



oktober 2018

Samen op weg naar een positief gezond Maastricht!

Blauwe Zorg in de wijk



Inhoud

- 04 **Blauwe Zorg in de wijk in het kort**
- 06 **Guy Schulpen en Roel Kramer**
De beweging is in gang gezet
- 09 **Gezondheid in de wijken**
Wat zeggen de cijfers?
- 13 **Project 1 | Positieve Gezondheid**
Weg met het wijzende vingertje
- 15 **Project 2 | POH Jeugd**
Linking pin tussen huisarts en Team Jeugd
- 18 **Project 3 | Gezinnen met veel zorg- en hulpverlening**
Wat vindt de burger zelf en wat kunnen we daarvan leren?
- 24 **Project 4 | Professionals aan zet**
Zorg die beter aansluit? Het kan echt!
- 26 **Project 5 | De burger is aan zet!**
Beter luisteren naar wat de burger nodig heeft
- 28 **Project 6 | Digitale overlegtafel**
Betere coördinatie van multidisciplinaire zorg
- 30 **Project 7 | Your COACH next door**
Aanpak in de wijk voor een gezonder gewicht bij kinderen
- 32 **Project 8 | Blauwe GGZ in de wijk**
GGZ met een menselijke maat
- 35 **Onderzoek Sanne Grootjans**
Het vertrouwen is gegroeid
- 37 **Jacques Costongs**
Van vrijwillige coalities naar vanzelfsprekende samenwerkingsverbanden
- 39 **Meer informatie**







Blauwe Zorg in de Wijk

in het kort

ONZE AMBITIE

Een beweging in gang zetten naar meer gezondheid en betere kwaliteit van leven voor de inwoners in de vier Blauwe wijken, uitgaande van de wensen en behoeften van bewoners. Deze beweging wordt gestimuleerd door het gedachtengoed van Positieve Gezondheid.

VOOR WIE

De inwoners van de Maastrichtse wijken Nazareth, Limmel, Wyckerpoort en Witte-vrouwenveld (ongeveer 15.000 burgers).

FINANCIERS EN PARTNERS

Sinds oktober 2016 wordt Blauwe Zorg in de Wijk gefinancierd door de gemeente Maastricht, zorgverzekeraar VGZ en de Provincie Limburg. Deelnemers in de pilot zijn ZIO, GGD Zuid-Limburg, Radar, Levanto Groep, Stichting Trajekt, Envida, Burgerkracht Limburg, Xonar, Mondriaan, Leger des Heils, MET ggz, gemeente Maastricht en zorgverzekeraar VGZ.

TOEKOMST

De komende periode wordt vooral ingezet op het verder implementeren van de acht projecten. Ondertussen staan nieuwe (deel) projecten al in de steigers om vanaf september 2018 uitgevoerd te worden. Toekomstige nieuwe projecten zullen breder opgepakt moeten worden; bijvoorbeeld projecten op het gebied van werk en inkomen, kwetsbare ouderen, jongeren en de uitdagingen die spelen in de multiculturele wijken.

Doelstellingen

1

Burgers aan zet:

de burger neemt, waar mogelijk, zelf meer regie over zijn leven en doet actief mee. Dit vereist een verandering van houding en gedrag van burgers in hun sociale leefomgeving zodat zij zo goed mogelijk betekenis kunnen geven aan hun leven.

2

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.

3

Ontschotten van financiering:

het principe 'geld volgt zorg en ondersteuning' toepassen. Concreet: om dit experiment te kunnen uitvoeren brengen gemeente Maastricht en zorgverzekeraar VGZ financiële middelen uit resp. het sociale en zorgdomein samen. Als duidelijk is wat werkt, kan dit leiden tot het onderling verschuiven van financiële middelen.

4

Kennis verspreiden:

factoren die samenwerking bevorderen of juist belemmeren in kaart brengen als inspiratie voor de regio, de provincie Limburg en Nederland.



Projecten

T/M AUGUSTUS 2018

1. Positieve Gezondheid

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

[Pagina 13](#)

2. POH Jeugd

De hulpvraag van een kind, jongere of ouder in de huisartsenpraktijk beter in kaart brengen, snellere en lichtere interventies, versterken van een integrale aanpak en betere samenwerking tussen jeugdhulp, gemeenten en huisartsen. [Pagina 15](#)

3. Gezinnen met veel zorg- en hulpverlening

Inzicht krijgen in hoe de zorg georganiseerd is in huishoudens waar hoge domein-overstijgende kosten worden gemaakt, hoe dit ontstaat en hoe het anders kan. [Pagina 18](#)

4. Professional aan zet

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

[Pagina 24](#)

5. De burger is aan zet!

Burgers bewuster laten worden van hun eigen gezondheidssituatie en hen stimuleren hier bewuster mee om te gaan. [Pagina 26](#)

6. Digitale overlegtafel

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

[Pagina 28](#)

7. Your COACH next door

Jongeren met overgewicht in de vier wijken helpen bij het realiseren van een gezonde leefstijl. [Pagina 30](#)

8. Blauwe GGZ in de wijk

De positie van de burger met een (psychologische) zorgvraag verbeteren en passend gebruik van de GGZ-zorg stimuleren. [Pagina 32](#)

Guy Schulpen, medisch directeur ZIO;

Roel Kramer, algemeen directeur Sociaal, gemeente Maastricht



De beweging is in gang gezet

Niet minder, maar anders 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 hopen echte innovaties te realiseren; in gedrag, in werkwijze en in de manier waarop we naar problemen van burgers kijken. Op papier kan je van alles bedenken, maar door het uit te proberen, van elkaar te leren in pilots en collectief te ontwikkelen, daarmee creëren we echte verandering,” zegt Roel Kramer, algemeen directeur Sociaal bij de gemeente Maastricht.

“Het moet anders,” zegt Guy Schulpen, medisch directeur van ZIO. “Dat besef wordt inmiddels breed gedeeld. Op de huidige wijze doorgaan, is een doodlopende weg.” Hij legt uit waarom: “De schotten in de financiering staan goede zorg- en dienstverlening aan de burger in de weg. Het huidige systeem van marktwerking nodigt uit tot omzetgericht denken. Bovendien is er een ‘waterbed’ gecreëerd; bezuinigingen op de ene soort zorg, leiden elders tot meer kosten. Je ziet bijvoorbeeld dat het afschaffen van de sociale werkvoorziening leidt tot hogere kosten in de GGZ. Ouderen die langer thuis blijven wonen? Weliswaar een besparing op de verzorgingshuizen, maar resulterend in andere problemen en uitgaven. Tel daarbij op de enorme bureaucratie en de gigantische versnippering (meer dan 2400 geregistreerde zorgberoepen!) en het plaatje is compleet.”

DUBBELSLAG MAKEN

Roel Kramer: “De gemeentelijke decentralisaties bieden een kans om het anders aan te pakken. De bedreiging is dat het moet met minder geld. We moeten dus een dubbelslag maken. Daarvoor moeten we het systeem, dat van oudsher in kolommen is ingericht, doorbreken. Want als je kijkt naar de problematiek bij burgers, dan is dat vaak een combinatie van problemen in zowel het zorg- als sociale domein. Bovendien moeten we ons afvragen of alle geconsumeerde zorg wel effectief is. Gaat het überhaupt om een zorgvraag of is er iets heel anders aan de hand? Het is dan niet meer interessant uit welke koker het komt, dan moet je kijken naar de maatschappelijke kosten en batenanalyse.”



Het moet anders.

Guy Schulpen, ZIO

GEZOND BOERENVERSTAND

Met de pilot Blauwe Zorg in de Wijk pakken de gemeente Maastricht, ZIO, zorgverzekeraar VGZ en regionale zorg-aanbieders de uitdaging samen aan, mede ondersteund door cofinanciering van de Provincie Limburg. Voor een begrensde groep mensen en op beperkte schaal, in vier wijken in Maastricht. “Het is een spannend experiment waarin we samen alle knelpunten één voor één proberen op te lossen. Waarbij we net doen alsof schotten in financiering niet bestaan. En waarin we een andere mindset bij zorgverleners en burgers proberen te realiseren, uitgaande van mogelijkheden in plaats van beperkingen. Met meer eigen regie van de burger en zorg die wordt aangeboden vanuit de echte behoefte van die burger,” aldus Guy. “Dat is precies de reden voor de gemeente om vol op Blauwe Zorg in de Wijk in te zetten,” zegt Roel. “Dat je vanuit het gezin zelf naar het vraagstuk kijkt.

Dat sluit precies aan bij de participatiegedachte die we als gemeente voorstaan. Samen met de burger optrekken, het netwerk helpen in positie te komen en met de professionele hulpverlener tot interventies komen die er daadwerkelijk toe doen. In essentie is het eigenlijk gezond boerenverstand gebruiken."



Je ziet dat alles naar elkaar toe groeit.

Roel Kramer, gemeente Maastricht

ONDERLING VERTROUWEN KWEKEN

"We waren snel met elkaar eens dat we het anders wilden gaan doen, maar dan begint het pas," lacht Guy. "Het was in het begin beslist zoeken naar een werkbare structuur met voldoende slagkracht en een passende governance. Dat vraagt om vertrouwen en daarvoor is het nodig dat je elkaar goed kent en weet wat je aan elkaar hebt. Daar hebben we flink in geïnvesteerd." Roel: "We zijn er in gedoken zonder een concreet koersplan. Dat is goed geweest, want daardoor kon het zich organisch ontwikkelen. Bedenk wel dat er partijen aan tafel zitten, die uit twee verschillende werelden komen, die nog nooit hebben samengewerkt, waarvan de financiering en werkwijze totaal anders is, maar die zich nu wel pal achter datzelfde doel stellen. Parallel daaraan hebben we de mouwen opgestroopt en zijn we gewoon begonnen. Er is een casussenboek gemaakt dat de discussie goed op gang heeft gebracht en op basis waarvan een knelpuntenanalyse is gemaakt. Daarmee lagen de grootste pijnpunten kristalhelder op tafel en daarmee was meteen duidelijk waarin we onze energie moeten steken."

HET HUIS STAAT

Inmiddels staat de governance als een huis; met een Dagelijks Bestuur, een financiersoverleg, ambassadeursgroep, een programmateam en commitment van alle deelnemers. Guy: "Positieve Gezondheid is het gedachtengoed op basis waarvan we de pilot en de deelprojecten vorm geven. Daarnaast hebben we op basis van het casussenboek gekeken naar waar het nu het meeste wringt: bij de jeugd, bij gezinnen waar veel problemen op uiteenlopende terreinen spelen, bij de ggz. Daarop zijn de eerste deelprojecten geformuleerd. Bij sommige projecten gaat het overigens niet om interventies. Dan gaat het simpelweg over snappen waarom het systeem werkt zoals het werkt. Want waarom komen er 17 zorgverleners bij een gezin over de vloer? Daar zit niemand op te wachten en toch gebeurt het. Om het om te draaien, moeten we eerst weten hoe het zit."

ELKAAR ONTMOETEN EN LEREN KENNEN

De projecten beginnen langzaam maar zeker op stoom te komen, het ene wat sneller dan het andere. Guy: "Ondanks het soms nog prille stadium tekenen de eerste positieve effecten zich al af. Dankzij de POH Jeugd wordt minder doorverwezen naar de GGZ, Wmo spoedprocedures zijn ingericht om mensen sneller en adequaat te helpen, via trainingen en workshops leren we mensen (burgers én professionals) anders kijken naar gezondheid en proberen we een cultuuromslag te realiseren. Bovendien krijgen we steeds meer inzicht in het systeem." "Misschien nog wel het belangrijkste: mensen ontmoeten elkaar," vindt Roel. "Daar hangt zoveel van af. Als je elkaar in de wijk ontmoet, dan leer je elkaar kennen en vertrouwen. Je weet wie wat doet. Dan wordt de stap om elkaar te bellen en advies te vragen een stuk kleiner. En wordt die burger beter geholpen."

WE HEBBEN ELKAAR NODIG

Roel: "Je ziet dat alles naar elkaar toe groeit. Het besef is er dat je een probleem niet meer in één sector kunt oplossen, maar dat je elkaar nodig hebt. Een integrale aanpak, dat klinkt mooi, maar is tegelijkertijd een doodoener. Want wie is dan de eigenaar van het probleem? Die zit achter de voordeur en wij staan met z'n allen, inclusief de eigenaar, voor de oplossing. Dát is wat we nastreven. In dit project werken care en cure samen, het zou mooi zijn als straks ook andere sectoren aanhaken, denk aan scholen, woningcorporaties, werkgevers. Nieuwe coalities zijn nodig. Van de andere kant moeten we het niet te groot maken, zodat het wel werkbaar blijft. Dan kunnen we echt meters gaan maken." "Dit is een traject van lange adem," realiseert Guy zich. "Daarom praten we ook liever niet van een project, maar van een beweging die wordt voortgezet, lang nadat deze pilot is afgesloten. Ik ben er best trots op als ik zie dat de cultuurverandering in een betrekkelijke kort tijd al voelbaar is. Dat geeft vertrouwen naar de toekomst."

De beweging is in gang gezet

Aan het woord

“



Mara de Graaf, wethouder Zorg, Welzijn, Gezondheid en Diversiteit

“Maastricht, een stad waar gezondheid vanuit een positieve, preventieve levensstijl centraal staat. Dit is één van de ambities van het college van Maastricht, beschreven in het coalitieakkoord. Dat bereiken we als mensen in staat zijn om zelf aan het roer te staan en betekenis kunnen geven aan hun leven. Wij, als zorgverleners in onze stad, ondersteunen de mensen voor wie dat moeilijk is. Hun wensen en behoeften moeten daarbij altijd centraal staan. Met Blauwe zorg in de Wijk hebben we een beweging in gang gezet om deze grote ambitie te verwezenlijken.”



Marleen van Rijnsbergen, Gedeputeerde Provincie Limburg

“Wat een spannend traject. (Kwetsbare) burgers zeggenschap geven over de inrichting van hun leven, op alle onderdelen van het leven. Professionals die hen daarin ondersteunen en die daarbij nadrukkelijk de samenwerking met de burger moeten zoeken. En wij overheden die burgers meer ruimte voor initiatieven moeten geven met minder regels en meer vertrouwen. Ik ben blij dat het ons samen gelukt is zo'n traject met een ongewisse uitkomst, vorm en inhoud te geven.”



Jan-Luuk de Groot, Directeur Kwaliteit & Innovatie van Coöperatie VGZ

“In de pilot Blauwe Zorg in de Wijk zijn we op zoek naar de echte antwoorden op de problemen van burgers. De oorzaak van de kwaal wegnemen is namelijk altijd effectiever dan de behandeling van de gevolgen. Dit samen mogen doen met zorgverleners en gemeente die hiervoor ook de noodzaak zien is zeer motiverend.”

”

Anita Vermeer, GGD Zuid Limburg; Maarten Thönissen, Arrangementenmonitor;
Ingeborg Wijnands, ZIO.

Gezondheid in de wijken

Wat zeggen de cijfers?

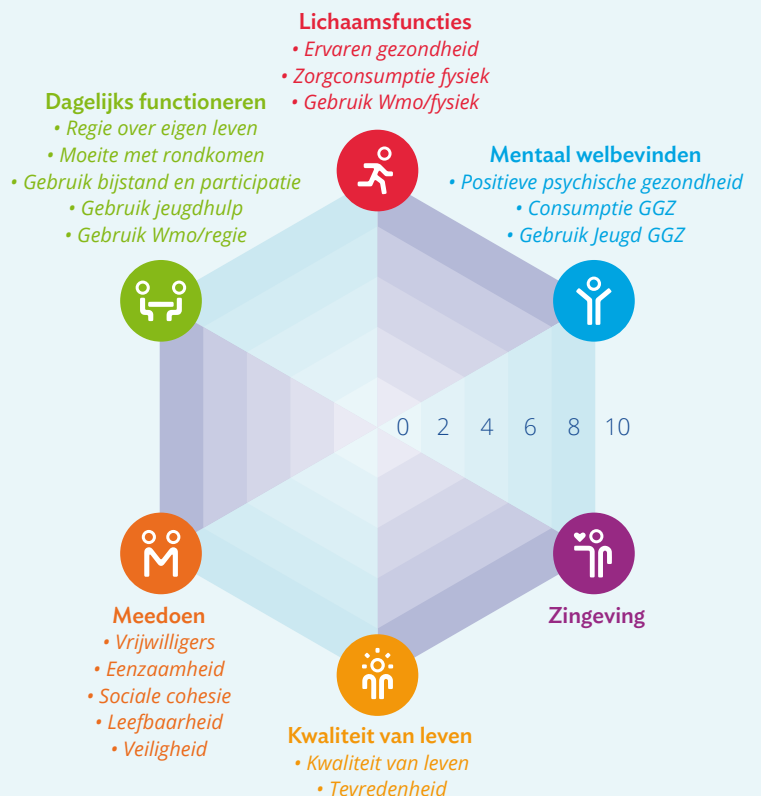
De manier waarop we in Nederland kijken naar gezondheid en zorg is de laatste jaren sterk veranderd. Waar voorheen het accent lag op ziekte en zorg, ligt het accent nu vooral op gezondheid, functioneren en regie over je eigen leven.

Gezondheid hangt sterk samen met armoede, participatie en onderwijs en beïnvloedt natuurlijk het gebruik van zorg en voorzieningen. Het concept Positieve Gezondheid van Huber e.a. (2011) gaat uit van deze nieuwe, brede benadering van gezondheid en beschrijft de aspecten van gezondheid in zes domeinen. Wij gebruiken deze domeinen om een beschrijving te geven van de gezondheidstoestand van de

Blauwe Zorg wijken Limmel, Nazareth, Wittevrouwenveld en Wyckerpoort. De volgende databronnen worden gecombineerd: Arrangementenmonitor (Sociaal Domein Gemeente Maastricht, Zorgverzekering VGZ, demografische gegevens), Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg (2016) ¹, Woonzorgwijzer, Veiligheidsmonitor (gemeente Maastricht) en CBS.

DOMEINEN POSITIEVE GEZONDHEID (IPH, 2016) MET INDICATOREN T.B.V. WIJKPROFIEL.

¹ Cijfers zijn afkomstig van de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen (V&O) 2016 van GGD Zuid Limburg. Voor deze geografische eenheid pakte de respons toevallig gunstig uit waardoor alsnog cijfers hiervoor worden weergegeven. Let wel, de cijfers zijn voor deze geografische eenheid indicatief, omdat ze niet zijn gewogen op basis van de specifieke populatiekenmerken van deze wijk. Dit leidt tot een minder betrouwbaar beeld van de wijk. Voor het domein "zingeving" waren onvoldoende geschikte databronnen beschikbaar.



Gezondheid in de wijken

BLAUWE ZORG WIJKEN RELATIEF WEINIG VERGRIJZING

In de Blauwe Zorg wijken wonen ten opzichte van gemiddeld in Maastricht relatief weinig ouderen. Daarentegen wonen in Limmel, Wittevrouwenveld en Wyckerpoort meer volwassenen in de leeftijdsgroep 18-22 jaar, respectievelijk 22%, 14% en 15% ten opzichte van gemiddeld 12% in Maastricht. Een mogelijke verklaring hiervoor zijn de grote aantallen studenten in deze wijken. In Nazareth, Wittevrouwenveld en Wyckerpoort wonen relatief meer volwassenen tussen 23 en 44 jaar, 31% - 33% t.o.v. 28% in Maastricht.

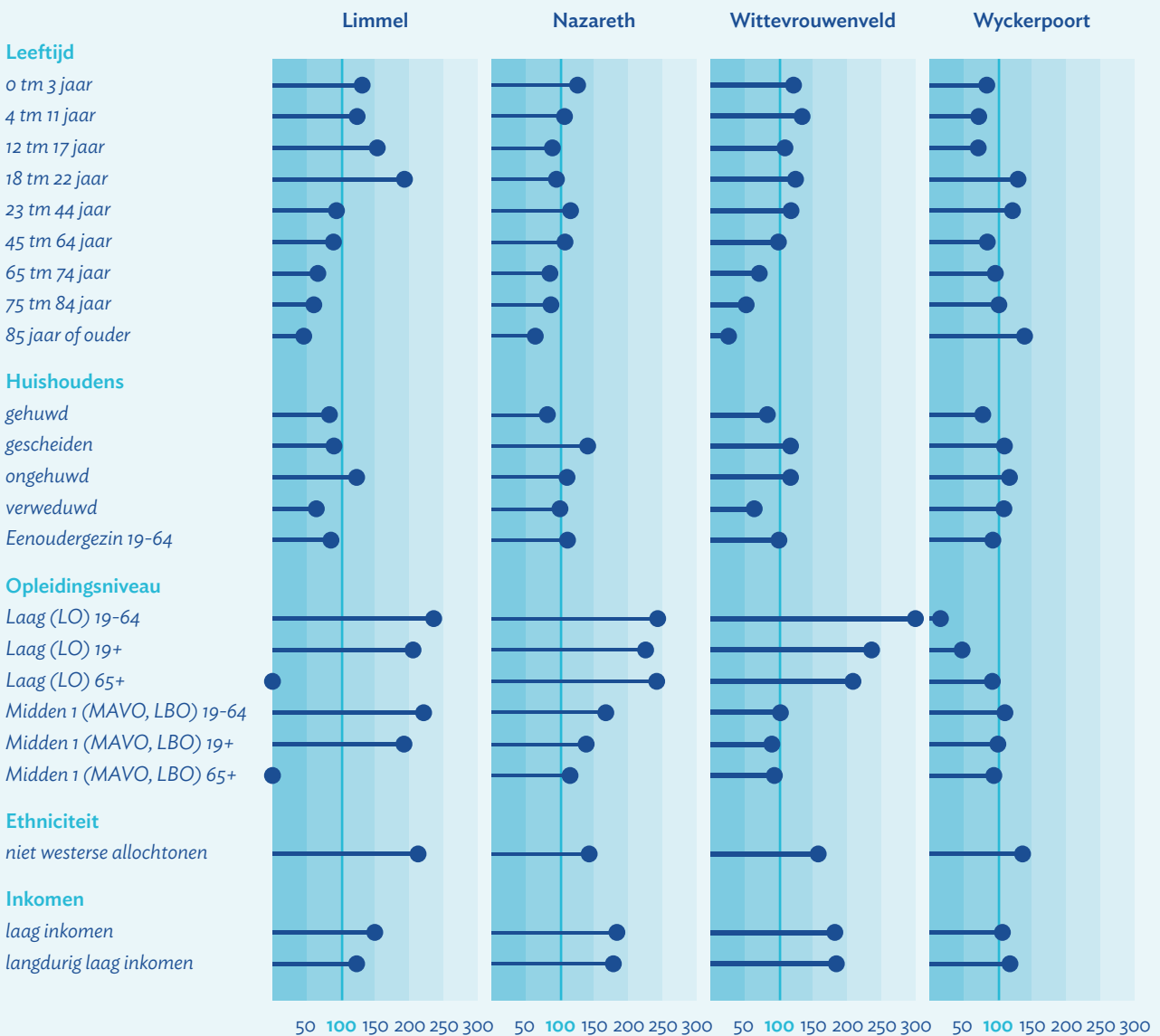
MEER MENSEN MET EEN NIET-WESTERSE MIGRATIEACHTERGROND

In de Blauwe Zorg wijken wonen meer mensen met een niet-westerse migratieachtergrond dan gemiddeld in Maastricht (10%), oplopend van 14% in Nazareth tot 21% in Limmel.

DEMOGRAFISCHE KENMERKEN PILOTWIJKEN

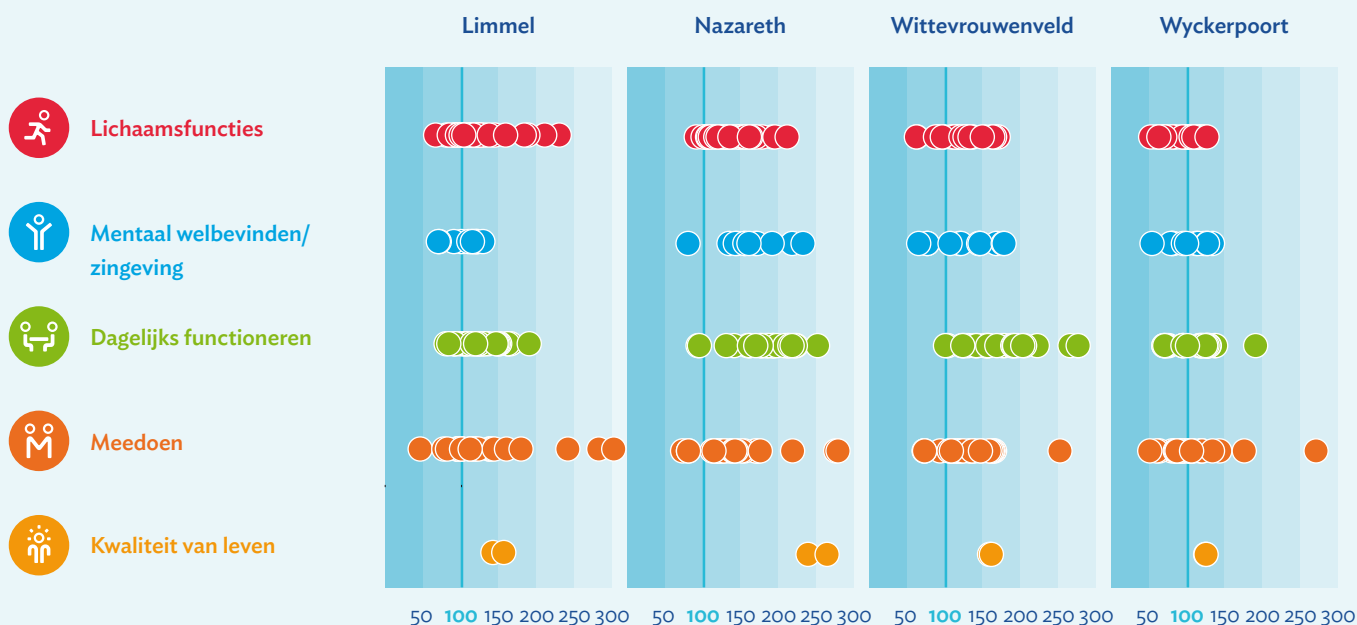
Demografische kenmerken van de wijken afgezet t.o.v. het gemiddelde van Maastricht (=100).

De scores rechts van de blauwe lijn zijn hoger dan gemiddeld in Maastricht.



WIJKPROFIEL PILOTWIJKEN

t.o.v. gemiddelde Maastricht aan de hand van indicatoren per domein positieve gezondheid



Scores op de indicatoren per domein weergegeven t.o.v. het gemiddeld van Maastricht (=100).

Als de scores hoger zijn dan 100 (rechts van de blauwe lijn) dan zijn de scores van de betreffende wijk minder gunstig op het betreffende domein.

MENSEN IN BLAUWE ZORG WIJKEN RELATIEF VAAK LAAG OPGELEID

Met uitzondering van Wyckerpoort, wonen in de Blauwe zorg wijken veel meer mensen met een lage opleiding. In Wittevrouwenveld heeft 14% van de volwassenen alleen het Lager Onderwijs afgerond. Gemiddeld gesproken is dit in Maastricht 5%. Daarnaast hebben minder mensen een hogere opleiding afgerond zoals HBO of WO. In Nazareth is dat 20% en in Wittevrouwenveld is dit 29%, ten opzichte van 39% gemiddeld in Maastricht.

MEER LAGE INKOMENS

Hetzelfde beeld is te zien bij de inkomenssituatie van de inwoners van de vier wijken. Limmel (16,4%) en met name Nazareth (20,3%) en Wittevrouwenveld (20,2%) hebben meer huishoudens met een laag inkomen dan gemiddeld in Maastricht (11,4%). Wyckerpoort is vergelijkbaar met het gemiddelde van Maastricht (11,9%).

LICHAAMSFUNCTIES

Wat de mensen zelf zeggen over hun gezondheid

In de Blauwe Zorg wijken wordt de gezondheid beduidend minder goed ervaren, met uitzondering van Wyckerpoort (dat met 79% hoger scoort dan gemiddeld). In Nazareth ervaart slechts 59% van de mensen (19+) de gezondheid als goed en ook Wittevrouwenveld scoort met 62% beduidend minder dan gemiddeld in Maastricht (72%) en in Nederland (76%). Limmel scoort iets lager dan Maastricht: 68%.

Ouderen Wittevrouwenveld vaker beperkt in activiteit

Ouderen in Wittevrouwenveld geven aan relatief veel fysieke klachten te ervaren: maar liefst 71% van de ouderen geeft aan beperkt te zijn in zijn/haar activiteiten vanwege de gezondheid (t.o.v. 57% in Maastricht). Deze ouderen maken relatief veel gebruik van de (fysiek gerelateerde) Wmo-voorzieningen, in Limmel en Nazareth zijn dit meer de volwassenen. De zorgconsumptie vanuit de zorgverzekeraar is alleen in Nazareth hoger dan gemiddeld.

Gezondheid in de wijken



MENTAAL WELBEVINDEN

Meer GGZ-problematiek

Met name de volwassenen in Nazareth en Wittevrouwenveld hebben een groter risico op een angststoornis of depressie, 73% van de volwassenen (19-64) in Nazareth ten opzichte van gemiddeld 44% in Maastricht. In Wittevrouwenveld is dit met 52% ook hoger. Dit is ook terug te zien in het GGZ-gebruik vanuit de zorgverzekering: 4 tot 5% van de mensen maakt gebruik van GGZ-zorg, ten opzichte van 3% in Maastricht.

Meer gebruik van Jeugd GGZ

Bij de jeugd zien we dat met name in Nazareth meer kinderen gebruik maken van Jeugd GGZ: 16% tegen ca. 10% in de andere wijken en het gemiddelde van Maastricht.

Kans op licht verstandelijk beperking groter

Uit de Woonzorgwijzer blijkt bovendien ook dat de kans op een lichte verstandelijke beperking in deze wijken hoog is: in Nazareth 40% kans, en in Wittevrouwenveld 39%. De uitzondering is Wyckerpoort.



DAGELIJKS FUNCTIONEREN

Moeite met rondkomen

In Nazareth geeft 40% van de volwassenen aan moeite te hebben met rondkomen. 26% zegt zorg te hebben gemeden om financiële redenen. Limmel geeft een vergelijkbaar beeld. In Wittevrouwenveld hebben voornamelijk ouderen moeite met rondkomen (30%). In deze wijk ontvangen ook de meeste ouderen bijzondere bijstand.

Ondersteuning participatie en financiën

In Nazareth en Wittevrouwenveld heeft ca. 20% van de inwoners ondersteuning op het gebied van financiën (uitkering/bijzondere bijstand, schuldhulpverlening) en participatie naar werk, terwijl het gemiddelde van Maastricht 9% is. In Nazareth en Wittevrouwenveld is resp. 14 en 12% van de volwassen inwoners voor zijn/haar levensonderhoud afhankelijk van een bijstandsuitkering, tegen 6% van de inwoners van Maastricht.

Onvoldoende regie en zelfredzaamheid

In Nazareth geeft 22% aan onvoldoende regie over zijn eigen leven te hebben. In Wittevrouwenveld en Limmel zien we een vergelijkbaar beeld bij de volwassenen, maar minder sterk. In Wittevrouwenveld ervaren de ouderen vaker onvoldoende regie over hun leven. Dit is ook terug te zien in het percentage inwoners dat individuele begeleiding ontvangt vanuit de Wmo, in de wijken Wittevrouwenveld en

Nazareth is dit ca. 3 tot 4%. In Maastricht is dit ca. 2%. Wat betreft jeugdhulp scoren de Blauwe Zorg wijken, behalve Wyckerpoort, hoger dan gemiddeld.

Ongeveer 10% tot 12% van de jeugdigen tot 18 jaar ontvangt jeugdhulp (excl. Jeugd GGZ, met name begeleiding). In Maastricht is dit gemiddeld 7%.



MEEDOEN

Eenzaamheid en sociale cohesie

In Limmel, Nazareth en Wittevrouwenveld is ongeveer 20% ernstig eenzaam. Dat is meer dan het gemiddelde in Maastricht van 14%. De helft van de mensen in Nazareth en Wittevrouwenveld geeft aan betekenisvolle relaties met een bredere groep mensen te missen. In deze twee wijken voelen mensen zich ook onveiliger op straat dan gemiddeld in Maastricht. Verder is de sociale cohesie in alle vier de wijken minder groot. Daarentegen zijn in Wittevrouwenveld zeer veel mensen actief als vrijwilliger. Dat is met 33% veel hoger dan gemiddeld in Maastricht (24%) of in Nazareth (15%).



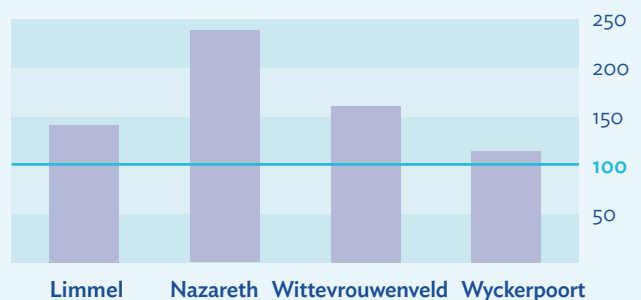
KWALITEIT VAN LEVEN

Tevredenheid over het leven

In Limmel en Wyckerpoort zijn de mensen over het algemeen genomen tevreden over hun leven. Rond de 60% van de mensen is tevreden, wat overeenkomt met het Maastrichtse gemiddelde. In Nazareth en Wittevrouwenveld zijn de mensen veel minder vaak tevreden over hun leven, resp. 47% en 52%. Wel zijn in alle pilotwijken relatief veel mensen (zeer) ontevreden (zie figuur).

SCORE KWALITEIT VAN LEVEN PILOTWIJKEN

t.o.v. gemiddelde Maastricht



Kwaliteit van leven (ontevreden) uit de GGD Volwassenen- en ouderenmonitor van de pilotwijken t.o.v. gemiddelde van Maastricht (=100)

Weg met het wijzende vingertje

Positieve Gezondheid helpt mensen het heft weer in eigen handen te nemen door de focus niet alleen op de ziekte, maar op de totale mens te leggen. Dat geeft letterlijk lucht. Óók aan professionals die beter in staat worden gesteld om zelf inhoud te geven aan hun werk en meer plezier ervaren.” Dat vinden Anita Vermeer, projectleider Positieve Gezondheid en Cisca van der Meijs, trainer Positieve Gezondheid.

Anita: “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. Positieve Gezondheid is óók het leidend principe binnen Blauwe Zorg in de Wijk. Anita: “Het biedt een gezamenlijk referentiekader, professionals spreken dezelfde taal. 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 willen we dat mensen beter in staat zijn om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan.”

MEER INZETTEN OP GEDRAGSVERANDERING

Om dat waar te maken, moet het concept Positieve Gezondheid brede bekendheid krijgen bij zowel de bewoners van de vier blauwe wijken als de zorgprofessionals die er werkzaam zijn. In 2017 is gestart met de training van beroepskrachten. Cisca: “De eerste ronde trainingen is verzorgd door Machteld Huber (Institute of Positive Health), de bedenker van Positieve Gezondheid.



V.l.n.r.: Anita Vermeer, projectleider; Mischa Deusings, coach; Bart Bongers, projectleider Blauwe GGZ; Cisca van der Meijs, trainer Positieve Gezondheid; Katrien Pleunis, aandachtsfunctionaris Positieve Gezondheid; Birgitte van den Heuvel, coach.

Zij is zelf arts en werd door het krijgen van een levensbedreigende ziekte geconfronteerd met haar eigen beperkte kijk (als arts) op gezondheid. Deze rolwisseling van arts naar patiënt bracht haar tot de nieuwe definitie van gezondheid. Dit gegeven heeft mij destijds erg geraakt en dat gun ik ook andere hulpverleners.”

“Inmiddels geven we de trainingen zelf,” vervolgt Cisca. “De inhoud is iets aangepast, waarbij we meer inzetten op gedragsverandering en de zorgverleners nog meer willen inspireren. Eigenlijk komt het erop neer dat we hen willen laten voelen en ervaren dat zijzelf ook gewone mensen zijn, met ups en downs, die ze dankzij hun eigen

veerkracht hebben overwonnen. Dat besef brengt je als zorgverlener dichter bij de burger, die immers óók over veerkracht beschikt. Het wordt tijd dat we dat beter beseffen.”

MIJN OPLOSSING IS NIET PER SE JOUW OPLOSSING

Voor de bewoners in de wijken zijn er maandelijks workshops Positieve Gezondheid. De belangstelling is groot en de reacties zijn positief. Cisca: “Mensen vullen tijdens de workshop zelf of met een beetje hulp het spinnenweb in. Het zet ze aan het denken over hoe hun leven eruit ziet en op welk domein ze op dat moment iets willen verbeteren. Dat hoeft overigens niet het domein te zijn waar ze het laagste scoren!

“



Anita Vermeer, projectleider Positieve Gezondheid

“Positieve gezondheid helpt de professionals om het gesprek met burgers anders aan te gaan. Maar daarmee is het nog niet geïmplementeerd en geborgd.”

Hulpverleners hebben vaak de neiging om het negatieve te benadrukken, maar voor de bewoner zelf kan het heel anders liggen. Juist door de samenhang te zien, ontdekken ze dat ze zelf invloed hebben op hun ervaring van gezondheid.” “Het mooie van Positieve Gezondheid is dat mensen zelf keuzes maken. Dat is vele malen waardevoller dan dat een ander die keuze voor hen maakt. Wij moeten af van het wijzende vingertje, van ‘jij doet het niet goed en ik weet wel wat goed voor jou is’. Dat levert niets op,” aldus Anita. “Het is goed dat zorgprofessionals leren beseffen dat hun oplossing niet die van de burger hoeft te zijn. En dat daar niets mis mee is.”

TERUG TOT DE KERN

Positieve Gezondheid helpt de professionals om het gesprek met burgers anders aan te gaan. Maar daarmee is het nog niet geïmplementeerd en geborgd. “Want het is lastig om je routine los te laten en op een andere manier te gaan werken,” zegt Anita. “De professionals denken vaak dat ze breed kijken, maar uiteindelijk

focussen ze dan toch op dat kleine bekende stukje. Omdat dat hen goed afgaat of omdat het aan tijd ontbreekt om het anders te doen. Dit betekent dus dat de organisaties ook randvoorwaarden voor deze medewerkers moeten scheppen. Een werkgroep is hiermee aan de slag. Beleidsmedewerkers en managers zijn meegenomen in het verhaal via een workshop door Carl Verheijen van het Institute of Positive Health. Daarnaast werken we sinds dit jaar met coaches die proactief in gesprek gaan met de beroepskrachten om hen te ondersteunen in het implementeren en borgen van Positieve Gezondheid. Het mooie is dat deze pilot de professionals terugbrengt naar de kern, naar de redenen waarom ze ooit voor dit beroep hebben gekozen. Wat we ook zien is dat zodra mensen met Positieve Gezondheid werken, de behoefte ontstaat om met andere expertises in gesprek te gaan. Door de trainingen leren mensen elkaar beter kennen, zodat ze elkaar ook weten te vinden. Dit biedt echt de ruimte om het anders te gaan doen.

Resultaten tot nu toe

56 medewerkers van sociale teams en huisartsenpraktijken geschoold in Positieve Gezondheid

67% van de geschoolde mensen gebruikt Positieve Gezondheid in zijn werk

19 ambassadeurs zetten zich in om Positieve Gezondheid te implementeren

2 coaches Positieve Gezondheid begeleiden de medewerkers in de pilotwijken in het gebruik van Positieve Gezondheid

3 mensen volgen de train-de-trainer opleiding tot trainer PG bij Institute for Positive Health.

Er is een eigen training ontwikkeld die vanaf het najaar van 2018 van start gaat en wordt verzorgd door onze eigen trainer.



Cisca van der Meijs, trainer Positieve Gezondheid

“Mensen vullen tijdens de workshop zelf of met een beetje hulp het spinnenweb in. Het zet ze aan het denken over hoe hun leven eruit ziet.”

”

Linking pin tussen huisarts en Team Jeugd

Judith Corduwener is Praktijkondersteuner Jeugd bij ZIO. “De POH Jeugd is een nieuwe functie. Enkele jaren geleden is de Jeugdzorg ondergebracht bij de gemeenten. Een samenwerking tussen huisartsen en het gemeentelijke team Jeugd ontbrak echter nog. Als POH Jeugd fungeer ik als linking pin tussen beide. Daarnaast neemt de GGZ-problematiek bij jongeren toe. Dit vraagt om een andere benadering.”

In beide huisartsenpraktijken in de Blauwe wijken wordt een POH Jeugd ingezet. Judith is drie dagen per week verbonden aan Maastricht Noordoost, waartoe de wijken Nazareth, Limmel, Wittevrouwenveld en Wyckerpoort behoren. “We zijn er voor kinderen en jeugdigen van 0 tot en met 23 jaar. Er komen allerlei soorten vragen op ons af; op het gebied van zindelijkheid en opvoeden, faalangst en niet mee komen op school, depressieve klachten, angst- of gedragsproblemen. Steeds vaker krijg ik te maken met vragen omtrent echtscheiding en de last die dat voor het kind meebrengt. Meestal komen de ouders naar me toe, maar het komt eveneens voor dat de wat oudere kinderen zelf aankloppen. Het is dus heel divers.”

POSITIEVE GEZONDHEID

Als POH Jeugd neemt Judith uitgebreid de tijd voor de intake. “Afhankelijk van de vraag spreek ik met het kind zelf, de ouders, de school of andere instanties die bij het kind betrokken zijn. Mijn doel is de vraag zo helder mogelijk te krijgen. Daarvoor maak ik gebruik van het gedachtegoed Positieve Gezondheid. Samen met het kind en de ouders sta ik stil bij verschillende leefgebieden zodat ik een beter beeld krijg waar het goed gaat en waar de aandachtspunten liggen. Als eenmaal duidelijk is wat het echte probleem inhoudt, heb ik de ruimte om te beslissen of ik het kind en/of de ouders zelf begeleid of dat doorverwijzing naar speciale GGZ nodig is. Aan de begeleiding door de POH Jeugd zit geen maximum aantal consulten.”

IEDEREEN IS POSITIEF

“Vooralsnog werkt het goed,” zegt Judith enthousiast. “De huisartsen verwijzen hun patiënten (jeugdigen, ouders) zeer regelmatig door. Hierdoor is het aantal uren inzet POH Jeugd onlangs verdubbeld. Patiënten reageren positief. Ze worden snel geholpen, dichtbij huis en laagdrempelig. Als het nodig is door te verwijzen, zorg ik voor een warme overdracht en goede overbrugging, dat wordt gewaardeerd.” Voor de huisartsen is de POH Jeugd een welkome aanvulling.



*Patiënten reageren positief.
Ze worden snel geholpen,
dichtbij huis en laagdrempelig*

Judith Corduwener, ZIO

“



Charles Wijnands, huisartsen Maastricht Oost

“De POH Jeugd is in korte tijd een onmisbare schakel in onze praktijk geworden. Zij heeft een belangrijke rol bij het vroegtijdig oppakken van problematiek bij jeugdigen.”

”

DOELMATIGERE JEUGD GGZ

“Met de POH Jeugd hoopt de gemeente de GGZ-zorg aan jeugdigen te verbeteren en tegelijkertijd onnodige doorverwijzingen te voorkomen. Doorverwijzing is vaak niet nodig omdat we de meeste hulpvragen zelf kunnen beantwoorden. Daarnaast gaan we uit van de kracht van de patiënt, we kijken naar wat wel goed gaat. Soms ligt de oplossing niet eens in de GGZ, maar op een heel ander vlak. Daar komen we op deze manier achter. Het aantal doorverwijzingen is met de komst van de POH Jeugd overigens al behoorlijk afgenomen. Een groot deel van de patiënten begeleid ik zelf, het andere deel verwijs ik door.”

VEEL EN VAAK AFSTEMMEN

Afstemming en samenwerking zit in het DNA van de POH Jeugd. “We staan voor een integrale benadering. Dat betekent dat we veel en regelmatig afstemmen met team Jeugd, met huis- en jeugdartsen en andere betrokken partijen. De vijf POH's Jeugd die in de regio werken, komen elke 14 dagen samen om onder meer casuïstiek te bespreken. Ik overleg met het consultatiebureau indien nodig en sluit aan bij Knooppuntoverleg van verschillende basis- en middelbare scholen.”

“We zijn in november 2016 gestart,” besluit Judith. “In het begin zijn we met alle huisartsen gaan kennismaken, waarna het balletje snel is gaan rollen. Tot nu toe zijn patiënten, huisartsen in Maastricht Oost en team Jeugd tevreden en wij zelf ook! Het is dankbaar werk dat veel voldoening geeft.”

Resultaten tot nu toe

POH Jeugd opgenomen in huisartsenpraktijken en netwerk lokale hulpverleners jeugd.

Kwantitatieve resultaten via Arrangementenmonitor



Eerste resultaten

CLIËNTEN POH JEUGD

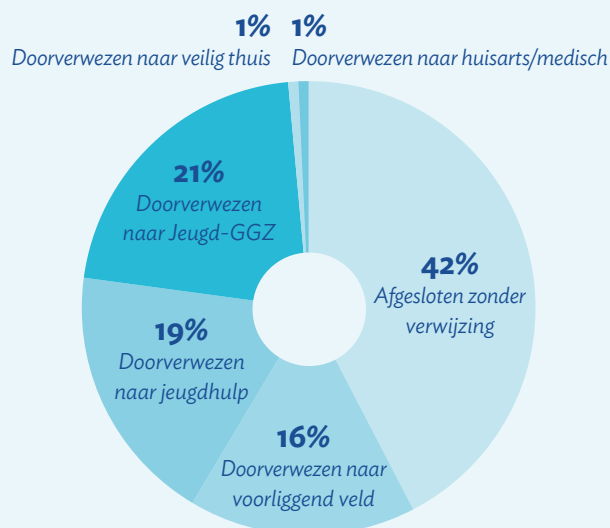
In de periode 2016 tot en met juni 2018 heeft de POH Jeugd in Maastricht Noord-Oost 244 cliënten gezien. De meeste jeugdigen in de leeftijdscategorie 12 t/m 17 jaar. Gevolgd door de 4 t/m 11 jarigen en de 18 t/m 22 jarigen.

HULPVRAGEN EN OPVOLGING

De meeste hulpvragen van cliënten die door de huisarts naar de POH Jeugd worden verwezen zijn: angstklachten, opvoedproblematiek, stemmingsklachten/depressie en gedragsproblematiek.

FIGUUR 1: OPVOLGING POH JEUGD

De mate waarin de POH Jeugd zelf de hulpvraag heeft afgesloten en de mate waarin verwijzing heeft plaatsgevonden door POH Jeugd.



- Bij circa 42% van de cliënten heeft de POH Jeugd zelf de hulpvraag opgepakt met de cliënt en dit afgesloten zonder opvolging. Type hulpvraag: met name stemmingsklachten/depressie, angst, echtscheiding- en gezinsproblematiek en gedragsproblematiek.
- 16% is door de POH Jeugd doorverwezen naar het voorliggend veld. Type hulpvraag: met name opvoed-, gedrags-, leer- en gezinsproblematiek.
- 19% is door de POH Jeugd verwezen naar geïndiceerde jeugdhulp. Type hulpvraag: met name concentratie-/aandachtsproblematiek, angstklachten, gezins- en sociale problematiek.
- 21% is door de POH Jeugd naar Jeugd GGZ verwezen. Type hulpvraag: met name stemmingsklachten/depressie, gedragsproblematiek en multiproblematiek.

Bron: Arrangementenmonitor 2018.

AANTAL CLIËNTEN POH JEUGD NAAR LEEFTIJD

Leeftijdscategorie	2016	2017	2018	Totaal
niet geregistreerd	1	79	2	82
0 t/m 3		3	2	5
4 t/m 11	6	25	23	54
12 t/m 17	4	46	25	75
18 t/m 22	2	10	15	27
23 en ouder			1	1
Totaal	13	163	68	244

Voorlopige conclusies

De POH Jeugd bij de huisarts is een spil in de samenwerking tussen huisarts, team Jeugd en jeugdhulp/Jeugd GGZ. In 59% van de hulpvragen bleek geen geïndiceerde jeugdhulp of Jeugd GGZ nodig te zijn na begeleiding door

POH Jeugd. Nadere analyses en monitoring zijn nodig om vast te stellen wat het effect van de POH Jeugd is op het (totale) gebruik van de jeugdzorgvoorzieningen.

Wat vindt de burger zelf en wat kunnen we daarvan leren?

“Wat kunnen we leren als we bij de burger zelf ophalen hoe het er in de praktijk aan toe gaat,” zegt Sanny Stauder, beleidsmedewerker gemeentelijke ontwikkelingen bij ZIO. Sanny sprak de afgelopen periode intensief met vijf gezinnen in Maastricht, waarvan vier in de Blauwe Wijken.

Sanny is coach in het project ‘Gezamenlijke aanpak huishoudens met hoge domeinoverstijgende kosten’. “Dit zijn meestal gezinnen met multi-problematiek die zorg en ondersteuning krijgen van professionals die uit verschillende financieringskaders worden betaald (bijv. door gemeente of zorgverzekering). Deze gezinnen ondervinden problemen van allerlei aard, zoals opvoedings-, psychische- en sociaal-economische problemen. In veel gezinnen is sprake van werkloosheid en schuldenproblematiek.” “Het accent in deze pilot is enigszins verschoven, legt zij uit. “Aanvankelijk was het de bedoeling om een werkwijze te ontwikkelen waarbij een onafhankelijke coach als een supervisor zou optreden en op basis van een nieuw gezinsplan de zorg beter en met meer afstemming zou gaan organiseren. Al snel bleek echter dat er grote behoefte bestond aan inzicht in hoe de zorg georganiseerd is in de huishoudens en hoe dit ontstaat. Daar kun je alleen achter komen door diepgaand in gesprek te gaan, zowel met de gezinnen zelf als met de zorgverleners die bij hen werken.”

GOED BEELD VAN DE SITUATIE

Via sociale wijkteams en huisartsen zijn vijf gezinnen benaderd. “Ik ben bij elk gezin gaan kennismaken en heb hen een toestemmingsverklaring laten ondertekenen. De gezinnen hebben het spinnenweb Positieve Gezondheid ingevuld. We hebben daarnaast



Sanny Stauder (l) en Petra Aarts-De Jong (r)

gekeken of de intrinsieke behoefte van het gezin, zoals die blijkt uit het spinnenweb, is vertaald in de zorgplannen van de verschillende aanbieders. In de gesprekken is alle zorg en ondersteuning de revue gepasseerd waarbij de gezinnen konden aangeven waaraan ze wel of juist niet veel hadden. Op die manier hebben we geprobeerd de situatie zo volledig mogelijk in kaart te brengen, ook de kosten. Dit is teruggekoppeld met de gezinnen. Vervolgens zijn we in gesprek gegaan over hoe we een nieuw plan kunnen opstellen. Per gezin heb ik vijf gesprekken gevoerd.”

WE ZIJN NIET GOED BEZIG

Sanny, die zelf jarenlang als jeugdhulpverlener werkte, vertelt dat met alle gezinnen een warm contact ontstaan “Overall ben ik allerhartelijkst ontvangen. Ik heb gevraagd ‘wat betekent dit voor jouw dagelijkse leven’. Dan hoor je dat iemand bij wijze van spreken de hele dag de deur open doet en koffie zet voor de ene na de andere hulpverlener die over de vloer komt. Het aantal hulpverleners per gezin varieerde van 11 tot 18. Allemaal met de beste bedoelingen, maar met weinig tijd voor goede afstemming of samenwerking.

“



Sanny Stauder, coach

“Ik zie nu al dat we met dit project bij alle betrokkenen een bewustwording tot stand brengen over wat al die zorg en ondersteuning nu eigenlijk kost.”

”

Dat is weinig efficiënt en op de lange termijn niet duurzaam.” “Het heeft overigens niet altijd te maken met het aantal zorgverleners”, constateert Sanny. “Het systeem is nu eenmaal zo, dat de indicatie verstrekt wordt op basis van een individu. Stel dat er sprake is van een kind dat ondersteuning krijgt vanwege gedrags- en opvoedingsproblematiek. Het is wel handig als de zorgverlener dan weet dat de moeder een psychische aandoening heeft, waardoor zij misschien niet in staat is goedbedoelde adviezen op te volgen. Maar omdat het om verschillende indicaties en instanties gaat, is de kans groot dat deze niet van elkaar weten wat ze bij dit gezin doen. Dan kun je dus nooit effectief zorg bieden. Soms komen verschillende begeleiders uit dezelfde organisatie bij een gezin. Als het een weloverwogen keuze is, dan is dat prima. Maar soms betreft het op verschillende indicaties, voor verschillende gezinsleden, verschillende hulpverleners, maar vaak met een zelfde scholingsachtergrond.”

WAT KOST DE ZORG EIGENLIJK?

Op gezinsniveau proberen we samen met het gezin en de hulpverleners te schetsen hoe het plaatje eruit zou moeten zien. Samen proberen we patronen te doorbreken. Zorgverleners zijn van nature ontzorgers en daardoor snel geneigd in die rol te

vervallen. Aan de andere kant is er de burger die gewend is aan het ontvangen van hulp en dat heel normaal vindt. Beide kanten moeten zich aanpassen. Ik zie nu al dat we met dit project bij alle betrokkenen een bewustwording tot stand brengen over wat al die zorg en ondersteuning nu eigenlijk kost. Vaak staan die kosten totaal niet in verhouding tot het leefbudget van een gezin. Dat is wel iets om over na te denken. We moeten veel kritischer worden en hierover het gesprek durven aangaan.”

OPTIMISTISCH

“Onze vermoedens zijn bevestigd,” zegt ze. “Wel ben ik best verbaasd dat de gezinnen allemaal ongeveer hetzelfde beeld schetsen, dit zijn dus geen uitzonderingen maar dagelijkse praktijk. Daarnaast blijkt dat het vaak generatie-overstijgende problematiek betreft, noem het maar een ‘way of life’ met bijvoorbeeld al generaties lang werkloosheid.”

“De uitkomsten zijn gebaseerd op één ronde, zegt Sanny. “Ik verwacht dat er nog een tweede ronde met andere gezinnen nodig is, om de bevindingen nog explicieter te maken.” Sanny is optimistisch over de toekomst. “Ik zie veel potentie bij de burger, veel wil bij de hulpverleners en bestuurders om te veranderen. Dat geeft enorm veel energie. Er is een gezamenlijke drive

om het anders te gaan doen, dus ik hoop dat we samen in staat blijven het systeem zodanig te veranderen dat we echt integrale zorg kunnen waarmaken.”

Resultaten tot nu toe

Vijf huishoudens (HH) met domeinoverstijgende problematiek zijn begeleid door een coach. Een HH is afgefallen omdat deze niet behoorde tot de vier wijken.

Er is een werkwijze ontwikkeld waarmee de coach samen met het HH, de huidige zorg- en hulpverleners, het aantal voorzieningen en aanbieders, de kosten en de veranderwens (PG) in kaart brengt.

Uit matching van de geselecteerde HH's met de arrangementenmonitor blijkt dat de juiste huishoudens zijn geselecteerd.

De Arrangementenmonitor biedt glashelder inzicht in bij welke gezinnen hoge domeinoverstijgende kosten worden gemaakt (zie gepresenteerde cijfers op pagina 21-23).

Het zou zoveel makkelijker en prettiger kunnen

“Betere communicatie en kortere lijntjes,” dat is volgens Petra Aarts-de Jong heel hard nodig om de zorg te verbeteren. “Het is hier een komen en gaan van zorg- en hulpverleners. Maar iedereen kijkt niet verder dan zijn eigen ‘vakje’. Een stukje waarheidsvinding over hoe het nu echt zit, dat schiet er helaas bij in. Vertrouwen dat het beter wordt, heb ik niet meer. Ik doe mee aan deze pilot in de hoop dat het straks voor mijn kinderen beter wordt.”

Petra weet waar ze het over heeft. Ze is moeder van drie kinderen (14, 11 en 9 jaar). De oudste woont bij Petra's ouders. Alle drie de kinderen hebben een vorm van autisme. Na een relatiebreuk is Petra achtergebleven met een grote schuld. Ondanks dat haar tweede echtgenoot, vader van haar twee jongste kinderen, een fulltime baan heeft, moet het gezin vanwege schuldsanering rondkomen van zo'n 60 euro per week. Genoeg problemen dus, die vaak moeilijk te hanteren zijn. Vooral omdat Petra zelf een bipolaire stoornis heeft.

ER WORDT NIET NAAR MIJ GELUISTERD

“Ik loop tegen muren aan,” zegt ze. “Slechte communicatie is de grootste boosdoener. Mensen weten van elkaar niet waar ze mee bezig zijn. Ik word van het kastje naar de muur gestuurd. Er was sprake van verkeerde diagnoses bij de kinderen, waardoor ze jarenlang medicatie hebben geslikt voor een aandoening die ze niet bleken te hebben. Het feit dat er niet naar mij geluisterd wordt en bijvoorbeeld afspraken worden gemaakt op tijdstippen dat ik echt niet kan. Voortdurende personeelwisselingen bij hulpverleningsorganisaties.

Maar ook: drie casemanagers, drie psychiaters en drie psychiatrisch verpleegkundigen voor mijn drie kinderen. Inmiddels zijn ze gelukkig alle drie bij dezelfde casemanager ondergebracht en bij dezelfde psychiater in behandeling. Dat brengt het aantal in elk geval van 9 terug naar 3.” Petra kan bij wijze van spreken een boek schrijven over hoe zij de zorg elke dag ervaart.

RONDE TAFELGESPREK

“We hebben veel zorg nodig,” zegt ze. “Dat is nu eenmaal een feit, en daar ontkomen we niet aan. Maar het zou zoveel makkelijker en prettiger kunnen. Weet je wat zou helpen? Eens in de zoveel tijd een ronde tafeloverleg (RTO) waar iedereen die bij ons gezin is betrokken aanwezig is, dus ook de school en de huisarts. Dan praat je toch al gauw over zo'n 25 personen komen, maar dan komt tenminste de hele waarheid op tafel. Nu heeft iedereen stukjes van het verhaal en dat werkt gewoon niet. De begeleiders van mijn kinderen moeten toch weten dat ik een bipolaire stoornis heb, en dus nogal eens last heb van wisselende stemmingen. Dat heeft namelijk veel effect op mijn kinderen. Maar die informatie delen mag niet in verband



Petra Aarts - De Jong.

met privacy. Belachelijk vind ik dat. Zo'n RTO zou dat kunnen oplossen.”

HULP IN DE HUISHOUDING

Petra heeft moeite met het huis opruimen en schoonhouden. “Het is hier af en toe een puinzooi, maar het lukt mij gewoon niet om het op te pakken. Dat moet echt met hele kleine stapjes tegelijk. Het zou voor mij enorm veel betekenen als ik daar hulp bij zou krijgen. Het is ook voor de kinderen fijn als de rotzooi is opgeruimd. Maar ja, net die hulp, daar kom ik dan niet voor in aanmerking.” Petra geeft aan dat het soms lastig is om de moed niet te laten zakken. “Ik heb geen betaald werk, maar wordt geleefd door mijn agenda. Het is een kwestie van me continu aanpassen, alert blijven en aan de bel trekken als het mis dreigt te gaan. Het is een kwestie van de rug recht houden en doorgaan, zolang ik kan. Ooit klap je in elkaar.”

Eerste resultaten

De arrangementenmonitor geeft inzicht in het gebruik van geïndiceerde ondersteuning vanuit het gemeentelijk Sociaal Domein per huishouden (Jeugd, Wmo en participatie). Deze gegevens zijn anoniem versleuteld aan de vier huishoudens uit het project.

GEMEENTELIJKE ONDERSTEUNING PER HUISHOUDEN

In figuur 1 is weergegeven welke en hoeveel geïndiceerde gemeentelijke ondersteuning per huishouden vanuit het gemeentelijk Sociaal Domein is ingezet op één meetmoment in 2017. Het gaat hierbij om vier huishoudens uit de vier wijken: HH1, HH2, HH3 en HH4. Het figuur maakt duidelijk dat de huishoudens veelal ondersteuning krijgen op het gebied van jeugdhulp (begeleiding/dagbesteding), Wmo/begeleiding en participatie-wet. Meerdere gezinsleden ontvangen deze ondersteuning. Ook wordt

duidelijk dat in de huishoudens tegelijkertijd meerdere vormen van begeleiding, variërend van licht tot zwaar, worden ingezet. Uit de gesprekken met de huishoudens en de hulpverleners blijkt dat deze begeleiding door verschillende hulpverleners wordt geboden aan verschillende gezinsleden. Bovendien blijkt dat de hulpverleners meestal niet op de hoogte zijn van de andere begeleiding/ondersteuning die wordt geboden aan gezinsleden. Bij de huishoudens zijn tussen de 4 en de 7 verschillende aanbieders betrokken vanuit het gemeentelijk sociaal domein.

FIGUUR 1

Geïndiceerde ondersteuning per huishoudens vanuit het gemeentelijk Sociaal Domein. Het gaat hier om vier huishoudens. Om elk huishouden staat een witte rand.



Bron: Arrangementenmonitor 2018.

Project 3 | Gezinnen met veel zorg- en hulpverlening

BETROKKEN HULPVERLENERS PER HUISHOUDEN

Het aantal betrokken hulpverleners uit het zorg- en sociaal domein per huishouden op één meetmoment in 2017.

HH1: 13

HH2: 18

HH3: 11

HH4: 12

De coach heeft samen met de huishoudens in kaart gebracht hoeveel hulpverleners uit het zorg- en sociaal domein betrokken zijn bij het huishouden. Bovenstaande opsomming laat zien dat dit varieert van 11 tot 18, op één meetmoment. Het bleek in de praktijk een hele klus om uit te zoeken welke hulpverleners betrokken zijn bij een huishouden; de gezinsleden zelf hebben vaak geen overzicht van wie er komt en/of waarvoor men komt. In het eerste half jaar na het meetmoment hebben zich daarnaast ook nog eens veel wisselingen van hulpverleners voorgedaan.

DE KOSTEN VAN DE HUISHOUDENS

De kosten van het gemeentelijke sociaal domein van de betrokken huishoudens over het jaar 2017 lopen uiteen van ca. € 27.000,- tot € 85.000,-. Gemiddeld is dit ca. € 50.000,- per huishouden. Hierin zijn nog niet meegenomen de kosten die per huishouden gemaakt zijn in 2017 op het gebied van de zorgverzekeringswet (denk aan Volwassen GGZ), Wet langdurige zorg, kosten participatietrajecten en voorliggende voorzieningen. Deze kosten worden op korte termijn inzichtelijk gemaakt. De hoogste kosten binnen het gemeentelijke sociaal domein werden bij deze huishoudens gemaakt op begeleiding Jeugd midden en zwaar en op begeleiding Wmo licht.

DE VIER WIJKEN EN DE GEMEENTELIJKE VOORZIENINGEN

In de monitor zijn de gemeentelijke voorzieningen gegroepeerd naar 10 leefdomeinen. Vier leefdomeinen bij jeugd: Mentale gezondheid, Opvoeden, Sociale participatie en Wonen. Bij Wmo de leefdomeinen: ADL/Huishouden, Mobiliteit, Regie en Sociale participatie, bij de Participatiewet de leefdomeinen Financiën en Werk/opleiding en bij de Zorgverzekeringswet de leefdomeinen Fysieke gezondheid en Mentale gezondheid. In tabel 2 is aangegeven hoeveel huishoudens (volwassenen en jeugd, N=1.689) in de vier wijken ondersteuning hebben uit één of meer leefdomeinen.

Ongeveer de helft van de huishoudens in de vier wijken heeft ondersteuning uit één leefdomein en 28% uit twee leefdomeinen. Circa 400 huishoudens (23% van de huishoudens) in deze wijken heeft ondersteuning uit drie of meer leefdomeinen. In deze huishoudens hebben twee of meer gezinsleden ondersteuning vanuit het sociaal domein. Onderstaande tabel laat zien dat er in de vier wijken dus een grote groep huishoudens bestaat die op het gebied van het gebruik van gemeentelijke voorzieningen vergelijkbaar is met de vier geselecteerde huishoudens uit het project.



ONDERSTEUNING SOCIAAL DOMEIN PILOTWIJKEN JEUGD/VOLWASSENEN

Samenloop Leefdomein per huishouden

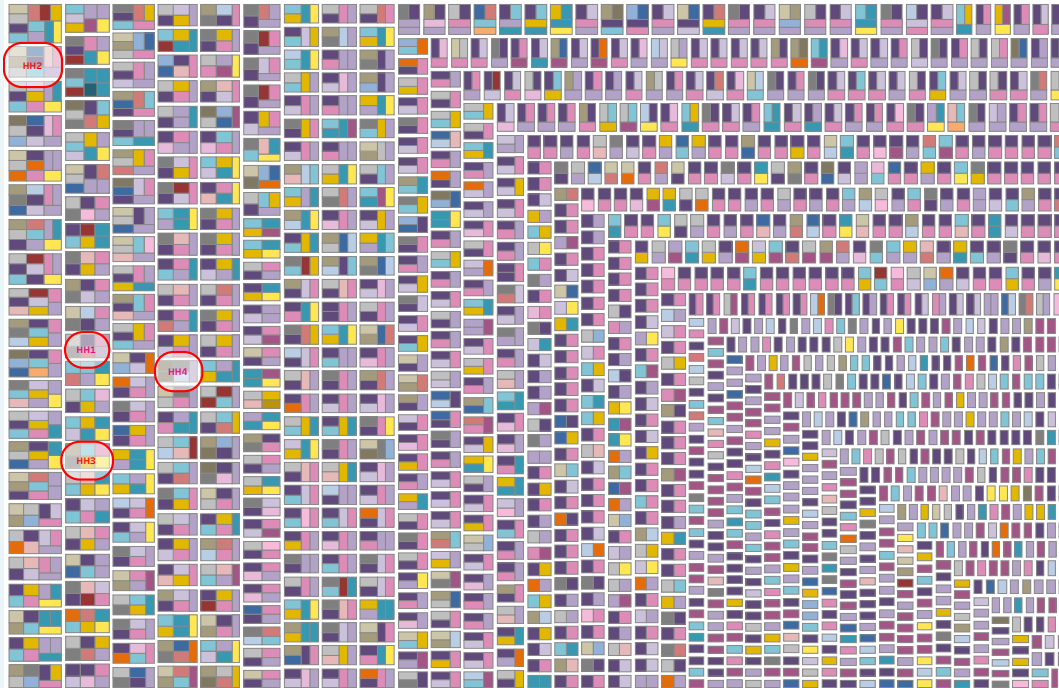
	Huishoudens	% Huishoudens	Cliënten	Aantal cliënten
1 Leefdomein	831	49,2%	1.106	1,33
2 Leefdomeinen	471	27,9%	666	1,41
3 Leefdomeinen	203	12,0%	350	1,72
4 Leefdomeinen	108	6,4%	214	1,98
5 Leefdomeinen	47	2,8%	132	2,81
6> Leefdomeinen	29	1,7%	82	2,83

Aantal en % huishoudens (volwassenen en jeugd) in de vier wijken dat ondersteuning heeft uit één of meer leefdomeinen

Bron: Arrangementenmonitor 2018.

FIGUUR 2

Weergave van alle huishoudens jeugd/volwassenen in de vier wijken met een of meerdere gemeentelijke voorzieningen (N= 1.689). Om elk huishouden staat een witte rand. De gekleurde blokjes per huishouden geven een gemeentelijke voorziening aan. Links boven in het figuur staan de huishoudens met de meeste voorzieningen. Recht onder de huishoudens met de minste voorzieningen. De vier omcirkelde huishoudens zijn de huishoudens uit het project (zie figuur 1).



Maatwerkvoorzieningen

Begeleiding jeugd licht	Collectief vervoer	Inburgeringstraject	Rolstoel
Begeleiding jeugd midden	Crisisdiensten jeugd	IOAWZ	Schuldhulpverlening
Begeleiding jeugd overig	Dagbesteding licht jeugd	Landelijk transitiearrangement	Scootmobiel
Begeleiding jeugd zwaar	Dagbesteding licht volwassen	Leerlingvervoer	Verblijf jeugd
Begeleiding licht	Dagbesteding midden jeugd	Logeren jeugd	Vervoer dagbesteding
Begeleiding zwaar	Dagbesteding midden volwassen	Loonkostensubsidie	Vervoervoorziening
Behandeling groep	Dagbesteding zwaar jeugd	Maatschappelijke opvang	Vervoervoorziening/ onkostenvergoeding
Behandeling individueel	Dagbesteding zwaar volwassen	Participatietraject	Woonvoorziening
Behandeling individueel start	Dyslexie	Periodieke bijzondere bijstand	WSW
Beschermd wonen volwassen	Eenmalige bijzondere bijstand	Persoonlijke verzorging	
Bijstandsuitkering	Hulp bij huishouden	Pleegzorg	

Bron: Arrangementenmonitor 2018.

Voorlopige conclusies

- De vier huishoudens die zijn geselecteerd voor het coachingstraject zijn de beoogde huishoudens voor wat betreft de doelstelling van het project.
 - Er blijken nog vele vergelijkbare huishoudens in de wijken te bestaan waarbij eenzelfde soort problematiek verwacht kan worden.
 - Er is bij de huishoudens sprake van stapeling van voorzieningen op het gebied van begeleiding/regievoering.
- Hulpverleners komen met hun 'eigen' zorg-/hulpverleningsaanbod, meestal gericht op één lid van het gezin. Hierdoor bestaat er te weinig aandacht voor het gezin als systeem.
- Het project 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 biedt handvaten voor toekomstige verbetering.

Zorg die beter aansluit? Het kan echt!

'De communicatie en samenwerking tussen de verschillende beroepsgroepen blijkt niet altijd goed te verlopen. Er is soms onvoldoende zicht op welke beroepskrachten bij een gezin betrokken zijn. Beroepskrachten kijken vooral vanuit hun eigen professie naar een cliënt.' Het zijn slechts enkele bevindingen uit het casussenboek dat vanaf 2016 is samengesteld en nog steeds wordt aangevuld. Bianca Vaessen, vanuit de gemeente Maastricht projectleider 'Zorg sluit beter aan', ziet er vooral aanknopingspunten in voor verbetering van de zorg en dienstverlening aan de inwoners van de vier Blauwe wijken.



*Bianca Vaessen, projectleider; Kelly Esten, sociaal team centrum;
Piet Hauser, sociaal team Limmel/Nazareth*

Bianca: "Het casussenboek is de afgelopen periode grondig geanalyseerd door een werkgroep met leden met veel kennis en kunde, werkzaam in de sociale teams."

Katrien Pleunis, team Wittevrouwenveld/Wijckerpoort: "De casussen, die zijn aangeleverd door beroepskrachten, laten perfect zien hoe en wat er mis gaat in de zorg. Hoe mensen, met alle goede bedoelingen, langs elkaar heen werken. Tot grote frustratie van elkaar, maar ook van de gezinnen en burgers die ermee te maken hebben. Gelukkig zien we in de sociale teams al dat het ook anders kan. Het komt bij het sociaal team bijna niet meer voor dat we aan dezelfde casus werken, zonder dat we het van elkaar weten."

SNEL HANDELEN ALS HET NODIG IS

Het project 'Zorg sluit beter aan', bestaat uit twee werkgroepen. "De eerste richt zich specifiek op Wmo-spoedprocedures, de tweede op de andere casussen," zegt Bianca. "Uit een aantal casussen kwam naar voren dat in een acute situatie een Wmo-spoedprocedure gewenst is,

omdat de huidige procedure dan te lang is. De spoedprocedure houdt in dat huisartsen en wijkverpleegkundigen een mandaat hebben gekregen om direct zorg in te zetten. Overigens wel vanuit de visie van de Wmo. Dus eerst kijken of en wat in het informele circuit geregeld kan worden, pas daarna professionele zorg. Alle aanbieders zijn ingeseind, er is een stappenplan gemaakt, huisartsen en wijkverpleegkundigen hebben een lijst ontvangen met alle gecontracteerde zorgaanbieders en we hebben een informatiebijeenkomst gehouden. Als gebruik wordt gemaakt van een spoedprocedure, beoordeelt de Wmo achteraf of de hulp terecht is toegekend en geeft dan een beschikking af. Mocht achteraf blijken dat de hulp eigenlijk niet nodig of anders ingevuld had kunnen worden, dan wordt het teruggedraaid, zonder financieel risico voor de zorgverlener. De spoedprocedure is op 1 juni 2018 ingegaan, maar tot op heden heeft nog niemand er gebruik van gemaakt. Dit is een belangrijk leertraject dat inzicht geeft of de juiste aanpak is gekozen. Eind dit jaar vindt evaluatie plaats."

GGZ-BEHANDELING IN DE WIJK

De tweede werkgroep richt zich op de andere casussen. Piet Hauser, sociaal team Limmel/Nazareth: "Twee interventies liggen ter goedkeuring bij het Dagelijks Bestuur. De eerste betreft een voorstel om GGZ-behandeling in Maastricht voor cliënten met een verstandelijke beperking uit de wijken mogelijk te maken. In de huidige situatie moeten cliënten ervoor naar Sittard en voor velen is deze afstand te groot en/of zijn er budgetproblemen. Bovendien is er een lange wachtlijst. Katrien: "Ik heb een cliënt met darmklachten die vaak in het ziekenhuis aanklopt, zonder dat een medische oorzaak wordt gevonden. Zij heeft eigenlijk GGZ-behandeling nodig, maar kan met een zeer beperkt budget en drie jonge kinderen niet naar Sittard. Zo wordt niet aan haar echte problemen gewerkt, wat voor haar zeer frustrerend is én extra kosten met zich meebrengt."



“

Bianca Vaessen, projectleider gemeente Maastricht

“Door in de sociale teams integraal te kijken naar wat echt nodig is, met het gedachtengoed van Positieve Gezondheid als basis, lukt het steeds vaker om de vicieuze cirkel te doorbreken.”

”

OVER GRENZEN HEEN STAPPEN

Bianca: “We willen ruimte creëren die beroepskrachten de gelegenheid geeft over de grenzen van hun eigen professie heen te stappen. In het sociale domein is die ruimte er wel, maar wordt deze nog onvoldoende benut. In het zorgdomein is die ruimte er nog niet. Het sociale en zorgdomein zijn op dit moment nog twee werelden die eigenlijk naadloos op elkaar aan zouden moeten sluiten. Het gaat immers niet om het domein maar om de burger die zorg van beide domeinen nodig heeft.”

Met de spoedprocedure hebben de huisartsen en wijkverpleegkundigen een mandaat om direct zorg in te zetten.

DOORBRAKEN REALISEREN

Kelly Esten, sociaal team Centrum onderschrijft dit met een voorbeeld. “Ik werk vanuit de Kredietbank Limburg in een sociaal team en loop er vaak tegenaan dat mensen schulden hebben, daardoor geen aanvullende zorgverzekering kunnen afsluiten en dan tegen problemen aanlopen. Dat proberen we dan creatief op te lossen. Laatst had ik een jonge cliënt in de bijstand die een knieoperatie nodig had. Ter voorbereiding op de operatie moest hij een aantal fysiotherapiebehandelingen ondergaan. Die zaten echter niet in zijn basisverzekering. Je moet bedenken, deze man had al zicht op een baan, maar daar kon hij pas na de operatie aan de slag. We hebben een doorbraak weten te realiseren door de fysiobehandelingen uit het werkbudget te betalen dat de gemeente Maastricht voor de sociale

teams beschikbaar stelt. Hij kan nu geopereerd worden en zit straks niet meer in de bijstand.”

WEG MET DE VICIEUZE CIRKEL

Bianca: “Het werkbudget is ontstaan uit het samen bespreken van dit soort casussen. Mensen die er gebruik van mogen maken, moeten wel een tegenprestatie leveren. Door in de sociale teams integraal te kijken naar wat echt nodig is, met het gedachtengoed van Positieve Gezondheid als basis, lukt het steeds vaker om de vicieuze cirkel te doorbreken.” Kelly: “Het biedt mogelijkheden om out-of-the-box naar oplossingen te zoeken, daar is niet alleen de cliënt maar uiteindelijk de hele maatschappij bij gebaat.” Dit najaar wordt een netwerkbijeenkomst georganiseerd waarin de bevindingen van de casussen met zorgprofessionals en andere betrokkenen worden gedeeld. Bianca: “Centrale vraag zal zijn: wat kunnen we hieruit leren en wat hebben we nodig om dit soort gevallen in de toekomst te voorkomen.”

Resultaten tot nu toe

Casussenboek; identificeren van knelpunten bij burgers en hulpverleners

Proef gestart met Wmo-spoedprocedures

Werkgroepen aan de slag met o.a.

- **Vergroten regelvrije ruimte (werkbudget sociale teams)**
- **Vergroten vrije ruimte beroepskrachten**
- **Aanpak knelpunten LVB doelgroep met GGZ problematiek**

Beter luisteren naar wat de burger nodig heeft

Wat wil de burger? Wat heeft hij nodig om zelfredzamer te worden en meer eigen regie te pakken? Daarover gaat het in het project Burger aan zet. Projectleider Karenanna Knopper: “We moeten af van het ‘invullen’ van wat wij denken dat goed voor de mensen is. Dat betekent dus beter luisteren én burgers de handvatten aanreiken om positiever en gezonder in het leven te staan.”

Dat is dan ook precies waar het om draait in het project Burger aan Zet. Karenanna sprak de afgelopen anderhalf jaar met talloze burgers in de wijken, jong en oud, over ervaringen, meningen, gevoelens en ideeën hoe het anders kan. Karenanna: “Ik heb bijvoorbeeld uitgebreid gesproken met 10 jongeren over hun ervaringen met de jeugdhulpverlening (deelproject I2YourPlace). Daarnaast hebben 17 jongeren een enquête ingevuld. Wat blijkt: zij hebben veel behoefte aan een luisterend oor, bij voorkeur van een ervaringsdeskundige. De hulp die zij krijgen, ervaren ze als wisselend. Ze vinden dat er weinig naar hen wordt geluisterd waardoor ze zich onvoldoende serieus genomen voelen. De jongeren begrijpen niet dat altijd naar hen wordt gekeken als probleem-veroorzaker, terwijl er thuis vaak van alles aan de hand is waar niets aan wordt gedaan. Allemaal geven ze aan grote behoefte te hebben aan praktische hulp en onderschrijven ze de kracht van gesprekken met ervaringsdeskundigen van hun eigen leeftijd.” “Deze inventarisatie gaf duidelijke richting voor verbetering aan,” constateert Karenanna. “Dit biedt belangrijke informatie voor

alle jeugdhulpverleners in de wijk! Daarnaast willen jongeren graag een vaste plek in de wijk waar ze ervaringen kunnen uitwisselen met leeftijd- en lotgenoten en ervaringsdeskundigen. Als derde zouden ervaringsdeskundigen en beroepskrachten samen met elkaar moeten optrekken. Mogelijk versnelt het proces daardoor en heeft de jongere kortere tijd gespecialiseerde hulp nodig. Een aantal acties is inmiddels genomen. Zo is bijvoorbeeld een aantal workshops georganiseerd, verschillende organisaties (Trajekt, voetbalvereniging) zijn met elkaar in contact gebracht en Levanto en I2YP bieden jonge vrijwilligers de kans trainer te worden om jongeren in de wijk beter te ondersteunen.” Karenanna: “Kern van de zaak is dat we goed blijven luisteren, vertrouwen winnen en de vraag van de jongeren als uitgangspunt nemen voor nieuwe initiatieven en activiteiten.”

VIDEOPORTRETEN EN ARCHITECT IN DE WIJK

Naar mensen luisteren, is ook de rode draad in het deelproject ‘Burgerraadpleging’. “We hebben 10 mensen opgezocht die in de wijk zijn opgegroeid en hen uitgebreid geïnterviewd en gefilmd. De filmpjes zijn op Youtube

geplaatst. De bedoeling van deze videoportretten is zichtbaar te maken hoe mensen echt (willen) leven. We hopen hiermee andere inwoners te inspireren en te stimuleren dat mensen met elkaar in gesprek gaan, hun wensen en behoeften delen en een sterker wijkgevoel creëren.” Dat is eveneens wat het deelproject ‘Architect in de Wijk’ beoogt. “Met dit project willen we een burg slaan tussen de wensen van de wijkbewoners en verbetering van leefbaarheid in de wijk. Dit bijzondere project doen we samen met Zuyd Hogeschool.” Marlou Driessen, docent van de opleiding Ergotherapie: “Vanaf 1 september 2018 gaan twee van onze 3^e-jaars studenten in de wijk aan de slag. Zij beginnen met een oriëntatie in de wijk en gaan in gesprek met mensen over actief burgerschap en leefbaarheid. Wat is er al, wat is nodig om de leefbaarheid te vergroten? In samenspraak met de burgers bepalen we vervolgens welke vraagstukken we oppakken. Afhankelijk van het vraagstuk, betrekken we studenten van andere Zuyd-opleidingen erbij (social studies, engineering, civiele techniek, communicatie & multimedia-design etc.). Deze studenten voeren



Karenanna Knopper, Projectleider

“Levanto en I2YP bieden jonge vrijwilligers de kans trainer te worden om jongeren in de wijk beter te ondersteunen.”

“



Marlou Driessen, docent opleiding Ergotherapie

“Het is noodzakelijk de burger actief te informeren over en betrekken bij Positieve Gezondheid, zodat ze er zelf mee aan de slag kunnen gaan. Daarvoor organiseren we maandelijkse workshops.”

dan concrete opdrachten in de wijk uit in het kader van bijvoorbeeld hun (afstudeer)stage.” Karenanna: “We laten burgers dus zien dat er echt iets met hun wensen gebeurt en verduurzamen tegelijkertijd de wijk. De bedoeling is natuurlijk wel dat burgers samen met de studenten de handen uit de mouwen steken.” “Zuyd levert hiermee een positieve bijdrage aan de ontwikkeling van een vitale regio,” aldus Marlou.

POSITIEVE GEZONDHEID IN DE WIJK

“Met het gedachtengoed van Positieve Gezondheid proberen we mensen te stimuleren vanuit hun mogelijkheden,” legt Karenanna uit. “Om dat te kunnen doen, is het wel noodzakelijk de burger actief te informeren over en betrekken bij Positieve Gezondheid, zodat ze er zelf mee aan de slag kunnen gaan. Daarvoor organiseren we maandelijkse workshops.” Jan Fermont is een van de trainers Positieve Gezondheid. De kern van Positieve Gezondheid volgens Jan is dat het mensen aan het denken zet. “Ze worden zich bewust van hun eigen gezondheid en hoe hun leven eruit ziet. Elke workshop vertel ik een inspiratieverhaal over een oudere mevrouw met COPD die geen zin meer had in het leven. Ze kon haar ziek zijn niet accepteren. De

hele dag probeerde ze juist die dingen te doen, die eigenlijk niet meer lukten. Daardoor was ze continu met zichzelf in gevecht, ging alle energie naar negatieve zaken en was er geen ruimte meer voor leuke dingen. Nadat ze had geaccepteerd dat haar ziekte beperkingen met zich meebrengt, leerde ze weer genieten van andere activiteiten zoals tekenen en borduren. Haar kwaliteit van leven ging met sprongen vooruit. Elke keer roept dit verhaal reacties op vanuit de deelnemers. Herkenning ook. Ze komen zelf met verhalen over hún leven. Als we daarna het spinnenweb invullen, merk ik dat mensen zich beter bewust zijn van hun eigen (positieve) gezondheid en concrete aanknopingspunten vinden om het anders te gaan doen. Deze workshops geven ontzettend veel energie, niet alleen bij de deelnemers, maar ook bij mezelf.” Karenanna: “Wel valt de opkomst nog een beetje tegen. Het is wel mooi dat deelnemers enthousiast zijn, dat overal vertellen en andere wijkbewoners motiveren om ook te gaan. Op die manier kunnen we vanuit de basis stapje voor stapje werken aan een gezondere wijk. Om meer betrokkenheid in de wijk te genereren, starten we vanaf half september met sociale media (Facebook, Instagram en LinkedIn).”



Jan Fermont, trainer Positieve Gezondheid

“Het is noodzakelijk de burger actief te informeren over en betrekken bij Positieve Gezondheid, zodat ze er zelf mee aan de slag kunnen gaan. Daarvoor organiseren we maandelijkse workshops.”

Resultaten tot nu toe

Workshops voor burgers (vrijwilligers) goed ontvangen.

Evaluatie:

- Bewuster omgaan met eigen gezondheid
- Willen PG-spinnenweb gebruiken als ‘eigen’ instrument bij gesprek met hulpverleners.

Gesprekken met jongeren over hun ervaringen met jeugdhulpverlening leveren relevante informatie voor hulpverleners (hulpverlenersvraag).

Videoportretten over leven en beleven van bewoners als communicatie-instrument.

Studenten Zuyd Hogeschool doen onderzoek.

”

Betere coördinatie van multidisciplinaire zorg

Goede communicatie en prettige samenwerking tussen zorgverleners én een patiënt (cliënt) die goed is geïnformeerd over de zorg die hij of zij krijgt. Dat (en meer) gaat de 'digitale overlegtafel' binnenkort bieden in de vier Blauwe Wijken. Een wens van veel zorgverleners gaat daarmee in vervulling.

Wie doet wat en waarom? Het lijkt een simpele vraag. Toch is een eenduidig antwoord hierop niet gemakkelijk te geven. Met als gevolg: onvoldoende zicht op welke zorgverleners betrokken zijn bij welk gezin en veel dubbel werk. "Bij sommige gezinnen komen hulpverleners over de vloer die van elkaar vaak niet of onvoldoende weten waar ze mee bezig zijn. Betere afstemming, delen van relevante informatie en goede communicatie is daarom noodzakelijk om elk gezin de juiste zorg in de juiste hoeveelheid te leveren. De digitale overlegtafel gaat daarbij helpen," aldus projectleider Ingeborg Wijnands.


PRIVACY, GEMAK EN TOEPASBAARHEID

Het idee voor een digitale overlegtafel ontstond na een werksessie met 28 zorg- en hulpverleners (juli 2017). Een werkgroep ging vervolgens aan de slag met de uitwerking. Ingeborg: "We hebben drie ICT-systemen beoordeeld aan de hand van diverse criteria, onder meer op het gebied van privacy, gemak voor zorgverleners en patiënten en de toepasbaarheid naast bestaande systemen van betrokken zorgorganisaties. De keuze is gevallen op eGPO (Elektronisch Gestructureerd Patiënten Overleg)."
"Deze digitale overlegtafel bestaat uit een app en webportal en biedt een aantal praktische voordelen," legt de projectleider uit. "Beroepskrachten hebben inzicht in wie met welk behandeldoel bezig is. Dat geldt eveneens voor de patiënt, die daardoor meer eigen regie kan nemen en zelfredzamer wordt. Door goede organisatie van de zorg- en hulpverlening en betere onderlinge afstemming, hopen we onnodige en overmatige zorg op termijn te voorkomen. Dat is niet alleen veel prettiger voor het gezin en de zorgverlener, maar bespaart ook veel geld. Vanzelfsprekend voorziet het systeem in veilige communicatie, die voldoet aan alle eisen op het gebied van privacywetgeving." Ook het gemak neemt toe. "De huisarts hoeft niet meer in te loggen in verschillende ICT-systemen van zorgaanbieders, maar kan via de app snel en eenvoudig de benodigde informatie opzoeken."



Beroepskrachten hebben inzicht in wie met welk behandeldoel bezig is. Dat geldt eveneens voor de patiënt, die daardoor meer eigen regie kan nemen en zelfredzamer wordt.

Ingeborg Wijnands, ZIO



De digitale overlegtafel vergemakkelijkt en structureert het overleg tussen aanbieders binnen het zorg en sociale domein die zich inzetten voor een patiënt (cliënt) of gezin.

DIRECTE COMMUNICATIE

“De digitale overlegtafel vergemakkelijkt en structureert het overleg tussen aanbieders binnen het zorg en sociale domein die zich inzetten voor een patiënt (cliënt) of gezin. Het is dan ook vooral een veilig overlegplatform. Zorg- en behandelplannen worden er (nog) niet op gedeeld. De casemanager maakt voor de patiënt een account aan en beheert dit, samen met de patiënt. Uitgangspunt is de vraag of behoefte van de patiënt of het gezin. Elke zorgverlener die betrokken is bij deze patiënt krijgt toegang tot de digitale overlegtafel. Zo ontstaat een totaalbeeld van de hoeveelheid en de aard van de zorg die verleend wordt, en biedt de mogelijkheid tot directe communicatie. De huisarts kan bijvoorbeeld direct met de wijkverpleegkundige of fysiotherapeut communiceren, maar kan ook berichten met alle betrokkenen delen. Zo wordt de onderlinge bereikbaarheid aanzienlijk verbeterd.”

EERST TESTEN, DAN UITROLLEN

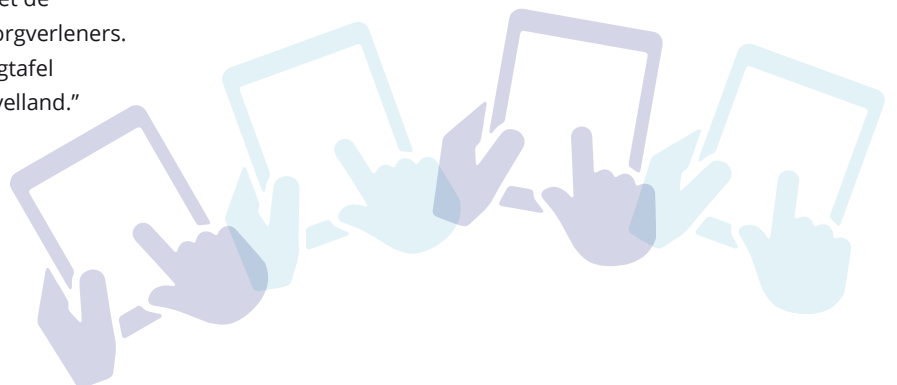
In het najaar starten trainingen voor alle betrokkenen. “Per praktijk willen we in het eerste half jaar 25 patiënten selecteren om mee te doen aan deze pilot. Het streven is dat de digitale overlegtafel eind 2018 echt in gebruik is. De toegevoegde waarde ervan wordt dan getoetst en geëvalueerd. Dit doen we in samenwerking met de Universiteit Maastricht en met patiënten en zorgverleners. Als de pilot slaagt, willen we de digitale overlegtafel uitbreiden naar de hele regio Maastricht-Heuvelland.”

Resultaten tot nu toe

Werkgroep van professionals heeft gekozen voor eGPO ICT-systeem

Implementatie vanaf oktober 2018

Monitoring opgezet in samenwerking met Universiteit Maastricht



Aanpak in de wijk voor een gezonder gewicht bij kinderen

“We hebben een steen in de vijver gegooid! Een positieve beweging is in gang gezet. Steeds meer partners willen zich aansluiten en de krachten bundelen om kinderen met overgewicht (en hun ouders) te ondersteunen in het realiseren van een gezonde leefstijl,” zegt Anita Vreugdenhil, kinderarts en onderzoeker in het MUMC+. Zij zet zich met COACH al jaren in voor kinderen met ernstig overgewicht. “Het is fantastisch dat we het COACH-concept nu ook in de Blauwe wijk gaan inzetten,” aldus Fleur Verkade, adviseur Gezondheidsbevordering bij de GGD Zuid-Limburg.



Anita Vreugdenhil (l) en Fleur Verkade (r)

Jeugdverpleegkundigen en POH's Jeugd zijn getraind in de filosofie en het concept van COACH zodat ze dit in de wijk kunnen toepassen.

Fleur Verkade, GGD

Zo'n 15% van de Nederlandse kinderen heeft overgewicht. In de vier Blauwe wijken ligt dat percentage zelfs nog iets hoger. Dat is onwenselijk omdat overgewicht op jonge leeftijd of later tot gezondheidsproblemen kan leiden. Kinderen met overgewicht voelen zich bovendien vaak minder gelukkig dan hun leeftijdsgenoten. Door kinderen (en hun ouders) jong te leren hoe ze een gezonde leefstijl kunnen bereiken, kunnen veel gezondheidsproblemen worden voorkomen.

70% VAN COACH-DEELNEMERS VERLIEST GEWICHT

Anita Vreugdenhil: “In 2010 heb ik COACH (Centre for Overweight Adolescent and Children's Healthcare) opgericht. COACH houdt zich bezig met de medische zorg en begeleiding van kinderen met obesitas. We proberen deze kinderen en hun gezinnen te helpen in het realiseren van een gezonde leefstijl, met voldoende beweging en gezond eten. Dat doen we op een voor kinderen zo aantrekkelijk mogelijke manier, samen met vele partners in de regio, zoals bijvoorbeeld MVV. De resultaten van COACH worden nauwlettend gemonitord en wat blijkt: 70% van de deelnemers valt af, gezondheidsparameters verbeteren significant waardoor gezondheidsrisico's afnemen én kinderen doen graag mee!”

COMBINATIE JOGG EN COACH

Fleur vertelt: “Een kleine 3 jaar geleden is Maastricht gestart met JOGG (Jong Op Gezond Gewicht). JOGG is een landelijk programma dat zich inzet voor een gezonde leefomgeving van kinderen. Ook vanuit JOGG proberen we zo veel mogelijk partners te betrekken. Activiteiten zijn bijvoorbeeld water in plaats van frisdrank op scholen, gezonde sportkantines en sportprogramma's tijdens en na schooltijd. Maar ook supermarkten kunnen hun steentje bijdragen. Anita: “COACH is er voor kinderen met ernstig overgewicht. Kinderen waarvan het overgewicht nog niet ernstig is kunnen nergens terecht.

“



Anita Vreugenhil, kinderarts en onderzoeker in het MUMC+

“De POH’s Jeugd en jeugdverpleegkundigen treden dus op als de ‘COACH next door’ die samen met het gezin de situatie in kaart brengt en bekijkt welke activiteiten nodig zijn om te komen tot een gezonde leefstijl”

”

Hier hebben de GGD en COACH elkaar gevonden. In de pilot Blauwe Zorg in de Wijk gaan we ons concept uitrollen en de leerpunten van COACH en JOGG combineren.”

EÉN COACH NEXT DOOR IN DE WIJK

“Wat bij COACH goed heeft gewerkt, is het één voordeur-concept,” legt Anita uit. “Vandaaruit wordt het gezin verder geholpen binnen een netwerk. Dat is overzichtelijk voor de patiënt en praktisch tegelijk.” “Dat principe nemen we over in de pilot Your COACH next door,” vertelt Fleur. “Hier fungeert Jeugdgezondheidszorg (die alle kinderen immers ziet) als het centrale aanspreekpunt. Jeugdverpleegkundigen en POH’s Jeugd zijn getraind in de filosofie en het concept van COACH zodat ze dit in de wijk kunnen toepassen.” Anita: “Op de goede manier het gesprek aan gaan, dat is de basis voor succes. In de training krijgen de deelnemers dus gesprekstechnieken aangeleerd. Zo leren ze onder meer goede vragen te stellen en een gesprek te voeren dat kinderen en ouders motiveert om mee te doen. De training wordt als waardevol gezien.” Anita: “De POH’s Jeugd en jeugdverpleegkundigen treden dus op als de ‘COACH next door’ die samen met het gezin de situatie in kaart brengt en bekijkt welke activiteiten nodig zijn om te komen tot een gezonde leefstijl. De kersverse coaches zijn inmiddels

al aan de slag gegaan in de wijk en op scholen en de eerste kinderen en gezinnen zijn begonnen met deze nieuwe aanpak. Tegelijkertijd worden netwerken gevormd in de wijken van partijen die kinderen gaan helpen gezond te leven. Daarvoor zijn we steeds op zoek naar partners in de wijk die aansluiten en ons kunnen helpen bij het succesvol realiseren van deze pilot.”

MAATSCHAPPELIJKE VERANTWOORDELIJKHEID

“Het is een groeiend en dynamisch concept,” vindt Anita. “Uiteindelijk gaat het erom dat mensen zichzelf weer verantwoordelijk voelen voor hun eigen gezondheid en dat kinderen gelukkig en gezond oud kunnen worden.” Deze pilot zit in de voorbereidende fase waarbij de jeugdgezondheidszorg en POH jeugd bij een aantal kinderen die iets willen doen aan het overgewicht experimenteren in de nieuwe rol als COACH Next Door. Bovendien investeren zij nu in het netwerk van professionals dat nodig is om de juiste begeleiding te bieden in de wijk (variërend van bewegen, voeding en mentaal). Vanaf 2019 zal deze rol breder in de Blauwe Zorg wijken geïmplementeerd worden.

Resultaten tot nu toe

Scholing COACH-aanpak voor POH Jeugd en jeugdverpleegkundigen succesvol plaatsgevonden

Coaches aan de slag in de wijk en op scholen

Vorming van netwerken in de wijken die gezond leven ondersteunen

Aanpak wordt tot december 2018 getest

Besluit op basis van business-case in december 2018 om COACH aanpak breder in te voeren.

GGZ met een menselijke maat

Blauwe Zorg in de wijk richt zich op GGZ met een menselijke maat, in de wijk, dichtbij de patiënt. Zonder meteen een 'etiketje te plakken' maar door eerst te kijken naar wat werkelijk nodig is. "Blauwe GGZ vraagt om omdenken," zegt projectleider Bart Bongers. "Door uit te gaan van positieve gezondheid, kunnen we zowel patiënten als hulpverleners vooruit helpen en de zorg beter passend maken bij de behoeften van patiënten."



Bart Bongers, Margot Quadvlieg en Monique Willemsen

In Blauwe Zorg in de Wijk komen twee bewegingen samen. "Ten eerste de Blauwe GGZ die drie jaar geleden in de regio is opgezet. Het streven was passend gebruik van GGZ-zorg te stimuleren door de GGZ anders te organiseren. Dat doen we door anders om te gaan met diagnostiek en behandeling, door gebruik te maken van ervaringsdeskundigheid en inzet van digitale middelen. Enkele GGZ-professionals, waaronder Jim van Os, (overigens ook betrokken bij Blauwe GGZ) schreven een kritisch pamflet waarin zij oproepen tot een nieuwe kijk op en invulling van de GGZ, met meer aandacht voor de persoon, minder bureaucratie en

beter contact tussen mensen in de wijk, zowel persoonlijk als virtueel. Volgens hen biedt dat kansen op grensverleggende vernieuwingen in de GGZ-zorg." Sinds december 2017 maakt 'Nieuwe Blauwe GGZ' deel uit van de pilot Blauwe Zorg in de Wijk.

GGZ-TEAM IN DE WIJK

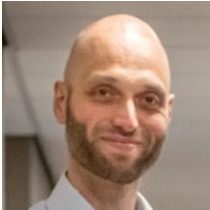
"We weten dus dat het anders moet, maar het in de praktijk brengen van die veranderingen is een taai proces, dat stapje voor stapje gebeurt," zegt Monique Willemsen, als psychotherapeut bij MET ggz betrokken bij de pilot. "Er is behoefte aan GGZ-teams op wijkniveau, verbonden aan de huisartsenpraktijken. We zijn nu bezig

met de inrichting daarvan in de twee huisartsenpraktijken die aan de pilot zijn verbonden. De eerste stap was de uitbreiding van het bestaande MDO-overleg. Nieuw is dat huisartsen voortaan GGZ-casussen in dit overleg kunnen inbrengen. Dat betreft vaak mensen die al meerdere vormen van hulpverlening hebben gehad. Met deze cliënten bespreken we dan, eventueel met de POH GGZ, wat al is gebeurd en wat hun wens is. Dat gesprek voeren we aan de hand van Positieve Gezondheid. We hopen dat dit de echte vraag naar boven brengt en we veel doeltreffender hulp kunnen bieden. Het MDO-overleg kun je zien als de eerste schil rondom de huisarts waaraan mensen vanuit verschillende invalshoeken deelnemen. Het is een klein team dat in staat is flexibel te opereren. Om het MDO heen willen we een tweede schil realiseren, in de vorm van een GGZ-team, waaraan alle GGZ professionals én mensen uit het sociale domein in de wijk deelnemen. Iedereen ziet de meerwaarde van zo'n GGZ-team in. We hopen dat het er eind dit jaar is." Bart: "Het streven is dat straks alle verwijzingen vanuit de GGZ een intake krijgen in de wijk en dat we in dit team samen bekijken, met alle disciplines én de ervaringsdeskundigen, wat echt nodig is."

POSITIEVE GEZONDHEID ALS GEZAMENLIJKE TAAL

Een tweede activiteit van Blauwe GGZ in de Wijk is MIJNPLAN.

“



Bart Bongers, projectleider

“De eerste stap was de uitbreiding van het bestaande MDO-overleg. Nieuw is dat huisartsen voortaan GGZ-casussen in dit overleg kunnen inbrengen.”

Monique: “In MIJNPLAN beschrijven we de vraagstelling van de burger, uitgaande van de zes dimensies van Positieve Gezondheid. Met Positieve Gezondheid hebben we als het ware een gezamenlijke taal gekozen, op basis waarvan we veel breder dan tot nu gebruikelijk in de GGZ, kunnen samenwerken. In MIJNPLAN komt ook een overzicht van alle professionals en andere mensen die betrokken zijn bij de cliënt. MIJNPLAN is inhoudelijk helemaal klaar, maar de ingebruikname ervan is nog wel een hobbel. Dat ligt zeker niet aan het enthousiasme, want dat is erg groot. Het heeft vooral te maken met de vraag hoe we de verschillende registratiesystemen van alle betrokken (zorg)instellingen op elkaar afgestemd krijgen. Dat is een behoorlijke uitdaging waar momenteel hard aan wordt gewerkt.”

DE ERVARINGSDESKUNDIGE ALS ROLMODEL

Margot Quadvlieg werkt sinds 1 mei 2018 als één van de vier ervaringsdeskundigen en kwartiermakers in de pilot. “Het is pionierswerk,” geeft ze aan. “Ik heb een wit blad papier

gekregen, waarop ik zelf mag gaan tekenen. Ik heb geen kant en klaar product, het is een kwestie van gaandeweg ontwikkelen, op basis van wat ik denk dat nodig is.” Volgens Margot ligt haar toegevoegde waarde vooral op het vlak van verbinden en signaleren. Ontdekken wat er zoal speelt in de wijk, nadrukkelijk niet van achter een bureau maar door de wijk in te trekken en in gesprek te gaan met de inwoners. Margot: “Ik denk en hoop dat wij als ervaringsdeskundigen als voorbeeld kunnen dienen.

Wij weten hoe het is om problemen te hebben en wij zijn daar uit gekomen. We hopen dat we daarmee laten zien, dat het mogelijk is om problemen te overwinnen en dat anderen dat ook kunnen. Dat brengt ons een stuk dichterbij de problematiek, wij kunnen ons echt inleven.”

“Het belangrijkste is dat mensen echt gezien worden,” vervolgt zij. “Iemand die aan de grond zit, vindt dat het allerergste, dat mensen door hem of haar heen kijken. Het zou zo mooi zijn als we een manier vinden om op tijd met mensen in gesprek te raken en te voorkomen dat dingen escaleren.

Gewoon door op een menselijke en persoonlijke manier met elkaar om te gaan.” De komende periode gaan de ervaringsdeskundigen aan de slag om hun bekendheid in de wijken te vergroten. “Dat doen we door gesprekken met huisartsen, met sociale teams, maar ook door aanwezig te zijn bij allerlei activiteiten en evenementen in de wijk.” De ervaringsdeskundigen zijn er voor individuele personen en voor groepen en denken mee in beleid.

NETWERKEN

Het succes van de pilot is sterk afhankelijk van de mate waarin professionals elkaar weten te vinden. “Het gaat om een grote groep van in totaal wel zo’n 100 personen die werkzaam zijn in het zorg- en sociale domein,” zegt Bart. “Mensen die elkaar en elkaars expertise vaak niet of nauwelijks kennen. We vinden het belangrijk daarin zo snel mogelijk verandering te brengen. Door het organiseren van bijeenkomsten bijvoorbeeld, waarvan er inmiddels al een aantal is geweest. Drukke agenda’s verhinderen soms de deelname, en dat is jammer.



Margot Quadvlieg, ervaringsdeskundige

“Ik denk en hoop dat wij als ervaringsdeskundigen als voorbeeld kunnen dienen. Wij weten hoe het is om problemen te hebben en wij zijn daar uit gekomen.”

”



Monique Willemsen, psychotherapeut bij MET ggz

“De grote winst is elk geval dat er veel draagvlak is voor de Nieuwe Blauwe GGZ, zowel bij bestuurders als op de werkvloer.”

Resultaten tot nu toe

Uitbreiding bestaand MDO-overleg team GGZ operationeel in beide huisartsenpraktijken

GGZ wijkteam in november van start (alle organisaties werken mee)

Het team ervaringsdeskundigen is aan de slag en volop betrokken bij het project

Methode ‘MIJNPLAN’ in de praktijk getoetst

Businesscase volledig uitgewerkt

Uitvoering kan in november voluit beginnen (resultaatmeting 2019).

We gaan bekijken of de ervaringsdeskundigen een grotere rol kunnen spelen in het contact leggen tussen en verbinden van mensen.” Monique: “We moeten professionals ook meenemen in de nieuwe manier van werken. Het is nogal wat als je na 20 jaar je routine vaarwel moet zeggen en ineens met Positieve Gezondheid aan de slag moet. Je moet mensen meenemen in het waarom en het hoe van de verandering.”

KRAPTE ARBEIDSMARKT EN ANDERE HOBBELS

Hoewel de verandering stap voor stap terrein wint en vorm krijgt, is nog wel een aantal hobbels te nemen. Zoals de krapte op de arbeidsmarkt. “Er is een groot tekort aan psychiaters en BIG geregistreerde gedragstherapeuten. De instellingen kampen met personeels-tekorten, waardoor dit project noodgedwongen niet altijd de aandacht krijgt die het verdient,” zegt Bart.

“Ook het feit dat we nog vast zitten aan een oude financieringsstructuur helpt niet, net zoals al die verschillende registratiesystemen. Het komt er dus op aan om continu te blijven zoeken naar de ruimte die er wel is, en die te benutten. De grote winst is elk geval dat er veel draagvlak is voor de Nieuwe Blauwe GGZ, zowel bij bestuurders als op de werkvloer. We zijn op de goede weg.”



Het vertrouwen is gegroeid nu een verdiepingsslag maken

“Wat is het effect van deze interventie?” Een vraag die onderzoeker Sanne Grootjans van de Universiteit Maastricht vaak te horen krijgt. Een logische vraag, want de beleidsmaker moet kunnen verantwoorden waarom er wordt geïnvesteerd in een bepaald project. Deze logische vraag is echter lastig te beantwoorden.

Waarom? Zoals Ritter en Webber in 1973 al aangaven; het verbeteren van de gezondheid van de populatie is een ‘wicked problem’ omdat gezondheid door vele factoren beïnvloed wordt (leefstijl, omgeving, beleid etc.). Binnen Blauwe zorg in de wijk worden verschillende projecten uitgevoerd die elk een stukje bijdragen aan het verbeteren van de gezondheid van de populatie. Kortom, het is niet één simpele, afgebakende interventie die zich richt op één uitkomst, maar een complex samenspel van allerlei interventies en gedragsveranderingen gericht op verschillende doelgroepen met verschillende effecten. Daardoor is het bijna onmogelijk te zeggen welke interventies precies bijdragen aan een toename van de kwaliteit van leven en gezondheid van de bewoners in de vier blauwe wijken.

Het in kaart brengen van de context is hierbij van cruciaal belang. Als we namelijk alleen zouden kijken naar de ‘harde effecten’ van de interventies (prevalentie, kostenbesparing, incidentie) kan het gebeuren dat sommige projecten (ten onrechte) als niet- effectief geïdentificeerd worden, terwijl ze op lange termijn wel potentieel een grote verandering teweeg kunnen brengen in de wijken. Andersom kan natuurlijk ook. Daarnaast is het belangrijk te weten in welke context iets niet of juist wel effectief is en welke procesverbeteringen nodig zijn.

In dit onderzoek kijken we daarom naar het grotere geheel; komt daadwerkelijk een systeemverandering op gang die bijdraagt aan efficiëntere zorg? Gaat de ervaren kwaliteit van leven in de wijk vooruit? Deze evaluatie gebeurt via een zogenaamde ‘mixed-method’ die kwantitatief en kwalitatief onderzoek combineert. We willen de effecten op de vier doelen (Quadruple Aim) van Blauwe Zorg in de Wijk in kaart brengen. Deze vier doelen zijn: betere gezondheid van de populatie, betere kwaliteit van zorg, betere werktevredenheid van professionals en daling in kosten. We maken gebruik van vragenlijsten en financiële data van het CBS, Vektis,



Sanne Grootjans, onderzoeker (l) en Ine Hesdahl, onderzoeksassistent (r)

VGZ en de gemeente. Om het proces inzichtelijk te maken, zetten we middelen in zoals o.a. observaties, interviews met stakeholders, netwerkanalyses en document-analyses.

EFFECTMETING EN PROCES-EVALUATIE

De effectmeting van de pilot is op dit moment nog in volle gang. De willekeurige selectie van bewoners van de vier blauwe wijken (en vier vergelijkingswijken in Maastricht-West) die toestemming hebben gegeven voor deelname aan het onderzoek, ontvingen in juni 2018 de tweede vragenlijst. In totaal gaat het om vier metingen, die 1 keer per jaar plaatsvinden. Pas als alle metingen zijn afgerond, kunnen we iets zeggen over de ‘harde effecten’ op de kwaliteit van leven en gezondheid van de wijkbewoners.

Wel valt nu al iets meer te zeggen over het verloop van het proces in de vier blauwe wijken in de afgelopen anderhalf jaar.

In het kader van de procesevaluatie is al waardevolle informatie opgehaald door middel van interviews met o.a. bestuurders (n=4), financiers (n=3) ambassadeurs (n=5) professionals (n=6) en burgers (n=17). Met professionals van het sociaal team in de wijk (n=15) heeft een eerste focusgroep plaatsgevonden. Behalve interviews vonden er de afgelopen 1,5 jaar ook observaties plaats bij bestaande overleggen (n= 36) en werden documenten geanalyseerd (n=65), om het proces op verschillende wijzen te kunnen bekijken.

BEKNOPT BEVINDINGEN TUSSENEVALUATIE PROCES

Groeiend vertrouwen, transparantie, respect naar en voor elkaar, inspirerend leiderschap, een goede sfeer en met een divers netwerk toewerken naar een 'groter goed' blijken faciliterende factoren te zijn om te komen tot een goede samenwerking en implementatie van de pilot.

'groeiend vertrouwen'

"Mijn vertrouwen in de pilot en het bestuur is gegroeid, het was lastig in het begin en af en toe nog steeds, maar ik ben eigenlijk best trots dat we nu op dit punt staan." (lid Dagelijks Bestuur)

Bij de ambassadeurs en de professionals speelt het toepassen van Positieve Gezondheid een belangrijke rol, het is een concept wat in eerste instantie aanspreekt. De verdere uitwerking en toepassing van Positieve Gezondheid mag nog verder gewaarborgd worden, maar met de komst van de coaches Positieve Gezondheid wordt al een grote stap in de goede richting gezet.

'gebruik Positieve Gezondheid'

"Ik denk dat Positieve Gezondheid als gemeenschappelijk taal kan dienen tussen alle professionals, daarnaast kan het de patiënt zijn regie weer teruggeven." (zorgprofessional)

Onvoldoende tijd vanuit de eigen organisatie om echt te kunnen focussen op de pilot wordt vaker als belemmerende factor aangegeven door een aantal beleidsmakers, echter verschilt dit per individu. Daarnaast wordt in de interviews meermaals aangegeven meer vaart te willen maken met de pilot.

'vaart maken'

"Er is vooral bij de start van de pilot ontzettend veel met elkaar gepraat, onderhandeld, dit was denk ik ook wel nodig, maar nu wil ik gewoon vaart maken. Meer gaan doen nu, minder praten." (financier)

Het verder ontschotten van de financiering en het 'echt' doorbreken van het denken en handelen in domeinen wordt door bijna alle stakeholders genoemd als een belangrijk ontwikkelpunt om verder mee te gaan. Ook wordt vaker genoemd dat het belangrijk is data te delen met de rest van Limburg, of om zelfs een gezamenlijk platform te creëren.

Tevens is het van belang de projecten te verduurzamen en nieuwe projecten te ontwikkelen die de domeinen nog meer overstijgen (geen laaghangend fruit meer).

'ontschotten'

"We hebben een mooie start gemaakt, maar nu gaan we echt beginnen. Als we de pilot echt willen laten slagen zullen we het maatschappelijk belang voor het eigen organisatie belang moeten gaan plaatsen. Transparantie en wat dit voor impact heeft op een bedrijf zal open en bloot op tafel moeten worden gegooit." (lid Dagelijks Bestuur)

CONCLUSIE

Dit jaar zijn er duidelijk goede stappen gezet. De projecten lopen en het bestuurlijk framework 'staat'. Het is een unicum dat zoveel verschillende partijen, met verschillende organisatiedoelen, aan tafel zitten en elkaar echt weten te vinden en te bereiken. Dit is absoluut niet vanzelf gegaan, maar de wil om voor efficiëntere zorg te gaan, de burger centraal te stellen en daarbij ook nog eens kwaliteit te leveren, is er. De volgende stap zal het echte 'ontschotten' worden. Daarnaast is het van belang dat projecten die op de korte termijn misschien niet veel harde data kunnen leveren, maar naar verwachting wel bijdragen aan een gedragsverandering in de wijken, de vrijheid krijgen om ontwikkeld te worden. Tot slot wil ik de financiers, het Dagelijks Bestuur en de ambassadeurs aanmoedigen om eens informeel een 'pèlske' met elkaar te gaan drinken. Uit de interviews kwam namelijk opvallend vaak naar voren dat hier best wel behoefte aan is.

Meer info vindt u op: www.blauwonderzoek.nl



Over Sanne Grootjans

Sanne Grootjans doet vanuit de Universiteit Maastricht promotie-onderzoek naar de pilot Blauwe zorg in de wijk. Zij doet dit samen met onderzoeksassistent

Ine Hesdahl-de Jong en onder leiding van Prof. Dr. Ir. Maria Jansen, Prof. Dr. Dirk Ruwaard, Dr. Mariëlle Kroese en Dr. Mandy Leurs-Stijnen.

Curriculum Vitae

2016-2020 PhD kandidaat Blauwe Zorg in de Wijk

2012-2016 Fysiotherapeut (revalidatiesetting en particulier/sport)

2011-2012 MSc. Global Health (UM)

2008-2012 Fysiotherapie (HU), Honours program

Jacques Costongs

Van vrijwillige coalities naar vanzelfsprekende samenwerkingsverbanden


Experimenteren en innoveren betekent óók durven falen, niet bang zijn van complexiteit en bovenal een lange adem hebben. “Niet te snel opgeven dus,” zegt Jacques Costongs, onafhankelijk voorzitter van het Dagelijks Bestuur. “Gelukkig komen de eerste projecten op stoom. Zo laten we zien dat er kansen liggen voor duurzame verbeteringen in de zorg in de wijk.”

“In Limburg en vooral in Zuid-Limburg scoren we slecht op gezondheid. Dat veranderen lukt niet met een paar projecten, daarvoor is een ingrijpende systeemverandering nodig. Alle partijen aan tafel zijn het daarover grondig eens. Een systeem veranderen, dat doe je niet zomaar, dat beseffen we allemaal. Vandaar dat we vanaf het begin hebben ingezet op het tot stand brengen van een beweging. Dat klinkt misschien wat zweverig, maar dat is het allerminst. We zijn opgericht voor de lange termijn. Want ook als deze pilot is afgelopen, zullen we met elkaar op een of andere manier verder moeten op de ingeslagen weg. Blauwe Zorg in de Wijk fungeert als vliegwiel om te laten zien dat echt veranderen mogelijk is.”

WERKEN AAN VERTROUWEN

Aan de basis van huidig en toekomstig succes liggen twee basisbegrippen,” zegt de voorzitter. “Het gaat om vertrouwen en transparantie. Vertrouwen tussen de organisaties onderling, maar zeker ook bij de burgers en professionals. Vertrouwen creëer je vooral door met elkaar te gaan werken aan projecten die er echt toe doen. Deze projecten vinden we door voortdurend met de deelnemende organisaties, burgers en professionals





in discussie te gaan over wat zij belangrijk vinden. Wat heeft de burger nodig? Hoe kunnen we meer regelruimte voor de professional vinden én ervoor zorgen dat de professional die ruimte ook pakt? En wat betekenen die veranderingen dan voor de organisaties waarin de professionals werkzaam zijn?"

HET MOET EEN BEETJE PIJN DOEN

Bij elk (nieuw) project stellen we de gewetensvraag: wordt dit project door alle deelnemers gedragen? Moeten we prioriteiten misschien anders stellen, of het anders organiseren? Als er niet 100% draagvlak is, dan doen we het niet, want dan heeft het geen zin. Het zijn allemaal projecten die soms behoorlijke consequenties hebben voor de deelnemende organisaties. De andere kant is dat we organisatieproblemen terug zien in de projecten. Maar dat geeft niet. Het moet een beetje pijn doen. Als het geen pijn doet, moeten we ons afvragen of we wel met de goede dingen bezig zijn. Doen we het dan wel echt anders? Uiteindelijk ligt de ambitie niet alleen bij het realiseren van resultaten in de projecten, maar vooral bij de werkwijze in die projecten; het samenwerken, afstemmen, communiceren en de juiste dingen doen voor de burger én de professional. Van de meeste projecten wordt een business case gemaakt, alle projecten worden voortdurend gemonitord en (wetenschappelijk) geëvalueerd. Dat biedt de broodnodige transparantie. Zo houden we vinger aan de pols en weten we zeker dat we de juiste koers varen."

SAMEN EEN GROTERE IMPACT

Acht projecten zijn gestart en de eerste resultaten druppelen binnen. "Als bestuurder gaat het mij natuurlijk niet snel genoeg, aan de andere kant realiseer ik me terdege dat veranderingen nu eenmaal langzaam gaan. Het mooie is dat alles wat we nu doen kan rekenen op draagvlak bij alle deelnemers. Het is echt iets van ons samen. Gezien de verschillende achtergronden, financieringsstructuren en verantwoordingsmechanismen mag dat best uniek genoemd worden. We hebben er nadrukkelijk voor gekozen dit traject samen in te gaan, omdat we weten dat we samen sterker staan en een grotere impact hebben dan ieder voor zich."

TOEKOMST

"De komende periode zetten we vooral in op het verder implementeren van de acht projecten. Ondertussen staan nieuwe (deel) projecten al in de steigers om vanaf september 2018 uitgevoerd te worden. Onze blik reikt echter al verder. Toekomstige nieuwe projecten zullen breder opgepakt moeten worden; dan hebben we het bijvoorbeeld over projecten op het gebied van werk en inkomen, kwetsbare ouderen, jongeren en de uitdagingen die spelen in de multiculturele wijken. Daarvoor zijn weer

nieuwe coalities en samenwerkingsverbanden nodig. Waar voorheen sprake was van vrijwillige coalities, is de vrijblijvendheid totaal verdwenen. We gaan steeds meer in de richting van vanzelfsprekende samenwerkingsverbanden die nodig zijn om die interventies te plegen waarmee we de kwaliteit van leven van de inwoners in de vier wijken verbeteren."

Blauwe Zorg in de Wijk fungeert als vliegwiel om te laten zien dat echt veranderen mogelijk is

Financiers en partners



Gemeente Maastricht

provincie limburg



trajekt

Envida



Leuanto
GROEP



huisartsenzorg
heuvelland



Maastricht University



Mondriaan

voor geestelijke gezondheid

met ggz

Meer informatie

Heeft u vragen na het lezen van dit magazine, wilt u meer informatie of heeft u vernieuwende ideeën die passen binnen deze beweging, dan kunt u terecht bij een van de projectleiders van het Programmteam Blauwe Zorg in de wijk.

Anita Vermeer

Senior beleidsadviseur bij de GGD Zuid Limburg
Projectleider

- Project Positieve Gezondheid
- Project Your COACH Next Door

Ingeborg Wijnands

Senior beleidsadviseur bij ZIO (Zorg in ontwikkeling)
Projectleider

- Project POH Jeugd en Positieve gezondheid: integrale aanpak versterkt
- Project Gezamenlijke aanpak huishoudens met hoge domeinoverstijgende kosten
- Project Multidisciplinaire Samenwerking: verkenning naar een digitale overlegtafel

Bianca Vaessen

Procescoördinator transformatie sociaal domein
bij gemeente Maastricht.

- Projectleider project Professionals aan zet: Zorg sluit beter aan bij de burger.

Karenanna Knopper

Adviseur voor Zorgbelang Limburg

- Projectleider project Burgers aan Zet

Bart Bongers

Manager GGZ bij ZIO Zorg in Ontwikkeling

- Projectleider project Blauwe GGZ

Contactgegevens, nieuws en nieuwsbrieven:

www.blauwezorgindewijk.nl

Meer informatie over de data-analyses:

www.arrangementenmonitor.nl



Blauwe Zorg
in de wijk

www.blauwezorgindewijk.nl

Colofon

Dit is een uitgave van Blauwe Zorg in de Wijk

Oktober 2018, oplage 1000 stuks

Tekst en coördinatie: Mach3 Communicatie, Gronsveld

Eindredactie: ZIO, Maastricht

Fotografie: MCM productions, Geleen;

Jonathan Vos Photography, Maastricht;

Johannes Timmermans, Bemelen

Ontwerp: Grafisch ontwerp bureau Emilio Perez, Geleen

Drukwerk: Drukkerij Pietermans, Lanaken