**Wijkpilot ‘Blauwe Zorg in Maastricht Noord-Oost’**

**2016-2020**

*‘Het in gang zetten van een beweging vanuit ‘Positieve Gezondheid’ waardoor levenskwaliteit van buurtbewoners verbetert binnen de beschikbare financiële middelen.’*

****

*Maastricht, februari 2016*

Samenvatting Concept Plan van Aanpak

# Aanleiding en doelstelling wijkpilot

Zorggroep ZIO, de provinciale patiëntenorganisatie Huis voor de Zorg, de gemeente Maastricht, de GGD Zuid-Limburg en zorgverzekeraar VGZ hebben in de regio Maastricht en Heuvelland de handen ineen geslagen om aan de hand van een wijkpilot in vier buurten (Wittevrouwenveld/Wyckerpoort en Nazareth/Limmel) in het stadsdeel Maastricht Noord-Oost een beweging in gang zetten waarmee de levenskwaliteit van buurtbewoners verbetert binnen bestaande financiële kaders. De betrokken organisaties willen hiermee een trendbreuk realiseren op het gebied van alsmaar stijgende zorg- en welzijnskosten en laten zien dat de levenskwaliteit met bestaande middelen verbeterd kan worden.

Voor het inzichtelijk maken van de levenskwaliteit maken we gebruik van het de nieuwe definitie van gezondheid ‘Positieve Gezondheid’ zoals door Machteld Huber en anderen gepubliceerd in 2011 in het tijdschrift British Medical Journal. Onder ‘Positieve Gezondheid’ wordt verstaan het ‘het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven'.

Volgens deze definitie is iemand gezond als hij of zij zich succesvol heeft aangepast aan zijn ziekte, zich gezond voelt en in staat is om te werken of anderszins te participeren. Dit wordt uitgedrukt in persoonlijke scores op zes dimensies: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, sociaal maatschappelijk participeren en dagelijks functioneren.

Binnen de wijkpilot staan vier onderdelen/doelstellingen centraal:

1. Een verandering te bewerkstelligen van houding, eigen effectiviteit en gedrag van burgers over hoe zij zo goed mogelijk betekenis kunnen geven aan hun leven, waarbij de ‘burgerparticipatie’ wordt vergroot (pijler ‘burgers aan zet’);
2. Zorg-/dienstverleners de professionele vrijheid te geven om los van het instellingsbelang te functioneren en bij te dragen aan de idealen van individuele burgers en aan het organiseren van (collectieve) oplossingen (pijler ‘professionals aan zet’);
3. Uitwerking te geven aan het principe ‘geld volgt zorg en ondersteuning’. Dit betekent het samenbrengen van financiële middelen van het sociale domein van gemeente Maastricht en van preferente zorgverzekeraar VGZ op populatieniveau (‘ontschotting van financiering’);
4. Verspreiden van de kennis over de ontwikkeling naar ‘Positieve gezondheid’. Bevorderende en belemmerende factoren worden in beeld gebracht en dienen als inspiratie voor initiatieven elders in de regio en het land.

Hiermee geeft de wijkpilot concrete invulling aan het beleid zoals geformuleerd door de provincie Limburg in ‘Koers voor een vitaler Limburg’, de gemeente Maastricht-Heuvelland in ‘Toekomstagenda Sociaal Domein Maastricht-Heuvelland 2022’ en zorgverzekeraar VGZ in haar ‘visie op wijknetwerken’.

# Onderdeel 1: Burger aan zet

Binnen de pijler ‘burger aan zet’ staat burgerparticipatie vanuit drie perspectieven centraal:

1. vanuit het perspectief van ‘maatschappelijke participatie’: de burger participeert in het realiseren van collectieve voorzieningen die een bijdrage kunnen leveren aan positieve gezondheid. Deze voorzieningen zijn in principe voor alle burgers in de buurten toegankelijk. Vanuit de wijkpilot worden themagewijs initiatieven gestimuleerd: in het eerste jaar van de wijkpilot worden twee thema’s opgepakt die naadloos op elkaar aansluiten vanuit de maatschappelijke participatieladder: het thema ‘ontmoeten’ met als doelstelling om de burger van ‘geïsoleerd’ naar ‘deelname aan georganiseerde activiteiten’ te motiveren en het thema zingeving / scholing / werk met als doel om de burger van ‘onbetaald werk’ naar ‘betaald werk’ te begeleiden. Bij het laatste thema zal het bestrijden van jeugdwerkeloosheid nadrukkelijk de aandacht krijgen. Zeker in deze buurten bestaat het gevaar dat ‘werkeloos zijn’ van generatie op generatie wordt overgedragen vanwege het ontbreken van inspirerend voorbeeldgedrag door de ouders naar de kinderen toe;
2. vanuit het perspectief van ‘burger aan zet in relatie met de professional’: de individuele burger zal door de professional uitgedaagd worden om zelf te bepalen wat belangrijk is voor hem of haar. Vervolgens zal samen gekeken worden wat de burger en zijn/haar sociale omgeving zelf kan oppakken en op welke gebieden professionele ondersteuning nodig is. Met andere woorden regie bij de burger waar het kan, integrale professionele ondersteuning van de burger waar het moet;
3. vanuit het perspectief van ‘burgerparticipatie binnen deze wijkpilot’. Vertegenwoordigers van de burgers spelen een cruciale rol tijdens deze wijkpilot. Zo worden programmaonderdelen geleid door burgervertegenwoordigers en zijn zij medeverantwoordelijk voor belangrijke beslissingen die tijdens de wijkpilot genomen worden door de projectstuur- en werkgroepen waarin zij vertegenwoordigd zijn.

# Onderdeel 2: Professional aan zet

Binnen de pijler ‘professional aan zet’ staat de relatie tussen de individuele burger en de professionele zorg-/dienstverlener centraal. Tijdens workshops hebben professionals uit de vier buurten aangegeven op welke punten verbeteringen noodzakelijk zijn:

* vereenvoudiging van de samenwerking tussen professionele zorg-/dienstverleners :
  + Het toewijzen van een casemanager: professionele zorg-/dienstverleners zien ruimte voor een casemanager die als eerste aanspreekpunt geldt voor de zorg-/dienstverleners richting de patiënt en samen met de patiënt bewaakt of de gedefinieerde doelstelling gehaald wordt.
  + Het verminderen van het aantal professionele zorg-/dienstverleners rondom een patiënt: het concept ‘Positieve Gezondheid’ gaat ervan uit dat de burger nadrukkelijk aangeeft aan welke dimensie hij/zij graag als eerste werkt. Deze doelstelling wordt vastgelegd in de zogenaamde iStatement. Wanneer de burger behoefte heeft aan professionele ondersteuning worden in eerste instantie alleen zorg-/dienstverleners ingezet die de burger kunnen helpen bij het bereiken van deze doelstelling.
  + Een stabiele personeelsbezetting: de organisaties die verantwoordelijk zijn voor de inzet van de professionele ondersteuners dienen te streven naar een zo stabiel mogelijke personeelsbezetting binnen de buurten
  + Digitale en beveiligde informatie-uitwisseling: professionele zorg-/dienstverleners voelen zich geremd om privacygevoelige informatie over patiënten uit te wisselen vanwege het ontbreken van een uniforme werkwijze voor het verkrijgen van toestemming van patiënten voor het delen van specifieke informatie met derden en het ontbreken van een beveiligd systeem om informatie mee uit te wisselen.
* vergroten van de professionele autonomie van de zorg-/dienstverleners door de verantwoording bij de professionele zorg-/dienstverlener neer te leggen
* verbetering van professionele ondersteuning bij EPA-doelgroep: de professionele zorg-/dienstverleners zien op dit moment grote knelpunten in de samenwerking tussen de eerstelijns organisaties en het FACT-team bij patiënten met Ernstig Psychiatrische aandoeningen (EPA). Het oplossen van deze knelpunten en de organisatie van de zorg rondom deze doelgroep krijgen specifieke aandacht binnen de wijkpilot.

# Onderdeel 3: ontschotting van financiering

Zorg-/dienstverleners hebben te maken met meerdere financiële bronnen voor de activiteiten zoals de Zorgverzekeringswet via de zorgverzekeraars, het budget voor sociale domein via de gemeente en de Wlz via het zorgkantoor. Om daadwerkelijk de individuele behoefte van de burger centraal te laten staan is ontschotting van financiering noodzakelijk. Naarmate er meer sprake is van schotten tussen financiële budgetten, is er minder flexibiliteit aanwezig om in te kunnen spelen op individuele behoeften. Dit geldt voor budgetschotten tussen de domeinen, maar ook voor schotten binnen domeinen zoals bijvoorbeeld bij de zorgverzekeringswet tussen huisartsenzorg, wijkverpleegkunde en medisch specialistische zorg.

Ontschotting van financiering wil niet betekenen dat de financiële middelen oneindig zijn. Binnen deze pilot wordt gestreefd naar het maximaliseren van ‘Positieve Gezondheid’ binnen het beschikbare budget voor de vier buurten. Daarnaast willen we de professionele zorg-/dienstverlener zoveel mogelijk autonomie geven om samen met de burger vast te stellen welke ondersteuning noodzakelijk is. Om dit mogelijk te maken is budgetbeheersing op buurtniveau door een coördinatie team noodzakelijk. Dit ‘coördinatie team’ bestaat uit de huisarts, wijkverpleegkundige, een vertegenwoordiger uit het sociale domein, een vertegenwoordiger van de burger(s) en een persoon die het team voedt met de benodigde managementinformatie en die ervoor verantwoordelijk is dat de kwetsbare burgers de noodzakelijke professionele ondersteuning krijgen aan de hand van drie stappen:

1. *Vaststelling ontwikkeldimensie en case manager:* een patiënt met een complexe ondersteuningsvraag vult samen met een lid van het ‘coördinatie team’ zijn scores in op de zes dimensies binnen ‘Positieve Gezondheid’. De belangrijkste ontwikkeldimensie wordt gezamenlijk geselecteerd en het betreffende lid van het ‘coördinatie team’ stelt op basis hiervan een specifieke casemanager voor via het digitale zorgleefplan-systeem
2. *Ondersteuning door professionele zorg-/dienstverleners en registratie uitgevoerde werkzaamheden:* de casemanager stelt samen met de burger het zorgleefplan op en overlegt via het digitale systeem met eventueel benodigde professionals. De professionele zorg-/dienstverleners leveren de ondersteuning conform het plan en declareren de werkzaamheden conform de huidige declaratiesystematiek en inkoopafspraken met de financier. Tijdens en na afloop bespreekt de casemanager met de patiënt het effect aan de hand van nieuwe scores op de dimensies van ‘Positieve Gezondheid’.
3. *Periodieke monitoring van budget op buurt/wijkniveau:* de verantwoordelijke voor de ‘management informatie’ rapporteert frequent aan de hand van een (financiële) rapportage naar het ‘coördinatie team’ in hoeverre de geleverde ondersteuning op buurtniveau overeenkomt met het beschikbare budget. Daarnaast geeft deze persoon aan de hand van benchmark gegevens tussen buurten / teams aan waar ‘uitzonderlijke’ situaties van toepassing zijn, b.v. relatief veel uren ondersteuning geleverd door een professionele zorg-/dienstverlener of relatief veel zorg-/dienstverleners die tegelijkertijd actief zijn voor een burger of gezin of relatief lange duur van bepaalde ondersteuning. Het ‘coördinatie team’ bespreekt deze stand van zaken, stelt eventueel vast welk achterliggend verhaal bij bepaalde cijfers horen en bepaalt eventuele leerpunten en/of benodigde acties. Structureel opvallende zaken worden teruggekoppeld naar de individuele professionele zorg-/dienstverleners, de betreffende bestuurders van de instellingen en/of financier(s).

Zoals aangegeven is de behoefte van de burger leidend en wordt de geleverde ondersteuning gedeclareerd conform de reguliere declaratiesystematieken. Dit betekent dat in de praktijk, afhankelijk van de benodigde ondersteuning voor de burgers, een verschuiving kan optreden in de verdeling over de drie domeinen (sociale domein, WLZ en Zvw) ten opzichte van de huidige verdeling. Om deze reden dient periodiek, bijvoorbeeld jaarlijks, de balans opgemaakt te worden hoe de verdeling over de drie domeinen op dat moment is ten opzichte van de beginsituatie. Wanneer de verdeling dusdanig scheef is dient op dat moment besloten te worden om daar op totaalniveau voor te corrigeren. Binnen de huidige wetgeving zijn er betaaltitels aanwezig die een dergelijke overboeking mogelijk maken.

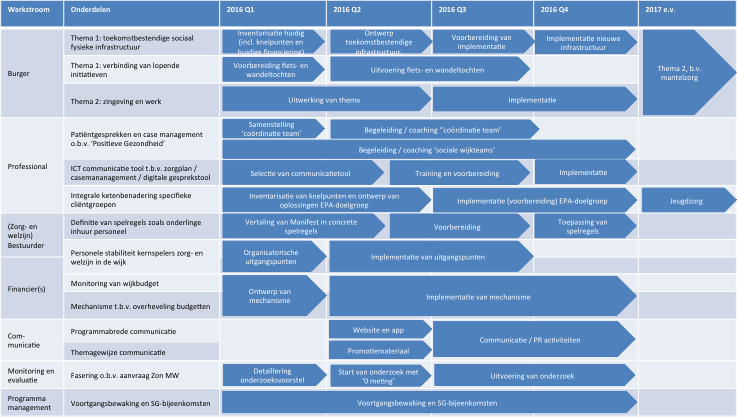
# Onderdeel 4: verspreiden van de kennis

Het verspreiden van kennis zal een integraal onderdeel zijn van het plan van aanpak, zodat geleerd wordt van ervaringen in andere regio’s en deze regio’s ook weer kunnen leren van de ervaringen in Maastricht. Binnen het plan van aanpak is veel aandacht voor de interne en externe communicatie rondom dit project. Overigens wordt de werkgroep nu al regelmatig gevraagd om voordrachten te houden over de pilot binnen landelijke congressen als de ‘Preventieconferentie’ en ‘GGD-congressen’.

# Globaal Plan van Aanpak 2016 – 2020

Op basis van de discussies die hebben plaatsgevonden binnen de pijlers is onderstaand globaal plan van aanpak opgesteld voor de looptijd van de pilot 2016 – 2020. Dit plan suggereert dat er sprake zal zijn van een lineair proces waarbij de antwoorden op alle vragen al bekend zijn. Dit is geenszins het geval: we willen gezamenlijk een beweging opstarten waarbij het verloop hiervan op dit moment niet precies te voorspellen is, met als gevolg dat dit plan van aanpak aan verandering onderhevig zal zijn.

Binnen het plan van aanpak worden werkstromen voor vier doelgroepen onderscheiden, ondersteund door drie generieke werkstromen.



*Werkstroom ‘burger aan zet’*

Binnen deze werkstroom zullen in eerste instantie de thema’s ‘ontmoeten’ en ‘zingeving / scholing / werk’ centraal staan zoals uiteengezet onder het hoofdstuk ‘burger aan zet’ binnen dit plan van aanpak. Vervolgens zal ieder jaar een ander thema belicht gaan worden, zoals bijvoorbeeld ‘mantelzorg’ in 2017. Definitieve keuze van het thema voor 2017 zal in het najaar 2016 gemaakt worden.

*Werkstroom ‘professional aan zet’*

Binnen deze werkstroom onderscheiden we twee typen activiteiten:

1. Het begeleiden van het coördinatie team en sociale wijkteam bij de veranderde werkwijze door de toepassing van het concept ‘Positieve Gezondheid’ en de financiële ontschotting.
2. Het aanpakken van knelpunten die van toepassing zijn voor specifieke doelgroepen, te starten met patiënten met Ernstig Psychiatrische Aandoeningen (EPA’s) in 2016, mogelijk gevolgd door de doelgroep ‘Jeugdzorg’ in 2017

*Werkstroom bestuurders van instellingen*

Binnen deze werkstroom concretiseren de bestuurders van de betreffende instellingen de afspraken uit het concept Manifest. Vervolgens worden deze afspraken gedurende ongeveer een jaar toegepast binnen de pilot. Na dit jaar vindt een tussentijdse evaluatie plaats en eventueel een aanpassing van de afspraken. Deze worden vervolgens gedurende twee jaar toegepast waarna de eindevaluatie plaatsvindt.

*Werkstroom financiers*

Binnen deze werkstroom werken de financiers de afspraken met betrekking tot de financiële ontschotting nader uit. Ook deze afspraken worden gedurende een jaar toegepast binnen de pilot en hierna geëvalueerd. Eventueel aangepaste afspraken worden gedurende twee jaar toegepast en tenslotte opnieuw geëvalueerd.

*Ondersteunende werkstroom ‘communicatie’*

De werkstroom ‘communicatie’ draagt op twee manieren bij aan het programma:

1. Verantwoordelijk voor de persoonsgerichte campagne binnen de pijler ‘burger aan zet’
2. Verzorgen van interne en externe PR rondom het programma

*Ondersteunende werkstroom ‘monitoring’*

Binnen de werkstroom ‘monitoring’ staat het meten van het effect van het programma op de ‘Positieve Gezondheid’ centraal. Onder leiding van de Academische Werkplaats van de GGD Zuid-Limburg is een vooraanvraag ingediend bij Zon MW welke positief is beoordeeld, met het verzoek deze vooraanvraag uit te werken in een concreet projectplan. Deze werkstroom zal zich hiermee bezig houden en nadat het plan is opgesteld verantwoordelijk zijn voor de daadwerkelijke uitvoering.

*Ondersteunende werkstroom ‘programma management’*

Het programma management is verantwoordelijk voor de rapportage over de voortgang van de diverse werkstromen richting de diverse stuurgroepen. Daarnaast wordt van het programma management verwacht om specifieke werkstromen te ondersteunen.

# Verwachte resultaten

Voor 1 maart 2016 wordt een ZonMW aanvraag ingediend inclusief een beschrijving op welke wijze de resultaten van de wijkpilot worden gemeten. Vooruitlopend hierop geven we in deze paragraaf enkele elementen weer waarnaar gekeken gaat worden binnen de effectmeting.

Procesindicatoren

De procesindicatoren zijn bedoeld om inzicht te verkrijgen in hoeverre de beweging daadwerkelijk op gang komt. Deze indicatoren zullen met name kwalitatief van aard zijn en verzameld worden aan de hand van interviews van zorg-/dienstverleners, bestuurders, burgers en financiers waarbij de vraag centraal staat in hoeverre de burger, al dan niet met professionele ondersteuning, zijn of haar levenskwaliteit meer kan verbeteren dan voor de pilot het geval was. Afgeleide vragen richten zich op de mate waarin de samenwerking tussen professionals is verbeterd en in hoeverre de schotten binnen de financiering daadwerkelijk geslecht zijn.

Uitkomstindicatoren

De uitkomstindicatoren gaan helpen inzichtelijk te maken in hoeverre de doelstelling, namelijk verbeteren van levenskwaliteit binnen de beschikbare middelen al gerealiseerd wordt tijdens de pilot. Hierbij concretiseren we de levenskwaliteit aan de hand van het concept ‘Positieve Gezondheid’ en zijn de beschikbare middelen een optelsom van de gelden zoals deze vanuit de Zvw, WLZ en het Sociale Domein in deze buurten worden besteed.

*Levenskwaliteit van de burger in de vier wijken*

Het concept ‘Positieve Gezondheid’ zal gebruikt worden als indicator in hoeverre de levenskwaliteit van de burger in de vier wijken verbeterd is. Met individuele burgers zullen regelmatig de zes dimensies binnen ‘Positieve Gezondheid’ besproken en gescoord worden. Het verloop van deze scores geven per dimensie en geaggregeerd aan in hoeverre de levenskwaliteit op bepaalde gebieden en in zijn algemeenheid verbeterd is.

*Beschikbare middelen / doelmatigheid*

Als randvoorwaarde gaan we ervanuit uit de verbetering in de levenskwaliteit gerealiseerd wordt binnen de huidige beschikbare middelen. Bij een vanwege de vergrijzing naar verwachting stijgende ondersteuningsbehoefte bij de burger is er een doelmatigheidsverbetering noodzakelijk om meer burgers binnen hetzelfde budget te kunnen ondersteunen. Enkele elementen van de (professionele) ondersteuning zijn hiervoor van belang om te monitoren, zodat handvaten gegeven worden :

* verloop van de totale omvang van de geleverde professionele ondersteuning binnen de buurten
* mate van intensiteit van de geleverde professionele ondersteuning, uitgedrukt in aantal uren en aantal zorg-/dienstverleners die gedurende een periode ondersteuning leveren aan een burger
* mate waarin de zorg-/dienstverlening tijdelijk geleverd wordt, uitgedrukt in het aantal tijdsperioden (bijvoorbeeld maanden) dat een burger professionele ondersteuning krijgt

# Vervolgstappen voor de korte termijn

We gebruiken het eerste kwartaal van 2016 voor de formele goedkeuring van de richting en het plan van aanpak. Hierbij zullen we een beroep doen op de provincie Limburg, gemeente Maastricht en zorgverzekeraar VGZ om middelen beschikbaar te stellen waarmee deze pilot kan worden uitgevoerd. Vervolgens willen we in het tweede kwartaal van 2016 daadwerkelijk aan de slag met de uitvoering van deze wijkpilot.