

Rapport

Blauwe GGZ en De Nieuwe GGZ in de Blauwe Wijk

- Resultaten interventies 2018-2020 -

“Echt anders”



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

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



met ggz



Maastricht University *Leading in Learning!*



Auteurs:

Bart Bongers (ZIO & Mens GGZ), Anna Huizing (ZIO)

Meer informatie:

www.blauwezorgindewijk.nl

Inhoudsopgave

1. Samenvatting	5
1.1. Knelpunten GGZ	5
1.2. Doel	5
1.3. Interventies	5
1.4. Resultaten	5
1.5. Conclusies en aanbevelingen	6
2. Inleiding	7
2.1. Leeswijzer	8
3. Het project	8
4. Inrichting wijkaanpak – de interventies	9
4.1. Interventie 1: MDO	9
4.2. Interventie 2: Ervaringsdeskundigen	9
4.3. Interventie 3: GGZ-team	9
4.3.1. Rol en taken GGZ-team	9
4.3.2. Samenstelling GGZ-team	10
4.4. Interventie 4: Herstelondersteunende Consultatie (HOC)	11
5. Kenmerken van de pilotwijken en praktijken	12
5.1. Nazareth / Limmel	13
5.2. Wittevrouwenveld / Wyckerpoort	13
6. Resultaten	13
6.1. Gebruikte bronnen	13
6.2. Resultaten per interventie	14
6.2.1. Interventie 1: MDO	14
6.2.2. Interventie 2: Ervaringsdeskundigen	14
6.2.3. Interventie 3: GGZ Team	15
6.3. Ontwikkeling kosten	19
7. Conclusies	22
7.1. Conclusies	22
7.2. Aanbevelingen	22
8. Continuering	23
8.1. Elementen uit Blauwe GGZ/DNG in spin-offs	23
8.2. Borging werkwijze	23
8.3. Uitrol DNG naar Jeugd	23
8.4. Uitrol DNG over de rest van de stad	24
8.5. PlusPraktijken	24
8.6. Ervaringsdeskundigen	24

8.7. Kosten	24
Bijlage 1: Procesbeschrijving	25
2015/2016	25
ZIO- Blauwe GGZ	25
Filosofie	25
De Nieuwe GGZ	26
Fusering Blauwe GGZ en DNG	26
2016 /2017	27
Eerste plannen	27
Een toets in de praktijk.....	27
2018.....	28
Interventie 1: MDO	28
Interventie 2: Ervaringsdeskundigen.....	28
2019/2020	29
Interventie 3: GGZ-team in de wijk	29
Bijlage 2: Wijkprofiel	31

1. Samenvatting

In het kader van Blauwe GGZ en De Nieuwe GGZ is in de voorliggende periode gewerkt aan het inrichten van een wijkgebonden GGZ in vier wijken in Maastricht.

1.1. Knelpunten GGZ

De belangrijkste knelpunten in de GGZ zijn gelegen in:

- Lange wachttijden
- Oplopende kosten

In de pilot is gestreefd deze knelpunten aan te pakken door niet enkel focus te hebben op deze twee knelpunten maar tot een herontwerp te komen van de manier waarop GGZ inhoudelijk en procesmatig ingericht wordt.

1.2. Doel

Op basis van het theoretisch kader en de belangrijkste knelpunten in de GGZ, is gekomen tot een drietal aspiraties/vragen die zijn getoetst:

1. Is het mogelijk om de elementen uit het gedachtegoed van Blauwe GGZ en De Nieuwe GGZ te operationaliseren in interventies?
2. Is het mogelijk deze interventies daadwerkelijk toe te passen in de dagelijkse praktijk?
3. Wordt met de interventies een doelmatiger zorg gerealiseerd? Zichtbaar in:
 - a. Reductie van wachttijden;
 - b. De verhouding tussen Generalistische Basis GGZ (GBGGZ) en Specialistische GGZ (SGGZ) verschuift, waarbij het aandeel GBGGZ groter wordt;
 - c. De verhouding tussen behandeling in de GGZ en begeleiding in het Sociaal Domein verschuift, waarbij een groter deel van de cliënten wordt behandeld in het Sociaal Domein;
 - d. Reductie kosten gemaakt in de GGZ.

1.3. Interventies

Bij het herontwerp van de inrichting van GGZ is gefocussed op vier elementen, namelijk:

1. MDO in de huisartsenpraktijk: een maandelijks overleg tussen huisartsen en een afvaardiging van professionals uit de GGZ en het Sociaal Domein. Gezamenlijk stemden zij af op verwijzingen, lopende zorg en eventuele andere zaken.
2. Ervaringsdeskundigen in de rol van kwartiermaker: vier ervaringsdeskundigen kregen de vrijheid om te netwerken vanuit vier organisaties (Mondriaan, MET GGZ, LevantoGROEP en het Leger des Heils) en zorg vanuit de ervaringsdeskundige herstelvisie te bieden.
3. GGZ-team in de wijk: een domeinoverstijgend, integraal wijkteam dat bestaat uit professionals uit de GGZ en het Sociaal Domein en van waaruit alle zorg wordt geleverd.
4. Herstelondersteunende Consultatie (HOC): een op de herstelondersteunende intake gebaseerde intakevorm waarbij aan het begin van een behandeling een intakegesprek met drie professionals (uit het Sociaal Domein, de GGZ en ervaringsdeskundigheid) plaatsvindt. Op basis van de uitkomsten van het HOC wordt een zorgafpraak gemaakt met de cliënt ten behoeve van de juiste zorg op de juiste plaats op het juiste moment.

1.4. Resultaten

Er is een integrale wijkaanpak voor de GGZ ontwikkeld. Uit de evaluatie van de ingezette interventies zijn voorzichtige conclusies te trekken:

- De wachttijd tot intake en behandeling is verkort tot zo'n vier weken. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen verschillende vermoedelijke diagnoses.



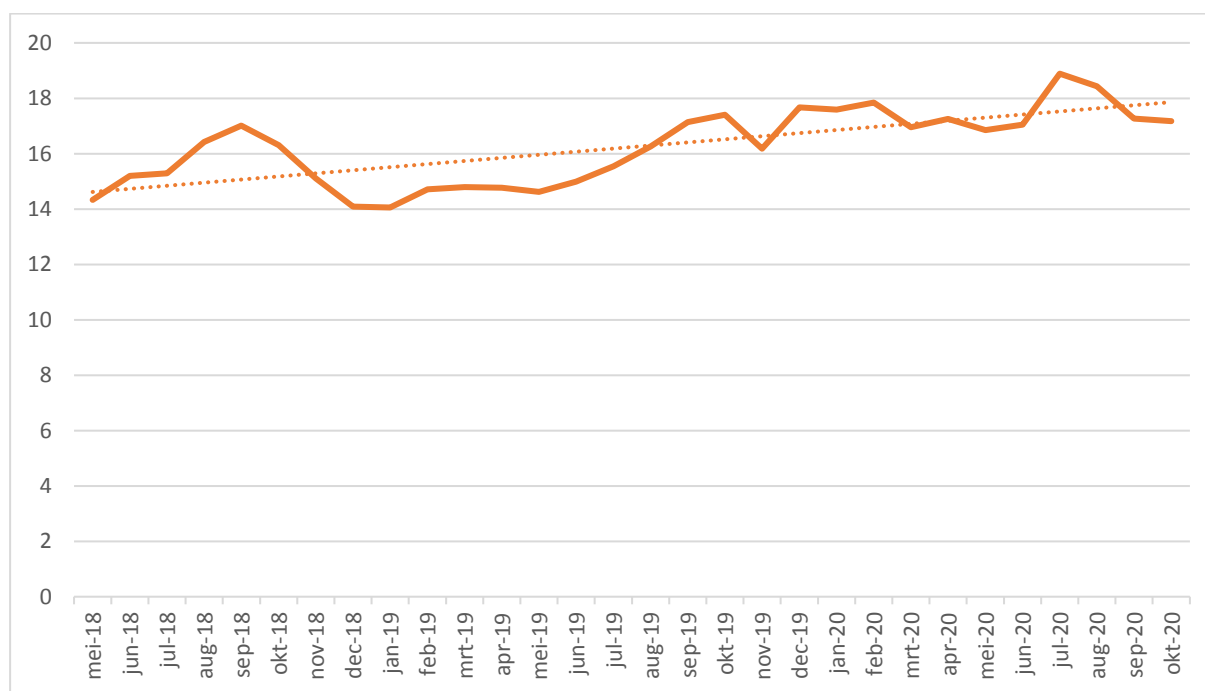
- Er wordt meer behandeld in de GBGGZ en minder in de SGGZ.
- Een deel van de verwijzingen wordt niet meer opgepakt in de GGZ, maar gaat naar het Sociaal Domein en ervaringsdeskundigen. Daarbij wordt bij een aantal behandelingen ook multidisciplinair, domeinoverstijgend gewerkt.
- Zorg vindt meer op de juiste plaats en het juiste moment plaats.
- Er is minder escalatie naar spoedzorg.
- De kosten ontwikkelen zich naar het landelijk gemiddelde.
- Huisartsen zijn heel tevreden over samenwerking
- 90% van de professionals in de wijk beveelt deze werkwijze aan.

1.5. Conclusies en aanbevelingen

Het is mogelijk om de theoretische kaders vanuit de Blauwe GGZ en De Nieuwe GGZ te operationaliseren in concreet implementeerbare interventies. Deze interventies zijn complex in hun implementatie binnen het huidige bestel en vragen creativiteit en flexibiliteit van alle betrokkenen. Het is aanbevelenswaardig om deze interventies in te bedden in een omgeving waarin professionals handelingsvrijheid krijgen en waarbij registratie en declaratie van zorg optimaal georganiseerd en geborgd zijn.

2. Inleiding

Reeds enkele jaren is er veel aandacht voor de ontwikkelingen in de GGZ. De wachttijden¹ zijn lang en worden niet of nauwelijks korter (zie Figuur 1). Daarnaast zijn de kosten, ondanks een stelselwijziging in 2015 (introductie POH-GGZ, GBGGZ en SGGZ),² toch aan het stijgen na een aanvankelijke forse daling als gevolg van overheveling van zorg. Ondertussen is er aanzienlijk debat over wat eigenlijk wel of niet tot een psychische stoornis moet worden gelabeld en op welke criteria dat gebeurt (zie bijvoorbeeld boek Jim van Os over DSM 5;³ de podcast 'hoe de GGZ verandert' van Carlijn Welten,⁴ rapportage van De Rekenkamer van zomer 2020⁵). Al deze elementen zijn separaat aan te pakken, maar daarmee is het probleem in veel gevallen niet opgelost. Alle separate elementen vormen een geheel van communicerende vaten waardoor het aanpakken van één domein ook altijd effecten heeft op het andere domein/de andere domeinen. Vanuit die gedachte en geïnspireerd op de gedachten en ideeën van Philippe Delespaul en Jim van Os (2015, 2016)⁶ is in Maastricht (en andere proeftuinen in de regio), gewerkt aan het opzetten en ontwikkelen van een nieuwe, wijkgerichte en met het sociaal domein geïntegreerde vorm van GGZ. Dit vindt plaats onder de labels Blauwe GGZ en Nieuwe GGZ.



Figuur 1. Ontwikkeling Wachttijden SGGZ Zuid-Limburg⁷

¹ <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-wachttijdinformatie-ggz>

² <https://www.vektis.nl/uploads/Nieuws%20Docs/Inzicht%20in%20de%20ggz.pdf>

³ <https://mijn.bsl.nl/persoonlijke-diagnostiek-in-een-nieuwe-ggz/15291828>

⁴ <http://www.hoedeggzverandert.nl>

⁵ <https://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2020/06/25/geen-plek-voor-grote-problemen>

⁶ <http://www.denieuweggz.nl/boek/>

⁷ Bron: data Vektis, geleverd door Zorgverzekeraar CZ, d.d. 23-11-2020

2.1. Leeswijzer

De GGZ is een complexe structuur. Dat komt ook terug in dit verslag. Om het lezen te vergemakkelijken, benoemen we de belangrijkste termen en begrippen die in dit verslag voorbij komen.

- GGZ: Geestelijke Gezondheidszorg
- SGGZ: Specialistische GGZ
- GBGGZ: Generalistische Basis GGZ
- HA GGZ: Huisartsgeneeskundige GGZ
- FACT: Functie Assertive Community Treatment – een ambulante behandeling die gericht is op herstel van functioneren in maatschappelijke context
- Blauwe GGZ: uitwerking inrichting GGZ op basis van input van onder andere Jim van Os, Philippe Delespaul, zoals ontwikkeld in 2015
- De Nieuwe GGZ (DNG): uitwerking inrichting GGZ op basis van pamflet De Nieuwe GGZ door Jim van Os, Philippe Delespaul, Michael Milo, Wilma Boevink en Frank Schalken
- Zvw: Zorgverzekeringswet, die zorg die door zorgverzekeringen wordt vergoed (waaronder GGZ valt)
- SD: Sociaal Domein, die zorg die door middel van gemeentelijke financiering wordt bekostigd
- Elementen: verschillende acties die gezamenlijk een interventie vormen ten behoeve van de praktische uitwerking van het theoretisch kader Blauwe GGZ en DNG
- Interventie: set aan acties die tot een labelbare actie leiden
- Domeinoverstijgend: dat wat gebeurt door samen te werken in zorg geleverd in het SD en Zvw
- Positieve Gezondheid: het door Machteld Huber ontwikkelde perspectief op ziekte en gezondheid
- Pilotpraktijk: dit betreft een huisartsenpraktijk die in de betrokken wijk actief is. In het geval van dit onderzoek gaat het om twee huisartsenpraktijken die als pilotpraktijk hebben gefungeerd.
- MDO: multidisciplinair overleg; een overleg waarbij verschillende professionals met verschillende beroepen/functies bij elkaar zitten

3. Het project

Centraal in het project staat de ambitie om de zorg in de GGZ te optimaliseren. Vanuit het gedachtengoed van de Blauwe GGZ en de Nieuwe GGZ werd daarom beoogd wijkgerichte en met het sociaal domein geïntegreerde GGZ op te zetten. Hiervoor werden verschillende interventies ontwikkeld met aandacht voor zowel het gedachtengoed, doelmatigheid als de bereikbaarheid van de zorg. De interventies werden uitgetest in 2 huisartsenpraktijken in Maastricht onder de naam Blauwe zorg in de Wijk. Het betreft Huisartsenpraktijk Nazareth en Huisartsen Maastricht Oost, ookwel de pilotpraktijken genoemd.

Voorafgaand aan de implementatie van interventies in 2018, is een periode ontwikkeling voorafgegaan.⁸ In 2018 is gestart met de implementatie van interventies in de 2 pilotpraktijken. De centrale vraagstelling binnen het project was: *in welke mate kunnen de interventies bijdragen aan het optimaliseren van de kwaliteit van zorg, gezondheid van de patient en de doelmatigheid van de zorg aan mensen met psychische problemen?* De focus van het project lag in eerste instantie op de haalbaarheid en de doelmatigheid. Dit leidde tot de volgende deelvragen:

⁸ Voor een meer uitgebreide beschrijving van deze periode, zie bijlage 1.

1. Is het mogelijk om de elementen uit het gedachtegoed van Blauwe GGZ en De Nieuwe GGZ te operationaliseren in interventies?
2. Is het mogelijk deze interventies daadwerkelijk toe te passen in de dagelijkse praktijk?
3. Wordt met de interventies een doelmatiger zorg gerealiseerd? Zichtbaar in:
 - a. Reductie van wachttijden;
 - b. De verhouding tussen Generalistische Basis GGZ (GBGGZ) en Specialistische GGZ (SGGZ) verschuift, waarbij het aandeel GBGGZ groter wordt;
 - c. De verhouding tussen behandeling in de GGZ en begeleiding in het Sociaal Domein verschuift, waarbij een groter deel van de cliënten wordt behandeld in het Sociaal Domein;
 - d. Reductie kosten gemaakt in de GGZ.

4. Inrichting wijkaanpak – de interventies

Om wijkgerichte en met het sociaal domein geïntegreerde GGZ te realiseren zijn in Maastricht in de afgelopen jaren verschillende acties ondernomen. Voor meer informatie over het gehele ontwikkelingsproces vanaf 2015, zie bijlage 1. In deze paragraaf worden de interventies die vanaf 2018 zijn uitgetest in de 2 pilotpraktijken nader toegelicht.

4.1. Interventie 1: MDO

Vanaf 1 januari 2018 is er een maandelijks MDO in de twee pilotpraktijken. Tijdens dit MDO vindt consultatie, triagering en terugkoppeling plaats. Om dit optimaal te kunnen faciliteren zijn tijdens dit MDO ten minste een psychiater, een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV-er), een GZ-psycholoog, een ervaringsdeskundige en professionals vanuit het Sociaal Domein aanwezig. Op deze manier zijn alle typen problemen die bij de huisarts voorbij komen te bespreken.

Met het starten van het MDO is er een beweging van verwijzingen naar professionals die in het MDO aanwezig zijn en is een noodzaak ontstaan dat deze professionals met elkaar kunnen samenwerken om in gezamenlijkheid zorg te leveren aan de verwezen cliënten. Er ontstond een informeel team van professionals dat zorg leverde aan de cliënten die verwezen werden uit de twee pilotpraktijken.

4.2. Interventie 2: Ervaringsdeskundigen

Vanaf Q1 2018 hebben vier organisaties (MET GGZ, Mondriaan, LevantoGROEP en het Leger des Heils) ieder 0,5fte ervaringsdeskundigheid ter beschikking gesteld in de rol van kwartiermaker. Concreet betekende dit dat er 4 ervaringsdeskundige professionals voor het werk in de wijk ter beschikking kwamen. Op 1 mei 2018 startten drie ervaringsdeskundigen in de rol van kwartiermaker in de twee wijken verbonden aan de pilotpraktijken. Zij hebben de taak om op onderzoek te gaan in de wijk naar wat er reeds is wat alle vormen van aanbod betreft en vervolgens te kijken hoe ze kunnen invoegen vanuit ervaringsdeskundigheid.

4.3. Interventie 3: GGZ-team

Sinds 2019 staat de basisinfrastructuur voor de wijk en is inhoudelijk een groot aantal stappen gemaakt. Concreet betekent het dat er in de wijken een GGZ-team verbonden aan de twee pilotpraktijken actief is. Daarnaast is er, op basis van onder andere de input van de ervaringsdeskundigen, een Herstelondersteunende Consultatie (HOC) ingericht.

4.3.1. Rol en taken GGZ-team

Het GGZ-team is een domeinoverstijgende, integrale groep professionals die White Label zorg levert in de wijken. Onder zorg wordt verstaan alle zorghandelingen van consultatie tot behandeling/

begeleiding bij crisogene situaties. Dit betekent dat vrijwel alle zorgvragen die te maken hebben met psychisch lijden naar het team in de wijk kunnen worden verwezen.

Het doel van het team is de primaire verwijzingsplaats voor huisartsen en POH-GGZ te zijn bij patiënten/cliënten met psychische klachten. Aanvullend aan dit doel is het streven samen met de huisarts regie te voeren op de volledige caseload aan patiënten. Daardoor is er geen knip meer tussen de huisartsenpraktijk en de vervolgzorg, maar is er een gezamenlijk eigenaarschap. Bepaalde patiënten zijn binnen het hele team en de pilotpraktijken bekend waardoor iedereen ook weet wat wel/niet te doen is in bepaalde situaties. In sommige gevallen betekent dit dat er een laagfrequent duurzaam contact is, in andere gevallen is bekend dat iemand met enige regelmaat terug in zorg komt. Het komt echter ook voor dat een behandeling of begeleiding wordt afgehouden, omdat bekend is dat behandeling in de GGZ geen toegevoegde waarde (meer) heeft. Op die manier wordt onnodige behandeling voorkomen en snel geschakeld als behandeling wel noodzakelijk is. In lijn met de werkwijze, zoals gehanteerd binnen Blauwe Zorg in de Wijk, is het streven het mandaat bij professionals te leggen. Dit betekent dat zij actief betrokken worden bij koersbepaling en besluitvorming. Daarmee wordt nagestreefd een bottom-up proces te organiseren en niet top-down professionals in een vooraf bepaald kader te dwingen. Dit stimuleert eigenaarschap, creativiteit en onderlinge verbondenheid. Het maakt ook duidelijk dat er zicht is op noodzakelijke stappen, progressie en knelpunten.

4.3.2. Samenstelling GGZ-team

Over de exacte samenstelling van het team is veel debat gevoerd. Dit omdat de elementen die benoemd worden in de theoretische kaders van de Blauwe GGZ en DNG ook vereisen dat er een andere mix aan professionals gevraagd wordt (zie bijvoorbeeld het boek *De Goede GGZ*⁹ en de presentatie die Philippe Delespaul gaf aan het Trimbos Instituut¹⁰).

In tabel 1 staat een overzicht van het type professionals in het wijkteam en welke organisaties daarbij betrokken zijn.

Tabel 1. Overzicht professionals en betrokken organisaties in het GGZ-team

Functie	Nr. professionals	Welke organisaties
Psychiater	2	Mondriaan
Regiebehandelaar (KP ¹¹ , PT ¹² , GZ-psycholoog ¹³)#	3	Mondriaan, MET GGZ en Mens GGZ
Behandelaar	3	Mondriaan, MET GGZ en Mens GGZ
SPV ¹⁴ /VS ¹⁵	5	Mondriaan, MET GGZ, LevantoGROEP
Ervaringsdeskundige	4	Leger des Heils, Mondriaan, MET GGZ en LevantoGROEP
Agogisch werkende/ maatschappelijk werker	1	Trajekt, Radar, LevantoGROEP
IPS-trajectbegeleiding	1	Mondriaan
Transmuraal	1	Mondriaan
Totaal	20	

¹¹ Klinisch Psycholoog

¹² Psychotherapeut

¹³ Gezondheidszorgpsycholoog

¹⁴ Hierbij gaat het om SPV die zowel vanuit FACT als SD werken

¹⁵ SPV= Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige; VS= Verpleegkundig Specialist

⁹ <http://www.denieuweggz.nl/boek/>

¹⁰ <https://www.trimbos.nl/docs/2a7ed4a4-e7cd-4111-96b3-93fc7c6daf6b.pdf>

Het overzicht geeft goed zicht op het multidisciplinaire, domeinoverstijgende karakter van het team. Ook wordt duidelijk dat het grootste deel van de professionals vanuit Mondriaan komt. Dit leidt tot een wat scheve verhouding in het team. Op sommige momenten is het daardoor ook lastiger om cultuurverandering, zoals hierboven aangeduid, te bereiken/na te streven.

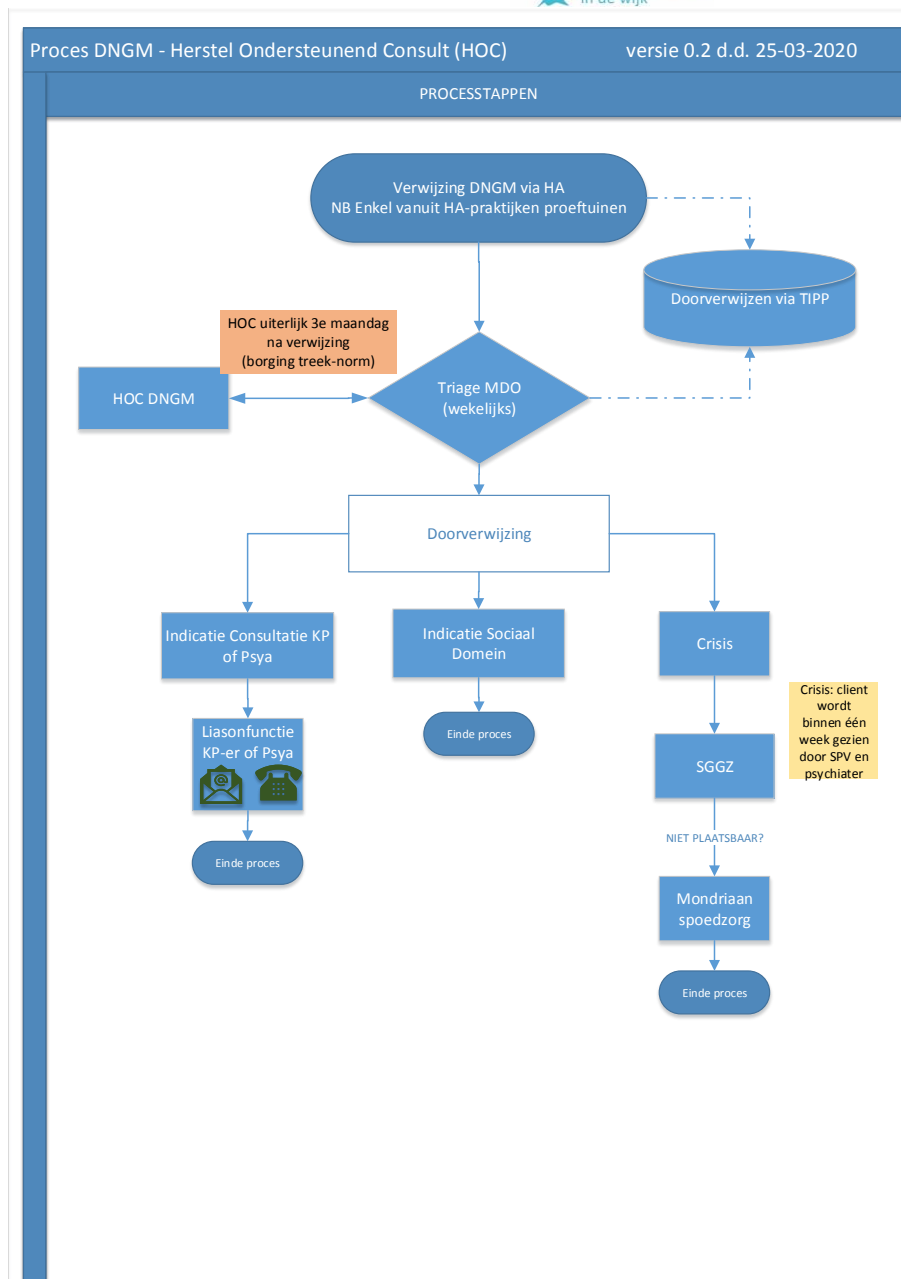
4.4. Interventie 4: Herstelondersteunende Consultatie (HOC)

Het zorgproces in de 2 pilotpraktijken is weergegeven in figuur 2. Hieruit wordt duidelijk dat de huisartsen naar het GGZ-team verwijzen en dat na triage ofwel een verwijzing naar één of meerdere domeinen plaats vindt of dat een HOC wordt gedaan. De HOC, een Herstelondersteunende Consultatie, is een uniek concept dat in Maastricht is ontwikkeld op basis van de ervaringen met een Herstelondersteunende Intake (HOI)¹¹ bij GGZ Noord-Holland Noord.

Doelstelling van de HOC is een breed kennismakingsgesprek met de cliënt te hebben ten behoeve van het gezamenlijk kunnen maken van een inschatting van wat er aan de hand is, waar de cliënt behoefte aan heeft en wat de logische vervolgstappen zijn waar cliënt vertrouwen in heeft. Binnen de pilot geldt daarbij de afspraak dat alle cliënten in principe in een HOC gaan, tenzij anders geïndiceerd.

De HOC is in 2019 ontwikkeld door een aantal professionals en ervaringsdeskundigen en in gezamenlijkheid heeft het team besloten per 1-1-2020 alle instroom via het HOC te includeren. Huisartsen van de betrokken pilotpraktijken hebben de HOC aanvankelijk wel als een extra stap in het zorgverleningsproces ervaren. Immers, zij maken (met hun POH-GGZ) een inschatting van de aard van de problemen en wat daar de best passende vorm van zorg bij zou kunnen zijn. Het kan dan contraïntuïtief voelen als er toch nog een gesprek plaats vindt waarin een deel van het werk herhaald wordt.

¹¹ https://www.denederlandseggz.nl/getmedia/8e307c17-8d5a-4913-baa8-b5133e96bf1a/GGZNoordHollandNoord_Herstelondersteunende-Intakes-bijeenkomst_17jan2020.pdf



Figuur 2. Stroomschema behandeling Wijkpilot

5. Kenmerken van de pilotwijken en praktijken

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

en individuele begeleiding vanuit de Wmo. Wat betreft lichamelijke klachten is de zorgvraag minder groot, de reden hiervoor is dat deze wijken minder vergrijsd zijn. Bij het domein meedoen is te zien dat relatief veel mensen “langs de kant staan”. Eenzaamheid komt veel voor, de sociale cohesie is minder groot, er zijn minder vrijwilligers en mantelzorgers en de leefbaarheid en veiligheid wordt gemiddeld als minder groot ervaren. De kenmerken van deze wijken worden weergegeven in bijlage 2.

5.1. Nazareth / Limmel

Nazareth en Limmel zijn twee Maastrichtse buurten die doorkruist worden door de spoorlijn en omgeven door de snelweg A2 en industriegebied Beatrixhaven. Aan de andere kant grenzen de buurten aan het natuurgebied de Kanjelzone. De buurten stonden vroeger bekend als typische arbeiderswijken en hebben nog steeds een dorps karakter. Nazareth en Limmel hebben respectievelijk 3.215 en 2.255 inwoners. De leeftijdsopbouw in deze wijken is grotendeels vergelijkbaar met gemiddeld in Maastricht; in Limmel wonen meer studenten. Huisartsenpraktijk Nazareth is gevestigd in Nazareth en had in 2018 in totaal 6320 ingeschreven patienten.¹²

5.2. Wittevrouwenveld / Wyckerpoort

Wittevrouwenveld is een zeer stedelijke wijk met ongeveer 5800 inwoners. Vergeleken met Maastricht totaal is het een wijk met relatief veel niet-Westerse allochtonen. Het is ook een jonge wijk, mede door de aanwezigheid van veel studenten. De gemiddelde score voor sociaaleconomische status voor Wittevrouwenveld is erg laag vergeleken met zowel Maastricht als met heel Nederland. Eén van de oorzaken hiervoor is dat het deel van de inwoners dat laagopgeleid is, tweemaal zo groot is als in de rest van Maastricht. Huisartsen Maastricht-Oost is gevestigd in Wittevrouwenveld en had in 2018 in totaal 3834 ingeschreven patienten.¹³

6. Resultaten

Er zijn verschillende niveaus om de resultaten van de interventies te beschrijven. In bijlage 1 is een uitgebreid verslag gegeven van de ontwikkelingen die hebben geleid tot de inrichting van zorg zoals die nu is vormgegeven. Daarnaast zijn er feitelijke resultaten over verwijsgedrag en opvattingen over de geboden zorg. In deze sectie komen deze resultaatgebieden aan de orde.

Bij de bespreking van resultaten ten aanzien van populatie-effecten en kosten, is er de beperking dat veel informatie vertraagd beschikbaar is. Als gevolg van de vergoedingen systematiek in de GGZ, kan het tot 2 jaar na start van een behandeling duren alvorens er zicht is op de exacte plaats, duur en dus de kosten van de zorg. Dit is een belemmering gegeven het feit dat een aantal interventies nog geen twee jaar lopen. In 2021 wordt verwacht dat alle informatie over 2019 compleet en beschikbaar is.

6.1. Gebruikte bronnen

Om inzicht te krijgen in de mate waarin de interventies leiden tot effecten op de doelmatigheid van de zorg is inzicht in de kosten van de zorg nodig. Deze informatie is, als gevolg van de vergoedingssystematiek in de GGZ, pas na 2 jaar beschikbaar. Momenteel is deze informatie nog niet voorhanden. Wel kan op basis van beschikbare bronnen inzicht worden gegeven in het verloop van de verschillende interventies. In tabel 2 worden de databronnen weergegeven.

¹² Vektis. Praktijkspiegel Huisartsenpraktijk Nazareth. Versie 2.7. 2019.

¹³ Vektis. Praktijkspiegel Huisartsen Maastricht-Oost. Versie 2.8. 2020.

Tabel 2. Gebruikte databronnen bij het project Blauwe GGZ in de wijk

Bron	Aard informatie	Periode waarop van toepassing
Vektis – wachttijden	De wachttijden in de regio worden landelijk bijgehouden door Vektis. Deze informatie komt via CZ (Kai Hupkens) naar ZIO/Bart Bongers. Het betreft informatie die regelmatig door Vektis gepubliceerd wordt, maar ten behoeve van het onderzoek is er in november 2020 een update gevraagd waardoor informatie zo actueel mogelijk is.	2018-2020
Vektis - praktijkspiegel	Rapport dat inzicht geeft in de geleverde zorg aan patiënten van een betrokken pilotpraktijk. Gegevens zijn afkomstig van de zorgdeclaraties bij zorgverzekeraars en het AGB-register van Vektis.	2018 (volledig), 2019 (onvolledig)
TIPP verwijsdata	Alle verwijzingen door de verbonden pilotpraktijk via TIPP verstuurd.	Vanaf najaar 2019 tot op heden
MediX	MediX, onderdeel van X-Ample Technology BV, is een keteninformatiesysteem (KIS) dat sinds 2006 in de regio Maastricht-Heuvelland wordt ingezet voor het volgen en begeleiden van patiënten met een chronische aandoening. De POH-GGZ registreert uitgevoerde zorg in MediX.	
Cliëntenlijst team	Betreft een lijst door het team GGZ bijgehouden waarin alle instroom (verwijzingen vanuit pilotpraktijk), beslissingen ten aanzien van instroom en besluiten ten aanzien van behandeling worden bijgehouden	Vanaf zomer 2019
Arrangementenmonitor	In deze monitor worden gemeentelijke data t.a.v. WMO, Wlz, en Jeugdwet gebundeld met zorgverzekeringsdata, zoals aangeleverd door zorgverzekeraar VGZ	2017-2020
Vragenlijst	In deze vragenlijst is in juni navraag gedaan naar de opvattingen van professionals in het GGZ-team over hun werkzaamheden in de wijk. De vragenlijst is verstuurd via SurveyMonkey.	2020

6.2 Resultaten per interventie

6.2.1. Interventie 1: MDO

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

6.2.2. Interventie 2: Ervaringsdeskundigen

In 2018 is gestart met de inzet van ervaringsdeskundigen in de wijkpilot. Vanaf mei 2018 waren er drie ervaringsdeskundigen onder verantwoordelijkheid van de projectleider van ZIO aan de wijkpilot

geleverd. Deze drie ervaringsdeskundigen werkten als eerste professionals in de pilot samen in een white-label, domeinoverstijgende en integrale constructie.

6.2.2.1. Verbindingen

De ervaringsdeskundigen zijn gestart in de rol van kwartiermaker en hebben verkend wat al aan activiteiten in de wijk plaatsvindt, welke verbindingen er zijn en waar behoefte aan is in de wijk bij professionals en bewoners (met en zonder psychisch lijden). Al in het eerste jaar waren de ervaringsdeskundigen zichtbaar op het Manus van Alles Festival in de wijk Wittevrouwenveld. Ze hebben workshops verzorgd. Medio 2018 zijn deze ervaringsdeskundigen ook aangesloten in het MDO in de pilotpraktijk.

De ervaringsdeskundigen zijn in de loop van 2018 ook gevraagd mee te denken over de inzet van ervaringsdeskundigheid in heel Maastricht en in de rol van Onafhankelijke Cliëntondersteuner (OCO). Ze hebben tegelijkertijd een belangrijke rol gekregen in de netwerken van informele zorg in de wijk (AA, buurtinitiatieven etc.). Medio 2019 werd duidelijk dat dit geformaliseerd kon worden. Sinds 2020 staan de ervaringsdeskundigen uit het project ook genoemd als mogelijke optie als OCO bij het keukentafelgesprek.

6.2.2.2. Begeleide zelfhulp groepen

Daarnaast is gestart met een zelfhulpgroep en zijn individuele casussen begeleid (via direct contact met burgers, via huisartsen en via andere zorgprofessionals). Het oorspronkelijke groepsaanbod is 1 jaar aangeboden. Dit heeft geleid tot wekelijkse sessies. Het aantal deelnemende bewoners van de wijk was zeer laag (de meeste sessies 2 of minder personen). Op basis van dit lage aantal deelnemers is begin 2019 besloten dat groepsaanbod te stoppen en te kijken naar een andere vorm. Duidelijk is geworden dat een zelfhulpgroep met alleen bewoners uit één wijk voor de bewoners niet aantrekkelijk is: ze hebben een te grote kans om hun burens tegen te komen en dat leidt tot minder enthousiasme om deel te nemen. Eind 2019 lag er een nieuw concept voor een zelfhulpgroep dat in 2020 zou starten. Als gevolg van de COVID-19 pandemie is de start van deze groep een aantal keer uitgesteld. De verwachting is dat deze groep medio 2021 kan starten.

6.2.2.3. Begeleide zelfhulp individueel

De ervaringsdeskundigen bieden ook individuele begeleiding van cliënten. Gemiddeld hebben de ervaringsdeskundigen zo'n 6 cliënten in begeleiding. Over de afgelopen periode heeft dat er toe geleid dat zij in de afgelopen twee jaar 78 cliënten individueel begeleid hebben. De begeleiding kan sterk variëren in duur en aard van de problematiek. Veelal zijn de ervaringsdeskundigen betrokken bij problemen op het gebied van:

- Verslaving
- Eenzaamheid
- Problemen met instroom in hulpverlening
- Zingeving
- Omgaan met kwetsbaarheid

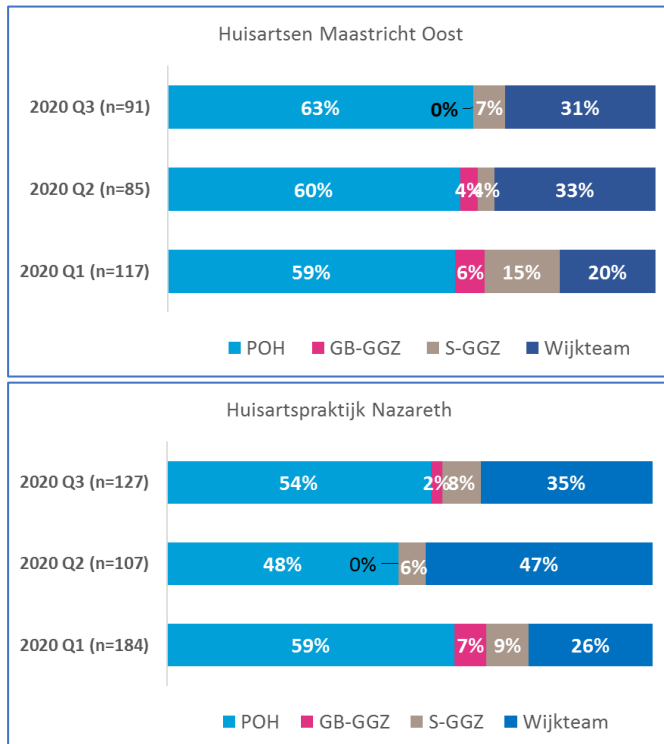
6.2.3. Interventie 3: GGZ Team

6.2.3.1. Getalsmatige resultaten

In 2018 werd in de twee pilotpraktijken gestart met de nieuwe GGZ werkwijze. Dit bestond onder andere uit een maandelijks MDO en de plaatsing van een GZ-psycholoog in de praktijk. Sinds 2019 hebben de twee pilot praktijken de mogelijkheid om patiënten naar het GGZ wijkteam te verwijzen. In de verdeling van de geleverde zorg is, conform eerdere rapportages zoals de GBGGZ-monitor,¹⁴ duidelijk dat het grootste deel van de cliënten met psychisch leiden in eerste instantie wordt gezien

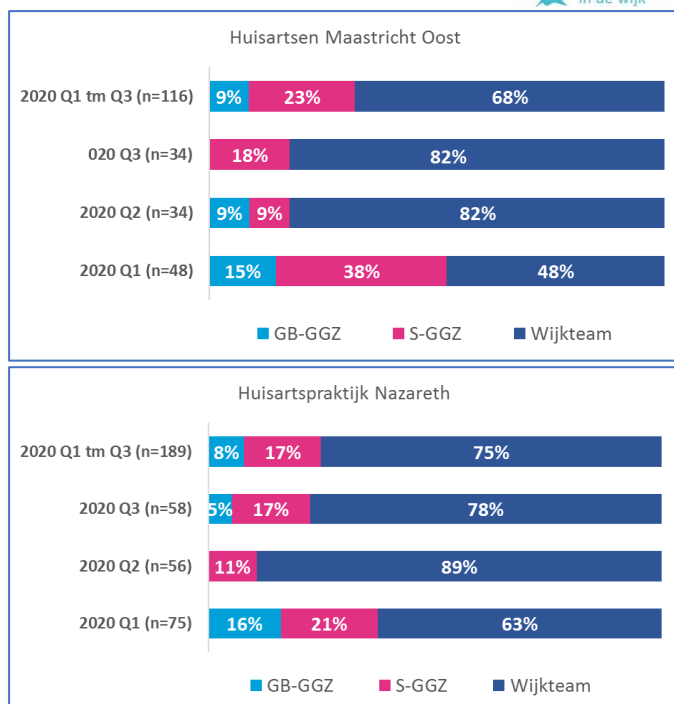
¹⁴ https://www.eerstekamer.nl/overig/20180831/monitor_generalistische_basis_ggz/document

door de POH-GGZ die in de huisartsenpraktijk werkzaam is. Dit is in de pilotpraktijken niet anders (zie Figuur 3).



Figuur 3: Inzet GGZ vanuit de pilot praktijken in Q1 t/m Q3 2020 (intakes POH-GGZ en GGZ verwijzingen naar GB-GGZ, S-GGZ, wijkteam) (MediX en TIPP data)

In de eerste drie kwartalen van 2020 vonden vanuit Huisartsen Maastricht-Oost in totaal 116 verwijzingen naar andere GGZ, anders dan de POH-GGZ, plaats (zie figuur 4). Vanuit Huisartsenpraktijk Nazareth waren dit in totaal 189 verwijzingen. Bij Huisartsen Maastricht Oost ging 68% van het totaal aantal GGZ verwijzingen naar het wijkteam. Bij Huisartsenpraktijk Nazareth ging 75% van de verwijzingen naar het wijkteam (zie Figuur 4).



Figuur 4: Verhouding GB-GGZ, S-GGZ, en wijkteam verwijzingen binnen het totaal aantal GGZ verwijzingen vanuit de pilot praktijken (excl. verwijzingen naar POH-GGZ) (Q1 t/m Q3 2020, TIPP data)

Door de brede beschikbaarheid van professionals uit de GGZ en het Sociaal Domein is het mogelijk de juiste zorg te bieden voor de vragen waarmee cliënten worden verwezen. Bij de behandeling en begeleiding van cliënten wordt intensief samen gewerkt tussen de verschillende domeinen, een doelstelling die reeds in 2016 werd geformuleerd. Professionals kennen elkaar domein- en echelonoverstijgend steeds beter en weten elkaar ook steeds beter te vinden.

In tabel 3 staat het aantal verwijzingen, zoals die binnenkomt bij het wijkteam, wat er na bespreking in het intakeoverleg (MDO) geïndiceerd wordt en wat na het doen van HOC en/of consultatie geïndiceerd wordt in percentages weergegeven. Belangrijkste opmerkingen als het gaat om de start van de behandeling door het GGZ team zijn:

- Er is nauwelijks wachttijd voor het plannen van een HOC of de start van een behandeling: de meeste cliënten hebben binnen 4 weken een eerste afspraak staan. Het maakt daarbij niet uit welke vermoedelijke diagnose de cliënten hebben.
- Triagering door het GGZ-team vindt in gezamenlijkheid plaats op basis van de resultaten van een HOC of op basis van een verwijzing. Daarbij geldt dat er in de basis wordt ingezet op BGGZ. In tabel 3 staat een overzicht van de echelons en domeinen waar zorg plaats vindt bij instroom vanuit de pilotpraktijk en na traigering en/of HOC. Daaruit wordt duidelijk dat een aanzienlijk deel van de verwijzingen (20%) niet naar de GGZ gaat of in een gecombineerde behandeling terecht komt. In het kader van het voortdurend leren is dit een belangrijk onderwerp voor het gesprek met de POH-GGZ van de huisartsenpraktijk of tijdens het MDO met de huisartsenpraktijk.
- Veel casuïstiek in de SGGZ is verbonden aan verslavingsproblematiek, persoonlijkheidsproblematiek en pervasieve stoornissen; hier zijn geen bijzondere wachttijden op van toepassing.

Tabel 3. Overzicht verwijzingen naar GGZ-team vanuit pilotpraktijken en triagering in GGZ-team op basis van registratie verwijzingen in wijkteam tussen april 2019 tot november 2020 (n=380*)

	Verwijsroute zoals voorgesteld door huisartsen bij binnenkomst wijkteam (%)	Indicatie na triagering in intakeoverleg wijkteam (%)	Behandeling traject na triage, consultatie en HOC (%)
HOC	-	59%	-
Consultatie	20%	20%	-
GBGGZ	37%	9%	39%
SGGZ	41%	-	36%
FACT	-	2%	2%
Jeugd	-	4%	4%
Sociaal Domein	-	4%	4%
Ervaringsdeskundigen	-	2%	5%
Combinatie	-	-	7%
Geen zorg			3%

6.2.3.2. Ervaringen professionals

Belangrijk zijn de kwalitatieve resultaten die tot op heden zijn behaald. Het bevragen van cliënten is hierbij lastig gegeven de versnippering van registratie van zorg. Echter, er is een peiling onder professionals gedaan.¹⁵ Uit de resultaten daarvan blijkt dat 90% van de professionals de huidige werkwijze zou aanbevelen. Men vindt dat de filosofie die ten grondslag ligt aan de huidige werkwijze klopt en de basis zou moeten zijn voor de zorg bij psychisch lijden. Men geeft aan een grotere vrijheid te ervaren bij het dagelijks werk. Tegelijkertijd zien de meeste professionals een aantal grotere belemmeringen. Er zijn beperkingen in de beschikbare tijd, de facilitering in de wijze waarop domeinoverstijgend gewerkt kan worden (dossiervorming, gescheiden financieringen, medisch-juridische belemmeringen). Dat heeft nog niet tot gevaarlijke situaties voor het individu geleid, maar tegelijkertijd is er wel een sterke behoefte om dit anders te organiseren.

Twee quotes van professionals uit de wijk illustreren goed hoe men tegen de zorg in de wijk aan kijkt:

- *Ik heb de afgelopen 2 jaar gemerkt dat, om het echt anders te gaan doen, hiervoor dan ook de volledige ruimte moet worden gegeven aan de uitvoerenden. [...] Zo helpen we burgers sneller (geen wachtlijsten) en vaker meteen op de juiste plek(ongeacht welk domein) door het Herstel Ondersteunend Consult dat is opgezet.*
- *Door de zorgvragen anders te benaderen, voornamelijk met de vraag 'wat wil je zelf veranderen'? Is de ervaring dat mensen meer in beweging komen dan dat zichtbaar was in de tijd dat er voornamelijk aanbod gestuurd werd gewerkt. Deze manier van werken geeft mensen regie terug over het leven, soms met een stuk ondersteuning. De levensverhalen, de kracht die er uit de omgeving wordt gehaald zijn zo zichtbaar! En dat kunnen we alleen waarmaken in verbinding en samenwerking met elkaar.*

De ambitie reikt verder dan dat we op dit moment realiseren. Eén van de professionals schrijft: *Maar moeten we ons niet een beetje schamen dat we hier al blij mee zijn?* Dit citaat drukt enerzijds het zicht op progressie uit, maar tekent tevens de ambitie dat er eigenlijk nog meer mogelijk is.

Een belangrijke andere ervaring komt van de huisartsen: zij geven aan dat ze minder crisis situaties hebben. Het is nog lastig dit te onderbouwen met cijfers, maar in eerdere counts uitgevoerd door Boris Klingenberg leek het aantal crisis situaties in de wijkpilot beperkt tot drie à vier casussen. De verwachting is dat retrospectief in 2021 en daarna meer betrouwbare uitspraken daarover te doen zijn.

¹⁵ SurveyMonkey enquête in juni 2020, evaluatieve sessies in juni, September en November 2020

6.2.4. Interventie 4: HOC

Huisartsen hebben de HOC aanvankelijk wel als een extra stap in het zorgverleningsproces ervaren. Immers, zij maken samen met de POH-GGZ een inschatting van de aard van de problemen en wat daar de best passende vorm van zorg bij zou kunnen zijn. Het kan dan contra intuïtief voelen als er toch nog een gesprek plaats vindt waarin een deel van het werk herhaald wordt.

Uit tabel 3 komt naar voren dat 59% van de verwijzingen naar het GGZ-team wordt gezien in een HOC. Dat betekent dat op basis van de verwijzing er aanleiding is om een domeinoverstijgende, herstelgerichte vorm van intake te doen ten behoeve van het in overleg met de cliënt komen tot de juiste zorg op de juiste plaats. Na HOC en consultatie is de verdeling zodanig dat het grootste deel van de cliënten naar de GBGGZ gaat en dat ruim 20% van de cliënten niet in de GGZ voor volwassenen komt.

Aanvankelijk ging een hoger percentage van de verwijzingen in HOC. Maar dat stuitte op problemen met de pilotpraktijken. Daarom is met huisartsen in 2020 diverse keren het gesprek gevoerd over samenwerking in de verwijzingen. Daardoor is voor een aantal cliënten inmiddels niet automatisch meer een HOC het eerste middel waar gebruik van gemaakt wordt. Het gaat dan om cliënten waar huisarts/POH-GGZ en het team de inschatting maken dat een brede insteek echt niet nodig is. Dit is niet vaak, waardoor het grootste deel van de nieuwe instroom toch wordt gezien in een HOC.

Observaties bij de toepassing van de HOC:

- Er is geen financieringsmodel voor het doen van de HOC; dit is belemmerend voor de toekomstige uitvoering van de HOC;
- Tijdens de HOC komt nog veel informatie die niet in een verwijzing kan worden opgenomen aan het licht, dit maakt indiceren makkelijker;
- In het geval er duidelijk sprake is van GBGGZ, dan is de lijn veelal directer naar de GBGGZ; in het geval er een verwijzing voor SGGZ is, gaat die vaker langs een HOC
- Samenstelling van het HOC-team vindt plaats op basis van affiniteit met waarschijnlijke probleemgebieden;
- Na HOC meer domeinoverstijgende aanpak geïndiceerd.

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

6.3 Ontwikkeling kosten

Het vraagt zorgvuldigheid om uitspraken te doen over de kostenontwikkeling omdat het relatief lang duurt voordat alle zorg, zoals geleverd, is uitgedeclareerd. Echter, er zijn eerste gegevens waarbij ten minste een indicatie te geven is van de ontwikkelingen ten aanzien van kosten zorg. Op basis van gegevens van de Gemeente Maastricht en zorgverzekeraar VGZ is er in de Arrangementenmonitor een overzicht te maken van de ontwikkeling van kosten in de afgelopen 2 jaar. In onderstaande afbeeldingen (Figuur 5 en 6) wordt dit zichtbaar gemaakt voor beide pilotpraktijken. In de beide pilotpraktijken is sprake van een afname van de instroom in de GGZ (grijze lijnen). Ook in Maastricht als geheel (oranje lijn) is sprake van een afname van de instroom in de GGZ. Echter, de afname in de instroom in de twee pilotpraktijken is groter dan die in de rest van de stad. Gegeven de samenstelling van de wijken (zie paragraaf 5) zou dit op zijn minst nader onderzoek behoeven. Actueel (november 2020) zijn hiervoor nog onvoldoende gegevens beschikbaar. Verder is in Figuur 5 en 6 waar te nemen dat het de gemiddelde kostprijs voor een traject in beide wijken nagenoeg gelijk is aan het gemiddelde van de stad. De gemiddelde kostprijs van een traject ligt in Oost net onder het gemiddelde en in Nazareth net boven het gemiddelde.



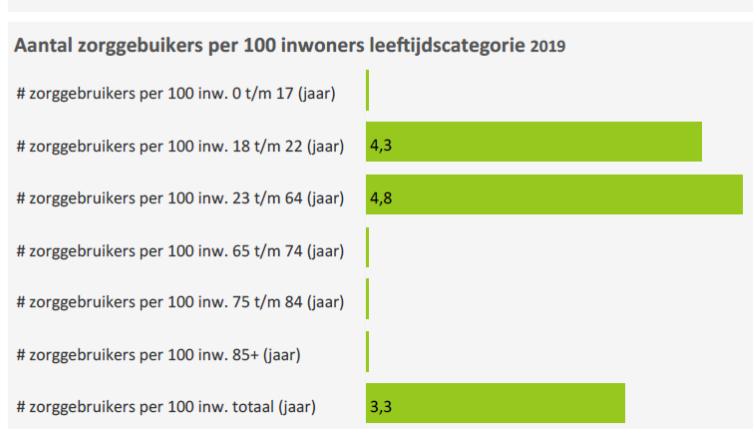
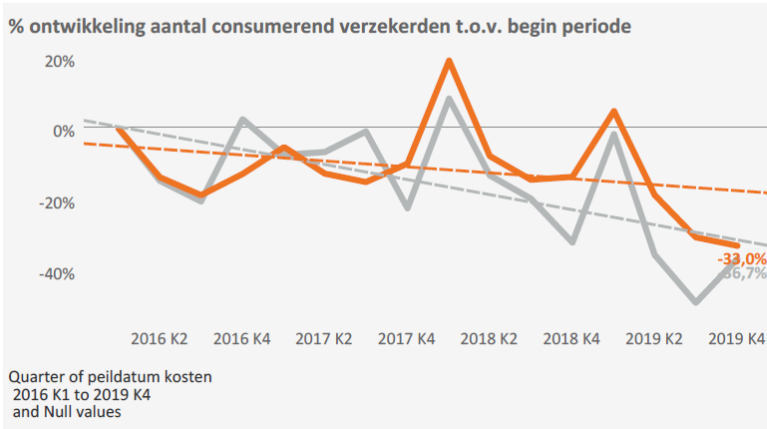
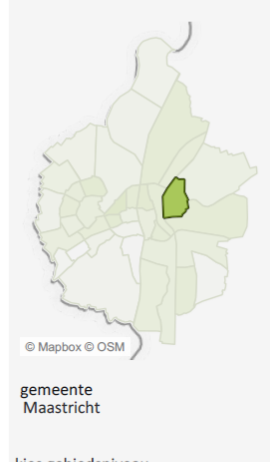
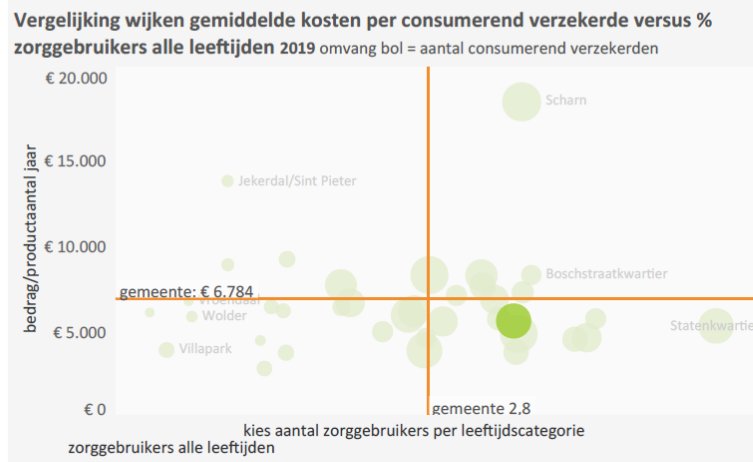
Zorgverzekering

Ontwikkeling aantal consumerend verzekerden, kosten per zorgsoort en buurt



Aantal consumerend verzekerden per zorgsoort		2016	2017	2018	2019
Mentale gezondheid	1e lijn GGZ	124	130	119	109
	Specialistische GGZ ambula..	107	99	97	67
	Specialistische GGZ klinisch	7	6	6	4

Let op: de aantallen betreffen aantal consumerend verzekerden **per zorgsoort** en zijn dus niet bij elkaar op te tellen. Alle inwoners zijn bij de huisarts aangesloten en worden als consumerend verzekerde beschouwd. Bij totaal **alle zorgsoorten excl. huisartenzorg** betreft het wel **unieke personen** met één of meer vormen van zorg (excl huisartenzorg).



wijkcluster All
 indicator fysiek mentaal mentaal
 zorgsoort All
 leeftijdsgroep Volwassenen 18 t/m 66
 peiljaar kosten 2019

Figuur 5. Overzicht resultaten Wittevrouwenveld (bron: arrangementenmonitor)
 Note: de cijfers van 2019 zijn nog niet volledig



Zorgverzekering

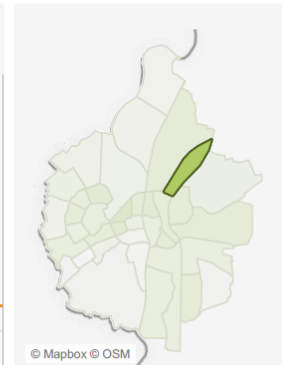
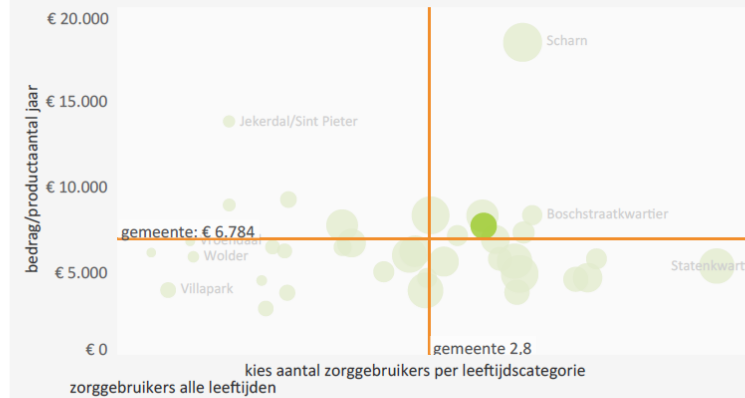
Ontwikkeling aantal consumerend verzekerden, kosten per zorgsoort en buurt



Aantal consumerend verzekerden per zorgsoort		2016	2017	2018	2019
Mentale gezondheid	1e lijn GGZ	60	55	46	54
	Specialistische GGZ ambula..	72	75	68	45
	Specialistische GGZ klinisch	6	5	5	3

Let op: de aantallen betreffen aantal consumerend verzekerden **per zorgsoort** en zijn dus niet bij elkaar op te tellen. Alle inwoners zijn bij de huisarts aangesloten en worden als consumerend verzekerde beschouwd. Bij totaal **alle zorgsoorten excl. huisartenzorg** betreft het wel **unieke personen** met één of meer vormen van zorg (excl huisartenzorg).

Vergelijking wijken gemiddelde kosten per consumerend verzekerde versus % zorggebruikers alle leeftijden 2019 omvang bol = aantal consumerend verzekerden



© Mapbox © OSM

gemeente Maastricht

kies gebiedsniveau buurt

wijkcluster All

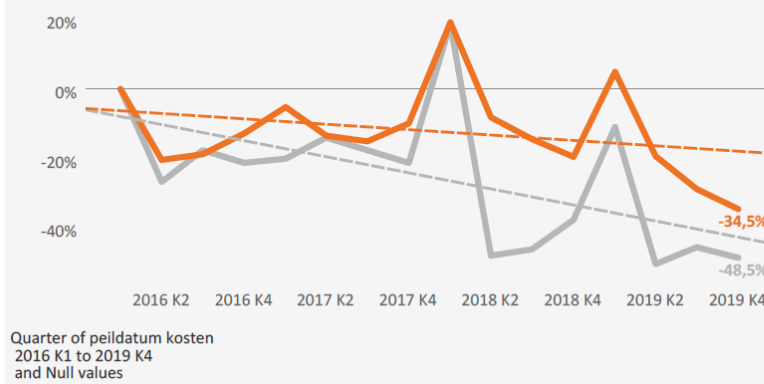
indicator fysiek mentaal mentaal

zorgsoort All

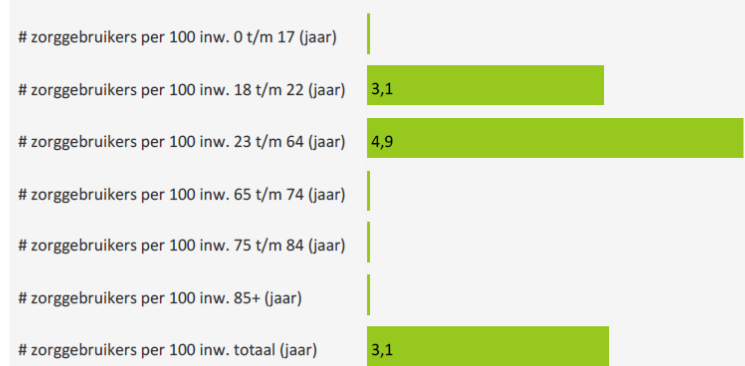
leeftijdsgroep Volwassenen 18 t/m 66

peiljaar kosten 2019

% ontwikkeling aantal consumerend verzekerden t.o.v. begin periode



Aantal zorggebruikers per 100 inwoners leeftijdscategorie 2019



Figuur 6. Overzicht resultaten Nazareth (bron: arrangementenmonitor)
Note: de cijfers van 2019 zijn nog niet volledig

7. Conclusies

In de afgelopen jaren is vanuit het gedachtengoed van de Blauwe GGZ en De Nieuw GGZ gewerkt aan het opzetten van wijkgerichte en met het sociaal domein geïntegreerde GGZ. Hiervoor werden verschillende interventies ontwikkeld en geïmplementeerd in twee huisartsenpraktijken in Maastricht. Daarbij lag in eerste instantie de focus op de doelmatigheid en haalbaarheid van de interventies.

7.1. Conclusies

Op basis van de ervaringen in de afgelopen jaren en de eerste resultaten lijken er aanwijzingen te zijn dat de interventies kunnen bijdragen aan doelmatigheid in de GGZ. Ten aanzien van de kosten is momenteel echter nog geen definitieve uitspraak te doen. Op basis van de eerste bevindingen lijkt er minder gebruik te worden gemaakt van de SGGZ. Daarnaast zijn de wachttijden korter en is een intensievere samenwerking met het Sociaal Domein opgezet. Al deze elementen zouden tot een reductie in kosten kunnen leiden, maar om daar definitieve uitspraken over te kunnen doen is meer tijd nodig.

Op basis van deze resultaten zijn de volgende conclusies te trekken:

- Het inrichten van een domeinoverstijgend en integraal team dat dicht bij de huisartsenpraktijk werkt is een toevoeging voor patiënten, huisartsen en zorgprofessionals.
- Het inrichten van dat GGZ-team in de wijk is een complex en tijdrovend proces.
- Vanaf het moment dat een GGZ team in de wijk is ingericht, is het mogelijk om patiëntstromen om te leiden en andere professionals dan de GGZ-medewerkers een centrale rol in de zorg voor mensen met psychische klachten te geven.
- Betrokken professionals zijn overtuigd dat de inhoudelijke vorm die op basis van de filosofie van Blauwe GGZ en DNG is uitgewerkt van (grote) toegevoegde waarde is voor het zorgaanbod.
- De verwachting is dat op termijn deze verschuiving van zorgtrajecten zal leiden tot een reductie van de kosten in de GGZ.
- De wachttijden zijn op te lossen door een integraal werkend team dicht bij de huisartsenpraktijk te organiseren.
- Het aantal crisis situaties lijkt geringer te zijn.

7.2. Aanbevelingen

De belangrijkste aanbevelingen ten aanzien van de uitkomsten van dit project zijn:

1. Veel hulpverleners willen graag op een andere manier werken. De stap om dat ook uit te werken vraagt een lange adem. Voor pilot situaties vraagt dat een nadrukkelijke selectie aan de voorkant. Deze eerste groep professionals dient een heldere werkwijze te ontwikkelen waar andere hulpverleners vervolgens mee uit de voeten kunnen.
2. Er moet voldoende tijd zijn om een effectevaluatie te doen; dit biedt tijd om data te verzamelen en ook het effect van de interventie op de langere tijd te evalueren. Voor de GGZ betekent dit dat interventies ten minste 4 jaar moeten lopen om goed te kunnen evalueren.
3. Er dienen duidelijke afspraken te worden gemaakt over financiering van het project zolang er nog knelpunten bestaan in domeinoverstijgend werken en bij gebruik van interventies die actueel niet in een vergoedingsstructuur zijn opgenomen.
4. Medewerkers dienen vrijheid van handelen krijgen en niet op productiviteit te worden afgerekend. Pas als de nieuwe producten zijn doorontwikkeld en algemeen toepasbaar zijn, is dat mogelijk of er moet een andere financieringsstructuur worden afgesproken.
5. Dichtbij de huisarts werken en gezamenlijke verantwoordelijkheid dragen voor de volledige caseload leidt tot een efficiënte en doelmatige omgang met mensen met psychische

klachten; dit kan dan ook zonder noemenswaardige wachttijden voor alle probleemgebieden.

6. De inzet van ervaringsdeskundigen in de gehele stad. In navolging van bijvoorbeeld Enik Recovery College (Utrecht) en Ixta Noa (Noord Nederland), is het de wens om in de stad een breed aanbod van zelfhulpgroepen, cursussen en andere vormen van contact voor en tussen mensen met vragen in de stad te organiseren. Op die manier ontstaat er een initiatief waarbij niet professionele zorg direct nodig is, maar de kracht van uitwisseling bij ervaringen kan worden gebruikt.

8. Continuering

Eind 2020 ligt de focus van de wijkpilot op het organiseren van de juiste randvoorwaarden (personele bezetting, ict, juridische aspecten) en financiering. Daarmee hebben de in de coöperatie DNG betrokken organisaties besloten gezamenlijk verder inhoud en vorm te geven aan de ontwikkelingen van de afgelopen vijf jaar. Er is nog veel dat onduidelijk is, maar er is een basis waarop een aantal interventies tenminste voortgezet zou moeten worden. Het is in de wijkpilot bij twee pilotpraktijken gelukt om zonder wachtlijst te werken. Dat is iets dat bijna nergens in Nederland lijkt te lukken gegeven de lengte van de wachttijden. En dat afgezet tegen daalende instroom en niet stijgende kosten. Gegeven het feit dat er bij professionals nog een inhoudelijke ambitie ligt om verder door te ontwikkelen, ligt het voor de hand in 2021 en in de jaren daarna door te gaan met de interventies die zijn ingezet.

8.1. Elementen uit Blauwe GGZ/DNG in spin-offs

Veel van de in de Blauwe Zorg in de Wijk pilot ontwikkelde en gestartte procedures en ideeën krijgen vervolg. Zo is in 2019 Mens GGZ opgericht om het concept van dichtbij de huisarts behandelen sneller en breder te kunnen implementeren. Actueel (eind 2020) wordt in 8 huisartsenpraktijken op deze manier gewerkt en is de ambitie in 2021 een belangrijk deel van de overige huisartsenpraktijken in de regio aan te sluiten.

Gekoppeld aan het belang van de rol van de huisarts, zijn belangrijke concepten uit de Blauwe GGZ/DNG opgenomen in de uitwerking van de PlusPraktijken. Alle huisartsen die daarin participeren hebben nadrukkelijke afspraken gemaakt over de omgang met patiënten met GGZ-problematiek (zie sectie 8.5 voor meer informatie).

Het gebruik van de Herstel Ondersteunende Consultatie (HOC) zal in 2021 ook navolging krijgen in de Westelijke Mijnstreek.

8.2. Borging werkwijze

In 2021 wordt de formatie, de ict-structuur en de medisch-juridische structuur verder geborgd. Daarmee wordt bedoeld dat het aantal professionals in de wijk op niveau voor de caseload wordt gebracht, dat er voldoende uren beschikbaar zijn om tot teamvorming te komen en dat er gewerkt kan worden vanuit één elektronisch patiëntendossier (epd).

8.3. Uitrol DNG naar Jeugd

Eind 2020 vinden gesprekken plaats om ook de Jeugd GGZ vanaf 2021 in te voegen in het project. Daartoe is enthousiasme bij aanbieders van Jeugd GGZ en voorliggende voorzieningen, zoals In2yourplace en @Ease. Gezamenlijk zal medio 2021 een plan worden voorgelegd met concrete stappen tot implementatie. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de ervaring die is opgedaan in de krachtenbundeling en de ontwikkeling van de pilot DNG in de Blauwe wijk.

8.4. Uitrol DNG over de rest van de stad

Eerste gesprekken over de uitrol van de in dit rapport beschreven wijkpilot GGZ hebben plaatsgevonden. Er is de ambitie om deze manier van werken in de komende periode uit te breiden naar de andere wijken in de stad. Elementen van de werkwijze vinden actueel al hun weg naar bepaalde huisartsenpraktijken die nauwer zijn gaan samenwerken met een psychiater of professionals uit het Sociaal Domein.

8.5. PlusPraktijken

Naar aanleiding van de interventies in de twee pilotpraktijken is in 2018 ook gestart met het plaatsen van GZ-psychologen in de 15 PlusPraktijken in Maastricht-Heuvelland. Het project PlusPraktijk is in 2018 gestart en beoogt toekomstbestendige huisartsenzorg op te zetten, die recht doet aan de groeiende complexiteit en zorgvraag in huisartsenpraktijken. Het versterken van de zorg aan mensen met GGZ problematiek is daar een onderdeel van. Voor meer informatie over het totale project PlusPraktijk, zie <https://www.zio.nl/huisartsenpraktijk/pluspraktijk/>. Van medio 2018 tot heden wordt gewerkt aan het plaatsen van GZ-psychologen in de huisartsenpraktijken en het opzetten van een gezamenlijk overlegstructuur tussen huisarts, POH-GGZ en de GZ-psycholoog. In 2020 is gestart met het leggen van een goede verbinding tussen de PlusPraktijken en het sociale wijkteam. Dit zal in 2021 verder worden uitgewerkt en geoptimaliseerd. Op deze wijze wordt beoogd de positieve ervaringen van de twee pilotpraktijken te verbreden naar de 15 PlusPraktijken en vervolgens regionaal uit te rollen.

8.6. Ervaringsdeskundigen

Begin 2020 is een definitief besluit genomen over de voortzetting van de inzet van ervaringsdeskundigen. De bereikte resultaten, de rol die de ervaringsdeskundigen in verschillende gremia in de wijk vervullen en de overtuiging van betrokken organisaties dat het belangrijk is om in te zetten op het gebruik van ervaringsdeskundigen droegen er toe bij dat er besloten is hun inzet te verlengen. Daaraan gekoppeld is de ambitie geformuleerd om de inzet van ervaringsdeskundigen voor de rest van de stad beschikbaar te krijgen. Dit vraagt een nauwe samenwerking tussen aanbieders en de gemeente. In een eerder stadium hebben hier reeds gesprekken over plaatsgevonden en die zullen in 2021 weer opgepakt worden.

8.7. Kosten

Zoals reeds aangegeven, zijn eind 2020 nog geen definitieve uitspraken te doen over de exacte ontwikkeling van de kosten in de proeftuin. Daarvoor is meer tijd nodig. In 2021 en daarna komen daarover meer gegevens vrij, maar zal ook actief monitoring op ontwikkeling van de kosten plaatsvinden. De verwachting is dat vanaf 2022 met de introductie van het Zorgprestatie model (ZPM), de monitoring op de kosten (ontwikkeling) meer direct kan worden gedaan.

Bijlage 1: Procesbeschrijving

2015/2016

ZIO- Blauwe GGZ

In de zomer van 2015 is er onder regie van ZIO een bijeenkomst georganiseerd in Maastricht Heuvelland om te praten over de GGZ in de regio. In een gesprek met Philippe Delespaul en Jim van Os, is een brede lijn uitgezet ten aanzien van de toekomst van de GGZ. In deze brede lijn, werden vier elementen onderscheiden:

1. Positieve gezondheid van Machteld Huber en persoonsgerichte diagnostiek van Jim van Os.
2. Ervaringsdeskundigheid zoals onder andere gepropageerd door Wilma Boevink.
3. Fasegericht behandelen waar Philippe Delespaul zich over uitgesproken had.
4. Kwaliteit van zorg.

Deze vier elementen konden worden ingebed in een wijkgerichte aanpak van zorg, waardoor er een toegankelijker zorg zou kunnen ontstaan. Hierbij speelde een belangrijke rol dat een wijkgerichte aanpak niet alleen tot meer laagdrempeligheid zou leiden, maar ook tot een zorg die ingebed is in de samenleving. Deze inbedding in de samenleving is fundamenteel om tot een gezonde maatschappij te komen waarbij psychische problematiek niet onderwerp waren van stigmatisering.

Bovengenoemde leidde tot de inrichting van vier werkgroepen onder voorzitterschap van de reeds genoemde personen. Kwaliteit van zorg werd voorgezeten door de voorzitter van Psy-Zorg in Zuid-Limburg, Joop Kerstens. ZIO faciliteerde deze werkgroepen en droeg ertoe bij dat de juiste mensen uitgenodigd werden om de gesprekken over de inrichting van zorg goed te kunnen voeren.

Filosofie

De globale filosofie die ten grondslag lag aan het proces dat ZIO startte was dat door middel van normaliseren er minder instroom zou zijn in de GGZ. Hierbij moeten huisartsen nauw betrokken zijn, omdat zij vooraan het proces van de cliënt zitten: zij maken de eerste inschatting en stellen een verwijzing op naar vervolgzorg (in dit geval GGZ). Als zij een goede inschatting kunnen maken, dan leidt dit tot een zo optimaal verlopende instroom en start voor de cliënt.

Door middel van Positieve Gezondheid is het mogelijk om de juiste inschatting op de aard van de problemen te maken. Het gebruik van zes levensdomeinen helpt bij het in kaart brengen van het exacte probleemgebied op basis waarvan de cliënt de juiste zorg krijgt.

Een voorbeeld: als iemand depressieve klachten heeft dan lijkt behandeling in de GGZ geïndiceerd. Wordt door middel van het gebruik van Positieve Gezondheid duidelijk dat het de reden voor de depressieve klachten ligt in problematische schulden, dan is niet de behandeling in de GGZ de beste remedie, maar het gebruik van schuldhulpverlening.

“Ervaringsdeskundigheid is het vermogen om op grond van eigen herstelervaring voor anderen ruimte te maken voor herstel. De kennis die door reflectie op de eigen ervaringen en ervaringen van deelgenoten is vergaard, aangevuld met kennis uit andere bronnen, wordt op een professionele manier ingezet ten behoeve van anderen (bron www.deervaringsdeskundige.nl¹⁶).” Deze vorm van kennis vormde zowel bij de Blauwe GGZ als DNG een elementair onderdeel: het betrekken van mensen die uit eigen ervaring weten wat het betekent om herstel te bereiken en die kennis in te kunnen zetten ten behoeve van het herstel van anderen, zou kunnen bijdragen aan het reduceren van de instroom in de GGZ zodat alleen die mensen die werkelijk psychologische behandeling nodig hebben ook bij een behandelaar terecht komen.

Persoonsgerichte Diagnostiek kreeg een belangrijke plek omdat de vier vragen zoals Jim van Os die had geformuleerd (wat is er met je gebeurd, wat is je kwetsbaarheid en je weerbaarheid, waar wil je naartoe en wat heb je nodig) ertoe bijdragen dat de cliënt niet wordt gezien als een weerloos slachtoffer, maar tegelijkertijd gehoord/gezien kan worden en een centrale plek kan krijgen in zijn

¹⁶ <https://www.deervaringsdeskundige.nl/visie-definities/wat-is-ervaringsdeskundigheid.aspx>

proces tot verbetering van zijn eigen situatie. Net als bij Positieve Gezondheid ligt bij persoonsgerichte diagnostiek de focus op de mens in zijn situatie en de ideeën die hij/zij heeft om zijn eigen situatie te verbeteren.

Een blijvend knelpunt in de GGZ is dat mensen naar het verkeerde echelon in zorg worden verwezen. Nu (Rekenkamer, 2020) en in het verleden (2015) was al het inzicht dat een aanzienlijke populatie een te zware vorm van hulpverlening krijgt geïndiceerd met als resultaat dat mensen die echt deze vorm van zorg nodig hebben, geen toegang meer kunnen krijgen. Vanuit Fasegerichte Behandeling wordt er gestreefd mensen nadrukkelijker die zorg te bieden die ze op een bepaald moment nodig hebben. Dat betekent dat iemand in de Generalistische Basis GGZ kan worden behandeld en dat er toch een meer specialistische module geïndiceerd is. Concreet: iemand met een depressie kan prima in de GBGGZ behandeld worden tot duidelijk wordt dat er sprake is van complex trauma waarvoor specialistisch een module voor complex trauma (EMDR) ingezet wordt.

Tot slot was er vanaf het begin aandacht voor de kwaliteit van de geleverde zorg. De centrale vraag die daarbij gesteld werd is: hoe borg je kwaliteit van een andere manier van werken en welke instrumenten heb je daarvoor nodig? Daarbij speelt een belangrijke rol dat kwaliteit van zorg niet alleen aan het eind van een traject gemeten zou moeten worden, maar een meer longitudinale vorm van meting vergt, onderwijl ook faciliterend dat tussen behandelaar en cliënt een voortdurende leermogelijkheid wordt geschapen waarin beiden kunnen toetsen of er nog wordt gewerkt aan de gestelde doelen.

De Nieuwe GGZ

Eind 2015 verscheen van de hand van Philippe Delespaul, Jim van Os, Wilma Boevink, Michael Milo en Frank Schalken een pamflet onder de naam 'De Nieuwe GGZ', kortweg DNG. Dit pamflet werd begin 2016 opgevolgd door de publicatie van het boek 'De Goede GGZ' (2016) geschreven door genoemde auteurs van het pamflet. In boek en pamflet werd een visie op de GGZ gepubliceerd waarin zorg wijkgericht, mensgericht, met inzet van ervaringsdeskundigen en ondersteund met digitale tools werd neergezet.

Publicatie van pamflet en boek leidde in het hele land tot een debat over de inrichting van de GGZ. Veel professionals voelden de publicatie van het pamflet als een welkome herkenning van knelpunten waar zij elke dag tegenaan liepen. Tegelijkertijd ontstond ook het debat over het 'nieuwe' aan DNG. Was het niet vooral oude wijn in nieuwe zakken?

Het weerhield diverse organisaties in het hele land er niet van om het initiatief te omarmen en aan de slag te gaan met het gedachtengoed. In Zuid-Limburg ging een consortium onder aanvoering van Virenze (failliet in 2017) aan de gang met het organiseren van DNG. Dit consortium bestond naast Virenze uit LevantoGROEP, Mondriaan, MUMC+ en Zuyderland.

Ook vanuit dit samenwerkingsverband werd er nagedacht over een concrete invulling van de ideeën van Delespaul, Van Os, Boevink, Milo en Schalken.

Fusering Blauwe GGZ en DNG

Doordat de geestelijk vaders van Blauwe GGZ en DNG dezelfde waren, was er sprake van een grote overlap tussen beide stromingen ten aanzien van de GGZ. In het tweede kwartaal van 2016 werd daarom besloten beide bewegingen te laten fuseren. Vanaf dat moment is er sprake van een nauwe samenwerking tussen de Blauwe en De Nieuwe GGZ.

De werkgroepen zoals georganiseerd door ZIO werden samengevoegd/uitgebreid met professionals van de bij DNG in Zuid-Limburg betrokken organisaties. Er ontstond daardoor een wederzijdse verbreding van de blik op de behandeling en begeleiding van psychische problematiek: alleen door nauwe en intensieve samenwerking tussen het Zorgverzekeringsdomein en het Sociaal Domein was het mogelijk tot een integrale behandeling te komen van de problematiek zoals die er is (zie bijvoorbeeld het eerder genoemde voorbeeld van depressie en schuldenproblematiek).

2016 /2017

Eerste plannen

Na de samensmelting van beide stromingen ten aanzien van het inrichten van een pilot in de GGZ, werd een aanpassing van de onderwerpen doorgevoerd. De eerste vier oorspronkelijke groepen hadden input gegeven voor een aantal aspecten waarop acties zouden moeten worden uitgezet:

1. Het gebruik van de consultatiemogelijkheden voor huisartsen; het gebruik van de mogelijkheden tot consultatie bleek zeer beperkt te zijn, waarbij de inschatting was dat hierdoor onjuiste/onvolledige inschattingen leidden tot onnauwkeurige verwijzingen.
2. De samenwerking tussen FACT (Functie Assertive Community Treatment – een ambulante behandeling die gericht is op herstel van functioneren in maatschappelijke context) en Sociaal Domein; beide in de wijk opererende groepen professionals gaven aan dat ze wederzijds onbereikbaar voor elkaar waren, terwijl ze vaak dezelfde populatie als cliënt hebben. Nauwere samenwerking zou tot ontlasting van allebei de echelons van zorg kunnen leiden, maar belangrijker was dat cliënten niet in een situatie van gespleten zorg zouden komen en dus beter integraal behandeld en begeleid worden. Om dit goed te doen werden twee Interventies nader uitgewerkt:
 - a. Casemanager: een professional die het overzicht op het gehele proces van de cliënt zou hebben. Die met de cliënt er zorg voor zou dragen dat alles dat hij/zij nodig had om te kunnen herstellen ook geregeld zou worden. Iemand die als een verbindingsofficier tussen de verschillende domeinen, echelons en daarin opererende aanbieders zou schakelen.
 - b. Ervaringsdeskundigen: met de inzet van professionals die vanuit een eigen herstellervaring in staat zijn ook anderen bij hun herstel te helpen, is het mogelijk om de focus te verleggen naar de capaciteiten die de meeste mensen zelf hebben en onderwijl ook verbindingen met niet-zorg faciliteiten te organiseren.
3. Bij alle overleggen werd duidelijk dat er een gebrek aan onderlinge bekendheid was. De noodzaak om elkaar te kennen ten behoeve van optimale samenwerking was groot. Dit leidde onder andere tot de beslissing om te werken aan een gezamenlijke taal, waarbij Positieve Gezondheid een belangrijk instrument zou kunnen zijn. Verder werd er aanvankelijk gedacht aan twee andere oplossingen:
 - a. Het organiseren van netwerkbijeenkomst: door met regelmaat bij elkaar te komen, zou het mogelijk zijn om samenwerking in de wijk, bij specifieke casuïstiek beter vorm te geven.
 - b. Het bouwen van een wijk-wiki: in analogie aan Wikipedia® werd gedacht dat het organiseren van een platform waar je andere hulpverleners in jouw buurt kunt zoeken een oplossing was voor onderlinge verbindingen en bekendheid.

Een toets in de praktijk

Alvorens deze denkrichtingen ook in de praktijk te brengen, is in 2017 een ronde gemaakt langs instellingen en professionals om ze te toetsen. Tijdens deze ronde bleek een aantal ideeën aan te slaan, maar een aantal ideeën ook niet realiseerbaar of succesvol te kunnen zijn. Bijvoorbeeld het bouwen van een wijk-wiki: in de afgelopen jaren is er op verschillende manieren in Maastricht geprobeerd om een dergelijk platform (op papier of digitaal) te organiseren en alle pogingen zijn mislukt. De reden voor deze mislukkingen is gelegen in het feit dat het zeer arbeidsintensief is om een dergelijk platform te onderhouden. Dat betekende dat het organiseren van een wijk-wiki medio 2017 als realistische oplossing voor onderlinge onbekendheid werd verworpen.

Ook het organiseren van netwerkbijeenkomsten kon in eerste instantie op groot enthousiasme rekenen, maar stootte op de belemmering dat er veel bijeenkomsten worden georganiseerd en dit ten koste gaat van de tijd die professionals in cliëntenzorg konden steken.



Wel succesvol was het idee van de ervaringsdeskundigen. In de zomer van 2017 werd het plan om ervaringsdeskundigen in de wijk te laten werken met enthousiasme opgepakt door een aantal bestuurders. Dit leidde tot de afspraak dat vier organisaties een ervaringsdeskundige aan de wijk zou gaan leveren in de rol van kwartiermaker. Het najaar van 2017 en de winter van 2018 werden gebruikt om profielen op te stellen en alle randvoorwaardelijke stappen te nemen waardoor het mogelijk was vanaf mei 2018 ervaringsdeskundigen in de pilot actief te hebben (zie...).

Plan 1 en 2 zoals hierboven beschreven hebben betrekking op het organiseren van de zorg. In de gesprekken ten aanzien van de inrichting van een betere consultatie en casemanagement bleek dat de behoefte bestond aan een meer geïntegreerd en simpeler aanbod. Zowel vanuit de aanbieders als vanuit de huisartsen was behoefte om nader samen te werken. Op basis daarvan werden de uitwerking van consultatie en casemanagement samen gebracht en geherformuleerd tot de ambitie een GGZ-team in de wijk rond de huisartsenpraktijk te organiseren. Dit werd ondersteund door een artikel van Delespaul, Bak, Rasenberg en Wijnands in Medisch Contact (REFERENTIE).

Als gevolg van deze wijziging in koers, werd ook de te includeren populatie gewijzigd. Niet langer postcode, maar inschrijving bij een participerende huisartsenpraktijk, was het belangrijkste criterium. Tot slot werd er gewerkt aan een uniform intake-format waarmee alle cliënten die bij de huisarts komen met psychische klachten kunnen worden opgenomen in zorg, of het nu zorg in het Sociaal Domein betreft of zorg in de GGZ. Doel van dit format was verbinding te organiseren en, in lijn met de ambitie van het gebruik van positieve gezondheid, ervoor te zorgen dat alle levensdomeinen tijdens een intakegesprek worden aangesproken. Het leidde, onder voorzitterschap van Monique Willemsen, tot een format dat MIJN PLAN werd gedoopt. Bij de implementatie van dit plan, werd duidelijk dat er een noodzaak was voor een gezamenlijk epd waarin de informatie zou kunnen worden bewaard. Echter, een gezamenlijk epd was in 2017 nog niet realiseerbaar ondanks verschillende initiatieven zoals geleid door Wim Gelders en Maria van Laake.

2018

Vanaf 2018 komt de ontwikkeling van de interventies (en de praktische uitvoer daarvan) in een stroomversnelling. In dat jaar wordt de eerste stap naar een GGZ-team gezet door middel van een MDO, wordt er gekeken naar ICT-oplossingen en starten vanaf mei de eerste ervaringsdeskundigen. In 2018 worden daardoor de eerste twee interventies uitgewerkt en geïmplementeerd: het MDO en de inzet van de ervaringsdeskundigen

Interventie 1: MDO

Met het starten van het MDO is er een beweging van verwijzingen naar professionals die in het MDO aanwezig zijn en ontstaat er een noodzaak dat deze professionals met elkaar kunnen samenwerken om in gezamenlijkheid zorg te leveren aan de verwezen cliënten. Er ontstond een informeel team van professionals dat zorg leverde aan de cliënten die verwezen werden uit de twee huisartsenpraktijken.

De informele vorm van samenwerking werkte goed, maar vroeg ook om nadere formalisering van samenwerking.

Interventie 2: Ervaringsdeskundigen

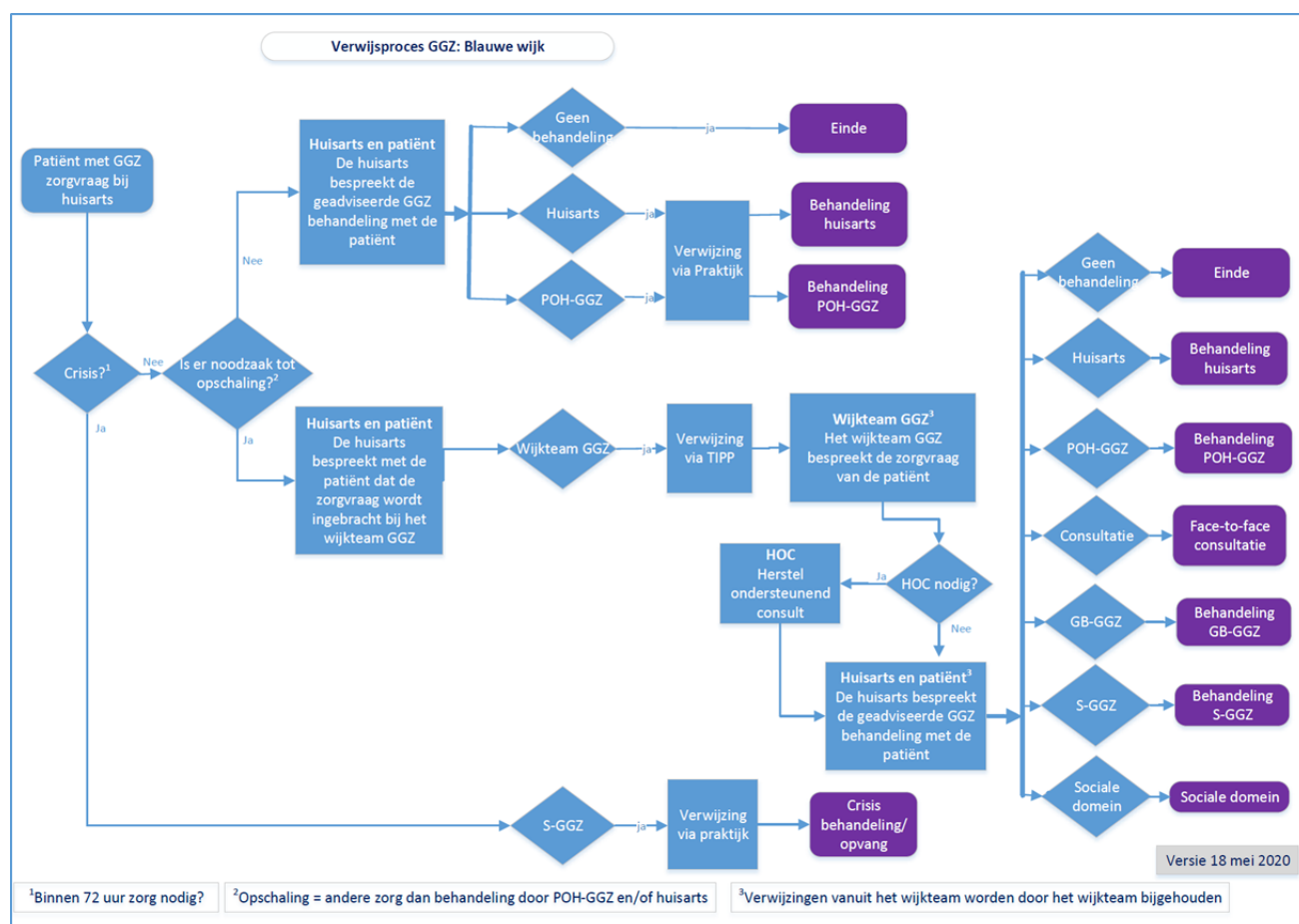
Op 1 mei 2018 startten drie ervaringsdeskundigen in de rol van kwartiermaker in de twee wijken verbonden aan de huisartsenpraktijken. Zij hebben de taak om op onderzoek te gaan in de wijk naar wat er reeds is wat betreft alle vormen van aanbod en vervolgens te kijken hoe ze kunnen invoegen vanuit ervaringsdeskundigheid. Al in het eerste jaar waren de ervaringsdeskundigen zichtbaar op het Manus van Alles Festival in de wijk Wittevrouwenveld. Ze hebben workshops verzorgd. Sinds 2020 zijn ze ook vindbaar via de gemeente als Onafhankelijk Cliëntondersteuner. En vanaf het najaar van 2018 zijn ze vast onderdeel van het MDO in de huisartsenpraktijk.

2019/2020

Sinds 2019 staat de basisinfrastructuur voor de wijk en is er inhoudelijk een aantal stappen gemaakt dat leidde tot de uitwerking en implementatie van interventies 3 en 4. Tevens is, vooral als gevolg van de ontwikkelingen in Maastricht, in 2019 de coöperatie DNG opgericht.

Interventie 3: GGZ-team in de wijk

Het GGZ-team is een domeinoverstijgende, integrale groep professionals die White Label zorg levert in de wijken. Onder zorg wordt verstaan alle zorghandelingen van consultatie tot behandeling/begeleiding bij crisogene situaties. Dit betekent dat vrijwel alle zorgvragen die te maken hebben met psychisch lijden naar het team in de wijk kunnen worden verwezen. Het verwijzingsproces vanuit de 2 pilot praktijken naar GGZ is weergegeven in figuur 7.



Figuur 7. Verwijsproces GGZ vanuit de huisartsenpraktijken uit de blauwe wijk pilot

Om het proces van hulpverlening zo goed mogelijk te stroomlijnen is overleg noodzakelijk. Het team komt wekelijks bij elkaar in twee overleggen:

1. Instream-overleg: tijdens dit overleg worden alle nieuwe aanmeldingen vanuit de huisartsenpraktijk besproken. Er wordt onderling overlegd over wat de inhoud van de verwijzingen is en wat de best passende vervolgstap is. Daarbij gelden vragen als: gaat het om GGZ-problematiek, gaat het om problematiek die hoort bij het Sociaal Domein of gaat het om heel andere problematiek die eigenlijk niet in professionele zorg thuis hoort.



Dit overleg wordt voorgezeten door een professional uit het Sociaal Domein en een professional uit de GGZ. Gezamenlijk kijken zij wekelijks wat de nieuwe instroom is en kunnen een deel van de presentatie van de problematiek daarin al gezamenlijk doen.

2. Voortgangsoverleg: wekelijks wordt er per huisartsenpraktijk besproken hoe de voortgang is in de behandeling en/of begeleiding. Eerdere instroom komt hier terug en wordt besproken.

Deze twee overleggen vinden plaats naast het maandelijks overleg bij de huisarts. Verder is er ongeveer één keer per kwartaal een teamoverleg waarin uitgebreid stil wordt gestaan bij inhoudelijke processen en teamprocessen. In dit laatste overleg ligt de focus op voortdurend leren en doorontwikkeling van de processen in de wijk.

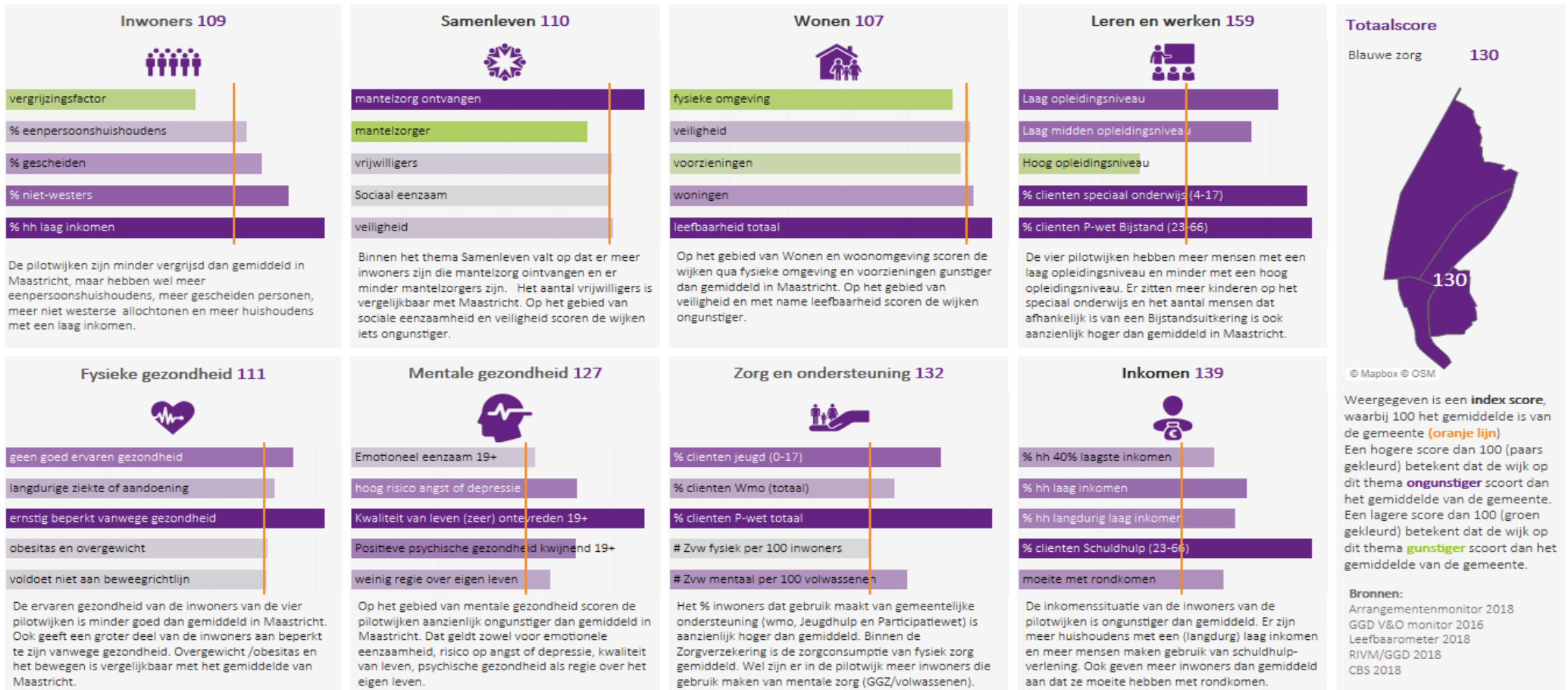
In lijn met de werkwijze zoals gehanteerd binnen Blauwe Zorg in de Wijk, is het streven het mandaat bij professionals te leggen. Dit betekent dat zij actief betrokken worden bij koersbepaling en besluitvorming. Daarmee wordt nagestreefd een bottom-up proces te organiseren en niet top-down professionals in een vooraf bepaald kader te dwingen. Dit stimuleert eigenaarschap, creativiteit en onderlinge verbondenheid. Het maakt ook duidelijk dat er zicht is op noodzakelijke stappen, progressie en knelpunten. Dit is voor de professionals niet altijd eenvoudig, maar veel professionals ervaren een vrijheid en toename van kwaliteit in hun werk die ze eerder niet ervoeren. Tevens maakt deze manier van werken duidelijk dat er een dwingende behoefte is aan facilitering in uren, systemen en mandaten. Een tekort op één van deze punten leidt tot problematische situaties voor professionals individueel en het team als geheel.

Bijlage 2: Wijkprofiel



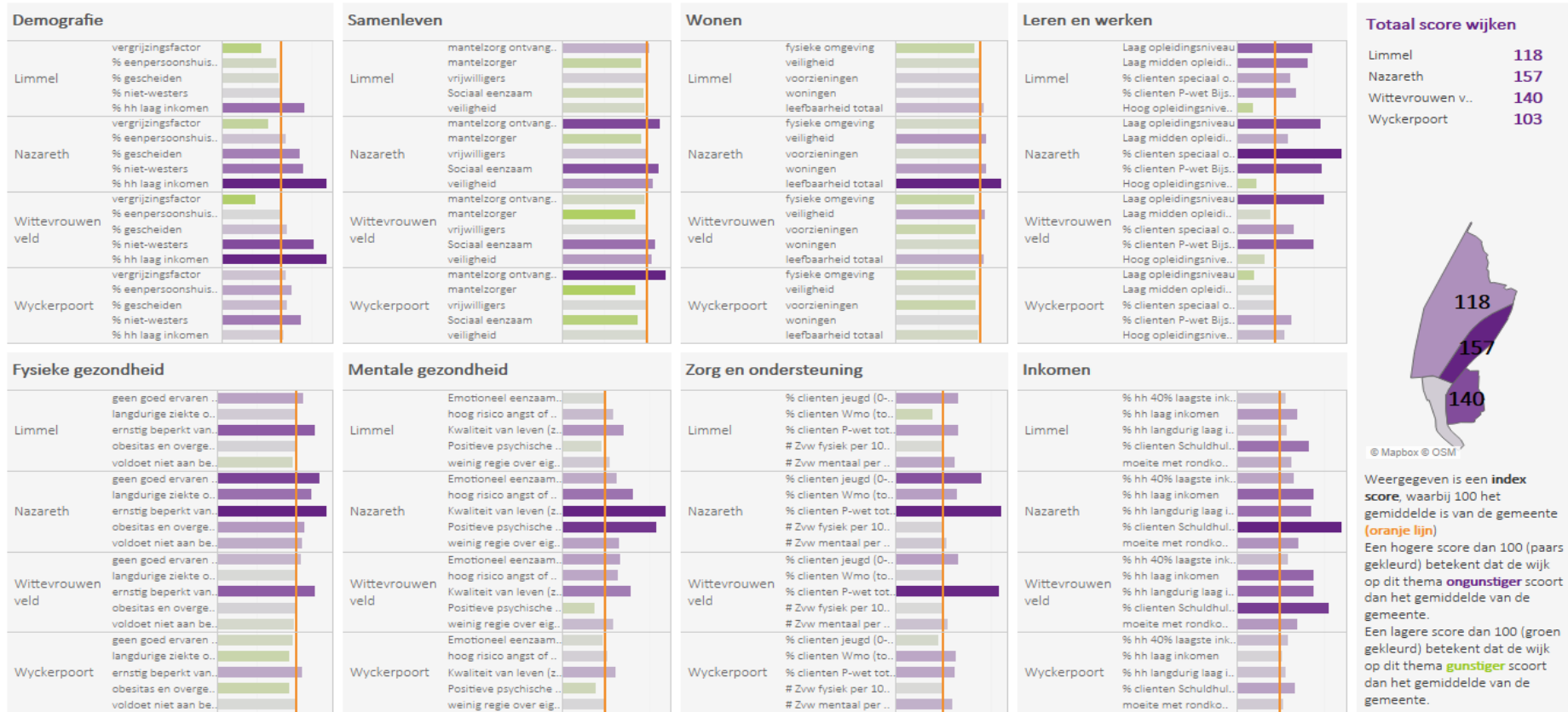
Wijkprofiel per thema

Vergelijking Blauwe zorg wijken totaal met Maastricht



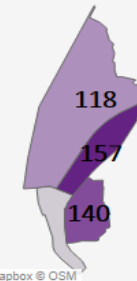
Wijkprofiel per thema

Vergelijking vier pilotwijken met Maastricht



Totaal score wijken

Limmel **118**
 Nazareth **157**
 Wittevrouwen v.. **140**
 Wyckerpoort **103**



© Mapbox © OSM

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