

# Rapport 'Professional aan zet'

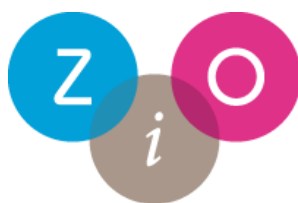
- Resultaten interventies 2018-2020-



*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*



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

## Inhoud

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

---

<sup>1</sup> Het Casussenboek en de Knelpuntenanalyse zijn terug te vinden op [www.blauwezorgindewijk.nl](http://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 Teams<sup>2</sup>;
- 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.

---

<sup>2</sup> 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 Syncasso<sup>3</sup> 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.

---

<sup>3</sup> <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 bureaus
- 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 problematiek, 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](http://www.blauwezorgindewijk.nl)

## Bijlage 1 Wijkprofiel Blauwe Zorg wijken

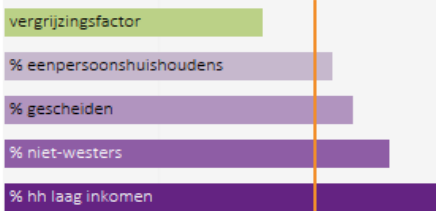


### Wijkprofiel per thema

### Vergelijking Blauwe zorg wijken totaal met Maastricht



#### Inwoners 109



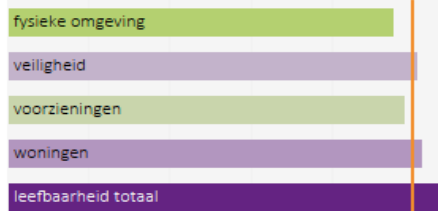
De pilotwijken zijn minder verrijd dan gemiddeld in Maastricht, maar hebben wel meer eenpersoonshuishoudens, meer gescheiden personen, meer niet westerse allochtonen en meer huishoudens met een laag inkomen.

#### Samenleven 110



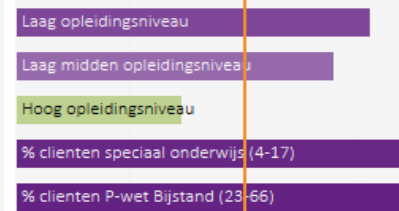
Binnen het thema Samenleven valt op dat er meer inwoners zijn die mantelzorg ontvangen en er minder mantelzorgers zijn. Het aantal vrijwilligers is vergelijkbaar met Maastricht. Op het gebied van sociale eenzaamheid en veiligheid scoren de wijken iets ongunstiger.

#### 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



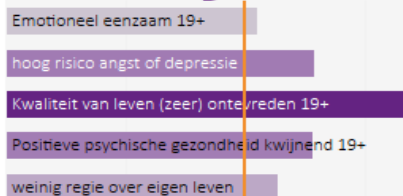
De vier pilotwijken hebben meer mensen met een laag opleidingsniveau en minder met een hoog opleidingsniveau. Er zitten meer kinderen op het speciaal onderwijs en het aantal mensen dat afhankelijk is van een Bijstandsuitkering is ook aanzienlijk hoger dan gemiddeld in Maastricht.

#### Fysieke gezondheid 111



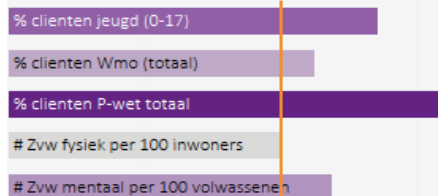
De ervaren gezondheid van de inwoners van de vier pilotwijken is minder goed dan gemiddeld in Maastricht. Ook geeft een groter deel van de inwoners aan beperkt te zijn vanwege gezondheid. Overgewicht/obesitas en het bewegen is vergelijkbaar met het gemiddelde van Maastricht.

#### Mentale gezondheid 127



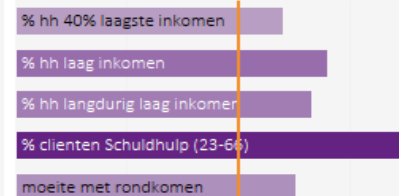
Op het gebied van mentale gezondheid scoren de pilotwijken aanzienlijk ongunstiger dan gemiddeld in Maastricht. Dat geldt zowel voor emotionele eenzaamheid, risico op angst of depressie, kwaliteit van leven, psychische gezondheid als regie over het eigen leven.

#### Zorg en ondersteuning 132



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

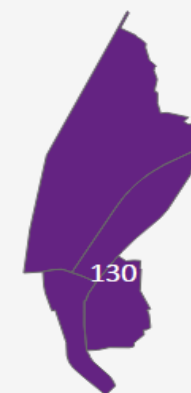
#### Inkomen 139



De inkomenssituatie 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.

#### 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



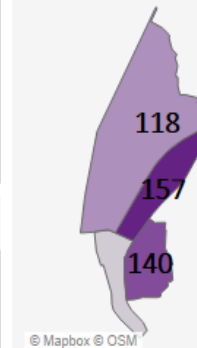
## Wijkprofiel per thema

### Vergelijking vier pilotwijken met Maastricht



### Totaal score wijken

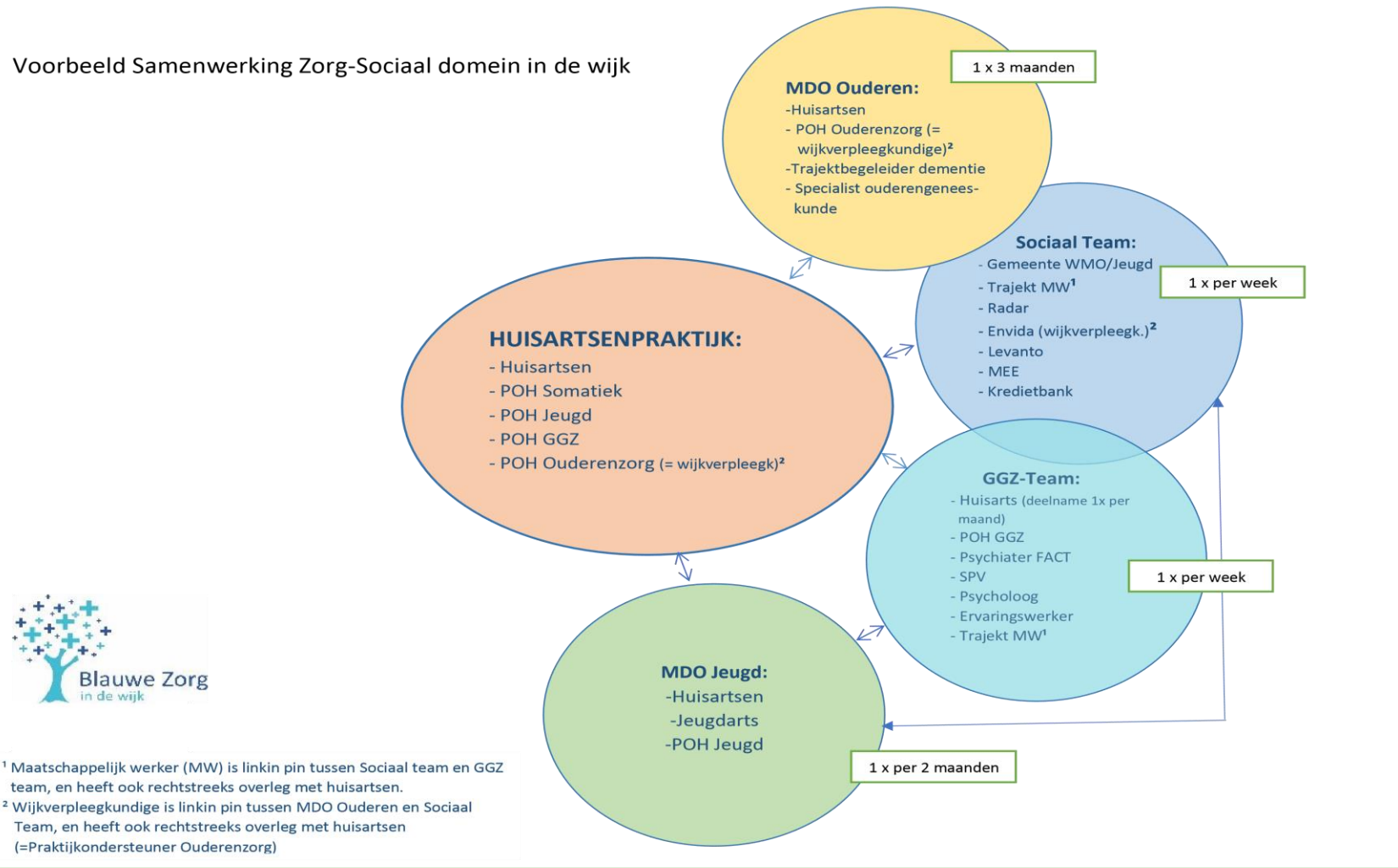
Limmel	118
Nazareth	157
Wittevrouwen v..	140
Wyckerpoort	103



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

Voorbeeld Samenwerking Zorg-Sociaal domein in de wijk



Huisartsenpraktijk Maastricht-oost, januari 2020