procedure voort te zetten. Opvallend is echter dat een aantal wijkverpleegkundigen en de huisartsenpraktijk hebben aangegeven de procedure te willen behouden en zelfs willen uitbreiden. En dat terwijl ze ook aangegeven dat de casussen goed opgelost zijn samen met de Wmo.

De vraag die overeind blijft is waarom met de gemandateerden toch de procedure willen behouden.

Bij het schrijven van de evaluatie van professional aan zet blijkt dat geen enkele professional terug gekomen is op de spoedprocedure. Het samenspel dat gegroeid is tussen huisarts en sociaal team, waar de Wmo deel van uit maakt, laat zien dat een dergelijke procedure niet noodzakelijk is. Belangrijkste aanbeveling is dat samenwerken niet van zelf gaat

7.2 Meer ruimte professional (gesprekstafels)

De bevindingen zijn meegenomen bij andere onderdelen van Blauwe Zorg in de Wijk als ook bij het doel van professional aan zet. Bij het onderdeel samenwerking huisarts en sociaal team als ook de inzet bij Blauwe GGZ is door elkaar te kennen en dezelfde taal te spreken, de samenwerking en de gelijkwaardigheid verbeterd.

Verder heeft dit onderdeel bijgedragen aan de start van een ander project in Maastricht, de Krachtenbundeling in de wijk Malberg te Maastricht. Dat project is gestart met als doel meer ruimte aan de professional te geven. Bij dat project is een effectmeting rondom de tevredenheid beroepskrachten ontwikkeld en afgenomen.

7.3 Samenwerking huisarts en sociale team

Zowel vanuit de eigen bevindingen in dit project als ook uit het project van de Hogeschool Utrecht is het raadzaam om in de huisartsenpraktijk te starten met vragen gericht op vroegsignalering om problematische schulden te voorkomen.

Om dat te realiseren is het belangrijk de huisarts te ontzorgen. Eén vast aanspreekpunt bij het sociaal team en het geven van een terugkoppeling aan de huisarts maken de samenwerking tot een succes.

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.

Enkele aanbevelingen zijn:

- Net zoals bij andere organisaties vinden er personele wisselingen plaats bij sociale teams. Leden van het sociale team gebruiken hun eigen e-mailadres. Voorstel is om 1 algemeen e-mailadres voor sociale teams te gebruiken.
- De materialen die beschikbaar zijn vanuit het project Hogeschool Utrecht aan te passen naar de Maastrichtse situatie en die bij alle huisartsen en sociale teams te gebruiken.
- Het systeem van sociale teams aan te passen zodat het makkelijker wordt om de verwijzingen van de huisarts (De Nieuwe GGZ/DNG) uit het systeem te halen en de follow-up te volgen.

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.

7.4 Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en GGZ-problematiek

In 2020 zijn de bevindingen op het gebied van mensen met LVB en GGZ-problemen onder de aandacht gebracht bij bestuurders. De bevindingen zijn meegenomen bij het project Blauwe GGZ.

8. Continuering en borging

Professional aan zet is ontstaan vanuit het casussenboek. Dat boek gaf inzicht in de knelpunten waar zowel burgers als professionals tegen aanliepen. Het verzamelen van casuïstiek en bundelen vergt personele inzet. Echter, door deze inzet zijn verbeterlagen mogelijk.

Borging kan op verschillende manieren want het heeft veel meer met bewustzijn te maken. In elke pdca-cyclus zou dit opgenomen moeten worden.



De samenwerking tussen sociale teams en huisartsen wordt uitgebreid zoals ook in paragraaf 7 beschreven staat. Op dit moment is de gemeente Maastricht aan het bekijken hoe zij de “voorkeur” van het sociaal domein gaan organiseren. Belangrijk is dat ook gekeken wordt welke impact dat bijvoorbeeld voor huisartsen heeft.

Samenwerking tussen verschillende organisaties vindt plaats bij het project “Krachtenbundeling” in de wijk Malberg te Maastricht. De wortels van dit project liggen bij pilot Blauwe Zorg in de Wijk. Bij het schrijven van de evaluatie Blauwe Zorg in de Wijk worden de effecten van Krachtenbundeling (Sociaal Team Plus) gemeten. Deze bevindingen worden meegenomen bij het anders organiseren van de “voorkeur” van de gemeente Maastricht.

Samenwerken gaat niet vanzelf. Belangrijkste daarbij is dat je elkaar moet kennen en dat het helder moet zijn wat de ander voor je kan betekenen. Inzet op samenwerken kost tijd, je leert de ander niet kennen in 1 gesprek. Daar moet ruimte voor geboden worden. Het spreken van dezelfde taal helpt. Daarom is het belangrijk dat de inzet van Positieve Gezondheid (project 1 van de pilot Blauwe Zorg in de Wijk*) geborgd wordt. Met dezelfde taal werd aan gezamenlijke doelen gewerkt.

*Zie ook Eindrapport van het project “Positieve Gezondheid bij professionals en burgers” van de pilot Blauwe Zorg in de Wijk op www.blauwezorgindewijk.nl

Bijlage 1 Wijkprofiel Blauwe Zorg wijken



Wijkprofiel per thema

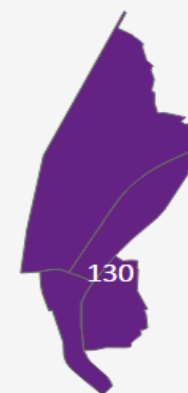
Vergelijking Blauwe zorg wijken totaal met Maastricht



Blauwe Zorg

Totaalscore

Blauwe zorg 130

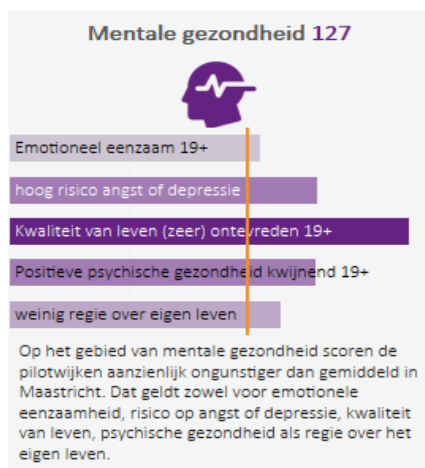



© Mapbox © OSM

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

Bronnen:

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





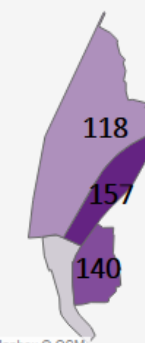
Wijkprofiel per thema

Vergelijking vier pilotwijken met Maastricht



Totaal score wijken

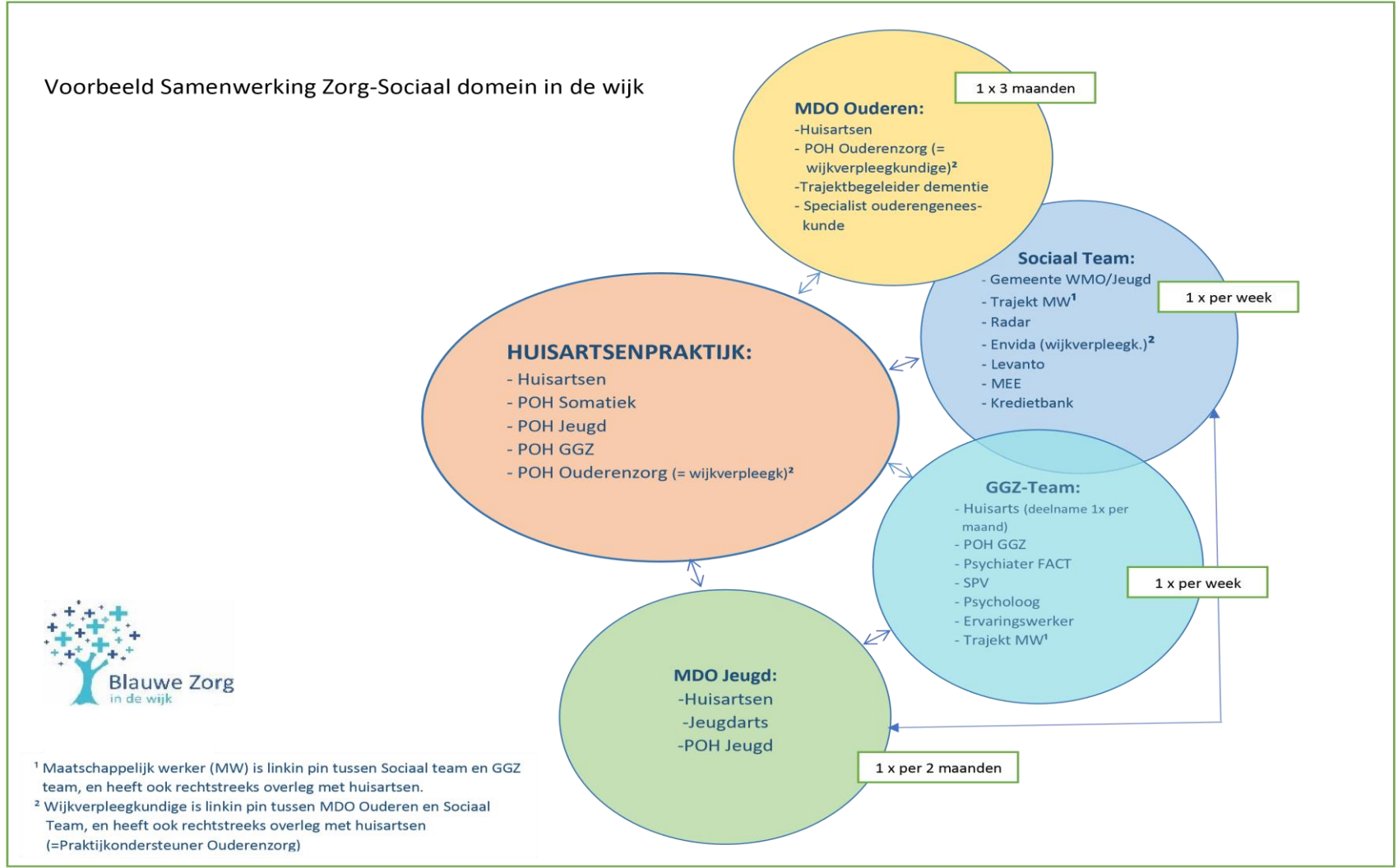
Limmel	118
Nazareth	157
Wittevrouwen v..	140
Wyckerpoort	103



© Mapbox © OSM

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

Bijlage 2 Schematische weergave Samenwerking Huisartsenpraktijk met Sociaal Domein



Huisartsenpraktijk Maastricht-oost, januari 2020

Bijlage 6

Rapport Multidisciplinaire Samenwerking: Digitale Overlegtafel

- Resultaten interventies 2017-2020-



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

Dit is [rapport 5](#) van de 7 Rapporten van Blauwe Zorg in de wijk



provincie limburg



Thuiszorgroot Limburg

Auteurs:

Ingeborg Wijnands-Hoekstra (ZIO), Jeroen Huijskens (Envida)

Meer informatie:

www.blauwezorgindewijk.nl

Inhoud

Eindrapport.....	1
1. Samenvatting	4
2. Inleiding.....	5
3. Doelstelling interventie	5
3.1. Interventie Digitale overlegtafel	5
3.2. Keuze voor een ICT-programma.....	5
3.3. Verwachte resultaten	6
4. Interventie 1: digitaal programma eGPO	6
4.1. Beschrijving	6
4.2. Implementatie	6
4.3. Evaluatie.....	6
5. Interventie 2: Digitaal programma/app ‘Helder’	7
5.1. Beschrijving	7
5.2. Implementatie	7
5.3. Evaluatie.....	8
6. Conclusie	9
7. Aanbevelingen	10
8. Borging en Continuering.....	10
Bijlage 1 Wijkprofiel Blauwe Zorg wijken	11

1. Samenvatting

In de aanloop naar de pilot Blauwe Zorg in de wijk is in 2016 en 2017 geïnventariseerd welke knelpunten ervaren worden in de zorg- en dienstverlening rondom een cliënt of gezin in de wijken. De casussen en de ervaren knelpunten vormden belangrijke aandachtspunten bij de ontwikkeling en de realisatie van projecten van Blauwe Zorg in de wijk. Het doel van het project “Multidisciplinaire samenwerking: digitale overlegtafel” is het oplossen van een knelpunt binnen de multidisciplinaire zorg voor mensen met complexe problematiek, namelijk dat beroepskrachten onvoldoende van elkaar weten wie bij de zorg betrokken is en met welk behandelplan.

Om dit knelpunt op te lossen is in dit project gebruik gemaakt van een digitale overlegtafel in de vorm van een ICT-programma, te beginnen bij twee huisartsenpraktijken in de Blauwe Zorg wijken (Wittevrouwenveld, Wyckerpoort, Nazareth en Limmel) voor tenminste 25 patiënten per praktijk. Met een grote groep van diverse zorgverleners is de keuze gevallen op het ICT-programma eGPO. In oktober 2018 is bij de twee huisartsenpraktijken in de Blauwe Zorg wijken gestart met dit digitale programma. eGPO heeft als doel de communicatie en coördinatie van multidisciplinaire zorg te verbeteren. In 2019 is een evaluatie uitgevoerd over de periode waarin er ervaring met digitaal communiceren was opgedaan door de pilot deelnemers. In totaal waren 15 patiënten geïnccludeerd in eGPO. Veelgenoemde voordelen waren: betere afstemming van zorg, beter overzicht over wie bij welke patiënt/cliënt wat doet, kortere lijnen, sneller onderling contact en makkelijker met elkaar communiceren. Maar er waren ook verbeterpunten. Helaas heeft de leverancier halverwege maart 2019 bericht dat zij gingen stoppen met de uitlevering van het product. Per 1 april 2019 is gestopt met de verdere implementatie van dit programma.

In oktober 2019 is op verzoek van de drie grotere thuiszorgorganisaties in Maastricht-Heuvelland, gestart met de implementatie van het ICT-programma Helder bij zes huisartsenpraktijken. Helder is een webapplicatie van Nedap waarmee de huisarts toegang krijgt tot thuiszorgdossiers van diens patiënten. In het voorjaar 2020 heeft het projectteam een evaluatie uitgevoerd bij de gebruikers. De belangrijkste bevinding was dat het programma Helder nog niet/heel weinig werd gebruikt. Geconcludeerd werd dat enerzijds meer patiënten in het programma Helder ontsloten moeten zijn, om huisartsen te bewegen actief gebruik van Helder te maken. Anderzijds zou het de thuiszorgorganisaties veel tijd kosten om toestemmingen te verkrijgen van patiënten om deze te kunnen ontsluiten en deze te koppelen. Daarop hebben Envida en Thuiszorg Groot Limburg medio juli 2020 een grootschalige ontsluiting van patiënten in gang gezet.

Begin augustus 2020 heeft Nedap echter aangegeven te stoppen met de verdere doorontwikkeling van Helder als losstaande applicatie. Dit was de tweede keer dat de uitlevering van een ICT-tool beëindigd werd door de organisatie die de digitale tool heeft ontwikkeld, en waardoor de implementatie stagneerde. Per 1 oktober is gestopt met de verdere implementatie van dit programma. Hiermee is het doel van het project niet bereikt.

Vanaf september 2020 is het projectteam actief met het verkennen van welke mogelijkheden er zijn om het wel mogelijk te maken dat huisartsen inzicht hebben/krijgen in het thuiszorg dossier. Op dit moment lijkt er geen alternatief voor handen om in deze behoefte te voorzien. Gezien de duidelijke behoefte aan technologische (digitale) ondersteuning bij het interprofessioneel samenwerken, met name op het gebied van informatiedeling en communicatie, wordt aanbevolen om de verkenning naar een duurzame oplossing te continueren, ook na afloop van de pilot Blauwe Zorg in de wijk per 31-12-2020. Deze digitale ondersteuning dient in eerste instantie te ondersteunen bij de samenwerking huisartsen-wijkverpleging-thuiszorg, en in tweede instantie uitgebreid te worden naar andere zorgverleners die betrokkenen zijn bij de cliënt. Een aantal randvoorwaarden dient hierbij in acht te worden genomen. In 2021 zal aansluiting gezocht worden bij het Regionaal Samenwerkingsoverleg (RSO) dat momenteel onderzoek doet naar digitale regionale gegevensuitwisselingen in het Zorgnetwerk Zuid-Limburg tussen de negen deelnemende organisaties.

2. Inleiding

In de aanloop naar de pilot Blauwe Zorg in de wijk is in 2016 en 2017 geïnventariseerd welke knelpunten ervaren worden in de zorg- en dienstverlening rondom een cliënt of gezin in de wijken. Deze inventarisatie bestond uit: gesprekken met professionele zorg- en dienstverleners (beroepskrachten), gesprekken met burgers en het verzamelen van casussen van inefficiënte zorg- en dienstverlening aangereikt door zorg- en dienstverleners en burgers. Deze casussen zijn gebundeld in een casussenboek (50 casussen) en zijn gebruikt om de voortgang van het complexe proces te volgen, om samen te leren en om te komen tot slimme oplossingen die mogelijk domein overstijgend zijn.

Naar aanleiding van dit casussenboek is een notitie “Knelpuntenanalyse” gemaakt. De casussen en de ervaren knelpunten vormen belangrijke aandachtspunten bij de ontwikkeling en de realisatie van projecten die onderdeel vormen van Blauwe Zorg in de wijk. Een knelpunt dat naar voren kwam was dat beroepskrachten onvoldoende van elkaar weten wie er betrokken is bij (kwetsbare) burgers/gezinnen en aan welke doelen (plan van aanpak, behandelplan) gewerkt wordt. Betreffende burgers en gezinnen weten dat soms zelf ook niet. Daardoor kan er een stapeling van zorg-, welzijn en ondersteuningsaanbod ontstaan waardoor er onnodig hoge kosten worden gemaakt. Andere knelpunten die naar voren kwamen, waren dat de zorg niet altijd aansluit bij de vraag van de burger en dat ondersteuning te laat wordt ingezet door procedures. De casussen uit het casussenboek en de ervaren knelpunten vormden belangrijke aandachtspunten bij de ontwikkeling en de realisatie van projecten die onderdeel vormen van Blauwe Zorg in de wijk. Het project “Multidisciplinaire samenwerking: digitale overlegtafel” is naar aanleiding hiervan ontstaan. Maar ook signalen van huisartsen in de regio, die aangaven dat ze steeds vaker geconfronteerd worden met verschillende ICT-software systemen van organisaties, vormden aanleiding voor dit project. Ook was de manier van communiceren tussen zorgprofessionals, die zich kenmerkte door elkaar te informeren via onveilige e-mail, een aanleiding.

3. Doelstelling interventie

Het doel van dit project “Multidisciplinaire samenwerking: digitale overlegtafel” is het oplossen van een knelpunt binnen de multidisciplinaire zorg voor mensen met complexe problematiek, namelijk dat beroepskrachten onvoldoende van elkaar weten wie bij de zorg betrokken is en met welk behandelplan. Om dit knelpunt op te lossen wordt in dit project gebruik gemaakt van een digitale overlegtafel in de vorm van een ICT programma, te beginnen bij twee huisartsenpraktijken in de Blauwe Zorg wijken (Wittevrouwenveld, Wyckerpoort, Nazareth en Limmel) voor tenminste 25 patiënten per praktijk.

3.1. Interventie Digitale overlegtafel

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 zou kunnen bieden voor de ervaren knelpunten in multidisciplinaire samenwerking en dat men allen met éénzelfde systeem zou moeten werken om het tot een succes te maken. De dynamiek van multidisciplinaire samenwerking rondom de zorg voor een burger/gezin vraagt om een bundeling van de voor de samenwerking relevante en actuele informatie.

3.2. Keuze voor een ICT-programma.

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. Tijdens deze bijeenkomsten leverde de huisarts en de praktijkondersteuner Ouderenzorg van huisartsenpraktijk Daalhof een belangrijke bijdrage aan de discussie, aangezien zij reeds werkten met een digitaal programma.

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 eerdergenoemde knelpunten zouden kunnen worden opgelost.

3.3. Verwachte resultaten

Verwachte resultaten van de interventie Digitale Overlegtafel waren:

- a. Duidelijkheid over wie met welk behandelplan bezig is met de cliënt.
- b. Beter afstemming van zorg waardoor overmatig zorggebruik wordt vermeden.
- c. Bevordering van de zelfregie en zelfredzaamheid van de cliënt.
- d. Kostenvermindering door betere samenwerking en meer cliënt-zelfredzaamheid.

4. Interventie 1: digitaal programma eGPO

4.1. Beschrijving

eGPO staat voor Elektronisch Gestructureerd Patiënten Overleg. Het is een digitaal programma dat gemaakt is voor en met zorgverleners. eGPO heeft als doel ervoor te zorgen dat communicatie en coördinatie van multidisciplinaire zorg verbetert en gemakkelijker wordt. Met eGPO wordt een zorgvuldig samenwerkingstraject begeleid, waarin er met alle betrokken hulpverleners gewerkt wordt en patiënt/familie volledig geïnformeerd is. In het programma is geen ruimte voor uitgebreide rapportage, alles past op een half A-4tje en kost weinig tijd.

De voordelen van het gebruik van eGPO voor de zorgverleners zijn:

- Zorgverleners en patiënt krijgen meer zicht op wie betrokken is en wie waar mee bezig is.
- Het programma vergemakkelijkt en structureert het overleg tussen aanbieders binnen het zorg en sociale domein die zich inzetten voor een patiënt/cliënt) of gezin.
- Alle betrokkenen zijn altijd op de hoogte van de situatie waardoor veel dubbel werk wordt voorkomen.
- Het programma komt tegemoet aan de behoefte aan een systeem dat beveiligd communiceren mogelijk maakt en hierdoor de samenwerking optimaliseert.

4.2. Implementatie

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 (praktijkondersteuners ouderenzorg, wijkverpleegkundigen, trajectbegeleiders dementie, fysiotherapeuten en ergotherapeuten).

Per praktijk werd een basisdocument met werkafspraken opgesteld. Er heeft periodiek (1 keer per 4-6 weken) een overleg met het kernteam van de praktijken 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 van de pilot Blauwe Zorg in de wijk is met eGPO gewerkt.

4.3. Evaluatie

Er is in 2019 een evaluatie uitgevoerd over de periode (10-2018 t/m 3-2019) waarin er ervaring met digitaal communiceren is opgedaan door de pilot deelnemers (huisartsen, praktijkondersteuners ouderenzorg, wijkverpleegkundigen, trajectbegeleiders dementie, fysiotherapeuten en ergotherapeuten). 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. In totaal waren 15 patiënten geïncludeerd in eGPO.

Voordelen

Over het algemeen was men te spreken over de digitale ondersteuning (in de vorm van een programma als eGPO) bij de interprofessionele samenwerking. Veelgenoemde voordelen waren: 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 sloot ook aan bij de behoefte van de deelnemers en bij de beleving van wat zij belangrijk vonden hieromtrent. Daarnaast was één van de andere benoemde voordelen de digitale sociale kaart.

Verbeterpunten

Een verbeterpunt had betrekking op de instructie en de 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 het digitale instrument eerder in het traject was wenselijk.

Behoefte

Daarnaast stelden sommige deelnemers dat ze niet zeker wisten 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 mistte. Sommige huisartsen gaven aan de tool vooral 'reactief' te gebruiken in plaats van het veronderstelde proactieve gebruik. Zo gaven zij aan dat ze vooral een (voortrekkers)rol voor de POH/Wijkverpleegkundige zien weggelegd in de coördinatie van de zorg (ook digitaal).

Voortzetting

Helaas heeft de leverancier halverwege maart 2019 bericht dat zij gingen stoppen met de uitlevering van het product. Per 1 april 2019 is gestopt met de verdere implementatie van dit programma.

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 de patiënt gezien.

Dit speelt landelijk, zeker nu thuiszorgorganisaties over moeten naar een digitaal dossier. Voortzetting van het project 'Digitale Overlegtafel' was dus wenselijk, maar dan in een andere vorm. Kort daarna diende zich het digitaal programma Helder aan (paragraaf 5).

5. Interventie 2: Digitaal programma/app 'Helder'

5.1. Beschrijving

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 reeds gestart cliëntinformatie in Helder te ontsluiten voor raadpleging door de huisartsen in het systeem.

5.2. Implementatie

Ten behoeve van de implementatie en evaluatie van het programma Helder is een projectteam in het leven geroepen. Deelnemers: Envida, Thuiszorg Groot Limburg, ZIO en de projectleider van Blauwe Zorg in de wijk. Bij aanvang was Mosae Zorggroep ook een aantal keer vertegenwoordigd.

Door het projectteam werd besloten om eerst met het programma Helder te gaan experimenteren (fase 1) aangezien er eerst ervaring opgedaan moest worden, opdat de uitrol naar alle praktijken in de regio (fase 2) goed zou 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 vanuit de pilot Blauwe zorg in de wijk begeleid (uitleg programma, aanmaken account, installatie app).

De doelstellingen van fase 1 waren:

- De drie grote VVT-instellingen (Envida, Mosae en Thuiszorg Groot Limburg) 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.

Daarnaast zijn er een aantal kleinere thuiszorgaanbieders benaderd om mee te doen. Hiervan hebben er drie (Hart voor Zorg en Welzijn, Stichting Zorgzuster en Elis Thuiszorg) aangegeven bereid te zijn te participeren.

5.3. Evaluatie

In april/mei 2020 heeft het projectteam een evaluatie uitgevoerd bij de gebruikers. Van een aantal gebruikers, 5 huisartsen, 1 praktijkondersteuner (POH) Ouderenzorg en 2 wijkverpleegkundigen is feedback omtrent het gebruik van Helder ontvangen. De belangrijkste bevinding was dat het programma Helder nog niet/heel weinig werd gebruikt. Er waren maar twee zorgverleners, een huisarts en een POH die Helder hadden gebruikt. Deze waren erg tevreden, maar nog zoekende.

De belangrijkste redenen voor deze bevindingen zijn samen te vatten als:

- Huisartsen: Te weinig patiënten zijn zichtbaar via Helder. Leidt in de praktijk tot gebrek aan beschikbaarheid van gegevens, wat niet stimuleert om actief via Helder op zoek te gaan naar informatie. Weg van de minste weerstand is op oude manieren communiceren.
- Wijkzorg: Er is een wens met betrekking tot actieve signalering bij ketencommunicatie vanuit de huisarts. Nu moet de zorg in de overdracht via 'filtering' controleren of er sprake is van informatie-uitwisseling. Het is in de praktijk (tot nu toe) makkelijker om te bellen. Hierdoor kun je niet alleen informatie uitwisselen, maar ook inhoudelijk afstemmen.

Geconcludeerd werd dat enerzijds meer volume (aantal ontsloten patiënten in Helder) nodig zou zijn om huisartsen te bewegen actief gebruik van Helder te laten maken. Anderzijds zou het de thuiszorgorganisaties veel tijd kosten om toestemmingen te verkrijgen van patiënten om deze te kunnen ontsluiten en deze te koppelen.

Begin juli 2020 heeft het projectteam besloten om huisartsen die deelnamen aan de pilot niet meer actief te benaderen/activeren om gebruik te maken van Helder omdat er niet aan de belangrijkste randvoorwaarde, het aantal patiënten die via Helder inzichtelijk zijn, werd voldaan. Met de thuiszorgorganisaties werd afgesproken dat minimaal 80% van de in aanmerking komende patiënten per huisartsenpraktijk beschikbaar zou moeten zijn voordat huisartsenpraktijken weer aan de slag zouden gaan. Daarop hebben Envida en Thuiszorg Groot Limburg medio juli 2020 een grootschalige ontsluiting van patiënten in gang gezet. Dit kostte echter nogal wat tijd. Alle patiënten dienden namelijk een toestemmingsverklaring te tekenen (wettelijk verplicht) en deze moesten dan weer gekoppeld worden in ONS (EPD van de thuiszorgorganisaties).

Begin augustus 2020, kort nadat de grootschalige ontsluiting van patiënten door de thuiszorgorganisaties in gang was gezet, heeft Nedap aangegeven te stoppen met de verdere doorontwikkeling van Helder als losstaande applicatie. Helder was door Nedap als 'proof of concept' voor Nuts (zie: nuts.nl) neergezet. Zij gaven aan dat zij samen met zorgorganisaties en huisartsen veel tijd en energie hebben gestoken in de groei van het Helder gebruik. Echter, Nedap heeft gemerkt dat het daadwerkelijke gebruik in 2020 structureel daalde en dat per augustus 2020 landelijk slechts 10 tot 15 actieve huisartsen de Helder app gebruikten. Vanwege het achterblijvende gebruik is daarom als organisatie de keuze gemaakt om van Helder geen uitgebreider product te maken en vandaar dat de doorontwikkeling van Helder gestopt is. Zij spraken de verwachting uit dat steeds meer softwareleveranciers vergelijkbare functionaliteit voor samenwerking gaan inbouwen, omdat daar behoefte aan is bij zorgverleners.

De betrokken partners in dit project (ZIO, Envida en Thuiszorg Groot Limburg en overige thuiszorgaanbieders) waren overvallen door dit bericht. Zeker gezien de partners net in de opstartfase van de uitrol zaten en het volume van cliënten in Helder toenam. Dit was de tweede keer dat de uitlevering van ICT-tool beëindigd werd door de organisatie die de digitale tool heeft ontwikkeld, en waardoor de implementatie stagneerde. De mogelijkheid bestaat dat betrokken zorgverleners die de tools implementeerden 'implementatie-moe' worden.

6. Conclusie

- Het doel van dit project is niet behaald. Twee maal is tijdens het implementatietraject van een ICT-programma, dit programma door de leverancier stopgezet. Hierdoor stagneerde de implementatie.
- Zorgverleners in de regio Maastricht-Heuvelland (o.a. huisartsen, praktijkondersteuners ouderenzorg, wijkverpleegkundigen, trajectbegeleiders dementie, fysiotherapeuten en ergotherapeuten) hebben behoefte aan technologische ondersteuning bij het interprofessioneel samenwerken. Met name op het gebied van informatiedeling en communicatie.
- Het verdwijnen van de thuiszorgklappers van de keukentafels wordt door huisartsen in de regio als een manco in de communicatie met de thuiszorg rondom patiënten gezien. Dit speelt landelijk, zeker nu thuiszorgorganisaties over moeten naar een digitaal dossier.
- De twee implementatietrajekten laten van de ene kant zien dat zorgverleners als voordelen van een digitale tool noemen: betere afstemming van zorg, beter overzicht over wie bij welke patiënt/cliënt wat doet, kortere lijnen, sneller onderling contact en makkelijker met elkaar communiceren.

Van de andere kant blijkt dat indien er een digitale tool voor handen is, het niet vanzelfsprekend is dat er gebruik van wordt gemaakt door de betrokken zorgverleners.

Het gebruik ervan moet écht een meerwaarde hebben voor de gebruiker boven de huidige gebruikte communicatiemiddelen zoals mail/telefoon/persoonlijk contact (die mogelijk als sneller beschouwd worden). Het systeem moet dus gemakkelijk en snel toegankelijk zijn voor de gebruiker. Daarnaast moeten ook voldoende cliënten van de (thuiszorg)organisaties ontsloten zijn waardoor er directe toegang is tot de dossiers van de cliënten. Indien aan deze randvoorwaarden is voldaan, is de verwachting dat een digitaal programma een belangrijke behoefte vervult van de huisartsen in onze regio. Deze behoefte is: toegang tot verpleegkundige/verzorgende informatie van de patiënt en mogelijkheden tot communicatie met verpleegkundige.

- In dit project is tijdens twee implementatietrajekten, door de organisatie die de digitale tool heeft ontwikkeld, de uitlevering van de tool beëindigd. Na een verkenning door het projectteam blijkt dat er landelijk geen duurzame digitale tool voor handen is die technologische ondersteuning biedt bij het interprofessioneel samenwerken op het gebied van informatiedeling en communicatie.

7. Aanbevelingen

- Gezien de duidelijke behoefte aan technologische (digitale) ondersteuning bij het interprofessioneel samenwerken, met name op het gebied van informatiedeling en communicatie, wordt aanbevolen om de verkenning naar een duurzame oplossing te continueren, ook na afloop van de pilot Blauwe Zorg in de wijk per 31-12-2020.
Deze digitale ondersteuning dient in eerste instantie te ondersteunen bij de samenwerking huisartsen-wijkverpleging-thuiszorg, en in tweede instantie uitgebreid te worden naar andere zorgverleners die betrokkenen zijn bij de cliënt. Hierbij dient een aantal randvoorwaarden in acht te worden genomen: het systeem moet écht een meerwaarde hebben voor de gebruiker boven de huidige gebruikte communicatiemiddelen, het systeem moet gemakkelijk en snel toegankelijk zijn voor de gebruiker en er moeten voldoende cliënten van de (thuiszorg)organisaties ontsloten zijn waardoor er directe toegang is voor de zorgverlener tot de dossiers van de cliënten.
- In dit project is tijdens twee implementatietrajecten, door de organisatie die de digitale tool heeft ontwikkeld, de uitlevering van de tool beëindigd. De mogelijkheid bestaat dat betrokken zorgverleners die de tools implementeerden 'implementatie-moe' worden. Hiervoor moet worden gewaakt.
- Aansluiting zoeken bij regionale/landelijke ontwikkelingen op dit gebied van digitale communicatie. Alhoewel de verwachting is dat dit langer gaat duren, is uiteindelijk de kans op succes groter in verband met het grotere draagvlak en de bredere implementatie van de tool.

8. Borging en Continuering

Vanaf september 2020 is het projectteam actief met het verkennen van welke mogelijkheden er zijn om het wel mogelijk te maken dat huisartsen inzicht hebben/krijgen in het thuiszorg dossier. Op dit moment lijkt er geen alternatief voor handen om in deze behoefte te voorzien.

Er zal aansluiting gezocht worden bij regionale ontwikkelingen zoals het Regionaal Samenwerkingsoverleg (RSO) dat momenteel onderzoek doet naar digitale regionale gegevensuitwisselingen in het Zorgnetwerk Zuid-Limburg tussen de negen deelnemende organisaties.

Bijlage 1 Wijkprofiel Blauwe Zorg wijken



Wijkprofiel per thema

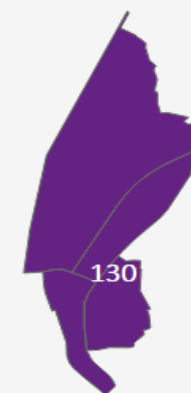
Vergelijking Blauwe zorg wijken totaal met Maastricht



Blauwe Zorg

Totaalscore

Blauwe zorg 130

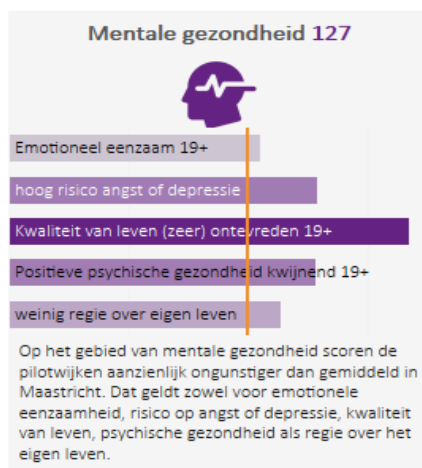


© Mapbox © OSM

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

Bronnen:

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



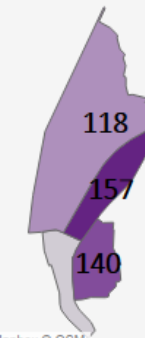
Wijkprofiel per thema

Vergelijking vier pilotwijken met Maastricht



Totaal score wijken

Limmel	118
Nazareth	157
Wittevrouwen v..	140
Wyckerpoort	103



© Mapbox © OSM

Weergegeven is een **index score**, waarbij 100 het gemiddelde is van de gemeente (oranje lijn)

Een hogere score dan 100 (paars gekleurd) betekent dat de wijk op dit thema **ongunstiger** scoort dan het gemiddelde van de gemeente.

Een lagere score dan 100 (groen gekleurd) betekent dat de wijk op dit thema **gunstiger** scoort dan het gemiddelde van de gemeente.

Rapport

Your Coach Next Door

- Resultaten interventies 2019-2020 -



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

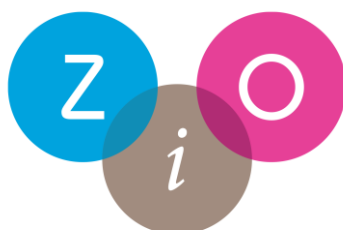
Dit is rapport 6 van de 7 Rapporten van Blauwe Zorg in de wijk



provincie limburg



Gemeente Maastricht



Dankwoord:

Het kernteam YCND Maastricht wil zijn grote waardering uitspreken naar Blauwe zorg voor de ondersteuning van implementatie en uitvoering van YCND in Maastricht en daarmee de investering die zij doen in een gezonde generatie. Blauwe zorg mag trots zijn op de aanleiding die zij hiermee hebben gecreëerd om verder op te schalen naar andere Limburgse gemeenten.

Wij danken de Stichting Maatschappelijke Projecten Maastricht voor het vertrouwen en de financiële injectie waarmee dit project in zijn eerste fase is aangejaagd, en de voortdurende steun die wij ontvangen vanuit het netwerk van SMPM. Wij danken ook de Provincie Limburg, die YCND vanaf het begin een warm hart toe draagt en de uitrol over de provincie ondersteunt. Verder danken wij alle netwerkpartners en een ieder die heeft bijgedragen voor hun inzet en de prettige samenwerking. Speciale dank gaat uit naar de centrale zorgverleners, die de kinderen en gezinnen succesvol begeleiden naar een gezonde toekomst.

Auteurs:

Fleur Verkade, Projectleider YCND GGD Zuid Limburg

Erika Wamsteker, Projectleider stichting YCND

Nickee Rutten, Senior beleidsfunctionaris GGD Zuid Limburg

Lisanne Arayess, Arts-onderzoeker COACH/MUMC+ en stichting YCND

Anita Vreugdenhil, kinderarts, onderzoeker, Hoofd COACH/MUMC+ en stichting YCND

Meer informatie:

www.blauwezorgindewijk.nl

www.ycnd.nl

Inhoud

Inhoud	3
Samenvatting	4
Inleiding	7
1. Omschrijving programmatische aanpak YCND	9
1.1 Het voortraject: selectie doelgroep	10
1.2 De interventie	10
2. Doelstellingen	11
3. Procesevaluatie	11
3.1 Kenmerken beginsituatie	11
3.2 Aannames bij aanvang	12
3.3 Blauwe Zorg wijken	12
3.4 Activiteiten YCND 2019/2020: wat hebben we bereikt?	12
3.5 Evaluatie en Monitoring	16
4. Ervaringen en aanbevelingen van de centrale zorgverleners	16
4.1 Netwerk & ketenaanpak: Het sneeuwbaaleffect	16
4.3 YCND Tools	17
4.4 Scholing en intervisie	17
4.5 Toekomst	17
5. Effecten ten behoeve van kind en gezin	19
5.1 Bereik	19
5.2 Uitval	19
5.3 Verduurzaming	19
5.4 Aantal contactmomenten	19
5.5 Inzet en begeleiding vanuit het netwerk	19
5.6 Effecten op gezondheid	20
5.7 Effect van YCND voor kind en gezin ervaren door de centrale zorgverleners	21
6. Effecten op de kosten	22
6.1 Kosten van interventie YCND	22
6.2 Baten van de interventie YCND	22
6.3 Kostenbesparing	22
7. Corona pandemie	23
8. Conclusies	24
9. Uitdagingen en aanbevelingen	25
9.1 Uitdagingen 2020 en verder	25
9.2 Aanbevelingen	25
10. Borging en continuïteit	27
BIJLAGE 1 Wijkanalyse Blauwe Zorg	28
BIJLAGE 2 Vaststellen gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR)	30

Samenvatting

In Maastricht is in 2016 gestart met een integrale netwerkaanpak voor jeugd met overgewicht/obesitas: Your Coach Next Door (YCND). Dit project is mogelijk gemaakt door subsidie van de gemeente Maastricht, zorgverzekeraar VGZ en de Provincie Limburg en maakt onderdeel uit van de pilot "Blauwe Zorg in de wijk".

YCND heeft als doel om kinderen met overgewicht en obesitas te ondersteunen op weg naar een gezonder en gelukkiger leven. Dat gebeurt met zorg-op-maat begeleiding volgens een programmatische aanpak. YCND is ontwikkeld naar het voorbeeld van de aanpak voor kinderen met obesitas zoals deze sinds 2010 plaatsvindt vanuit het academische expertisecentrum Centre for Overweight Adolescent and Children's Healthcare (COACH), onderdeel van het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+).

De aanpak is wetenschappelijk bewezen effectief; er is gezondheidswinst en een toename in kwaliteit van leven. Maastricht is JOGG (Jongeren op Gezond Gewicht) gemeente en investeert daarmee ook in de preventie van overgewicht. Daar waar JOGG zich richt op collectieve preventie en COACH opereert vanuit de individuele zorg, is YCND ontwikkeld om het continuüm van preventie tot zorg op te vullen, zodat er een sluitende aanpak is en kinderen op de juiste plek met de juiste activiteiten en begeleiding geholpen kunnen worden. Het gaat daarbij om ondersteuning bij aanpassing van leefstijl en hulp bij het veranderen van factoren die een ongezonde leefstijl in de weg staan of onderhouden.

De aanpak YCND is geïmplementeerd in de Blauwe Zorg wijken (Wittevrouwenveld/Wyckerpoort en Nazarath/Limmel) en in de wijk Malberg, waar circa 20% van de kinderen tussen 2-18 jaar overgewicht/obesitas heeft. Het betreft circa 200 kinderen.

DOELSTELLINGEN YCND 2019-2020 ZIJN BEHAALD

De doelstellingen zoals vastgesteld in het projectplan zijn met succes behaald. In Maastricht werd de programmatische aanpak YCND operationeel gemaakt. Het kernteam YCND Maastricht werkt efficiënt samen in implementatie van YCND in Maastricht en benut kansen om het programma door te ontwikkelen en te verrijken. Er is een opleiding YCND voor centrale zorgverleners ontwikkeld en ondersteunend materiaal (o.a. een handleiding en een gespreksstarter). In Maastricht zijn inmiddels 3 geschoolde jeugdverpleegkundigen gepositioneerd als centrale zorgverlener YCND. Er zijn intervisies ingericht met als doel de kwaliteit van zorg te borgen, waarin de centrale zorgverleners worden ondersteund en voortdurend op de hoogte worden gebracht van nieuwe ontwikkelingen. Daarnaast is er een multidisciplinaire overleg (MDO) ingericht in de wijk en sluiten de centrale zorgverleners regelmatig aan bij het MDO van COACH in het MUMC+ zodat casuïstiek kan worden gedeeld en besproken. De betrokkenheid van de verschillende professionals uit zorg en sociaal domein wordt afgestemd binnen deze MDO's. Daarnaast is het netwerk om kinderen te begeleiden verder uitgebreid binnen zorg en sociaaldomein. De toeleiding naar aanbod en begeleiding passend bij de behoeften van kind en gezin is goed op gang gebracht. Er is een continuüm ontstaan van begeleiding en zorg waarin er voor elk kind een passend aanbod is. Het kernteam YCND Maastricht heeft een monitoring en evaluatieplan opgesteld en is gestart met het inrichten van een infrastructuur om monitoring te kunnen uitvoeren passend bij de werkwijze van centrale zorgverleners. Dit betreft een digitale omgeving en datawarehouse. Voor de kinderen die in 2018-2020 hebben deelgenomen aan YCND heeft monitoring en evaluatie plaats gevonden.

RESULTATEN ZIJN BOVEN VERWACHTING

De helft van de kinderen met overgewicht en obesitas en hun ouders die in een gesprek met de centrale zorgverlener informatie ontvangen over YCND beginnen aan het programma. Bij 103 kinderen is begeleiding opgestart (de projectdoelstelling was 60 gezinnen). De helft van de kinderen die meer dan een half jaar begeleid wordt en 79% van de kinderen die meer dan een jaar begeleid wordt heeft een gezonder gewicht bereikt. Het betreft een afname in gewicht waarvan bekend is dat het gezondheidswinst oplevert. Kinderen geven ook aan dat ze lekkerder in hun vel zitten. Slechts 14% van de kinderen die beginnen aan het programma stopt voortijdig met het programma. De zorgprofessionals gaven aan de nieuwe functie als verrijking van hun werk en vaardigheden te

ervaren. Een groot deel van de interventie heeft plaats gevonden tijdens de eerste golf van de corona-pandemie. Over deze periode is bekend dat het heeft geleid tot een ongezondere leefstijl onder kinderen. Mogelijk heeft dit invloed gehad op zowel de inhoud als resultaten van de interventie YCND, en zullen de effecten op gewicht van kinderen met overgewicht zelfs groter zijn in een reguliere periode.

AANBEVELINGEN VOOR DE TOEKOMST

De positieve resultaten van YCND Maastricht vragen om opschaling. In de ontwikkeling van het programma en ondersteunende materialen en infrastructuur is daarop steeds vooruit gelopen. De samenwerking tussen zorgverleners in het sociaal- en zorgdomein waarbij vanuit 1 visie en aanpak gezinnen worden begeleid naar een gezonde toekomst is uniek en loopt ver vooruit op landelijke ontwikkelingen. Ook de afspraken die zijn gemaakt ten aanzien van financiering door de zorgverzekeraar en het sociaal domein voor de komende jaren maakt de werkwijze duurzaam en uniek voor Nederland. Maastricht heeft landelijk een koplopperspositie en mogelijkheid om de samenwerking tussen centrale zorgverleners vanuit het sociale domein en centrale zorgverleners/kinderleefstijlcoaches vanuit het zorgdomein te verkennen en vorm te geven binnen de netwerkaanpak YCND voor kinderen met overgewicht en obesitas. Het effect van de aanpak op kosten en baten moet blijken de komende jaren. De positieve resultaten van YCND 2019-2020 zijn



veelbelovend.

YOUR COACH NEXT DOOR

YCND

WAT IS BEREIKT MET PROJECT YCND MAASTRICHT 2019-2020:

WAT IS YCND ?

Your Coach Next Door: integrale aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen. Samen op weg naar een gezonder en gelukkiger leven door het gezin te koppelen aan een centrale zorgverlener die hen begeleidt bij:

1 Het bevorderen van een gezonde leefstijl

2 Het aanpakken van factoren die een gezonde leefstijl in de weg staan

RESULTAAT KIND EN GEZIN

Meer dan 100 kinderen doen mee met YCND

Elk kind krijgt gegarandeerd zorg op maat

80% bereikt een gezonder gewicht (ondanks de coronapandemie)

Gestelde doelen door kind en gezin worden vaak behaald



SUCCESSVOLLE IMPLEMENTATIE

Randvoorwaarden zijn gecreëerd; opleiding, overlegstructuren, monitoring en evaluatie, digitale omgeving en afspraken over financiële vergoeding

Toeleiding kinderen naar YCND goed op gang

Aanbod goed afgestemd op kind/gezin, ongeacht complexiteit van de problematiek

Zorgdomein en sociaal domein vormen een coherent netwerk en werken samen vanuit 1 werkwijze en visie

Quote zorgverlener

"Ik ben echt blij met de werkwijze YCND. Kinderen en ouders raken gemotiveerd en ondernemen zelf actie. Ik bring kinderen in contact met activiteiten die bij hen passen. De manier waarop ik nu gesprekken voer helpt hen om stappen te maken naar een gezonder leven. Kinderen zitten nu een tijdje ook vaak lekkerder in hun vel."

RESULTAAT ZORGVERLENERS

3 jeugdverpleegkundigen werkzaam als centrale zorgverlener YCND

Opleiding YCND sluit volledig aan bij eerder doorlopen opleidingen

Zorgprofessionals ervaren de nieuwe functie als verrijking van werk en vaardigheden

DOOR ONTWIKKELING

Opleiding YCND voor centrale zorgverlener is ingericht

Ontwikkeling van handleiding en hulpmiddelen

Nascholing en constante begeleiding waarborgen de zorgkwaliteit en springen in op nieuwe ontwikkelingen

Professionals ondersteunen elkaar en wisselen kennis uit

TOEKOMST

1

De digitale omgeving voor begeleiding nemen we in 2021 in gebruik

Uitbreiden van begeleiding: meer kinderen in meer gemeenten in Limburg

3

De unieke samenwerking tussen sociaal en zorgdomein vanuit 1 visie en werkwijze vergroten door uitbreiding van het netwerk

De koppeling van YCND Maastricht in de landelijke aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen verder versterken

2

4

YCND.NL

Inleiding

Op de bank zit Pim (10 jaar). Nog maar een YouTube filmpje. "Ga toch naar een vriendje" roept zijn vader. Pim denkt terug aan de gymles. "Maken jullie even een vogelnestje". En hoe de hele klas hard moest lachen toen het hem niet eens lukte zijn voeten van de vloer te krijgen hangend aan die rot ringen. "Welk vriendje?", roept hij boos terug. Waarom is hij niet wat slanker. Zo vindt niemand hem toch leuk. Waarom helpt niemand hem. De huisarts had makkelijk praten, toen hij daar vorige week was voor zijn oorontsteking. "Jongeman je bent te zwaar, doe daar wat aan!" Lekker makkelijk. "Wat kijk je somber Pim. Hier, neem nog maar lekker een koekje". Echt fijn dat oma er is nu mama niet meer hier wil wonen.

Steeds meer kinderen en jongeren hebben overgewicht en obesitas en daardoor al op jonge leeftijd een groot risico op ziektes zoals Diabetes Mellitus, hart- en vaatziekten en leververvetting. Ze hebben een lagere levensverwachting en een lagere kwaliteit van leven dan leeftijdgenoten zonder overgewicht. De oorzaak van het overgewicht is bijna altijd gerelateerd aan de leefstijl.

In 2016 is Your Coach Next Door (YCND) in Maastricht gestart met een integrale aanpak voor jeugd. Het betreft een netwerkaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas. YCND is ontwikkeld naar het voorbeeld van de multidisciplinaire, centraal gecoördineerde aanpak voor kinderen met obesitas zoals deze sinds 2010 plaatsvindt vanuit het academische expertisecentrum Centre for Overweight Adolescent and Children's Healthcare (COACH), onderdeel van het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+). Vanuit COACH wordt begeleiding geboden door een netwerk van verschillende professionals uit het medische en sociale domein (van welzijn tot Maastricht sport) en met betrokkenheid van private partijen. Aan elk gezin wordt één centrale zorgverlener (bij COACH een arts, diëtist of gezinscoach) als aanspreekpunt verbonden. De leefstijlinterventie van COACH is wetenschappelijk bewezen effectief; er is een duurzaam gezonder gewicht en gezondheidswinst geconstateerd bij de kinderen die deelnamen aan de COACH netwerkaanpak. Bovendien is er een significante toename in de kwaliteit van leven bij kinderen te zien die deelnamen aan het leefstijlprogramma van COACH.

Maastricht is sinds 2014 JOGG (Gezonde Jeugd, Gezonde Toekomst), Gezonde Jeugd) gemeente en investeert daarmee ook in de preventie van overgewicht. Binnen de JOGG aanpak in Maastricht wordt in samenwerking met netwerkpartners gestreefd naar een gezonde omgeving. Op scholen, de kinderopvang, in supermarkten, bij sportverenigingen: de gezonde keuze moet weer de makkelijke keuze worden, zodat de jeugd wordt verleid tot gezond gedrag.



Figuur 1. Preventiepiramide en sluitend continuüm voor het voorkomen van en zorg voor kinderen met overgewicht

Daar waar JOGG zich richt op collectieve preventie en COACH opereert vanuit de zorg, is YCND ontwikkeld om het continuüm van preventie tot zorg op te vullen, zodat er een sluitende aanpak is en kinderen op de juiste plek met de juiste (zorg)activiteiten en begeleiding geholpen kunnen worden. Voor de uitvoering van YCND is het noodzakelijk dat centrale zorgverleners (in Maastricht is gekozen voor jeugdverpleegkundigen) worden getraind om kennis te nemen van de inhoud en werkwijze van het programma YCND en de vaardigheden te ontwikkelen om de taak van centrale zorgverlener op zich te kunnen nemen. Daarnaast dient het proces van toeleiding naar de centrale zorgverleners te worden ingericht. De centrale zorgverlener biedt toegang tot passend aanbod naar de behoefte van elk individu en gezin en begeleidt kinderen naar een gezonde leefstijl. Ook de toeleiding door de centrale zorgverlener van kind en gezin naar passend aanbod in een lokaal netwerk moet worden ingericht als onderdeel van dit project. Het gezin vervult een rol in hun eigen plan van aanpak en het netwerk van organisaties wordt daar waar nodig ingeschakeld. Monitoring en evaluatie van het proces en de effecten van het project voor alle actoren, kinderen/gezinnen, zorgprofessionals, gemeente en zorgverzekeraars, is een belangrijk onderdeel van het project.

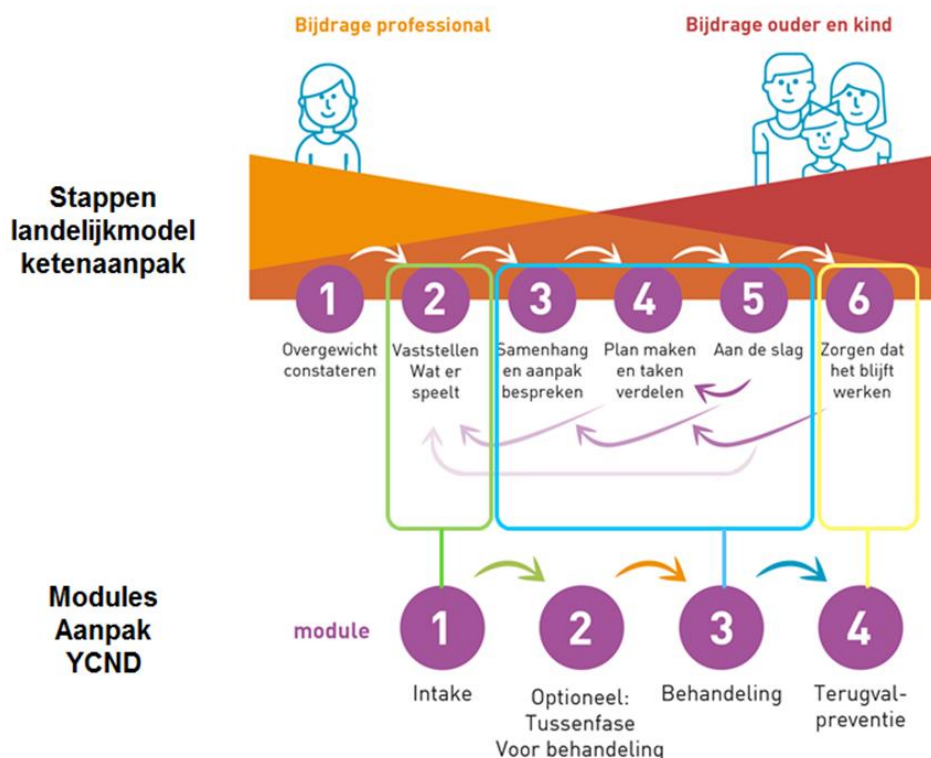
Dit verslag beslaat de periode medio 2019 tot en met november 2020. 2020 was het jaar waarin de Corona-pandemie een groot effect had op onze maatschappij, het dagelijks leven van gezinnen maar ook op de inzet van professionals in het sociaal- en zorgdomein. Tegelijkertijd is de urgentie om kinderen/gezinnen te helpen om gezond te leven verder toegenomen getuige de resultaten van onderzoek door het MUMC+. Dit onderzoek toont aan dat de leefstijl van kinderen tijdens de Corona-pandemie sterk zijn verslechterd, met name voor kwetsbare gezinnen en kinderen die al overgewicht en obesitas hebben. De resultaten van YCND dienen geïnterpreteerd te worden in het licht van deze omstandigheden. Vervolgens zal worden vooruitgeblikt op 2021.



1. Omschrijving programmatische aanpak YCND

YCND heeft als doel om kinderen met overgewicht en obesitas te ondersteunen op weg naar een gezonder en gelukkiger leven. Dat gebeurt met zorg-op-maat begeleiding volgens een programmatische aanpak. Het gaat daarbij om ondersteuning bij aanpassing van leefstijl en hulp bij het veranderen van factoren die een ongezonde leefstijl in de weg staan of onderhouden. YCND streeft er naar om de kinderen en gezinnen dicht bij huis, in hun eigen omgeving te ondersteunen door gebruik te maken van bestaande netwerken en interventies vanuit die omgeving. YCND gaat uit van matched care die zo laag mogelijk in de zorgpiramide wordt uitgevoerd. Op indicatie worden zorgprofessionals in de 1e, 2e, of 3e lijnsgezondheidszorg betrokken.

Maastricht is met YCND als één van de acht proeftuinen betrokken geweest bij de ontwikkeling van het landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas (2018). Het landelijk model beschrijft 6 processtappen in de zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas. De programmatische aanpak van YCND biedt praktische invulling van dit landelijkmodel. Processtappen 2 t/m 6 van het landelijkmodel maken onderdeel uit van de leefstijlinterventie YCND. De leefstijlinterventie YCND is onderverdeeld in 4 Modules. In figuur 2 is zichtbaar hoe de processtappen uit het landelijkmodel en de 4 modules van de aanpak YCND zich tot elkaar verhouden.



Figuur 2. Overzicht van de 4 modules van de leefstijlinterventie YCND in verhouding tot de 6 stappen uit het landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas.

1.1 Het voortraject: selectie doelgroep

In het voortraject is Jeugdgezondheidszorg vaak betrokken. Het maakt geen onderdeel uit van YCND, maar het maakt de verpleegkundige van JGZ wel een belangrijk onderdeel van de laagdrempelige toegang. Het voortraject bestaat uit signalering, het vaststellen van het gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR) en de aanmelding bij een centrale zorgverlener YCND.

Diverse personen kunnen signaleren dat een kind overgewicht of obesitas heeft. Soms signaleren ouders zelf het overgewicht of daaraan gerelateerde problematiek, zoals pesten. Ouders kunnen dit bespreekbaar maken bij een professional. Ook professionals uit het onderwijs, (para)medici uit de 1^e, 2^e en 3elijns gezondheidszorg en professionals uit de GGZ kunnen signaleren. Het signaleren is succesvol als het leidt tot bereidheid bij kind en ouders om stappen te zetten en tot deelname aan de leefstijlinterventie YCND. Het op de juiste wijze bespreken van de leefstijl, het overgewicht en de mogelijkheid van begeleiding binnen YCND is daarom essentieel.

Bij kinderen vanaf 2 jaar wordt het gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR) vastgesteld op basis van BMI en de aanwezigheid van risicofactoren en comorbiditeit (zie bijlage 2). Het vaststellen van het GGR kan gebeuren door de jeugdverpleegkundige in samenwerking met de betrokken jeugdarts, huisarts en/of kinderarts.

1.2 De interventie

1.2.1 Modules YCND

De eerste module binnen de leefstijlinterventie YCND betreft een uitgebreide evaluatie door een centrale zorgverlener (CZV). Deze evaluatie (module 1) voorafgaande aan de behandeling en indien van toepassing de tussenfase (module 2), worden uitgevoerd door een centrale zorgverlener geschoold in de aanpak van YCND. Hierna gaan kind en gezin aan de slag met een plan van aanpak op maat (module 3 en 4). Waar nodig voegt de centrale zorgverlener in overleg met kind en gezin vanuit het lokale netwerk (zorg)componenten op het gebied van voeding, beweging en gedrag toe, die specifiek van toepassing zijn voor het betreffende kind en gezin.

Gedurende de behandeling vindt een afbouw plaats van de betrokkenheid van de centrale zorgverlener. Het streven is om kind en gezin gaandeweg meer zelf de regie te laten nemen in de verandering van leefstijl met als doel deze duurzaam te integreren in het dagelijks leven. Niet alleen de kinderen nemen deel aan de leefstijl interventie, het hele systeem dus ook ouders, broertjes en zusjes worden betrokken.

1.2.2 De Centrale Zorgverlener; de coach next door.

Binnen YCND wordt de rol van centrale zorgverlener (de coach) uitgevoerd door zorgprofessionals die geschoold zijn en voldoen aan een vast omschreven competentieprofiel. De centrale zorgverlener is het aanspreekpunt voor kind en gezin en heeft gedurende het hele traject samen met het gezin de regie over de geleverde zorg en deelname aan ondersteunende activiteiten (zoals COACH Food en COACH sports). Hij/zij coördineert hierbij de toe te voegen componenten op het gebied van voeding, beweging en gedrag en onderhoudt de communicatie met betrokken (zorg)professionals en het sociaal domein. In Maastricht zijn op dit moment 3 jeugdverpleegkundigen gepositioneerd als centrale zorgverlener YCND. De jeugdverpleegkundigen hebben de opleiding tot centrale zorgverleners ontvangen vanuit de stichting YCND. In deze opleiding worden centrale zorgverleners voorbereid op hun functie, leert men werken met de handleiding en bijbehorende materialen. Ook wordt men geschoold in gespreksvoering en in het opzetten en onderhouden van een netwerk. Tijdens nascholingsmomenten en intervisies met als doel de kwaliteit van zorg te borgen, worden de centrale zorgverlener ondersteund en voortdurend op de hoogte gebracht van nieuwe ontwikkelingen.

Op welke wijze de centrale zorgverlener in 2021 zal worden ingezet wordt beschreven in hoofdstuk 10.

2. Doelstellingen

Pim zit tegenover Inge, samen met zijn vader. Want de gymleraar maakte zich echt zorgen. Pim is de laatste tijd zo somber, en met gymles valt hij opvallend buiten de groep. Wat zou dat zijn een 'Coach Next Door' denkt Pim. Ze lijkt aardig. Ze zeurt tenminste niet over mijn gewicht. Ze wil weten hoe het thuis gaat en op school. "Wat goed dat het al gelukt is om water te gaan drinken" zegt ze. Vroeger nam hij altijd cola mee naar school. "Eerst was het echt moeilijk maar de hele school deed mee dus ik moest wel" lacht Pim tegen Inge "En nu vind ik het echt lekker". "Nee een sportvereniging is echt te duur" hoort Pim zijn vader zeggen tegen Inge "en ik ben maar alleen dus brengen naar zo'n sportclub lukt niet".

Doelstellingen van het project YCND Maastricht binnen de pilot Blauwe zorg in de wijk 2019-2020 waren:

- Inrichten programmateam YCND Maastricht dat efficiënt samenwerkt in implementatie van YCND in Maastricht, kansen herkent en benut om het programma door te ontwikkelen en te verrijken, en in gezamenlijkheid monitoring en evaluatie uitvoert van het project.
- Opleiden en positioneren van 3 jeugdverpleegkundigen tot centrale zorgverleners YCND in Maastricht.
- Minimaal 2 centrale zorgverleners/coaches zijn werkzaam.
- Doorontwikkelen van de opleiding aan de hand van de ervaringen van de jeugdverpleegkundigen. Ontwikkelen van een handleiding YCND voor jeugdverpleegkundigen.
- Inrichten MDO's in de wijk en aansluiting vinden bij de MDO's van COACH.
- Inrichten van een intervisiegroep.
- Inrichten van een netwerk met divers aanbod aansluitend op behoeften van kinderen en gezinnen met betrekking tot gezond leven in Maastricht.
- Start begeleiding van gezinnen in de Blauwe Zorg wijken en de wijk Malberg; beoogd was op te schalen naar begeleiding van 60 kinderen/gezinnen (30% van de doelgroep in de blauwe zorgwijken)
- Nadrukkelijke samenwerking met de POH jeugd.
- Opstellen van een monitoring en evaluatieplan en inrichten van een infrastructuur om monitoring te kunnen uitvoeren passend bij de werkwijze en capaciteit van jeugdverpleegkundigen.
- Evaluatie op verschillende niveaus na 1 jaar.
- Met betrekking tot de uitkomsten voor het kind/gezin is het streven bij start van de interventie dat er bij 70% van de kinderen/gezinnen met wie een behandelplan wordt opgesteld een reductie in BMI z-score bereikt zal worden
- Gezamenlijk plan voor communicatie.

3. Procesevaluatie

3.1 Kenmerken beginsituatie

- Naast de JOGG aanpak die zich richt op preventie bij groepen en niet op het individu werd voorheen na signalering van overgewicht en obesitas bij kinderen, afhankelijk van waar de signalering plaatsvond een traject gestart bij een willekeurige zorgverlener. Regelmatig werd er ook geen traject gestart. Dat kwam met name omdat adviezen voor verbetering van leefstijl vaak (door tijdgebrek) generiek werden gegeven en daardoor te weinig aansloten bij kind en gezin. Het bespreekbaar maken van overgewicht was daarnaast voor veel zorgverleners moeilijk. De juiste manier en toon hierbij is van groot belang en vaak heeft het

ook even tijd nodig om kinderen/gezinnen te motiveren om met hun leefstijl aan de slag te gaan. Concreet betekende dit in de praktijk: jeugdverpleegkundigen volgden het signaleringsprotocol overgewicht in de Jeugdgezondheidszorg (2004) maar er bestonden geen concrete afspraken voor doorverwijzing. Het onderwerp werd met ouders in de reguliere contact-momenten besproken maar er was geen ruimte voor gerichte interventie.

- Huisartsen verwezen kinderen met overgewicht soms naar een diëtist, als zij daar toevallig een positieve ervaring mee hadden, maar vaak ook niet.
- Kinderen met overgewicht en obesitas werden vaak verwezen naar COACH van het MUMC+.
- Voor zorgverleners en gezinnen werd regelmatig ook een drempel ervaren om verwezen te worden naar een ziekenhuis, zeker als er sprake was van mildere vormen van overgewicht en er geen lichamelijke klachten waren.
- Voor COACH/MUMC+ was er, na evaluatie van kind/gezin, geen mogelijkheid tot toeleiding naar een aanbod in de 0e of 1e lijn voor gezinnen waar dat de meest passende zorg zou zijn. Kinderen werden langdurig begeleid vanuit het team van COACH.
- De programma's ingericht vanuit het COACH team en netwerk zoals COACH Sports en COACH Food waren niet beschikbaar voor kinderen met overgewicht die niet in het ziekenhuis gezien werden. Deze programma's zijn voor veel kinderen, als onderdeel van een integrale aanpak, van meerwaarde.

3.2 Aannames bij aanvang

In de Blauwe Zorg wijken (Wittevrouwenveld/Wyckerpoort en Nazareth/Limmel) en in Malberg heeft ca 20% van de kinderen tussen 2-18 jaar overgewicht/obesitas. Het betreft circa 200 kinderen. De verwachting was dat een centrale zorgverlener ongeveer 6 uur aan begeleiding van een kind/gezin zou besteden (aan de interventie YCND). Er is gekozen voor het opleiden van 3 jeugdverpleegkundigen tot centrale zorgverlener die elk 8 uren per week konden worden ingezet. De verwachting was dat, met name in de begin fase (het eerste halfjaar), de tijdsbesteding van de centrale zorgverleners deels aan opleiding en organisatie van het netwerk was en deels aan begeleiding van gezinnen. De aanname was dat na dat eerste halfjaar van opstarten de tijdsbesteding steeds meer naar kind/gezin zou gaan.

3.3 Blauwe Zorg wijken

De pilot vindt plaats in vier Maastrichtse wijken: Wittevrouwenveld, Wyckerpoort, Nazareth en Limmel. Deze Blauwe Zorg wijken kenmerken zich door een slechtere gezondheid van de inwoners ten opzichte van het gemiddelde in Maastricht. De mensen in deze wijken ervaren hun gezondheid veel minder vaak als goed. De buurten zijn niet vergrijsd, maar kennen wel een lage sociaal economische positie (laag opleidingsniveau, laag inkomen). De inwoners geven met name aan kwetsbaar te zijn op mentaal vlak, financieel vlak en regievoeren over hun leven. Dit is ook terug te zien in de zorg en ondersteuningsconsumptie. De inwoners van de Blauwe Zorg wijken maken met name gebruik van ondersteuning op het vlak van financiën en participatie, jeugd- en volwassen GGZ en individuele begeleiding vanuit de Wmo. Wat betreft lichamelijke klachten is de zorgvraag minder groot, de reden hiervoor is dat deze wijken minder vergrijsd zijn. Bij het domein meedoen is te zien dat relatief veel mensen "langs de kant staan". Eenzaamheid komt veel voor, de sociale cohesie is minder groot, er zijn minder vrijwilligers en mantelzorgers en de leefbaarheid en veiligheid wordt gemiddeld als minder groot ervaren. De kenmerken van deze wijken worden weergegeven in bijlage 1.

3.4 Activiteiten YCND 2019/2020: wat hebben we bereikt?

In Maastricht is de programmatische aanpak YCND operationeel gemaakt en het netwerk ingericht. De netwerkaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas in Maastricht en Heuvelland is stevig ingebed in zowel het (para)medische als sociale domein. Er is een goed functionerend en prettig samenwerkend kernteam YCND Maastricht ingesteld waarin het belang van het kind/gezin steeds voorop wordt gesteld. Steeds wordt binnen het team gezocht naar kansen om binnen de randvoorwaarden en mogelijkheden van organisaties, financiële middelen, wet- en regelgeving en nieuwe ontwikkelingen de aanpak verder te versterken en in te bedden. Er is waardering en respect

voor elkaars inbreng in het team en YCND netwerk. Er is een continuüm van begeleiding en zorg ontstaan waarin kind en gezin en zorgprofessionals geen muren meer hoeven te ervaren. De drempel om zorg op maat te geven en ontvangen is verlaagd zonder verlies van kwaliteit. De randvoorwaarden voor YCND werden gecreëerd zoals een opleiding, monitoring en evaluatie, digitale omgeving, overlegstructuren. De zorgprofessionals gaven aan deze nieuwe functie als verrijking van hun werk en vaardigheden te ervaren. De doelen van de begeleiding werden voor kinderen en gezinnen frequent behaald.

In onderstaande zal voortgang en resultaat puntsgewijs worden besproken.

- Kerngroep YCND Maastricht
 Eén keer per 4-6 weken vond een kerngroep-overleg YCND Maastricht plaats. Aan de kerngroep namen medewerkers deel van de Gemeente Maastricht, Blauwe zorg in de wijk ZIO, GGD Zuid Limburg, JOGG en MUMC+.
 In de kerngroep werden alle ontwikkelingen met betrekking tot YCND besproken, waaronder scholing en intervisie van professionals, communicatie rondom de aanpak YCND, betrokkenheid van en afstemming tussen alle partijen, functioneren MDO's, de resultaten tot nu toe, evaluatie en monitoring en de te nemen stappen ten behoeve van borging van kwaliteit en financiering.
- Doorontwikkeling van het COACH Netwerk



YCND Maastricht heeft bij aanvang gebruik kunnen maken van het reeds ontwikkelde netwerk van samenwerkingspartners in Maastricht van COACH/MUMC+. Met de inzet van de jeugdverpleegkundige en de POH Jeugd als centrale zorgverlener is het netwerk gaandeweg nog 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 verbinding met de 2e en 3e lijnszorg in het MUMC+ is goed verankerd zodat uitsluitend op indicatie en slechts voor 2e en 3e lijnszorgactiviteiten COACH/MUMC+ betrokken wordt in de zorg aan kind/gezin. Vervolgens werden kinderen voor wie dat passend is snel teruggeleid naar begeleiding bij YCND in de wijk. Samenwerkingspartners in het netwerk weten wat hun betrokkenheid en verantwoordelijkheid is in de op maat begeleiding van kind/gezin zodat de juiste zorg, door de juiste professional geboden wordt.

- Uitbreiding inzet jeugdverpleegkundigen

In 2018 is gestart met de inzet van 1 jeugdverpleegkundige en 1 POH Jeugd als centrale zorgverlener. 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 verwijzen. Vanaf september 2019 is het aantal jeugdverpleegkundigen werkzaam binnen YCND opgeschaald van 1 naar 3 en de inzet van 4 uur per week naar 24 uur per week verhoogd.

- Handleiding ontwikkeld voor de Centrale Zorgverlener

In 2019 is er een handleiding ontwikkeld voor de Centrale Zorgverlener. Er bleek een behoefte te bestaan aan deze handleiding als houvast en naslag en in afstemming met betrokkenen is de handleiding ontwikkeld. Deze handleiding ondersteunt de centrale zorgverlener en vormt een leidraad bij de uitvoering van de leefstijlinterventie YCND.

- Doorontwikkeling Opleiding Centrale Zorgverlener

In 2018 is een opleiding gegeven aan de jeugdverpleegkundige en de POH Jeugd. In 2019 is deze tweedaagse opleiding doorontwikkeld en in september gegeven aan de 3 jeugdverpleegkundige die binnen YCND momenteel als centrale zorgverlener werkzaam zijn. De jeugdverpleegkundigen zijn in de nieuwe opleiding getraind in het werken met de handleiding en in Motiverende Gespreksvoering. Daarnaast hebben zij de opleiding Positieve Gezondheid gevolgd via ZIO. Vanuit YCND is bijgedragen aan de ontwikkeling van een landelijke leerlijn voor centrale zorgverleners. In 2020 is er een pilot gestart met een eerste groep die deze opleiding ontvangt. Eén van de centrale zorgverleners van YCND Maastricht participeert in deze eerste groep. Met de ervaring van deze centrale zorgverlener met beide opleidingen kan de regionale en landelijke leerlijn worden versterkt. Op deze wijze hebben de huidige centrale zorgverleners bijgedragen aan de ontwikkeling van de aanpak.

- Intervisie

Er is een intervisie-groep opgezet voor de jeugdverpleegkundigen onder leiding van de projectleider YCND vanuit de stichting YCND. De intervisiegroep is bedoeld om het persoonlijk handelen als centrale zorgverlener steeds verder te ontwikkelen. Persoons- en functiegebonden vragen/knelpunten in de eigen werksituatie komen aan bod via een gestructureerde intervisie-methode. Successen, knelpunten en problemen in het werk worden inzichtelijk gemaakt met als doel te leren van elkaar.

- Multidisciplinaire Overleg YCND (MDO)

Er is een maandelijks MDO opgezet waarin de jeugdverpleegkundigen de kinderen/gezinnen binnen YCND bespreken met de betrokken netwerk-partners. In de scholing YCND zijn de jeugdverpleegkundigen getraind in het opzetten van het MDO en het gestructureerd inbrengen en bespreken van casuïstiek met de betrokken netwerkpartners.

- Participatie MDO COACH/MUMC+
Er is vanaf de start van YCND een sterke verbinding met COACH/MUMC+. De jeugdverpleegkundigen nemen 2 x per maand deel aan het MDO bij COACH. Zij bespreken daar de kinderen die gezien worden binnen YCND en potentieel in aanmerking komen voor COACH. Vanuit COACH wordt besproken of er kinderen toegeleid konden worden naar begeleiding door de centrale zorgverlener van YCND.
- Werkoverleg centrale zorgverleners
Vanuit de GGD is er een maandelijks werkoverleg opgezet met de jeugdverpleegkundigen onder leiding van de JOGG-regisseur vanuit de GGD en projectleider YCND vanuit de stichting YCND. Doel van dit werkoverleg is om de voortgang en evaluatie van YCND in Maastricht met elkaar te bespreken en om acties met elkaar uit te zetten ter verbetering van de processen.
- Deelname Learning Communities landelijke ketenaanpak
De projectleiders YCND (vanuit de GGD en MUMC+) namen deel aan de landelijke Learning Communities die een paar keer per jaar plaatsvinden en destijds zijn ontstaan in de proeftuin-periode tbv de ontwikkeling van het landelijk model. Doel hiervan was te leren van elkaars praktijk met de uitrol van de ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas. Ook is daarmee de aansluiting met landelijke ontwikkelingen geborgd.
- Communicatie
Er is een website ontwikkeld voor YCND (www.yourcoachnextdoor.nl) waarop informatie met betrekking tot de aanpak is te vinden voor zowel kind/gezin als (zorg)professionals. Ook inschrijving/aanmelding voor de opleiding tot centrale zorgverlener is mogelijk via de website. De website geeft bekendheid aan het programma. Voor het einde van 2020 zullen er filmpjes met interviews met de jeugdverpleegkundigen en andere betrokkenen bij de aanpak in Maastricht worden geplaatst op de website. Ook de ervaringen van kinderen en gezinnen zullen meegenomen worden op deze website.
- Ambassadeurs: aandacht voor 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, Praktijk, kranten, radio en ook op televisie is er aandacht geweest voor de netwerkaanpak in Maastricht bij NOS en op L1. Maastricht is koploper in Limburg met de implementatie van YCND. Het uitdragen van de ervaring van de jeugdverpleegkundigen met YCND is een belangrijk onderdeel van hun functie, zeker nu de aanpak uitgerold gaat worden over heel Limburg en mogelijk daarbuiten.

Vanavond weer lekker naar voetbal, denkt Pim. Inge heeft hen geholpen om via het Jeugdfonds Sport & Cultuur te regelen dat hij daar naartoe kan gaan. De moeder van Mark haalt hem zo op. Voetballen in de extra lange pauzes die sinds kort op school zijn, samen met zijn nieuwe vriendje Mark is echt leuk. Nu eerst nog even koken met Oma. Nog even het recept zoeken van die kookworkshop die hij pas met Oma heeft gevolgd. "Neem nog wat snoeptomaatjes", zegt Oma, "maar niet te veel want we gaan over een uur eten". Oja, die tip van Inge, denkt Pim, goed dat Oma daar aan denkt. "Vanmiddag heb ik bij de schoollunch ook kleine paprika's gegeten Oma, wil je die ook eens kopen".

3.5 Evaluatie en Monitoring

Ten behoeve van de brede anamnese door de centrale zorgverlener werden voorafgaand aan het eerste contact met de deelnemende kinderen vragenlijsten toegestuurd aan kind/ouders. De vragenlijsten ondersteunden de centrale zorgverlener bij de beeldvorming van de casuïstiek en werden meegenomen bij de overwegingen met betrekking tot het plan van aanpak dat met kind en gezin wordt opgesteld. Deze vragenlijsten worden vanaf 2021 digitaal afgenomen. Op basis van deze vragenlijsten kan in de toekomst (eind 2021) meer worden gezegd over de resultaten op de indicatoren uit de vragenlijst (zoals kwaliteit van leven). Daartoe is het noodzakelijk dat voldoende kinderen minimaal 1 jaar begeleiding hebben ontvangen. Daarnaast zal worden geëvalueerd wat de effecten op deze indicatoren zijn op de lange termijn (2 en 3 jaar)

De resultaten op basis van de meetmomenten bij de centrale zorgverlener zijn terug te vinden in hoofdstuk 5.

Ook het functioneren van de jeugdverpleegkundigen in de rol van centrale zorgverlener werd geëvalueerd op reguliere basis bij de nascholingen en in de intervisie-momenten en er werd geëvalueerd waarbij de centrale zorgverleners ondersteuning nodig hadden. Hiermee wordt de kwaliteit van de zorg gewaarborgd. De bevindingen hiervan worden beschreven in hoofdstuk 4. Tevens vonden er individuele semistructurele interviews plaats met de centrale zorgverlener door een onderzoeker van YCND/MUMC+ die inzicht gaven in de ervaringen van de centrale zorgverleners en in mogelijkheden om de opleiding, het programma en het functioneren van de centrale zorgverlener en het netwerk verder te versterken. De bevindingen van deze interviews worden beschreven in hoofdstuk 4. Doel is op basis hiervan de effectiviteit van YCND in kaart te brengen en om de aanpak wetenschappelijk te onderbouwen.

Uit de evaluaties bleek dat de registraties van de meetmomenten en vragenlijsten voor de centrale zorgverleners zeer bewerkelijk waren. Het compleet maken van deze registraties zonder fouten en ontbrekende gegevens bleek een uitdaging. Er is een digitale omgeving ontwikkeld waarin de vragenlijsten digitaal worden afgenomen en er een dashboard is die zowel kind/gezin en centrale zorgverleners gemakkelijk kunnen gebruiken gedurende het programma. Deze is begin 2021 gereed voor gebruik. De huidige centrale zorgverleners hebben input gegeven in de ontwikkeling van de vragenlijsten en zijn ook klankbord bij de ontwikkeling van de digitale omgeving.

4. Ervaringen en aanbevelingen van de centrale zorgverleners

De drie Centrale Zorgverleners die in Maastricht aan de slag zijn gegaan met de Your COACH Next Door-aanpak, zijn geïnterviewd over hun ervaringen met YCND in het afgelopen jaar rondom verschillende onderwerpen.

4.1 Netwerk & ketenaanpak: Het sneeuwbaaleffect

“Wat ik fijn vind, is dat hoe meer je bezig bent, hoe meer je ook gebruik gaat maken van ketenpartners. Eerst wil je het zelf doen, maar je merkt ook dat als je ketenpartners inzet, je ouders gemotiveerder kunt houden. Je krijgt wat hulp, en hoeft niet alles zelf te doen.”

“Ik vind het mooi dat er korte lijntjes zijn met andere zorgverleners. Soms stuur ik iemand naar een POH. Ik word er blijer van als ik dan {...} een stralend kind terug zie in de spreekkamer, dan dat ik direct al effect op het gewicht zie. Of een kind dat niet weet wat voor sport hij leuk vindt, en dan naar COACH Sport gaat.”

Niet alleen op de kinderen en gezinnen heeft YCND effecten, ook op de samenwerking tussen de centrale zorgverlener en het netwerk. Centrale zorgverleners ervaren dat met de tijd het netwerk sterker wordt. Zij weten de netwerkpartners beter te vinden, en andersom. Voorbeelden die genoemd worden zijn de inzet van diëtiste en POH Jeugd, het aansluiten bij het COACH MDO Kindergeneeskunde MUMC+, en de inzet van COACH Sport. Vanuit de centrale rol van jeugdverpleegkundigen, wordt het netwerk met ketenpartners van JGZ steeds verder uitgebouwd: zoals een samenwerking met een intern begeleidster op een school, waarbij alle kinderen met

overgewicht binnenkort gezamenlijk actief worden benaderd. Zo lijkt het werken met YCND niet alleen te leiden tot directe positieve effecten voor kinderen, maar ook voor de algemene netwerkaanpak en bewustzijn van overgewicht binnen de maatschappij.

4.2 Vaardigheden

“Door de scholing, maar ook door het meer te doen, zet je makkelijker de gesprekstechnieken in. Ook leg je makkelijker contact met ketenpartners, en verloopt het contact wat sneller. Je krijgt wat extra handvaten.”

“Ik ben wel trots op de manier van vragen stellen, en dat ik daar toch wel in gegroeid ben. Voorheen was het: ‘ik geef advies en kijk maar wat je ermee doet’. Alleen nu denk ik van, ik ga náást een ouder zitten, en ik ga niet meer vertellen wat je moet doen. En je merkt dat het werkt, dat je ouders ook meebewogen krijgt.”

De scholing van YCND werd door de deelnemers als zeer leerzaam ervaren, met name de theorie en oefenmomenten rondom de gesprekstechnieken en motiverende gespreksvoering. Voorheen werden veel adviezen gegeven, nu komen de leefstijlveranderingen vanuit de veranderwens van het kind en/of de ouders zelf.

Er is meer bewustzijn bij de Centrale Zorgverleners dat er meer factoren meespelen rondom overgewicht, zoals de (financiële) gezinssituatie. Er is vaker een gesprek over de leefstijlfactoren, en gevoelens en gedachten rondom het overgewicht. De opgestelde doelen die worden besproken met kind en gezin zijn van een heel andere aard dan voorheen. Eerder werden kind en ouders vaak met veel adviezen naar huis gestuurd. Na de scholing zijn de centrale zorgverleners zich bewust van het feit dat een aanpak bij overgewicht baat heeft bij kleine stapjes en doelen.

4.3 YCND Tools

“Ik vind het echt een geweldige Gespreksstarter {...}, je weet wat er speelt bij het kind, en je krijgt meer informatie over wat het kind zelf belangrijk vindt”

De tools zoals de Gespreksstarter, worden veel gebruikt. Het gesprek aangaan over overgewicht wordt veel makkelijker voor de Centrale Zorgverleners. Met name voor kinderen die gesloten zijn in het gesprek, en kinderen met een migratie-achtergrond wordt de Gespreksstarter als positief ervaren. De Centrale Zorgverleners geven aan op deze manier vaker de mening van het kind te horen, in plaats van alleen de visie van de ouders.

4.4 Scholing en intervisie

De scholing en intervisies zijn als zeer leerzaam, helpend en prettig ervaren door de Centrale Zorgverleners. Standaard zijn een aantal intervisies onderdeel van de scholing/leertraject. De centrale zorgverleners hebben deze intervisie bijeenkomsten voortgezet. Ze leren veel van de ervaringen van de andere Centrale Zorgverleners, en gebruiken de intervisie momenten om met elkaar te brainstormen over verschillende casus. Dit leidt tot het vergroten van eigen vaardigheden, en wordt als zeer leerzaam beoordeeld.

4.5 Toekomst

De Centrale Zorgverleners zijn gevraagd naar hun verwachtingen en toekomstperspectief van Your COACH Next Door. Ook is vanuit hun eigen ervaringen gevraagd mee te denken waar verbeterpunten liggen om de aanpak te versterken.

Hieruit blijkt dat op dit moment het aantal uren niet afdoende is om alle kinderen met overgewicht de begeleiding te bieden van YCND. Ze adviseren snel nieuwe Centrale Zorgverleners en/of kinderleefstijlcoaches op te leiden om meer kinderen met overgewicht en hun gezinnen te kunnen begeleiden.

Wat betreft hun eigen vaardigheden, wensen de CZV extra scholingsmomenten ter herhaling, evaluatie en verdieping. Onderwerpen die bij voorkeur dan behandeld worden, zijn het oefenen van

gesprekstechnieken bij ingewikkelde casuïstiek, verdieping rondom kennis van voeding, omgaan met gezinnen met een migratie-achtergrond, en het aangeven van grenzen en stoppen met begeleiding.

Niet alle Centrale Zorgverleners voelen zich even vaardig in het actief uitbreiden van het netwerk. Zij geven aan dat de lijntjes met veel netwerkpartners het afgelopen jaar gegroeid zijn, maar het nog lastig is om actief zichtbaar te zijn binnen de verschillende huisartsen(groepen). Dit zou kunnen opleveren dat benodigde diagnostiek sneller en eenvoudiger kan worden verricht en teruggekoppeld.

Alle toekomstperspectieven die door de Centrale Zorgverleners worden aangegeven, sluiten ook aan bij de ontwikkelingen binnen de stichting YCND. Zowel de digitalisering van de vragenlijsten, het betrekken van huisartsen in de YCND aanpak en de nieuwe scholingen van Centrale Zorgverleners en inzet van kinderleefstijlcoaches, vormen onderdeel van (zeer) nabije toekomstplannen van YCND.

Tegen nieuwe Centrale Zorgverleners en kinderleefstijlcoaches willen alle drie de geïnterviewde Centrale Zorgverleners benadrukken dat het werken met YCND ontzettend leuk en gevarieerd is. Het opbouwen van een goede vertrouwensband en de tijd hebben voor deze doelgroep, noemen ze hierbij als belangrijkste positieve punten.

5. Effecten ten behoeve van kind en gezin

5.1 Bereik

De drie jeugdverpleegkundigen (geschoold tot Centrale Zorgverlener voor YCND) hebben in totaal met 221 kinderen (en/of hun ouders) een gesprek over overgewicht en leefstijl gevoerd (het voortraject). Van deze kinderen (51,2% jongens – 48,8% meisjes, gemiddelde leeftijd 10,75 jaar) is bekend dat 61,7% overgewicht heeft, 27,1% obesitas en 8,9% morbide obesitas. 2,3% had een (hoog normaal) gezond gewicht.

Van de 221 kinderen hebben 103 kinderen (47%) ten minste één vervolgspraak gehad in het kader van YCND (ingestroomd in module 1). Hierbij is het belangrijk om te vermelden dat er ook kinderen zijn waarmee recent pas het eerste gesprek mee is gevoerd en die wel vanuit het voortraject voornemens zijn module 1 te starten, maar waarbij dat nog niet gebeurd is. Er is namelijk een continue instroom en de duur waarmee kinderen aan het programma deelnemen is voor elk kind anders. Het doel was om bij 60 kinderen/gezinnen begeleiding te starten. Dit aantal is ruimschoots behaald.

5.2 Uitval

Van de 103 ingestroomde kinderen zijn er uiteindelijk 14 (14%) in het traject vroegtijdig gestopt, op initiatief van het gezin. In vergelijking met andere programma's voor deze doelgroep is dit een buitengewoon laag percentage uitval. Zij blijven wel naar reguliere JGZ - consulten komen. Gemiddeld vonden er bij deze groep (kinderen die vroegtijdig zijn gestopt met YCND) 1,7 consulten plaats. In 65% van deze gevallen vond er maar 1 consult YCND plaats.

5.3 Verduurzaming

In totaal worden in november 2020 8 van de 103 ingestroomde kinderen begeleid in module 4 (terugvalpreventie). Dat betekent dat deze kinderen (en/of hun ouders) zelf aan de slag zijn met hun doelstellingen, eigen regie hebben ontwikkeld tijdens het programma en dat de rol van centrale zorgverlener minder op de voorgrond is. Wel is er nog begeleiding en wordt nog gemonitord. Twee kinderen hebben inmiddels het traject volledig afgerond met positief eindresultaat. Hieruit blijkt dat inzet van de centrale zorgverlener voor langere duur is en dat inbedding en het nemen van regie door het gezin tijd kost.

5.4 Aantal contactmomenten

29 kinderen (28% van het totaal aantal kinderen dat in YCND is ingestroomd) zijn inmiddels meer dan 1 jaar in begeleiding (en nog niet gestopt) bij YCND. Gemiddeld hebben deze kinderen 2,7 consulten gehad met een minimum van 1 en een maximum van 8 consulten.

In het eerste jaar is het gemiddelde aantal consulten 2,4 met een minimum van 1 en een maximum van 4. De benoemde contactmomenten betreffen de fysieke consulten op afspraak bij de centrale zorgverlener op locatie bij JGZ of op school. Daarnaast vindt er telefonisch en mailcontact plaats met zowel de kinderen en/of hun ouders als met andere (zorg)professionals over de afstemming van te leveren hulp en ondersteuning.

5.5 Inzet en begeleiding vanuit het netwerk

In onderstaande tabel is een overzicht te zien van het de inzet vanuit het netwerk voor de groep kinderen (n=103) die begeleid is binnen YCND. De centrale zorgverleners zetten daar waar nodig het netwerk in om op specifieke hulpvragen mee te denken en te begeleiden. De inzet van de betrokken netwerkpartners verschilt. In sommige gevallen (bijv. bij COACH sports), zien we een langdurige samenwerking tussen het programma en de centrale zorgverlener, terwijl in andere gevallen (bijv. bij de diëtist) de netwerkpartner eenmalig wordt geconsulteerd. In de tabel zijn de belangrijkste ingezette netwerkpartners weergegeven. Naast deze genoemde netwerkpartners worden (alleen daar waar nodig) ook andere professionals uit de 0^e, 1^e en soms 2^e lijns zorg betrokken, zoals de fysiotherapeut, GGZ hulpverlening en opvoedondersteuning.

Interventie	% kinderen (in begeleiding door YCND) die hier gebruik van maakt
COACH Sports	22%
Psychologische ondersteuning POH Jeugd	13%
Diëtist	25%

27% van de kinderen die begeleid werden in YCND zijn ook gezien bij COACH.
71% van deze kinderen heeft een sterk of extreem verhoogd GGR
Daarnaast zijn er nog 4 kinderen (3,5%) uit het voortraject die niet in YCND zijn ingestroomd, wel naar COACH doorverwezen.

5.6 Effecten op gezondheid

Meer dan de helft van de kinderen die meer dan 6 maanden deelneemt aan YCND heeft al meetbare gezondheidswinst. Na 12 maanden begeleiding is dat 80%.

Om de effecten te kunnen beoordelen op het gewicht van kinderen is een eerste analyse verricht naar de BMIz-score (gecombineerde maat van gewicht, lengte en leeftijd). Van kinderen die minimaal 6 maanden en maximaal 18 maanden in begeleiding waren is de verandering van de BMIz-score geëvalueerd. Deze groep kinderen bestaat uit kinderen met 52,1% overgewicht, 37,5% obesitas, 10,4% morbide obesitas. 49% van deze kinderen zijn meisjes en de gemiddelde leeftijd is 11 jaar (minimum 4 en maximum 15 jaar)

52% van deze kinderen laat een stabilisatie (4,0%) of daling (48,0%) zien van de BMI-z score.

Gemiddeld waren deze kinderen 10,4 maanden in begeleiding. Van deze kinderen daalt de BMI z-score zelfs gemiddeld met 0,31. Een daling van 0,15 BMI z-score daling wordt als klinisch relevant beschouwd (relevant effect op gezondheid).

Van de kinderen die minimaal 1 jaar en maximaal 18 maanden in begeleiding waren laat zelfs 78,6% van de kinderen een daling in BMI z-score zien.

Allereerst heeft een lagere BMI z-score effect op de fysieke en psychische gezondheid van het kind. Ziektes kunnen worden voorkomen en de betrokken kinderen zullen naar verwachting beter functioneren. Ook naar de toekomst toe betekent een daling van BMI dat er minder ziektes optreden tijdens zijn of haar volwassenheid.

Bovenstaande resultaten geven een goede eerste indruk van het effect van Your COACH Next Door. Deze zeer positieve resultaten zijn bereikt in de opstartende fase, waarin het netwerk in de wijk nog niet volledig was opgebouwd.

Daarnaast zijn de Centrale Zorgverleners later nog aanvullend getraind in hun vaardigheden rondom motiverende gespreksvoering. Vanuit de interviews met de Centrale Zorgverleners is gebleken dat zij zich in de loop van de tijd steeds vaardiger zijn gaan voelen over de gespreksvoering rondom overgewicht en YCND.

Zowel door de verwachte toename van ervaring door de centrale zorgverleners als versterkte fundering in het netwerk in Maastricht, is de verwachting dat toekomstige, geplande, effectstudies in de komende jaren zelfs nog grotere effecten van YCND op gezondheid zullen laten zien.

Verder moet opgemerkt worden dat een groot deel van de metingen en interventie plaats heeft gevonden tijdens de eerste golf van de corona-pandemie. Over deze periode is bekend dat het heeft geleid tot een ongezondere leefstijl onder kinderen. (lees meer hierover in hoofdstuk 7). Mogelijk heeft dit invloed gehad op zowel de inhoud als resultaten van de interventie YCND, en zullen de effecten op gewicht van kinderen met overgewicht zelfs groter zijn in een reguliere periode.

Verder (wetenschappelijk) onderzoek naar de invloed van de inhoud en aantal consulten van de interventie wordt uitgevoerd. Ook secundaire uitkomsten zoals kwaliteit van leven worden betrokken in wetenschappelijk onderzoek op de lange termijn.

5.7 Effect van YCND voor kind en gezin ervaren door de centrale zorgverleners

“Het mooie aan YCND vind ik dat je meer tijd krijgt, en een vertrouwensband opbouwt. Door de positieve band merk je dat ouders [...] en kinderen gemotiveerd raken, en ook zelf acties ondernemen.”

De effecten van YCND zien de centrale zorgverleners niet alleen op het gewicht. De YCND-aanpak brengt volgens hen positieve effecten op het gebied van zelfvertrouwen, fysieke activiteit en creëren van bewustzijn en betrokkenheid van het gehele gezin. De waardering voor de YCND aanpak zit met name in de vertrouwensband die kan worden ontwikkeld met kind en gezin. Dit ontstaat door dat kinderen regelmatig bij de zelfde persoon terug kunnen komen. Ouders en kinderen raken hierdoor gemotiveerd en de opkomst is dan ook hoog. De centrale zorgverleners geven aan dat ze regelmatig terug horen van ouders en kind dat YCND als zeer prettig wordt ervaren.

Kinderen als Pim, in een moeilijke gezinssituatie, zijn kwetsbaar. Aandacht voor een gezonde leefstijl op school helpt, maar soms is dat niet genoeg. Een aanspreekpunt op school die met een brede blik kijkt naar Pim en zijn situatie is dan nodig. Samen zoeken ze naar kansen en mogelijkheden, naar oplossingen voor de barrières; zoals het Jeugdfonds Sport & Cultuur, de inzet van oma als “coach”, pragmatische oplossingen als vervoer naar de voetballes. Het is vaak niet moeilijk, maar te veel voor een gezin in het gedrang.

6. Effecten op de kosten

6.1 Kosten van interventie YCND

De maatschappelijke kosten van YCND bestaan uit de directe en indirecte kosten van de aanpak. Het betreft:

- De kosten van de inzet van de diverse professionals, zoals de voor YCND getrainde centrale zorgverleners en kinderleefstijlcoaches, de betrokken professionals en aanbod in het sociale domein (sportaanbod, psychologische ondersteuning, opvoedondersteuning, maatschappelijk werk), de eerste en tweedelijns zorgverleners (jeugdarts, huisarts, kinderarts, paramedici en hulpverleners in de wijk);
- de kosten die verbonden zijn aan het opzetten van de aanpak in een specifieke wijk;
- de kosten van de aanpak en infrastructuur zoals scholing/ondersteuning, communicatie, administratie, management.
- Kwaliteitsborging, doorontwikkeling programma, aansluiting bij lokale en landelijke ontwikkelingen.

6.2 Baten van de interventie YCND

Tegenover de kosten staan diverse maatschappelijke baten. Allereerst worden de kosten van de aanpak van overgewicht en obesitas in de 2e en 3e lijn deels voorkomen.

Daarnaast zijn er diverse effecten te verwachten van YCND. De aard en omvang van deze effecten is geraamd op basis van wetenschappelijke onderzoek.

Allereerst heeft het verlagen van de BMI z-score (bereiken van een gezonder gewicht) effect op de fysieke en psychische gezondheid van het kind. Ziektes kunnen worden voorkomen en de betrokken kinderen zullen naar verwachting beter sociaal functioneren. Ook naar de toekomst toe betekent een daling van de BMI dat er minder ziektes optreden tijdens de volwassenheid. Deze gezondheidsbaten over het gehele leven van de begeleidde kinderen zijn belangrijke baten. Het gaat dan enerzijds om een hogere kwaliteit van leven van kind (en volwassene), anderzijds om lagere kosten van behandeling van ziekten die met overgewicht/obesitas samenhangen. Ook is een hogere maatschappelijke participatie te verwachten. Voor volwassenen betekent een lagere ziektelast als gevolg van een lagere mate van overgewicht dat er minder verzuim is van werk. De productiviteit tijdens het werkzame leven ligt hierdoor hoger.

Voor de gemeente heeft de aanpak ook voordelen. In de aanpak van YCND is een centrale rol weggelegd voor het wijknetwerk: sportverenigingen, ondernemers, artsen, wijkteams. Hierdoor versterkt YCND het werk van de wijkteams. Daarnaast maakt de intensieve begeleiding van de kinderen in YCND dat problemen van het kind of de omgeving eerder kunnen worden gesignaleerd door de centrale zorgverlener. De verwachting is dat de multiproblematiek zal afnemen. Daarnaast richt YCND zich op kind en gezin. Hierdoor zijn er dikwijls spin-off effecten op de rest van het gezin (gezonder leven).

6.3 Kostenbesparing

Voor een volledige impact analyse van YCND ontbreekt het op dit moment nog aan gegevens. Deze gegevens zullen in de komende jaren worden verzameld, onder andere als onderdeel van de evaluatie NZA beleidsregel innovatie.

In 2018 is er een impact analyse verricht op maatschappelijke effecten van het programma Gezond Onderweg (GO!) in Arnhem. Dit programma vertoont veel gelijkenis met het programma van YCND. De conclusie van deze analyse was dat per kind 1072-2039 euro over het gehele leven bespaard kon worden en dat de maatschappelijke baten 4-7 keer zo hoog zijn als de maatschappelijke kosten.

7. Corona pandemie

Minder beweging en meer ongezonde snacks: dat was voor veel kinderen een gevolg van de coronamaatregelen. Driekwart van de kinderen bewoog tijdens de intelligente lockdown minder dan voorheen. Eén op de drie at meer ongezonde snacks. Eén op de vijf kinderen kwam aan in gewicht, meer dan door normale groei kan worden verklaard. Van de kinderen met overgewicht of obesitas was dat zelfs bij 40 procent het geval. Dat is wat kinderen en ouders zelf rapporteerden voor een studie van Anita Vreugdenhil (MUMC+) en anderen. Zij besloot al snel nadat de scholen en sportverenigingen in maart werden gesloten, om na te gaan wat voor gevolgen dit had voor de leefstijl van kinderen. De COACH-onderzoekers werkten hiervoor samen met andere ziekenhuizen. Ze werven 189 kinderen en hun ouders om op verschillende momenten vragenlijsten in te vullen. Ze analyseerden ook de data van bewegimeters die 64 kinderen al langer gebruikten, in het kader van ander onderzoek. Met indrukwekkende uitkomsten: voldeed vorige zomer nog zo'n 64 procent aan de beweegnorm (één uur per dag met matige intensiteit bewegen), was dat tijdens de coronacrisis – zelfs net nadat de basisscholen weer voorzichtig open waren gegaan – maar 20 procent. Gemiddeld bewogen de kinderen bijna een uur minder per dag, en zaten ze 45 minuten meer. Ze waren wel anderhalf uur langer buiten, maar dat compenseerde blijkbaar niet de tijd die ze extra binnen achter een scherm zaten.

Het vragenlijstonderzoek geeft mogelijk zelfs een te rooskleurig beeld van de verslechterde leefstijl: 'We hebben op allerlei manieren deelnemers geworven, en we zien een mooie verdeling over het land, over verschillende leeftijden en tussen jongens en meisjes. Maar kinderen met hoger opgeleide ouders zijn oververtegenwoordigd, zoals vaak het geval is bij dergelijke studies. En we weten dat bij kinderen uit lagere socio-economische klassen problemen met ongezonde leefstijl vaak groter zijn. Wij zien het bij de kinderen die we bij COACH begeleiden, de kinderen met overgewicht of obesitas. Natuurlijk is de energiebalans verstoord, maar dat is vrijwel nooit het enige waar kinderen mee kampen. In de gezinnen waar zij opgroeien zijn bijna altijd meer problemen, sociale, financiële, relationele. In de crisis zijn die alleen maar groter geworden, door zorgen over inkomsten, angst voor een virus dat extra gevaarlijk is voor mensen met overgewicht en het opeens moeten verzorgen van thuisonderwijs terwijl er vaak ook thuis gewerkt moest worden. Als ouders daarmee worstelen, is leefstijl geen prioriteit meer. Dan sluipen ongezonde gewoontes er weer in.'

Juist in deze pandemie is het dus belangrijk dat kinderen begeleiding ontvangen door de centrale zorgverleners van YCND en we ervoor kunnen zorgen dat kinderen een goed ritme aanhouden, een dagstructuur met vaste voedingsmomenten.



8. Conclusies

In de tweede fase YCND Maastricht 2019-2020 zijn alle beoogde doelen bereikt. De programmatische aanpak van YCND blijkt succesvol voor gezinnen en zorgverleners. Het aantal gezinnen dat begeleid wordt is ruimschoots overtroffen. De aanpak is succesvol getuige de hoge instroom, geringe uitval en positieve effecten op leefstijl en gezondheid. Programma's als COACH sports en het COACH food programma zijn belangrijk ondersteunend. De samenwerking met de POH jeugd loopt goed, hun rol in het netwerk is duidelijk geworden in het afgelopen jaar. Alle ingrediënten zijn in Maastricht aanwezig om het continuüm van zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas op te schalen. Er is een breed gedragen visie en aanpak, een goed functionerend kernteam YCND, een opleiding voor CZV'es en KLSC'es inclusief feedbackloop voor doorontwikkeling van aanpak en opleiding. De digitale omgeving ter ondersteuning van de programmatische aanpak is klaar om in gebruik te nemen per 2021. Met betrekking tot financiële borging door gemeente en zorgverzekeraars zijn er afspraken gemaakt voor de komende 3 jaren waardoor YCND in Maastricht kan worden gecontinueerd. Lessons learned in YCND Maastricht zijn nuttig voor andere gemeenten die willen gaan starten. De positieve resultaten van YCND Maastrichtse vragen om opschaling. In de ontwikkeling van programma en ondersteunende materialen is daarop steeds vooruit gelopen. Zeker gezien de verder toegenomen urgentie om kinderen/gezinnen te helpen om gezond te leven door de Corona-pandemie is de tijd rijp voor verdere uitrol.

1:2 kinderen met wie gesproken wordt over YCND start begeleiding

103 kinderen zijn gestart met YCND in Maastricht

1:2 kinderen heeft een gezonder gewicht na een half jaar of langer begeleiding

8:10 kinderen heeft een gezonder gewicht na een jaar of langer begeleiding

Slechts 14% van de gezinnen stopt vroegtijdig

Kinderen vertellen dat ze **lekkerder in hun vel** zitten door begeleiding bij YCND

Centrale zorgverleners vinden de zorg die ze bieden in YCND een **verrijking van hun vak**

9. Uitdagingen en aanbevelingen

9.1 Uitdagingen 2020 en verder

Motivatatie voor aanvang vergroten

Minimaal de helft van de kinderen (en ouders) waarbij het gesprek over leefstijl en overgewicht gevoerd wordt door een zorgverlener in het voortraject (zie paragraaf), wil hier ook mee aan de slag en krijgt daarin begeleiding vanuit YCND. Hoewel dit gezien wordt als een hoog percentage is er nog winst te behalen in het motiveren van de groep die hier voorsnog géén stappen in wil zetten. De jeugdverpleegkundigen gaan nog extra training ontvangen in Motiverende Gespreksvoering door de projectleider YCND die inmiddels is opgeleid tot trainer in Motiverende Gespreksvoering. De intervisiebijeenkomsten na de eerste vier bijeenkomsten gaan worden voortgezet, zodat hierin ook de vaardigheden in Motiverende Gespreksvoering verder ontwikkeld worden.

Vanuit COACH wordt onderzoek gedaan naar “de gespreksstarter”, een tool die zorgprofessionals in het voortraject (zie paragraaf 1.1) helpt om het gesprek over gezond leven en gezond gewicht met kinderen en ouders te voeren. De vraag hoe het percentage van gezinnen dat instapt in het programma verder verhoogd kan worden is een onderwerp van onderzoek in de komende periode.

Netwerk benutten

In YCND wordt het lokale netwerk op wijkniveau steeds verder ontwikkeld. We zien dat steeds meer partijen hierop willen aansluiten en graag hun bijdrage willen leveren. Door het netwerk verder uit te breiden, kan de op maat begeleiding steeds dichterbij huis en leefomgeving van het kind plaats vinden en kan er nog specifiekere worden ingezet wat nodig is. De jeugdverpleegkundigen hebben geleerd de MDO's (multidisciplinair overleg) volgens een vaste structuur te organiseren en nodigen betrokken netwerkpartners hierbij uit. Ook nieuwe netwerkpartners zullen in de toekomst in de MDO's betrokken worden indien zij een rol spelen in de casuïstiek die besproken wordt. De ervaring van de pilot leerde dat juist door van start te gaan met de begeleiding van gezinnen, dit een vehikel en katalysator vormt voor het laten groeien van het netwerk. Dit is een belangrijke constatering en opbrengst met het oog op implementatie van YCND in andere gemeenten.

Data uitwisseling

De uitdaging van een netwerkaanpak is met name dat vanuit meerder organisaties het kind/gezin in goede afstemming tussen partijen begeleid kan worden. Het uitwisselen van gegevens over het gezin en de aanpak op een efficiënte manier, blijft hierin een uitdaging. In de kerngroep YCND vindt steeds de afstemming plaats hierover en worden nieuwe initiatieven genomen om de uitwisseling van gegevens en dataverzameling te borgen. De digitalisering van de data is hierbij al een eerste stap in de goede richting.

9.2 Aanbevelingen

Het team YCND Maastricht heeft de volgende aanbevelingen:

- Opschalen aantal centrale zorgverleners zodat meer kinderen in Maastricht succesvol begeleid kunnen worden met de aanpak van YCND
- In gebruik nemen van een digitale omgeving, met hoog gebruiksgemak voor gezin en CZV, waar vragenlijsten door gezinnen worden ingevuld en meetmomenten kunnen worden geregistreerd. Hieraan gekoppeld een datawarehouse om de monitoring en evaluatie te vergemakkelijken.
- Communiceren van de positieve resultaten van de aanpak YCND
- Koploperspositie YCND Maastricht behouden en YCND Maastricht als leeromgeving behouden voor de uitrol in Limburg en landelijk.
- Aanvullende scholing centrale zorgverleners; 3 maandelijkse bijscholing

- Breder informeren/betrekken van jeugdverpleegkundigen, huisartsen, paramedici in Maastricht en omgeving met betrekking tot signalering, toeleiding, aanpak en resultaten YCND. Met name actief betrekken van de huisartsen en zorggroepen.
- Continuering, borging en opschaling is wenselijk mede gezien de toegenomen urgentie om kinderen/gezinnen te helpen gezond te leven doordat de leefstijl van kinderen tijdens de Corona-pandemie sterk is verslechterd.

10. Borging en continuïteit

YCND heeft in 2019-2020 een doorstart gemaakt in Maastricht. Het is nu een uitdaging om de YCND aanpak in Maastricht te verduurzamen en te borgen.

Activiteiten die doorlopen in 2021 zijn:

- Instroom van kinderen/gezinnen in het programma YCND
- MDO's van centrale zorgverleners en aansluiting bij MDO's van COACH
- Intervisies centrale zorgverleners
- Voortzetting COACH sports en COACH food
- Voortzetting kerngroep YCND Maastricht
- Opzetten 3 maandelijks bijscholing voor centrale zorgverleners
- In gebruik nemen digitale omgeving en doorontwikkeling in samenspraak met CZV-ers

Inmiddels is er afstemming met zorgverzekeraars CZ en VGZ over de inhoud van de gecombineerde leefstijlinterventie YCND die voor kinderen vanaf een matig verhoogd GGR vergoed gaat worden door de zorgverzekeraars. Hiertoe is een NZA innovatiebeleidsregel (samenwerking MUMC+, zorgverzekeraars CZ en VGZ) goedgekeurd. Voor de komende 3 jaren zullen ca 200 kinderen in Maastricht en omgeving in aanmerking komen voor deze GLI voor kinderen. Vanaf 2021 is het mogelijk voor de centrale zorgverlener om kinderen die voldoen aan een medische indicatie (vanaf een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico, zie bijlage 2), door te verwijzen naar een kinderleefstijlcoach voor de uitvoering van module 3 en 4. De eerste kinderleefstijlcoaches zijn in de herfst 2020 getraind door de stichting YCND en kunnen van start met de begeleiding. Dit zal in nauwe afstemming gebeuren met de centrale zorgverleners in Maastricht en COACH/MUMC+. Het samenwerken van centrale zorgverleners en leefstijlcoaches die vanuit 1 scholing, visie en aanpak zijn voorbereid om gezinnen te begeleiden naar een gezonde toekomst, gefinancierd vanuit zorgverzekering en sociaal domein is uniek en ver vooruit op landelijke ontwikkelingen. De verwachting is dat na de experiment fase van 3 jaar deze GLI voor kinderen structureel vergoed zal worden vanuit de ZorgverzekeringsWet.

Maastricht heeft landelijk een unieke koploperspositie en mogelijkheid om de samenwerking tussen centrale zorgverleners vanuit het sociale domein en kinderleefstijlcoaches vanuit het zorgdomein vorm te geven en te verkennen.

Er is veel interesse en enthousiasme uit de omliggende gemeenten. Kernteam YCND en de stichting YCND kan andere gemeenten ondersteunen in de uitrol van YCND. Dit kan door het ondersteunen van lokale projectleiders, opleiding van CZV-es en KLSC-es, gebruik van de digitale omgeving, handleiding en hulpmiddelen van YCND en het ondersteunen in het toepassen van de aanpak onder regionale omstandigheden en randvoorwaarden.

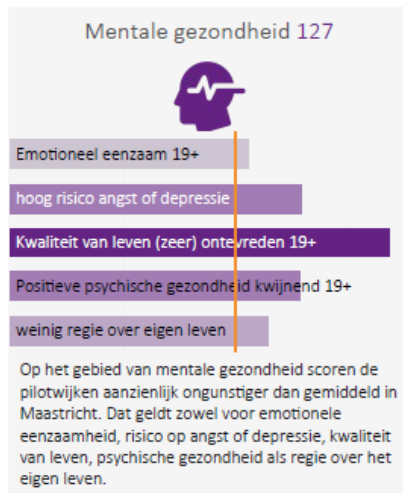
Regionaal en provinciaal worden inmiddels plannen gemaakt om de YCND aanpak ook in andere gemeenten te kunnen implementeren naar het voorbeeld van Maastricht.

Voor de uitrol van YCND is vanuit GGD Zuid Limburg een kwartiermaker ketenaanpak overgewicht en obesitas aangesteld. Er is een nauwe samenwerking met de kwartiermaker in Zuid-Limburg, maar ook met gemeenten in Midden en Noord-Limburg, zodat ervaringen gedeeld worden en implementatie en uitvoering in andere gemeenten efficiënt van start kan gaan. Er is een Limburgs programmteam samengesteld waarin de stichting YCND, COACH/MUMC+, GGD Zuid Limburg, GGD Limburg Noord, Limburgse gemeenten, zorgverzekeraar CZ, zorgverzekeraar VGZ, JOGG NL, KnGG en Programmabureau trendbreuk betrokken zijn. Vanuit het programmteam is een provinciaal plan van aanpak opgesteld en wordt een subsidie aanvraag bij de Provincie Limburg voorbereid. De ervaringen in Maastricht als koploper gemeente in de YCND aanpak zijn hierin zeer waardevol.

BIJLAGE 1 Wijkanalyse Blauwe Zorg



Wijkprofiel per thema Vergelijking Blauwe zorg wijken totaal met Maastricht





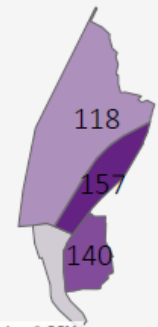
Wijkprofiel per thema

Vergelijking vier pilotwijken met Maastricht



Totaal score wijken

Limmel	118
Nazareth	157
Wittevrouwen v..	140
Wyckerpoort	103



© Mapbox © OSM

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

BIJLAGE 2 Vaststellen gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR)



Het GGR geeft aan in welke mate het gezondheidsrisico verhoogd is. De ernstgraad van het GGR kent vier niveaus: licht verhoogd, matig verhoogd, sterk verhoogd en extreem verhoogd (Tabel 1).

BMIkg/m ²	Geen risicofactoren of comorbiditeit	Risicofactoren of comorbiditeit
Overgewicht	LICHT VERHOOGD	MATIG VERHOOGD
Obesitas graad I	MATIG VERHOOGD	STERK VERHOOGD
Obesitas graad II	STERK VERHOOGD	EXTREEM VERHOOGD
Obesitas graad III	EXTREEM VERHOOGD	EXTREEM VERHOOGD

Tabel 1. Niveaus gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico bij kinderen. Overgenomen uit Zorgstandaard Obesitas (2010).

Niveaus van gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico bij kinderen. De afkappunten in de tabel aangeduid met overgewicht dan wel obesitas graad I, zijn gebaseerd op internationale percentielen van BMI naar leeftijd en geslacht die op volwassenen leeftijd overeenkomen met een BMI van 25 resp. 30kg/ m². De afkappunten aangeduid met obesitas graad II en III zijn gebaseerd op percentielen afkomstig van de nationale groeistudie uit 1980 van BMI naar leeftijd en geslacht die op volwassen leeftijd overeenkomen met een BMI van 35 resp. 40kg/m². Deze tabel betreft een verduidelijking van de tabel met niveaus van GGR voor kinderen zoals deze in de eerste druk van de Zorgstandaard Obesitas op pagina 25 gepubliceerd is.

Rapport Blauwe GGZ en De Nieuwe GGZ in de Blauwe Wijk

- Resultaten interventies 2018-2020 -

“Echt anders”



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

Dit is rapport 7 van de 7 Rapporten van Blauwe Zorg in de wijk



met ggz



Maastricht University *Leading in Learning!*



Gemeente Maastricht



Auteurs:

Bart Bongers (ZIO & Mens GGZ), Anna Huizing (ZIO)

Meer informatie:

www.blauwezorgindewijk.nl

Inhoudsopgave

1. Samenvatting	5
1.1. Knelpunten GGZ	5
1.2. Doel	5
1.3. Interventies	5
1.4. Resultaten	5
1.5. Conclusies en aanbevelingen	6
2. Inleiding	7
2.1. Leeswijzer	8
3. Het project	8
4. Inrichting wijkaanpak – de interventies	9
4.1. Interventie 1: MDO	9
4.2. Interventie 2: Ervaringsdeskundigen	9
4.3. Interventie 3: GGZ-team	9
4.3.1. Rol en taken GGZ-team	9
4.3.2. Samenstelling GGZ-team	10
4.4. Interventie 4: Herstelondersteunende Consultatie (HOC)	11
5. Kenmerken van de pilotwijken en praktijken	12
5.1. Nazareth / Limmel	13
5.2. Wittevrouwenveld / Wyckerpoort	13
6. Resultaten	13
6.1. Gebruikte bronnen	13
6.2 Resultaten per interventie	14
6.2.1. Interventie 1: MDO	14
6.2.2. Interventie 2: Ervaringsdeskundigen	14
6.2.3. Interventie 3: GGZ Team	15
6.3 Ontwikkeling kosten	19
7. Conclusies	22
7.1. Conclusies	22
7.2. Aanbevelingen	22
8. Continuering	23
8.1. Elementen uit Blauwe GGZ/DNG in spin-offs	23
8.2. Borging werkwijze	23
8.3. Uitrol DNG naar Jeugd	23
8.4. Uitrol DNG over de rest van de stad	24
8.5. PlusPraktijken	24
8.6. Ervaringsdeskundigen	24

8.7. Kosten	24
Bijlage 1: Procesbeschrijving	25
2015/2016	25
ZIO- Blauwe GGZ	25
Filosofie	25
De Nieuwe GGZ	26
Fusering Blauwe GGZ en DNG	26
2016 /2017	27
Eerste plannen	27
Een toets in de praktijk.....	27
2018.....	28
Interventie 1: MDO	28
Interventie 2: Ervaringsdeskundigen.....	28
2019/2020	29
Interventie 3: GGZ-team in de wijk	29
Bijlage 2: Wijkprofiel	31

1. Samenvatting

In het kader van Blauwe GGZ en De Nieuwe GGZ is in de voorliggende periode gewerkt aan het inrichten van een wijkgebonden GGZ in vier wijken in Maastricht.

1.1. Knelpunten GGZ

De belangrijkste knelpunten in de GGZ zijn gelegen in:

- Lange wachttijden
- Oplopende kosten

In de pilot is gestreefd deze knelpunten aan te pakken door niet enkel focus te hebben op deze twee knelpunten maar tot een herontwerp te komen van de manier waarop GGZ inhoudelijk en procesmatig ingericht wordt.

1.2. Doel

Op basis van het theoretisch kader en de belangrijkste knelpunten in de GGZ, is gekomen tot een drietal aspiraties/vragen die zijn getoetst:

1. Is het mogelijk om de elementen uit het gedachtegoed van Blauwe GGZ en De Nieuwe GGZ te operationaliseren in interventies?
2. Is het mogelijk deze interventies daadwerkelijk toe te passen in de dagelijkse praktijk?
3. Wordt met de interventies een doelmatiger zorg gerealiseerd? Zichtbaar in:
 - a. Reductie van wachttijden;
 - b. De verhouding tussen Generalistische Basis GGZ (GBGGZ) en Specialistische GGZ (SGGZ) verschuift, waarbij het aandeel GBGGZ groter wordt;
 - c. De verhouding tussen behandeling in de GGZ en begeleiding in het Sociaal Domein verschuift, waarbij een groter deel van de cliënten wordt behandeld in het Sociaal Domein;
 - d. Reductie kosten gemaakt in de GGZ.

1.3. Interventies

Bij het herontwerp van de inrichting van GGZ is gefocussed op vier elementen, namelijk:

1. MDO in de huisartsenpraktijk: een maandelijks overleg tussen huisartsen en een afvaardiging van professionals uit de GGZ en het Sociaal Domein. Gezamenlijk stemden zij af op verwijzingen, lopende zorg en eventuele andere zaken.
2. Ervaringsdeskundigen in de rol van kwartiermaker: vier ervaringsdeskundigen kregen de vrijheid om te netwerken vanuit vier organisaties (Mondriaan, MET GGZ, LevantoGROEP en het Leger des Heils) en zorg vanuit de ervaringsdeskundige herstelvisie te bieden.
3. GGZ-team in de wijk: een domeinoverstijgend, integraal wijkteam dat bestaat uit professionals uit de GGZ en het Sociaal Domein en van waaruit alle zorg wordt geleverd.
4. Herstelondersteunende Consultatie (HOC): een op de herstelondersteunende intake gebaseerde intakevorm waarbij aan het begin van een behandeling een intakegesprek met drie professionals (uit het Sociaal Domein, de GGZ en ervaringsdeskundigheid) plaatsvindt. Op basis van de uitkomsten van het HOC wordt een zorgafpraak gemaakt met de cliënt ten behoeve van de juiste zorg op de juiste plaats op het juiste moment.

1.4. Resultaten

Er is een integrale wijkaanpak voor de GGZ ontwikkeld. Uit de evaluatie van de ingezette interventies zijn voorzichtige conclusies te trekken:

- De wachttijd tot intake en behandeling is verkort tot zo'n vier weken. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen verschillende vermoedelijke diagnoses.

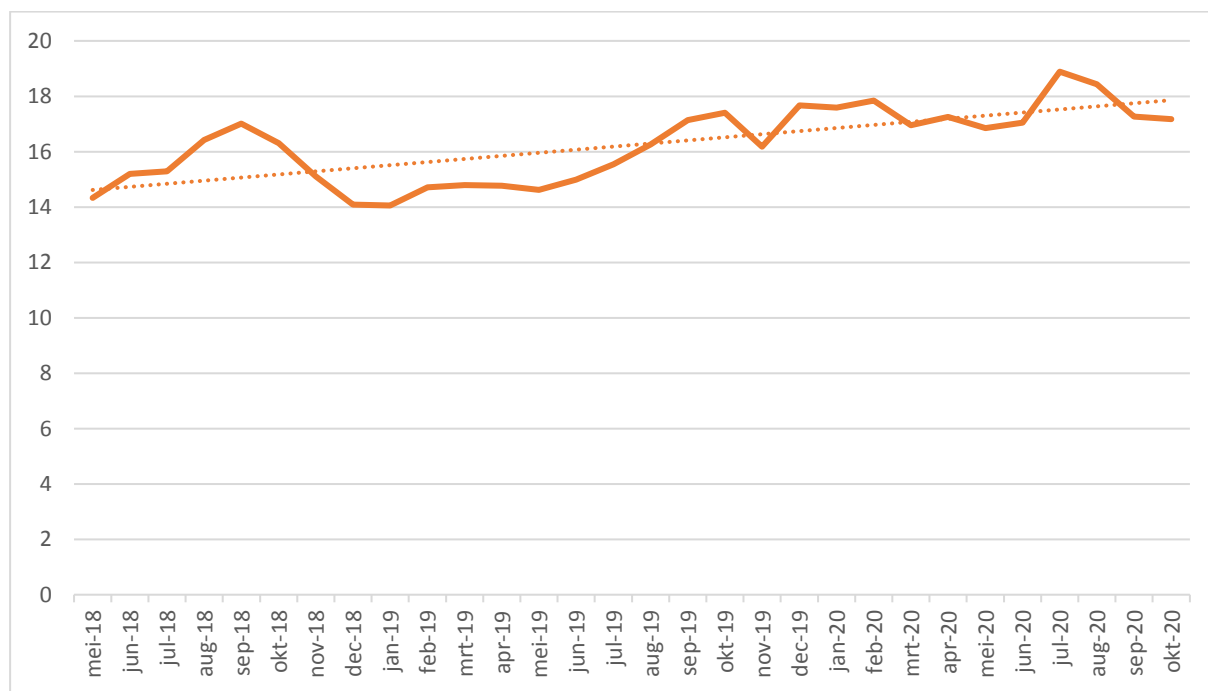
- Er wordt meer behandeld in de GBGGZ en minder in de SGGZ.
- Een deel van de verwijzingen wordt niet meer opgepakt in de GGZ, maar gaat naar het Sociaal Domein en ervaringsdeskundigen. Daarbij wordt bij een aantal behandelingen ook multidisciplinair, domeinoverstijgend gewerkt.
- Zorg vindt meer op de juiste plaats en het juiste moment plaats.
- Er is minder escalatie naar spoedzorg.
- De kosten ontwikkelen zich naar het landelijk gemiddelde.
- Huisartsen zijn heel tevreden over samenwerking
- 90% van de professionals in de wijk beveelt deze werkwijze aan.

1.5. Conclusies en aanbevelingen

Het is mogelijk om de theoretische kaders vanuit de Blauwe GGZ en De Nieuwe GGZ te operationaliseren in concreet implementeerbare interventies. Deze interventies zijn complex in hun implementatie binnen het huidige bestel en vragen creativiteit en flexibiliteit van alle betrokkenen. Het is aanbevelenswaardig om deze interventies in te bedden in een omgeving waarin professionals handelingsvrijheid krijgen en waarbij registratie en declaratie van zorg optimaal georganiseerd en geborgd zijn.

2. Inleiding

Reeds enkele jaren is er veel aandacht voor de ontwikkelingen in de GGZ. De wachttijden¹ zijn lang en worden niet of nauwelijks korter (zie Figuur 1). Daarnaast zijn de kosten, ondanks een stelselwijziging in 2015 (introductie POH-GGZ, GBGGZ en SGGZ),² toch aan het stijgen na een aanvankelijke forse daling als gevolg van overheveling van zorg. Ondertussen is er aanzienlijk debat over wat eigenlijk wel of niet tot een psychische stoornis moet worden gelabeld en op welke criteria dat gebeurt (zie bijvoorbeeld boek Jim van Os over DSM 5;³ de podcast 'hoe de GGZ verandert' van Carlijn Welten,⁴ rapportage van De Rekenkamer van zomer 2020⁵). Al deze elementen zijn separaat aan te pakken, maar daarmee is het probleem in veel gevallen niet opgelost. Alle separate elementen vormen een geheel van communicerende vaten waardoor het aanpakken van één domein ook altijd effecten heeft op het andere domein/de andere domeinen. Vanuit die gedachte en geïnspireerd op de gedachten en ideeën van Philippe Delespaul en Jim van Os (2015, 2016)⁶ is in Maastricht (en andere proeftuinen in de regio), gewerkt aan het opzetten en ontwikkelen van een nieuwe, wijkgerichte en met het sociaal domein geïntegreerde vorm van GGZ. Dit vindt plaats onder de labels Blauwe GGZ en Nieuwe GGZ.



Figuur 1. Ontwikkeling Wachttijden SGGZ Zuid-Limburg⁷

¹ <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-wachttijdinformatie-ggz>

² <https://www.vektis.nl/uploads/Nieuws%20Docs/Inzicht%20in%20de%20ggz.pdf>

³ <https://mijn.bsl.nl/persoonlijke-diagnostiek-in-een-nieuwe-ggz/15291828>

⁴ <http://www.hoedeggzverandert.nl>

⁵ <https://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2020/06/25/geen-plek-voor-grote-problemen>

⁶ <http://www.denieuweggz.nl/boek/>

⁷ Bron: data Vektis, geleverd door Zorgverzekeraar CZ, d.d. 23-11-2020

2.1. Leeswijzer

De GGZ is een complexe structuur. Dat komt ook terug in dit verslag. Om het lezen te vergemakkelijken, benoemen we de belangrijkste termen en begrippen die in dit verslag voorbij komen.

- GGZ: Geestelijke Gezondheidszorg
- SGGZ: Specialistische GGZ
- GBGGZ: Generalistische Basis GGZ
- HA GGZ: Huisartsgeneeskundige GGZ
- FACT: Functie Assertive Community Treatment – een ambulante behandeling die gericht is op herstel van functioneren in maatschappelijke context
- Blauwe GGZ: uitwerking inrichting GGZ op basis van input van onder andere Jim van Os, Philippe Delespaul, zoals ontwikkeld in 2015
- De Nieuwe GGZ (DNG): uitwerking inrichting GGZ op basis van pamflet De Nieuwe GGZ door Jim van Os, Philippe Delespaul, Michael Milo, Wilma Boevink en Frank Schalken
- Zvw: Zorgverzekeringswet, die zorg die door zorgverzekeringen wordt vergoed (waaronder GGZ valt)
- SD: Sociaal Domein, die zorg die door middel van gemeentelijke financiering wordt bekostigd
- Elementen: verschillende acties die gezamenlijk een interventie vormen ten behoeve van de praktische uitwerking van het theoretisch kader Blauwe GGZ en DNG
- Interventie: set aan acties die tot een labelbare actie leiden
- Domeinoverstijgend: dat wat gebeurt door samen te werken in zorg geleverd in het SD en Zvw
- Positieve Gezondheid: het door Machteld Huber ontwikkelde perspectief op ziekte en gezondheid
- Pilotpraktijk: dit betreft een huisartsenpraktijk die in de betrokken wijk actief is. In het geval van dit onderzoek gaat het om twee huisartsenpraktijken die als pilotpraktijk hebben gefungeerd.
- MDO: multidisciplinair overleg; een overleg waarbij verschillende professionals met verschillende beroepen/functies bij elkaar zitten

3. Het project

Centraal in het project staat de ambitie om de zorg in de GGZ te optimaliseren. Vanuit het gedachtengoed van de Blauwe GGZ en de Nieuwe GGZ werd daarom beoogd wijkgerichte en met het sociaal domein geïntegreerde GGZ op te zetten. Hiervoor werden verschillende interventies ontwikkeld met aandacht voor zowel het gedachtengoed, doelmatigheid als de bereikbaarheid van de zorg. De interventies werden uitgetest in 2 huisartsenpraktijken in Maastricht onder de naam Blauwe zorg in de Wijk. Het betreft Huisartsenpraktijk Nazareth en Huisartsen Maastricht Oost, ookwel de pilotpraktijken genoemd.

Voorafgaand aan de implementatie van interventies in 2018, is een periode ontwikkeling voorafgegaan.⁸ In 2018 is gestart met de implementatie van interventies in de 2 pilotpraktijken. De centrale vraagstelling binnen het project was: *in welke mate kunnen de interventies bijdragen aan het optimaliseren van de kwaliteit van zorg, gezondheid van de patient en de doelmatigheid van de zorg aan mensen met psychische problemen?* De focus van het project lag in eerste instantie op de haalbaarheid en de doelmatigheid. Dit leidde tot de volgende deelvragen:

⁸ Voor een meer uitgebreide beschrijving van deze periode, zie bijlage 1.

1. Is het mogelijk om de elementen uit het gedachtegoed van Blauwe GGZ en De Nieuwe GGZ te operationaliseren in interventies?
2. Is het mogelijk deze interventies daadwerkelijk toe te passen in de dagelijkse praktijk?
3. Wordt met de interventies een doelmatiger zorg gerealiseerd? Zichtbaar in:
 - a. Reductie van wachttijden;
 - b. De verhouding tussen Generalistische Basis GGZ (GBGGZ) en Specialistische GGZ (SGGZ) verschuift, waarbij het aandeel GBGGZ groter wordt;
 - c. De verhouding tussen behandeling in de GGZ en begeleiding in het Sociaal Domein verschuift, waarbij een groter deel van de cliënten wordt behandeld in het Sociaal Domein;
 - d. Reductie kosten gemaakt in de GGZ.

4. Inrichting wijkaanpak – de interventies

Om wijkgerichte en met het sociaal domein geïntegreerde GGZ te realiseren zijn in Maastricht in de afgelopen jaren verschillende acties ondernomen. Voor meer informatie over het gehele ontwikkelingsproces vanaf 2015, zie bijlage 1. In deze paragraaf worden de interventies die vanaf 2018 zijn uitgetest in de 2 pilotpraktijken nader toegelicht.

4.1. Interventie 1: MDO

Vanaf 1 januari 2018 is er een maandelijks MDO in de twee pilotpraktijken. Tijdens dit MDO vindt consultatie, triagering en terugkoppeling plaats. Om dit optimaal te kunnen faciliteren zijn tijdens dit MDO ten minste een psychiater, een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV-er), een GZ-psycholoog, een ervaringsdeskundige en professionals vanuit het Sociaal Domein aanwezig. Op deze manier zijn alle typen problemen die bij de huisarts voorbij komen te bespreken.

Met het starten van het MDO is er een beweging van verwijzingen naar professionals die in het MDO aanwezig zijn en is een noodzaak ontstaan dat deze professionals met elkaar kunnen samenwerken om in gezamenlijkheid zorg te leveren aan de verwezen cliënten. Er ontstond een informeel team van professionals dat zorg leverde aan de cliënten die verwezen werden uit de twee pilotpraktijken.

4.2. Interventie 2: Ervaringsdeskundigen

Vanaf Q1 2018 hebben vier organisaties (MET GGZ, Mondriaan, LevantoGROEP en het Leger des Heils) ieder 0,5fte ervaringsdeskundigheid ter beschikking gesteld in de rol van kwartiermaker. Concreet betekende dit dat er 4 ervaringsdeskundige professionals voor het werk in de wijk ter beschikking kwamen. Op 1 mei 2018 startten drie ervaringsdeskundigen in de rol van kwartiermaker in de twee wijken verbonden aan de pilotpraktijken. Zij hebben de taak om op onderzoek te gaan in de wijk naar wat er reeds is wat alle vormen van aanbod betreft en vervolgens te kijken hoe ze kunnen invoegen vanuit ervaringsdeskundigheid.

4.3. Interventie 3: GGZ-team

Sinds 2019 staat de basisinfrastructuur voor de wijk en is inhoudelijk een groot aantal stappen gemaakt. Concreet betekent het dat er in de wijken een GGZ-team verbonden aan de twee pilotpraktijken actief is. Daarnaast is er, op basis van onder andere de input van de ervaringsdeskundigen, een Herstelondersteunende Consultatie (HOC) ingericht.

4.3.1. Rol en taken GGZ-team

Het GGZ-team is een domeinoverstijgende, integrale groep professionals die White Label zorg levert in de wijken. Onder zorg wordt verstaan alle zorghandelingen van consultatie tot behandeling/

begeleiding bij crisogene situaties. Dit betekent dat vrijwel alle zorgvragen die te maken hebben met psychisch lijden naar het team in de wijk kunnen worden verwezen.

Het doel van het team is de primaire verwijzingsplaats voor huisartsen en POH-GGZ te zijn bij patiënten/cliënten met psychische klachten. Aanvullend aan dit doel is het streven samen met de huisarts regie te voeren op de volledige caseload aan patiënten. Daardoor is er geen knip meer tussen de huisartsenpraktijk en de vervolgzorg, maar is er een gezamenlijk eigenaarschap. Bepaalde patiënten zijn binnen het hele team en de pilotpraktijken bekend waardoor iedereen ook weet wat wel/niet te doen is in bepaalde situaties. In sommige gevallen betekent dit dat er een laagfrequent duurzaam contact is, in andere gevallen is bekend dat iemand met enige regelmaat terug in zorg komt. Het komt echter ook voor dat een behandeling of begeleiding wordt afgehouden, omdat bekend is dat behandeling in de GGZ geen toegevoegde waarde (meer) heeft. Op die manier wordt onnodige behandeling voorkomen en snel geschakeld als behandeling wel noodzakelijk is. In lijn met de werkwijze, zoals gehanteerd binnen Blauwe Zorg in de Wijk, is het streven het mandaat bij professionals te leggen. Dit betekent dat zij actief betrokken worden bij koersbepaling en besluitvorming. Daarmee wordt nagestreefd een bottom-up proces te organiseren en niet top-down professionals in een vooraf bepaald kader te dwingen. Dit stimuleert eigenaarschap, creativiteit en onderlinge verbondenheid. Het maakt ook duidelijk dat er zicht is op noodzakelijke stappen, progressie en knelpunten.

4.3.2. Samenstelling GGZ-team

Over de exacte samenstelling van het team is veel debat gevoerd. Dit omdat de elementen die benoemd worden in de theoretische kaders van de Blauwe GGZ en DNG ook vereisen dat er een andere mix aan professionals gevraagd wordt (zie bijvoorbeeld het boek *De Goede GGZ*⁹ en de presentatie die Philippe Delespaul gaf aan het Trimbos Instituut¹⁰).

In tabel 1 staat een overzicht van het type professionals in het wijkteam en welke organisaties daarbij betrokken zijn.

Tabel 1. Overzicht professionals en betrokken organisaties in het GGZ-team

Functie	Nr. professionals	Welke organisaties
Psychiater	2	Mondriaan
Regiebehandelaar (KP ¹¹ , PT ¹² , GZ-psycholoog ¹³)#	3	Mondriaan, MET GGZ en Mens GGZ
Behandelaar	3	Mondriaan, MET GGZ en Mens GGZ
SPV ¹⁴ /VS ¹⁵	5	Mondriaan, MET GGZ, LevantoGROEP
Ervaringsdeskundige	4	Leger des Heils, Mondriaan, MET GGZ en LevantoGROEP
Agogisch werkende/ maatschappelijk werker	1	Trajekt, Radar, LevantoGROEP
IPS-trajectbegeleiding	1	Mondriaan
Transmuraal	1	Mondriaan
Totaal	20	

¹¹ Klinisch Psycholoog

¹² Psychotherapeut

¹³ Gezondheidszorgpsycholoog

¹⁴ Hierbij gaat het om SPV die zowel vanuit FACT als SD werken

¹⁵ SPV= Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige; VS= Verpleegkundig Specialist

⁹ <http://www.denieuweggz.nl/boek/>

¹⁰ <https://www.trimbos.nl/docs/2a7ed4a4-e7cd-4111-96b3-93fc7c6daf6b.pdf>

Het overzicht geeft goed zicht op het multidisciplinaire, domeinoverstijgende karakter van het team. Ook wordt duidelijk dat het grootste deel van de professionals vanuit Mondriaan komt. Dit leidt tot een wat scheve verhouding in het team. Op sommige momenten is het daardoor ook lastiger om cultuurverandering, zoals hierboven aangeduid, te bereiken/na te streven.

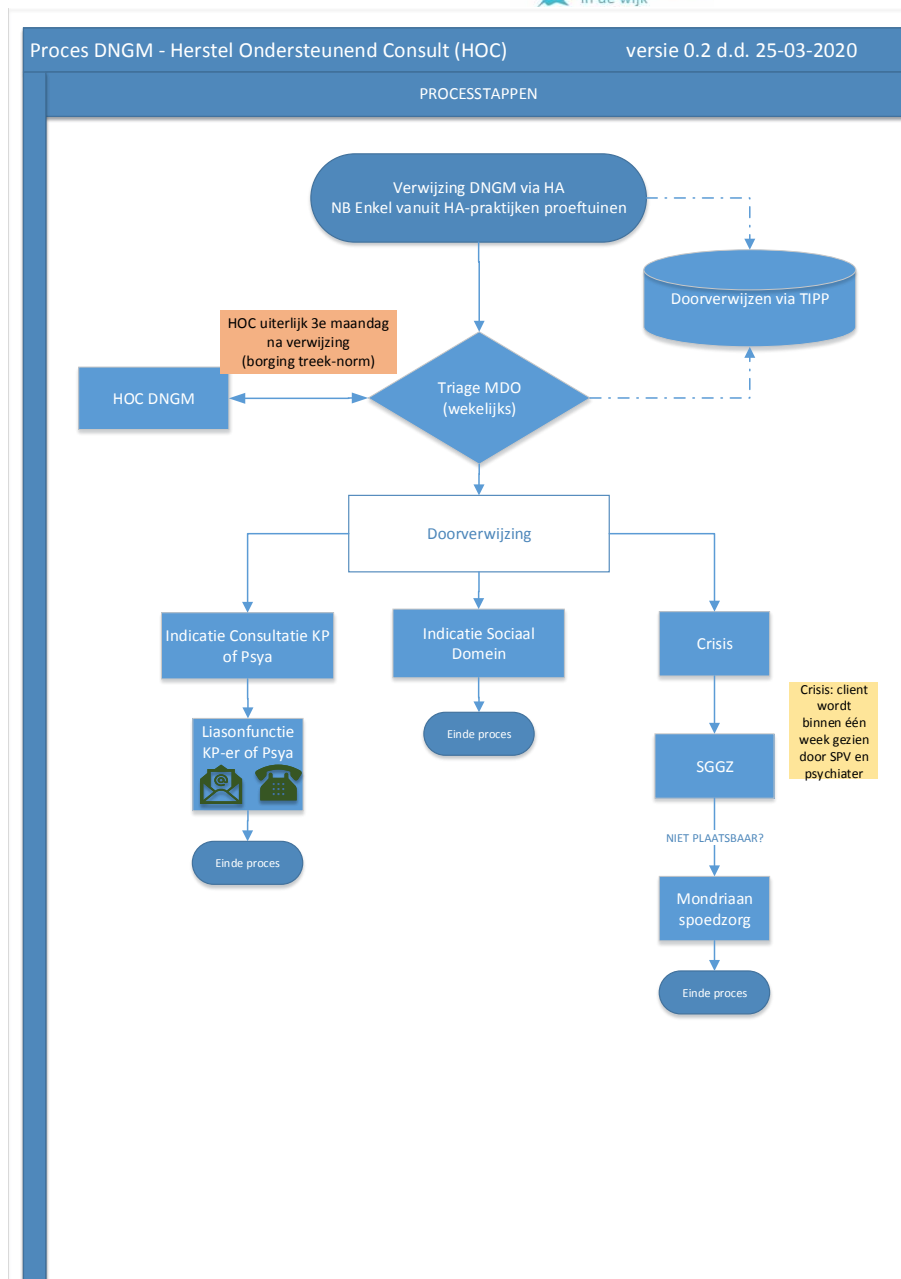
4.4. Interventie 4: Herstelondersteunende Consultatie (HOC)

Het zorgproces in de 2 pilotpraktijken is weergegeven in figuur 2. Hieruit wordt duidelijk dat de huisartsen naar het GGZ-team verwijzen en dat na triage ofwel een verwijzing naar één of meerdere domeinen plaats vindt of dat een HOC wordt gedaan. De HOC, een Herstelondersteunende Consultatie, is een uniek concept dat in Maastricht is ontwikkeld op basis van de ervaringen met een Herstelondersteunende Intake (HOI)¹¹ bij GGZ Noord-Holland Noord.

Doelstelling van de HOC is een breed kennismakingsgesprek met de cliënt te hebben ten behoeve van het gezamenlijk kunnen maken van een inschatting van wat er aan de hand is, waar de cliënt behoefte aan heeft en wat de logische vervolgstappen zijn waar cliënt vertrouwen in heeft. Binnen de pilot geldt daarbij de afspraak dat alle cliënten in principe in een HOC gaan, tenzij anders geïndiceerd.

De HOC is in 2019 ontwikkeld door een aantal professionals en ervaringsdeskundigen en in gezamenlijkheid heeft het team besloten per 1-1-2020 alle instroom via het HOC te includeren. Huisartsen van de betrokken pilotpraktijken hebben de HOC aanvankelijk wel als een extra stap in het zorgverleningsproces ervaren. Immers, zij maken (met hun POH-GGZ) een inschatting van de aard van de problemen en wat daar de best passende vorm van zorg bij zou kunnen zijn. Het kan dan contraïntuïtief voelen als er toch nog een gesprek plaats vindt waarin een deel van het werk herhaald wordt.

¹¹ https://www.denederlandseggz.nl/getmedia/8e307c17-8d5a-4913-baa8-b5133e96bf1a/GGZNoordHollandNoord_Herstelondersteunende-Intakes-bijeenkomst_17jan2020.pdf



Figuur 2. Stroomschema behandeling Wijkpilot

5. Kenmerken van de pilotwijken en praktijken

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

en individuele begeleiding vanuit de Wmo. Wat betreft lichamelijke klachten is de zorgvraag minder groot, de reden hiervoor is dat deze wijken minder vergrijsd zijn. Bij het domein meedoen is te zien dat relatief veel mensen “langs de kant staan”. Eenzaamheid komt veel voor, de sociale cohesie is minder groot, er zijn minder vrijwilligers en mantelzorgers en de leefbaarheid en veiligheid wordt gemiddeld als minder groot ervaren. De kenmerken van deze wijken worden weergegeven in bijlage 2.

5.1. Nazareth / Limmel

Nazareth en Limmel zijn twee Maastrichtse buurten die doorkruist worden door de spoorlijn en omgeven door de snelweg A2 en industriegebied Beatrixhaven. Aan de andere kant grenzen de buurten aan het natuurgebied de Kanjelzone. De buurten stonden vroeger bekend als typische arbeiderswijken en hebben nog steeds een dorps karakter. Nazareth en Limmel hebben respectievelijk 3.215 en 2.255 inwoners. De leeftijdsopbouw in deze wijken is grotendeels vergelijkbaar met gemiddeld in Maastricht; in Limmel wonen meer studenten. Huisartsenpraktijk Nazareth is gevestigd in Nazareth en had in 2018 in totaal 6320 ingeschreven patienten.¹²

5.2. Wittevrouwenveld / Wyckerpoort

Wittevrouwenveld is een zeer stedelijke wijk met ongeveer 5800 inwoners. Vergeleken met Maastricht totaal is het een wijk met relatief veel niet-Westerse allochtonen. Het is ook een jonge wijk, mede door de aanwezigheid van veel studenten. De gemiddelde score voor sociaaleconomische status voor Wittevrouwenveld is erg laag vergeleken met zowel Maastricht als met heel Nederland. Eén van de oorzaken hiervoor is dat het deel van de inwoners dat laagopgeleid is, tweemaal zo groot is als in de rest van Maastricht. Huisartsen Maastricht-Oost is gevestigd in Wittevrouwenveld en had in 2018 in totaal 3834 ingeschreven patienten.¹³

6. Resultaten

Er zijn verschillende niveaus om de resultaten van de interventies te beschrijven. In bijlage 1 is een uitgebreid verslag gegeven van de ontwikkelingen die hebben geleid tot de inrichting van zorg zoals die nu is vormgegeven. Daarnaast zijn er feitelijke resultaten over verwijsgedrag en opvattingen over de geboden zorg. In deze sectie komen deze resultaatgebieden aan de orde.

Bij de bespreking van resultaten ten aanzien van populatie-effecten en kosten, is er de beperking dat veel informatie vertraagd beschikbaar is. Als gevolg van de vergoedingen systematiek in de GGZ, kan het tot 2 jaar na start van een behandeling duren alvorens er zicht is op de exacte plaats, duur en dus de kosten van de zorg. Dit is een belemmering gegeven het feit dat een aantal interventies nog geen twee jaar lopen. In 2021 wordt verwacht dat alle informatie over 2019 compleet en beschikbaar is.

6.1. Gebruikte bronnen

Om inzicht te krijgen in de mate waarin de interventies leiden tot effecten op de doelmatigheid van de zorg is inzicht in de kosten van de zorg nodig. Deze informatie is, als gevolg van de vergoedingssystematiek in de GGZ, pas na 2 jaar beschikbaar. Momenteel is deze informatie nog niet voorhanden. Wel kan op basis van beschikbare bronnen inzicht worden gegeven in het verloop van de verschillende interventies. In tabel 2 worden de databronnen weergegeven.

¹² Vektis. Praktijkspiegel Huisartsenpraktijk Nazareth. Versie 2.7. 2019.

¹³ Vektis. Praktijkspiegel Huisartsen Maastricht-Oost. Versie 2.8. 2020.

Tabel 2. Gebruikte databronnen bij het project Blauwe GGZ in de wijk

Bron	Aard informatie	Periode waarop van toepassing
Vektis – wachttijden	De wachttijden in de regio worden landelijk bijgehouden door Vektis. Deze informatie komt via CZ (Kai Hupkens) naar ZIO/Bart Bongers. Het betreft informatie die regelmatig door Vektis gepubliceerd wordt, maar ten behoeve van het onderzoek is er in november 2020 een update gevraagd waardoor informatie zo actueel mogelijk is.	2018-2020
Vektis - praktijkspiegel	Rapport dat inzicht geeft in de geleverde zorg aan patiënten van een betrokken pilotpraktijk. Gegevens zijn afkomstig van de zorgdeclaraties bij zorgverzekeraars en het AGB-register van Vektis.	2018 (volledig), 2019 (onvolledig)
TIPP verwijsdata	Alle verwijzingen door de verbonden pilotpraktijk via TIPP verstuurd.	Vanaf najaar 2019 tot op heden
MediX	MediX, onderdeel van X-Ample Technology BV, is een keteninformatiesysteem (KIS) dat sinds 2006 in de regio Maastricht-Heuvelland wordt ingezet voor het volgen en begeleiden van patiënten met een chronische aandoening. De POH-GGZ registreert uitgevoerde zorg in MediX.	
Cliëntenlijst team	Betreft een lijst door het team GGZ bijgehouden waarin alle instroom (verwijzingen vanuit pilotpraktijk), beslissingen ten aanzien van instroom en besluiten ten aanzien van behandeling worden bijgehouden	Vanaf zomer 2019
Arrangementenmonitor	In deze monitor worden gemeentelijke data t.a.v. WMO, Wlz, en Jeugdwet gebundeld met zorgverzekeringsdata, zoals aangeleverd door zorgverzekeraar VGZ	2017-2020
Vragenlijst	In deze vragenlijst is in juni navraag gedaan naar de opvattingen van professionals in het GGZ-team over hun werkzaamheden in de wijk. De vragenlijst is verstuurd via SurveyMonkey.	2020

6.2 Resultaten per interventie

6.2.1. Interventie 1: MDO

Het resultaat is een overleg waarin professionals van verschillende achtergrond en verschillende organisaties (Mondriaan, MET GGZ, LEVANTOgroep, Radar en Trajekt) deelnemen. Dit heeft sinds 2018 geleid tot zo'n 12 MDO's per praktijk waarin per overleg ongeveer 10 patiënten zijn besproken op basis waarvan tot een zo optimaal mogelijke verwijzing zou kunnen worden gekomen. Over drie jaar betekent dit dat er zo'n 700 cliënten besproken zijn in beide praktijken. Het gaat hierbij niet om 700 unieke patiënten. Veel patiënten komen in het MDO terug omdat er sprake is van multiproblematiek of dat de patiënten in langdurig in behandeling zijn bij FACT.

6.2.2. Interventie 2: Ervaringsdeskundigen

In 2018 is gestart met de inzet van ervaringsdeskundigen in de wijkpilot. Vanaf mei 2018 waren er drie ervaringsdeskundigen onder verantwoordelijkheid van de projectleider van ZIO aan de wijkpilot

geleverd. Deze drie ervaringsdeskundigen werkten als eerste professionals in de pilot samen in een white-label, domeinoverstijgende en integrale constructie.

6.2.2.1. Verbindingen

De ervaringsdeskundigen zijn gestart in de rol van kwartiermaker en hebben verkend wat al aan activiteiten in de wijk plaatsvindt, welke verbindingen er zijn en waar behoefte aan is in de wijk bij professionals en bewoners (met en zonder psychisch lijden). Al in het eerste jaar waren de ervaringsdeskundigen zichtbaar op het Manus van Alles Festival in de wijk Wittevrouwenveld. Ze hebben workshops verzorgd. Medio 2018 zijn deze ervaringsdeskundigen ook aangesloten in het MDO in de pilotpraktijk.

De ervaringsdeskundigen zijn in de loop van 2018 ook gevraagd mee te denken over de inzet van ervaringsdeskundigheid in heel Maastricht en in de rol van Onafhankelijke Cliëntondersteuner (OCO). Ze hebben tegelijkertijd een belangrijke rol gekregen in de netwerken van informele zorg in de wijk (AA, buurtinitiatieven etc.). Medio 2019 werd duidelijk dat dit geformaliseerd kon worden. Sinds 2020 staan de ervaringsdeskundigen uit het project ook genoemd als mogelijke optie als OCO bij het keukentafelgesprek.

6.2.2.2. Begeleide zelfhulp groepen

Daarnaast is gestart met een zelfhulpgroep en zijn individuele casussen begeleid (via direct contact met burgers, via huisartsen en via andere zorgprofessionals). Het oorspronkelijke groepsaanbod is 1 jaar aangeboden. Dit heeft geleid tot wekelijkse sessies. Het aantal deelnemende bewoners van de wijk was zeer laag (de meeste sessies 2 of minder personen). Op basis van dit lage aantal deelnemers is begin 2019 besloten dat groepsaanbod te stoppen en te kijken naar een andere vorm. Duidelijk is geworden dat een zelfhulpgroep met alleen bewoners uit één wijk voor de bewoners niet aantrekkelijk is: ze hebben een te grote kans om hun burens tegen te komen en dat leidt tot minder enthousiasme om deel te nemen. Eind 2019 lag er een nieuw concept voor een zelfhulpgroep dat in 2020 zou starten. Als gevolg van de COVID-19 pandemie is de start van deze groep een aantal keer uitgesteld. De verwachting is dat deze groep medio 2021 kan starten.

6.2.2.3. Begeleide zelfhulp individueel

De ervaringsdeskundigen bieden ook individuele begeleiding van cliënten. Gemiddeld hebben de ervaringsdeskundigen zo'n 6 cliënten in begeleiding. Over de afgelopen periode heeft dat er toe geleid dat zij in de afgelopen twee jaar 78 cliënten individueel begeleid hebben. De begeleiding kan sterk variëren in duur en aard van de problematiek. Veelal zijn de ervaringsdeskundigen betrokken bij problemen op het gebied van:

- Verslaving
- Eenzaamheid
- Problemen met instroom in hulpverlening
- Zingeving
- Omgaan met kwetsbaarheid

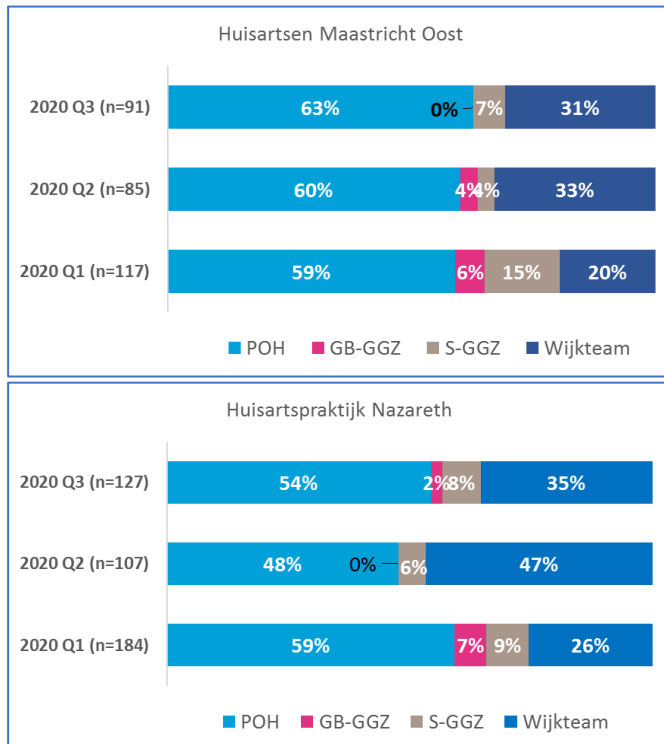
6.2.3. Interventie 3: GGZ Team

6.2.3.1. Getalsmatige resultaten

In 2018 werd in de twee pilotpraktijken gestart met de nieuwe GGZ werkwijze. Dit bestond onder andere uit een maandelijks MDO en de plaatsing van een GZ-psycholoog in de praktijk. Sinds 2019 hebben de twee pilot praktijken de mogelijkheid om patiënten naar het GGZ wijkteam te verwijzen. In de verdeling van de geleverde zorg is, conform eerdere rapportages zoals de GBGGZ-monitor,¹⁴ duidelijk dat het grootste deel van de cliënten met psychisch leiden in eerste instantie wordt gezien

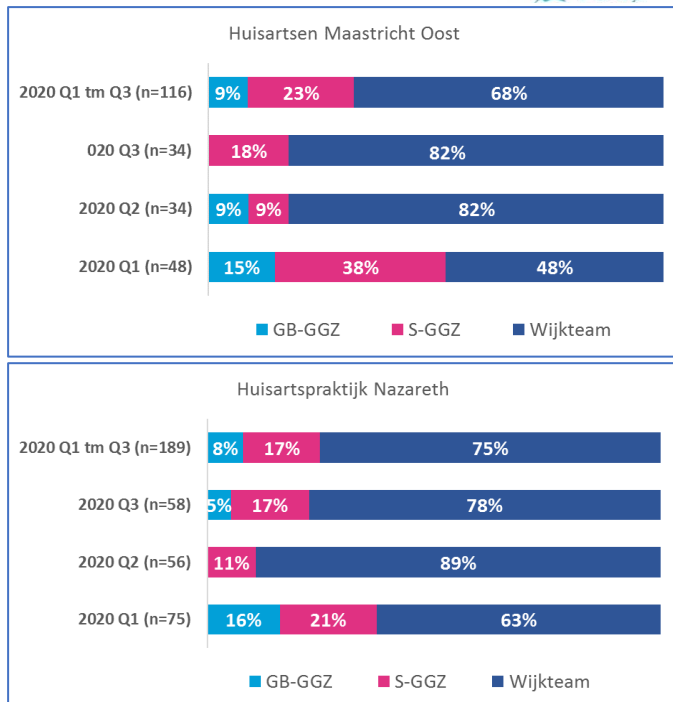
¹⁴ https://www.eerstekamer.nl/overig/20180831/monitor_generalistische_basis_ggz/document

door de POH-GGZ die in de huisartsenpraktijk werkzaam is. Dit is in de pilotpraktijken niet anders (zie Figuur 3).



Figuur 3: Inzet GGZ vanuit de pilot praktijken in Q1 t/m Q3 2020 (intakes POH-GGZ en GGZ verwijzingen naar GB-GGZ, S-GGZ, wijkteam) (MediX en TIPP data)

In de eerste drie kwartalen van 2020 vonden vanuit Huisartsen Maastricht-Oost in totaal 116 verwijzingen naar andere GGZ, anders dan de POH-GGZ, plaats (zie figuur 4). Vanuit Huisartsenpraktijk Nazareth waren dit in totaal 189 verwijzingen. Bij Huisartsen Maastricht Oost ging 68% van het totaal aantal GGZ verwijzingen naar het wijkteam. Bij Huisartsenpraktijk Nazareth ging 75% van de verwijzingen naar het wijkteam (zie Figuur 4).



Figuur 4: Verhouding GB-GGZ, S-GGZ, en wijkteam verwijzingen binnen het totaal aantal GGZ verwijzingen vanuit de pilot praktijken (excl. verwijzingen naar POH-GGZ) (Q1 t/m Q3 2020, TIPP data)

Door de brede beschikbaarheid van professionals uit de GGZ en het Sociaal Domein is het mogelijk de juiste zorg te bieden voor de vragen waarmee cliënten worden verwezen. Bij de behandeling en begeleiding van cliënten wordt intensief samen gewerkt tussen de verschillende domeinen, een doelstelling die reeds in 2016 werd geformuleerd. Professionals kennen elkaar domein- en echelonoverstijgend steeds beter en weten elkaar ook steeds beter te vinden.

In tabel 3 staat het aantal verwijzingen, zoals die binnenkomt bij het wijkteam, wat er na bespreking in het intakeoverleg (MDO) geïndiceerd wordt en wat na het doen van HOC en/of consultatie geïndiceerd wordt in percentages weergegeven. Belangrijkste opmerkingen als het gaat om de start van de behandeling door het GGZ team zijn:

- Er is nauwelijks wachttijd voor het plannen van een HOC of de start van een behandeling: de meeste cliënten hebben binnen 4 weken een eerste afspraak staan. Het maakt daarbij niet uit welke vermoedelijke diagnose de cliënten hebben.
- Triagering door het GGZ-team vindt in gezamenlijkheid plaats op basis van de resultaten van een HOC of op basis van een verwijzing. Daarbij geldt dat er in de basis wordt ingezet op BGGZ. In tabel 3 staat een overzicht van de echelons en domeinen waar zorg plaats vindt bij instroom vanuit de pilotpraktijk en na traigering en/of HOC. Daaruit wordt duidelijk dat een aanzienlijk deel van de verwijzingen (20%) niet naar de GGZ gaat of in een gecombineerde behandeling terecht komt. In het kader van het voortdurend leren is dit een belangrijk onderwerp voor het gesprek met de POH-GGZ van de huisartsenpraktijk of tijdens het MDO met de huisartsenpraktijk.
- Veel casuïstiek in de SGGZ is verbonden aan verslavingsproblematiek, persoonlijkheidsproblematiek en pervasieve stoornissen; hier zijn geen bijzondere wachttijden op van toepassing.

Tabel 3. Overzicht verwijzingen naar GGZ-team vanuit pilotpraktijken en triagering in GGZ-team op basis van registratie verwijzingen in wijkteam tussen april 2019 tot november 2020 (n=380*)

	Verwijsroute zoals voorgesteld door huisartsen bij binnenkomst wijkteam (%)	Indicatie na triagering in intakeoverleg wijkteam (%)	Behandeling traject na triage, consultatie en HOC (%)
HOC	-	59%	-
Consultatie	20%	20%	-
GBGGZ	37%	9%	39%
SGGZ	41%	-	36%
FACT	-	2%	2%
Jeugd	-	4%	4%
Sociaal Domein	-	4%	4%
Ervaringsdeskundigen	-	2%	5%
Combinatie	-	-	7%
Geen zorg			3%

6.2.3.2. Ervaringen professionals

Belangrijk zijn de kwalitatieve resultaten die tot op heden zijn behaald. Het bevragen van cliënten is hierbij lastig gegeven de versnippering van registratie van zorg. Echter, er is een peiling onder professionals gedaan.¹⁵ Uit de resultaten daarvan blijkt dat 90% van de professionals de huidige werkwijze zou aanbevelen. Men vindt dat de filosofie die ten grondslag ligt aan de huidige werkwijze klopt en de basis zou moeten zijn voor de zorg bij psychisch lijden. Men geeft aan een grotere vrijheid te ervaren bij het dagelijks werk. Tegelijkertijd zien de meeste professionals een aantal grotere belemmeringen. Er zijn beperkingen in de beschikbare tijd, de facilitering in de wijze waarop domeinoverstijgend gewerkt kan worden (dossiervorming, gescheiden financieringen, medisch-juridische belemmeringen). Dat heeft nog niet tot gevaarlijke situaties voor het individu geleid, maar tegelijkertijd is er wel een sterke behoefte om dit anders te organiseren.

Twee quotes van professionals uit de wijk illustreren goed hoe men tegen de zorg in de wijk aan kijkt:

- *Ik heb de afgelopen 2 jaar gemerkt dat, om het echt anders te gaan doen, hiervoor dan ook de volledige ruimte moet worden gegeven aan de uitvoerenden. [...] Zo helpen we burgers sneller (geen wachtlijsten) en vaker meteen op de juiste plek(ongeacht welk domein) door het Herstel Ondersteunend Consult dat is opgezet.*
- *Door de zorgvragen anders te benaderen, voornamelijk met de vraag 'wat wil je zelf veranderen'? Is de ervaring dat mensen meer in beweging komen dan dat zichtbaar was in de tijd dat er voornamelijk aanbod gestuurd werd gewerkt. Deze manier van werken geeft mensen regie terug over het leven, soms met een stuk ondersteuning. De levensverhalen, de kracht die er uit de omgeving wordt gehaald zijn zo zichtbaar! En dat kunnen we alleen waarmaken in verbinding en samenwerking met elkaar.*

De ambitie reikt verder dan dat we op dit moment realiseren. Eén van de professionals schrijft: *Maar moeten we ons niet een beetje schamen dat we hier al blij mee zijn?* Dit citaat drukt enerzijds het zicht op progressie uit, maar tekent tevens de ambitie dat er eigenlijk nog meer mogelijk is.

Een belangrijke andere ervaring komt van de huisartsen: zij geven aan dat ze minder crisis situaties hebben. Het is nog lastig dit te onderbouwen met cijfers, maar in eerdere counts uitgevoerd door Boris Klingenberg leek het aantal crisis situaties in de wijkpilot beperkt tot drie à vier casussen. De verwachting is dat retrospectief in 2021 en daarna meer betrouwbare uitspraken daarover te doen zijn.

¹⁵ SurveyMonkey enquête in juni 2020, evaluatieve sessies in juni, September en November 2020

6.2.4. Interventie 4: HOC

Huisartsen hebben de HOC aanvankelijk wel als een extra stap in het zorgverleningsproces ervaren. Immers, zij maken samen met de POH-GGZ een inschatting van de aard van de problemen en wat daar de best passende vorm van zorg bij zou kunnen zijn. Het kan dan contra intuïtief voelen als er toch nog een gesprek plaats vindt waarin een deel van het werk herhaald wordt.

Uit tabel 3 komt naar voren dat 59% van de verwijzingen naar het GGZ-team wordt gezien in een HOC. Dat betekent dat op basis van de verwijzing er aanleiding is om een domeinoverstijgende, herstelgerichte vorm van intake te doen ten behoeve van het in overleg met de cliënt komen tot de juiste zorg op de juiste plaats. Na HOC en consultatie is de verdeling zodanig dat het grootste deel van de cliënten naar de GBGGZ gaat en dat ruim 20% van de cliënten niet in de GGZ voor volwassenen komt.

Aanvankelijk ging een hoger percentage van de verwijzingen in HOC. Maar dat stuitte op problemen met de pilotpraktijken. Daarom is met huisartsen in 2020 diverse keren het gesprek gevoerd over samenwerking in de verwijzingen. Daardoor is voor een aantal cliënten inmiddels niet automatisch meer een HOC het eerste middel waar gebruik van gemaakt wordt. Het gaat dan om cliënten waar huisarts/POH-GGZ en het team de inschatting maken dat een brede insteek echt niet nodig is. Dit is niet vaak, waardoor het grootste deel van de nieuwe instroom toch wordt gezien in een HOC.

Observaties bij de toepassing van de HOC:

- Er is geen financieringsmodel voor het doen van de HOC; dit is belemmerend voor de toekomstige uitvoering van de HOC;
- Tijdens de HOC komt nog veel informatie die niet in een verwijzing kan worden opgenomen aan het licht, dit maakt indiceren makkelijker;
- In het geval er duidelijk sprake is van GBGGZ, dan is de lijn veelal directer naar de GBGGZ; in het geval er een verwijzing voor SGGZ is, gaat die vaker langs een HOC
- Samenstelling van het HOC-team vindt plaats op basis van affiniteit met waarschijnlijke probleemgebieden;
- Na HOC meer domeinoverstijgende aanpak geïndiceerd.

Het resultaat van de HOC en consultatie door psychiater/GZ-psycholoog zijn dat de plaats waar zorg uiteindelijk plaats vindt niet overeen komt met de verwijzing. Een deel van de verwijzingen (12%) krijgt geen zorg, blijft bij een ervaringsdeskundige of gaat naar het Sociaal Domein. In 7% van de gevallen is er een combinatie van de verschillende domeinen.

6.3 Ontwikkeling kosten

Het vraagt zorgvuldigheid om uitspraken te doen over de kostenontwikkeling omdat het relatief lang duurt voordat alle zorg, zoals geleverd, is uitgedeclareerd. Echter, er zijn eerste gegevens waarbij ten minste een indicatie te geven is van de ontwikkelingen ten aanzien van kosten zorg. Op basis van gegevens van de Gemeente Maastricht en zorgverzekeraar VGZ is er in de Arrangementenmonitor een overzicht te maken van de ontwikkeling van kosten in de afgelopen 2 jaar. In onderstaande afbeeldingen (Figuur 5 en 6) wordt dit zichtbaar gemaakt voor beide pilotpraktijken. In de beide pilotpraktijken is sprake van een afname van de instroom in de GGZ (grijze lijnen). Ook in Maastricht als geheel (oranje lijn) is sprake van een afname van de instroom in de GGZ. Echter, de afname in de instroom in de twee pilotpraktijken is groter dan die in de rest van de stad. Gegeven de samenstelling van de wijken (zie paragraaf 5) zou dit op zijn minst nader onderzoek behoeven. Actueel (november 2020) zijn hiervoor nog onvoldoende gegevens beschikbaar. Verder is in Figuur 5 en 6 waar te nemen dat het de gemiddelde kostprijs voor een traject in beide wijken nagenoeg gelijk is aan het gemiddelde van de stad. De gemiddelde kostprijs van een traject ligt in Oost net onder het gemiddelde en in Nazareth net boven het gemiddelde.



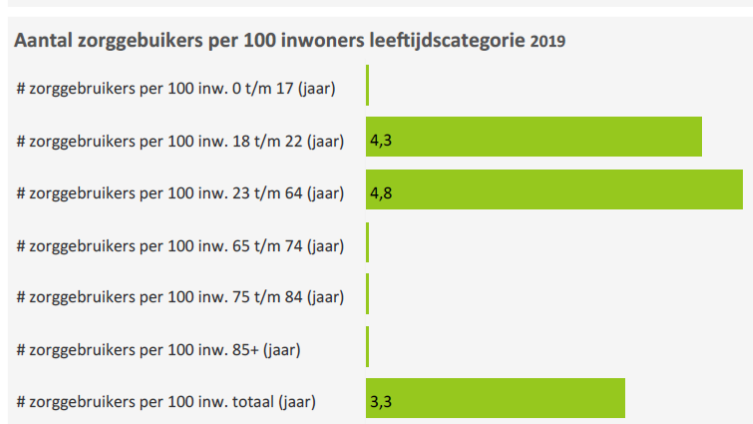
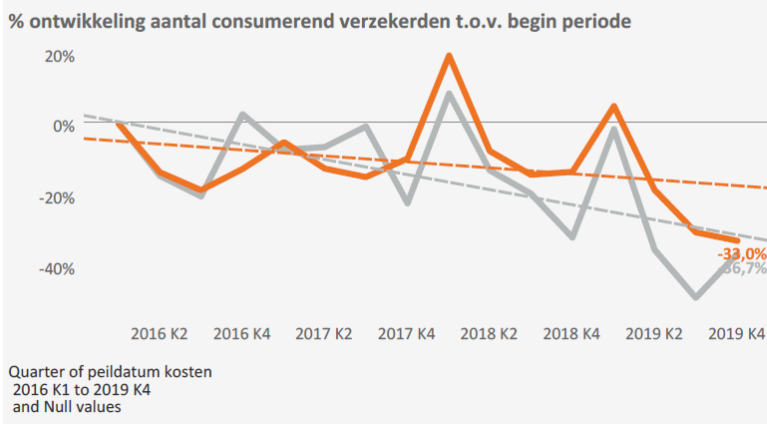
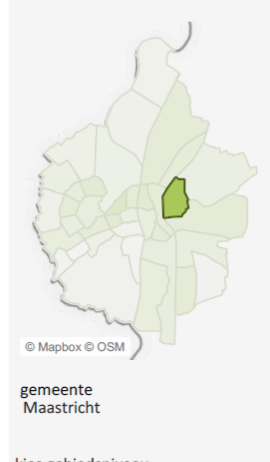
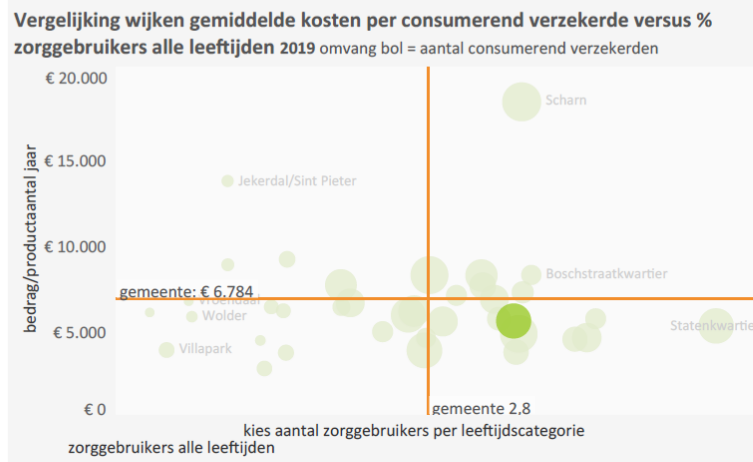
Zorgverzekering

Ontwikkeling aantal consumerend verzekerden, kosten per zorgsoort en buurt



Aantal consumerend verzekerden per zorgsoort		2016	2017	2018	2019
Mentale gezondheid	1e lijn GGZ	124	130	119	109
	Specialistische GGZ ambula..	107	99	97	67
	Specialistische GGZ klinisch	7	6	6	4

Let op: de aantallen betreffen aantal consumerend verzekerden **per zorgsoort** en zijn dus niet bij elkaar op te tellen. Alle inwoners zijn bij de huisarts aangesloten en worden als consumerend verzekerde beschouwd. Bij totaal **alle zorgsoorten excl. huisartenzorg** betreft het wel **unieke personen** met één of meer vormen van zorg (excl huisartenzorg).



wijkcluster All

indicator fysiek mentaal mentaal

zorgsoort All

leeftijdsgroep Volwassenen 18 t/m 66

peiljaar kosten 2019

Figuur 5. Overzicht resultaten Wittevrouwenveld (bron: arrangementenmonitor)
 Note: de cijfers van 2019 zijn nog niet volledig



Zorgverzekering

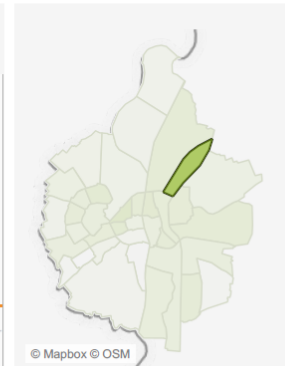
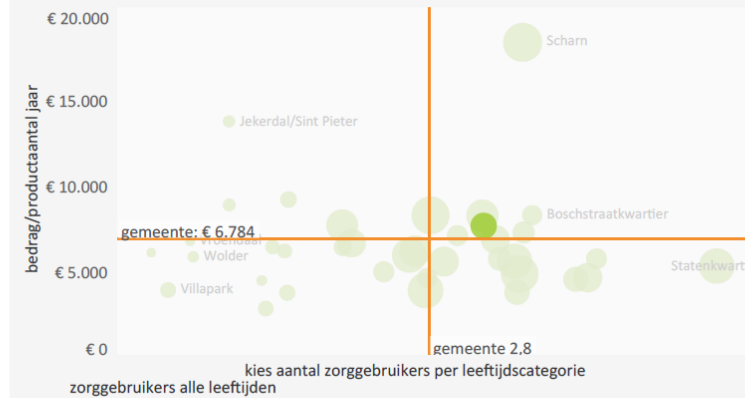
Ontwikkeling aantal consumerend verzekerden, kosten per zorgsoort en buurt



Aantal consumerend verzekerden per zorgsoort		2016	2017	2018	2019
Mentale gezondheid	1e lijn GGZ	60	55	46	54
	Specialistische GGZ ambula..	72	75	68	45
	Specialistische GGZ klinisch	6	5	5	3

Let op: de aantallen betreffen aantal consumerend verzekerden **per zorgsoort** en zijn dus niet bij elkaar op te tellen. Alle inwoners zijn bij de huisarts aangesloten en worden als consumerend verzekerde beschouwd. Bij totaal **alle zorgsoorten excl. huisartenzorg** betreft het wel **unieke personen** met één of meer vormen van zorg (excl huisartenzorg).

Vergelijking wijken gemiddelde kosten per consumerend verzekerde versus % zorggebruikers alle leeftijden 2019 omvang bol = aantal consumerend verzekerden



gemeente Maastricht

kies gebiedsniveau buurt

wijkcluster All

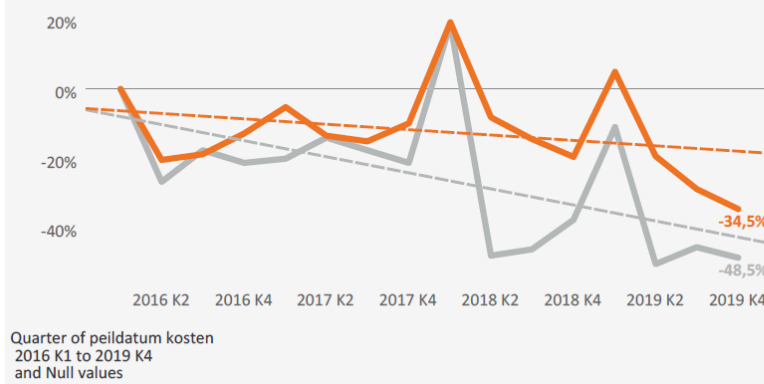
indicator fysiek mentaal mentaal

zorgsoort All

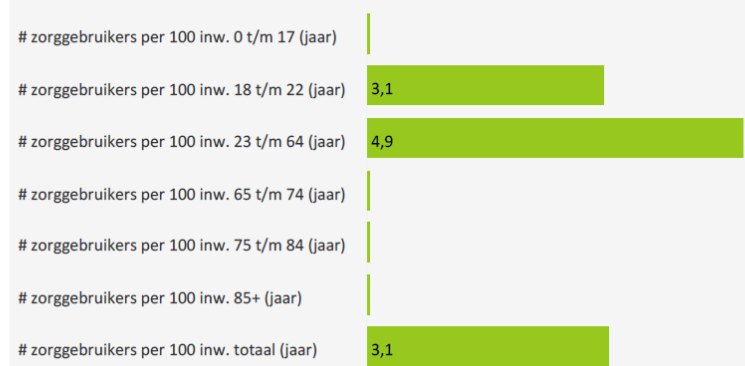
leeftijdsgroep Volwassenen 18 t/m 66

peiljaar kosten 2019

% ontwikkeling aantal consumerend verzekerden t.o.v. begin periode



Aantal zorggebruikers per 100 inwoners leeftijdscategorie 2019



Figuur 6. Overzicht resultaten Nazareth (bron: arrangementenmonitor)
Note: de cijfers van 2019 zijn nog niet volledig

7. Conclusies

In de afgelopen jaren is vanuit het gedachtengoed van de Blauwe GGZ en De Nieuw GGZ gewerkt aan het opzetten van wijkgerichte en met het sociaal domein geïntegreerde GGZ. Hiervoor werden verschillende interventies ontwikkeld en geïmplementeerd in twee huisartsenpraktijken in Maastricht. Daarbij lag in eerste instantie de focus op de doelmatigheid en haalbaarheid van de interventies.

7.1. Conclusies

Op basis van de ervaringen in de afgelopen jaren en de eerste resultaten lijken er aanwijzingen te zijn dat de interventies kunnen bijdragen aan doelmatigheid in de GGZ. Ten aanzien van de kosten is momenteel echter nog geen definitieve uitspraak te doen. Op basis van de eerste bevindingen lijkt er minder gebruik te worden gemaakt van de SGGZ. Daarnaast zijn de wachttijden korter en is een intensievere samenwerking met het Sociaal Domein opgezet. Al deze elementen zouden tot een reductie in kosten kunnen leiden, maar om daar definitieve uitspraken over te kunnen doen is meer tijd nodig.

Op basis van deze resultaten zijn de volgende conclusies te trekken:

- Het inrichten van een domeinoverstijgend en integraal team dat dicht bij de huisartsenpraktijk werkt is een toevoeging voor patiënten, huisartsen en zorgprofessionals.
- Het inrichten van dat GGZ-team in de wijk is een complex en tijdrovend proces.
- Vanaf het moment dat een GGZ team in de wijk is ingericht, is het mogelijk om patiëntstromen om te leiden en andere professionals dan de GGZ-medewerkers een centrale rol in de zorg voor mensen met psychische klachten te geven.
- Betrokken professionals zijn overtuigd dat de inhoudelijke vorm die op basis van de filosofie van Blauwe GGZ en DNG is uitgewerkt van (grote) toegevoegde waarde is voor het zorgaanbod.
- De verwachting is dat op termijn deze verschuiving van zorgtrajecten zal leiden tot een reductie van de kosten in de GGZ.
- De wachttijden zijn op te lossen door een integraal werkend team dicht bij de huisartsenpraktijk te organiseren.
- Het aantal crisis situaties lijkt geringer te zijn.

7.2. Aanbevelingen

De belangrijkste aanbevelingen ten aanzien van de uitkomsten van dit project zijn:

1. Veel hulpverleners willen graag op een andere manier werken. De stap om dat ook uit te werken vraagt een lange adem. Voor pilot situaties vraagt dat een nadrukkelijke selectie aan de voorkant. Deze eerste groep professionals dient een heldere werkwijze te ontwikkelen waar andere hulpverleners vervolgens mee uit de voeten kunnen.
2. Er moet voldoende tijd zijn om een effectevaluatie te doen; dit biedt tijd om data te verzamelen en ook het effect van de interventie op de langere tijd te evalueren. Voor de GGZ betekent dit dat interventies ten minste 4 jaar moeten lopen om goed te kunnen evalueren.
3. Er dienen duidelijke afspraken te worden gemaakt over financiering van het project zolang er nog knelpunten bestaan in domeinoverstijgend werken en bij gebruik van interventies die actueel niet in een vergoedingsstructuur zijn opgenomen.
4. Medewerkers dienen vrijheid van handelen krijgen en niet op productiviteit te worden afgerekend. Pas als de nieuwe producten zijn doorontwikkeld en algemeen toepasbaar zijn, is dat mogelijk of er moet een andere financieringsstructuur worden afgesproken.
5. Dichtbij de huisarts werken en gezamenlijke verantwoordelijkheid dragen voor de volledige caseload leidt tot een efficiënte en doelmatige omgang met mensen met psychische

klachten; dit kan dan ook zonder noemenswaardige wachttijden voor alle probleemgebieden.

6. De inzet van ervaringsdeskundigen in de gehele stad. In navolging van bijvoorbeeld Enik Recovery College (Utrecht) en Ixta Noa (Noord Nederland), is het de wens om in de stad een breed aanbod van zelfhulpgroepen, cursussen en andere vormen van contact voor en tussen mensen met vragen in de stad te organiseren. Op die manier ontstaat er een initiatief waarbij niet professionele zorg direct nodig is, maar de kracht van uitwisseling bij ervaringen kan worden gebruikt.

8. Continuering

Eind 2020 ligt de focus van de wijkpilot op het organiseren van de juiste randvoorwaarden (personele bezetting, ict, juridische aspecten) en financiering. Daarmee hebben de in de coöperatie DNG betrokken organisaties besloten gezamenlijk verder inhoud en vorm te geven aan de ontwikkelingen van de afgelopen vijf jaar. Er is nog veel dat onduidelijk is, maar er is een basis waarop een aantal interventies tenminste voortgezet zou moeten worden. Het is in de wijkpilot bij twee pilotpraktijken gelukt om zonder wachtlijst te werken. Dat is iets dat bijna nergens in Nederland lijkt te lukken gegeven de lengte van de wachttijden. En dat afgezet tegen daalende instroom en niet stijgende kosten. Gegeven het feit dat er bij professionals nog een inhoudelijke ambitie ligt om verder door te ontwikkelen, ligt het voor de hand in 2021 en in de jaren daarna door te gaan met de interventies die zijn ingezet.

8.1. Elementen uit Blauwe GGZ/DNG in spin-offs

Veel van de in de Blauwe Zorg in de Wijk pilot ontwikkelde en gestartte procedures en ideeën krijgen vervolg. Zo is in 2019 Mens GGZ opgericht om het concept van dichtbij de huisarts behandelen sneller en breder te kunnen implementeren. Actueel (eind 2020) wordt in 8 huisartsenpraktijken op deze manier gewerkt en is de ambitie in 2021 een belangrijk deel van de overige huisartsenpraktijken in de regio aan te sluiten.

Gekoppeld aan het belang van de rol van de huisarts, zijn belangrijke concepten uit de Blauwe GGZ/DNG opgenomen in de uitwerking van de PlusPraktijken. Alle huisartsen die daarin participeren hebben nadrukkelijke afspraken gemaakt over de omgang met patiënten met GGZ-problematiek (zie sectie 8.5 voor meer informatie).

Het gebruik van de Herstel Ondersteunende Consultatie (HOC) zal in 2021 ook navolging krijgen in de Westelijke Mijnstreek.

8.2. Borging werkwijze

In 2021 wordt de formatie, de ict-structuur en de medisch-juridische structuur verder geborgd. Daarmee wordt bedoeld dat het aantal professionals in de wijk op niveau voor de caseload wordt gebracht, dat er voldoende uren beschikbaar zijn om tot teamvorming te komen en dat er gewerkt kan worden vanuit één elektronisch patiëntendossier (epd).

8.3. Uitrol DNG naar Jeugd

Eind 2020 vinden gesprekken plaats om ook de Jeugd GGZ vanaf 2021 in te voegen in het project. Daartoe is enthousiasme bij aanbieders van Jeugd GGZ en voorliggende voorzieningen, zoals In2yourplace en @Ease. Gezamenlijk zal medio 2021 een plan worden voorgelegd met concrete stappen tot implementatie. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de ervaring die is opgedaan in de krachtenbundeling en de ontwikkeling van de pilot DNG in de Blauwe wijk.

8.4. Uitrol DNG over de rest van de stad

Eerste gesprekken over de uitrol van de in dit rapport beschreven wijkpilot GGZ hebben plaatsgevonden. Er is de ambitie om deze manier van werken in de komende periode uit te breiden naar de andere wijken in de stad. Elementen van de werkwijze vinden actueel al hun weg naar bepaalde huisartsenpraktijken die nauwer zijn gaan samenwerken met een psychiater of professionals uit het Sociaal Domein.

8.5. PlusPraktijken

Naar aanleiding van de interventies in de twee pilotpraktijken is in 2018 ook gestart met het plaatsen van GZ-psychologen in de 15 PlusPraktijken in Maastricht-Heuvelland. Het project PlusPraktijk is in 2018 gestart en beoogt toekomstbestendige huisartsenzorg op te zetten, die recht doet aan de groeiende complexiteit en zorgvraag in huisartsenpraktijken. Het versterken van de zorg aan mensen met GGZ problematiek is daar een onderdeel van. Voor meer informatie over het totale project PlusPraktijk, zie <https://www.zio.nl/huisartsenpraktijk/pluspraktijk/>. Van medio 2018 tot heden wordt gewerkt aan het plaatsen van GZ-psychologen in de huisartsenpraktijken en het opzetten van een gezamenlijk overlegstructuur tussen huisarts, POH-GGZ en de GZ-psycholoog. In 2020 is gestart met het leggen van een goede verbinding tussen de PlusPraktijken en het sociale wijkteam. Dit zal in 2021 verder worden uitgewerkt en geoptimaliseerd. Op deze wijze wordt beoogd de positieve ervaringen van de twee pilotpraktijken te verbreden naar de 15 PlusPraktijken en vervolgens regionaal uit te rollen.

8.6. Ervaringsdeskundigen

Begin 2020 is een definitief besluit genomen over de voortzetting van de inzet van ervaringsdeskundigen. De bereikte resultaten, de rol die de ervaringsdeskundigen in verschillende gremia in de wijk vervullen en de overtuiging van betrokken organisaties dat het belangrijk is om in te zetten op het gebruik van ervaringsdeskundigen droegen er toe bij dat er besloten is hun inzet te verlengen. Daaraan gekoppeld is de ambitie geformuleerd om de inzet van ervaringsdeskundigen voor de rest van de stad beschikbaar te krijgen. Dit vraagt een nauwe samenwerking tussen aanbieders en de gemeente. In een eerder stadium hebben hier reeds gesprekken over plaatsgevonden en die zullen in 2021 weer opgepakt worden.

8.7. Kosten

Zoals reeds aangegeven, zijn eind 2020 nog geen definitieve uitspraken te doen over de exacte ontwikkeling van de kosten in de proeftuin. Daarvoor is meer tijd nodig. In 2021 en daarna komen daarover meer gegevens vrij, maar zal ook actief monitoring op ontwikkeling van de kosten plaatsvinden. De verwachting is dat vanaf 2022 met de introductie van het Zorgprestatie model (ZPM), de monitoring op de kosten (ontwikkeling) meer direct kan worden gedaan.

Bijlage 1: Procesbeschrijving

2015/2016

ZIO- Blauwe GGZ

In de zomer van 2015 is er onder regie van ZIO een bijeenkomst georganiseerd in Maastricht Heuvelland om te praten over de GGZ in de regio. In een gesprek met Philippe Delespaul en Jim van Os, is een brede lijn uitgezet ten aanzien van de toekomst van de GGZ. In deze brede lijn, werden vier elementen onderscheiden:

1. Positieve gezondheid van Machteld Huber en persoonsgerichte diagnostiek van Jim van Os.
2. Ervaringsdeskundigheid zoals onder andere gepropageerd door Wilma Boevink.
3. Fasegericht behandelen waar Philippe Delespaul zich over uitgesproken had.
4. Kwaliteit van zorg.

Deze vier elementen konden worden ingebed in een wijkgerichte aanpak van zorg, waardoor er een toegankelijker zorg zou kunnen ontstaan. Hierbij speelde een belangrijke rol dat een wijkgerichte aanpak niet alleen tot meer laagdrempeligheid zou leiden, maar ook tot een zorg die ingebed is in de samenleving. Deze inbedding in de samenleving is fundamenteel om tot een gezonde maatschappij te komen waarbij psychische problematiek niet onderwerp waren van stigmatisering.

Bovengenoemde leidde tot de inrichting van vier werkgroepen onder voorzitterschap van de reeds genoemde personen. Kwaliteit van zorg werd voorgezeten door de voorzitter van Psy-Zorg in Zuid-Limburg, Joop Kerstens. ZIO faciliteerde deze werkgroepen en droeg ertoe bij dat de juiste mensen uitgenodigd werden om de gesprekken over de inrichting van zorg goed te kunnen voeren.

Filosofie

De globale filosofie die ten grondslag lag aan het proces dat ZIO startte was dat door middel van normaliseren er minder instroom zou zijn in de GGZ. Hierbij moeten huisartsen nauw betrokken zijn, omdat zij vooraan het proces van de cliënt zitten: zij maken de eerste inschatting en stellen een verwijzing op naar vervolgzorg (in dit geval GGZ). Als zij een goede inschatting kunnen maken, dan leidt dit tot een zo optimaal verlopende instroom en start voor de cliënt.

Door middel van Positieve Gezondheid is het mogelijk om de juiste inschatting op de aard van de problemen te maken. Het gebruik van zes levensdomeinen helpt bij het in kaart brengen van het exacte probleemgebied op basis waarvan de cliënt de juiste zorg krijgt.

Een voorbeeld: als iemand depressieve klachten heeft dan lijkt behandeling in de GGZ geïndiceerd. Wordt door middel van het gebruik van Positieve Gezondheid duidelijk dat het de reden voor de depressieve klachten ligt in problematische schulden, dan is niet de behandeling in de GGZ de beste remedie, maar het gebruik van schuldhulpverlening.

“Ervaringsdeskundigheid is het vermogen om op grond van eigen herstelervaring voor anderen ruimte te maken voor herstel. De kennis die door reflectie op de eigen ervaringen en ervaringen van deelgenoten is vergaard, aangevuld met kennis uit andere bronnen, wordt op een professionele manier ingezet ten behoeve van anderen (bron www.deervaringsdeskundige.nl¹⁶).” Deze vorm van kennis vormde zowel bij de Blauwe GGZ als DNG een elementair onderdeel: het betrekken van mensen die uit eigen ervaring weten wat het betekent om herstel te bereiken en die kennis in te kunnen zetten ten behoeve van het herstel van anderen, zou kunnen bijdragen aan het reduceren van de instroom in de GGZ zodat alleen die mensen die werkelijk psychologische behandeling nodig hebben ook bij een behandelaar terecht komen.

Persoonsgerichte Diagnostiek kreeg een belangrijke plek omdat de vier vragen zoals Jim van Os die had geformuleerd (wat is er met je gebeurd, wat is je kwetsbaarheid en je weerbaarheid, waar wil je naartoe en wat heb je nodig) ertoe bijdragen dat de cliënt niet wordt gezien als een weerloos slachtoffer, maar tegelijkertijd gehoord/gezien kan worden en een centrale plek kan krijgen in zijn

¹⁶ <https://www.deervaringsdeskundige.nl/visie-definities/wat-is-ervaringsdeskundigheid.aspx>

proces tot verbetering van zijn eigen situatie. Net als bij Positieve Gezondheid ligt bij persoonsgerichte diagnostiek de focus op de mens in zijn situatie en de ideeën die hij/zij heeft om zijn eigen situatie te verbeteren.

Een blijvend knelpunt in de GGZ is dat mensen naar het verkeerde echelon in zorg worden verwezen. Nu (Rekenkamer, 2020) en in het verleden (2015) was al het inzicht dat een aanzienlijke populatie een te zware vorm van hulpverlening krijgt geïndiceerd met als resultaat dat mensen die echt deze vorm van zorg nodig hebben, geen toegang meer kunnen krijgen. Vanuit Fasegerichte Behandeling wordt er gestreefd mensen nadrukkelijker die zorg te bieden die ze op een bepaald moment nodig hebben. Dat betekent dat iemand in de Generalistische Basis GGZ kan worden behandeld en dat er toch een meer specialistische module geïndiceerd is. Concreet: iemand met een depressie kan prima in de GBGGZ behandeld worden tot duidelijk wordt dat er sprake is van complex trauma waarvoor specialistisch een module voor complex trauma (EMDR) ingezet wordt.

Tot slot was er vanaf het begin aandacht voor de kwaliteit van de geleverde zorg. De centrale vraag die daarbij gesteld werd is: hoe borg je kwaliteit van een andere manier van werken en welke instrumenten heb je daarvoor nodig? Daarbij speelt een belangrijke rol dat kwaliteit van zorg niet alleen aan het eind van een traject gemeten zou moeten worden, maar een meer longitudinale vorm van meting vergt, onderwijl ook faciliterend dat tussen behandelaar en cliënt een voortdurende leermogelijkheid wordt geschapen waarin beiden kunnen toetsen of er nog wordt gewerkt aan de gestelde doelen.

De Nieuwe GGZ

Eind 2015 verscheen van de hand van Philippe Delespaul, Jim van Os, Wilma Boevink, Michael Milo en Frank Schalken een pamflet onder de naam 'De Nieuwe GGZ', kortweg DNG. Dit pamflet werd begin 2016 opgevolgd door de publicatie van het boek 'De Goede GGZ' (2016) geschreven door genoemde auteurs van het pamflet. In boek en pamflet werd een visie op de GGZ gepubliceerd waarin zorg wijkgericht, mensgericht, met inzet van ervaringsdeskundigen en ondersteund met digitale tools werd neergezet.

Publicatie van pamflet en boek leidde in het hele land tot een debat over de inrichting van de GGZ. Veel professionals voelden de publicatie van het pamflet als een welkome herkenning van knelpunten waar zij elke dag tegenaan liepen. Tegelijkertijd ontstond ook het debat over het 'nieuwe' aan DNG. Was het niet vooral oude wijn in nieuwe zakken?

Het weerhield diverse organisaties in het hele land er niet van om het initiatief te omarmen en aan de slag te gaan met het gedachtengoed. In Zuid-Limburg ging een consortium onder aanvoering van Virenze (failliet in 2017) aan de gang met het organiseren van DNG. Dit consortium bestond naast Virenze uit LevantoGROEP, Mondriaan, MUMC+ en Zuyderland.

Ook vanuit dit samenwerkingsverband werd er nagedacht over een concrete invulling van de ideeën van Delespaul, Van Os, Boevink, Milo en Schalken.

Fusering Blauwe GGZ en DNG

Doordat de geestelijk vaders van Blauwe GGZ en DNG dezelfde waren, was er sprake van een grote overlap tussen beide stromingen ten aanzien van de GGZ. In het tweede kwartaal van 2016 werd daarom besloten beide bewegingen te laten fuseren. Vanaf dat moment is er sprake van een nauwe samenwerking tussen de Blauwe en De Nieuwe GGZ.

De werkgroepen zoals georganiseerd door ZIO werden samengevoegd/uitgebreid met professionals van de bij DNG in Zuid-Limburg betrokken organisaties. Er ontstond daardoor een wederzijdse verbreding van de blik op de behandeling en begeleiding van psychische problematiek: alleen door nauwe en intensieve samenwerking tussen het Zorgverzekeringsdomein en het Sociaal Domein was het mogelijk tot een integrale behandeling te komen van de problematiek zoals die er is (zie bijvoorbeeld het eerder genoemde voorbeeld van depressie en schuldenproblematiek).

2016 /2017

Eerste plannen

Na de samensmelting van beide stromingen ten aanzien van het inrichten van een pilot in de GGZ, werd een aanpassing van de onderwerpen doorgevoerd. De eerste vier oorspronkelijke groepen hadden input gegeven voor een aantal aspecten waarop acties zouden moeten worden uitgezet:

1. Het gebruik van de consultatiemogelijkheden voor huisartsen; het gebruik van de mogelijkheden tot consultatie bleek zeer beperkt te zijn, waarbij de inschatting was dat hierdoor onjuiste/onvolledige inschattingen leidden tot onnauwkeurige verwijzingen.
2. De samenwerking tussen FACT (Functie Assertive Community Treatment – een ambulante behandeling die gericht is op herstel van functioneren in maatschappelijke context) en Sociaal Domein; beide in de wijk opererende groepen professionals gaven aan dat ze wederzijds onbereikbaar voor elkaar waren, terwijl ze vaak dezelfde populatie als cliënt hebben. Nauwere samenwerking zou tot ontlasting van allebei de echelons van zorg kunnen leiden, maar belangrijker was dat cliënten niet in een situatie van gespleten zorg zouden komen en dus beter integraal behandeld en begeleid worden. Om dit goed te doen werden twee Interventies nader uitgewerkt:
 - a. Casemanager: een professional die het overzicht op het gehele proces van de cliënt zou hebben. Die met de cliënt er zorg voor zou dragen dat alles dat hij/zij nodig had om te kunnen herstellen ook geregeld zou worden. Iemand die als een verbindingsofficier tussen de verschillende domeinen, echelons en daarin opererende aanbieders zou schakelen.
 - b. Ervaringsdeskundigen: met de inzet van professionals die vanuit een eigen herstellervaring in staat zijn ook anderen bij hun herstel te helpen, is het mogelijk om de focus te verleggen naar de capaciteiten die de meeste mensen zelf hebben en onderwijl ook verbindingen met niet-zorg faciliteiten te organiseren.
3. Bij alle overleggen werd duidelijk dat er een gebrek aan onderlinge bekendheid was. De noodzaak om elkaar te kennen ten behoeve van optimale samenwerking was groot. Dit leidde onder andere tot de beslissing om te werken aan een gezamenlijke taal, waarbij Positieve Gezondheid een belangrijk instrument zou kunnen zijn. Verder werd er aanvankelijk gedacht aan twee andere oplossingen:
 - a. Het organiseren van netwerkbijeenkomst: door met regelmaat bij elkaar te komen, zou het mogelijk zijn om samenwerking in de wijk, bij specifieke casuïstiek beter vorm te geven.
 - b. Het bouwen van een wijk-wiki: in analogie aan Wikipedia® werd gedacht dat het organiseren van een platform waar je andere hulpverleners in jouw buurt kunt zoeken een oplossing was voor onderlinge verbindingen en bekendheid.

Een toets in de praktijk

Alvorens deze denkrichtingen ook in de praktijk te brengen, is in 2017 een ronde gemaakt langs instellingen en professionals om ze te toetsen. Tijdens deze ronde bleek een aantal ideeën aan te slaan, maar een aantal ideeën ook niet realiseerbaar of succesvol te kunnen zijn. Bijvoorbeeld het bouwen van een wijk-wiki: in de afgelopen jaren is er op verschillende manieren in Maastricht geprobeerd om een dergelijk platform (op papier of digitaal) te organiseren en alle pogingen zijn mislukt. De reden voor deze mislukkingen is gelegen in het feit dat het zeer arbeidsintensief is om een dergelijk platform te onderhouden. Dat betekende dat het organiseren van een wijk-wiki medio 2017 als realistische oplossing voor onderlinge onbekendheid werd verworpen.

Ook het organiseren van netwerkbijeenkomsten kon in eerste instantie op groot enthousiasme rekenen, maar stootte op de belemmering dat er veel bijeenkomsten worden georganiseerd en dit ten koste gaat van de tijd die professionals in cliëntenzorg konden steken.

Wel succesvol was het idee van de ervaringsdeskundigen. In de zomer van 2017 werd het plan om ervaringsdeskundigen in de wijk te laten werken met enthousiasme opgepakt door een aantal bestuurders. Dit leidde tot de afspraak dat vier organisaties een ervaringsdeskundige aan de wijk zou gaan leveren in de rol van kwartiermaker. Het najaar van 2017 en de winter van 2018 werden gebruikt om profielen op te stellen en alle randvoorwaardelijke stappen te nemen waardoor het mogelijk was vanaf mei 2018 ervaringsdeskundigen in de pilot actief te hebben (zie...).

Plan 1 en 2 zoals hierboven beschreven hebben betrekking op het organiseren van de zorg. In de gesprekken ten aanzien van de inrichting van een betere consultatie en casemanagement bleek dat de behoefte bestond aan een meer geïntegreerd en simpeler aanbod. Zowel vanuit de aanbieders als vanuit de huisartsen was behoefte om nader samen te werken. Op basis daarvan werden de uitwerking van consultatie en casemanagement samen gebracht en geherformuleerd tot de ambitie een GGZ-team in de wijk rond de huisartsenpraktijk te organiseren. Dit werd ondersteund door een artikel van Delespaul, Bak, Rasenberg en Wijnands in Medisch Contact (REFERENTIE).

Als gevolg van deze wijziging in koers, werd ook de te includeren populatie gewijzigd. Niet langer postcode, maar inschrijving bij een participerende huisartsenpraktijk, was het belangrijkste criterium. Tot slot werd er gewerkt aan een uniform intake-format waarmee alle cliënten die bij de huisarts komen met psychische klachten kunnen worden opgenomen in zorg, of het nu zorg in het Sociaal Domein betreft of zorg in de GGZ. Doel van dit format was verbinding te organiseren en, in lijn met de ambitie van het gebruik van positieve gezondheid, ervoor te zorgen dat alle levensdomeinen tijdens een intakegesprek worden aangesproken. Het leidde, onder voorzitterschap van Monique Willemsen, tot een format dat MIJN PLAN werd gedoopt. Bij de implementatie van dit plan, werd duidelijk dat er een noodzaak was voor een gezamenlijk epd waarin de informatie zou kunnen worden bewaard. Echter, een gezamenlijk epd was in 2017 nog niet realiseerbaar ondanks verschillende initiatieven zoals geleid door Wim Gelders en Maria van Laake.

2018

Vanaf 2018 komt de ontwikkeling van de interventies (en de praktische uitvoer daarvan) in een stroomversnelling. In dat jaar wordt de eerste stap naar een GGZ-team gezet door middel van een MDO, wordt er gekeken naar ICT-oplossingen en starten vanaf mei de eerste ervaringsdeskundigen. In 2018 worden daardoor de eerste twee interventies uitgewerkt en geïmplementeerd: het MDO en de inzet van de ervaringsdeskundigen

Interventie 1: MDO

Met het starten van het MDO is er een beweging van verwijzingen naar professionals die in het MDO aanwezig zijn en ontstaat er een noodzaak dat deze professionals met elkaar kunnen samenwerken om in gezamenlijkheid zorg te leveren aan de verwezen cliënten. Er ontstond een informeel team van professionals dat zorg leverde aan de cliënten die verwezen werden uit de twee huisartsenpraktijken.

De informele vorm van samenwerking werkte goed, maar vroeg ook om nadere formalisering van samenwerking.

Interventie 2: Ervaringsdeskundigen

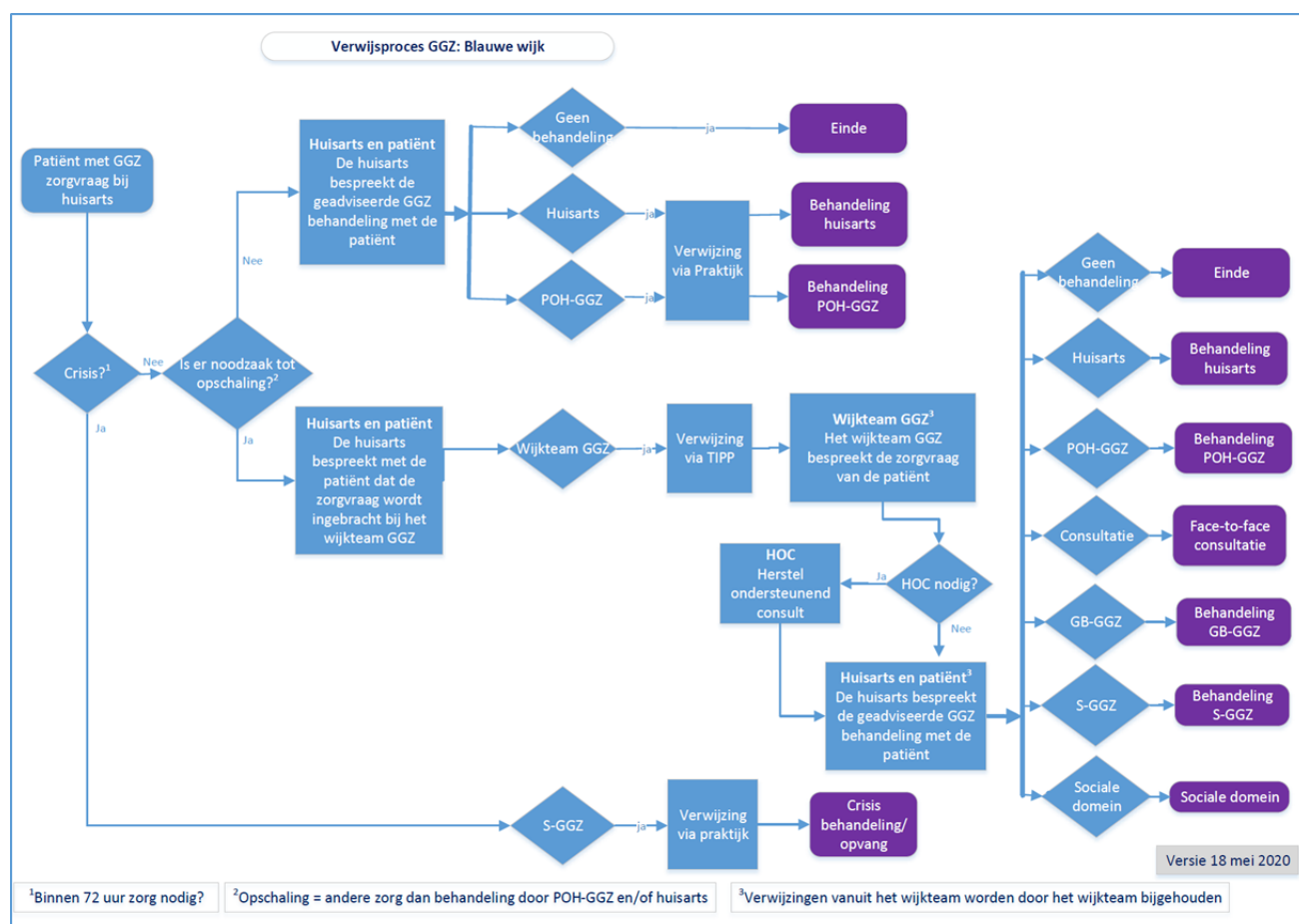
Op 1 mei 2018 startten drie ervaringsdeskundigen in de rol van kwartiermaker in de twee wijken verbonden aan de huisartsenpraktijken. Zij hebben de taak om op onderzoek te gaan in de wijk naar wat er reeds is wat betreft alle vormen van aanbod en vervolgens te kijken hoe ze kunnen invoegen vanuit ervaringsdeskundigheid. Al in het eerste jaar waren de ervaringsdeskundigen zichtbaar op het Manus van Alles Festival in de wijk Wittevrouwenveld. Ze hebben workshops verzorgd. Sinds 2020 zijn ze ook vindbaar via de gemeente als Onafhankelijk Cliëntondersteuner. En vanaf het najaar van 2018 zijn ze vast onderdeel van het MDO in de huisartsenpraktijk.

2019/2020

Sinds 2019 staat de basisinfrastructuur voor de wijk en is er inhoudelijk een aantal stappen gemaakt dat leidde tot de uitwerking en implementatie van interventies 3 en 4. Tevens is, vooral als gevolg van de ontwikkelingen in Maastricht, in 2019 de coöperatie DNG opgericht.

Interventie 3: GGZ-team in de wijk

Het GGZ-team is een domeinoverstijgende, integrale groep professionals die White Label zorg levert in de wijken. Onder zorg wordt verstaan alle zorghandelingen van consultatie tot behandeling/begeleiding bij crisogene situaties. Dit betekent dat vrijwel alle zorgvragen die te maken hebben met psychisch lijden naar het team in de wijk kunnen worden verwezen. Het verwijzingsproces vanuit de 2 pilot praktijken naar GGZ is weergegeven in figuur 7.



Figuur 7. Verwijsproces GGZ vanuit de huisartsenpraktijken uit de blauwe wijk pilot

Om het proces van hulpverlening zo goed mogelijk te stroomlijnen is overleg noodzakelijk. Het team komt wekelijks bij elkaar in twee overleggen:

1. Instream-overleg: tijdens dit overleg worden alle nieuwe aanmeldingen vanuit de huisartsenpraktijk besproken. Er wordt onderling overlegd over wat de inhoud van de verwijzingen is en wat de best passende vervolgstap is. Daarbij gelden vragen als: gaat het om GGZ-problematiek, gaat het om problematiek die hoort bij het Sociaal Domein of gaat het om heel andere problematiek die eigenlijk niet in professionele zorg thuis hoort.



Dit overleg wordt voorgezeten door een professional uit het Sociaal Domein en een professional uit de GGZ. Gezamenlijk kijken zij wekelijks wat de nieuwe instroom is en kunnen een deel van de presentatie van de problematiek daarin al gezamenlijk doen.

2. Voortgangsoverleg: wekelijks wordt er per huisartsenpraktijk besproken hoe de voortgang is in de behandeling en/of begeleiding. Eerdere instroom komt hier terug en wordt besproken.

Deze twee overleggen vinden plaats naast het maandelijks overleg bij de huisarts. Verder is er ongeveer één keer per kwartaal een teamoverleg waarin uitgebreid stil wordt gestaan bij inhoudelijke processen en teamprocessen. In dit laatste overleg ligt de focus op voortdurend leren en doorontwikkeling van de processen in de wijk.

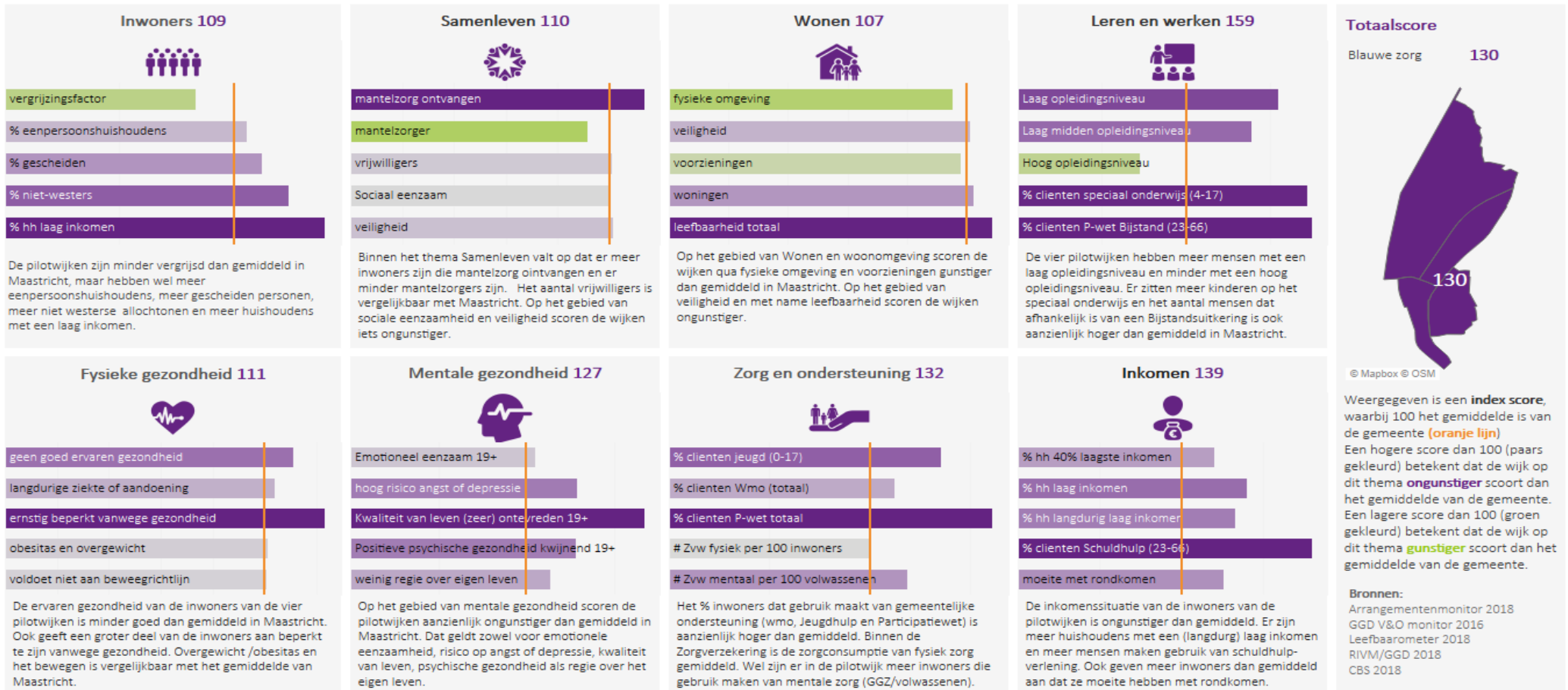
In lijn met de werkwijze zoals gehanteerd binnen Blauwe Zorg in de Wijk, is het streven het mandaat bij professionals te leggen. Dit betekent dat zij actief betrokken worden bij koersbepaling en besluitvorming. Daarmee wordt nagestreefd een bottom-up proces te organiseren en niet top-down professionals in een vooraf bepaald kader te dwingen. Dit stimuleert eigenaarschap, creativiteit en onderlinge verbondenheid. Het maakt ook duidelijk dat er zicht is op noodzakelijke stappen, progressie en knelpunten. Dit is voor de professionals niet altijd eenvoudig, maar veel professionals ervaren een vrijheid en toename van kwaliteit in hun werk die ze eerder niet ervoeren. Tevens maakt deze manier van werken duidelijk dat er een dwingende behoefte is aan facilitering in uren, systemen en mandaten. Een tekort op één van deze punten leidt tot problematische situaties voor professionals individueel en het team als geheel.

Bijlage 2: Wijkprofiel



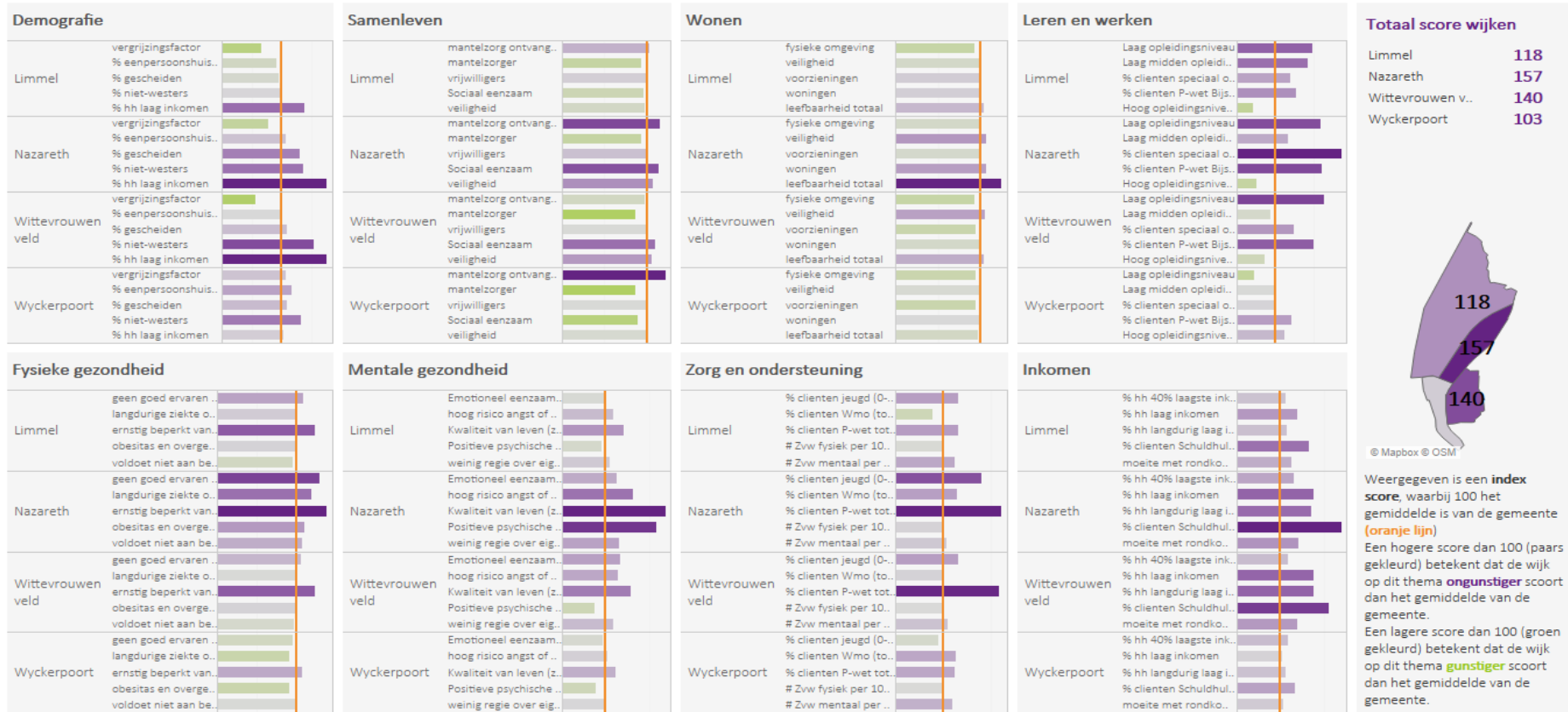
Wijkprofiel per thema

Vergelijking Blauwe zorg wijken totaal met Maastricht



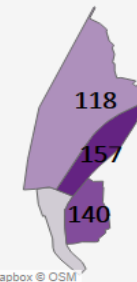
Wijkprofiel per thema

Vergelijking vier pilotwijken met Maastricht



Totaal score wijken

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



© Mapbox © OSM

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

Lessons Learned Blauwe zorg in de wijk 2016-2020

Binnen de pilot 'Blauwe Zorg in de wijk' in Maastricht zien wij aan de hand van casuïstiek hoe complex we de zorg georganiseerd hebben. Het aanpakken van die complexiteit voor de cliënt/bewoner kan alleen binnen een goede samenwerking met zorgorganisaties en financiers én met systeemoplossingen die het casusniveau overstijgen.

Met deze Lessons Learned beogen we enerzijds om het proces binnen de pilot te verbeteren en te optimaliseren. Anderzijds kunnen deze lessen gebruikt worden als handvatten voor gemeenten, zorgverzekeraars, organisaties en beroepskrachten om de beweging naar de juiste zorg op de juiste plek in gang te zetten en vorm te geven.

SAMENWERKEN OP BESTUURLIJK NIVEAU

1. Bestuurders van het zorgdomein en het sociaal domein samen aan één tafel

In de pilot blauwe zorg in de wijk zitten verschillende bestuurders en financiers met elkaar aan tafel. Uniek en innovatief is dat zowel de zorgverzekeraar (ZVW) als de Gemeente (WMO, Participatiewet, Jeugdwet), samen met organisaties, het dagelijks bestuur van de pilot vormen.

Les: We zien dat het integraal verbinden van het zorgverzekeringsdomein, het sociaal domein en het provinciale aspect aanvankelijk tot veel debat heeft geleid over wat van toegevoegde waarde is, maar dat dit op termijn tot een synergie en inzichten leidt die niet zouden worden bereikt als er vanuit de verschillende financieringsstromen separaat gewerkt zou worden.

2. Zorg voor de juiste mensen, met mandaat, aan tafel

De juiste mensen aan tafel krijgen met mandaat is van belang gebleken voor deze succesvolle alliantie. Mochten er cruciale personen missen, dan moeten deze worden aangetrokken. Mandaat en het hebben van intrinsieke motivatie zijn belangrijke kerneigenschappen die deze personen moeten bezitten.

Les: Zorg voor de juiste mensen aan tafel.

3. Investeer in het creëren van vertrouwen

In de pilot blauwe zorg in de wijk is 'vertrouwen' en 'elkaar leren kennen' een belangrijke factor geweest voor een positieve ontwikkeling op het gebied van samen werken tussen verschillende disciplines. Gedurende de pilot zijn er nieuwe partners benaderd waarmee samenwerking van belang is gebleken, zoals jeugdzorginstellingen en woningcorporaties. Daarnaast is gebleken dat het opgebouwde vertrouwen weer positief terug komt in andere allianties met overlappende gremia (bijv. krachtenbundeling Malberg en omgeving, Maastricht).

Lessen:

- Het creëren van vertrouwen binnen domein overstijgende Allianties kost tijd. Beroepskrachten maar ook bestuurders moeten elkaar leren kennen en elkaar in de ogen kunnen aankijken.
- Investeer in 'face-to face' bijeenkomsten voor een duurzamer en doelgerichter verloop.
- Start daarna met het vastleggen van commitment en werk dit later uit in concrete werkafspraken.

4. Werk doelgericht

In de pilot blauwe zorg in de wijk hebben de betrokken bestuurders en organisaties zich gecommitteerd aan het verbeteren van de kwaliteit van leven van de burgers, kwaliteit van zorg, reduceren van zorgkosten en het verbeteren van het werkplezier van de professionals (Quadruple Aim, Bodenheimer et al.). Alle projecten die starten moeten domeinoverstijgend zijn en gericht zijn op het verbeteren van deze Quadruple Aim.

Medio 2019 heeft een aanscherping van de strategische en operationele doelstellingen plaatsgevonden.

Les: Formuleer vooraf helder de doelstellingen die samen behaald moeten worden. Stel deze tussentijds bij indien nodig.

5. Middenmanagement mee krijgen in de beweging

Uit de praktijk blijkt dat het middenmanagement bij Blauwe Zorg in de wijk nog onvoldoende op de hoogte is van het doel van de beweging die de bestuurders en/of beroepskrachten op de werkvloer willen maken naar meer ruimte voor de professional. Het systeem dat binnen een organisatie heerst is dan nog leidend (waarbij afdelingsresultaten voorop staan), waardoor er onvoldoende ruimte voor verbetering van de zorg in zijn geheel is.

Lessen:

- Het middenmanagement moet vanaf het begin mee in de lead zijn om tot verandering te komen (hun belangen moeten vanaf het begin meegenomen en behartigd worden).
- Zelforganisatie dienst gestimuleerd te worden: hoe lager in de organisatie van zorg de verantwoordelijkheid ligt, hoe dynamischer er door beroepskrachten wordt gewerkt en hoe beter de samenwerking aansluit bij de feitelijke vraag van de zorgvrager.

6. Loskomen van financieringsstructuur in de zorg kost tijd

Bij Blauwe Zorg in de wijk is het nog niet gelukt om tot een (virtueel) ontschot budget te komen. Er zijn nog perverse prikkels in het systeem, die de juiste zorg (voor het juiste bedrag) op de juiste plek kunnen tegenhouden.

Les: Spoor perverse prikkels op en durf het samen 'anders te doen'. Stimuleer vertrouwen en openheid tussen bestuurders door samen het gesprek aan te gaan. Financiële risico's en bedrijfsmatige risico's van organisaties zullen op tafel komen. Laat het systeem samen kantelen.

INTEGRALE AANPAK ZORG/WELZIJN

7. Deze pilot is gebaseerd op een fundamenteel andere werkwijze van professionals, organisaties en financiers. Wil je dit succes verbreden dan zal er een verandering moeten plaatsvinden op grotere schaal in de manier waarop professionals worden ingezet, organisaties functioneren en financieringsmodellen werken.

8. Zorg voor casusregie; systeemaanpak is noodzakelijk

Op stip bovenaan van de lessons learned staat: het ontbreken van casusregie binnen de gezinnen waar diverse zorgverleners komen. Uit de pilot blijkt dat de huidige arrangementenregisseurs (gefinancierd door de gemeente) vaak te weinig tijd en mandaat hebben om de regie van het gezin in zijn geheel aan te pakken. Deze "arrangementsregisseur" regisseert op hulpverleningsproces en niet op stapeling van zorg. We blijven stapeling zien. Dit wordt mede veroorzaakt doordat de taak/opdracht van de huidige arrangementsregisseur onduidelijk is en zich vaak beperkt tot jeugd. Maar ook omdat deze arrangementsregisseur niet onafhankelijk is en geen mandaat heeft.

Systeemaanpak is echter (bijna altijd) noodzakelijk, waarbij het gezin het systeem is.

Indien de casusregie van het gehele gezinssysteem door een gezinsregisseur wordt opgepakt, vinden betrokken hulpverleners en gezin dit prettig aangezien dit rust terug brengt. Een gezinsregisseur moet voldoende tijd krijgen om de gezinssituatie en alle hulpverlening in beeld te krijgen, afstemming te zoeken met de hulpverleners, de efficiency van de betrokken hulpverlening te onderzoeken en samen met het gezin toe te werken naar een nieuw zorgplan.

Les: Laat de casusregie door één (gezins)regisseur oppakken die mandaat heeft van de financiers om op/af te schalen, die een onafhankelijke positie heeft, die voldoende tijd heeft en die de competenties heeft om de regierol uit te oefenen .

9. Rol van de gezinsregisseur in het zorgproces uitdragen en implementeren

Op basis van de opgedane kennis en ervaring binnen de pilot kan gesteld worden dat alléén door een andere aanpak en werkwijze voorkómen kan worden dat de stapeling van zorg binnen de gezinnen blijft bestaan. De vraag óf en zo ja op welk moment in het traject een gezinsregisseur dient te worden ingezet is maatwerk, en dient structureel onderdeel te zijn van de aanpak van de hulpvraag.

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

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

10. Éen integrale aanpak in gezinnen is een voorwaarde

Binnen de gezinnen worden arrangementen gestapeld. Hulpverleners komen met hun 'eigen' zorg-/hulpverleningsaanbod, meestal gericht op één lid van het huishouden. Er is geen integraal beeld van het gezin. De stapeling van de zorg wordt niet opgemerkt door de hulpverleners en daardoor is het vaak geen 'gematche' zorg. Er vindt geen een afstemming plaats, zelfs niet binnen één organisatie die aan verschillende gezinsleden zorg biedt. Er zijn meerdere gezinnen-een-plan binnen een gezin.

Lessen:

- Beroepskrachten en managers moeten meegenomen worden in de noodzaak om te komen tot een integrale aanpak bij gezinnen.
- Arrangementen niet afgeven op naam gezinslid, maar op adres/gezinsniveau rekening houdend met het wettelijk kader.

11. Investeer tijd in gezinnen met complexe problematiek én complexe hulpverlening om te kunnen veranderen

Uit de pilot blijkt dat er sprake is van een aanzienlijke groep huishoudens waar veel zorg is op basis van veel verschillende indicaties. Er wordt daarbij niet altijd goed gekeken naar de feitelijke vraag van het gezin, met als gevolg stapeling (zie ook knelpunt en oplossing onder 1). De complexiteit neemt niet alleen toe als gevolg van de kenmerken van het systeem, maar ook door de grote hoeveelheid verschillende adviezen dat wordt gegeven.

Lessen:

- Investeer voldoende tijd in de gezinnen die begeleid worden, zodat de coaching niet alleen leidt tot goede oplossingen voor de gezinnen en efficiëntere zorg, maar zodat de organisaties beter kunnen leren van waar de beroepskrachten en de gezinsleden tegenaan lopen. Om mogelijk herhaling in de toekomst te voorkomen.
- Organiseer een maatwerk aanpak voor gezinnen waar reguliere oplossingen niet passend zijn

12. Geef professionals in "white label teams" meer ruimte en minder regels om te doen wat nodig is

In de Maastrichtse wijk Malberg en omgeving is in april 2019 gestart met de proef 'Krachtenbundeling' onder meer op basis van wat in Blauwe Zorg geleerd is. Hier is nu een Sociaal Team Plus werkzaam: een white label team dat is opgebouwd uit medewerkers vanuit 10 organisaties die in die wijken al zorg boden. Elke partner legt zijn budget voor deze wijk op tafel. Alles bij elkaar opgeteld is dat het budget voor die wijk. Vervolgens kijken we wat er nodig is, welke vragen spelen en welke inzet dit vraagt van mensen. Zo kunnen we slimmere dingen doen met het beschikbare geld. Organisaties onderling spreken de beschikbaarheid van mensen af. Cruciaal is dat iedereen werkt zonder rugnummer. Insteek is natuurlijk wel dat mensen worden ingezet op basis van hun expertise. Belangrijk kenmerk van de krachtenbundeling is dat in de uitvoering alle partijen, ook de gemeente, gelijkwaardig zijn. Er is dus geen sprake van een opdrachtgever/opdrachtnemer-relatie voor de professionals in het veld.

Op basis van Positieve Gezondheid wordt het gesprek met de burger gevoerd en diens veranderwens opgehaald. Men gaat dus niet aan de slag met ondersteuningsplannen en beschikkingen, maar eerst wordt de hulpvraag opgehelderd en vervolgens wordt de ondersteuning daarop aangepast. Dit leidt tot een boost bij de professionals en hele boeiende combinaties van mensen die casussen vanuit hun expertise oppakken. Frustraties vallen weg omdat mensen mogen doen wat nodig is.

Les: Door in white label teams te werken kunnen de hulpverleners, zonder organisatiebelang, de hulpvragen integraal en systemisch oppakken.

13. Praat mét de cliënt en niet over de cliënt

De praktijk laat zien dat er nog vaak 'over' cliënten wordt gesproken en niet 'met'. Bijvoorbeeld in overleggen tussen hulpverleners en in mailverkeer.

Les: 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.

14. Maak afspraken over de verwijzingen en overdracht van huisarts naar Sociaal Domein

Huisartsen in de pilot Blauwe zorg gaven bij aanvang van de pilot aan weinig tot geen terugkoppeling te krijgen van verwijzingen naar Sociaal Domein (denk aan: alle verwijzingen mbt 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. Met de benoeming van één vaste contactpersoon uit het Sociaal team in de wijk is hierin verbetering gekomen. De overdracht is verbeterd (een 'warme' overdracht): huisartsen vragen nu aan de patiënt of het Sociaal Team hen mag benaderen om de hulpvraag en eventuele ondersteuning te bespreken. De patiënt hoeft dus niet zelf deze stap te zetten. Verder overleggen de huisartsen maandelijks met deze contactpersoon om uit te wisselen hoe de verwijzingen zijn verlopen en om te leren van elkaars expertise.

Lessen:

- Maak afspraken over de overdracht/verwijzingen van huisarts naar Sociaal Domein.
- Maak met organisaties in de regio (Jeugd, WMO, GGZ etc) afspraken over de terugkoppeling aan de huisarts na een verwijzing.

15. Voorkom teveel personele wisselingen en werk wijkgericht

Uit de casussen van de projecten en uit gesprekken met hulpverleners (o.a. huisartsen) blijkt dat er veel en vaak personele wisselingen plaatsvinden. Is er net een vertrouwensrelatie ontstaan tussen twee hulpverleners in de wijk of tussen een hulpverlener en cliënt, gaat de hulpverlener weer weg en komt er een ander gezicht. Oorzaken zijn divers, maar zeker is dat veranderingen in de eigen organisatie naar andere functies of indelingen hier een oorzaak van zijn. Uit de pilot blijkt dat het kennen van de ander en het weten te vinden van de ander heel belangrijk is om te komen tot goede afgestemde en efficiënte zorg. Bovendien hebben hulpverleners dan ook meer plezier in hun werk; ze lopen tegen minder frustraties aan, en de cliënt is meer tevreden.

Les: Een oproep aan bestuurders en managers van organisaties is om te zorgen dat er rust is in een organisatie voor wat betreft het personeelsbeleid: voorkom teveel personele wisselingen en werk wijkgericht. Een lastige, maar uitdagende klus.

16. Leer je wijk(en)doelgroep kennen en stem daar de zorg op af

In de pilot is gebleken dat de wijken waar de pilot loopt een hoog percentage mensen met een licht verstandelijke beperking kent. Dit vraagt een andere aanpak en wellicht ander aanbod.

Les: Verken de populatie in de wijken waar je zorg biedt. Van deze cijfers en kennis moeten ook organisaties op de hoogte zijn teneinde matchende zorg in te kunnen zetten.

17. Verbeter de communicatie tussen beroepskracht en cliënt met LVB/GGZ problematiek

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. Dit zien we terug in de pilot Blauwe Zorg in de wijk. 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. Dit heeft voor beide partijen nadelen. Er zijn bepaalde vaardigheden nodig van beroepskrachten bij het werken met (en aansluiten bij) mensen met een licht verstandelijke beperking en/of met GGZ-problematiek. Ook als het bijvoorbeeld gaat om woonruimte, financiën of gezinsondersteunende maatregelen. Hoe voer je zo'n gesprek?

Lessen:

- Organisaties die in wijken actief zijn met deze doelgroepen dienen bij het inzetten van hun beroepskrachten hier rekening mee te houden.
- De cliënt zou gebaat zijn (en heeft vaak ook recht op) onafhankelijke cliëntondersteuning. Hier wordt geen gebruik van gemaakt door deze doelgroepen. Terwijl het soms gaat over levensbepalende maatregelen. Belangrijk is om dit actief en laagdrempelig aan te bieden bij deze doelgroepen. Een casusregisseur kan hier ook een rol in spelen.

17. Biedt kinderen met een generatieprobleem een ander perspectief

Opvallend is dat vijf gezinnen uit het project Blauwe zorg in de wijk (dat waren er in november 2019 16) familie van elkaar zijn. 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.

Les: Maak samen een plan voor wat er nodig is om deze kinderen met een generatieprobleem een ander perspectief te bieden. Op welk moment moet je een interventie gaan plegen om dit om te buigen?

18. Verbind 'wonen, veiligheid en leefbaarheid' in de wijken met 'welzijn en zorg'

Uit de casussen blijkt dat binnen gezinnen vaak knelpunten (en frustraties) bestaan met betrekking tot hun woonomgeving, veiligheid en leefbaarheid in de wijk. Deze problemen werken regelmatig door op de geestelijke gezondheid van cliënten binnen het gezin. Vanuit gezinsaanpak ervaren we dat deze afspraken, bijv. binnen wonen of Urgentie-criteria, niet aansluiten bij onze visie van integraal werken (kosten/baten analyse) en doelgericht werken. Belangrijk is dat er op wijkniveau betere verbindingen gelegd worden tussen sociaal domein en wonen en veiligheid. Dit betekent dat ook woningcorporaties moeten worden meegenomen in de beweging.

Lessen:

- Op beleidsmatig/management niveau een sterkere verbinding maken tussen Welzijn en Wonen door concrete werkafspraken die gericht zijn op de gezamenlijke visie en doelstellingen.
- Beroepskrachten werkzaam in de wijken op het gebied van 'veiligheid en wonen' én beroepskrachten in de wijken op het gebied van 'welzijn en zorg' moeten elkaar kennen en elkaar gemakkelijk weten te vinden.

POSITIEVE GEZONDHEID

19. Positieve Gezondheid leeft, maar blijft aandacht vragen

Positieve Gezondheid (PG) krijgt steeds meer ruimte en professionals voelen steeds meer steun om te experimenteren met het concept. Alle organisaties zijn op eigen wijze bezig om PG een plek te geven in de organisatie. Organisaties stoeien nog met de daadwerkelijke implementatie van PG. De oorzaak daarbij is gelegen in het nog niet bekend zijn met de gevolgen van deze herdefiniëring van gezondheid bij het grootste deel van de populatie. Positieve Gezondheid is nog niet de vanzelfsprekende standaard die het zou moeten zijn. Er is nog geen vaste verbinding in het gebruik tussen professionals en zorgvragers. Dit zou kunnen liggen aan abstractheid van het concept, 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.

Les: Zorg voor een aanpak waarbij alle organisatielagen worden meegenomen in de beweging PG (d.m.v. trainingen, workshops, coaching, intervisie, ambassadeurs beleidsmatig en midden-management, train-de-trainer, HR-beleid). Dit zorgt ervoor dat organisaties stappen zetten om de vernieuwde zienswijze een plek te geven in de organisatie.

20. Aanpak ambassadeurs Positieve gezondheid in de wijk werkt (Citizen Science)

Bewoners van de blauwe wijken zijn getraind in Positieve Gezondheid en het doen van onderzoek in de eigen wijk (15). Ze hebben samen 49 buurtbewoners geïnterviewd en 51 buurtbewoners geobserveerd. Door het gesprek met buurtbewoners aan te gaan neemt het belang van de eigen rol in (Positieve) gezondheid van de

inwoner en van de wijk toe en komt dit in beweging. De gezondheidsambassadeurs gaan vervolgcactiviteiten in het kader van Positieve Gezondheid oppakken, door inzet van hun hobby's, kennis, ervaring. De input kan gebruikt worden in het maken van beleid. Tevens voelen de deelnemers zich bekrachtigd en krijgen een stem. Daarnaast hebben we gemeten dat de veerkracht en ervaren gezondheid is toegenomen bij de gezondheidsambassadeurs.

Les: Citizen Science is een effectieve methode om 'de burger' bij soortgelijke samenwerkingsverbanden te betrekken.

EVALUATIE EN BORGING

21. Casussen zorgen voor meer inzicht en bevorderen samenwerking De casussen die opgehaald worden in de projecten van Blauwe zorg in de wijk geeft veel hulpverleners, managers en bestuurders inzicht in de manier waarop systemen en processen binnen het sociale en het zorgdomein op dit moment zijn ingericht en bieden goede handvatten voor toekomstige verbetering.

Les: Gebruik casussen/voorbeelden om te komen tot verandering naar de juiste zorg op de juiste plek.

22. Pas op voor een verantwoordingscultuur

Bij een alliantie zitten vaak veel verschillende organisaties aan tafel met allen verschillende doelen en eigen organisatorische verantwoordingscultuur. Het is van groot belang van tevoren te bepalen wat er geëvalueerd gaat worden tijdens een pilot en daarbij ook realistisch te zijn. Het gevaar bestaat dat er veel kostbare tijd in evaluatie kan gaan zitten of dat er zelfs verschillende verantwoordingsystemen parallel van elkaar ontstaan om iedereen maar aan boord te houden. Daarnaast is het van belang te beseffen dat duurzame veranderingen, zoals een gedragsverandering, vaak niet op korte termijn met 'harde' resultaten aangetoond kan worden.

Les: Spreek van tevoren af wat je gaat evalueren en ben hier realistisch in. Let op 'evaluatie woekering'.

23. Ook kleine successen zijn successen

In de pilot blauwe zorg in de wijk wordt een 'beweging' in gang gezet bij de bewoners van vier kwetsbare wijken en bij de professionals en bestuurders welke betrokken zijn bij de pilot. Om alle stakeholders aan tafel te houden kan het belangrijk zijn om te starten met projecten die als 'laag hangend fruit' worden geclassificeerd (bijvoorbeeld direct zichtbaar kosten reducerende projecten). Naast dit 'laaghangend fruit' kan de complexere problematiek worden aangepakt wat veelal meer tijd nodig heeft en gericht is op het veranderen van de systeemwereld.

Les: Het veranderen van de systeemwereld vergt tijd, start daarom parallel met 'kleinere' makkelijke te behappen projecten en knelpunten. Let wel op dat niet alle beschikbare tijd naar deze kleinere projecten gaat waardoor het hoofddoel (beweging in gang zetten) uit het oog wordt verloren.

24. Borg de duurzaamheid

Denk in een vroeg stadium al goed na over de duurzaamheid van projecten of veranderingen die teweeg worden gebracht. Veel pilots, waaronder blauwe zorg in de wijk, hebben een beperkte loopduur waarin innovatieve ideeën worden 'uitgeprobeerd' en indien effectief worden verankerd of ergens anders worden toegepast. Veelal spelen deze pilots zich af in kwetsbare wijken waarin de inwoners al meer pilots of projecten hebben zien ontstaan en ook weer zien uitbloeien. Denk daarom vooraf goed na over wat je wil bereiken en hoe dit geborgd kan worden.

Les: Denk voorafgaand of in een pril stadium van een actie al na over de duurzaamheid (hoe gaat dit verder zonder financiering, welke personen moeten erbij betrokken worden etc).

Aanvullende leerpunten:

- Maak beroepskrachten kostenbewust (leg de budgetverantwoordelijkheid zo laag mogelijk in de organisatie)
- Spiegelinformatie/transparantie tussen beroepskrachten bevordert bewustwording en leidt tot verandering
- Let op dat je niet teveel in de doen-fase vervalt, je moet ook leren van wat we doen!



Klik [hier](#) voor het Magazine en het gehele eindrapport van **Blauwe Zorg in de wijk**.

Partners in Blauwe Zorg in de wijk zijn: Gemeente Maastricht, Zorgverzekeraar VGZ, Provincie Limburg, ZIO Zorg in Ontwikkeling, Envida, Burgerkracht Limburg, GGD Zuid Limburg, Levantogroep, Radar, Traject, Xonar, Mondriaan, MET ggz, Leger des Heils, Universiteit Maastricht en Zorgbelang Limburg.



Bijlage 10 Publicaties/aandacht in de media

- [‘Inzet praktijkondersteuners drukt de kosten’](#)
Dagblad de Limburger, Oktober 2020
- [De Zorg Anders Inrichten Met Positieve Gezondheid](#)
Filmpje Over Blauwe Zorg In De Wijk, #Wijzijnlimburg, September 2020
- [Corona in de Blauwe Zorg wijken](#)
Rapport voor Limburg Positief Gezond, Juli 2020
- [Tussentijdse evaluatie pilot ‘Blauwe zorg in de wijk](#)
Maart 2020
- [Blauwe Zorg Maastricht](#)
Ineen, maart 2020
- [De Gezonde Gazet voor wijkbewoners](#)
Nummer 2, Februari 2020
- [Interview met Huisarts en patient over Positieve Gezondheid](#)
Filmpje Over Blauwe Zorg In De Wijk, #Wijzijnlimburg, Januari 2020
- [Nieuwsbrief Blauwe Zorg in de wijk, nummer 8](#)
December 2019
- [Bestuurders aan het woord’.](#)
Magazine Blauwe zorg op de juiste plek, November 2019
- [‘Een pilot die verrassende inzichten en resultaten oplevert’.](#)
Magazine Blauwe zorg op de juiste plek, November 2019
- [Een gezin en een gezinsregisseur aan het woord](#)
Magazine Blauwe zorg op de juiste plek, November 2019
- [Lessons Learned Blauwe Zorg in de wijk](#)
Rapport, November 2019
- [Strategische Koers Blauwe zorg in de wijk 2019-2021](#)
Rapport, September 2019
- [Praktijkvoorbeeld: Rol Van Huisarts Bij Laaggeletterden](#)
Blad Stichting Trajekt, november 2019
- [Buurtbewoners Als Ambassadeurs Positieve Gezondheid: Wat Leren We Hiervan?](#)
Blad Stichting Trajekt, november 2019
- [Gezondheidsambassadeurs Positieve Gezondheid in de wijk](#)
Factsheet GGD Zuid-Limburg, november 2019
- [De Gezonde Gazet](#)
Nummer 1, oktober 2019
- [Nieuwsbrief Blauwe Zorg in de wijk, nummer 7](#)
Oktober 2019
- [De regie nemen over je eigen gezondheid: een verhaal uit de praktijk](#)
Content, September 2019

- [Interview over positieve gezondheid in de wijk](#)
Content, September 2019
- [Bezoek van de Koning en Minister Bruins aan Blauwe Zorg](#)
Filmpje L1, September 2019
- [Koning en minister Bruins krijgen kijkje in de keuken bij Blauwe Zorg Maastricht](#)
Filmpje VWS de juiste zorg op de juiste plek, September 2019
- [Koning brengt onaangekondigd een bezoek aan Wittevrouwenveld](#)
Dagblad de Limburger, September 2019
- [Koning bezorgd bij zorgbezoek](#)
Telegraaf, September 2019
- [Nieuwsbrief Blauwe Zorg in de wijk, nummer 6](#)
Juni 2019
- [Blauwe Zorg in de regio Maastricht-Heuvelland](#)
PH in Limburg, april 2019
- [Blauwe zorg in de wijk slaat aan in Maastricht](#)
Nummer 1, Maart 2019
- [Nieuwsbrief Blauwe Zorg in de wijk, nummer 5](#)
Februari 2019
- [Study Design van wetenschappelijk onderzoek naar Blauwe zorg in de wijk](#)
BMC Public Health, Februari 2019
- [Filmpje Blauwe zorg in de wijk](#)
Ministerie van VWS, Januari 2019
- [Blauwe Zorg zorgt voor verandering bij gezinnen met \(te\) veel zorg- en hulpverleners](#)
Praktijk, December 2018
- [Your coach next door](#)
Praktijk, December 2018
- [Zorg moet beter en goedkoper](#)
Dagblad de Limburger, 16 Oktober 2018
- [Magazine Blauwe Zorg in de wijk. Samen op weg naar een positief gezond Maastricht](#)
Oktober 2018
- [Nieuwsbrief Blauwe Zorg in de wijk, nummer 4](#)
Oktober 2018
- [Pilotproject in vier Maastrichtse wijken. Blauwe Zorg in De Wijk](#)
Content, Juli 2018
- [Nieuwsbrief Blauwe Zorg in de wijk, nummer 3](#)
Juni 2019
- [Het gaat goed in de Maastrichtse proeftuin Blauwe Zorg in de wijk](#)
Praktijk, nr 1, 2018
- [Blauwe Zorg in de wijk. Duurzame beweging op weg naar een gezonder Maastricht.](#)
Nummer 1, Maart 2018

- [Nieuwsbrief Blauwe Zorg in de Wijk, nummer 2](#)
Maart 2018
- [Tussenrapportage Blauwe Zorg in de wijk](#)
Rapport, Maart 2018
- [Positieve Gezondheid veroorzaakt \(wereldwijde\) golf van vernieuwing](#)
Praktijk, December 2017
- [Knelpuntenanalyse op basis van Casussenboek \(zie hieronder\)](#)
Mei 2017
- [Casussenboek Blauwe Zorg in de wijk. De Professional en de burger aan het woord. 50 casussen.](#)
Mei 2017
- ["Blauwe zorg geeft wijkbewoners een stem"](#)
Content, Juni 2017
- ["Regionetwerk Zuid-Limburg neemt mensen mee op reis"](#)
ZIO-website, maart 2017
- ["Blauwe Wijk voegt zorgbudgetten voor kwetsbaren samen"](#)
Medisch Contact, januari 2017
- [Nieuwsbrief Blauwe Zorg in de Wijk, nummer 1](#)
Oktober 2017
- [Zuid-Limburg nieuw regionetwerk bij Alles is gezondheid...](#)
Juni 2016
- ["Blauwe Zorg in de wijk. Positieve gezondheid en de burger aan zet".](#)
De Eerstelijns, maart 2016