

TRANSFORMATIEPLAN PLUSWIJKEN

Samen voor een gezond en goed leven in Zuid-Limburg

BETER IN

DE BUURT



INHOUD

1. Samenvatting	3
2. Introductie	4
3. Transformatie	6
a. Algemene beschrijving en aansluiting op het Regioplan Zuid-Limburg	6
b. Beschrijving transformatie	7
c. Transformatie vraagt om inwonerparticipatie	10
4. Impactanalyse	12
a. Impact Programmalijn 1	12
b. Impact kernaanpakken	13
5. Governance, executiekracht en kennisbehoud	25
a. Organisatie	25
b. Communicatieplan	26
6. Scope en fasering (mijlpalenplanning)	27
a. Scope	27
b. Mijlpalenplanning	27
7. Monitoring	28
a. Achtergrond	28
b. Ambities	29
c. Governance	31
d. Spelregels	31
8. Begroting	33
9. Maatschappelijke Business Case	33

Bijlagen

1. Maatschappelijke business case
2. Begroting
3. Mijlpalenplanning



1. SAMENVATTING

In het Regioplan Zuid-Limburg worden vijf deelopgaven geschetst met enkele randvoorwaarden. Een van die randvoorwaarden voor de gehele transformatie is het ontwikkelen van een integrale aanpak en infrastructuur. Met PlusWIJken pakken we deze opdracht op micro- en macroniveau op: vanuit de wijk en vanuit de regio. Dit is geformuleerd in twee programmalijnen die deze transformatie behelst.

Bij Programmalijn 1 gaan we PlusWIJken maximaal implementeren in zes pilotwijken zodat er een toolbox kan worden ontwikkeld voor andere wijken om PlusWIJken te implementeren. Het programma PlusWIJken houdt het creëren van samenhang en verbinding tussen bestaande en nieuwe initiatieven in de wijk in, aansluitend bij wat inwoners nodig achten in hun wijk, met de focus op domeinoverstijgende samenwerking tussen zorg en het sociaal domein. Dit realiseren we door een PlusWIJkteam in de wijk in te zetten en in deze wijken de vier kernaanpakken maximaal te implementeren.

Bij Programmalijn 2 wordt een regionale infrastructuur opgezet zodat de werkzame bestanddelen ook daadwerkelijk breed kunnen worden geadopteerd. Binnen de lijn zetten we in ieder geval in op de regiobrede adoptie van de vier kernaanpakken, namelijk de Doorbraakmethode (voorheen Sociaal Hospitaal), Kernteam ouderen, PlusPraktijken en Welzijn op Recept. Deze kernaanpakken worden in deze lijn ook al breder geïmplementeerd, dus naast de implementatie in de pilotwijken.

2. INTRODUCTIE

Het Regiobeeld Zuid-Limburg¹ schetst op overzichtelijke wijze wat de regio Zuid-Limburg kenmerkt en wat de belangrijkste uitdagingen in de regio zijn.

Samengevat is kenmerkend voor de regio, ten opzichte van elders of gemiddeld in Nederland:

- Een afname en tegelijkertijd sterkere vergrijzing van de bevolking;
- Een lage sociaaleconomische status, gekenmerkt door grote gezondheidsachterstanden en grote verschillen tussen gemeenten en wijken. Ook is er sprake van relatief minder goede gezondheid en veel inwoners met chronische aandoeningen, met een minder goede mentale gezondheid. Dit is zichtbaar in hogere zorgkosten voor de meeste zorgsoorten;
- Een lagere levensverwachting en een lagere levensverwachting in goede gezondheid.

Door deze ontwikkelingen worden de volgende uitdagingen voor Zuid-Limburg geschetst:

1. Groter wordende kloof tussen zorgvraag en zorgaanbod;
2. Flinke gezondheidsachterstanden ten opzichte van Nederland;
3. Door laag opleidingsniveau, armoede, eenzaamheid en verminderde zelfregie grote verschillen tussen wijken, gemeenten;
4. Hoog zorggebruik in vergelijking met Nederland;
5. Een (regionale) integrale domeinoverstijgende aanpak is noodzaak.

Het ambitieuze Regioplan Zuid-Limburg² geeft weer hoe Zuid-Limburgse organisaties met een programmatische aanpak de uitdagingen te lijf willen gaan: met vijf inhoudelijke verbeterthema's en drie randvoorwaardelijke thema's (de blauwe balken in onderstaand figuur) effectief impact maken.



¹ Regiobeeld Zuid-Limburg, 1 juli 2023

<https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/programmas/integraal-zorgakkoord/regionale-samenwerking/regiobeelden-en-plannen>

² Regioplan Zuid-Limburg, 11 december 2023.

Een integrale aanpak en infrastructuur is essentieel voor transformatie

Het randvoorwaardelijke thema 'Integrale aanpak en infrastructuur' wordt door organisaties breed gezien als essentiële voorwaarde om de Zuid-Limburgse transformatie vorm te geven. Hiervoor zijn diverse redenen:

1. Zonder integraliteit komen we er niet

Zuid-Limburg kampt met flinke gezondheidsachterstanden. Wat betreft fysieke gezondheid hebben veel inwoners chronische aandoeningen en een minder gezonde leefstijl. Wat betreft mentale gezondheid ervaren relatief veel inwoners stress. Ze hebben risico op een angststoornis of depressie, hebben weinig regie over het eigen leven, zijn vaker eenzaam, hebben minder veerkracht, zijn beperkt zelfredzaam en beschikken over relatief lage gezondheidsvaardigheden. Het hogere zorggebruik in de regio valt te verklaren door de (zelfervaren) gezondheidsstatus, sociaaleconomische situatie, leefstijl en de mate van eenzaamheid en zelfregie. Leefstijlgewoonten, eenzaamheid en zelfregie ontstaan in de brede context van de leefomgeving. Het is daarom van belang om naar de brede determinanten van gezondheid te kijken.

Hiervoor is een verbreding nodig van gezondheidszorg naar andere domeinen zoals arbeid, huisvesting, onderwijs en leefomgeving. Eenzaamheid, moeite met rondkomen en regie over het eigen leven zijn aanvullende determinanten van gezondheid³. Deze determinanten worden geassocieerd met verschillende gezondheidsuitkomsten, onafhankelijk van welbekende gezondheidsdeterminanten zoals demografische, sociaaleconomische en leefstijlfactoren. Door deze determinanten mee te nemen, is het mogelijk om regionale verschillen in mentale gezondheid en zorgkosten te verklaren. De resultaten van studies tonen aan dat het volksgezondheidsbeleid en de uitvoeringspraktijk moeten werken en factoren zowel stroomopwaarts bij de bron als stroomafwaarts moeten combineren om gezondheidsongelijkheden aan te kunnen pakken.

Een samenwerkingsinfrastructuur op wijkniveau is cruciaal!

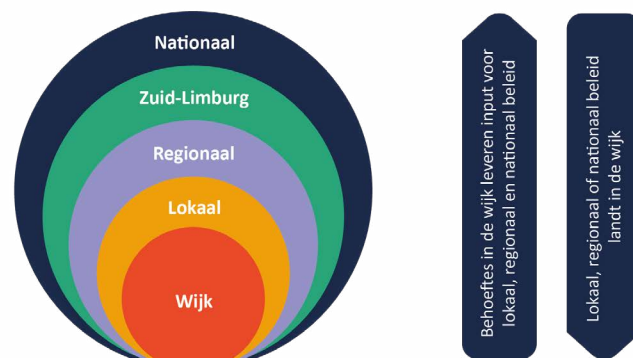
Zoals in bovenstaande figuur gevisualiseerd, is het van belang om een goede samenwerkingsinfrastructuur te organiseren op alle niveaus: van micro- tot macroniveau. Een gedegen samenwerkingsinfrastructuur op wijk- én regioniveau is hierbij cruciaal, omdat:

- De wijk de plek is waar het gebeurt: inwoners, professionals en organisaties kennen elkaar op wijkniveau. Zij voelen zich verbonden met hun wijk, werken samen in de wijk en sturen door naar partners in de wijk. De wijk is de plek waar ondersteuning en zorg letterlijk dichtbij zijn en waar de meeste afstemming plaatsvindt.
- Een goede samenwerkingsinfrastructuur in sommige wijken al grotendeels aanwezig is, maar in andere wijken nog afwezig. Grote verschillen tussen wijken zijn onwenselijk. We zijn het aan Zuid-Limburgse inwoners verplicht om succesvolle elementen van wijk Samenwerking te implementeren in alle wijken. Dit gaat niet vanzelf; dit moeten we organiseren.

2. Zonder gedegen infrastructuur komen we er niet

Hoewel er in Zuid-Limburg al veel wordt samengewerkt, is dat veelal thema- of (zorg)domein gebonden, of op lokaal subregionaal niveau georganiseerd. In de regio is samenwerking nog te gefragmenteerd. En wat ontwikkeld is, blijft vooralsnog achter qua implementatie en opschaling. Daarnaast is de samenwerking niet gericht op de eigen kracht van inwoners en mogelijkheden van de gemeenschap. De huidige complexe vraagstukken noodzaken tot optimaal effectieve samenwerking over de domeinen heen. Hiermee willen we innovatie en samenwerking niet van toeval of lokale initiatieven laten afhangen, maar echt organiseren.

Hiervoor is een gedegen infrastructuur op diverse samenwerkingsniveaus absoluut noodzakelijk. We zien hierbij de volgende benodigde infrastructurele niveaus:



³ Proefschrift R. Meisters, 2023

3. TRANSFORMATIE

a. Algemene beschrijving en aansluiting op het Regioplan Zuid-Limburg

Samen voor een gezond en goed leven in Zuid-Limburg

De ambitie van Regioplan Zuid-Limburg is om samen verantwoordelijkheid te dragen en te nemen voor een gezond en goed leven in Zuid-Limburg. Het is aan ons als maatschappelijke organisaties, medisch domein en gemeenten om de uitdagingen in de regio te omarmen en één front te vormen. Het is onze taak om de zorg toekomstbestendig te maken en toegankelijk te houden voor jong en oud, voor rijk en arm. Het is onze plicht ervoor te zorgen dat onze kinderen in goede gezondheid opgroeien. Dat onze familie en burens een gezond, vitaal en goed leven kunnen leiden en hun dromen kunnen waarmaken. Het is onze opdracht om te zorgen voor een goed samenspel tussen onze organisaties en optimaal gebruik te maken van de mogelijkheden die we samen hebben. Onze maatschappelijke opdracht bindt ons en prevaleert boven de continuïteit van de eigen organisatie.

PlusWIJken sluit naadloos aan op de Zuid-Limburgse ambities

Met PlusWIJken vullen we het randvoorwaardelijk thema 'Integrale aanpak en infrastructuur' in. Dit is, zoals eerder vermeld, essentieel om de ambities op Zuid-Limburgs niveau – over domeinen en regio's heen – te realiseren. Daarom is de ambitie van PlusWIJken hetzelfde als die in het Regioplan Zuid-Limburg: **Samen voor een gezond en goed leven in Zuid-Limburg**.

Speerpunten PlusWIJken

Met PlusWIJken focussen we ons specifiek op het creëren van een wijkinfrastructuur tussen professionals in het zorg- en sociaal domein én inwoners in de wijk. Samen werken zij aan de beste invulling om transformatie in de wijk te realiseren. Zij werken samen aan de volgende drie ambities:

1. Het verbeteren van gezondheid, eigen regie en samenredzaamheid van inwoners in de wijken

Met gezondheid doelen we op Positieve Gezondheid. We beschouwen gezondheid als een breed construct en erkennen dat het wordt beïnvloed door veel meer factoren dan alleen zorg⁴. PlusWIJken focust zich primair op de zorg en het sociaal domein, maar zoekt waar nodig – afhankelijk van de opgaven in de wijk – ook samenwerking met organisaties buiten het zorg- en sociaal domein.

2. Het slimmer organiseren van ondersteuning en zorg

Ondersteuning en zorg op wijkniveau kunnen en moeten we, net als ondersteuning en zorg op andere niveaus, veel slimmer gaan organiseren. We willen uitgaan van de kracht van de wijk zelf, en veel beter verbindingen leggen tussen alle inwoners en professionals die in de wijk leven, aanwezig zijn en werken. Niet langs elkaar heen werken maar wel ondersteuning en zorg zo dicht mogelijk bij de burger, en het hele netwerk van ondersteuning en zorg niet vanuit ziekte en beperkingen laten kijken maar vanuit mogelijkheden en eigen regie.

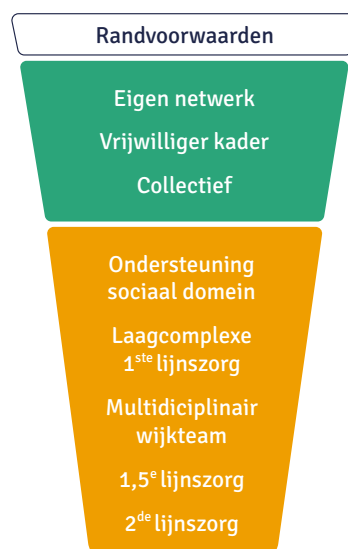
3. Leren transformeren van zorg naar gezondheid

Dit speerpunt loopt als een rode draad door de andere ambities heen. De beoogde transformatie op Zuid-Limburgs niveau vergt ook een transformatie van alle betrokken organisaties. Dit gaat niet vanzelf: we willen samen leren hoe we de shift van zorg naar gezondheid kunnen gaan maken.

Het systeem voorkomt zoveel mogelijk hulpvragen

Er is een hulpvraag > oplossing ligt bij de vrager zelf, of in de wijk of buurt

Er is een zorgvraag die niet zelf of in het eigen netwerk kan worden beantwoord > vrager krijgt ondersteuning uit formeel domein, zo laagdrempelig mogelijk en waar nodig op wijkniveau georganiseerd.



De afbeelding laat zien op welke manier in PlusWIJken wordt gewerkt:

- Een hulpvrager komt via een partij in de groene trechter; dit mag iedere partij in het netwerk zijn.
- Zorgvragen worden zo hoog mogelijk in de trechter opgelost; een hulpvraag wordt geen zorgvraag als dat niet nodig is.
- Er worden drempels opgeworpen om naar beneden in de trechter te gaan.
- De partijen in het wijknetwerk vormen samen een multidisciplinair wijkteam dat werkt vanuit een gedeelde visie op basis van deze trechter.

⁴ Pharos, 2022

Methodiek ZorgZame Buurten

De systematische implementatie van PlusWijken is en wordt gebaseerd op de methodiek ZorgZame Buurten uit Vlaanderen⁵. Deze methodiek is wetenschappelijk uitgebreid onderzocht en omvat de nodige praktische materialen voor partners in wijken om systematisch mee aan de slag te gaan, zoals bijvoorbeeld een ondersteuningspakket.

ZorgZame Buurten zet in op drie luiken, die overeenkomen met onze pijlers, namelijk:

1. **Participatie en inclusie** (luik 1) houdt in dat een zorgzame buurt focust op de opbouw van sociaal weefsel, solidariteit en zorgzaam samenleven. Dit luik gaat over het 'kleine helpen', naast het bestaande aanbod van professionele hulp en dienstverlening.
2. Het **verbinden van informele en formele zorg** (luik 2) is de link tussen zelfzorg, mantelzorg, burenhulp, enzovoort aan de ene kant met welzijnscoaches, huisartsen en dergelijke aan de andere kant. Hiermee worden kwetsbare mensen in een vroeg stadium gedetecteerd, kan er preventie op gezondheidsongelijkheid plaatsvinden en ondersteuning van informele zorgverleners.
3. **Intersectorale samenwerking** (luik 3) wil zeggen dat welzijns- en zorgpartners samenwerken met partners uit andere sectoren, zodat er een lokaal netwerk ontstaat gericht op preventie, gezondheidsbevordering en integrale zorgverlening. Per wijk zal dit een net andere samenstelling zijn, de 'couleur locale', omdat het per wijk verschilt waar de prioriteiten liggen⁶. De kernaanpakken zullen dan met name ingrijpen op de intersectorale samenwerking en het verbinden van informele en formele zorg.

De principes van Integrated Care

Een proces van verandering en domeinoverstijgende samenwerking gaat met vallen en opstaan. We gaan daarom een proces in van continu leren en verbeteren. Hierbij werken we zo veel mogelijk volgens de principes van Integrated Care, die CZ ook heeft beschreven in een zesknoppenmodel⁷. Dit model geeft duidelijk weer waaraan een integrale aanpak moet voldoen (Gedeelde basis, Coördinatie, Mensgericht teamwork, Routine, Faciliteren en Systeem).

b. Beschrijving transformatie

Met PlusWijken werken we via twee programmalijnen die op elkaar aansluiten én elkaar versterken:



Programmalijn 2 richt zich op het inrichten van de regionale infrastructuur waar opgedane ervaringen uit Programmalijn 1 en andere verzamelde en beschikbare kennis uit theorie en praktijk kan worden gedeeld. Ook worden via deze infrastructuur de vier kernaanpakken geïmplementeerd. De inzet van de vier kernaanpakken in elke PlusWIJK zorgt al voor een (betere) samenwerking, dat de implementatie van het concept PlusWijken dan weer kan versnellen in een andere wijk.

Het transformatieplan PlusWijken loopt vanaf 1 januari 2025 tot en met 31 december 2027. Om 1 januari 2025 daadwerkelijk te kunnen starten, zijn vanaf oktober 2024 de voorbereidingen voor de twee programmalijnen in gang gezet. Er zijn bijvoorbeeld projectleiders aangesteld die zorgen dat alles klaarstaat voor de start in 2025. Zoals het vast opzoeken van de verbinding tussen de partijen en zorgen dat alle partijen precies weten wat er van ze wordt verwacht.

⁵ <https://www.zorgenvoormorgen.be/zorgzamebuurten/wat>

⁶ Donder, L. de, Steen, H., & Hoens, S. (2024) Caring neighbourhoods in Belgium: lessons learned on the development, implementation and evaluation of 35 caring neighbourhood projects. Palliative Care & Social Practice, 18: 1-14. Doi: 10.1177/26323524241246533.

⁷ <https://regio-regie.nl/wp-content/uploads/2022/04/zesknoppenmodel-Alleen-lezen.pdf>

Programmalijn 1. Maximale implementatie van de aanpak in zes pilotwijken

In zes pilotwijken verdeeld over de drie Zuid-Limburgse subregio's gaat een PlusWIJkteam (pro)actief aan de slag om samen met inwoners en vertegenwoordigers van het zorg- en sociaal domein een sterke basisinfrastructuur voor de PlusWIJk te realiseren. Ook worden in de pilotwijken alle vier de kernaanpakken ingezet om het netwerk op deze manier te versterken. Zo wijst onderzoek naar ZorgZame Buurten uit dat het samenbrengen van groepen mensen rond een gezamenlijk doel een van de drie manieren is om een connectie te creëren. De andere twee manieren zijn plaatsen waar mensen samenkomen en mensen die connecties leggen⁸. Deze laatste hebben we geborgd in het PlusWIJkteam.

Cohesie en samenhang in de wijk

De gezamenlijke opgave van partijen uit het zorg- en sociaal domein én inwoners in de wijk is het creëren van cohesie en samenhang in de wijk, zowel tussen partijen als tussen initiatieven, programma's en interventies. De basis voor de uitvoering is een PlusWIJkteam met alle belangrijke kernspelers uit de wijk (waaronder inwoners, professionals uit formele en informele zorg, en vertegenwoordigers uit het sociaal domein). Dit team voelt zich verantwoordelijk en neemt gezamenlijk verantwoordelijkheid voor de realisatie van de PlusWIJkeraanpak in de eigen wijk.

Voor de vorming van dit PlusWIJkteam wordt zoveel als mogelijk aangesloten bij bestaande partijen, structuren en samenwerkingsverbanden. Immers: partijen weten elkaar op een aantal terreinen al heel goed te vinden.

Het PlusWIJkteam moet bestaan uit zorg- en welzijnsprofessionals uit de eerste lijn binnen de wijk, zoals huisartsen, wijkverpleging, GGZ en het sociaal domein. Het doel van het PlusWIJkteam is het aansturen op de systematische aanpak om een PlusWIJk te creëren, de afstemming met het programmeerteam en de verbinding te zoeken over de regio's heen. Zo zijn er directe banden binnen de regionale infrastructuur voor de brede adoptie van werkzame bestanddelen (Programmalijn 2). Het PlusWIJkteam brengt waar nodig alle betrokken partijen en relevante initiatieven samen of sluit aan waar een netwerk al (deels) is gevormd. Hij (lees ook: zij) heeft dus een sterk verbindende rol en zorgt ervoor dat betrokkenen elkaar leren kennen én vinden, gaat samen met inwoners en professionals aan de slag, coacht en begeleidt, sluit

aan bij wensen en lopende initiatieven in de wijk, brengt bestaande initiatieven in beeld, zorgt voor afstemming en verbinding, zet de neuzen dezelfde kant op, levert een bijdrage aan een betere samenwerking, deelt kennis over bestaande transformatieplannen en bewezen aanpakken, inventariseert wat nodig is in de wijk, onderzoekt wat anders kan of moet, experimenteert met de inzet van transformatieversnellers en bouwt verder op aanvullende vragen en behoeften van inwoners en professionals. De geschetste inzet van het PlusWIJkteam creëert een optimale samenwerking tussen de partijen met een duidelijke en degelijke infrastructuur en een integrale aanpak van zorg en ondersteuning.

Het PlusWIJkteam doorloopt gezamenlijk een aantal stappen

Deze worden op maat voor een wijk vormgegeven – er is géén one size fits all. De stappen zijn:

1. Om overzicht en inzicht te krijgen in de situatie van de wijk wat betreft zorg, knelpunten, initiatieven en bestaande samenwerkingsverbanden, draagt het PlusWIJkteam zorg voor een breed gedragen **Wijkbeeld**. Voor het opmaken van dit wijkbeeld wordt uitgegaan van beelden en inventarisaties die reeds zijn gedaan. Samen wordt bepaald welke aanvullende informatie wenselijk is voor een goed wijkbeeld. Dit wijkbeeld is de basis voor het vormgeven van de PlusWIJk. Ook bij ZorgZame Buurten is dit de eerste stap: het identificeren van zorg- en supportnoden, door het beschrijven van de samenstelling van de wijk en de bestaande sociale en zorginfrastructuur in kwalitatieve en kwantitatieve data⁸.

De focus van het wijkbeeld ligt primair op (Positieve) gezondheid, zorg en ondersteuning, en waar wenselijk secundair ook op wonen en leefomgeving, werk en bestaanszekerheid, onderwijs, veiligheid en leefbaarheid. Aansluitend bij zowel luik 2 als 3 van ZorgZame Buurten. Het wijkbeeld bestaat uit zowel kwantitatieve data als kwalitatieve ervaringen van inwoners en professionals uit het zorg- en sociaal domein.

Zuyd Hogeschool en Universiteit Maastricht ondersteunen de zes pilotwijken bij het maken van dit wijkbeeld, en zullen voor toekomstige PlusWIJken handvatten definiëren om zelf een wijkbeeld te maken.

⁸ Donder, L. de, Steen, H., & Hoens, S. (2024) Caring neighbourhoods in Belgium: lessons learned on the development, implementation and evaluation of 35 caring neighbourhood projects. *Palliative Care & Social Practice*, 18: 1-14. Doi: 10.1177/26323524241246533

2. Wijkopgave & Wijkplan

Het PlusWIJkteam bepaalt op basis van het wijkbeeld wat de belangrijkste opgaven voor de wijk zijn, kent prioriteiten toe, onderzoekt welke aanpak daarbij nodig is en welke (domeinoverstijgende) samenwerkingen vereist zijn. Het PlusWIJkteam zal er dan voor zorgen dat de prioriteiten worden opgepakt en zal de samenwerkingen realiseren of verstevigen. De aanpak bestaat verder in ieder geval uit de implementatie van de vier aanpakken die in Programmalijn 2 worden benoemd (de Doorbraakmethode, Kernteam ouderen, PlusPraktijken en Welzijn op Recept).

We erkennen dat er verschillen zitten tussen wijken: de sociaaleconomische achterstanden kunnen van wijk tot wijk verschillen waardoor wijkopgave en wijkplan kunnen verschillen in mate van integraliteit en intensiteit. Afhankelijk van de geprioriteerde opgaven wordt ook samenwerking gezocht met partners buiten het zorg- en sociaal domein.

3. Vanzelfsprekend volgt na het wijkplan de **Wijkuitvoering**: de praktische uitvoering van de prioriteiten en opgaven die gesteld zijn in stap 2.

4. **Wijkevaluatie** is belangrijk, met het oog op doorontwikkeling in en verbetering van de PlusWIJk. Ook geeft dit weer input voor de steeds effectievere opschaling naar andere wijken. Dit gebeurt door:

- a. Analyse van leerpunten en successen

In de zes pilotwijken monitoren Zuyd Hogeschool en Universiteit van Maastricht de samenwerking op wijkniveau. Zij beschrijven de werkingsmechanismen voor succesvolle wijk samenwerking en geven aan wat nodig is om tot een sterke wijkinfrastructuur te komen waarop innovaties kunnen landen. Ook brengen ze in beeld wat de faalfactoren zijn, zodat onnodige herhalingen worden voorkomen in andere wijken. Hierdoor kan het concept PlusWIJken steeds effectiever en efficiënter bij andere wijken landen.

- b. Analyse van impact

Er wordt een evaluatiemethodiek ontwikkeld die het mogelijk maakt om de impact van de wijk aanpak inzichtelijk in kaart te brengen. Idealiter vindt hierbij ook een herijking van het wijkbeeld plaats en wordt waar nodig de cyclus Wijkopgave, Wijkplan, Wijkuitvoering en Wijkevaluatie opnieuw doorlopen (PDCA).

Deze stappen zullen niet letterlijk na elkaar gezet gaan worden, maar bevatten een overlap in uitvoering. Zo zal

de toolbox die ontwikkeld wordt door Zuyd Hogeschool en Universiteit van Maastricht een dynamische toolbox zijn. Het is waardevol als we werkzame bestanddelen (en faalfactoren) direct kunnen delen met andere wijken waar ze bezig zijn met het opzetten van PlusWIJken of bezig zijn met het implementeren van een of meer van de kernaanpakken.

Programmalijn 2. Regionale infrastructuur voor brede adoptie van werkzame bestanddelen

Met PlusWIJken bouwen we aan een regionale infrastructuur die bijdraagt aan het uitrollen van de werkzame bestanddelen van PlusWIJken en de vier kernaanpakken in heel Zuid-Limburg. We streven naar synergie en samenhang tussen alle wijken en wijk aanpakken in Zuid-Limburg. Vanuit een lerend en inspirerend maar ook faciliterend en sturend netwerk voeden we in potentie alle wijken in Zuid-Limburg met kennis en expertise op het gebied van een wijkgerichte, domeinoverstijgende samenwerking tussen zorg en sociaal domein én schalen we effectieve aanpakken op.

We zetten in op regio-brede adoptie van:

1. Vier kernaanpakken

- a. de Doorbraakmethode
- b. Kernteam ouderen
- c. PlusPraktijken
- d. Welzijn op Recept

Met deze vier aanpakken verwachten we versnelling op verbeterde samenwerking in de wijk; ze vergen namelijk concrete invulling van de samenwerking. Zo zullen bij de Doorbraakmethode de huisartsen en gemeenten in de lead zijn bij het zoeken van de samenwerking met de andere partijen; de multiprobleemgezinnen zijn bij hen namelijk in beeld als inwoners die vaak bij hen aankloppen voor hulp. Bij Welzijn op Recept is de samenwerking tussen de huisartsen, gemeenten en welzijnsinstellingen belangrijk; de huisartsen voor het detecteren en doorverwijzen en de gezamenlijke driehoek voor het zoeken naar de passende ondersteuning of zorg voor de inwoner. Zo spelen alle vier de kernaanpakken in op een samenwerking tussen formele en informele zorg en intersectorale samenwerking. Tegelijkertijd zijn dit vier kernaanpakken waarvan we verwachten dat ze veel impact gaan leveren. Hier zullen we kort toelichten wat elke kernaanpak inhoudt. In hoofdstuk 4 wordt nader toegelicht hoe de kernaanpakken eruit gaan zien en welke impact ze naar verwachting opleveren.

Bij de **Doorbraakmethode**, zoals die al bewezen effectief is ingezet in Den Haag, gaan we door middel van een doorbraakplan een doorbraak realiseren voor multiprobleemgezinnen, door te kijken welke hulp er wel en welke hulp er effectief niet nodig is.

Kernteam ouderen zet in op de inzet van kernteams in de wijk. Het kernteam vormt een fundament om zelfstandigheid te bevorderen én ondersteuning en zorg in de thuissituatie zo goed mogelijk te organiseren voor (kwetsbare) ouderen.

PlusPraktijken richt zich op de opschaling van het concept PlusPraktijken om elke huisartsenpraktijk in regio Zuid-Limburg tot een PlusPraktijk te maken. Praktijken worden zo toekomstbestendiger en dragen bij aan de transformatie van zorg door:

- (1) data-ondersteund werken met goede dashboards en stuurinformatie;
- (2) methodisch te werken volgens de PDCA-cyclus;
- (3) ondersteuning in de back-office; en
- (4) passende training en scholing voor de praktijken.

Bij **Welzijn op Recept** zetten we in op het éxtra inzetten van Welzijn op Recept om cliënten, die eigenlijk niet thuishoren in het medisch domein, met sociale en welzijnsactiviteiten via een welzijnscoach te ondersteunen en te verbinden om hun mentale en fysieke gezondheid te verbeteren.

2. Bewezen werkzame elementen over effectieve wijkaanpakken

Bewezen werkzame elementen over effectieve wijkaanpakken worden in kaart gebracht in een overzicht (of nieuw 'construct'). Dit overzicht wordt continu bijgehouden door het programmateam PlusWIJken en wordt gevoed door nieuwe inzichten in werkzame elementen van effectieve wijkaanpakken. De werkzame elementen worden op de volgende manieren verkregen:

a. Theoretische kennis uit de literatuur over effectieve wijkaanpakken

Op basis van literatuur wordt actief gezocht naar effectieve bestanddelen van wijkaanpakken die relevant kunnen zijn voor wijken in Zuid-Limburg, zoals de methodiek van ZorgZame Buurten⁹. Ook hierin wordt nauw samengewerkt met Zuyd Hogeschool en Universiteit Maastricht (LIME).

b. Kennis en ervaringen uit pilotwijken (Programmalijn 1)

Uit de pilotwijken destilleren we inzichten in best practices en succesfactoren voor samenwerking. Wat werkt waar wel, wat niet en waarom? Zuyd Hogeschool en Universiteit Maastricht (LIME) zijn ondersteunend bij het destilleren van de elementen.

c. Sturing op kennisvergaring over bestaande wijkaanpakken (in Zuid-Limburg)

We zien in Zuid-Limburg (maar ook daarbuiten) allerlei goede voorbeelden waaruit werkzame bestanddelen kunnen worden gedestilleerd. Denk hiervoor bijvoorbeeld aan Heerlen-Noord, Kerkrade, Veerkrachtige Wijk, Community Care, Wijksafari's en het Knooppunt Informele Zorg. Vanuit PlusWIJken wordt de samenwerking opgezocht met wetenschappelijk onderzoekers die ondersteunen bij het maken van een 'evaluatieaamwerk' en waar mogelijk ook voor de uitvoering van deze evaluaties voor de belangrijkste wijkaanpakken in Zuid-Limburg. Dit kunnen de wijkaanpakken op eenduidige wijze worden geëvalueerd en de effectiviteit van de verschillende aanpakken ook goed met elkaar worden vergeleken.

Hoe vindt de beoogde brede adoptie plaats?

Brede adoptie vindt plaats op twee manieren, namelijk:

1. Vrijblijvend: kennis en expertise wordt op laagdrempelige wijze gedeeld binnen een groot Zuid-Limburgs lerend, inspirerend netwerk. We stellen ons een 'bibliotheek' voor en zoeken naar manieren om kennis, ervaringen en werkzame bestanddelen te delen met andere wijken. Naast een website kan dit via een nieuwsbrief en via bijvoorbeeld (netwerk)bijeenkomsten.
2. Niet-vrijblijvend: we zoeken naar manieren om kennis over best practices ook niet-vrijblijvend te delen en te sturen op de brede adoptie van werkzame bestanddelen. Dat is gegeven de opgave absolute noodzaak.

c. Transformatie vraagt om inwonerp participatie

PlusWIJken biedt ruimte aan de behoeften van de inwoners. Daarom worden inwoners vroegtijdig, individueel of collectief en direct of indirect, betrokken bij het inzichtelijk maken van knelpunten in de wijk en het creëren van draagvlak en betrokkenheid voor duurzame oplossingen. Dat is de kracht van inwonerp participatie.

⁹ <https://www.ser.nl/-/media/ser/downloads/adviezen/2023/gezond-opgroeien-wonen-werken.pdf?la=nl&hash=C3BD4880AC77850E52916A58B8739AB5>



Inwonerparticipatie in de praktijk

Bij de totstandkoming van Regioplan Zuid-Limburg was er bijzondere aandacht voor de inbreng van inwoners, conform de afspraken in het IZA. Op basis van het 'Voorstel inwonerbetrokkenheid Regioplan Zuid-Limburg' van Burgerkracht Limburg is via verschillende activiteiten input van inwoners opgehaald. Daar waar mogelijk en van toegevoegde waarde wordt de verkregen informatie actief benut in de uitvoering van PlusWIJken.

Binnen Programmalijn 1 worden inwoners direct en indirect betrokken. Direct door bijvoorbeeld participatie in het PlusWIJkteam; indirect door het inbrengen van kennis en ervaringen van opbouw- en welzijnswerkers, vrijwilligers, maatjes of mantelzorgers, enzovoort. Door deze inbreng wordt ook de stem van minder aanwezige inwoners gehoord.

Ook binnen Programmalijn 2 krijgt inwonerparticipatie de juiste aandacht. Deze kan per kernaanpak verschillen. Bij de Doorbraakmethode staat bijvoorbeeld het gezin/huishouden centraal: goed luisteren en oor en oog hebben voor het maatwerk waaraan behoefte is om voor hen de doorbraak te realiseren. Dat betekent voor de looptijd van PlusWIJken 1000 huishoudens, dus 1000 keer inwonerparticipatie in optima forma!

4. IMPACTANALYSE

a. Impact Programmalijn 1

Programmalijn 1 heeft op meerdere manieren impact op de IZA-doelen Zorggebruik in de Zvw en Inzet van personeel. Door het creëren van het wijkbeeld per PlusWijk is er overzicht van vraag en aanbod van zorg én van de werkzame professionals in de wijk. Hierdoor is te zien waar personeel efficiënter kan worden ingezet, omdat er bijvoorbeeld veel van dezelfde professionals op dezelfde plek werken en er op andere plekken wellicht juist een tekort is. Door het creëren van het wijkbeeld komt er ook inzicht in casussen waarvoor wellicht geen professionals te hoeven worden ingezet, maar waar bijvoorbeeld mantelzorgers, andere voorzieningen of anders geschoolden kunnen worden ingezet.

Doordat er ook actief wordt gekeken naar bestaande initiatieven en samenwerkingsverbanden én deze worden geoptimaliseerd, ontstaat er een efficiëntere en betere samenwerking in de wijk. Hierdoor zal een zorgvraag eerder worden ontdekt, waardoor de juiste zorg eerder op de juiste plek is. Ook zal er een efficiëntere en effectievere doorstroom plaatsvinden in de keten, doordat de samenwerking is verbeterd. Door deze twee effecten zal het zorggebruik in de Zvw afnemen.

Een resultaat uit het onderzoek naar ZorgZame Buurten laat zien dat er veel positieve consequenties zijn voor de deelnemende organisaties en de buurt, zoals de groei van reeds bestaande netwerken, een grotere kennis van lokale dynamieken in het netwerk, gedeelde inzichten, gezamenlijke inspiratie en lessen, het verbreden van hun perspectieven en de ontwikkeling van nieuwe acties¹⁰. Ook zorgt de aanwezigheid van personen die actief connecties leggen, zoals het PlusWijkteam, voor een meer zorgende en exclusieve buurt¹⁰. Deelname aan ZorgZame Buurten bracht hiernaast betekenis en waarde voor de inwoners en vergrootte de levenstevredenheid. Doordat de wijk meer verbonden is met elkaar, is er een vroegsignalerend effect, waardoor uiteindelijk zorggebruik in de Zvw kan worden verminderd.

Een meta-analyse in de literatuur over interprofessionele samenwerking in de eerstelijns geeft aan dat er betere

zorgprocessen zijn door interprofessionele samenwerking en een hogere patiënttevredenheid. Over het zorggebruik en kostgerelateerde uitkomsten is nog te weinig onderzoek gedaan om conclusies uit te trekken en hangt ook af van de context van de wijk, zoals SES en opleidingsniveau. Deze meta-analyse laat zien dat hoe hoger de intensiteit van de samenwerking, hoe sterker het effect op patiënten uitkomsten, zoals kosten¹¹.

Naast dat de Raad voor Volksgezondheid en Zorg heeft geconcludeerd dat “een andere organisatie van de basiszorg nodig is waarbij zorgverleners meer moeten gaan samenwerken in multidisciplinaire teams op wijkniveau”¹², geven ook veel andere (zoals beleidsvoerende en onderzoekende) organisaties aan dat een betere samenwerking tussen de verschillende sectoren en domeinen noodzakelijk is. “Verwacht wordt dat het bieden van ondersteuning, preventieve educatie, en afstemming van verschillende voorzieningen, onnodig zorggebruik voorkomt en zelfredzaamheid en kwaliteit van leven verhoogt”¹³. Een bekende casus is de inzet van Zichtbare Schakels in Rotterdam, waar onderzoek van het BMC heeft gesteld dat de inzet van het programma Zichtbare Schakels in Rotterdam tot meer dan 3,3 miljoen euro aan winst heeft geleid¹⁴. Dit programma is te vergelijken met PlusWijken, omdat de Zichtbare Schakels ook inzetten op informatievoorziening en coördinatie van alle ingezette activiteiten in de wijk.

Op basis van deze informatie verwachten we met de inzet van Programmalijn 1 van PlusWijken zeker een substantiële impact te gaan maken op de Zvw. Omdat hier veel overlap is te verwachten met de inzet van de kernaanpakken en sommige onderdelen op basis van bewijs minder goed zijn te bewijzen, is de impact op de Zvw niet gekwantificeerd voor Programmalijn 1 in de impactanalyse. Daarnaast is het goed de disclaimer mee te geven dat in de pilotwijken voor het eerst pas ervaring wordt opgedaan met de PlusWijkenaanpak op deze wijze. De effecten die ontstaan, zijn daardoor moeilijk in kaart te brengen en zullen daarom goed worden gemonitord en geëvalueerd tijdens en na de uitvoering van de pilots. Indicatief zijn er voor Programmalijn 1, geïnspireerd op ZorgZame Buurten,

¹⁰ Donder, L. de, Steen, H., & Hoens, S. (2024) Caring neighbourhoods in Belgium: lessons learned on the development, implementation and evaluation of 35 caring neighbourhood projects. *Palliative Care & Social Practice*, 18: 1-14. Doi: 10.1177/26323524241246533.

¹¹ Carron et al., An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Effectiveness. *International Journal of Integrated Care*, 21, no.2 (2021): 31. Doi: <https://doi.org/10.5334%2Fijic.5588>.

¹² Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2013. Regie aan de poort. De basiszorg als verbindende schakel tussen persoon, zorg en samenleving.

¹³ Caffrey. The rural community care gerontologic nurse entrepreneur: role development strategies. *Journal of Gerontological Nursing*, 31, no.10 (2005): 11-16.

¹⁴ Nieboer, A.P., Lötters, F., & Cramm, J. M. De wijkverpleegkundige als Zichtbare Schakel in de wijk in Rotterdam. *Sociaal-Medische Wetenschappen*, 2 (2013). https://repub.eur.nl/pub/50617/Metis_186125.pdf

drie effecten met aannames geduid en gemonitariseerd. De impactanalyses zijn conservatief opgesteld: de gekwantificeerde effecten die we benoemen zijn realistisch.

Ook op de maatschappij zal de inzet van PlusWijken effect hebben. Zo zal de uitval van mantelzorgers verminderen door het creëren van een netwerk in de PlusWijk waarop de mantelzorg terug kan vallen. Daarnaast zal de inzet van vrijwilligers vergroten door de inzet op het verbinden van informele en formele zorg. Tenslotte verwachten we verlaagde kosten voor zorg- en hulpverlening door de inzet van getrainde buurtbewoners die fungeren als intermediair tussen bewoners en reguliere hulpverlening. Deze (directe) effecten zijn nader uitgewerkt en gekwantificeerd in bijlage 1.

b. Impact kernaanpakken

de Doorbraakmethode

In Nederland zijn er ongeveer 100.000 gezinnen die te maken hebben met meerdere problemen tegelijkertijd, zoals armoede, schulden, gezondheids- en psychische problemen. Deze gezinnen kosten de samenleving jaarlijks € 100.000 per gezin. In 2017 waren er in Zuid-Limburg 1.818 gezinnen met meervoudige problemen. Naast de vele kosten die hiermee gepaard gaan, is het voor de gezinnen zelf ook niet te doen. Het is bekend dat gezinnen het overzicht kwijtraken vanaf de inzet van de vierde hulpverlener, omdat de hulp versnipperd is en vaak niet wordt begrepen door de mensen die hulp nodig hebben. Huisartsen in de regio melden regelmatig dat zij gezinnen met hulpvragen vanuit het zorg- en welzijnsdomein zien, maar dat bureaucratische barrières hen belemmeren in het goed verwijzen of integraal oplossen daarvan. Er is weinig samenwerking tussen gemeenten en huisartsen op dit gebied door deze barrières.

In de zorgverzekeringswet zien we een bijna tweemaal zo groot zorggebruik bij lage inkomens. In het sociaal domein zien we dat iets meer dan 50% van de middelen en tijd in ongeveer 5% van de huishoudens wordt geïnvesteerd. Evaluatie van de Doorbraakmethode in Den Haag toont aan dat multiprobleemgezinnen gebaat zijn bij oplossingen die hun bestaanszekerheid doen vergroten, wat de zorgvraag doet afnemen. Dit betreft zaken zoals schulden, armoede en gezondheidsproblemen.

De aanpak de Doorbraakmethode biedt maatwerklösungen voor deze multiprobleemgezinnen, door snel

systeemfalen te herstellen en escalatie te voorkomen¹⁵. De Doorbraakmethode is ontwikkeld door het Instituut voor Publieke Waarden (IPW). Het IPW biedt bewezen expertise in het oplossen van complexe vraagstukken door innovatieve, maatwerkgerichte aanpakken, zoals de Doorbraakmethode. Met de Doorbraakmethode wordt gefocust op de daadwerkelijke problematiek van het gezin waarbij samen met het gezin de doorbraak wordt geformuleerd en per direct wordt georganiseerd. De inzichten vanuit de casuïstiek dienen als voorbeeld en bevorderen een effectievere samenwerking tussen zorg, welzijn en sociaal beleid. De Doorbraakmethode wordt inmiddels in zo'n 100 gemeenten in Nederland gebruikt en wordt erkend door de grote zorgverzekeraars en landelijke uitvoeringsinstanties.

We baseren ons op de bewezen aanpak Sociaal Hospitaal in Den Haag en gaan uit van een aanpak in 8 stappen:

1. Identificatie huishoudens
2. Informatie verzamelen over huishoudens
3. Schot voor de boeg doorbraakwerkplan
4. Gezinsbezoek
5. Doorbraakplan
6. Doorbraakplan legitimeren: KBA, juridische toets, kwaliteit van leven
7. Doorbraakplan realiseren met lokale professionals en focus op doorbraak
8. Monitoren gedurende 14 maanden

Dit houdt in dat er eerst per geselecteerd huishouden wordt gekeken welke bestaande interventies en professionals zich met het gezin bezighouden. Daarna wordt met het huishouden een gesprek aangegaan om erachter te komen wat er echt toe doet of wat een teveel is. Er wordt gezamenlijk gezocht naar wat de doorbraak voor het huishouden zou kunnen zijn. Dit kan op allerlei vlakken zitten, en hierop wordt geïnvesteerd. Tegelijkertijd wordt er ook gekort op interventies en professionals van wie de meerwaarde, op dit moment, onvoldoende wordt ervaren.

In Zuid-Limburg zijn er eerder initiatieven ontwikkeld die al dan niet of deels zijn gebaseerd op de Doorbraakmethode en die al dan niet naderhand zijn geborgd. Op dit moment ontbreekt het aan een volledig beeld wat er met welk resultaat op dit vlak gebeurt in Zuid-Limburg.

¹⁵ Sociaal Hospitaal Bureaucratiepoli. Sociaal Hospitaal. <https://www.sociaalhospitaal.nl>

Uit een eerste verkenning komt het volgende naar voren:

- Er is geen vaste aanpak die overal in Zuid-Limburg wordt toegepast;
- Er zijn weliswaar aanpakken die zijn gebaseerd op de Doorbraakmethode, maar een gezamenlijke aanpak van gemeenten, zorgverzekeraars, huisartsen en welzijnsinstellingen is niet bekend;
- Er is vooralsnog geen Zuid-Limburgse strategie om een substantieel aantal multiprobleemgezinnen te helpen conform de Doorbraakmethode;
- Er is geen systematische uitwisseling van expertise, kennis en capaciteit waarneembaar op de schaal van Zuid-Limburg.

Transformatie

Deze aanpak is gekozen als een van de vier kernaanpakken omdat het veel impact kan gaan maken, op de gezinnen zelf maar zeker ook op het zorggebruik en de zorgkosten die hieraan vastzitten, zowel in de Zvw als in het sociaal domein. Deze kernaanpak heeft als doel om een uniforme doorbraakmethode neer te zetten in heel Zuid-Limburg, gebaseerd op de aanpak de Doorbraakmethode. Het doel van de aanpak is derhalve: multiprobleemgezinnen ondersteunen door doorbraakplannen te maken en een doorbraak te realiseren, die passend zijn in de wet- en regelgeving maar vaak gepaard gaan met uitzonderingen op bureaucratische routines.

De transformatie zal bestaan uit 3 fasen:

Fase 1: Voorleven (doorlooptijd 1 jaar)

Fase 2: Coachen (doorlooptijd 1 jaar)

Fase 3: Implementeren en borgen (doorlooptijd 1 jaar)

Deze fasen zullen voor elke gemeente gelden, ook voor de gemeenten die al met een soortgelijke methode zijn gestart, om te zien hoe de Doorbraakmethode werkt, wat er uitkomt, maar ook waar het schuurt met de (reguliere) aanpak. Natuurlijk gaat dit wel in afstemming met de betrokken medewerkers en degenen die de casus aandragen. Per gemeente wordt gekeken waar ze staan met de Doorbraakmethode om vanuit daar aan te sluiten op de lokale situatie. Samen met IPW worden hiervoor randvoorwaarden per fase opgesteld. Er zullen dan twee aanvliegroutes komen: enerzijds gemeenten die al verder zijn met de Doorbraakmethode, die een beperkt aantal dossiers in de Voorleeffase hoeven te doorlopen om vertrouwd te raken met de mensen van IPW en om de coachingsfase voor te bereiden; anderszijds de gemeenten die nog niet of weinig hebben gewerkt met de Doorbraakmethode die de fasen in het geheel zoals beschreven zullen gaan doorlopen met IPW. De Door-

braakmethode bij de huishoudens zal overal op dezelfde wijze worden uitgevoerd, alleen de wijze waarop gemeenten het in beleid en uitvoering implementeren kan en zal gaan verschillen. In het plan van aanpak zal een inventarisatie worden opgenomen waar elk van de 16 gemeenten staat, of het reeds is opgenomen in het beleid, of specifieke medewerkers en/of teams ervaring ermee hebben, enzovoort.

Fase 1: Voorleven

In het eerste jaar pakt IPW de regie op 250 casussen. Deze worden in ieder geval aangedragen vanuit de 5 pilotwijken, maar ook vanuit de andere gemeenten bestaat de mogelijkheid om al casuïstiek aan te dragen. Er is gekozen om gefaseerd in zoveel mogelijk gemeenten te starten, om de implementatie en borging van de methode zeker te stellen. De casussen worden via drie wegen geselecteerd: via data van de zorgverzekeraars (zoals eerder bij Sociaal Hospitaal in Den Haag heeft plaatsgevonden), via verwijzing vanuit de huisartsen, thuiszorg of medisch specialisten van het ziekenhuis (bijvoorbeeld via het Leefstijlloket) en via het sociaal domein. De data van de zorgverzekeraars is een overzicht van verzekerden die voldoen aan een aantal vooraf bepaalde criteria (betalingsproblematiek, gebruik van eigen risico en/of eigen bijdrage, enzovoort). Deze data kan worden gedeeld met een Third Trusted Party, in dit geval IPW. Zij checken of de data matcht met de data aan de zijde van de gemeente en benaderen daarna het betreffende huishouden. Huisartsen en gemeenten hebben zelf vaak ook al heel goed zicht op de gezinnen die hiervoor in aanmerking komen. Dus ook via die routes kunnen huishoudens worden benaderd. Er wordt een inclusiedocument opgesteld door IPW met input vanuit de betrokken partijen voor het aanbrengen van huishoudens met insluitende criteria dat in de hele regio kan gaan worden gebruikt.

In deze fasen stellen gemeenten een projectleider/coördinator aan per deelnemende gemeente voor de implementatie van de Doorbraakmethode. IPW richt één aanmeldpunt in en informeert huisartsen en gemeenten hierover. Ook ontwikkelt IPW een Doorbraakplan voor elk geselecteerd gezin en zorgen ze ervoor dat dit door de lokale consulenten en nog relevante hulpverleners wordt uitgevoerd. Om de Doorbraakplannen te kunnen toepassen is voor elk geselecteerd gezin een maatwerkbudget noodzakelijk om eventuele doorbraken direct te kunnen inzetten.

Fase 2: Coachen

In de tweede fase komt de methode meer in handen te liggen bij de consulenten van de gemeenten zelf en



neemt IPW een meer coachende rol op zich. De gemeente benadert in deze fase samen met IPW huishoudens om met hen de Doorbraakplannen te maken en te realiseren. Ook in deze tweede fase zullen 250 huishoudens worden geholpen. Het IPW zal in deze fase ook de gemeentelijke consulenten trainen en coachen, ten behoeve van de borging na het transformatieplan. Ook zet IPW een leeromgeving op voor de gemeenten en andere partners, waarbij zij samen komen in herhaaldelijke sessies. Deze leeromgeving wordt onderdeel van het lerend netwerk dat PlusWijken Zuid-Limburg zal ontwikkelen en faciliteren, zodat de hele regio ervan kan leren. Deze bijeenkomsten zullen voor de gemeenten en andere partners openstaan om de Doorbraakmethode te leren kennen en om partijen onderling van elkaar te laten leren met behulp van het delen van (geanonimiseerde) casuïstiek. Deze bijeenkomsten bieden tegelijkertijd een mooie gelegenheid om regionale problemen die spelen in bijvoorbeeld vraag en aanbod in kaart te brengen. De belangrijkste lessen die worden geleerd door het (leren te) werken met de Doorbraakmethode zullen via het lerend netwerk ook worden gedeeld.

Fase 3: Implementeren en borgen

In de derde fase implementeert IPW de doorbraakmethode in de brede organisatie van de betrokken partners. Een VNG-handreiking waar gemeenten aan moeten voldoen om de Doorbraakmethodiek goed te implementeren, wordt meegenomen in de eerste fase, maar in de derde fase wordt deze verder verankerd.

In de derde fase wordt het standaard trainingsprogramma en de leeromgeving van IPW verbreed door een kenniscommunity en een train-de-trainer principe binnen de gemeente. In deze derde fase zullen de opgeleide betrokken partners in gezamenlijkheid nog 500 casussen oppakken. Het doel is dat gemeenten de aanpak vanaf 1 januari 2028 in hun reguliere beleid en uitvoering hebben geborgd.

Tijdens alle fasen zullen de professionals (met en zonder IPW) de digitale Doorbraaktool van IPW gebruiken om doorbraakplannen te maken en te onderbouwen. Deze tool maakt het (direct) monitoren op vooraf ingestelde factoren mogelijk. Ook zal er vooraf met de zorgverzekeraars worden overlegd over welke data van casussen wel en niet te gebruiken voor monitoring. Bij de implementatie van Sociaal Hospitaal in Den Haag is dit vooraf niet gedaan, waardoor de gekwantificeerde impact op de Zvw en Wlz niet vastgesteld kon worden. Op deze manier wordt de impact van de methode verder in kaart gebracht.

Impact

Tijdens de loop van het transformatieplan is het doel de aanpak de Doorbraakmethode in elke gemeente in Zuid-Limburg uit te voeren en hierdoor minimaal 1000 multiprobleemgezinnen beter te ondersteunen. Doordat deze aanpak in elke gemeente dan al is geïmplementeerd, verwachten we dat deze methode na de loop van het transformatieplan verder zal worden geïmplementeerd.

De kernaanpak de Doorbraakmethode heeft een zestal verschillende effecten op de zorg: (1) Het voorkomen en verminderen van Wmo-ondersteuning; (2) het voorkomen en verminderen van ondersteuning vanuit de Jeugdwet; (3) het voorkomen en verminderen van schuldhulpverlening (Wet gemeentelijke schuldhulpverlening); (4) het voorkomen en verminderen van ondersteuning bij het vinden van werk (Participatiewet); (5) het voorkomen en verminderen van Zvw-zorg; en (6) het voorkomen en verminderen van Wlz-zorg.

Deze effecten en kwantificering ervan zijn gebaseerd op data vastgelegd door het IPW. Er wordt verschil gemaakt in directe opbrengsten/directe kosten en kosten die worden voorkomen op de korte termijn.

De directe opbrengsten/directe kosten zijn de besparingen en investeringen die worden gedaan doordat in het doorbraakplan kritisch wordt gekeken naar welke hulp en interventies wel nodig zijn en welke niet, en hier dus ook al direct in gesneden en ingezet wordt. De kosten die worden voorkomen op de korte termijn zijn de kosten die zijn bespaard een jaar na het starten van de Doorbraakmethode bij een huishouden. Het gaat hierbij om zorg die niet (meer) hoeft te worden geleverd, omdat er een doorbraak is gerealiseerd. Deze besparing zal op allerlei gebieden liggen. Het IPW heeft bewust de kosten gemonitord een jaar na de start, omdat er dan nog vanuit kan worden gegaan dat de kosten zijn bespaard door de inzet van de Doorbraakmethode. Waarschijnlijk zullen er wel degelijk besparingen op zorggebruik zijn op de langere termijn, doordat er een doorbraak is gerealiseerd; het is alleen moeilijk hard te maken dat dit sec door het implementeren van de Doorbraakmethode is gerealiseerd.

De tabel op de volgende pagina is gebaseerd op de uitgebreidere tabel in bijlage 1.

Effect gemiddelde besparing	Kwantificering opbrengsten/ voorkomen kosten (*gemiddeld per casus)
Wmo-ondersteuning	Directe opbrengsten: € 1.918 Kosten voorkomen korte termijn: € 8.207
Jeugdwet	Directe opbrengsten: € 1.789 Kosten voorkomen korte termijn: € 6.994
Wet gemeentelijke schuldhulpverlening	Directe kosten: € 31 Kosten voorkomen korte termijn: € 84
Participatiewet	Directe kosten: € 231 Kosten voorkomen korte termijn: € 169
Zvw	Directe opbrengsten: € 179 Kosten voorkomen korte termijn: € 1.305
Wlz	Directe kosten: € 337 Kosten voorkomen korte termijn: € 245

Omdat in eerdere projecten niet op besparingen in de Zvw en Wlz is geëvalueerd, wordt dit in het project in Zuid-Limburg meegenomen. Daarbij worden tenminste huisartsenzorg, farmacie en Ggz meegenomen in de voor- en nameting van directe en indirecte kosten en baten.

Per huishouden zal er gemiddeld dus een directe opbrengst van € 3.287 zijn en na een jaar een gemiddeld voorkomen van kosten van € 17.004. Doordat een dergelijke netto besparing plaatsvindt, ook op veel onderdelen die onder het sociaal domein vallen, zal het aantrekkelijk zijn voor gemeenten om deze aanpak te borgen en verder uit te rollen met de hulp van een duurzame inzet van betrokken professionals. We denken dat de verwachte effecten in de Zvw hoger uit gaan vallen, omdat we de huisarts actief betrekken om daarmee casussen te selecteren. De data waarop de impactanalyse is gebaseerd, had deze link met de huisartsen niet.

Kernteam ouderen

In Zuid-Limburg is een sterk vergrijzende bevolking en de komende jaren zal het aantal thuiswonende ouderen dan ook aanzienlijk stijgen. Veel van deze ouderen hebben een verslechterende gezondheid en/of chronische ziekte(n). Het totaal aantal kwetsbare ouderen volgens het regiobeeld in Zuid-Limburg is momenteel 117.354.

De werkdruk in welzijn en zorg is tevens hoog en wordt, als we niets veranderen, nog hoger. Naar 2033 stijgt in de regio Zuid-Limburg het arbeidsmarkttekort in zorg en welzijn naar zo'n 8000 personen. Daarnaast is de ervaren werkdruk bij huisartsen in Zuid-Limburg hoog: in 2020 gaf 78% van de huisartsen aan een hoge werkdruk te ervaren. Een laatste factor die hier van belang is, is dat het medicijngebruik in Zuid-Limburg boven het Nederlandse gemiddelde ligt¹⁶.

Om de toenemende groep thuiswonende kwetsbare ouderen van zorg te kunnen blijven voorzien, is preventie en proactieve en gestructureerde zorg en effectieve regionale samenwerking noodzakelijk. De zorg voor kwetsbare en complexe ouderen moet slimmer georganiseerd worden. Op dit moment is er veel sprake van diversiteit in de mate van samenwerking, manier van werken en geformaliseerde samenwerkingsafspraken:

- De wijze van samenwerking met specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten en wijkverpleegkundigen is divers;
- Nog niet alle huisartsen werken samen met specialisten ouderengeneeskunde;
- De samenwerking is veelal gericht op individueel patiëntniveau en minder op het door samenwerking effectiever en efficiënter organiseren van medisch generalistische zorg;
- Initiatieven zoals het High Care Team of Wijkteam Acute zorg en 1,5e lijns voorzieningen zoals PlusPunt worden nog niet optimaal benut;
- De samenwerking tussen informele zorg, welzijnswerk en medisch generalistische zorg is zeer divers.

Dat vraagt slimme samenwerking en het bundelen van expertise van medisch generalistische professionals in de wijk vanuit een eenduidige focus op preventie, vroegtijdige en proactieve zorg. Maar ook effectieve samenwerking met de ouderen, de sociale basis, het sociaal domein en eerste lijn zorgprofessionals. Zo zetten we in op het voorkomen van urgente situaties met bijkomende druk op de eerste en tweede lijn.

Door een uniforme aanpak vanuit kernteams ouderen, met ruimte voor lokale invulling vanuit de specifieke context van een wijk, creëren we een solide basis om zorg voor kwetsbare ouderen effectiever en efficiënter te organiseren, zoveel mogelijk kwetsbare ouderen die zorg nodig hebben te helpen en professionals in hun

¹⁶ Regiobeeld Zuid-Limburg, 1 juli 2023.

<https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/programmas/integraal-zorgakkoord/regionale-samenwerking/regiobeelden-en-plannen>



kracht te zetten. We verstevigen de lokale infrastructuur waarin medisch generalistisch professionals gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor passende zorg voor de populatie kwetsbare ouderen. Deze lokale infrastructuur gaat uit van de goede dingen die er al zijn. Daarbij leggen we de focus op:

- Het organiseren van kernteams die nauw samenwerken met huisartsenpraktijken, de sociale basis en het sociaal domein en de eerstelijnszorg in de wijk;
- Het in beeld hebben en houden van kwetsbare ouderen om tijdig te signaleren en acteren (vroegsignalering en vroegaanpak);
- Het door samenwerking slim organiseren van medisch generalistisch zorgprocessen;
- Het ontwikkelen van een behandelnetwerk voor kwetsbare ouderen daar waar behandeling nodig is.

Maastricht-Heuvelland kent ten aanzien van Kernteam ouderen een andere uitgangspositie en bovendien is elk kernteam rondom de praktijk van de huisarts georganiseerd. De begroting die in het Deltaplan op dit thema is opgevoerd volstaat. Afspraken over een lerend netwerk op dit thema zijn gemaakt op Zuid-Limburgs niveau. De kosten hiervoor zijn opgenomen in de bij dit plan horende begroting van het kernteam ouderen Mijnstreek.

Transformatie

Het transformatieplan PlusWijken omvat het ontwikkelen van kernteams ouderen in de wijken van de Mijnstreek (Oost en West). Een wijk bestaat conform het programma PlusWijken uit zo'n 10.000 inwoners. Uitgaand van gemiddeld 11.000 inwoners is er sprake van zo'n 35 kernteams. Hierbij vormt de indeling van de PlusWijken het uitgangspunt, tenzij er redenen zijn om het anders te organiseren.

Het Kernteam ouderen richt zich op kwetsbare ouderen in de Mijnstreek met als doel het voorkomen, afbuigen en uitstellen van zwaardere zorg. De kernteams werken over domeinen en organisaties heen. Voor de hulp aan kwetsbare ouderen, daaronder verstaan we ook jongere inwoners met ouderdom gerelateerde klachten, is namelijk in veel gevallen deskundigheid nodig van verschillende professionals. Dit met als bovenliggend doel om kwetsbare ouderen langer thuis in hun eigen vertrouwde omgeving te laten wonen.

Door het effectief, gecoördineerd en slim organiseren van medisch generalistische zorg voor kwetsbare ouderen in de wijk draagt het kernteam eraan bij dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig en met goede kwaliteit van leven

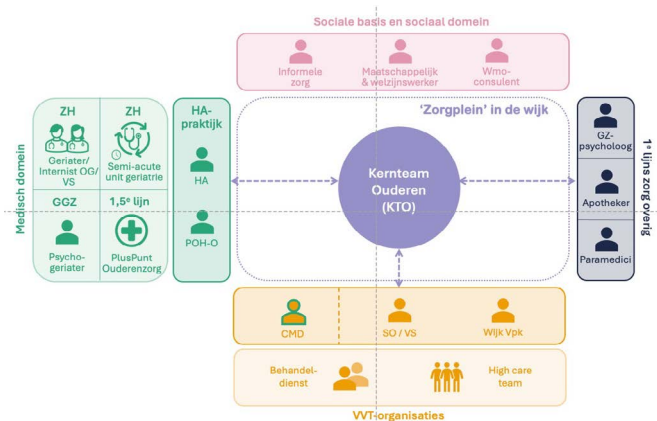
in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen én SEH-bezoeken, crisis- en ziekenhuisopname(s) worden voorkomen. Dat doen we door:

- het ontwikkelen van een goede lokale infrastructuur waarin huisartspraktijken, specialisten ouderengeneeskunde/verpleegkundig specialisten, wijkverpleegkundigen en casemanagers dementie gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor passende zorg voor de populatie kwetsbare ouderen;
- verder te bouwen op de samenwerking die er al is tussen deze professionals;
- te leren van elkaar, zowel binnen de regio als regio-overstijgend.

Het kernteam werkt vanuit een brede benadering op Positieve Gezondheid, stepped care, goede triage en proactieve zorgplanning (ACP). De invulling van het kernteam gebeurt voor een groot deel uit bestaande capaciteit die anders wordt ingezet. Daarbij is een extra inspanning nodig om op deze manier domeinoverstijgend samen te werken. Deze te verwachten extra inzet bovenop de regulier bekostigde uren is meegenomen in de begroting.

De interprofessionele en 'white-label' samenwerking binnen het Kernteam ouderen zal de samenwerking tussen (medisch generalistisch) zorgprofessionals in de wijk stimuleren en versterken en daarmee de PlusWijk een boost geven. Andersom versnelt de intensivering van samenwerking binnen PlusWijken (via de pilotwijken), ook de samenwerking binnen Kernteam ouderen. Vooral de samenwerking met de sociale basis en het sociaal domein. Vanuit de verschillende domeinen zal er door beide transformaties intensiever en efficiënter samengewerkt gaan worden en zullen de lijntjes korter worden.

Het Kernteam ouderen is er voor kwetsbare ouderen, zowel om deze inwoners in beeld te hebben en te houden, als het proactief en slim organiseren van de passende medisch generalistische zorg. Het kernteam ouderen bestaat uit een specialist ouderengeneeskunde en/of verpleegkundig specialist, casemanager dementie en wijkverpleegkundige. Huisartsen en praktijkondersteuners ouderen zijn belangrijke samenwerkingspartners van het kernteam (zie afbeelding). Zij schakelen het kernteam in bij complexe casuïstiek voor consultering, triage, screening, assessment en medebehandeling. Daarnaast denken zij mee rondom het verbeteren van de ketensamenwerking medisch generalistische zorg in de wijk. Het kernteam stemt verder af met professionals vanuit de verschillende domeinen én schakelt waar nodig collega's in. Kernteams zijn gekoppeld aan wijken. Dit wil echter niet



zeggen dat afstemming en overleg op wijkniveau plaatsvindt. Afhankelijk van het vraagstuk kan dit bijvoorbeeld op huisartsenpraktijkniveau of meer regionaal niveau plaatsvinden. Mogelijk ontstaat er vanuit de kernteams behoefte aan aanvullende transformatieve activiteiten in de 1,5e lijn. Deze zijn nu nog niet te voorzien en maken dan ook geen onderdeel uit van het huidige plan.

De ontwikkeling van Kernteam ouderen heeft raakvlakken met de andere kernaankpakken binnen PlusWijken, vooral Welzijn op Recept (WoR) en PlusPraktijken. Daarnaast ook met andere transformatieplannen en preventieaanpakken zoals Palliatieve zorg, Academie voor Zelfzorg, Mentale gezondheid en Valpreventie. De interprofessionele samenwerking in de kernteams ouderen in de wijk is als het ware een schakel- of knooppunt rondom kwetsbare ouderen. De relatie met de andere aanpakken, plannen en interventies wordt in de vervolgfasen verder uitgewerkt.

In dit transformatieplan verdelen we de activiteiten van Kernteam ouderen in 3 fasen:

Fase 1, die loopt tot het einde van 2024, zal in het kader van voorbereiding staan. Tijdens deze fase wordt het projectplan uitgewerkt, inhoudelijk experts betrokken en de (eerste) pilotgebieden bepaald.

Fase 2: in 2025 worden gefaseerd de eerste 6 pilot kernteams geïmplementeerd. Fase 2 staat in het teken van het organiseren, uitvoeren en evalueren van de pilot kernteams verspreid over de Mijnstreek. Op basis van deze leerervaringen worden de kaders, opzet en werkwijze waar nodig aangevuld en aangepast. Ook worden mogelijkheden, proces en criteria voor opschaling ter voorbereiding op fase 3 bepaald.

Fase 3 staat in het teken van het opschalen van de kernteams naar de rest van de gebieden in de Mijnstreek en het verfijnen van de aanpak en werkwijze. In 2026 is de

ambitie om in totaal 19 kernteams actief te hebben en in 2027 35 kernteams in de Mijnstreek.

De ontwikkeling van een duurzaam kernteam ouderen vraagt om een iteratieve of procesmatige aanpak. Het is van belang een samenwerking op te zetten die goed is afgestemd op de complexiteit van zorgvragen, de behoeften van ouderen en de betrokken professionals in de wijk. Dit vraagt flexibiliteit en is op voorhand niet geheel te bedenken en dicht te timmeren, zowel niet op inhoud als op proces. Vandaar dat het eerste jaar gekozen is om te starten met pilots.

Gedurende alle drie de fases worden de resultaten gemeten, gemonitord en geëvalueerd. Daarnaast worden kennis en ervaringen gedeeld op Zuid-Limburgse schaal ten behoeve van inhoudelijke harmonisatie en uniform taalgebruik, bijvoorbeeld door een overleg- of leertafel. Ook worden gerelateerde landelijke ontwikkelingen gevolgd. Hiervoor is het MGZ-team van Vilans betrokken bij de uitwerking en implementatie vanuit het programma MGZ in de regio.

Impact

De inzet van een Kernteam ouderen heeft verschillende directe en indirecte effecten op welzijn en zorg en welzijn.

Effecten die gekwantificeerd zijn in de Maatschappelijke Business Case (zie bijlage 1):

- Het voorkomen en verminderen van Zvw-zorg (wijkverpleging) door vroegtijdige multidisciplinaire beeldvorming van kwetsbare ouderen en het waar nodig maken van een zorgplan gericht op vroegsignalering en vroegaanpak.
- Het verkorten van de ligduur en voorkomen van acute opnames in het ziekenhuis doordat het kernteam ouderen in samenwerking met de huisarts heeft vastgesteld dat ouderen niet meer opgenomen willen worden of bepaalde behandelingen niet meer wensen te ontvangen.
- Voorkomen van SEH-bezoeken doordat het medisch generalistisch team de oudere in kaart heeft en daarmee escalatie voorkomt door vroegtijdig ingrijpen vanuit het kernteam.

Een deel van de bovenstaande effecten, met name het verkorten van de ligduur en voorkomen van acute opnames, heeft overlap met de impactanalyse van het plan palliatieve zorg. Het is echter onduidelijk in welke

mate de daadwerkelijke doelgroep overlap heeft waardoor ontdubbeling of correctie op de effecten in dit stadium complex is. Voor deze overlap is in de huidige business case geen correctie toegepast.

Een andere kanttekening is dat mogelijke effecten van het kernteam ouderen op een toename van voorliggende interventies en inzet van de 1,5e lijn op voorhand niet zijn te voorzien. Dit is niet meegenomen in de huidige business case.

Indirecte effecten zijn het verbeteren van de samenwerking tussen verschillende zorgverleners, het doelmatiger en efficiënter inzetten van expertise en capaciteit van professionals voor passende medisch generalistische zorg (nabij) thuis voor ouderen en het verminderen consulten huisarts.

Voor de kwantificering van de effecten is gerekend met het aantal van 200 kwetsbare ouderen per jaar per kernteam. Dit aantal is gebaseerd op het aantal bij de huisarts in het programma ouderenzorg geïnccludeerde kwetsbare ouderen. Daarbij wordt uitgegaan van een wijk grootte van ongeveer 10.000 inwoners per kernteam (dezelfde gedeelde wijken als voor de PlusWijken), waarvan ongeveer 2% wordt geclassificeerd als kwetsbare ouderen¹⁷. Dit komt in 2025 neer op 1.200 kwetsbare ouderen voor de 6 kernteams, in 2026 3.800 kwetsbare ouderen en in 2027 7.000 kwetsbare ouderen.

Voor de vermindering van Zvw-zorg is uitgegaan van 176 kwetsbare ouderen per kernteam per jaar die vroegtijdig multidisciplinair in beeld worden gebracht. Aangezien 2025 een pilotjaar betreft, is het aantal in 2025 conservatiever namelijk 123 kwetsbare ouderen per kernteam. Dit komt in 2025 neer op 739 kwetsbare ouderen voor de 6 kernteams, in 2026 3.344 kwetsbare ouderen en in 2027 6.160 kwetsbare ouderen.

PlusPraktijken

De vraag naar zorg groeit zo snel dat we te weinig mensen hebben om de zorg te leveren, door vergrijzing, maar ook door veranderingen in de maatschappij. In 2020 gaf bijvoorbeeld 78% van de huisartsen aan een hoge werkdruk te ervaren^{18,19}. Tegelijkertijd zijn de zorgkosten in de regio hoog, wat praktijken en projectteams motiveert om deze

kosten met doelmatige zorg aan te pakken. Het leven is hectischer en sneller geworden en voor veel mensen is het moeilijk om een gezonde balans te houden, waardoor bijvoorbeeld meer mensen klachten krijgen die te maken hebben met spanning, zorgen en problemen. Uit het regiobeeld van Zuid-Limburg²⁰ blijkt dat er in de toekomst tekorten bij huisartsen worden verwacht en dat het moeilijk is om waarnemers te vinden. Landelijk zien we een afname in het aantal huisartsen dat praktijkhouder wil worden²⁴. Daarnaast zien we in de regio dat huisartsenpraktijken het moeilijk hebben en omvallen.

Vanuit alle kanten wordt de druk op huisartsen groter:

- De zorgvraag en complexiteit van de zorgvragen stijgen door (dubbele) vergrijzing, een toename in het aantal chronisch zieken, sociale problematiek en bevolkingsgroei.
- De druk vanuit andere sectoren stijgt door personeelstekorten, wachtlijsten en beleid (bijvoorbeeld verschuivingen van de tweede lijn naar de eerste lijn).
- Het tekort aan zorgverleners groeit door vroegtijdige uitstroom en pensionering.
- Er is onvoldoende samenwerking tussen huisartsenpraktijken onderling en er zijn geen vaste aanspreekpunten om een dergelijke samenwerking op te zetten.

Door de oorzaak van ziekten aan te pakken in plaats van de symptomen te bestrijden, willen we voorkomen dat mensen zorg en/of medicatie nodig hebben en herhaaldelijk aankloppen voor deze zorg. Om de oorzaak aan te kunnen pakken, is samenwerking tussen huisartsen en tussen de verschillende domeinen nodig. Samenwerking onderling als huisartsen om genoeg tijd te hebben voor mensen met echte medische problemen, en samenwerking met thuiszorg, fysiotherapeuten, psychologen en maatschappelijk werk in de wijk. Zo komen er korte lijntjes en worden de inwoners geholpen op de oorzaak van de problemen.

Transformatie

Om deze samenwerking vorm te geven is in 2016 het 5-jarige project PlusPraktijken gestart. Een PlusPraktijk is een huisartsenpraktijk die zich richt op patiëntgerichte zorg, doelmatigheid en wijkgerichte zorg. Een PlusPraktijk heeft daarnaast inzicht in haar eigen gegevens via een dashboard en kan hierop gemakkelijk sturen, wat

¹⁷ Gebaseerd op cijfers van VGZ en de zorggroepen in regio Zuid-Limburg waarbij 3% van de populatie wordt geclassificeerd als kwetsbare ouderen.

¹⁸ Leren van 5 jaar PlusPraktijken, <https://pluspraktijken.nl/uploads/Pluspraktijken-Boekje-Digitaal.pdf>

¹⁹ De Geit, E., Flinterman, L., Keuper, J., van Schaaijk, A., Vis, E., Batenburg, R. (2022) Arbeidsmarkt huisartsenzorg regio Zuid-Limburg, 2020. Utrecht: Nivel.

²⁰ Regiobeeld Zuid-Limburg, 1 juli 2023.

<https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/programmas/integraal-zorgakkoord/regionale-samenwerking/regiobeelden-en-plannen>

bijdraagt aan de kwaliteit en efficiëntie van de zorg. In de regio Zuid-Limburg is de ontwikkeling en opschaling van PlusPraktijken verschillend per subregio. Door samenwerking te bevorderen en een uniforme werkwijze te hanteren, kunnen we de impact van PlusPraktijken vergroten. Momenteel werken alle 114 HOZL-praktijken volgens het concept van PlusPraktijken, 37 van de 47 praktijken van Meditta en 16 van de 51 praktijken van ZIO. De werkwijze van deze praktijken is echter niet uniform voor de verschillende huisartsengroepen.

Het doel van deze transformatie is dan ook het bewezen PlusPraktijken-concept te implementeren in heel regio Zuid-Limburg, waarmee praktijken toekomstbestendiger worden en bijdragen aan de transformatie van zorg, door (1) data-ondersteund werken met goede dashboards en stuurinformatie; (2) methodisch te werken volgens de PDCA-cyclus; (3) ondersteuning in de back-office; en (4) passende training en scholing voor de praktijken. In het implementeren van het concept PlusPraktijken worden gezamenlijke thema's en kaders geïmplementeerd, maar is er ruimte voor detailverschil in praktijken.

De opdracht van dit transformatieplan voor PlusPraktijken bestaat uit 2 fasen, die naast elkaar lopen.

Fase 1 bestaat uit het in kaart brengen van de werkzame bestanddelen van een PlusPraktijk, zodat huisartsenpraktijken de tools hebben om zo efficiënt en effectief mogelijk een PlusPraktijk te worden.

Het beschrijven en inrichten van een Shared Service Center, dat de praktijkhouder via maatwerk ondersteunt bij zijn patiënt- en bedrijfsvoering. Dit bestaat uit een back-office ten behoeve van de centrale organisatie van de PlusPraktijken. Hier zal de monitoring plaats gaan vinden en dit wordt een directe lijn voor huisartsen-/PlusPraktijken voor vragen met betrekking tot PlusPraktijken. Ook wordt hier de ICT geüniformeerd voor betere samenwerkingsmogelijkheden.

Ten derde is de ambitie om het aantal PlusPraktijken in Zuid-Limburg op te gaan schalen, zodat aan het eind van dit transformatieplan (eind 2027) bijna alle huisartsenpraktijken een PlusPraktijk zijn geworden. De ambitiefasering is dat in 2025 3 extra praktijken van Meditta en 9 extra praktijken van ZIO volgens het concept van PlusPraktijken werken. In 2026 geldt dit voor nog 3 extra praktijken voor Meditta en voor 10 extra praktijken voor ZIO, en in 2027 neemt het aantal PlusPraktijken voor

Meditta nog eens met 4 praktijken en voor ZIO met 6 praktijken toe.

Fase 2 zal parallel lopen aan fase 1. In deze fase worden reeds bestaande PlusPraktijken doorontwikkeld en zullen interventies met impact, bijvoorbeeld om een eigen praktijk voor huisartsen weer aantrekkelijk te maken, gedetecteerd en opgeschaald worden. Een concept voor duurzame huisartsenzorg in de wijk zal in 2024 worden ontwikkeld en dit zal in een aantal pilot praktijken (reeds bestaande PlusPraktijken) worden uitgevoerd. Omdat dit nog moet worden uitgewerkt, is de impact van fase 2 niet te berekenen en te bewijzen. Om deze reden worden de activiteiten in fase 2 niet meegenomen in de begroting, business case en mijlpalen.

Impact

In het onderzoek uitgevoerd door Universiteit Maastricht naar PlusPraktijken²¹, wordt het volgende aangegeven (p.127): "Patiënten van PlusPraktijken maakten al minder kosten in de MSZ dan die van niet-PlusPraktijken. De zorgkosten (MSZ en totaal) zijn absoluut gezien bij de PlusPraktijken minder gestegen en deze kosten zijn over alle jaren lager dan andere praktijken in de regio. De statistische analyses tonen echter geen significant verschil aan in de ontwikkeling van zorgkosten over de tijd tussen PlusPraktijken en andere praktijken in de regio" en "PlusPraktijken verwezen al minder patiënten dan andere praktijken in de regio, maar zijn in 2019 significant nog minder gaan verwijzen naar de tweede lijn (i.e. het ziekenhuis). PlusPraktijken zijn in 2019 minder gaan verwijzen naar het ziekenhuis t.o.v. 2018, terwijl andere praktijken in de regio in 2019 meer zijn gaan verwijzen t.o.v. 2018. Dit verschil is statistisch significant."

Op basis van dit onderzoek is het dus veilig te stellen dat de zorgkosten MSZ en totaal absoluut gezien lager en minder gestegen zijn bij PlusPraktijken in vergelijking met niet-PlusPraktijken, en dat er significant gezien minder patiënten dan andere praktijken zijn doorverwezen naar de tweedelij. Naast het verminderen van zorgkosten en voorkomen van Zvw-zorg, verwachten we ook dat de samenwerking en kennisdeling tussen huisartsenpraktijken in de regio verbeteren. Ook zal de patiënttevredenheid over de huisartsenpraktijk en geleverde zorg verbeteren, zal de zelfredzaamheid van de patiëntenpopulatie vergroten en zal er een toename in het werkplezier van het team van de huisartsenpraktijk zijn²². Binnen de PlusPraktijken

²¹ <https://www.maastrichtuniversity.nl/nl/nieuws/huisartsenpraktijk-van-de-toekomst-staat-zuid-limburg>

²² <https://www.maastrichtuniversity.nl/nl/nieuws/huisartsenpraktijk-van-de-toekomst-staat-zuid-limburg>

zal er ook een toename zijn in het gebruik van online diensten en worden fysieke consulten actief vervangen door digitale consulten, resulterend in een reiskosten- en CO2-besparing voor de patiënt.

Zoals uitgewerkt in de bijgevoegde impactanalyse en maatschappelijke businesscase (bijlage 1) is de ambitie voor de gehele regio om 2,7% minder te verwijzen naar de tweedelijns voor elke PlusPraktijk. In het kwantificeren van de impact gaan we uit van een gemiddelde omvang, waarbij er in 2022 per 1.000 patiënten gemiddeld 338 verwijzingen uit zijn geschreven voor een medisch specialist. In 2025 zullen er dan bijvoorbeeld 4.380 patiënten minder worden verwezen, gebaseerd op het aantal PlusPraktijken, wat een besparing van € 762.383 oplevert.

Ook zullen zorgkosten verminderen, omdat PlusPraktijken actief inzetten op het doorverwijzen naar het PlusPunt, een anderhalve lijnscentrum, in plaats van naar de tweede lijn. Dit geldt bijvoorbeeld voor patiënten voor cardiologie, orthopedie en oogheelkunde. Voor cardiologie komt dit in 2025 neer op 605 patiënten die naar het anderhalve lijnscentrum worden verwezen in plaats van naar de tweedelijns. Dit levert een besparing op van € 169.575. Voor orthopedie zijn dit 757 patiënten in 2025, wat een besparing oplevert van € 132.358. Voor oogheelkunde zijn de kosten niet gemonitiseerd, omdat de besparingen in kosten beperkt zijn en de winst vooral zit in de wachtlijstreductie.

Welzijn op Recept

De regio Zuid-Limburg kampt met aanzienlijke gezondheidsachterstanden, zowel fysiek als mentaal. Inwoners van Zuid-Limburg scoren op alle mentale gezondheidsindicatoren (stress, eenzaamheid, zelfredzaamheid en risico op angststoornis/depressie) slechter dan het landelijk gemiddelde²³. Veel mensen met psychosociale klachten, waarvoor geen medische of psychologische behandeling noodzakelijk is, zitten vast in het medisch domein²⁴. De wachttijden voor GGZ in Zuid-Limburg zijn vooral lang bij specialistische behandelingen zoals angst, depressie, persoonlijkheidsstoornissen, ontwikkelingsproblemen en trauma. In augustus 2023 lag de wachttijd voor meer dan de helft van alle wachtenden boven de streeknorm; in november 2023 was dit 48%²⁵. Daarnaast hebben huisartsen steeds minder tijd voor hun patiënten, wat resulteert in sneller doorverwijzen naar de tweede lijn.

Om de transformatie van ziekte naar gezondheid te bevorderen, wordt gewerkt met een regionale en effectieve netwerkaanpak genaamd Welzijn op Recept (WoR), welke voortbouwt op bestaande successen en de nadruk legt op vitaliteit en Positieve Gezondheid. Welzijn op Recept richt zich specifiek op het bevorderen van het mentale welbevinden van mensen met psychosociale problematiek waarvoor geen medische behandeling nodig is. Het idee van WoR is het ondersteunen en verbinden van cliënten met sociale en welzijnsactiviteiten via een welzijnscoach om hun mentale en fysieke gezondheid te verbeteren. Cliënten worden hiertoe via de huisarts of praktijkondersteuner doorverwezen.

De netwerkaanpak van WoR draagt bij aan de transformatie van de mentale gezondheidszorg in Zuid-Limburg door passende ondersteuning, begeleiding en behandeling te bieden. Huisartsen en praktijkondersteuners kunnen de welzijnscoach van WoR inzetten bij minder zelfredzame personen en complexe hulpvragen. Huisartsen ervaren de welzijnscoach als een waardevolle aanvulling wanneer meer tijd en aandacht nodig is dan zij kunnen bieden³¹. Uit effectenonderzoek van WoR in Kerkrade blijkt dat de meeste doorverwijzingen te maken hebben met eenzaamheid, hulp bij het vergroten van het netwerk, slaapproblemen en werkgerelateerde onzekerheden²⁶.

Transformatie

Welzijn op Recept wordt door meerdere gemeenten in de regio Zuid-Limburg al in beperkte mate toegepast, echter is dit voor de beoogde verschuiving naar welzijn vanuit huisartsenpraktijken ontoereikend. Ook wordt deze aanpak door gemeenten op verschillende wijze toegepast. Daarom richt deze kernaanpak zich op een extra inzet van WoR en tegelijkertijd een regionale aanpak hiervan. De ambitie is om met een additionele capaciteit in totaal ongeveer 4000 cliënten extra te ondersteunen. Door goed te monitoren en het gesprek te voeren over de ontstane effecten, zal er worden toegewerkt naar de bekostiging van een structurele sociale inzet. In deze kernaanpak zullen (regionale) trainingen en scholingen voor professionals uit het sociaal en zorgdomein plaatsvinden voor een vernieuwde manier van (samen)werken. Via het lerende netwerk en door middel van deze trainingen zal WoR steeds effectiever kunnen gaan worden ingezet en zal kennis en ervaring worden gedeeld. Ook zal er een digitaal domeinoverstijgende inzage in dossiers worden

²³ <https://www.mijnlevengezond.nl/wp-content/uploads/sites/11/2022/04/DeGezondeRegio-PlusPraktijken-maart-2022.pdf>

²⁴ Welzijn op Recept Landelijk Kennisnetwerk (2020). Welzijn op recept. Wat is het? <https://welzijnoprecept.nl/wat-is-welzijn-op-recept/>

²⁵ Cijfers RTF

²⁶ Vos, M. (2024, mei 16). Welzijn op Recept – Effectonderzoek Kerkrade. Good2consult. (Niet openbaar beschikbaar).

gefaciliteerd, zodat het sociaal en zorgdomein beide de voortgang van patiënten kunnen bijhouden. Hiervoor worden op regionaal niveau afspraken gemaakt tussen huisartsenzorggroepen, gemeenten en welzijnsinstellingen en vindt er nauwe afstemming plaats met het transformatieplan Regionale Samenwerkingsorganisatie (RSO) Zuid-Limburg.

Het doel van deze kernaanpak is dan ook: het verminderen van een aanspraak op formele zorg door het vergroten van de zelf- en samenredzaamheid van burgers en het slimmer organiseren van zorg en welzijn waardoor duurdere tweedelijns zorg wordt voorkomen.

Deze kernaanpak zal enerzijds een impact op het zorggebruik in de Zvw en het sociaal domein realiseren en heeft anderzijds effect op het nauwer samenwerken van verschillende domeinen. Doordat de kernaanpak regionaal ingezet gaat worden, zal er een sterker lerend effect optreden, waardoor de aanpak makkelijker en effectiever kan gaan worden ingezet.

Het is essentieel om de samenwerking tussen het medisch en sociaal domein te versterken, aangezien dit cruciaal is voor het succes van WoR.

Het transformatieplan voor WoR is opgebouwd in een aantal fasen, die niet alleen volgordelijk zijn, maar ook al naast elkaar kunnen lopen.

Fase 1 bestaat uit het inventariseren, voorbereiden en implementeren van WoR, in eerste instantie in de pilotwijken. WoR zal na het eerste jaar breder geïmplementeerd worden. Hierbij denken we aan het identificeren van alle belanghebbenden, zoals huisartsen, eerstelijns zorgverleners en welzijnswerkers. Ook wordt informatie over lokale behoeften en de huidige situatie verzameld. Hierbij wordt aangesloten op de couleur locale en op recente ontwikkelingen die op het gebied van WoR binnen elke PlusWijk spelen. Er wordt een duidelijk verwijzingsprotocol ontwikkeld voor de huisartsen, waarin staat hoe zij patiënten kunnen doorverwijzen naar de welzijnscoaches en een ICT-infrastructuur per regio wordt ingericht.

Fase 2 bestaat uit het samenwerken, bewustwording en draagvlak creëren. In deze fase worden alle (mogelijk) betrokken partijen over WoR en de voordelen geïnformeerd en worden huisartsen en zorgverleners actief betrokken bij de (door)ontwikkeling van het concept. Workshops, presentaties en informatiesessies worden bijvoorbeeld georganiseerd om draagvlak te creëren. Ook

worden welzijnscoaches en zorgverleners getraind in het herkennen van psychosociale klachten en het effectief doorverwijzen van patiënten. De inzet van het aantal welzijnscoaches zal hier uitgebreid worden.

Fase 3 bestaat uit het monitoren en evalueren van WoR, zodat het na het transformatieplan structureel geborgd kan gaan worden. Hoe dit wordt gedaan, is beschreven in het hoofdstuk Monitoring.

Fase 4 ten slotte bestaat uit de duurzame integratie, waarbij transformatiegesprekken worden georganiseerd met zorgverzekeraars en gemeenten over de duurzame financiering van WoR op de lange termijn. Tevens wordt WoR in reguliere zorgprocessen geïntegreerd, zodat doorverwijzingen gestructureerd verlopen. Kennis en ervaringen zullen blijven worden uitgewisseld met andere implementatieprojecten van de ketenaanpakken op Zuid-Limburgs niveau.

Impact

Tijdens de transformatie wordt er dedicated 15 fte aan welzijnscoaches extra ingezet, te beginnen met 5 fte in het eerste jaar, in totaal 10 fte in 2026 en in 2027 uiteindelijk 15 fte aan welzijnscoaches. Gemiddeld kan een welzijnscoach 135 cliënten per fte zien, wat uiteindelijk neerkomt op een ambitie van 4050 cliënten aan het eind van het transformatieplan. Doordat de effecten gemonitord en geëvalueerd gaan worden, evenals dat WoR een bewezen aanpak is, is de verwachting dat de welzijnscoach na afloop van het transformatieplan structureel wordt bekostigd indien de resultaten uit de transformatieperiode daartoe aanleiding geven. Tijdens het transformatieplan zal hieraan actief worden gewerkt, zoals te zien is in de mijlpalenplanning.

WoR heeft verschillende directe en indirecte effecten. Onder directe effecten vallen de volgende. Wmo-ondersteuning zal worden vervangen of uitgesteld doordat de cliënt een alternatief heeft gevonden voor bijvoorbeeld dagbesteding en vervoer, huishoudelijke hulp, de inzet van het wijkteam, begeleiding thuis of maatschappelijk werk. Zorggebruik in de Zvw zal verminderen doordat de langdurige inzet van een psycholoog of traumatherapie kan worden voorkomen door preventief aan de slag te gaan met een welzijnscoach. Ook zal er een afname te zien zijn van het aantal huisarts-/ en POH-consulten en een vermindering van medicatie²⁷.

Naast directe effecten op de quadruple aim, zullen er ook directe effecten te zien zijn op het versterken van de

²⁷ Vos, M. (2024, mei 16). Welzijn op Recept – Effectonderzoek Kerkrade. Good2consult. (Niet openbaar beschikbaar).

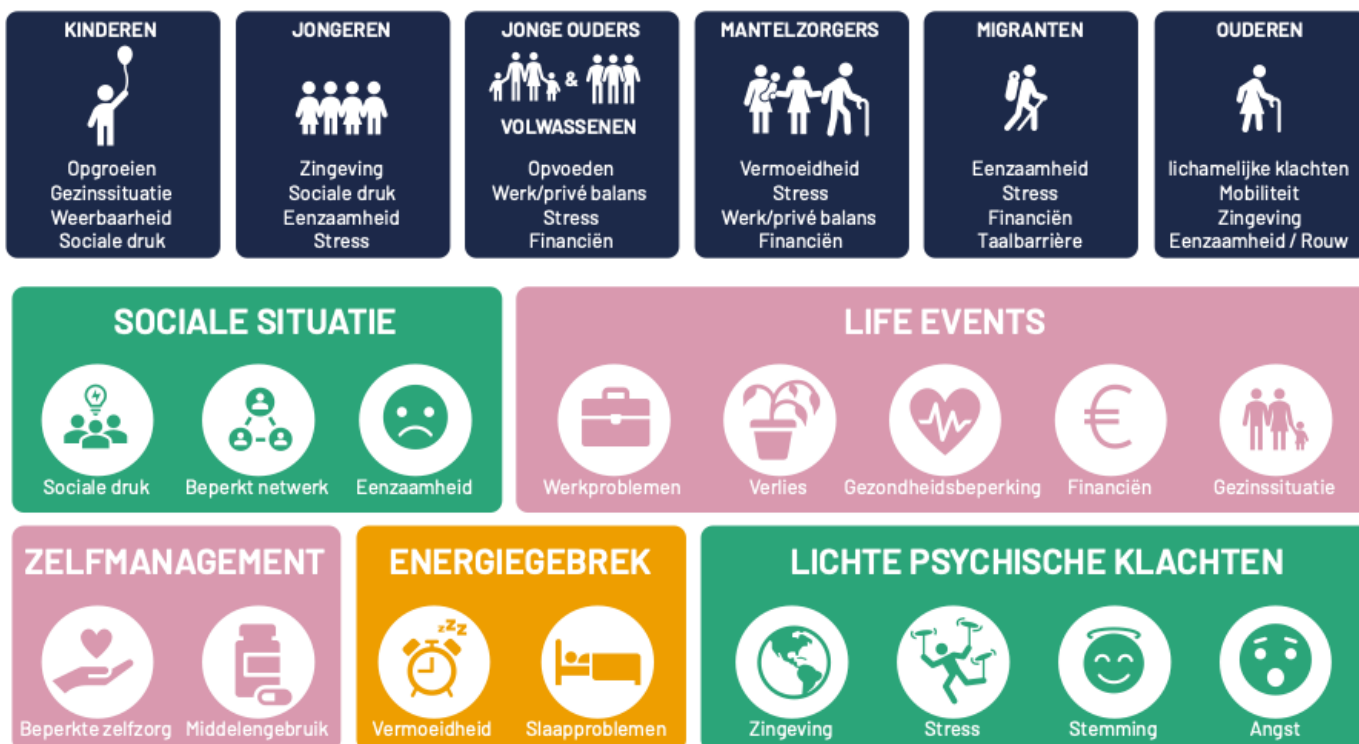
samenwerking tussen het zorg- en sociaal domein. Het dagelijks functioneren van cliënten, de kwaliteit van leven, zingeving, mentaal welbevinden of 'het weer meedoen' zal tevens verbeteren²⁸. Daarnaast zal deze aanpak de eigen regie van cliënten vergroten en zal het effect hebben op de afname van wachtlijsten voor de instroom GGZ. Enkele indirecte effecten zijn een afname van de ervaren werkdruk door huisartsen en het vergroten van het (steun)netwerk van cliënten.

Uit het effectonderzoek van Kerkrade is onderscheid gemaakt tussen een eenmalige besparing (gemiddeld) per casus en een jaarlijks herhalende besparing per casus, die we voor twee jaar voor de business case zullen meetellen. Dit onderzoek heeft onderscheid gemaakt tussen een besparing van de Wmo-ondersteuning en een besparing binnen de Zvw. Onder de Zvw-val-lende onderdelen is geen onderscheid gemaakt. De eenmalige besparing op Wmo-ondersteuning die we verwachten (steeds met een correctiefactor van 90%, die ook in het onderzoek van Kerkrade is gebruikt) is per casus € 77 en de jaarlijks herhalende besparing gemiddeld per casus € 1.139²⁷. Op de Wmo-ondersteuning zal dus per casus € 2.355 worden bespaard gemiddeld per cliënt. De besparing op de Zorgverzekeringswet zal een eenmalige besparing per casus van € 271 zijn en een jaarlijks herha-lende besparing gemiddeld per casus € 132²⁸. Dit zal gemiddeld per cliënt dus uitkomen op € 535 besparing in de Zorgverzeke-ringswet.

Doelgroep

WoR wordt nog te vaak geassocieerd met ondersteuning voor (eenzame) ouderen. De doelgroepen en het overzicht van veel-voorkomende problematiek helpen huisartsen en praktijkondersteuners om een breed spectrum aan psychosociale klachten bij patiënten te identificeren. Dit stelt hen in staat om te zien welke patiënten baat kunnen hebben bij ondersteuning van welzijnscoaches in de regio.

WoR heeft als doel het mentale welbevinden te bevorderen van mensen met psychosociale problematiek waar in eerste instantie geen medische behandeling aangewezen is en een verbinding te leggen via de eerstelijns zorg (huisartsen) met bestaande interventies in het sociaal domein door gebruik te maken van een intermediair, de welzijnscoach. Daarnaast is het de bedoeling dat door inzet van de welzijnscoach, de zorgvraag in de eerste lijn verminderd en mensen beter in staat zullen zijn de regie over hun eigen leven vorm te geven.



Bovenstaande profielen en veelvoorkomende problematiek dienen illustratie voor oorzaken tot doorverwijzing en ondersteuning van Welzijn op Recept.

²⁷ Vos, M. (2024, mei 16). Welzijn op Recept – Effectonderzoek Kerkrade. Good2consult. (Niet openbaar beschikbaar).

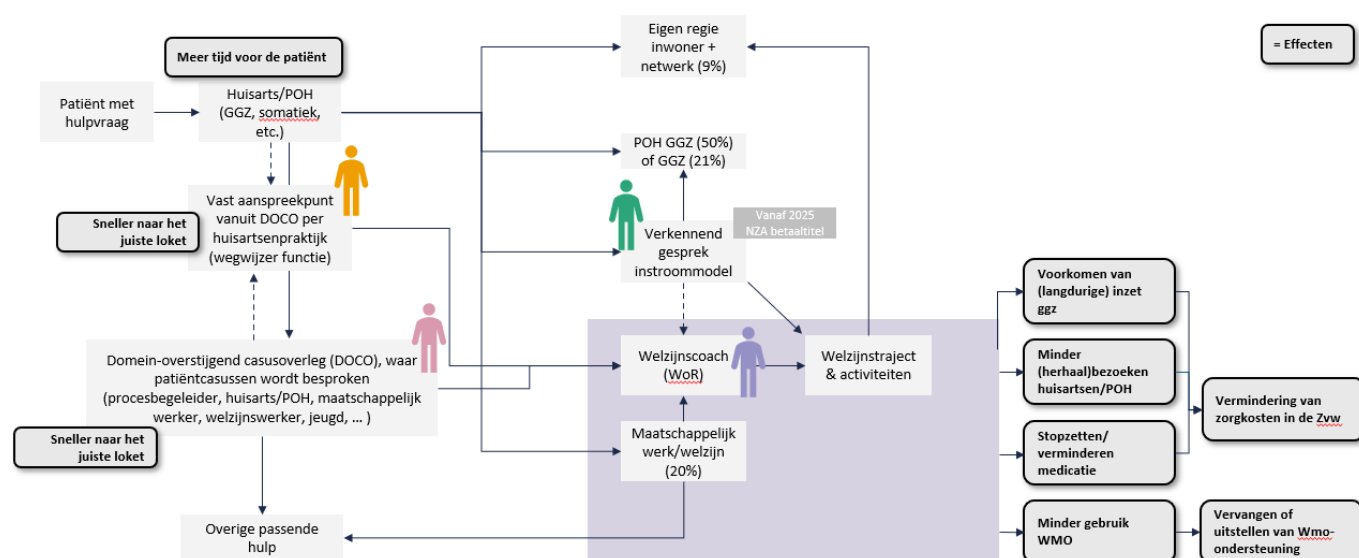
²⁸ Regiobeeld Zuid-Limburg, 1 juli 2023.

<https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/programmas/integraal-zorgakkoord/regionale-samenwerking/regiobeelden-en-plannen>

Binnen WoR excluderen we geen doelgroepen. In bovenstaand figuur worden doelgroepen, profielen en veelvoorkomende problematieken weergegeven. Deze dienen ter illustratie voor oorzaken tot doorverwijzing en ondersteuning van WoR. In de komende periode gaan we kijken naar een effectieve inzet van personeel in Zuid-Limburg. Door krachten te bundelen kunnen we het arbeidsmarktpotentieel optimaal benutten. Bijvoorbeeld door de rollen verkennend gesprek, deelname DOCO en welzijnscoach te bundelen in één fte/persoon.

Daarnaast wordt er verder verkend door de monitoring en evaluatie van de verschillende initiatieven op elkaar af te stemmen zodat er geen zaken dubbel worden gemonitord en patiënten en professionals minimaal worden belast met extra administratieve taken.

In de totstandkoming van transformatieplan WoR is er nauwe afstemming en samenwerking geweest met het transformatieplan 'Mentale Gezondheid' Zuid-Limburg. In samenwerking is er tussen beide programmateams een patiëntflow in kaart gebracht die de samenhang tussen alle initiatieven schematisch in kaart brengt.



5. GOVERNANCE, EXECUTIEKRACHT EN KENNISBEHOUD

a. Organisatie

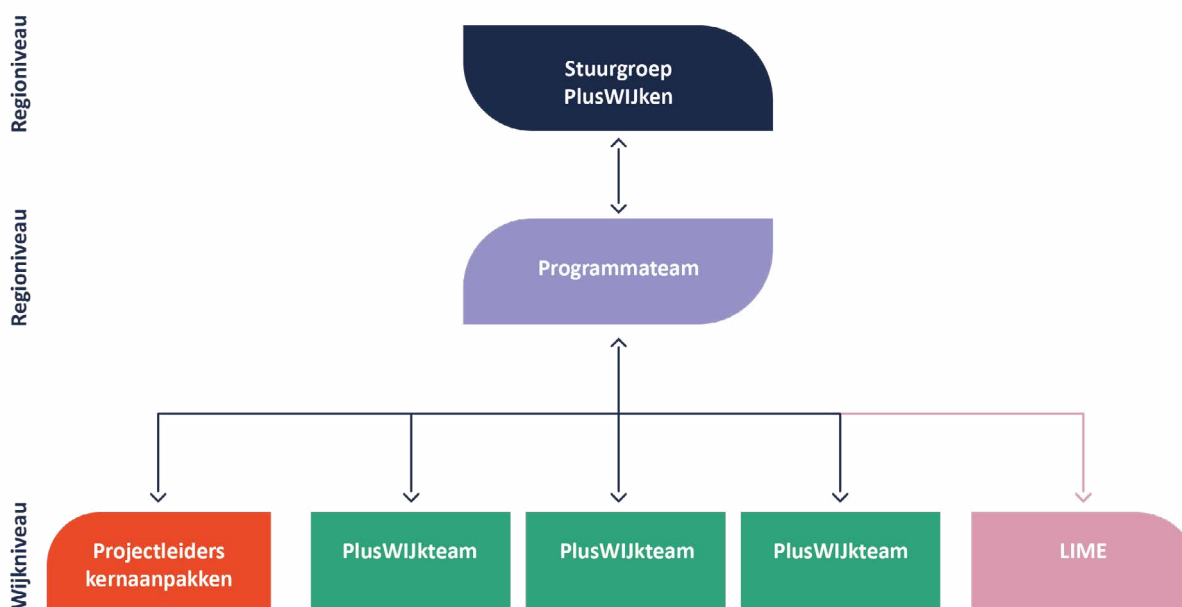
Per PlusWIJK is er een PlusWIJKteam. Het PlusWIJKteam gaat lokaal aan de slag met de stappen om een PlusWIJK te ontwikkelen (wijkbeeld, wijkplan & wijkopgave, wijkuitvoering, wijkevaluatie) en met de implementatie van de wijkaanpakken. Deze aanpak is uitvoerig beschreven in een separaat document. Natuurlijk hoort hier het leggen van verbindingen tussen de organisaties, formeel en informeel, bij. Het PlusWIJKteam heeft direct contact met het programmteam om te schakelen op kennis en ervaringen en over vraagstukken waar ze tegenaan lopen.

Waar de kernaanpakken ook losstaand in wijken worden geïmplementeerd, is de projectleider op wijkniveau en regioniveau actief om dit te realiseren. De projectleiders leggen direct verantwoording af aan het programmteam.

Zuyd Hogeschool en de Universiteit Maastricht (LIME), verantwoordelijk voor het helpen bij het ontwikkelen van een wijkbeeld, de wijkevaluatie en een dynamische toolbox, opereert ook op wijkniveau en draagt verantwoording af aan het programmteam. Voor het wijkbeeld schakelen ze natuurlijk ook direct met het PlusWIJKteam in de wijk. Voor de volledigheid merken we op dat vooralsnog enkel afspraken met LIME zijn gemaakt voor de periode tot 1 november 2025. Het programmteam draagt er in samenwerking met de stuurgroep zorg voor dat het ontwikkelen van de wijkbeelden, de wijkevaluatie en de dynamische toolbox ook door zal gaan na deze periode, ofwel door verdere inhuur van LIME ofwel door een andere partij.

Het programmteam heeft de uitvoerende taak van het project PlusWIJken. Dit houdt in dat ze het overzicht behoudt over de PlusWIJken en de implementatie van de kernaanpakken, dat ze zorgt dat er een regiobrede infrastructuur komt en de kennis en ervaringen breed gaan worden gedeeld. Wanneer er een belangrijk vraagstuk komt waarover regionaal een afspraak moet worden gemaakt, maakt het programmteam een voorstel voor de stuurgroep PlusWIJken, welke hierover een besluit neemt. Ook na afloop van het transformatieplan moet deze rol blijven worden ingevuld, om verdere ontwikkeling van het project PlusWIJken en een stabiele factor in het kennisbehoud en kennisdeling te garanderen. Tijdens het transformatieplan wordt uitgezocht hoe dit na het transformatieplan vormgegeven gaat worden.

Voor Programmalijn 1 en voor de individuele kernaanpakken zijn er deelsessies geweest om de benodigde input op te halen bij alle betrokken domeinen. Natuurlijk betrekken we ook in de verdere opzet, implementatie en uitrol van de transformatie(s) de stakeholders van deze verschillende domeinen.



* In bovenstaande afbeelding zijn voor de structuur en het overzicht drie PlusWIJKteams weergegeven; dit zullen er in de praktijk zes zijn.

De stuurgroep bestaat uit vertegenwoordigers uit de drie subregio's en uit de verschillende betrokken domeinen: gemeenten, huisartsen, welzijnsinstellingen, wijkverpleging, ziekenhuis en zorgverzekeraars. De stuurgroep heeft als taak om goed af te stemmen met hun achterban. De stuurgroep houdt ook een goede verbinding met de andere programma's en initiatieven die hun eigen sturing hebben, bijvoorbeeld door middel van de verbinding met de Bestuurlijke Regiegroep Zuid-Limburg. Ook bespreekt de stuurgroep elk half jaar de zorginhoudelijke en financiële monitoring van dit transformatieplan.

b. Communicatieplan

De doelstellingen van PlusWIJken (zoals beschreven in hoofdstuk 3) realiseren, is essentieel om invulling te geven aan het randvoorwaardelijke thema 'Integrale aanpak en infrastructuur' en om de ambities op Zuid-Limburs niveau, over domeinen en regio's heen, te verwezenlijken.

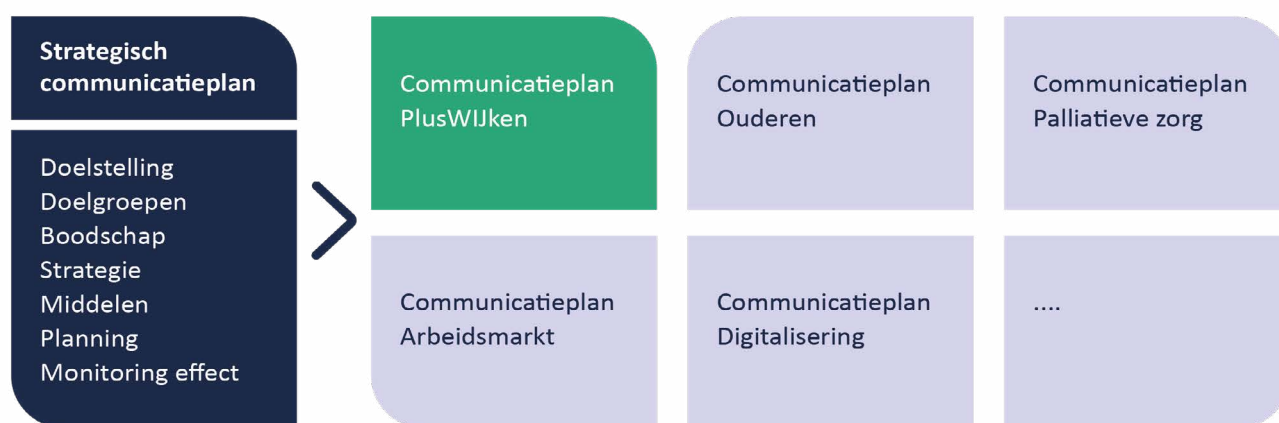
Om dat te bereiken moeten alle betrokkenen zich bewust zijn van de noodzakelijke veranderingen. Professionals uit het zorg- en sociaal domein moeten aanpassingen doorvoeren in processen en werkwijzen. Daarnaast is het essentieel om inwoners te informeren.

Communicatie is een kritische succesfactor om de implementatie te laten slagen en is van belang om:

- het bewustzijn van de noodzaak van de verandering te creëren en te vergroten;
- de veranderbereidheid bij betrokkenen te vergroten;
- te zorgen dat alle betrokkenen - in het zorg- en sociaal domein - bij PlusWIJken, zowel regionaal als lokaal, op de hoogte zijn van elkaars rollen, elkaar kennen en vertrouwen;
- betrokkenen zicht te geven op de mogelijke oplossingsrichtingen en hun eigen rol daarbij.

Dit vraagt om activerende communicatie waarbij de betrokkenen worden geïnformeerd en geïnspireerd op het niveau van kennis, houding en gedrag.

Op de schaal van Zuid-Limburg wordt in de tweede helft van 2024 een overall strategisch communicatieplan uitgewerkt. De themagerichte communicatieplannen (n=5), waaronder het communicatieplan voor PlusWIJken, sluiten daarop aan dan wel worden daarvan afgeleid (zie onderstaande afbeelding). Per thema wordt daarbij een uitwerking gemaakt op welke wijze de betrokken doelgroepen worden geïnformeerd en hoe de nieuwe werkwijze wordt gecommuniceerd naar burgers, zorgverleners en overige stakeholders.



6. SCOPE EN FASERING (MIJLPALENPLANNING)

a. Scope

Voor het project PlusWijken is een regionale aanpak noodzakelijk, zoals in de introductie (Hoofdstuk 2) beschreven. Per PlusWijk wordt op wijkniveau geopereerd, waarbij wordt uitgegaan van ongeveer 10.000 inwoners per wijk. Er zal worden gewerkt met bestaande wijken, om de bestaande netwerken en initiatieven ook te kunnen gebruiken en niet vaker dan nodig het wiel uit te vinden. Er wordt gestart in de 5 pilotwijken, waarna het doel is de PlusWijken en de kernaanpakken verder op te gaan schalen in regio Zuid-Limburg.

Met het selecteren van wijken voor PlusWijken worden de volgende criteria gehanteerd:

- Steun van partners in de wijk:
 - Steun van huisarts(en) in de wijk en huisartsenzorggroep
 - Steun van de gemeente
 - Steun van de grootste welzijns partij in de wijk
 - Steun van de grootste VVT-organisatie in de wijk
- De wijk kampt aantoonbaar met problematiek ten aanzien van (ervaren) gezondheid en welbevinden
- De wijk kan goed worden gedefinieerd:
 - De wijk wordt met behulp van postcodes geografisch afgebakend
 - De schaal van de geselecteerde wijk wordt door de hierboven genoemde partners gezien als een logische schaal om op samen te werken
 - De kernwerkgebieden van de belangrijkste partners in de wijk overlappen grotendeels, óf de partners zijn bereid om voor PlusWijken te werken met een nieuwe afbakening
- Indien mogelijk: de wijk heeft aanvullende, aantoonbare pré's om een pilotwijk te worden.
- Voorbeeld hiervan is dat de wijk eveneens een focuswijk is in het kader van de regiodeal.

Het is mogelijk dit project op te schalen naar andere regio's in Nederland of het zelfs landelijk te implementeren, maar voor dit transformatieplan valt het nu buiten de scope.

b. Mijlpalenplanning

De mijlpalenplanning is opgenomen in de vorm van een Excelbestand in bijlage 3.

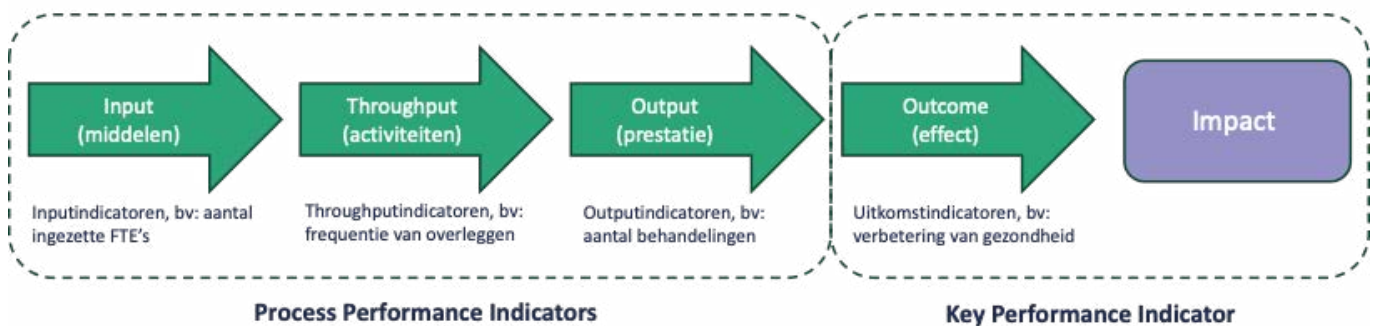
7. MONITORING

Het Verantwoordingskader Transformatieplannen van de NZA²⁹ benoemt twee typen monitoring, namelijk: 1) Zorginhoudelijke monitoring: hierin wordt gemonitord of de juiste stappen worden gezet en of de transformatie de beoogde impact realiseert, en 2) Financiële monitoring: dit betreft de verantwoording van de transformatiemiddelen middels een deugdelijke projectadministratie, kostenregistraties en rapportering. Dit hoofdstuk heeft betrekking op de zorginhoudelijke monitoring. De financiële monitoring van het programma PlusWijken geschiedt in lijn met het Verantwoordingskader en in nauwe afstemming met de zorgverzekeraars CZ en VGZ.

a. Achtergrond

PPI's en KPI's

Het doel van het programma PlusWijken is om impact te maken. Onderstaande figuur geeft schematisch weer dat er veel processen ten grondslag liggen aan de uiteindelijk te realiseren uitkomsten en impact. Uitkomsten (zoals bijvoorbeeld verbeterde gezondheid of verminderde eenzaamheid) noemen we Key Performance Indicators (KPI's). Processen die leiden tot deze uitkomsten noemen we Process Performance Indicators (PPI's). Zowel KPI's als PPI's worden binnen het programma PlusWijken gemonitord.



Monitoring van impact met KPI's

KPI's zijn de belangrijkste indicatoren die er zijn. Ze laten namelijk zien of er impact wordt gerealiseerd. De resultaten op KPI's kunnen vaak moeilijk of niet toegeschreven worden aan één programma of interventie, maar zijn vaak het resultaat van een complex samenspel van interventies en variabelen. Literatuur over Integrated Care, bijvoorbeeld het zesknoppenmodel van CZ³⁰ gebaseerd op werk van onder andere The King's Fund³¹, bekrachtigt deze stelling.

Voor de monitoring van het programma PlusWijken betekent dit dat we een gedegen impact monitoring opzetten, waarbij we zo veel mogelijk oog hebben voor andere beïnvloedende factoren (buiten het programma) die impact kunnen hebben op de uiteindelijke uitkomst. Dit doen we door bijvoorbeeld te werken met referentiewaarden in de analyses (zoals 0-meting, controlegroep) en door nauw samen te werken met andere programma's en projecten die een overlappende doelgroep hebben.

Monitoring van processen met PPI's

PPI's betreffen zoals gezegd alle beoogde handelingen om te komen tot impact. Op deze PPI's hebben de betrokkenen binnen het programma PlusWijken echt invloed. De PPI's worden gedefinieerd op twee niveaus:

1. PPI's op geaggregeerd niveau:

Deze PPI's zijn opgenomen in de mijlpalenplanning behorende bij dit transformatieplan. Deze halfjaarlijkse indicatoren geven aan welke procesmatige stappen elk half jaar gehaald zijn. Deze PPI's worden bij de indiening van het transformatieplan zo helder mogelijk gedefinieerd.

2. PPI's op meer detailniveau:

Als afgeleide van de PPI's op geaggregeerd niveau wordt er voor project- en programmamanagementdoeleinden een verder uitgewerkte procesplanning gemaakt. Deze PPI's zijn onderdeel van het op te stellen meetplan. De PPI's op korte termijn zullen al concreter kunnen worden gemaakt dan de PPI's verder in de toekomst.

²⁹ <https://www.dejuistezorgopdejuistestek.nl/.uc/faed677f60102e4a80100c65b6702579a91bc92867cab00/Verantwoordingskader%20transformatieplannen%20NZA.pdf>

³⁰ <https://regio-regie.nl/wp-content/uploads/2022/04/zesknoppenmodel-Alleen-lezen.pdf>

³¹ o.a. https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/2ad82c31e9/clinical_service_integration_2010.pdf

Onderscheid meetplan en mijlpalenplanning

De **mijlpalenplanning** met vooralsnog enkel halfjaarlijkse of jaarlijkse PPI's op basis waarvan uitbetaling van transformatiemiddelen geschiedt, is als bijlage toegevoegd aan dit transformatieplan en daarmee opgeleverd. Het **meetplan** is gedetailleerder dan de mijlpalenplanning. Het bevat zowel PPI's als KPI's die aangeven of we de 'goede beweging' maken naar de volgende mijlpaal en of we écht de beoogde impact realiseren. Het concept-meetplan wordt eind Q1 2025 voor review opgeleverd aan de stuurgroep. Het definitieve meetplan is eind Q2 2025 klaar en geaccordeerd. Uitgangspunt is dat ieder half jaar de voortgang op KPI's en PPI's wordt gemonitord.



Structuur van het meetplan

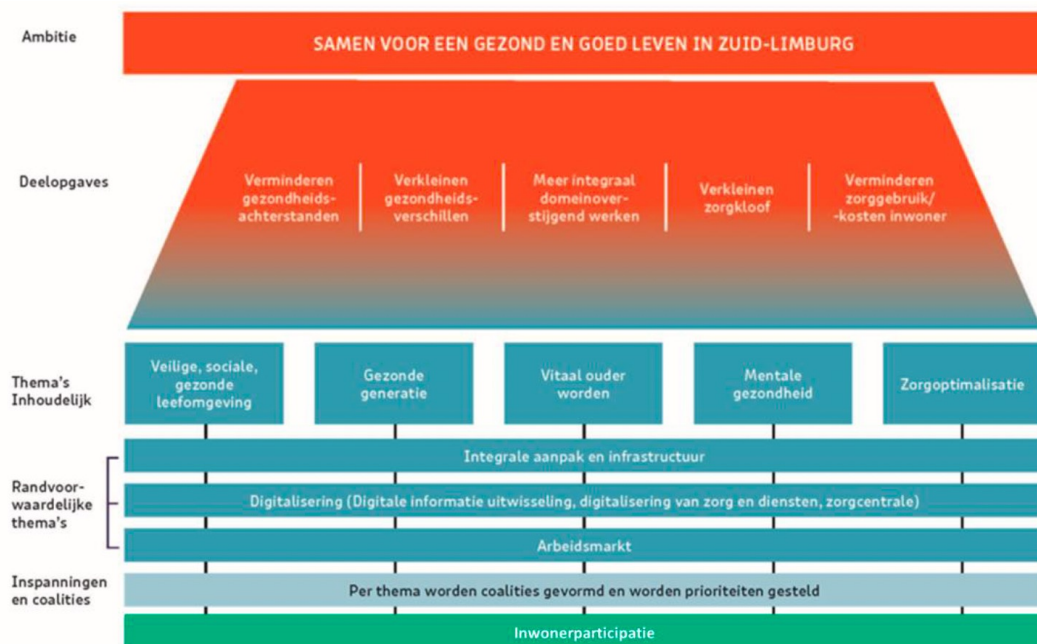
Het meetplan bevat in ieder geval de volgende elementen:

1. KPI's, waarin waar mogelijk per jaar uitgesplitst wordt welke voortgang verwacht wordt op deze KPI's;
2. Helderheid over op welke wijze KPI's opgesplitst worden in deelresultaten (KPI's) bijdragen;
3. Helderheid over op welke wijze PPI's bijdragen aan de KPI's;
4. Uitwerking van hoe de monitoring van alle KPI's en PPI's eruitziet (dus: op welke wijze wordt welke data verzameld, enz.).

b. Ambities

Het transformatieplan PlusWIJken is opgesteld om een belangrijke bijdrage te leveren aan de ambitie van het Regioplan Zuid-Limburg: 'Samen voor een gezond en goed leven in Zuid-Limburg'. PlusWIJken levert deze bijdrage op twee manieren:

1. Met de (kern)aanpakken die beschreven zijn in dit transformatieplan; en
2. Doordat PlusWIJken de integrale infrastructuur biedt waarop andere impactvolle transformaties goed kunnen landen (zie hieronder 'integrale aanpak en infrastructuur').



De deelopgaven van het Regioplan waarop PlusWijken impact maakt, zijn:

- Verminderen gezondheidsachterstanden: de impact op gezondheidsachterstanden valt buiten de periode van dit transformatieplan omdat gezondheidsachterstand een 'wicked problem' is dat een multi-aanpak met meerdere interventies vereist die langere tijd nodig hebben om hun werk te doen. Daarbij is levensverwachting überhaupt een maat die niet binnen een jaar verandert. We maken met het transformatieplan wel impact op gezondheidsachterstanden. Ter illustratie:
 - De Doorbraakmethode richt zich op het aanpakken van de onderliggende oorzaken van gezondheidsproblemen, zoals armoede en sociale omstandigheden, wat bijdraagt aan het verminderen van gezondheidsachterstanden.
 - Inwoners met sociale of psychosociale problemen krijgen met Welzijn op Recept en de Doorbraakmethode betere toegang tot passende welzijnsactiviteiten. Door deze (verwijzing naar) ondersteuning kunnen gezondheidsproblemen preventief worden aangepakt voordat ze ernstiger worden, waardoor de gezondheidsachterstanden in de regio verminderen.
 - De kernteams ouderen in Zuid-Limburg richten zich op afgestemde zorg voor (kwetsbare) ouderen. Dit draagt ertoe bij dat ouderen langer zelfstandig zijn, benodigde zorg vroegtijdiger wordt ingezet en ondersteuning en zorg toegankelijk blijft voor de meest kwetsbare ouderen.
- Verkleinen gezondheidsverschillen: de impact op gezondheidsverschillen valt buiten de periode van dit transformatieplan omdat gezondheidsverschil een wicked problem is dat een multi-aanpak met meerdere interventies vereist die langere tijd nodig hebben om hun werk te doen. We maken tijdens de transformatie wel impact op gezondheidsverschillen. Ter illustratie:
 - Door interventies te richten op de meest kwetsbare en achtergestelde groepen, helpen de Doorbraakmethode en Welzijn op Recept bij het verkleinen van gezondheidsverschillen tussen verschillende bevolkingsgroepen.
 - Welzijn op Recept en de Doorbraakmethode zetten (welzijns)coaches in om maatwerkondersteuning te bieden aan diverse groepen inwoners, waaronder mensen met lagere sociaaleconomische statussen en migrantengemeenschappen. Dit zijn patiëntengroepen die vaak wat meer aandacht vereisen, maar waar de huisarts onvoldoende de tijd voor heeft. Er wordt hierdoor gestreefd naar het verkleinen van de gezondheidsverschillen tussen verschillende bevolkingsgroepen in de regio.
- Meer integraal domeinoverstijgend werken (impact wordt verwacht in 2025, 2026, 2027);
- Verkleinen zorgkloof (impact wordt verwacht in 2025, 2026, 2027);
- Verminderen zorggebruik/-kosten inwoners (impact wordt verwacht in 2025, 2026, 2027).

Hieronder zijn per deelopgave de belangrijkste KPI's gedefinieerd:

#	Deelopgave Regioplan	KPI PlusWijken	Jaar	Minimaal effect	Maximaal effect
1	Verminderen gezondheidsachterstanden	Het verschil in levensverwachting tussen Zuid-Limburg en Nederland is in 2030 25% kleiner geworden.	Impact verwacht ná 2027		
2	Verkleinen gezondheidsverschillen	Het verschil in percentage inwoners in een risicopositie tussen Zuid-Limburg en Nederland is in 2030 25% kleiner geworden.	Impact verwacht ná 2027		
3	Meer integraal domeinoverstijgend werken	75% van de actieve deelnemers van PlusWijken ervaart dat zij meer integraal en domeinoverstijgend samenwerken.	2025	0%	25%
			2026	25%	50%
			2027	50%	80%
4	Verkleinen zorgkloof	Reductie van het geprognosticeerde arbeidsmarkttekort in zorg en welzijn in Zuid-Limburg met 424 personen cumulatief	2025	0	50
			2026	50	100
			2027	100	200
			2028	200	300
			2029	300	424
5	Verminderen zorggebruik/-kosten inwoner	Reductie van kosten binnen de Zvw in Zuid-Limburg met € 34.1 miljoen cumulatief, ten opzichte van de geprognosticeerde groei in kosten binnen de Zvw.	2025	€ 0	€ 2.216.000
			2026	€ 1.100.000	€ 8.518.000
			2027	€ 4.500.000	€ 17.423.000
			2028	€ 11.000.000	€ 25.853.000
			2029	€ 18.000.000	€ 34.105.000

c. Governance

De verantwoordelijkheid voor de monitoring ligt bij de stuurgroep van PlusWijken. Er wordt een datawerkgroep ingesteld om de monitoring in te richten en uit te voeren. DOT-ZL heeft een ondersteunende rol: het geeft advies, draagt kaders aan en denkt mee over de uitvoering. De stuurgroep en CZ sturen halfjaarlijks op de processen en uitkomsten.

We zoeken voor de uitvoering van de monitoring zo veel mogelijk aansluiting bij ontwikkelingen op Zuid-Limburgs niveau. Van belang is dat de monitoring zo veel mogelijk onafhankelijk geschiedt.

d. Spelregels

Spelregels monitoring KPI's

Monitoring van KPI's biedt de mogelijkheid om te beoordelen of de activiteiten voldoende bijdragen aan de gewenste transformatie. Ook ontstaat hierdoor de mogelijkheid voor de stuurgroep en in het bijzonder de zorgverzekeraar om waar nodig te stimuleren, bij te sturen, of consequenties te verbinden aan het voortzetten van deze specifieke activiteiten. Om hier voorspelbaarheid in aan te brengen is hiervoor een aantal uitgangspunten en spelregels uitgewerkt.

Uitgangspunten monitoring

Hier volgen een aantal centrale uitgangspunten voor het monitoren en beoordelen van de te behalen KPI's:

- De datawerkgroep komt met een voorstel m.b.t. de precieze definities en de bewijslast voor de KPI's. De stuurgroep accordeert na consultatie van de eigen achterban het voorstel;
- De monitoring van de KPI's vindt op een op voorhand, door de stuurgroep vastgestelde wijze plaats;
- De monitoring van het behalen van de KPI's vindt met een vaste frequentie van één keer in het jaar, gedurende de looptijd van de ambities plaats;
- De datawerkgroep levert op een vast moment de resultaten in een op voorhand vastgesteld format aan de stuurgroep op.

Spelregels beoordeling

De stuurgroep bespreekt en beoordeelt de stand van zaken op de voortgang van het behalen van de KPI's van het plan. De stuurgroep neemt een besluit over nadere stimulering, het uitwerken van verbetermogelijkheden/verbeterplannen of over het eventueel stopzetten van de verdere implementatie van één of meerdere aan de KPI gekoppelde activiteiten. Dit gebeurt op basis van de mate waarin het doel is behaald, en de mate waarin dit doel in een eerder stadium is behaald. Hiervoor gelden de volgende 'spelregels' in de volgende situaties:

- Het resultaat is conform of boven verwachting (binnen of boven de bandbreedte na correctie voor exogene factoren voor zover mogelijk en relevant): geen bijzonderheden, de implementatie van de aan het KPI gekoppelde activiteiten wordt gecontinueerd;
- Het resultaat is éénmalig negatiever dan verwacht (beneden de bandbreedte na correctie voor exogene factoren voor zover mogelijk en relevant): de stuurgroep vraagt om een analyse en indien aan de orde, het formuleren van een advies voor vervolgstappen en het eventueel uitvoeren van één of meerdere verbetermaatregelen;
- Het resultaat is tweemaal op rij negatiever dan verwacht (beneden de bandbreedte na correctie voor exogene factoren voor zover mogelijk en relevant): de stuurgroep vraagt om een analyse en indien aan de orde het opstellen van een verbeterplan tenzij de zorgverzekeraar besluit om de algehele implementatie van de aan de KPI gekoppelde activiteiten stop te zetten nadat hierover eerst afstemming met de stuurgroep heeft plaatsgevonden.

Hierbij gelden de volgende voorwaarden:

- Het stopzetten van de financiering van één of meerdere activiteiten is een besluit dat de zorgverzekeraar zelfstandig kan nemen wanneer de resultaten structureel (ten minste tweemaal op rij) beneden verwachting zijn. Dit heeft enkel betrekking op de toekomstig geplande activiteiten, de daaraan gerelateerde mijlpalen en uitkeringen van transformatiemiddelen;
- Wanneer de financiering van één of meerdere activiteiten door de verzekeraar stopgezet wordt is het aan de deelnemende partijen om te beoordelen of men op zoek gaat naar alternatieve financieringsvormen om de activiteiten toch voort te zetten;
- Wanneer de financiering van één of meerdere activiteiten door de verzekeraar stopgezet wordt is het aan de deelnemende partijen om te beoordelen of de resterende activiteiten voldoende impact hebben om de overige doelstellingen van het transformatieplan te realiseren. Het is immers een samenhangend geheel van activiteiten die gezamenlijk optellen tot de KPI's van het plan.



Als partijen beoordelen dat het fundament niet sterk genoeg is om de resterende resultaten te behalen, behouden partijen het recht om met het gehele plan te stoppen.

Deze spelregels vormen de basis voor de beoordeling en besluitvorming van de stuurgroep over de voortgang op het behalen van de KPI's. Nu zijn er talloze omstandigheden denkbaar waarin er verklaarbare redenen zijn om hiervan af te wijken. De stuurgroep heeft het mandaat om in consensus met de zorgverzekeraar waar nodig maatwerk toe te passen.

Uitbetalen transformatiemiddelen

Het al dan niet behalen van de KPI's heeft geen verdere consequenties voor het uitbetalen van de transformatiemiddelen in het verleden. Wel kan dit consequenties hebben voor het continueren van de projectactiviteiten richting de toekomst, en dus de financiële middelen welke daarmee gemoeid zouden zijn. Aan het einde van ieder jaar vindt er een go/no go moment plaats. CZ beoordeelt of er voldoende grondslag is voor het continueren van de financiering van het programma op basis van de voortgang van het transformatieplan en reeds behaalde resultaten op de KPI's.

Spelregels monitoring PPI's

De PPI's die zijn opgenomen in de mijlpalenplanning worden ieder half jaar gemonitord. Uitbetaling van financiering geschiedt zoals eerder vermeld op basis van het realiseren van de PPI's.



8. BEGROTING

De begroting is in de vorm van een Excel bestand opgenomen in bijlage 2.

Domeinoverstijgende samenwerking is een belangrijk thema in de zorg en ondersteuning. Het gaat om het samenwerken over verschillende domeinen heen, zoals gezondheidszorg, welzijn en sociaal domein. Deze samenwerking is essentieel om passende zorg te kunnen bieden en de toegankelijkheid en houdbaarheid van zorg en ondersteuning te waarborgen. Juist om deze redenen staat domeinoverstijgende samenwerking binnen PlusWIJken bij zowel Programmalijn 1 als Programmalijn 2 centraal.

Om deze samenwerking vorm te geven en succesvol te laten verlopen, is er meer nodig op het gebied van ICT. Digitale systemen moeten verder worden uitgebouwd om de domeinoverstijgende communicatie tussen de verschillende domeinen in te richten. Met name binnen de kernaankpakken Sociaal Hospitaal (de Doorbraakmethode), Kernteam Ouderen en Welzijn op Recept is dit van essentieel belang. Onder andere huisartsen, welzijnscoaches, verpleegkundigen en consultants uit het sociaal domein moeten op een verantwoorde manier, waarbij de privacy blijft gewaarborgd, kunnen communiceren over inwoners, patiënten en cliënten.

Binnen PlusWIJken gaan we in de komende drie jaar toewerken naar een digitale en toekomstbestendige infrastructuur die de domeinoverstijgende samenwerking ten goede komt en bijdraagt aan de ambities van PlusWIJken (zie post: Opbouw ICT en infrastructuur voor domeinoverstijgend samenwerken).

9. MAATSCHAPPELIJKE BUSINESS CASE

De maatschappelijke business case is uitgebreid opgenomen in bijlage 1.