



Samenvatting

De gemeente Maastricht stelt middelen beschikbaar om met zorgverzekeraars en provincie te komen tot een Wijkpilot Blauwe Zorg. Dit is een samenwerking tussen professionals (huisartsen, wijkverpleegkundigen, consultants etc.) en bewoners. Deze Wijkpilot zet een beweging in gang waarmee de levenskwaliteit van buurtbewoners verbetert binnen de bestaande financiële kaders. De inzet is gericht op een vergrootte zelfredzaamheid van burgers, een hogere doelmatigheid in ondersteuning door professionals, een grotere kennisdeling en een hogere ervaren levenskwaliteit. Dit alles bij gelijkblijvende of lagere kosten.

Deze Wijkpilot sluit aan bij het beleid en de beoogde ontschotting van budgetten zoals geformuleerd in de Toekomstagenda Sociaal Domein van Maastricht-Heuvelland en de Sociale Agenda van de provincie Limburg. Na twee jaar wordt op basis van een evaluatie besloten over het vervolg.

Beslispunten

- 1) Akkoord gaan met deelname aan de Wijkpilot Blauwe Zorg;
- 2) Akkoord gaan met het beschikbaar stellen van maximaal € 225.000 per jaar voor de programmakosten gedurende 2 jaar ;
- 3) Het benodigde budget ten laste brengen van het Sociaal Investeringsfonds;
- 4) Akkoord gaan dat wanneer evaluatie positief uitvalt, ook financieel, de vervolgperiode (pilot duurt 5 jaar) de proceskosten binnen het budget van Sociaal worden opgevangen;
- 5) Gedurende de Wijkpilot handelingsruimte creëren om samen met de bewoners, buurten, professionals en partners vorm te geven aan de concrete uitvoering;
- 6) Akkoord gaan dat de pilot wordt ondergebracht bij ZIO;
- 7) Akkoord gaan met deelname van de wethouders sociaal in de stuurgroep en in het college te besluiten welke wethouder sociaal de formele portefeuillehouder is.

Beslissing Burgemeester en Wethouders d.d. 19 april 2016:

Conform.



1. Aanleiding

Van oudsher heeft een deel van de bevolking van Limburg te kampen met een gezondheidsachterstand. De gemeenten in Maastricht-Heuvelland alsook de Provincie en partners hebben zich dit aangetrokken. In diverse documenten is de ambitie uitgesproken om een trendbreuk te willen bewerkstelligen om zo het gemiddeld niveau van gezondheid, welbevinden en participatie in evenwicht te brengen met dat van de rest van Nederland.

Sinds het tekenen van het manifest Santé in 2013 en onze beschikking in 2015 voor de kwartiermaker Wijkpilot Blauwe Zorg is er veel gebeurd. Het Plan van Aanpak voor een Wijkpilot binnen Blauwe Zorg is opgesteld en gekoppeld aan een onderzoeksaanvraag bij ZON MW. In dit onderzoek worden uitkomsten van de aanpak systematisch gemeten in termen van effecten op kwaliteit van leven en invloed op de vergoedingen binnen het sociale domein en andere gefinancierde zorg. Tevens wordt het inbedden van de aanpak in de buurten geëvalueerd via kwalitatieve methoden

De Wijkpilot Blauwe Zorg past in de Toekomstagenda Sociaal Domein Maastricht Heuvelland 2022. De Heuvelland gemeenten gaan akkoord met de uitvoering van de pilot in Maastricht Noordoost en delen in de kennis.

Deze Wijkpilot zet een beweging in gang waarmee de levenskwaliteit van buurtbewoners verbetert binnen de bestaande financiële kaders. In eerste instantie zal de focus van deze beweging liggen bij zorg en welzijn, maar deze zal zich gaandeweg (en soms al op korte termijn) verbreden naar scholing, participatie, wonen en veiligheid. Daartoe wordt een uitdrukkelijke verbinding gelegd met onze re-integratie aanpak en de vraaggerichte arbeidsmarkt aanpak in Zuid-Limburg.

Gemeentelijke randvoorwaarden voor vervolg

Bij het in gang zetten van deze beweging zijn er op dit moment meer vragen op te roepen dan volledig uitgekristalliseerde antwoorden te geven. Het leren van opgedane ervaringen binnen deze beweging maar ook binnen vergelijkbare landelijke initiatieven zal dan ook een belangrijke rol gaan spelen. Onderbouwde aanpassingen op de plannen zullen dan ook eerder regel dan uitzondering zijn.

Het college heeft begrip voor deze onzekerheden en gaat akkoord met de financiering van de eerste tranche, maar stelt daarbij nadrukkelijk de volgende randvoorwaarden:



- Er komt een heldere sturing waar de 3 portefeuillehouders deel van uit maken
- Uiterlijk in het 3^e kwartaal zijn de evaluatiecriteria geformuleerd op basis waarvan 2 jaar na de start een go/no go gegeven kan worden;
- Er komt een procesbeschrijving waaruit blijkt welke tussentijdse stappen worden gezet;
- Geduid moet worden wat we hier verstaan onder populatiebepoorting en de wijze waarop dit in 1^e instantie virtueel wordt vormgegeven
- Er worden afspraken gemaakt over de wijze waarop de mogelijke inverdieneffecten ten goede komen aan de betrokken wijken;
- Er moet worden gedefinieerd welke determinanten (eventueel gefaseerd) onderdeel uitmaken van deze pilot naast de huidige individuele verstrekkingen;
- Een begroting wordt nader uitgewerkt mede in relatie tot de te verwachten financiering van de monitoring/ evaluatie door ZonMW en mogelijke inverdieneffecten omdat taken deels binnen bestaande functies kunnen worden opgepakt

Trends en uitgangspunten

De Wijkpilot wil tegemoet komen aan maatschappelijke trends en uitgangspunten en antwoorden formuleren die in de praktijk getoetst gaan worden. De volgende trends en uitgangspunten worden hierbij onderkend:

- **Burger als individu binnen meerdere netwerken.** De samenleving ontwikkelt zich steeds meer tot netwerksamenleving. Hedendaagse communicatie vindt steeds meer digitaal plaats. Via online netwerken kunnen nieuwe verbindingen worden gelegd. Desondanks is er sprake van individualisering en zijn er mensen die, ongewild, in een isolement of in eenzaamheid leven.
- **Regie bij de burger waar het kan.** Eigen regie en zelfmanagement zijn inmiddels leidende principes binnen onze maatschappij. Dit geldt voor lichamelijke en geestelijke gezondheid, maar ook op het gebied van werk en zingeving. Niet iedere burger is echter in staat om geheel of gedeeltelijk deze eigen regie te voeren, al dan niet ondersteund door de eigen sociale omgeving. Voor deze groep mensen dient dus een vorm van professionele ondersteuning aanwezig te zijn om, al dan niet tijdelijk, de gewenste kwaliteit van leven op niveau te houden.
- **Integrale professionele ondersteuning waar het moet.** De professionele zorg is georganiseerd in drie domeinen; lichamelijke en geestelijke gezondheid via de Zorgverzekeringswet, langdurige zorg via WLZ en maatschappelijke ondersteuning en participatie via WMO in het sociale domein van de gemeente. De steeds verdere regulering en monitoring van zorg- en hulpverlening heeft geleid tot steeds minder sturing op samenhang tussen de verschillende domeinen. De drang tot controle en verantwoording heeft geleid tot een verregaande mate van specialisatie binnen zorg-



en dienstverlening.

Gevolg is dat in een samenleving met toenemende multi-problematiek en toenemende co-morbiditeit er vele verschillende zorg- en dienstverleners nodig zijn om een cliënt / burger / patiënt te begeleiden.

- **Financiering volgt de behoefte van de burger.** Financiering van zorg is de afgelopen decennia in verschillende segmenten terecht gekomen met een eigen perspectief, regels, verantwoordingssystematiek. De focus lijkt meer op verantwoording te liggen dan op inspelen op de daadwerkelijke behoefte van de burger.

2. Context

- Manifest Santé in Maastricht, 19 september 2013;
- Convenant Gemeente Maastricht en VGZ, vastgesteld op 25 maart 2014;
- Beschikking verlenen subsidie ten behoeve van kosten kwartiermaker pilot Blauwe Zorg d.d. 21 juli 2015;
- Nota Proeftuin Caberg Malpertuis, conclusies en aanbevelingen, beslispunt 8, vastgesteld 02-03-2015;
- Toekomstagenda Sociaal Domein Maastricht Heuvelland 2022, vastgesteld op 19 januari 2016;
- Sociale agenda van Limburg 2025, Koers voor een vitaler Limburg;
- Intentieverklaring betreffende bijdrage aan onderzoek door Maastricht University; vakgroep Health Services Research d.d. 29 februari 2016.

3. Gewenste situatie

In de toekomstagenda Sociaal Domein Maastricht-Heuvelland 2022 is de volgende ambitie genoteerd: "In 2022 kunnen de inwoners van Maastricht-Heuvelland gezond en veilig opgroeien en oud worden, hun talenten blijvend ontwikkelen en naar vermogen meedoen in onze samenleving. Ze zijn zo veel mogelijk zelfredzaam en voelen zich bij elkaar betrokken. Onze regio biedt de mogelijkheden aan haar inwoners om collectief en individueel tot ontplooiing te komen, zodat haast iedereen zodra hij/zij volwassen is in zijn/haar eigen onderhoud en inkomen kan voorzien".

Om deze ambitie waar te maken, is het noodzakelijk dat wij – evenals de inwoners en de maatschappelijke organisaties – onze rol, onze werkwijze, ons gedrag en onze verantwoordelijkheid opnieuw vorm geven. De wijkpilot Blauwe Zorg is een mogelijkheid om deze ambitie te realiseren.

In het plan van aanpak over de wijkpilot staan vier onderdelen centraal.

1. *"Een verandering te bewerkstelligen van houding, eigen effectiviteit en gedrag van burgers over hoe zij zo goed mogelijk betekenis kunnen geven aan hun leven, zodat de 'burgerparticipatie' wordt vergroot (pijler 'burgers aan zet')";*



De verandering is al in gang gezet. Burgers in de vier buurten ontwikkelen allerlei initiatieven waarbij zij een grotere betekenis geven aan zichzelf en hun omgeving. De uitdaging van dit onderdeel zit hem vooral in het verbinden van de verschillende initiatieven en het bereiken van burgers die nog niet deelnemen.

2. *“Zorg-/dienstverleners de professionele vrijheid te geven om los van het instellingsbelang te functioneren en bij te dragen aan de idealen van individuele burgers en aan het organiseren van (collectieve) oplossingen (pijler ‘professionals aan zet’)”;*

Om als professional de burger goed te kunnen ondersteunen, dient de vraag van de burger centraal te staan, bepaalt de burger aan welk deel van zijn (hulp) vraag hij als eerste wil werken en welke deskundige (zowel professionele als niet professionele deskundige) daar een bijdrage aan kan leveren. Met 1 gezin 1 plan 1 regisseur zijn eerste stappen gezet om de vraag van de burger leidend te laten zijn. (Zorgen dat in plaats van zorgen voor)

3. *“Uitwerking te geven aan het principe ‘geld volgt zorg en ondersteuning’. Dit betekent het samenbrengen van financiële middelen van het sociale domein van gemeente Maastricht en zorgverzekeraars via preferente zorgverzekeraar VGZ op populatieniveau (‘ontschotting van financiering’)”; Creatieve en soms onorthodoxe oplossingen kunnen er voor zorg dragen dat de burger daadwerkelijk weer kan meedoen. Door de financiële middelen bij elkaar te brengen, vooralsnog virtueel, hoeft er geen discussie meer plaats te vinden wie wat moet / kan en of wil betalen.*
4. *“Verspreiden van de kennis over de ontwikkeling naar ‘Positieve gezondheid’. Bevorderende en belemmerende factoren worden in beeld gebracht en dienen als inspiratie voor initiatieven elders in de regio (Zuid-)Limburg en Nederland.”*

Positieve gezondheid gaat uit van mogelijkheden en niet van beperkingen. De wijkpilot is uniek in Nederland, andere regio's richten zich erop om andere elementen van de transformatie van zorg vorm te geven. Door kennisdeling kunnen de regio's elkaar versterken.

De onderdelen zoals hier boven beschreven, vormen het vertrekpunt. Wat de beste manier is om concrete uitvoering te geven aan deze pilot, is op voorhand niet te duiden en willen we al werkend gaan ontdekken. Daarom wordt aan het college naast een werkbudget ook ruimte gevraagd om samen met de buurten, professionals en partners vorm te geven aan de concrete uitvoering. Naast de ambitie zoals beschreven in de toekomstagenda is namelijk ons “lonkend perspectief” om de kwaliteit van leven van onze burgers te vergroten, het gemiddeld niveau van gezondheid minimaal gelijk te trekken aan het landelijk gemiddelde zodat we uiteindelijk minder middelen aan ondersteuning in de breedte hoeven in te zetten. Een van de speerpunten van Blauwe Zorg is de wens om een trendbreuk te veroorzaken rondom generatie werkloosheid. Werk en zingeving zijn



daarbij de belangrijkste treden op de participatieladder. Deze thema's zullen naast het thema ontmoeten (voorkomen en bestrijden van isolement/ eenzaamheid) dan ook als eerste worden opgepakt.

Werk heeft onder andere positief effect op gezondheidsbeleving en welbevinden. Om de trendbreuk daadwerkelijk te realiseren zijn activiteiten nodig om bewoners aan het werk te helpen. Hiervoor wordt een verbinding gelegd met onderstaande initiatieven. In onze regio Maastricht-Heuvelland wordt geïnvesteerd in jeugdwerkloosheid en aanpak ouderenwerkloosheid.

Daarnaast is er vanuit LED (Limburg Economic Development) het quatro helix initiatief Mobility & Talent Centre Limburg (MTC) geïnitieerd. De kern van MTC is dat werkgevers in de lead worden geplaatst voor het in beweging brengen richting arbeidsmarkt en ontwikkelen van het talent van werkzoekenden. De vraag van werkgevers is dus leidend. Tegelijkertijd nemen werkgevers ook de verantwoordelijkheid voor het aansturen en ontwikkelen van mensen door hen in dienst te nemen. Tijdens het dienstverband kunnen mensen zich scholen, worden ze begeleid en worden hun talenten ontwikkeld, zodat het wenkend perspectief om gedurende langere tijd aan het werk te zijn kan worden gerealiseerd. Binnen het MTC worden meerdere pools binnen diverse sectoren opgestart, waarbij sprake is van een sluitende aanpak. Mocht een werknemer na zorgvuldige selectie door de werkgever, toch niet op de juiste plek zitten dan wordt binnen de pools gezocht naar een passende oplossing. Mensen die geactiveerd zijn worden op deze wijze niet meer los gelaten. Juist het in dienst nemen met het bijbehorend toekomstperspectief is een kans om de trendbreuk te verwezenlijken. Verwachting is wel dat voor het mobiliseren van arbeidspotentieel in deze buurten, die ook een uitstekende vindplaats zijn voor dit arbeidspotentieel, extra middelen voor participatie nodig zijn.

Organisatiestructuur.

Deze pilot wordt ondergebracht bij ZIO. Daar zal ook de dagdagelijkse aansturing van de procesmanager plaatsvinden evenals het budgetbeheer. ZIO zal eveneens zorg dragen voor de aanvraag bij de provincie, ondersteund door een gemeentelijke aanbeveling. ZIO vervult een sleutelpositie in het netwerk van gezondheid en ondersteuning en heeft goede relaties met overheden en corporaties. De wijkpilot wordt begeleid door een ambtelijke werkgroep waarin de manager sociaal zitting heeft.

Bestuurlijk komt er een stuurgroep waarvoor onzerzijds wordt voorgesteld dat alle drie de wethouders sociaal (Jeugd/ Wmo en Participatie) naast VGZ en provincie hierin zitting nemen als opdrachtgever en financier.



4. Effect op duurzaamheid en/of gezondheid

Positieve gezondheid staat centraal binnen de Wijkpilot. De definitie van positieve gezondheid is door Machteld Huber en anderen gepubliceerd in 2011 in het tijdschrift British Medical Journal. Onder positieve gezondheid verstaan we het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke, en emotionele uitdagingen van het leven. Volgens deze definitie is iemand gezond als hij of zij zich succesvol heeft aangepast aan zijn ziekte, zich gezond voelt en in staat is te werken of anderszins te participeren. Het bevorderen van de gezondheidsbeleving en het verhogen van participatie is het doel van de wijkpilot.

5. Effect op de openbare ruimte

Niet van toepassing.

6. Personeel en organisatie

Niet van toepassing

7. Informatiemanagement en automatisering

Niet van toepassing

8. Financiën

Voor de periode van 2016-2020 zijn de jaarlijkse programmakosten begroot op € 900.000. Aan de gemeente wordt evenals aan Zorgverzekeraar Coöperatie VGZ en de Provincie Limburg gevraagd om een deel voor haar rekening te nemen. Verwacht wordt dat de Provincie 50% voor haar rekening neemt. De gemeente is dan samen met de zorgverzekeraar VGZ verantwoordelijk voor de andere helft.

De bijdrage aan de Wijkpilot Blauwe Zorg wordt gedurende de eerste 2 jaar (maximaal € 450.000,-) gefinancierd vanuit het Sociaal Investeringsfonds. In dit fonds is een bedrag van € 1.015.000 beschikbaar. Indien de evaluatie en de financiële monitor positieve resultaten laten zien worden de volgende 3 jaren de proceskosten opgevangen binnen de reguliere middelen in het sociaal domein. Indien onverwachts de Provincie slechts een derde voor haar rekening neemt komen we bij u terug met een dekkingsvoorstel.

De gemeente zal op verschillende manieren deelnemen aan de projectorganisatie (bestuurlijk/ ambtelijk beleidsmatig en ambtelijk uitvoerend). De bijdrage aan de Wijkpilot is bestemd voor de projectorganisatie. Daarnaast is de financiering gericht op intensieve communicatie met en door



burgers , monitoring en evaluatie, begeleiding en trainingen van professionals, onkosten en vrijwilligersvergoedingen voor enkele burgervertegenwoordigers, het faciliteren van bijeenkomsten en extra inzet van het gezondheidscentrum. Mochten er initiatieven ontstaan vanuit burgers van Noord-Oost dan vallen deze niet onder dit budget. Ook individuele ondersteuningskosten, toelidingskosten naar de arbeidsmarkt en andere inhoudelijke kosten vallen niet onder dit budget. De bedragen zijn daardoor btw compensabel.

Programmaonderdeel	Eenmalige programmakosten (□)	Jaarlijkse programmakosten
Programmabureau, voortgangsmonitoring en specifieke werkstroom ondersteuning	n.v.t.	€ 200.000
Communicatie: externe PR en promotiematerialen	€ 50.000	€ 200.000
Monitoring en evaluatie	n.v.t.	€ 100.000
Burger aan zet	n.v.t.	€ 60.000
Professional aan zet, begeleiding twee coördinatie teams en sociale wijkteams	€ 50.000	€ 250.000
Professional aan zet –ICT	€ 50.000	€ 10.000
Catering t.b.v. bijeenkomsten en onvoorzien	n.v.t.	€ 80.000
Totaal	€ 100.000 inclusief BTW	€ 900.000 inclusief BTW

(□) in de nota van 21 juli 2015 is voor de eenmalige kosten al een bedrag van €35.000,- geaccordeerd. Met deze nota worden dus de jaarlijkse programmakosten gevraagd.

Collegevoorstel



9. Aanbestedingen

Niet van toepassing

10. Participatie tot heden

Burgers in betreffende wijken worden nu betrokken via het Huis voor de Zorg.

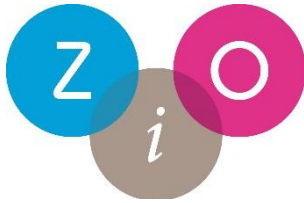
In de aanloop naar het Plan van aanpak zijn bovendien enkele bijeenkomsten geweest met burgers en professionals wonend in of werkend in betreffende buurten.

11. Voorstel

1. Akkoord gaan met deelname aan de Wijkpilot Blauwe Zorg;
2. Akkoord gaan met het beschikbaar stellen van maximaal € 225.000 per jaar voor de programmakosten gedurende 2 jaar ;
3. Het benodigde budget ten laste brengen van het Sociaal Investeringsfonds;
4. Akkoord gaan dat wanneer evaluatie positief uitvalt, ook financieel, de vervolgperiode (pilot duurt 5 jaar) de proceskosten binnen het budget van Sociaal worden opgevangen;
5. Gedurende de Wijkpilot handelsruimte creëren om samen met de bewoners, buurten, professionals en partners vorm te geven aan de concrete uitvoering;
6. Akkoord gaan dat de pilot wordt ondergebracht bij ZIO;
7. Akkoord gaan met deelname van de wethouders sociaal in de stuurgroep en in het college te besluiten welke wethouder sociaal de formele portefeuillehouder is.

12. itvoering, evaluatie en vervolg

De uitvoering van de Wijkpilot is een gezamenlijke zoektocht waarvan de uitkomsten niet op voorhand vast te stellen zijn. Met het plan van aanpak zoals het nu voorligt, is een eerste aanzet om te kunnen starten gerealiseerd. Gedurende de Wijkpilot zullen meerdere evaluatiemomenten plaatsvinden.



2016-11875

Gemeente Maastricht
t.a.v. Burgemeester en Wethouders
Postbus 1992
6201 BZ Maastricht

Maastricht, 24 maart 2016

Betreft: plan van aanpak programma 'Blauwe Zorg in de wijk'
Kenmerk: GS / jr / ZIO 2016-062

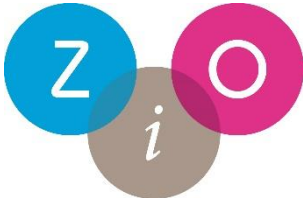
Geachte college van burgemeester en wethouders,

Graag bieden we u hierbij het plan van aanpak aan voor het programma 'Blauwe Zorg in de wijk', bestaande uit een samenvatting en het volledige plan van aanpak.

Inleiding

De zorggroep ZIO, de provinciale patiëntenorganisatie Huis voor de Zorg, de gemeente Maastricht, de GGD Zuid-Limburg en zorgverzekeraar VGZ hebben in de regio Maastricht en Heuvelland de handen ineen geslagen om aan de hand van een wijkpilot in vier buurten (Wittevrouwenveld/Wyckerpoort en Nazareth/Limmel) in het stadsdeel Maastricht Noord-Oost een beweging in gang zetten waarmee de levenskwaliteit van buurtbewoners verbetert binnen bestaande financiële kaders.

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



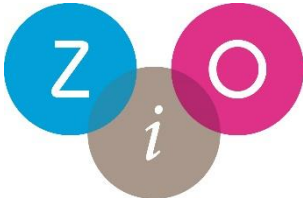
Onderdelen van de wijkpilot

Binnen de wijkpilot staan vier onderdelen centraal:

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

Het verheugt ons dat het concept van gezondheid door u wordt omarmd als leidend principe; daarom willen we hierbij ook graag aansluiten. Positieve gezondheid is één van de pijlers in het projectplan en leidend in het denken en doen voor de professionals en de activiteiten richting burgers. Hiermee geeft de wijkpilot concrete invulling aan het beleid zoals geformuleerd door de provincie Limburg in 'Koers voor een vitaler Limburg', de gemeente Maastricht-Heuvelland in 'Toekomstagenda Sociaal Domein Maastricht-Heuvelland 2022' en zorgverzekeraar VGZ in haar 'visie op wijknetwerken'.

Naar verwachting gaat deze pilot resulteren in een hogere ervaren levenskwaliteit, meer zelfredzaamheid van de burger, al dan niet geholpen door zijn eigen sociale systeem of (tijdelijke) professionele ondersteuning en hogere doelmatigheid in geleverde professionele ondersteuning door de professional 'in the lead' te zetten. Daarnaast zal de pilot bijdragen aan kennisdeling over de opgedane ervaringen. Er is al veel contact tussen de regio-experimenten in Zuid-Limburg om ervaringen te delen, inmiddels hebben we ook contact gezocht met het initiatief in de Noordelijke Maasvallei. We zijn voornemens om veel meer informatie uit te wisselen en kennis te delen, zodat de inzichten in Blauwe Zorg in de wijk ook voor de andere regio's beschikbaar komen/ de ervaringen in Blauwe Zorg in de Wijk een opstap kunnen zijn voor andere regio's. Zo is in de pilot het streven om andere domeinen te betrekken bij de ontwikkelingen in Wittevrouwenveld/Wyckerpoort-Nazareth/Limmel. Het gaat dan om het committeren van ondernemers in het kader van werkgelegenheid, het betrekken van buurtverenigingen en kleine zelfstandigen bij het activeren van burgers en



stimuleren van maatschappelijke participatie. Zo wordt er ook nadrukkelijk een verbinding gelegd tussen ruimtelijke ordening en het sociale domein bij de inrichting van Mijn Gezonde Groene Loper in het kader van de gebiedsontwikkeling.

Belangrijkste beslispunten

Graag willen we uw goedkeuring vragen voor het volgende beslispunt:

- De gemeente Maastricht onderschrijft de doelstellingen, beweging en plan van aanpak zoals dit nu voorligt ter besluitvorming
- De gemeente Maastricht is bereid om naast de provincie Limburg en zorgverzekeraar Coöperatie VGZ om in de periode 2016 – 2020 bij te dragen aan de jaarlijkse programmakosten van €900.000. We koersen op een verdeling van een 50% bijdrage door de provincie en 25% door de gemeente Maastricht en VGZ. Mocht de provincie aansturen op een gelijkmatige verdeling, zal dit neerkomen op 33% voor de gemeente Maastricht

Wij lichten graag een en ander toe tijdens het gesprek dat gepland staat voor het voorjaar 2016.

Hoogachtend,

Namens de projectgroep 'Blauwe Zorg in de Wijk'

Guy Schulpen,
Medisch directeur ZIO

Algemene gegevens / General Information

Programma / Programme	:	Preventieprogramma 5
Subsidieronde / Subsidy round	:	Integrale wijk/gebiedsgerichte aanpak
Projecttitel / Project title	:	Positieve gezondheid kent geen grenzen in de wijk. Positive health beyond boundaries in community care
Projecttaal / Project language	:	Nederlands / Dutch
Geplande startdatum / Planned start date	:	30-09-2016
Geplande duur / Planned duration	:	48 maanden / months
Datum indienen / Date of application	:	01-03-2016
Projecttype / Project type	:	Ontwikkelpject / Develop project
Vervolg eerder ZonMw-project / Continuation previously funded project ZonMw	:	Nee / No

Projectleden / Project members

Prof. dr. ir. Mw. Jansen (Hoofdaanvrager)

Functie / Position: programmaleider Academische Werkplaats PG | *Opleiding / Education:* Studierichting / Subject:
T: 31433881567 | F: | E: maria.jansen@ggdzl.nl

Maastricht University
Caphri - School for Public Health and Primary Care
Department of Health Services Research
Postbus 616
6200 MD MAASTRICHT

Dr. A. Vermeer (Projectleider en penvoerder)

Functie / Position: senior beleidsmedewerker | *Opleiding / Education:* Studierichting / Subject:
T: 31468505505 | F: | E: anita.vermeer@ggdzl.nl

GGD Zuid Limburg
Academische Werkplaats Publieke Gezondheid
Geleenbeeklaan 2
6166 GR GELEEN

Prof. dr. A. Scherpbier (Bestuurlijk verantwoordelijke)

Functie / Position: Dean Faculty Health, Medicine&Lifesciences | *Opleiding / Education:* Studierichting / Subject:
T: 3143388222 | F: | E: a.scherpbier@maastrichtuniversity.nl

Maastricht University
Caphri - School for Public Health and Primary Care
Department of Health Services Research
Postbus 616
6200 MD MAASTRICHT

Dr. M. Kroese (Projectcommissielid)

Functie / Position: post doc onderzoeker | *Opleiding / Education:* Studierichting / Subject:
T: 3143388222 | F: | E: m.kroese@maastrichtuniversity.nl

Maastricht University
Caphri - School for Public Health and Primary Care
Department of Health Services Research
Postbus 616
6200 MD MAASTRICHT

Drs. T. Beenackers/Dhr.Willems (Projectcommissielid)

Functie / Position: sectormanager sociaal domein/wethouder | *Opleiding / Education:*

Studierichting / Subject:

T: 043350 5441 | F: | E: tiny.beenackers@maastricht.nl

Gemeente Maastricht
Postbus 1992
6201 BZ MAASTRICHT

Prof. dr. I. van de Goor (Projectcommissielid)

Functie / Position: hoogleraar | *Opleiding / Education:*

Studierichting / Subject:

T: 013 4662542 | F: | E: I.vandegoor@uvt.nl

Tilburg University
Social and Behavioural Sciences
Tranzo
Warandelaan 2
5037 AB TILBURG

Drs. W. Gruisen / Machteld Huber (Projectcommissielid)

Functie / Position: Manager Regioregie | *Opleiding / Education:*

Studierichting / Subject:

T: : 046 4 595 871 | F: | E: wiro.gruisen@cz.nl

CZ Actief in Gezondheid
Bestuur en directie
Postbus 90152
5000 LD TILBURG

Dr. N. Hermans / Machteld Huber (Projectcommissielid)

Functie / Position: zorginkoper Integrale Zorg/IPH | *Opleiding / Education:*

Studierichting / Subject:

T: 0620408527 | F: | E: nicole.hermans@vgz.nl

Zorgverzekeraar VGZ
Postbus 445
5600 AK EINDHOVEN

Prof. dr. D. Ruwaard (Projectcommissielid)

Functie / Position: vakgroepvoorzitter HSR | *Opleiding / Education:*

Studierichting / Subject:

T: 31433881696 | F: | E: d.ruwaard@maastrichtuniversity.nl

Maastricht University
Caphri - School for Public Health and Primary Care
Department of Health Services Research
Postbus 616
6200 MD MAASTRICHT

Dr. G. Schulpen/Lenssen (Projectcommissielid)

Functie / Position: Directeur ZIO /adviseur ZIO | *Opleiding / Education:*

Studierichting / Subject:

T: 043 350 69 10 | F: | E: g.schulpen@zio.nl

Zorg In Ontwikkeling (ZIO)
Postbus 5800
6202 AZ MAASTRICHT

Projectgegevens / Project information**Samenvatting / Summary**

Population ageing, high healthcare expenditures and transitions in the social domain pose challenges to Dutch healthcare and local authorities in terms of sustainability of care. This especially applies to the south of Limburg. The region Maastricht-Heuvelland is selected as one of the national pioneer sites, called Blue Care, to experiment with population management in simultaneously improving (experienced) quality of care, improving population's health, and reducing per capita costs. Relevant authorities (e.g., municipality of Maastricht, health insurers VGZ and CZ, and various (local) partners involved in care and public health) joined forces at the strategical, tactical and operational level to improve quality of life of citizens in four deprived neighbourhoods of Maastricht characterised by among others low socioeconomic status, poor health, and high

health care spending.

An integrated community approach is set up, based on the working principles of positive health, to improve health-related quality of life of deprived/vulnerable citizens living in low socioeconomic neighbourhoods of Maastricht, thereby reducing health inequities. It aims to:

- change citizen's attitude, self-efficacy and behaviour to give meaning to their own lives and stimulate societal participation;
- enable and support the professional freedom of health and social service providers to organise (preventive) support in the main interest of the individual citizen, above and beyond organisational interests or financial reason;
- remove financial obstacles by virtually combining budgets for care financed in the social and public health domain (municipality of Maastricht) and the health insurer financed care (health insurance companies VGZ and CZ) on a population level, using the reimbursements of 2015 in these domains as an upper limit. Individual needs of citizens are the starting point for offering care or services instead of using available (partial) budgets as constraint.

Coordination teams (consisting of GP, community nurse, representative of the local authority, community member, member for management/monitoring information) at the neighbourhood level decide on the allocation of integrated health and social services according to the citizen's needs and monitor the reimbursements to be assigned.

Outcomes of the integrated community approach are examined in terms of the effectiveness on the quality of life of citizens and the influence on reimbursements. A prospective, quasi-experimental study within a natural experiment is designed, comparing a sample derived from "intervention" neighbourhoods that implement the integrated community approach with a matched sample derived from "comparison" neighbourhoods who do not implement this approach. Eligible to participate are citizens aged 12 years and older within the participating neighbourhoods, with a required sample size of 1,656 (828 per study group). Primary outcome measure is health-related quality of life, complemented with measures of population health (e.g., resilience, mental health), and experienced quality of care. Outcomes are assessed using questionnaires at baseline (T0) and at three-year follow-up (T3) in both study groups. Changes in total reimbursements at the population level in both study groups are assessed at T0 and T3 and compared with the national trend. Substitution in different type of costs is determined using per capita costs at T3 for clients enrolled in the integrated community approach.

Also the process of embedding the integrated community approach in the pilot neighbourhoods will be examined. Quantitative (descriptive) and qualitative data methods are applied between T0 and T3, such as observations during citizen panel meetings; document review of 10 client files; semi-structured interviews and focus group interviews with members of coordination teams and other professionals involved; participatory observations during meetings of coordination teams and at the directors level.

In de proeftuin Blauwe Zorg wordt een pilot uitgevoerd in 4 buurten in Maastricht met een lage sociaaleconomische status. Doel is het in gang zetten van een beweging vanuit positieve gezondheid waardoor levenskwaliteit van bewoners verbeterd en gezondheidsverschillen verkleinen. De aanpak richt zich op burgers betekenis laten geven aan hun leven; stimuleren professionele vrijheid zorg/dienstverleners; samenbrengen budgetten sociale domein en zorgverzekeraar op buurtniveau. Een coördinatieteam wijst zorg/voorzieningen toe op basis van behoeften van de burger en monitort de vergoedingen. Uitkomsten van deze aanpak worden gemeten op T0 en FU na 3 jaar in termen van effecten op kwaliteit van leven (m.b.v. vragenlijst) en invloed op de vergoedingen binnen het sociale domein en Zvw gefinancierde zorg door zorgverzekeraars CZ en VGZ. Het proces van het inbedden van de aanpak in de buurten wordt geëvalueerd via kwalitatieve methoden (oa interviews, participerende observaties, zorgdossiers).

Trefwoorden / Keywords

Positive health, health-related quality of life, resilience, virtually combined budgets, reimbursements, community, neighbourhood, low socioeconomic status, self-management, participation, integrated community approach

Samenwerking / Collaboration

Samenwerking tussen onderzoek en praktijk / Cooperation between research and practice:

Ja / Yes

Organisaties

CZ Actief in Gezondheid
Zorginnovatie
Postbus 90152
5000 LD TILBURG

Envida
Postbus 241
6200 AE MAASTRICHT

Gemeente Maastricht
Postbus 1992
6201 BZ MAASTRICHT

GGD Zuid Limburg
Postbus 2022
6160 HA GELEEN

Institute for Positive Health
Stationsplein 121
3818 LE AMERSFOORT

Maastricht University
Caphri - School for Public Health and Primary Care
Department of Health Services Research
Postbus 616
6200 MD MAASTRICHT

Maastricht University
Psychiatry and Neuropsychology
Neuroscience
Universiteitssingel 50
6229 ER MAASTRICHT

Mondriaan Zorggroep
Instelling voor GGZ
Postbus 4436
6401 CX HEERLEN

Provincie Limburg
Zorg
Postbus 5700
6202 MA MAASTRICHT

Trajekt
Onderzoek & Innovatie
Postbus 312
6200 AH MAASTRICHT

Zorg In Ontwikkeling (ZIO)
Chronische zorg en onderzoek
Wilhelminasingel 81
6221 BG MAASTRICHT

Zorgverzekeraar VGZ
Postbus 445
5600 AK EINDHOVEN

Inhoud / Content

Probleemstelling / Problem definition

Population ageing and thereby an increase in the number of people who suffer from complex and/or multiple (chronic) health complaints is putting a steadily increasing burden on health care expenditures. During the last decade, the average amount of money spent on health care per person was in the Netherlands considerably higher than the OECD average (OECD, 2015). These developments threaten future accessibility, affordability and, hence, sustainability of Dutch health care (Taskforce Beheersing Zorguitgaven, 2012).

The Ministry of Health, Welfare and Sport selected nine innovative regions as pioneer sites to experiment with population management (Ministerie van VWS, 2013) to achieve Berwick's Triple Aim: simultaneously improving (experienced) quality of care, improving population's health, and reducing costs per capita (Berwick, 2008). The region Maastricht-Heuvelland in the southern part of the province Limburg is one of these pioneer sites, called 'Blue Care'. Health care organisations, patient organisation and the health insurance providers have committed themselves to achieving the Triple Aim (as confirmed by the signed Manifest Santé). Several successful projects have already been executed as part of Blue Care, such as the foundation of two out-hospital centres in which secondary outpatient care is substituted by primary care.

The concept of Blue Care will be extended to the social domain through a new pilot in four neighbourhoods in the municipality of Maastricht. The transitions in the social domain pose challenges to local authorities in terms of sustainability of care, particularly in the south of Limburg. Population ageing is especially pronounced here and the population suffers from decreased health and a lower life expectancy compared to the province and the Netherlands as a whole. The health deprivation is largely explained by low socioeconomic status and it affects, among others, the ability of people to participate in society (Jansen, 2015). Aim of the current pilot is to improve the perceived quality of life of citizens by implementing an integrated community approach, based on the working principles of positive health and to achieve this within the available financial budgets or ideally within decreasing budgets. In this population-based pilot, budgets for professional care/support financed in the social and public health domain (by the municipality of Maastricht) and the health insurer financed care are combined for four selected neighbourhoods in Maastricht. The pilot is funded by the municipality of Maastricht, health insurer VGZ, and other participating organisations. Maastricht is a GIDS municipality and therefore aims to reduce health disparities by means of a broad, integrated approach at the neighbourhood level, together with local parties and with an active role for citizens. The monitoring

and evaluation of the pilot has been explicitly articulated in the action plan of the coordinating organisations (municipality of Maastricht, health insurer VGZ, primary care organisation ZIO, public health service southern Limburg, regional patient organisation 'Huis voor de Zorg')(Appendix Wijkpilot Blauwe Zorg).

The pilot is implemented in neighbourhoods of Maastricht (Nazareth/Limmel (N/L) and Wittevrouwenveld/Wyckerpoort (W/W)) that are characterised by a relatively high number of citizens with low socioeconomic status. General practitioners and other professionals in these neighbourhoods are known for their proactive attitude towards both client autonomy and innovative working methods. The number of inhabitants is 5,500 in N/L and 9,750 in W/W (12.5% of the total number of inhabitants of Maastricht), and a combined total of 8,500 households. The age distribution in both neighbourhoods is comparable to the average of Maastricht, except for a somewhat higher proportion of 20-29 year olds (mostly student population). The percentage of non-western immigrants (N/L: 12%; W/W: 13%) and low-income households (N/L: 52%; W/W: 58%) is higher compared to the average of Maastricht (M) (respectively 9% and 49%) (CBS, 2013). Also an increased proportion of inhabitants does not feel in control over his/her life (N/L: 19%; W/W: 15% <-> M: 9%), is concerned about his/her daily life (N/L: 38%; W/W: 21% <-> M: 18%), perceives his/her health as poor (N/L: 28%; W/W: 24% <-> M: 22%), is at increased risk of anxiety/depression (N/L: 14%; W/W: 9% <-> M: 7%), experiences severe loneliness (N/L: 18%; W/W: 11% <-> M: 9%), and suffers from overweight (N/L: 51%; W/W: 44% <-> M: 41%) (Vermeer et al., 2014). About 88% of the households in N/L and W/W use at least one service in the social domain (e.g., youth mental health care, welfare, personal care, unemployment insurance) and about 26% of the households use four or more services (Atlas Sociaal Domein Maastricht, 2014)

Relevantie / Relevance

The neighbourhoods Nazareth/Limmel and Wittevrouwenveld/Wyckerpoort show a deprived status compared to other neighbourhoods in Maastricht. In 2013, the total amount of health spending in these neighbourhoods, corrected for age, was 33% above the annual national average. Noteworthy, health spending on mental care services in these neighbourhoods, corrected for age, was 80% above the annual average (internal VGZ analyses, 2016). This may (partly) be explained by low social cohesion, as low social cohesion appears to be a property of low socioeconomic status communities (Kawachi, Kennedy, Lochner & Prothrow Stith, 1997) and a possible mediator between neighbourhood deprivation and health (Drukker & Van Os, 2003). For example, less socially cohesive neighbourhoods are associated with increased depression and lifestyle problems (i.e., smoking, lack of exercise) (Echeverría, Diez-Roux, Shea, Borell, & Jackson, 2008). Furthermore, poverty and unemployment are significantly associated with the duration of episodes of common mental disorders such as anxiety and depression (Weich & Lewis, 1998). The need to stimulate participation and to address the health and well-being of citizens is especially important in these neighbourhoods to decrease socioeconomic health inequalities and inequities and to decrease costs of care. The pilot in pioneer site Blue Care therefore fits well within the subprogram 'Wonen en leven in een gezonde wijk en omgeving'.

A social ecological perspective will be applied to address the needs, challenges, and existing opportunities to create an integrated community approach which will focus on improving the perceived quality of life of deprived/vulnerable citizens living in low socioeconomic neighbourhoods. The social ecologic model (Green, Richard & Potvin, 1996) examines the ways in which multiple levels of influence can impact health outcomes including at the intrapersonal, interpersonal, institutional, community/society, and policy levels of influence. Applying the metaphor of the 'attractor landscape' (i.e., the ball that illustrates an integrated approach in a hilly landscape) allows for understanding the difficulty of achieving sustained integrated approaches as the system surrounding the approach (i.e., the landscape) influences how the multiple levels that impact health outcomes operate (i.e., resistance makes it difficult for the ball to roll through the landscape) (Hendriks et al., 2013). By using the social ecologic model as a guiding framework and considering the dynamics in the political and environmental context, an integrated community approach may be composed that is likely to improve health-related quality of life of citizens. The social ecologic model has been successfully applied in reducing health inequities in a low-income worker population (e.g., Baron et al., 2014). Furthermore, an intersectoral approach and participation of citizens have been identified as favourable characteristics of vulnerable population interventions to reduce health inequalities (Frohlich & Potvin, 2008).

The integrated community approach within this project is based on the new concept of health, defined as the ability to adapt and self-manage in the face of social, physical, and emotional challenges (Huber et al., 2011) and elaborated into six dimensions of health, described as 'positive health' (Huber et al., 2016). The implementation of this concept combined with adjustments in the financial reimbursement system makes this project very innovative. The main focus of positive health is to increase mental and physical resilience of citizens, giving meaning to their lives and societal participation. Positive health is intertwined as such that it shapes the building stones of the integrated community approach that goes beyond traditional walls of the social and health care domain and steps away from the disease-oriented approach towards a daily life context approach. The usual professional needs assessment prior to the start of care/support (Dutch: 'indicatiestelling') will be done by the health and service professionals and budgets for care/support financed in the social and public health domain (by the municipality of Maastricht) as well as budgets for health insurer financed care (health insurance companies VGZ and CZ) will be combined. This has never been applied before in the Netherlands. The financial reimbursement system is agreed upon at the policy level and is considered to be a prerequisite for enabling and facilitating the implementation of initiatives at lower levels of the ecological model.

To date no integrated community efforts based on citizen's needs, new professionalism, positive health and combined budgets have been undertaken to re-organise care/support for vulnerable or deprived citizens in the neighbourhoods Nazareth/Limmel and Wittevrouwenveld/Wyckerpoort from the viewpoint of positive health.

Kennisoverdracht, implementatie, bestendinging / Knowledge transfer, Implementation Consolidation

An explicit goal of the pilot is to (a) broaden the philosophy and implementation of the integrated community approach to other communities in the south of Limburg facing similar challenges in terms of socioeconomic health inequalities and (b) to diffuse knowledge gained from this pilot to (inter)national stakeholders. To achieve subgoal (a), close collaboration between Blue Care partners and relevant parties in the Parkstad region (the eastern part of South Limburg) has already been initiated. Besides the

Blue Care region (i.e., Maastricht-Heuvelland), the Parkstad region has also been designated as one of the pioneer sites ('MijnZorg': My Care) of the Ministry of Health, Welfare and Sport to experiment with population management systems ('better care at reduced costs'). From 2016 onwards health insurer CZ and home care organisation Meander start introducing an integrated community approach, comparable to the pilot of Blue Care, in the municipalities Heerlen and Kerkrade. Apart from diffusing knowledge, we can directly apply lessons learned from Blue Care to the pioneer site of My Care, that faces similar challenges in terms of social and health deprivation. The intensive collaboration between the pioneer sites is characterised by the joint involvement of health insurers VGZ and CZ in both regions. Management of both insurers agreed to join forces in the operationalisation of the concept of positive health for the southern part of the Netherlands. In addition, health insurers, municipalities, care organisations, and social support services committed themselves to regular knowledge exchange sessions regarding the implementation of the integrated community approaches in Blue Care and My Care. Existing consultations between the two pioneer sites will also be used for this purpose. Knowledge sharing will also be realised with another ZonMw project idea which is titled: Citizens participation and integral neighbourhood care as a road to social resilience and positive health: an ethnographic action research in post-war disadvantaged neighbourhoods. Also the region Westelijke Mijnstreek (western part of South Limburg) aims to realise better care at reduced costs ('Anders Beter': Differently Better). The different approaches and the knowledge gained will be shared in the network 'Platform Zorg', consisting of all relevant regional stakeholders including a representative of the Province of Limburg. Knowledge sharing will also take place in the current network 'Transformatie sociaal domein', consisting of the Maastricht-Heuvelland municipality partners.

To achieve subgoal (b), knowledge sharing in the South of the Netherlands will be facilitated by participation in the existing networks 'Kennisnetwerk Zuid-Nederland' and 'ZeeBraLim' (public health services of the provinces Zeeland, Noord-Brabant and Limburg). Knowledge development will be fostered by sharing experiences with other Academic Collaborative Centres for Public Health (AWPG) throughout the Netherlands, especially those involved in social community teams or comparable projects that can be of value to the current pilot. Relevant developments in the field of positive health will be closely followed, especially the development of a screening instrument (spider web), which is currently under construction with VUmc and supported by the Institute of Positive Health. Knowledge will be disseminated through articles in local newspapers, publications in national and international renowned peer-reviewed journals, websites and social media, presentations or workshops at (inter)national conferences, such as the Netherlands Congress Public Health (NCVGZ), Prevention Conference, Conference All is Health, Annual Congress of Dutch municipalities, Annual Congress of Royal Dutch Medical Association, and international conferences. Based on the aims and objectives, the implementation process of Blue care will be complex. Therefore partners agreed to consider it an incremental learning process, and to apply a tailored governance structure to guarantee proceedings on strategic, tactical and operational level. Full and strong support will be regularly scheduled on the agendas. During regular meetings partners will reflect on the time frame, including milestones at certain time points, for the implementation process starting from 2016 until 2020. (see Appendix Wijkpilot Blauwe Zorg). Serious setbacks or impediments will be discussed at higher hierarchical levels, and if necessary with national government or the Association of Dutch Municipalities (VNG).

Doelstelling / Objective

Aim is to improve the perceived quality of life of deprived/vulnerable citizens in four neighbourhoods by implementing an integrated community approach from 2016-2020, based on the working principles of positive health and (virtually) combined budgets. The core elements aim to:

1. change citizen's attitude, self-efficacy and behaviour to give meaning to their own lives and stimulate societal participation (CITIZENS IN ACTION).
2. enable and support the professional freedom of health and social service providers to organise (preventive) support in the main interest of the individual citizen, above and beyond organisational interests or financial reason (PROFESSIONALS IN ACTION).
3. virtually combine budgets for care financed in the social and public health domains (municipality Maastricht) and the health insurer financed care (insurers VGZ and CZ) on a population level, using the reimbursements of 2015 in these domains as upper limit (COMBINING BUDGETS).

It is hypothesised that the integrated community approach will improve perceived quality of life of deprived/vulnerable citizens, thereby reducing socioeconomic health inequalities.

Research questions:

1. What are the outcomes of an integrated community approach, based on the principles of positive health and (virtually) combined budgets (2015 budget as upper limit), in terms of:
 - a. Effectiveness on the perceived quality of life of deprived/vulnerable citizens living in low socioeconomic neighbourhoods and subpopulations (according to age, gender, type of problems)?
 - b. Influence on:
 - changes in total reimbursements at a (sub)population level in the pilot neighbourhoods?
 - substitution in different types of reimbursements?
2. How is the integrated community approach embedded in the pilot neighbourhoods?
 - a. How does the application of the six dimensions of positive health contribute to improvements in perceived quality of life of citizens?
 - b. How do health and social service providers collaborate in the social domain at the strategical, tactical and operational levels and to what extent are they able to prioritise mutual interests above their own organisational interests?
 - c. How do professionals deliver person-centred care and support from a generalist perspective according to the principles of positive health and what is the influence on the type of care and support provided to citizens?
 - d. How is the virtually combined budget operationalised (which budgets are bundled; facilitators and barriers for implementation)?

Plan van Aanpak / Strategy

Intervention

The intervention consists of an integrated community approach based on the principles of positive health. The integrated community approach combines bottom-up and top-down initiatives along with introducing the 'new' dynamic concept of health as the ability to adapt and self-manage in the face of social, physical, and emotional challenges, introduced by Huber et al. (2011) and elaborated into six dimensions of health, described as 'positive health' (Huber et al., 2016).

To actually allow citizens' individual needs to be addressed and administrative bureaucracy to be reduced, barriers between financial budgets need to be diminished. This applies to barriers within the domains of the local authorities (Social Support Act, Youth Act and Participation Act), between health insurers and local authorities, between administrative authority and health care providers as primary care, district nursing and specialist medical care. Blue Care aims to give the citizens and health care professionals the autonomy to decide about which support is really needed to give meaning to their life, to improve resilience and to participate in society (positive health as starting point).

Knowledge co-creation between citizens, practitioners, policy makers and scientists is an important tool (Jasanoff, 2004). For this reason a coherent approach has been defined consisting of building stones which reflect the direction of the pilot. Concrete and detailed elements of the integrated community approach will be bottom-up developed and implemented in co-creation along the way. To ensure autonomy and freedom for the professionals on the operational level, financial agreements are made with the funding organisations, and agreements about attitude and capacity development are made with health care and social service providers.

The pilot will be implemented in four deprived/vulnerable neighbourhoods in Maastricht: Nazareth, Limmel, Wittevrouwenveld and Wyckerpoort. The neighbourhoods Nazareth/Limmel and Wittevrouwenveld/Wyckerpoort are combined due to their integrated social relationships, demographical similarities and the service area of health and social service providers (e.g., primary care centres).

Based on the aims and objectives, and given the incremental learning process of Blue Care three building stones are currently under construction i.e., citizens in action, professionals in action, and combining budgets.

CITIZENS IN ACTION

Citizens of Maastricht expressed already in 2014 (Burgertop200, 2014) that they understood that increased self-responsibility of citizens is inevitable to keep the healthcare costs in control. But they also expressed that in a participatory society, as promoted by the government, a culture shift of formal authorities is required in which they seriously try to follow up the requests and needs of citizens. In the preparation phase of this pilot 15 citizens (residents, women's group, volunteers, neighbourhood watch, pastor) of the four neighbourhoods have been formally and informally interviewed about their view on the neighbourhood and healthcare services. They expressed a large amount of anxiety for the unknown, e.g., big turnover in rental houses, the formal authorities as being the government and institutions that execute government policy. The pastor reaches a fair amount of isolated people, sometimes avoiding any care, and with financial depth, and declares to achieve small steps forward with these individuals.

Building stone CITIZENS IN ACTION promotes societal participation, self-management, giving meaning to one's own live and mental and physical resilience of citizens, and program participation.

1. As all Dutch municipalities, Maastricht increasingly focuses on stimulating societal participation of their citizens. All citizens can appeal for collectively available social services in the neighbourhoods. Starting in autumn 2016, Blue Care intends to improve and optimise the bottom-up development and use of these services. For example, easy accessible and informal information points for specific care, welfare, housing or participation. Initiatives will be promoted that empower citizens in finding (voluntary) work, in basic personal skills such as resilience training, cognitive flexibility, emotional and practical social support, strengthening control beliefs (closely related to fatalism, powerlessness) (Bosma, et al., 2005; Bosma, Van de Mheen & Mackenbach, 1999) or other ways of giving meaning to their own life. It is not the municipality who will define what is important for their citizens, but the citizens themselves will define what is important in their neighbourhood and will be supported in realizing that by the local government.

2. The relationship between individual citizens and health care/social professionals will change. Starting from 2016 both parties will be challenged, facilitated by the six dimensions of positive health, to discuss together the individual's main needs in the context of his/her social environment, and next to determine his/her self-management capabilities and the topics he/she needs additional professional support in. Instead of leading citizens to existing services, the authorities and the citizens both will be triggered to look further than the existing supply oriented services and will be stimulated to find creative solutions for the needs and wishes of citizens. As a first step, citizens and health care professionals will be invited to discuss the current protocols and routines in a citizen-professional relationship.

3. Through the entire course of the current pilot, citizens will be actively involved as a research partner. Patient representatives were already participating in the main executive committee in the preparation phase. For the other program elements, community representatives will be recruited, starting from the second half of 2016. Therefore, we will start with community discussion platforms to engage citizens. A citizen panel will be formed (one panel for Nazareth/Limmel and one panel Wittevrouwenveld/Wyckerpoort) consisting of about 10 citizens who act as representatives of their neighbourhood. The citizens in these panels are coached in being a sensitive neighbourhood spokesman, are asked to reflect on the present choices and have a voice in the decision-making process. Besides that, a citizen will take place in the coordination team that monitors the budgets in the neighbourhoods (see 'Combining budgets'). The criteria for the selection of appropriate representatives will be discussed with neighbourhood stakeholders and knowledge institutions in the field of citizen's participation, e.g. department of social work of Zuyd University of Applied Science (Zuyd Hogeschool), and Movisie.

PROFESSIONALS IN ACTION

Building stone PROFESSIONALS IN ACTION focuses on the role of the health or social service provider at the operational (i.e., the professional) level. The pilot has started with consulting general practitioners (GPs), nurse practitioners (chronic care and mental care), community nurses, social workers, psychiatrists, and municipal administration officers (social support, youth

care, and participation) of the four neighbourhoods. They expressed their wish to reduce administration procedures and improve professional autonomy in individual tailored coaching support services. According to their opinion the kind of care that is provided is too much influenced by financial reimbursement options and case load compartments, insufficiently taking citizen's real need in their own living context into account.

The professionals of the four participating neighbourhoods have also articulated their ideas about potential areas of improvement in (the collaboration of) health care and social care. Improvements are for example simplifying the collaboration between different care/service providers by assigning case-managers, reducing the number of professionals simultaneously supporting a client, stable staffing resources for critical functions per neighbourhood, and providing a secure multidisciplinary digital information exchange system in which sensitive client information can be shared once informed consent has been given by the client. The professionals have already been introduced to the new concept of positive health accompanied with the six dimensions and the spider web screening instrument, and expressed faith in applying these concepts. An important aspect in the integrated approach is a comprehensive and continuous training and learning program for professionals in health and social care. Training will start in autumn 2016 and involves conceptual knowledge (i.e. positive health, intersectoral collaboration, financial reimbursement) as well as skills trainings (i.e. motivational interviewing, application of the spider web screening instrument, shared decision making) and selection of instruments to use in practice, for instance the spider web screening instrument of positive health. From 2017 to 2020 onwards and after initial training, the professionals will regularly organise reflective work sessions in which they discuss problems they encounter in daily practice and possible solutions (in Dutch: 'interviews bijeenkomsten'). In 2016 we will design a coherent coaching, training and reflection program for professionals involved, and elaborate on its financial and organisational consequences. The community coordination teams will be prepared (see building stone Combining budgets) and effectively start in 2017. The implementation process will gradually evolve over time and will require translation into daily working routines as it is a mutual learning process in practice during the coming four years. To realise these improvements the professionals at operational level need a high degree of autonomy and need to be supported by their organisations, both at tactical level as well as at strategic level. Therefore commitment of managers and directors is essential to create a supportive environment and experimental learning space (Wehrens, Bekker & Bal, 2011) in which the interest of the citizen will be prioritised beyond the interest of the organisation. Next, the interest of the collaborative neighbourhood network will be prioritised beyond each separate organisation. Members of the executive committee have already started with gaining broad commitment of all organisations on a strategic and tactical level in the preparation phase of the pilot (2015). This led to an agreement in January 2016 between the directors participating in the collaboration "Transformatie sociaal domein" in which they appointed the current Blue Care pilot as a priority initiative above other initiatives that might come along. Partners agreed to join efforts to make Blue Care a successful pilot. During the implementation of the pilot the investments on strategic and tactical commitment will be continued, starting from May 2016, when a kick-off meeting will be organised for the directors.

COMBINING BUDGETS

The Dutch healthcare and social services are currently divided in five laws that are carried out by three different administrative authorities (Ministry of Public Health, Welfare and Sport, 2016):

- 1) the Health Insurance Act (Zvw), which is the basic insurance, covering medication and health care services from general practices, hospitals, dentists, and other allied health professionals. People are obliged to subscribe for an insurance and can change their insurance company once a year.
- 2) the Social Support Act (Wmo), Youth Act (Jeugdwet) and Participation Act are carried out by the local authorities. They provide the assistance or (youth) care services and participation support in general (Wmo), but also specifically for young people and their families (Jeugdwet). The starting point of these laws is people's opportunities rather than their shortcomings. Initially, people are encouraged to draw on their own network and resources for support, but support is always available for those unable to secure it themselves.
- 3) the Long-Term Care Act (Wlz), which covers long-term care for people who require permanent or 24-hour home care and has replaced the AWBZ (General Exceptional Medical Expenses act) is administered by special long-term care administrators at the behest of the central government. People who live or work in the Netherlands contribute to this insurance through an income dependent premium through their payroll tax added with a personal contribution when people use the care.

The coordination team is designated as the team where decisions are made about allocating health and social care. In each community/neighbourhood a coordination team will be formed to be responsible for providing the integrated social and health care needs. The team monitors the reimbursements that will be assigned. The coordination team consists of a general practitioner, a community nurse, a representative of the local authority, a community member and a team member who provides the management and monitoring information. The coordination team proceeds stepwise:

- 1) Operationalising the six dimensions of positive health. A conversation tool based on the dimensions of positive health will be used in daily practice, by introducing an iStatement in which the citizen (thus I, and not the professional) prioritises his/her fundamental or essential needs to give meaning to his/her life ;
- 2) A case-manager (case coordinator) will be appointed;
- 3) Operational instruments / tools that support the integration of the domains will be made available. More specifically, joint care planning agreements, personalised health care plans, a method for (digitally) sharing clinical records across a multidisciplinary team, and a registration tool to specify provided care and support ;
- 3) Based on the integrated management and monitoring information registration provided for the whole community population, the coordination team has sufficient discretionary space to decide on citizens' care and support provisions. To correct for personal preferences of the team members, to gain insight into their new professionalism, and to prevent overspending, the coordination teams of both neighbourhoods will get mirror information to reflect on the decisions made.

Building stone COMBINING BUDGETS will build a reimbursement system in which the budgets of the dominant health insurers in the south of Limburg, i.e., VGZ and CZ, (1. Health Insurance Act) and the budgets for social care and public health financed by the local authority of Maastricht (2. Social support act, Youth Act and Participation Act) are virtually combined for the population of the four neighbourhoods. Both the health insurers and the municipality have expressed their intention to

participate in this pilot and are currently constructively investigating all options to make the complex and challenging process a success. The budgets of the Long-Term Care Act (3) will not be included in the neighbourhood budget of the Blue Care pilot, even though the costs on this area will be monitored along the way.

The objective is to achieve this integrated community approach within the available financial budgets or ideally within decreasing budgets using the reimbursements of 2015 in these domains as an upper limit. Initially the budgets will be virtually combined. Based on the results of this pilot, the next step will be to adjust the current reimbursement system.

STUDY DESIGN

Study population

The pilot in the pioneer site Blue Care is implemented in the neighbourhoods Nazareth/Limmel and Wittevrouwenveld/Wyckerpoort. These so-called pilot neighbourhoods are assigned to the intervention group. For the comparison group, the neighbourhoods Malberg (n=5,485 inhabitant), Pottenberg (n=2,430 inhabitants), and Mariaberg (n=4,990 inhabitants) of Maastricht are selected based on similarity of the "comparison" citizens with their "intervention" counterparts in terms of demographic characteristics and use of services in the social domain.

Eligible for participation are all citizens aged 12 years and older. Per study group, respondents will be stratified according to age (12-18 years; 18-65 years; 65 years and older) and neighbourhood (intervention: Nazareth/Limmel and Wittevrouwenveld/Wyckerpoort; comparison: Malberg, Pottenberg, and Mariaberg) to ensure an equal distribution of participants over age groups and participating neighbourhoods in both study groups.

As the intervention group is a geographically-defined population, we cannot determine on forehand which initiatives will be unfolded by citizens or who will appeal for care or services. Furthermore, the intervention does not have fixed boundaries and positive effects may even influence those not directly enrolled in a care or support program but the neighbourhood as a whole. Therefore, to investigate the effectiveness of the integrated community approach, a random sample of citizens from those eligible to participate, stratified according to age and neighbourhood, will be drawn from the basic registration of persons ('Basisregistratie Personen, BRP') of the municipality of Maastricht for the intervention group as well as the comparison group. Intervention group participants will be matched to their comparison counterparts based on the number of services that citizens lay claim to in the social domain. This will be checked with the municipality of Maastricht on postal code level in which use of services is categorised in three groups based on data from the Atlas Sociaal Domein Maastricht of 2014 (no services used; less than 4 services used; 4 or more services used). Only one person per household will be approached for participation by means of a written informed consent form sent by postal mail. One telephone call to non-responders will be performed to check whether citizens received and understood the information letter. In case this procedure is insufficient for obtaining the required sample size, snowball sampling will be used via those already enrolled. As these citizens are representatives of their neighbourhoods, it is expected that this may positively influence the participation rate.

Research design

A mixed-method approach, combining both quantitative and qualitative research methods, will be applied to yield an enriched understanding of the various processes that will take place in the neighbourhoods. Quantitative and qualitative data will be collected concurrently and both are of equal importance in evaluating the added value of the integrated community approach for improving population's health, improving the experienced quality of care, and reducing per capita costs (Triple Aim). Both quantitative and qualitative data are also required from a social ecological perspective to explore more into detail how the intervention might vary according to the different political and environmental contexts into which it is placed. Complex quality improvement interventions such as this pilot can only be properly understood if the evaluation takes into account the interconnections between content, application, context, and outcomes (Walshe, 2007).

The first part of this research focuses on the outcomes of the integrated community approach in terms of the effectiveness on the perceived quality of life of deprived/vulnerable citizens living in low socioeconomic neighbourhoods and the influence on changes in total reimbursements at a (sub)population level as well as substitution in different types of reimbursements in the pilot neighbourhoods.

For investigating the effectiveness on perceived quality of life of citizens, the integrated community approach in this pilot can best be considered a 'natural experiment' (Craig, et al., 2012) as the research will follow the natural course of the development of the pilot in daily practice. It is a pragmatic experiment that aims to test whether the integrated community approach is likely to be effective in routine practice by comparing it against neighbourhoods where this approach is not implemented. Exposure to the integrated community approach at the individual level cannot be manipulated (i.e., randomised) by a researcher for the following reasons:

- Health and/or social service needs as judged by citizens themselves, their informal caregiver or professional health or social service providers should be the leading criterion for offering care and social domain services via the integrated community approach (and not whether one is assigned to the intervention or comparison condition by chance);
- It would restrict obtaining an objective and real-life picture of the distribution of budgets, delivery of care or services in the social domain and in the health insurer financed domain, and the development of initiatives by citizens.

Experimental manipulation at the municipality level is also not feasible, as these neighbourhoods and the organisations involved have signed an intention to implement an integrated community approach, based on the working principles of positive health and by combining budgets. Furthermore, instead of a fixed intervention with clear guidelines for implementation, variability in content and implementation can be expected as the building stones of the integrated community approach need to evolve over time and require translation into daily working routines during the process of implementation. From this viewpoint, the most robust research design possible will be chosen to minimise bias and maximize generalisability, but one that is also flexible to the ongoing developments within the participating neighbourhoods (instead of a rigid research design in which daily practice should follow the rules of research).

A prospective quasi-experimental study will be designed comparing baseline and follow up data in "intervention" neighbourhoods that implement the integrated community approach with "comparison" neighbourhoods who do not implement

this approach. A random sample of citizens aged 12 years and older will be approached for participation per study group. Because of the choice of relatively distal outcome measures and to avoid excessive burdening of citizens in the intervention group, outcomes will be assessed at baseline (T0; start of the pilot in the intervention neighbourhoods) and after three-year (T3) follow-up in both the intervention and comparison neighbourhoods. Subgroup analyses will be performed to analyse the effect of the integrated community approach on the outcome measures at a subpopulation level (i.e., according to age (12-18 years; 18-65 years; 65 years and older), gender (male/female), type of problems (categories will be determined at T3 based on real-life distribution of the type of care and service requests of clients in the intervention group)).

For investigating the influence of the integrated community approach on reimbursements, two levels for computing reimbursements retrospectively are distinguished: population level and user level. Firstly, the amount and the trend of the annually reimbursements during the intervention period (T0-T3) spent in case of the Health Insurance Act, the Social Support Act, the Youth Act and the Participation Act in the intervention neighbourhoods will be computed on population level (total amount as well as mean per citizen). These reimbursements will be compared with a reference period (2015, 2016 Q1-2) and with the comparison neighbourhoods (risk-adjusted standardized reimbursements) as well as the national trend to investigate if a break in the trend will appear (population level). Also, the annually mean volumes of used medical services and services in the social domain will be computed for both the intervention and comparison neighbourhoods to investigate whether changes in the number of used services took place. To assess whether the integrated community approach results in changes in type of reimbursements, shifts in reimbursements between the medical and social domain will be calculated as well as shifts within these domains (for example: shifts from Youth Act to Social Support Act or from mental health care to primary care). However it is expected that the follow-up period is too short to demonstrate the influence of the integrated community approach on a population level in terms of reimbursements. To get more insight, citizens who receive multiple complex care (use of more than two services in the social, mental and/or medical domain) are asked for informed consent to monitor their reimbursements. The amount of reimbursements, the volumes of used services as well as the trend will be computed to investigate whether changes in the use of services and in the amount of reimbursements will take place (user level).

The second part of this research evaluates the process of embedding the integrated community approach in the pilot neighbourhoods Nazareth/Limmel and Wittevrouwenveld/Wyckerpoort. For understanding this process we use various methods of data collection. We aim to capture the context in which the integrated community approach will unfold and the thinking and practices that are tied to it. This allows for a more thorough understanding of both intervention delivery as well as aspects of the context in which the intervention is embedded.

To investigate how the application of the six dimensions of positive health contributes to improvements in perceived quality of life of citizens, the spider web screening instrument, as filled out by citizens in intervention neighbourhoods during their contact with a professional, will be collected for research purposes with permission of the citizens or their legal representative. The instrument will be collected at baseline (T0) and at all contacts with professionals up to three year follow-up. Changes over time in positive health at group-level or subgroup-level will be compared to scores on the spider web screening instrument of the sample enrolled in the effectiveness study, as well as to measures from the health monitors (e.g., physical and mental fitness, social participation, functional independence) of the public health service southern Limburg and data (i.e., labour participation, school absenteeism) on postal code level (6 positions) of Statistics Netherlands (CBS) in both the intervention and comparison neighbourhoods. This allows for the estimation of underlying secular trends or cyclical (seasonal) effects that may influence the scores on the six dimensions of positive health. In addition, semi-structured interviews will be conducted with professional health and social service providers and members of the coordination teams engaged in filling-out the spider web screening instrument with citizens. Topics addressed relate to the professional's opinion regarding changes over time in the six dimensions of positive health. These semi-structured interviews will be conducted at one-year (T1) and two-year (T2) follow-up after the start of the pilot. Also, a citizen panel will be formed in each of the pilot neighbourhoods (one panel for Nazareth/Limmel and one panel Wittevrouwenveld/Wyckerpoort) consisting of about 10 citizens who act as representatives of their neighbourhood and keep track of any developments within their neighbourhoods as long as the implementation process endures (up to the end of 2020). They will meet two to four times a year. A researcher will act as a facilitator, but one of the panel members eventually guides the discussion while the researcher only observes. The six dimensions of positive health will be discussed during the meetings in relation to the perceived needs of citizens and initiatives that have unfolded within the neighbourhoods. By means of these panels, citizens are an active partner in this research by offering the researcher insight into initiatives that unfold as a consequence of the integrated community approach over time.

Second, the process evaluation focuses on how health and social service providers collaborate in the social and healthcare domain at the strategical, tactical and operational levels and to what extent they are able to prioritise mutual interests above their own organisational interests. Interprofessional teamwork in the neighbourhoods will be evaluated based on the assumptions of successful teamworking as defined by Rice (2000) and as confirmed in an integrative review of interprofessional teamwork between community health professionals and health care professionals (Franklin, Bernhardt, Lopez, Long-Middleton, & Davis, 2015):

- Shared understanding of roles, norms, values, and goals of the team: evidence of clearly defined goals for interventions, team member roles, or congruence of values or mission of team members.
 - Egalitarianism: citizens and their families are part of the health care team as evidenced by respect for their input into preferences, decision making, or goal setting.
 - Cooperation: a working together that recognizes and respects involvement and contributions of all members as evidenced by team meetings or joint training.
 - Interdependence: absence of independence or lack of autonomy as evidenced by team discussions and consultation between professionals from different organisation.
 - Synergy: the combined efforts of the team and the shared decision-making result in a greater benefit to the client than the effects of the individual disciplines alone. In this case, outcomes of interventions are attributed to the collective team effort.
- Assessment of these elements will be incorporated in the semi-structured interviews with professional health and social service providers and members of the coordination teams that are conducted at one-year (T1) and two-year (T2) follow-up after the start of the pilot. In addition, participatory observations will be performed during existing consultative bodies or meetings for the pioneer site in the region Maastricht-Heuvelland at the directors level or other meetings with directors on behalf of the pilot Blue

Care to assess whether they are able to prioritise mutual interests above their own organisational interests. Also, individual semi-structured interviews will be planned with directors and managers at three-year follow-up (T3) to discuss their role in the transformations in the neighbourhoods 'Nazareth/Limmel' and 'Wittevrouwenveld/Wyckerpoort' as a consequence of the integrated community approach.

Third, the assessment of how professionals deliver person-centred care and support from a generalist perspective according to the principles of positive health and its influence on the type of health and social services provided to citizens will be addressed in a focus group (one for Nazareth/Limmel and one for Wittevrouwenveld/Wyckerpoort) with professional health and social service providers and members of the coordination teams of the pilot neighbourhoods at three-year follow-up (T3). This meeting is used to feed back the anonymised findings of the individual interviews and to assess perceived barriers and facilitators for person-centred care according to the principles of positive health and their needs and wishes for continuing the approach in the future. Also the professionals' experiences with administering the spider web screening instrument and addressing the six dimensions of positive health in client contacts will be topic of discussion. Furthermore, a random selection of 10 client files addressed by the coordination teams (5 cases from Nazareth/Limmel and 5 cases from Wittevrouwenveld/Wyckerpoort) will be investigated in more detail to better understand:

- The initial demand for care or social services as pronounced by the citizen or an informal caregiver
- The personalised health care plan formulated by the coordination team, together with the client
- Number and type of follow-up contacts with professionals
- Extent to which the citizen concerned is satisfied with follow-up and care or services provided according to the principles of positive health

These questions will be answered using review of documents, semi-structured interviews with the citizens involved, and, if additional information is required, consultation of the professionals involved in coordinating care or services for these cases (at three-year (T3) follow-up).

Fourth, how the virtually combined budget is operationalised will be investigated by means of participatory observations during the monthly meetings of the coordination teams and in the periodical (annual or biannual) meetings on strategic and tactical level of the initiators of this pilot. In addition, individual semi-structured interviews will be planned with these directors (strategic level) and managers (tactical level), as mentioned earlier, at three-year follow-up (T3) to discuss the practice of virtually combining the budgets, their role in this process and their idea of barriers and facilitators. These topics will also be addressed in the focus group at three-year follow-up (T3) with professional health and social service providers and members of the coordination teams.

A summary of the process related aspects of this research, including source/methods and timing of data collection is provided in Table 1 (see attachment Table 1).

Outcome measures

In the first part of this research (outcomes in terms of effectiveness and influence on reimbursements), endpoints relate to the Triple Aim principle as defined by Berwick and colleagues (2008). To obtain a sustainable care system, Triple Aim focuses on simultaneously working on three goals while implementing and evaluating new care innovations: (1) increased population health, (2) increased experienced quality of care and (3) reduced (increase of) per capita health related costs. Population health refers to the improvement of health in the population which includes health status, health related quality of life, and social determinants. The experienced quality of care relates to better perceived quality of care. Health related costs refer to reimbursements spent on primary care, secondary care, mental health care, medication, and diagnostics, but also reimbursements in the social domain (on account of Health Insurance Act, Social Support Act, Youth Act and Participation Act). All outcome measures belonging to the first part of this research with their timing of data collection are summarised in Table 2 (see attachment Table 2).

The primary outcome measure to determine the effectiveness of an integrated community approach, based on the principles of positive health, is health-related quality of life, measured by the SF-12v2 (Ware, Kosinski, Turner-Bowker, & Gandek, 2002). The SF-12v2 is a multidimensional generic measure of health-related quality of life containing 12 items derived from the SF-36v2. Two summary scores can be generated, i.e., the Physical Component Summary Scale Score and Mental Component Summary Scale Score. This instrument is preferred as primary outcome measure instead of using an instrument of positive health, as positive health instruments are mainly developed for individual diagnosis and have not yet been validated as a population-based measure in the general population in the Netherlands (the Knowledge Center Measurement Instruments of VUmc in collaboration with the Institute of Positive Health are currently working on the development and validation of a screening instrument for positive health).

Secondary outcome measures collected on behalf of this research by means of questionnaires are:

- Resilience: assessed by the Resilience Scale (RS) (Wagnild & Young, 1993). The 25-item measure defines resilience as a positive personality characteristic that enhances individual adaptation. Two subscales may be generated, i.e. 'Personal Competence' and 'Acceptance of self and life'. The scale has performed as a reliable and valid tool used with a wide range of study populations according to socio-demographic characteristics (Wagnild, 2009) and is the most appropriate measure of resilience for the adolescent population (Ahern, Kiehl, Sole, & Byers, 2006). The Dutch version (RS-nl) showed preliminary evidence of its validity and reliability in ethnic minority and low socioeconomic status groups (Turan, 2013).
- Positive health: measured using the spider web screening instrument, which is also used in contacts between citizens and professionals as part of the integrated community approach. It consists of six dimensions: bodily functions, mental functions and perception, spiritual/existential dimension, quality of life, social and societal participation, and daily functioning (Huber, et al., 2016).
- Mental health in relation to the everyday life: assessed using PsyMate, an instrument to monitor daily life experience and behaviour (Myin-Germeys, Birchwood, & Kwapil, 2011). An app-based version of a purpose-made device will be used. At

irregular intervals during the day (10 times) and during a period of 2 weeks, the PsyMate will beep to prompt the user to fill in basic information on current mood state, social context and activities (10 items).

- Perceived quality of care: grade for quality of total care/support received in past 12 months, assessed on a scale from 0 to 10 (0: worst possible care; 10: best possible care. This question is also used in the 'National monitor population management pioneer sites' (LMP) performed by the National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) (Drewes, et al., 2015).

Above primary and secondary outcomes measures will be assessed using a self-administered digital questionnaire distributed at baseline (T0) and after three-year (T3) follow-up. At these time points, respondents are instructed to apply the PsyMate app for 2 consecutive weeks. Assistance will be offered in installing and using the PsyMate app. As the low SES population is difficult to enrol in research and require additional attention to keep them motivated to continue participation, trained research assistants will administer the questionnaire on a laptop or tablet in person. This may be at the participant's home or during purposefully organised activities in the neighbourhoods. In case people are unable to respond to questions themselves (e.g., due to psychological disorders), a non-professional proxy (e.g., parent, informal caregiver) will be asked to fill it out on their behalf. The research assistant will provide assistance in case people do not have a proxy or for people who object to filling-out questionnaires and therefore tend to drop-out. In these cases, the respondents answer the questions and the research assistant registers their responses on the online questionnaire form.

Data related to health and participation, as well as reimbursement data will be collected via existing datasets and registration systems (data from Public Health Service South Limburg, Statistics Netherlands, health insurers VGZ and CZ, the municipality of Maastricht, and if necessary Vektis,).

Sample size

The sample size calculation is based on the primary outcome health-related quality of life, measured with the SF-12v2. To demonstrate a clinically relevant treatment difference of 3.0 on the Mental Component Summary Scale Score, given $SD=8.88$ (Drewes, et al., 2015), an α of 0.05 and a power of 0.80, the minimally required number of participants is 138 per study group. In order to demonstrate the effect of the integrated community approach on the subpopulation level with respect to age (12-18 years; 18-65 years; 65 years and older), 138 participants per age category are required, resulting in a total of $3 \times 138 = 414$ participants per study group. The total required sample size (intervention + comparison group) is therefore 828 (2×414). The expected response rate is 50% across all age groups and neighbourhoods, which means that 1,656 citizens (828 citizens per study group) need to be approached for participation.

Analysis

Descriptive statistics will be computed to describe the characteristics of the target population in participating neighbourhoods (e.g., age, gender, socioeconomic status, ethnicity, household composition) and to compare the intervention and comparison neighbourhoods at baseline. Relevant statistical tests (e.g., t-test, chi-square, analysis of variance, regression analysis) will be applied to analyse effects on the primary and secondary outcome measures (level of significance is 0.05; two-tailed). Data will be analysed according to the intention-to-treat principle. This means that all subjects included in the intervention group will be analysed as intervention subjects irrespective of whether they received the intervention or not. This allows for judging whether the neighbourhood population as a whole benefits from the integrated community approach, irrespective of whether citizens actually received (elements of) the intervention.

In all analyses, possible baseline differences between citizens from intervention and comparison neighbourhoods will be corrected for using propensity score matching. In addition, subgroup analyses will be performed to investigate whether certain groups of citizens benefit more from the integrated community approach than others (i.e., according to age, gender, type of problems). Type of problems may for example be operationalised as new cases (citizens not enrolled in any of the care or service trajectory before) versus existing cases or certain subgroups of citizens as defined by their specific care and/or social service demands or their health-related quality of life.

Descriptive statistics will be used to describe the total amount of reimbursements on population level over time as well as (changes in) the proportion of reimbursements in the social domain (on account of Social Support Act, Youth Act and Participation Act) and in the medical domain (on account of the Health Insurance Act, e.g., primary care, hospital care, mental health care, medication and diagnostics). Time series will be used to assess whether a break in the trend will appear.

Qualitative data will be analysed using coding of personalised health care plans or care files, narrative descriptions of procedures and meetings, and identifying themes in the focus group with professionals, citizens' panels, and semi-structured interviews with citizens, professionals, managers, and directors.

Planning

The year 2016 will be a transition year in which preparations are made for the transition towards the integrated community approach. Also the necessary preparations on behalf of the research will be done. This includes carrying out the baseline measurement before any changes at the operational level are visible within the pilot neighbourhoods. The research activities will start +/- Q3 of 2016 and end +/- Q2 of 2020. In the meantime, the pilot Blue Care will be embedded in the selected neighbourhoods (pilot ends in December 2020). No specific intervention activities are planned at fixed time points as the building stones and resulting initiatives unfold over time, depending on the needs of citizens in terms of care and/or social services.

A detailed overview of the planning is depicted in Table 3 (see attachment Table 3).

PROGRAM ORGANISATION

Blue Care and Alliance Santé

The pilot will be embedded in existing collaboration structures as much as possible, and in particular the meeting and decision making structure of Alliance Santé (Alliantie Santé). Alliance Santé was founded in 2014 to facilitate activities of the Blue Care

project regarding Berwick's Triple Aim goals, with an underlying Manifest Santé that is signed by the participating organizations. Interventions that have already been implemented in Blue Care are for instance the foundation of two out-hospital centres in which secondary outpatient care is substituted by primary care and the change of pharmaceutical prescribing behaviour of health care providers. Alliance Santé consists of nine health care and social care organizations: primary care organisation (ZIO), Academic Hospital Maastricht (MUMC+), homecare organization (Envida), mental health organization (Mondriaan), public health organization (GGD Zuid Limburg), health insurance company (VGZ), regional patient organisation (Huis voor de Zorg), municipality of Maastricht, Maastricht University.

Executive program structure

The steering group of Alliance Santé consists of the directors of the organisations, and functions as the steering group of the current Bleu Care pilot. The pilot is executed through an executive committee, consisting of innovation and strategically members of primary care organisation ZIO, municipality of Maastricht, health insurance company VGZ, Huis voor de Zorg, public health service GGD Zuid Limburg, and Maastricht University. The executive committee will monthly discuss the operational progress, will set and secure the borders of the program, and will inform the steering group. On the operational level, four types of working groups will be formed for each group targeted in the pilot (citizens, professionals, financiers and directors). Dependent of the amount and characteristics of the initiatives one or more working groups will be formed. The working groups will enjoy great autonomy within borders of the program.

Supportive program structure

The following supportive structures will be formed in order to facilitate the process. The first is administrative support including secretarial assistance, program management and public relations and communication. The second is monitoring and evaluation (M&E), which will be led by the Academic Collaborative Centre for Public Health (Academische Werkplaats Publieke Gezondheid), which is a collaboration between de GGD Zuid Limburg, University Medical Centre Maastricht (MUMC+) and the Limburg municipalities. The monitoring and evaluation group will be chaired by the professor of population health of the department of Health Services Research of Maastricht University, 2 tot 3 members of the executive committee, and the researchers involved in studying the process and effects of the program. The centre for data and information management MEMIC of Maastricht University will be hired to manage all the data that is used in the study and to combine data-sources. This group will have a close link to the group that is responsible for monitoring and combining the budgets.

Expertise, voorgaande activiteiten en producten / Expertise, prior activities and products

Prof. Dr. Ir. Maria Jansen is professor Population Health at Maastricht University and program leader of the Academic Collaborative Center for Public Health. She has broad experience in supervising and executing research on the research – policy and practice triangle. Her focus is on improving population health by means of multidisciplinary research cooperation and inter-sectoral implementation of public health (policy) interventions to prevent socio-economic health inequalities. She supervises >10 Ph.D. students and has (co-)authored over 70 publications in peer-reviewed, professional journals or book chapters.

Prof. Dr. D. (Dirk) Ruwaard is chair of the Department of Health Services Research of the School for Public Health and Primary Care (CAPHRI) at the Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University. He has extensive knowledge in epidemiology, public health, chronic care, integrated care and health policy. He has been leading large research programmes throughout his career, in particular (a) the 'Public Health Status and Forecasts' research programme (VTV), (b) the 'Redesigning Health Care' research programme of Maastricht University which provides high-quality multidisciplinary research and teaching focusing on innovations in health services, and (c) the recently founded 'Academic Collaboration Centre for Sustainable Health'. He is (co-)author of numerous publications and chair or member of several committees in the field of prevention, public health and health care.

Dr. Mandy Leurs-Stijnen is a researcher/epidemiologist at the Public Health Service South Limburg and the Academic Collaborative Centre for Public Health. She holds a Master of Philosophy degree in health sciences research (graduated 'cum laude'), with a specialisation in social sciences. From 2009 to 2014 she was responsible for evaluating the feasibility, effectiveness and implementation of a patient-centered preventive home visitation programme for the early detection of health and/or well-being problems in community-dwelling older people (75+) in general practice. For this work she was awarded the 'Spreeuw' price in 2015 for innovative and societally relevant research in practice. Her main current research efforts focus on projects in the public health domain targeting older people with special attention for the design, implementation and evaluation of (complex) innovations.

Dr. Mariëlle Kroese is senior researcher at the Department of Health Services Research of the School for Public Health and Primary Care (CAPHRI) at the Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University. Since 2002, she has participated in several research projects in the field of redesigning health care and improving quality of care about the design, evaluation (feasibility, effectiveness, costs) and implementation of health care innovations. She is coordinating the recently founded 'Academic Collaboration Centre for Sustainable Health' in which several project are being performed, amongst others substitution of primary care with hospital care. Her main current research efforts focus on the monitoring and evaluation of substitution initiatives in pioneer sites 'Blue Care', 'My Care' and 'Differently Better' according to the Triple Aim principle

Dr. Machteld Huber, MD PhD, initiated the new, dynamic definition of health and elaborated this into the concept of Positive health with six dimensions. Huber was (senior) researcher at the Louis Bolk Institute for 29 years and is presently director of the Institute for Positive Health, which aims to stimulate and support implementation of the concept of Positive health into practice.

Prof. dr. Ien van de Goor works as senior researcher and professor in Effectiveness of Individual Prevention at Tranzo, Tilburg

University. Her background is in health sciences with many years of research experience in public health and health related behavior and lifestyle. In the last decade she has been working mainly on research within the Academic Collaborative Center Public Health Brabant (with the three regional public health services-GGD-en and the National Institute on Public Health and the Environment-RIVM) in stimulating evidence based work in public health practice. In the past 6 years she has also been working in close collaboration with a Dutch health care insurer (CZ) on research into conditions for effective implementation of preventive interventions in health care (mainly primary care settings) that can slow down the increase in chronic illness.

Dr. Anita Vermeer is senior policy advisor at the Regional Public Health Services of South Limburg (GGD Zuid Limburg) and a researcher at the Academic Collaborative Centre Public Health Limburg (AWPG). She has more than ten years of experience in working at the nexus of public health research, policy and practice. Her focus is on sustainable implementation of community health programs on which she wrote her dissertation. Currently she is responsible for designing and implementing innovations, monitoring and evaluation in the field of public health. She participates as an advisor in the executive committee of the Blue Care pilot.

T. Beenackers-Oomen

Manager sociaal beleid en ontwikkeling bij gemeente Maastricht

Vanuit dien hoofde verantwoordelijk voor het beleid t.a.v. sociale zekerheid/ welzijn en zorg/ onderwijs en sport. Meest relevante beleidsproduct irt ambitie Blauwe Zorg: De Toekomstagenda Sociaal Domein Maastricht-Heuvelland 2022 vastgesteld in gemeenteraden december 2015 met als doel: individuele en collectieve krachten versterken, vanuit burger en directe omgeving, en ondersteuning voor mensen die tijdelijk of permanent geen regie over het eigen leven kunnen voeren en/of een chronische beperking hebben Gemeente verbindt partijen en handelt vanuit gewenste perspectief.

Wiro Gruisen, Manager Regioregie CZ

Opgeleid als jurist in Nijmegen en nadien diverse management- en bedrijfskunde-opleidingen gevolgd waaronder Master of Health Administration (MHA) bij Tias Tilburg. Na diverse managementfuncties bij CZ op het gebied van zorginkoop in 2005 de afdeling Zorginnovatie opgestart. Bij Zorginnovatie worden concepten ontwikkeld voor betere en beter betaalbare zorg. Ondersteuning van verzekeren om zelf in zorg en gezondheid de regie te houden is onderdeel hiervan. Sinds 2012 werkzaam als manager regioregie. Bij regioregie ligt de nadruk op de uitvoering van innovaties. Met de andere stakeholders in de regio worden gezamenlijk en op niet-vrijblijvende wijze innovatieve concepten in de praktijk gebracht die gericht zijn op de Triple Aim: betere gezondheid en zorg voor de populatie tegen lagere kosten (www.cz.nl/zorgaanbieder/regioregie).

Publicaties / Publications

Jansen MWJ, van Oers JAM, Middelweerd MDR, van de Goor LAM, Ruwaard D. Conditions for sustainability of Academic Collaborative Centers for Public health in the Netherlands: a mixed methods design. *Health Policy and Systems* 2015;13:36 DOI 10.1186/s12961-015-0026-7

• Korte-de Boer D de, Mommers M, Creemers HMH, Dompeling E, Feron FJM, Gielkens-Sijstermans CML, Jaminon M, Mujakovic S, van Schayck CP, Thijs C, Jansen MWJ. LucKi Birth Cohort Study: rationale and design. *BMC Public Health* 2015;15:934

DOI 10.1186/s12889-015-2255-7

• Putrik P, van Amelsvoort L, De Vries N, Mujakovic S, Kunst AE, van Oers H, Jansen M, Kant IJ. Neighbourhood environment is associated with overweight and obesity, particularly in older residents: results from cross-sectional study in Dutch municipality. *Journal of Urban Health*, 2015

• Hendriks AM, Jansen MWJ, Gubbels JS, De Vries NK, Kremers SPJ One more question to guide the development and implementation of Health in All Policies: Integrate? *Health Promotion International* 2015;1–3 doi: 10.1093/heapro/dav029

• Hoofs H, Jansen NWH, Mohren DCL, Jansen MWJ, Kant IJ. The context dependency of the self-report version of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ): A cross-sectional study between two administration settings. *PLoS ONE* 2015;10(4): e0120930. doi:10.1371/ journal.pone.0120930

• Jansen M, Kuppens E. Op zoek naar de Limburg-factor. De gezondheidssituatie in Limburg onderzocht en verklaard. Provincie Limburg en GGD Zuid Limburg, Maastricht 2015

• Drost R, Paulus A, Ruwaard D, Evers S. Inter-sectoral costs and benefits of mental health prevention: Towards a New Classification Scheme. *The Journal of Mental Health Policy and Economics* 2013; 16: 179-186.

• Elissen AMJ, Struijs JN, Baan CA, Ruwaard D. Estimating community health needs against a Triple Aim background: what can we learn from current predictive risk models?, *Health Policy* 2014, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.12.007>.

• Valentijn PP, Vrijhoef HJM, Ruwaard D, Bont A de, Arends RY, Bruijnzeels MA. Exploring the success of an integrated primary care partnership: a longitudinal study of collaborative processes. *BMC Health Services Research*. *BMC Health Services Research* 2015; 15(1):32. DOI: 10.1186/s12913-014-0634-x.

• Maarse H, Jeurissen P, Ruwaard D. Results of the market reform in the Netherlands: a review. *Health Economics, Policy and Law* 2015: DOI:10.1017/ S1744133115000353

• Jambroes M, Nederland T, Kaljouw M, Vliet K van, Essink-Bot ML, Ruwaard D. Implications of health as 'the ability to adapt and self-manage' for public health policy: a qualitative study. *European Journal of Public Health* 2015; DOI: 10.1093/eurpub/ckv206.

• Hoof SJM van, Kroese MEAL, Spreeuwenberg MD, Elissen AMJ, Meerlo R, Hanraets M, Ruwaard D. Substitution of hospital care with primary care: defining the conditions of primary care plus. *International Journal of Integrated Care* 2016 (accepted).

• Stijnen MMN, Jansen MWJ, Duimel-Peeters, IGP, Vrijhoef HJM. Nurse-led home visitation programme to improve health-related quality of life and reduce disability among potentially frail community-dwelling older people in general practice: a theory-based process evaluation. *BMC Fam Pract* 2014;15:173.

• Stijnen MMN, Duimel-Peeters IGP, Vrijhoef HJM, Jansen MWJ. Process evaluation plan of a patient-centred home visitation program for potentially frail community-dwelling older people in general practice. *Eur J Pers Cent Healthc*

2014;2:179-189.

- Stijnen M MN, Van Hoof M S, Wijnands-Hoekstra IYM, Guldemond-Hecker Y, Duimel-Peeters IGP, Vrijhoef HJM, et al. Detected health and well-being problems following comprehensive geriatric assessment during a home visit among community-dwelling older people: who benefits most? *Fam Pract* 2014;31:333-340.
- Stijnen MMN, Duimel-Peeters IGP, Jansen MWJ, Vrijhoef HJM. Early detection of health problems in potentially frail community-dwelling older people by general practices - project [G]OLD: design of a longitudinal, quasi-experimental study. *BMC Geriatr* 2013;13:7.
- van Eijk-Hustings YJL, Kroese MEAL, Creemers A, Landewe RB, Boonen A. Resource utilisation and direct costs in patients with recently diagnosed fibromyalgia who are offered one of three different interventions in a randomised pragmatic trial. *Clinical Rheumatology*, 2015, DOI: 10.1007/s10067-015-3067-y.
- van Leijen-Zeelenberg JE, van Raak AJ, Duimel-Peeters IGP, Kroese MEAL, Brink PRG, Vrijhoef HJM. Interprofessional communication failures in acute care chains: how can we identify the causes? *Journal Interprofessional Care*, 2015;Early Online:1-11. DOI: 10.3109/13561820.2014.1003802.
- van Leijen-Zeelenberg JE, van Raak AJ, Duimel-Peeters IG, Kroese MEAL, Brink PR, Ruwaard D, Vrijhoef HJM. Barriers to implementation of a redesign of information transfer and feedback in acute care: results from a multiple case study. *BMC health services research*. 2014 Apr 3;14(1):149. PubMed PMID: 24694305.
- van Eijk-Hustings YJL, Kroese MEAL, Bessems MCM, Landewé RB, Vrijhoef HJM. Supporting healthcare professionals systematically to improve the quality and person-centeredness of fibromyalgia management in primary healthcare. *The International Journal of Person Centered Medicine* 2012;2:837-844.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Van der Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, E., Van Weel, C. & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d4163.
- Huber, M., Van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P.C., & Knottnerus, J.A. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*, 6(1), e010091.
- Huber M. (2014) Towards a new dynamic concept of health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food. Thesis. Maastricht University.
- Vanneste-van Zandvoort, Y. T. M., van de Loo, L., Feron, F., de Vries, M. C. & van de Goor, L. A. M. Attitudes towards addressing medical absenteeism of students: A qualitative study among principals and special education needs coordinators in Dutch secondary schools. *PLoS one* 2016, e0148427
- Vanneste-van Zandvoort, Y. T. M., Mathijssen, J. J. P., van de Goor, L. A. M., Rots, M. C. & Feron, F. Extensive medical absenteeism among secondary school students: An observational study on their health condition from a biopsychosocial perspective. *Journal of Preventive Medicine*. 2015, 5, p. 111-121
- Storm, I., van Gestel, A., van de Goor, I. & van Oers, H. How can collaboration be strengthened between public health and primary care?: A Dutch multiple case study in seven neighbourhoods. *BMC Public Health*. 2015, 15, 1, 974
- Roeg, D. P. K., van de Goor, L. A. M. & Garretsen, H. F. L. Predicting initial client engagement with community mental health services by routinely measured data. *Community Mental Health Journal* 2015, 51, 1, p. 71-78
- Vermeer AJM, Van Assema P, Hesdahl B, Harting J, De Vries NK. Factors influencing perceived sustainability of Dutch community health programs. *Health Promotion International* 2013;10.1093
- Vermeer AJM, Van Assema P, Jansen M, Hesdahl B, De Vries NK, Vermeer AJM. Duurzame wijkgerichte gezondheidsbevordering: wat is het en welke factoren spelen een rol. *TSG* 2012; 90(2):97-103

Referenties / References

Ahern, N. R., Kiehl, E. M., Sole, M. L., Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 103-125.

Atlas Sociaal Domein Maastricht (2014). Atlas voor het sociaal domein gemeente Maastricht. Maastricht.

Baron, S. L., Beard, S., Davis, L. K., Delp, L., Forst, L., Kidd-Taylor, A., Liebman, A. K., Linnan, L., Punnett, L., & Welch, L. S. (2014). Promoting integrated approaches to reducing health inequities among low-income workers: Applying a social ecological framework. *American Journal of Industrial Medicine*, 57 (5), 539-556.

Berwick, D. M., Nolan, T. W., Whittington, J. (2008). The Triple Aim: care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759-769.

Bosma, H., Van Jaarsveld, C.H., Tuinstra, J., Sanderman, R., Ranchor, A.V., Van Eijk, J.T., Kempen, G.I. (2005). Low control beliefs, classical coronary risk factors, and socioeconomic differences in heart disease in older persons. *Social Science and Medicine*, 60(4), 737-745.

Bosma, H., Van de Mheen, H.D., & Mackenbach, J.P. (1999). Social class in childhood and general health in adulthood: questionnaire study of contribution of psychological attributes. *British Medical Journal*, 318(7175), 18-22.

Burgertop200 (2014). Gezondheid & Zorg. Derived from <http://www.maastricht200.nl/burgertop-gezondheid-en-zorg-2014.html> at 24-02-2016.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2013). Kerncijfers wijken en buurten 2013. Den Haag/Heerlen: CBS; derived from <http://statline.cbs.nl/> at 29-01-2016.

Craig, P., Cooper, C., Gunell, D., Haw, S., Lawson, K., Macintyre, S., et al. (2012). Using natural experiments to evaluate population health interventions: new Medical Research Council guidance. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(12), 1182-1186.

- Drukker, M. & Van Os, J. (2003). Mediators of neighbourhood socioeconomic deprivation and quality of life. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(12), 698-706.
- Drewes, H. W., Heijink, R., Struijs, J. N., & Baan, C. A. (2015). Samen werken aan duurzame zorg; Landelijke monitor proeftuinen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Echeverría, S., Diez-Roux, A. V., Shea, S., Borell, L. N., & Jackson, S. (2008). Associations of neighborhood problems and neighbourhood social cohesion with mental health and health behaviors: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Health & Place*, 14, 853–865.
- Franklin, C. M., Bernhardt, J. M., Lopez, R. P., Long-Middleton, E. R., & Davis, S. (2015). Interprofessional teamwork and collaboration between community health workers and healthcare teams: an integrative review. *Health Services Research and Managerial Epidemiology*, 1-9.
- Frohlich, K. L., & Potvin, L. (2008). Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *American Journal of Public Health*, 98(2), 216-221.
- Green, L. W., Richard, L., & Potvin, L. (1996). Ecological foundations of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10 (4), 270-281.
- Hendriks, A-M, Jansen, M. W. J., Gubbels, J. S., Vries de, N. K., Paulussen, T., & Kremers, S. P. J. (2013). Proposing a theoretical framework for integrated health policy making with an application to childhood obesity – The Behavior Change Ball. *Implementation Science*, 8, 46-62.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Van der Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, E., Van Weel, C. & Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343, d4163.
- Huber, M., Van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P.C., & Knottnerus, J.A. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*, 6(1), e010091.
- Jansen M, Kuppens E. Op zoek naar de Limburg-factor. De gezondheidssituatie in Limburg onderzocht en verklaard. Provincie Limburg en GGD Zuid Limburg, Maastricht 2015
- Jasanoff, S. ed. (2004). *States of knowledge: the co-production of science and social order*. London: Routledge.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K., & Prothrow Stith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health*, 87, 1491-1498.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2013). Kamerbrief: Proeftuinen en pilots 'betere zorg met minder kosten'. Kenmerk 110702-102148-C2. Den Haag, 23 april 2013.
- Ministry of Public Health, Welfare and Sport (2016). Leaflet: Healthcare in the Netherlands. The Hague, January 2016.
- Myin-Germeys, I., Birchwood, M., & Kwapiil, T. (2011). From environment to therapy in psychosis: a real-world momentary assessment approach. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 244-247.
- OECD (2015). *OECD Health Statistics 2015. Country note: How does health spending in the Netherlands compare?* <http://www.oecd.org/health>
- Rice, A. H. (2000). Interdisciplinary collaboration in health care: education, practice, and research. *National Academies of Practice Forum: Issues in Interdisciplinary Care*, 2(1), 59-73.
- Taskforce Beheersing Zorguitgaven (2012). Naar beter betaalbare zorg. Rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven. Den Haag: Rijksoverheid.
- Turan, S. (2013). Bachelorthesis: Onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van de Resilience Scale- Nederlandse Versie bij mensen met een lage sociaaleconomische status en verschillende etnische achtergronden. Universiteit Twente, Afdeling Gezondheidspsychologie.
- Vermeer, A. J. M., Boot, N. M. W. M., Hesdahl, M. H., Janssen-Goffin, M. J. H., Linssen, E. C. A. J., Rutten, N., & Hajema, K. J. (2014). Een nieuwe kijk op gezondheid in Maastricht. Lokaal rapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Gelezen: GGD Zuid Limburg.
- Wagnild, G. M. (2009). A review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17(2), 105-113.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165–178.

Walshe, K. (2007). Understanding what works-and why-in quality improvement: the need for theory-driven evaluation. *International Journal of Quality in Health Care*, 19, 57-59.

Ware, J., Kosinski, M., Turner-Bowker, D., & Gandek, B. (2002). SF-12v2: How to score version 2 of the SF-12v2 health survey. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.

Weich, S., & Lewis, G. (1998). Poverty, unemployment, and common mental disorders: population-based cohort study. *British Medical Journal*, 317, 115-119.

Wehrens, R., Bekker, M., & Bal, R. (2011). Coordination of research, policy and practice: a case study of collaboration in the field of public health. *Science and Public Policy*, 38 (10), 755-766.

Financiële gegevens / Financial data

ZonMw budget

Kostenpost	Jaar / Year								Totaal / Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Personeel	74.141	82.773	86.067	77.078	0	0	0	0	320.059
Materieel	28.250	23.250	13.250	3.250	0	0	0	0	68.000
Implementatie	0	5.000	5.000	10.000	0	0	0	0	20.000
Apparatuur	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Overig	1.250	1.250	1.250	1.250	0	0	0	0	5.000
Totaal / Total	103.641	112.273	105.567	91.578	0	0	0	0	413.059

Co-financiering / Cofinancing

Naam co-financier / Name of cofinancier	Bedrag / Amount	Status
Gemeente Maastricht	300.000	Wordt aangevraagd
Maastricht University	13.598	Toegekend
Provincie Limburg	300.000	Wordt aangevraagd
Zorgverzekeraar VGZ	300.000	Wordt aangevraagd

Bijzondere gegevens / Additional information

Vergunningen / Permits

	Verklaring nodig / Statement required?		Status verklaring / Statement status		
	Ja / Yes	Nee / No	Verkregen / Acquired	Aangevraagd / Applied	Nog niet aangevraagd / Not applied yet
METC	X				X
DEC		X			
WBO		X			

Onderschrijvingen / Assents

	Ja / Yes	Nee / No	N.v.t. / N.A.
Code biosecurity / Code Biosecurity			X
Code openheid dierproeven / Code Transparency of Animal Testing			X

Andere vergunningen / Other permits

Historie subsidieaanvraag / History grant application

Deze aanvraag is ook ingediend bij organisatie / This grant application has also been submitted to organization:

Ondertekening / Signatures

Naam projectleider en penvoerder: A. Vermeer	Naam bestuurlijk verantwoordelijke: A. Scherpbier
Plaats en datum:	Plaats en datum:
Handtekening:	Handtekening:

Table 1. Summary methods and timing data collection per process evaluation question

Process evaluation question	Source / method	Timing data collection			
		T0	T1	T2	T3
How does the application of the six dimensions of positive health contribute to improvements in perceived quality of life of citizens?	Spider web screening instrument, as filled out by citizens during their contact with a professional	x	x	x	x
	Semi-structured interviews with professional health and social service providers + members of coordination teams		x	x	
	Citizen panel	x	x	x	x
How do professional health and social service providers collaborate in the social and healthcare domain at the strategical, tactical and operational levels and to what extent they are able to prioritise mutual interests above their own organisational interests?	Semi-structured interviews with professional health and social service providers + members of coordination teams		x	x	
	Participatory observations during existing consultative bodies or meetings for the pioneer site (at the directors level)	x	x	x	x
	Semi-structured interviews with directors and managers				x
How do professionals deliver person-centred care and support from a generalist perspective according to the principles of positive health and its influence on the type of health and social services provided to citizens?	Focus group with professional health and social service providers + members of the coordination teams				x
	Review of 10 client files (+ semi-structured interviews with citizens involved + if required, consultation of the professionals involved)				x
How is the virtually combined budget operationalised?	Participatory observations during the monthly meetings of the coordination teams	x	x	x	x
	Participatory observations at the directors level (initiators of this pilot)	x	x	x	x
	Semi-structured interviews with directors (strategic level) and managers (tactical level)				x
	Focus group with professional health and social service providers + members of the coordination teams				x

Table 2. Summary measures and timing data collection of the quantitative study

Dimension	Outcome	Source/ questionnaire	Timing data collection			
			T0	T1	T2	T3
Demographics	Age, gender, socioeconomic status, ethnicity, household composition		x			
Population Health	Health status, health related quality of life, social determinants	SF-12v2 *	x			x
		Resilience (RS-NL) *	x			x
		Positive Health (spider web screening instrument) *	x			x
		Mental health (Psymate) *	x			x
	Health and participation (physical and mental fitness, social participation, functional independence, labour participation, school absenteeism) (data from Public Health Service and Statistics Netherlands) **		x			x
Experience of care	Perceived quality of care	Question from LMP (national monitor population management pioneer sites) of RIVM *	x			x
Per capita costs	Reimbursements on account of Social Support Act, Youth Act and Participation Act	Data from municipality **	x			x
	Reimbursements on account of the Health Insurance Act (e.g., primary care, secondary care, mental health care, prescribed medication, diagnostics)	Data from health insurers VGZ and CZ, supplemented with data of Vektis **	x			x
* Collected on behalf of this research by means of questionnaires. ** Using existing datasets or registration systems						

Table 3. Overview planning of intervention and research activities

Year	Intervention activities	Research activities
2016	<i>This will be a transition year in which preparations are made for the transition towards the integrated community approach. Also the necessary preparations on behalf of the research will be done. This includes carrying out the baseline measurement before any changes at the operational level are visible within the pilot neighbourhoods.</i>	
	<p><u>Preparatory phase:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Converting provisional action plan into a final version; - Training of professional health or social service providers in the concept of positive health; assembling coordination teams; - Preparations to realise a virtually combined budget 	<p><u>Preparatory phase (starts +/- Q3 of 2016)</u></p> <p><u>Quantitative part (effects and reimbursements):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparing a digitalised version of the questionnaire for outcome assessment; - Drawing a sample for the intervention and comparison group; - Approaching citizens in sample for participation; - Carry out baseline measurement (T0) in intervention and comparison group
2017	Start implementation pilot Blue Care; no specific activities are planned at fixed time points as the building stones and resulting initiatives unfold over time, depending on the needs of citizens in terms of care and/or social services	<p><u>Quantitative part (effects and reimbursements):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Analysis of amount and trend in annual (2016) reimbursements spent in case of the Health Insurance Act, the Social Support Act, the Youth Act and the Participation Act; - Analysis of annual (2016) mean volumes of used medical services and services in the social domain <p><u>Qualitative part (process):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Collect spider web screening instrument; - Performing participating observations and semi-structured interviews; - Formation of citizen panel and facilitate panel meetings; - Transcribing qualitative data
2018	Continuing implementation pilot Blue Care	<p><u>Quantitative part (effects and reimbursements):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Analysis of amount and trend in annual (2017) reimbursements spent in case of the Health Insurance Act, the Social Support Act, the Youth Act and the Participation Act; - Analysis of annual (2017) mean volumes of used medical services and services in the social domain <p><u>Qualitative part (process):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Collect spider web screening instrument; - Performing participating observations and semi-structured interviews; - Observe during citizen panel meetings; - Transcribing qualitative data
2019	Continuing implementation pilot Blue Care	<p><u>Quantitative part (effects and reimbursements):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Carry out follow-up measurement after three years (T3) in intervention and comparison group; - Data input, start with quantitative data analysis; - Analysis of amount and trend in annual (2018) reimbursements spent in case of the Health Insurance Act, the Social Support Act, the Youth Act and the Participation Act; - Analysis of annual (2018) mean volumes of used medical services and services in the social domain <p><u>Qualitative part (process):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Collect spider web screening instrument; - Performing participating observations and semi-structured interviews; - Focus group with members of coordination teams and other professionals involved; - Observe during citizen panel meetings;

		<ul style="list-style-type: none"> - Document review 10 client files and semi-structured interview with citizens and, if required, the professional involved; - Transcribing interviews; start with qualitative data analysis
2020	Continuing implementation pilot Blue Care; pilot ends in December 2020	<p><u>Research ends +/- Q2 of 2020)</u></p> <p><u>Quantitative part (effects and reimbursements):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Analysis of amount and trend in annual (2019) reimbursements spent in case of the Health Insurance Act, the Social Support Act, the Youth Act and the Participation Act; - Analysis of annual (2019) mean volumes of used medical services and services in the social domain reimbursements; - Calculation of shifts in reimbursements between the medical and social domain as well as shifts within these domains; - Data analysis (continued) and reporting final results <p><u>Qualitative part (process):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Data analysis (continued) and reporting final results

INTENTIEVERKLARING

Wijkpilot 'Blauwe Zorg in Maastricht Noord-Oost' 2016-2020

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



Hierbij verklaart de gemeente Maastricht zich bereid een bijdrage te leveren aan het onderzoek getiteld "Positive health beyond boundaries in community care", dat uitgevoerd gaat worden ten behoeve van de wijkpilot 'Blauwe Zorg in Maastricht Noord-Oost'. Kernpartners die in deze wijkpilot samenwerken zijn:

- De gemeente Maastricht
- Zorggroep ZIO
- De Limburgse patiëntenorganisatie Huis voor de Zorg
- GGD Zuid-Limburg
- Zorgverzekeraar VGZ
- Institute for Positive Health
- Maastricht University, vakgroep Health Services Research

29 februari 2016

Hoogachtend,


André Willems,
Wethouder Sociale Zaken, Ouderenbeleid, Stadsbeheer, Sport & Recreatie
Tevens coördinerend wethouder Sociaal Domein.

INTENTIEVERKLARING

Wijkpilot 'Blauwe Zorg in Maastricht Noord-Oost' 2016-2020

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



Hierbij verklaren partijen zich bereid een bijdrage te leveren aan het onderzoek getiteld "Positive health beyond boundaries in community care", dat uitgevoerd gaat worden ten behoeve van de wijkpilot 'Blauwe Zorg in Maastricht Noord-Oost'. Kernpartners die in deze wijkpilot samenwerken zijn:

- De gemeente Maastricht
- Zorggroep ZIO
- De Limburgse patiëntenorganisatie Huis voor de Zorg
- GGD Zuid-Limburg
- Zorgverzekeraar VGZ
- Institute for Positive Health
- Maastricht University, vakgroep Health Services Research

VGZ
N.S.M.M. Hermans,
Zorginkoper Integrale Zorg

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'N.S.M.M. Hermans', is written over a horizontal line.

Handtekening

datum 26 februari 2016

INTENTIEVERKLARING

Wijkpilot 'Blauwe Zorg in Maastricht Noord-Oost' 2016-2020

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



Hierbij verklaren partijen zich bereid een bijdrage te leveren aan het onderzoek getiteld "Positive health beyond boundaries in community care", dat uitgevoerd gaat worden ten behoeve van de wijkpilot 'Blauwe Zorg in Maastricht Noord-Oost'. Kernpartners die in deze wijkpilot samenwerken zijn:

- De gemeente Maastricht
- Zorggroep ZIO
- De Limburgse patiëntenorganisatie Huis voor de Zorg
- GGD Zuid-Limburg
- Zorgverzekeraar VGZ
- Institute for Positive Health
- Maastricht University, vakgroep Health Services Research

Dr. G. Schulpen, directeur Zorggroep ZIO

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'G. Schulpen', written over a light blue horizontal line.

Handtekening

datum 26 februari 2016

INTENTIEVERKLARING

Wijkpilot 'Blauwe Zorg in Maastricht Noord-Oost' 2016-2020

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



Hierbij verklaren partijen zich bereid een bijdrage te leveren aan het onderzoek getiteld "Positive health beyond boundaries in community care", dat uitgevoerd gaat worden ten behoeve van de wijkpilot 'Blauwe Zorg in Maastricht Noord-Oost'. Kernpartners die in deze wijkpilot samenwerken zijn:

- De gemeente Maastricht
- Zorggroep ZIO
- De Limburgse patiëntenorganisatie Huis voor de Zorg
- GGD Zuid-Limburg
- Zorgverzekeraar VGZ
- Institute for Positive Health
- Maastricht University, vakgroep Health Services Research

Dr. M. Huber, directeur Institute for Positive Health

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M. Huber', written over a horizontal line.

Handtekening

datum 26 februari 2016

INTENTIEVERKLARING

Wijkpilot 'Blauwe Zorg in Maastricht Noord-Oost' 2016-2020

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



Hierbij verklaren partijen zich bereid een bijdrage te leveren aan het onderzoek getiteld "Positive health beyond boundaries in community care", dat uitgevoerd gaat worden ten behoeve van de wijkpilot 'Blauwe Zorg in Maastricht Noord-Oost'. Kernpartners die in deze wijkpilot samenwerken zijn:

- De gemeente Maastricht
- Zorggroep ZIO
- De Limburgse patiëntenorganisatie Huis voor de Zorg
- GGD Zuid-Limburg
- Zorgverzekeraar VGZ
- Institute for Positive Health
- Maastricht University, vakgroep Health Services Research

Dr. A.M.P.M Bovens, GGD Zuid Limburg, directeur Publieke Gezondheid

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized loop followed by a horizontal line.

Handtekening

datum 26 februari 2016

INTENTIEVERKLARING

Wijkpilot 'Blauwe Zorg in Maastricht Noord-Oost' 2016-2020

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



Hierbij verklaren partijen zich bereid een bijdrage te leveren aan het onderzoek getiteld "Positive health beyond boundaries in community care", dat uitgevoerd gaat worden ten behoeve van de wijkpilot 'Blauwe Zorg in Maastricht Noord-Oost'. Kernpartners die in deze wijkpilot samenwerken zijn:

- De gemeente Maastricht
- Zorggroep ZIO
- De Limburgse patiëntenorganisatie Huis voor de Zorg
- GGD Zuid-Limburg
- Zorgverzekeraar VGZ
- Institute for Positive Health
- Maastricht University, vakgroep Health Services Research

Drs. JAMB Maes, Directeur Huis voor de Zorg

Handtekening

datum 26 februari 2016

INTENTIEVERKLARING

Wijkpilot 'Blauwe Zorg in Maastricht Noord-Oost' 2016-2020

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



Hierbij verklaren partijen zich bereid een bijdrage te leveren aan het onderzoek getiteld "Positive health beyond boundaries in community care", dat uitgevoerd gaat worden ten behoeve van de wijkpilot 'Blauwe Zorg in Maastricht Noord-Oost'. Kernpartners die in deze wijkpilot samenwerken zijn:

- De gemeente Maastricht
- Zorggroep ZIO
- De Limburgse patiëntenorganisatie Huis voor de Zorg
- GGD Zuid-Limburg
- Zorgverzekeraar VGZ
- Institute for Positive Health
- Maastricht University, vakgroep Health Services Research, FHML

Prof. dr. D. Ruwaard, vakgroepvoorzitter Health Services Research van de School for Public Health and Primary Care (CAPHRI), Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University

Handtekening

datum 26 februari 2016

Begroting voor subsidie-aanvragen ZonMw

Format voor wetenschappelijke instellingen

Dossiernummer Project:

50-53110-98-036

Titel Project:

Positieve gezondheid kent geen grenzen in de wijk. Positive health beyond boundaries in community care

Aantal maanden looptijd Project:

48

Alvorens u deze begroting invult, verzoeken wij u kennis te nemen van de Subsidievoorwaarden ZonMw per 1 juli 2013 en bekostigingsbesluit wetenschappelijke instellingen.

De geldende tabelbedragen zijn eveneens te vinden op de website van ZonMw: www.zonmw.nl/nl/subsidies/voorwaarden-en-financien/

Er is een onderscheid tussen VSNU instellingen (o.a. Universiteiten) en NFU instellingen (o.a. UMC's). Voor VSNU instellingen gelden de volgende functies:

Promovendi, Senior wetenschappelijk medewerker, Niet-wetenschappelijk personeel MBO, Niet-wetenschappelijk personeel HBO en Niet-wetenschappelijk personeel Academisch.

Voor NFU instellingen gelden de volgende functies: Promovendi, PostDoc, (Arts)onderzoeker, Niet-Wetenschappelijk medewerker MBO, Niet-wetenschappelijk medewerker HBO en Niet-wetenschappelijk medewerker Academisch.

1. Personeel

Soort aanstelling/functie	Werkzaamheden (in steekwoorden)	Aantal maanden	Tabelbedrag (bij "afrekening indien aantal maanden")	Fte (%)	Totaal (€)
Promovendus		48	€ 204.474,00	100%	€ 204.474,00
Sen.wet.medewerker		48	€ 271.971,00	5%	€ 13.598,55
Sen.wet.medewerker (begeleiding)		48	€ 271.971,00	5%	€ 13.598,55
NWP MBO		42	€ 176.776,00	50%	€ 88.388,00
					€ -
					€ -
					€ -
					€ -
					€ -
Totaal					€ 320.059,10

2. Persoonsgebonden benchfee (per aanstelling van wetenschappelijk personeel conform art.2.2 van het bekostigingsbesluit)

Omschrijving	Totaal (€)
Benchfee promovendus	€ 5.000,00
Totaal	€ 5.000,00

3. Materieel, Apparatuur, Verbruiksgoederen gespecificeerd (conform art.2.3 van het bekostigingsbesluit)

Omschrijving	Totaal (€)
Datamanagement / databestanden-Vektis	€ 40.000,00
training professionals en cursussen basisvaardigheden buurtbewoners	€ 20.000,00
Reiskosten	€ 4.000,00
Verbruiksgoederen	€ 4.000,00
Totaal	€ 68.000,00

4. Implementatiekosten (gespecificeerd)

Omschrijving	Totaal (€)
Implementatie en communicatie (symposia, publicaties, bijeenkomsten)	€ 20.000,00
Totaal	€ 20.000,00

5. Bijdragen van eigen instelling en derden

Omschrijving	Totaal (€)
Sen.wet.medewerker (begeleiding)	€ 13.598,55
Totaal	€ 13.598,55

ZonMw budget

Kostenpost	Totaal (€)
1. Personeel	€ 320.059,10
2. Persoonsgebonden benchfee (per aanstelling cf. Subsidievoorwaarden)	€ 5.000,00
3. Materieel, Apparatuur, Verbruiksgoederen (gespecificeerd)	€ 68.000,00
4. Implementatiekosten (gespecificeerd)	€ 20.000,00
Totale lasten	€ 413.059,10
Minus:	
5. Bijdragen van eigen instelling c.q. derden	€ 13.598,55
Aan te vragen subsidie bij ZonMw	€ 399.460,55

Akkoord Hoofdaanvrager:**Naam: Prof.dr.ir. M.W.J. Jansen****Functie: Hoogleraar populatiegericht gezondheidsbeleid****Datum:****Akkoord Financieel verantwoordelijke
ontvangende instelling:****Naam: H.W.P. van den Heuvel****Functie: Beheerder****Tel.nr.: 043-3882822****E-mailadres: e.vandenheuvel@maastrichtuniversity.nl**

Wijkpilot 'Blauwe Zorg in Maastricht Noord-Oost'

2016-2020

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



Maastricht, februari 2016

Concept Plan van Aanpak

Versie 1.2

1 Inhoudsopgave

1	Inhoudsopgave	2
2	Introductie	3
2.1	Inleiding	3
2.2	Maatschappelijke trends en uitgangspunten	3
2.3	Sociaalmaatschappelijke visie van provincie, gemeente en zorgverzekeraar VGZ	4
2.4	Doelstelling van wijkpilot 'Blauwe Zorg'	7
2.5	Het concept 'Positieve Gezondheid'	7
2.6	Het 'Huis van de Positieve Gezondheid'	8
2.7	De vier buurten binnen de pilot	9
2.8	Vorbereidingsproces	10
3	Pijler 1: 'Burger aan zet' bij stimuleren maatschappelijke participatie	11
3.1	Themagewijze ondersteuning van huidige initiatieven	11
3.2	Persoonsgericht campagne rondom 'goed voorbeeld doet volgen'	12
4	Pijler 2: professional aan zet	14
4.1	Professionele zorg-/dienstverleners aan zet	14
4.2	Bestuurders aan zet	16
4.3	'Burger aan zet' in relatie met zorg-/dienstverlener	17
4.4	Benodigde ICT ten behoeve van de pilot	18
5	Ontschotting in financiering	19
5.1	Budgetbeheersing door coördinatie team op buurtniveau	19
5.2	Samenstelling van maandelijkse financiële rapportage	20
5.3	Periodieke overheveling tussen domeinen	21
5.4	Mogelijke financiële risico's en ondervanging hiervan	22
6	Plan van aanpak wijkpilot	23
6.1	Globaal Plan van Aanpak 2016 – 2020	23
6.2	Programma-organisatie en -governance	25
6.3	'Burger aan zet' binnen het plan van aanpak en projectorganisatie	26
6.4	Verwachte eenmalige en jaarlijkse programmakosten	28
6.5	Additionele themagewijze financiële ondersteuning	29
6.6	Voorlopige prestatie-indicatoren	29
6.7	Overzicht belangrijke beslispunten voor financiers en bestuurders	30
6.8	Activiteiten in eerste kwartaal 2016	31
	Begrippenlijst	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	Geraadpleegde documenten	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	Bijlage 1: leefstijl- en gezondheidskenmerken Nazareth / Limmel	33
	Leefstijlindicatoren	33
	Leef- en werkomstandigheden, gemeenschap & sociaal netwerk	33
	Bijlage 2: leefstijl- en gezondheidskenmerken Wittevrouwenveld / Wyckerpoort	34
	Leefstijlindicatoren	34
	Leef- en werkomstandigheden, gemeenschap & sociaal netwerk	34
	Bijlage 3: huidige projecten binnen Wittevrouwenveld / Nazareth / Limmel	35
	Huidige projecten binnen Nazareth / Limmel	35
	Huidige projecten binnen Wittevrouwenveld	36
	Bijlage 4: detail projectplan 2016	37

2 Introductie

2.1 Inleiding

Overall in Nederland wordt gesproken over de toekomst van de zorg, met name in het kader van betaalbaarheid en houdbaarheid. Zorggroep ZIO, de Limburgse patiëntenorganisatie Huis voor de Zorg, de gemeente Maastricht, de GGD Zuid-Limburg en zorgverzekeraar VGZ hebben in de regio Maastricht en Heuvelland de handen ineen geslagen om samen de kwaliteit van de zorg en dienstverlening overeind te houden en te verbeteren, de gezondheid van de bevolking te verbeteren en de kosten in de hand te houden en waar mogelijk te verlagen.

Aan de hand van een wijkpilot willen we binnen proeftuin 'Blauwe Zorg' in vier buurten in het stadsdeel Maastricht Noord-Oost een beweging in gang zetten waarmee de levenskwaliteit van buurtbewoners verbetert binnen bestaande financiële kaders. In eerste instantie zal de focus van deze beweging liggen bij zorg en welzijn, maar zal deze zich gaandeweg (en soms al op korte termijn) zich verbreden naar scholing, participatie, wonen en veiligheid.

Proeftuin 'Blauwe Zorg'

Proeftuin 'Blauwe Zorg' is één van de negen landelijke proeftuinen op het gebied van 'populatiegebonden' bekostiging. De gedachte achter 'Blauwe Zorg' is analoog aan 'groene energie' burger en professional bewust te maken van de schaarste van de beschikbare zorg zodat zij hun gedrag hierop aanpassen.

Dit gedachtegoed wordt geconcretiseerd aan de hand van projecten die gericht zijn op het verbeteren van de kwaliteit én doelmatigheid van de zorg. Zo zijn de afgelopen jaren de volgende projecten succesvol uitgevoerd op het gebied van de medisch specialist in de wijk, de verbetering van samenwerking tussen voorschrijvers en apothekers en de integratie van POH-GGZ met basis GGZ.

Met de wijkpilot wordt de reikwijdte van 'Blauwe Zorg' verbreed naar Zorg & Welzijn, scholing, participatie, wonen, veiligheid etc., kortom alle onderwerpen die een belangrijke rol spelen in de ervaren levenskwaliteit van de burger.

Bij het in gang zetten van deze beweging zijn de initiatiefnemers zich er terdege van bewust dat er meer vragen zijn dan volledig uitgekristalliseerde antwoorden. Om deze reden zal het leren van opgedane ervaringen binnen deze beweging maar ook binnen vergelijkbare landelijke initiatieven een belangrijke rol spelen. Onderbouwde aanpassingen op de plannen en ideeën zoals in dit document beschreven zullen eerder regel dan uitzondering zijn.

2.2 Maatschappelijke trends en uitgangspunten

De wijkpilot wil tegemoet komen aan maatschappelijke trends en uitgangspunten die gaande zijn en antwoorden formuleren die in de praktijk getoetst gaan worden. De volgende trends en uitgangspunten worden hierbij onderkend.

Burger als individu binnen meerdere netwerken

De huidige samenleving ontwikkelt zich meer en meer in een zogenaamde netwerksamenleving. Mensen zitten van oudsher allemaal al in netwerken (familie, vrienden, werk, verenigingen, gedeelde interesses), maar met de komst van internet hebben ze een eigen kanaal of platform gekregen om met elkaar in gesprek te gaan. Dit zorgt ervoor dat de hedendaagse communicatie steeds meer digitaal plaatsvindt. Sociale verbanden beperken zich niet langer tot bekende partijen. Via online netwerken kunnen nieuwe verbindingen gelegd worden en is communicatie met de hele wereld mogelijk.

Tegelijkertijd is er sprake van individualisering en zijn er mensen die ongewild in een isolement leven en eenzaam zijn. Dit speelt met name bij de groep die onvoldoende contact heeft met familie, vrienden, enz. en last heeft van de terugloop van traditionele verbanden als verenigingen of sterk verbonden buurten en bij mensen die onvoldoende aangehaakt zijn op het internet en de sociale media.

Regie bij de burger, waar het kan

Eigen regie en zelfmanagement zijn tegenwoordig leidende principes binnen de Nederlandse maatschappij: de burger voert zoveel mogelijk zelf de regie over zijn of haar leven. De burger weet zelf het beste wat voor hem of haar belangrijk is en hoe hiermee de levenskwaliteit zo optimaal mogelijk is. Dit geldt voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid, maar ook op het gebied van werk en zingeving.

Niet iedere burger zal in staat zijn om volledig zelfstandig regie te voeren over zijn of haar eigen leven, ook niet ondersteund door zijn of haar eigen sociale omgeving. Voor deze burgers dient, bij voorkeur tijdelijk, professionele ondersteuning aanwezig te zijn die gericht de burger helpt bij het op niveau houden of krijgen van de gewenste levenskwaliteit.

Integrale professionele ondersteuning van de burger, waar het moet

Sinds jaar en dag is de professionele ondersteuning in Nederland georganiseerd volgens drie domeinen: zorgverlening lichamelijke en geestelijke gezondheid via de Zorgverzekeringswet, langdurige zorg via de AWBZ / WLZ en maatschappelijke ondersteuning en participatie via het Sociale Domein van de gemeente. De afgelopen jaren is in toenemende mate de nadruk op de organisatie binnen de afzonderlijke domeinen komen te liggen en steeds minder op de samenhang tussen de domeinen. Dit is een gevolg van de steeds verdere regulering en monitoring van de zorg- en hulpverlening in Nederland. Het stelselmatige beleid te willen controleren en verantwoorden heeft onder andere tot gevolg dat binnen domeinen, zorg-/dienstverleners zich terugtrekken “op hun eiland” omdat ze al genoeg druk ervaren binnen hun eigen functioneren. Deze drang tot steeds verdere beheersing en controle van processen leidt niet alleen tot in de schulp kruipen van zorg-/dienstverleners (en dus minder samenwerken), maar ook tot een steeds verder gaande mate van (sub)specialisatie. Gevolg is dat in een maatschappij met toenemende multi-problematiek, toenemende co-morbiditeit, er vele verschillende zorg-/dienstverleners nodig zijn om een patiënt/cliënt/burger te begeleiden en helpen.

Financiering volgt behoefte van burger

Niet alleen de samenhang tussen de verschillende zorg-/dienstverleners is verkokerd, ook de financiering is versnipperd. De financiering is de afgelopen decennia in verschillende segmenten terecht gekomen, ieder met een eigen perspectief, eigen regels en verantwoordingssystematiek. Hierdoor lijkt de focus meer op verantwoording te liggen dan op inspelen op de daadwerkelijke behoefte van de burger. Ook heeft ieder segment een eigen productieprikkel waarmee het geheel van kosten zo hoog is geworden dat de toekomstige betaalbaarheid onder druk staat.

2.3 Sociaalmaatschappelijke visie van provincie, gemeente en zorgverzekeraar VGZ

De provincie Limburg, de gemeente Maastricht en zorgverzekeraar VGZ hebben een visie geformuleerd hoe zij met deze maatschappelijke trends

Provincie Limburg: ‘Koers voor een vitaler Limburg’

De provincie Limburg heeft een strategisch kader geformuleerd voor de sociale agenda 2025 onder de titel ‘koers voor een vitaler Limburg’. Hiermee wordt ingezet op een samenleving waarin alle Limburgers tot hun recht komen, elkaar ondersteunen en solidair zijn, een samenleving waarin ze naar vermogen kunnen meedoen op de arbeidsmarkt.

De Provincie Limburg stelt zich ten doel de sociale structuur in Limburg te versterken door op regionale schaal kennis en partijen bij elkaar te brengen en goede initiatieven te stimuleren en te ondersteunen. De prioriteit ligt hierbij bij de jonge generatie vanuit het perspectief van langer gezond blijven en participeren op latere leeftijd.

De ‘Koers voor een vitaler Limburg’ kent twee programmalijnen: de eerste programmalijn, het ‘Limburg Werkt Akkoord’ is gericht op het vergroten van de instroom van mensen die nu (nog) niet participeren op de arbeidsmarkt. De tweede programmalijn ‘Sociale innovatie en participatie’ richt zich op het bevorderen van de gezondheid en levensverwachting van de Limburgers. Dat gebeurt door sociale participatie te stimuleren. Dat wil zeggen de zorg voor elkaar en de omgeving te vergroten en zo een bijdrage te leveren aan het verkleinen van de gezondheidsverschillen tussen Limburgers onderling en tussen Limburgers en inwoners van andere Provincies. De wijkpilot ‘Blauwe Zorg’ zet nadrukkelijk in op samenwerking tussen de diverse spelers op beide programmalijnen, waarbij in eerste instantie de nadruk zal liggen op de tweede programmalijn ‘sociale innovatie en participatie’.

Gemeente Maastricht-Heuvelland: ‘Toekomstagenda Sociaal Domein Maastricht-Heuvelland 2022’

De “Toekomstagenda Sociaal Domein Maastricht-Heuvelland 2022” beschrijft het streefbeeld van sociaal Maastricht-Heuvelland in 2022, waarin de mens centraal staat. De leefwereld van de burgers is leidend en niet de wetten, regels en procedures. Dit betekent dat ervaringsdeskundigen bij de uitwerking van beleid en de ontwikkeling van de uitvoering een belangrijke stem hebben en dat we gezinnen/huishoudens eigenaar zijn van hun eigen integrale ontwikkelingsplan. Daarnaast wordt de samenleving meer ruimte gegeven om initiatieven te ontplooiën. Een beleidsmonitor 3D gaat inzicht bieden in de effectiviteit van de ondersteuning en de daadwerkelijke groei in zelfredzaamheid en participatie van mensen. Hierbij wordt gekoerst op “meer met minder”, meer zelfredzaamheid en meer participatie binnen het beschikbare budget (outcome-criterium).

De Toekomstagenda 2022 is gebaseerd op vier doelen:

Ten eerste versterken de gemeente en betrokken partners de individuele kracht in de samenleving door in te zetten op preventie die met ervaringsdeskundigen wordt opgepakt. Zij zorgen ervoor dat signalen uit iemands omgeving adequaat opgepakt worden waardoor (escalatie van) problemen voorkomen worden. Zij ondersteunen mantelzorgers zodat zij de zorg voor hun naaste volhouden en maken langer thuis wonen mogelijk. Burgers die nog economisch niet zelfstandig zijn, begeleiden zij naar werk en persoonlijke ontwikkeling.

Ten tweede versterken de gemeente en betrokken partners de collectieve kracht in de samenleving. De collectieve kracht van een buurt is gebaseerd op vrijwillige inzet. Buurtinitiatieven die succesvol zijn, zijn gestart door inwoners zelf en worden uitgevoerd door mensen die het initiatief - vanuit hun eigen talenten en mogelijkheden - mee ontwikkeld hebben. De gemeente en partners stimuleren vrijwillige inzet en waarderen vrijwilligers. Vrijwilligersinitiatieven brengen op een natuurlijke manier teweeg dat mensen naar elkaar omkijken. En deze initiatieven zorgen voor het unieke ‘DNA’ van de gemeente, kern, de buurt omdat ze ontstaan zijn vanuit de energie van de eigen inwoners en niet vanuit blauwdrukken.

Ten derde stellen de gemeente en partners de burger en zijn directe omgeving centraal, niet het systeem. Dat betekent dat bij de toegang tot hulp en ondersteuning voor huishoudens met een meervoudig ondersteuningsvraagstuk zo snel mogelijk een overzicht wordt geproduceerd van de situatie, ongeacht uit welke wetten ondersteuning nodig is. Daardoor ondervinden burgers bij hun ondersteuning geen hinder van de schotten tussen de uitvoering van verschillende wetten en gemeentelijke regelgeving. Het (zelf) maken van één plan geeft de belanghebbenden inzicht in hun mogelijkheden en problemen. Het stelt ze in staat – al dan niet met professionele ondersteuning – de regie te nemen en oplossingen te bedenken en te organiseren. Het beste plan is niet een plan waarin per definitie alle leefgebieden tegelijk worden aangepakt, maar een plan waarover mensen zelf regie kunnen voeren, omdat ze het begrijpen.

Verder is het van belang dat er per gemeente één centrale toegang is voor de meeste vormen van hulp en ondersteuning. Dat betekent tenminste dat we de uitvoering gebiedsgericht vormgeven en dat de sleutelfiguren in elk buurtnetwerk weten wie bij de gemeente de vaste contactpersonen zijn. De fysieke uitwerking kan per gemeente/buurt/kern verschillen. Ook wordt de professionele dienstverlening in het sociaal domein vernieuwd, zodat professionals weer het gevoel krijgen met de essentie van zorg en ondersteuning bezig te kunnen zijn en minder met protocollen en regels.

Tot slot blijven de gemeente en partners de mensen ondersteunen die tijdelijk of permanent geen regie over hun eigen leven kunnen voeren en/of een chronische beperking hebben. Ook voor die mensen zien, ontwikkelen en vinden zij innovatie in de dienstverlening, waardoor de ondersteuning op maat en passend bij de behoeften van de betreffende inwoner en zijn/haar omgeving vorm krijgt. Ze continueren de ondersteuning van de meest kwetsbaren en garanderen de kwaliteit van de ondersteuning.

De wijkpilot 'Blauwe Zorg' onderschrijft deze vier doelen volledig en kan aan de hand van dit plan van aanpak een belangrijke bijdrage leveren aan het realiseren van deze doelen in de vier buurten.

VGZ: visie op wijknetwerken

Vooraf bij mensen met een lage sociaaleconomische status, chronisch zieken en kwetsbare ouderen is veel winst te behalen. Daarom is Coöperatie VGZ een partner in werken aan de verbetering van de sociaaleconomische gezondheid van een stad. Coöperatie VGZ heeft sinds enige jaren haar focus gericht op deze doelgroepen, omdat zij ervan overtuigd is dat juist onder die doelgroep de zorgvraag verminderd kan worden. Daarbij richten zij zich op de versterking van de sociale en zorgnetwerken binnen die wijken.

Coöperatie VGZ wil in samenwerking met gemeenten mensen in staat stellen zo lang mogelijk zelfstandig in de eigen woonomgeving te leven. Om dat te bereiken, moet er zowel een goed sociaal netwerk als een goed zorgnetwerk zijn, zo dicht mogelijk om mensen heen. Als de cirkel van de sociale omgeving en van de alledaagse zorg dicht tegen elkaar aan liggen, is er samenhang tussen welzijnssteun (bijvoorbeeld zelf- en mantelzorg-ondersteuning, dagbesteding, welzijnsorganisaties, vrijwilligers, jongerenwerk) en zorg (zoals eerstelijnszorg, jeugdzorg, ambulante gehandicaptenzorg en thuiszorg).

De verbinding tussen zorg en welzijn is van cruciaal belang om de leefkwaliteit van mensen te verbeteren, om hen waar mogelijk te activeren en hen waar nodig passende zorg te bieden. Om die verbinding te leggen, zijn wijknetwerken nodig: netwerken waarin het sociale netwerk en het zorgnetwerk in een wijk met elkaar worden verbonden. Coöperatie VGZ wil samen met gemeenten het voortouw nemen om de sociale en zorgnetwerken in wijken met elkaar te verbinden en te versterken. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het sociale netwerk, Coöperatie VGZ voor het zorgnetwerk. De twee netwerken samen spelen een belangrijke rol bij de verbetering van de gezondheid en leefbaarheid van wijken, en kunnen een groot verschil maken door een bijdrage te leveren aan:

1. Beter toegankelijkheid, hogere kwaliteit van zorg en welzijn: door zorg en welzijn beter te coördineren en te regisseren, kunnen mensen langer zelfstandig thuis blijven wonen, worden ze snel en adequaat geholpen en worden mantelzorgers ondersteund.
2. Beter kwaliteit van leven: elke wijk krijgt een aanbod van zorg en welzijn op maat. Mensen houden zelf de regie over hun gezondheid, leren hun eigen situatie managen, behalen gezondheidswinst en kunnen daardoor beter meedoen in de samenleving en langer zelfstandig blijven wonen.
3. Beter doelmatigheid van zorg en welzijn: als de gezondheid van mensen verbetert, dalen de kosten van de zorg. Door de schotten tussen Wmo, Zvw en Wlz weg te nemen, kan passende zorg of hulp worden

georganiseerd. Waar mogelijk wordt tweedelijnszorg vervangen door eerstelijnszorg, en eerstelijns zorg door hulp vanuit de eigen sociale omgeving. De demografische kenmerken van een wijk zijn bepalend voor het aanbod van zorg en welzijn, dat daardoor doelmatig en doeltreffend is.

2.4 Doelstelling van wijkpilot 'Blauwe Zorg'

Voor de wijkpilot is de volgende doelstelling geformuleerd: 'een beweging in gang te zetten vanuit het principe van *positieve gezondheid* waardoor levenskwaliteit van buurtbewoners verbetert', met als subdoelen:

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

Deze doelstelling sluit naadloos aan bij de visies van de provincie de gemeente en de zorgverzekeraar zoals hierboven beschreven. De wijze waarop de wijkpilot 'Blauwe Zorg' deze beweging in gang wil zetten en de doelstellingen wil bereiken wordt in dit plan van aanpak uiteen gezet. Hierbij is rekening gehouden met de sociaalmaatschappelijke visies zoals door de provincie, gemeente en zorgverzekeraar zijn geformuleerd.

2.5 Het concept 'Positieve Gezondheid'

'Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven'. Dat is het nieuwe concept van gezondheid dat Machteld Huber en anderen publiceerden in 2011 in het tijdschrift *British Medical Journal*.

Deze definitie is een alternatief voor de huidige WHO-definitie voor gezondheid, te weten 'een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijk gebreken'. Deze definitie heeft onder meer geleid tot medicalisering van de zorg waarbij diagnose en behandeling van ziekte centraal staan. Daarnaast houdt deze definitie geen rekening met het dynamische vermogen van mensen om te kunnen (leren) gaan met ziekte of beperkingen.

'Positieve Gezondheid' geeft handvaten om deze tekortkomingen te ondervangen. Volgens deze definitie is iemand gezond als hij of zij zich succesvol heeft aangepast aan zijn ziekte, zich gezond voelt en in staat is om te werken of anderszins te participeren. In onderstaande afbeelding worden de zes pijlers of dimensies van 'Positieve Gezondheid' getoond.

PIJLERS VOOR POSITIEVE GEZONDHEID



www.IPositiveHealth.com · Versie November 2015

Afbeelding 1, pijlers voor 'Positieve Gezondheid' (bron: website 'institute for Positive Health')

De burger geeft, al dan niet in een gesprek met een professional, een score op een schaal van 1 tot 10 op iedere pijler van 'Positieve Gezondheid'. Mede op basis hiervan stelt de burger vast wat de belangrijkste pijler is waar hij/zij aan wil werken om te verbeteren. Over het algemeen blijkt de pijler 'zingeving' van groot belang te zijn: wanneer de burger een lage zingeving ervaart in zijn/haar leven is de kans groot dat de score op de andere pijlers ook relatief laag is. Pas wanneer verbetering is gerealiseerd op de gekozen pijler, bekijkt de burger welke volgende pijler als belangrijkste wordt gezien om aan te werken.

2.6 Het 'Huis van de Positieve Gezondheid'

Het programma 'Blauwe Zorg' wil aan de hand van het 'Huis van de Positieve Gezondheid' het eerder genoemde gedachtegoed in de praktijk brengen. Dit 'huis' bestaat uit vier onderdelen, zoals hiernaast weergegeven.



Afbeelding 2, Huis van de Positieve Gezondheid

Bevorderen van 'Positieve Gezondheid' en kennisdeling
 Zoals eerder opgemerkt gaan we het concept 'Positieve Gezondheid' gebruiken om een beweging in gang te zetten die de levenskwaliteit van de burgers in de vier buurten aantoonbaar gaat verbeteren. Hierbij dienen we rekening te houden met beperkingen in de beschikbare financiële middelen. Het financiële kader voor de pilot ten voor de komende jaren ten aanzien van de reguliere zorg/dienstverlening zullen de daadwerkelijke uitgaven op het gebied van zorg en welzijn binnen de vier buurten voor 2015 zijn. We verwachten dat binnen de huidige beschikbare financiële middelen voldoende verbetermogelijkheden beschikbaar zijn om de 'Positieve Gezondheid' op een significant hoger niveau te brengen. Om dit te bereiken zijn

wel tijdelijke programmakosten nodig, hier gaan we in hoofdstuk 6 nader op in. Als afgeleide doelstelling willen we binnen dit project kennis en ervaring opdoen die uitgewisseld gaat worden met andere regio's in Zuid-Limburg en Nederland zodat van elkaars ervaringen geleerd gaat worden.

Burger aan zet

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

1. vanuit het perspectief van 'maatschappelijke participatie': hierin staan collectieve voorzieningen centraal die een bijdrage kunnen leveren aan positieve gezondheid. Deze voorzieningen zijn in principe voor alle burgers in de buurten toegankelijk. Hierbij kan gedacht worden aan laagdrempelige inloopcentra voor specifieke zorg- of welzijnsvragen of huiskamervoorzieningen in de buurt, maar ook voorzieningen die helpen bij het verkrijgen van zingeving / werk;
2. vanuit het perspectief van 'burger aan zet in relatie met de professional': de individuele burger zal door de professional uitgedaagd worden om zelf te bepalen wat belangrijk is voor hem of haar. Vervolgens zal samen gekeken worden wat de burger en zijn/haar sociale omgeving zelf kan oppakken en op welke gebieden professionele ondersteuning nodig is;
3. vanuit het perspectief van 'burgerparticipatie binnen deze wijkpilot'. Vertegenwoordigers van de burgers spelen een cruciale rol tijdens deze wijkpilot. Zo worden programmaonderdelen geleid door burgervertegenwoordigers en zijn zij medeverantwoordelijk voor belangrijke beslissingen die tijdens de wijkpilot genomen worden door de projectstuur- en werkgroepen waarin zij vertegenwoordigd zijn.

Professional aan zet

Binnen de pijler 'professional aan zet' staat de relatie tussen de individuele burger en de professionele zorg-/dienstverlener centraal. Een belangrijk vertrekpunt is te komen tot nieuwe zorgverlening, die uitgaat van generalisme wanneer het kan en specialisatie wanneer het moet, tot samenwerking tussen de domeinen via nieuwe vormen (eventueel virtuele) netwerken. Hierbij staan de ideeën, initiatieven en professionele autonomie van de zorg-/dienstverleners zelf centraal. Binnen de pijler maken we onderscheid tussen de professionele zorg-/dienstverleners en het management / bestuurders, met ieder hun eigen verantwoordelijkheden.

Ontschotting van financiering

Zorg-/dienstverleners hebben te maken met meerdere financiële bronnen voor de activiteiten zoals de Zorgverzekeringswet via de zorgverzekeraars, het budget voor sociale domein via de gemeente en de Wlz via het zorgkantoor. De gemeente Maastricht en de zorgverzekeraars stellen gezamenlijk één virtueel budget beschikbaar voor de vier buurten van waaruit de zorg en overige ondersteunende diensten betaald gaan worden. Op deze manier staat de behoefte van de (kwetsbare) zelfstandig wonende burger centraal en wordt samenwerking tussen en over domeinen niet gehinderd door financiële schotten. In hoofdstuk 5 gaan we nader in op de wijze waarop dit gaat plaatsvinden.

2.7 De vier buurten binnen de pilot

Oorspronkelijk was het de bedoeling om de pilot uit te voeren voor twee buurten, Wittevrouwenveld en Nazareth. Tijdens de voorbereiding is vanuit diverse partijen erop gewezen dat Wittevrouwenveld met Wyckerpoort één sociale buurt vormen en dat hetzelfde geldt voor Nazareth en Limmel. Om deze reden is de pilot uitgebreid tot deze vier buurten.

Nazareth / Limmel

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

Wittevrouwenveld / Wyckerpoort

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

De keuze voor Nazareth/Limmel en Wittevrouwenveld/Wyckerpoort is gebaseerd op een aantal overwegingen die te maken hebben met de winst die daar te behalen valt, de kans van slagen en de aansluiting op andere ontwikkelingen. Alle buurten, maar in het bijzonder Nazareth/Limmel springen in het oog vanwege de slechte gezondheid van de inwoners. De mensen in deze buurten ervaren hun gezondheid veel minder vaak als goed ten opzichte van Maastricht. In alle buurten hebben mensen meer chronische aandoeningen.

De mensen lijken bovendien minder lekker in hun vel te zitten. Volwassenen in Nazareth/Limmel hebben bijvoorbeeld twee maal zo veel risico op een depressie of angststoornis dan gemiddeld in Maastricht en zijn ook twee maal zo vaak eenzaam. Volgens de leefbaarheidsmonitor (2015) scoren Wittevrouwenveld en Nazareth relatief slecht op het item publieke ruimte (een maat voor hoeveelheid groen en water, geluidsoverlast, aandeel sloop, waarde van verkochte huurwoningen, etc.) en veiligheid (vernielingen, verstoring openbare orde, geweld en diefstal). In Nazareth/Limmel zijn bovendien zeer weinig voorzieningen (winkels, bank etc.).

De buurten vallen daarnaast op door de betrokken en vooruitstrevende houding van de zorg-/dienstverleners die vaak autonoom werken en open staan voor vernieuwing. In alle buurten, maar met name in Wittevrouwenveld, hebben de afgelopen jaren al veel initiatieven plaatsgevonden waarop dit project kan voortborduren.

In de bijlage zijn de gezondheidsprofielen voor Nazareth/Limmel en Wittevrouwenveld/Wyckerpoort opgenomen, zoals opgesteld door de GGD Zuid-Limburg.

2.8 Voorbereidingsproces

Een werkgroep bestaande uit de gemeente Maastricht, zorgverzekeraar VGZ, GGD Zuid-Limburg, zorggroep ZIO en regionale patiëntenorganisatie Huis voor de Zorg heeft gedurende de periode september 2015 – januari 2016 het plan van aanpak uitgewerkt, zoals in document beschreven. Naast deze werkgroep zijn bestuurders van zorg- en welzijnsorganisaties in deze periode betrokken aan de hand van interviews en hebben zorg- en welzijnsprofessionals via bijeenkomsten en één-op-één gesprekken input geleverd op het plan van aanpak zoals dat voor u ligt.

3 Pijler 1: ‘Burger aan zet’ bij stimuleren maatschappelijke participatie

Zoals in de inleiding aangegeven zien we drie perspectieven van waaruit de burger binnen de wijkpilot aan zet zal zijn: burger aan zet binnen maatschappelijke participatie, burger aan zet in relatie met de professional en burgerparticipatie binnen de wijkpilot.

In dit hoofdstuk richten we ons op het stimuleren van de ‘burger aan zet’ vanuit het perspectief van de maatschappelijke participatie. Hierbij gaan we aan de hand van twee onderwerpen aan de slag om ‘collectieve’ voorzieningen verder te ontwikkelen die een bijdrage kunnen leveren aan het vergroten van de ‘Positieve Gezondheid’ in de wijk:

1. Themagewijze ondersteuning van huidige initiatieven in de vier buurten
2. Persoonsgerichte campagne met als insteek ‘goed voorbeeld doet volgen’

3.1 Themagewijze ondersteuning van huidige initiatieven

Er blijkt een groot aantal initiatieven en projecten ontplooid te worden binnen de vier buurten. In bijlage 3 zijn schematische weergaven opgenomen van deze initiatieven en projecten zoals geïnventariseerd door de Trajekt



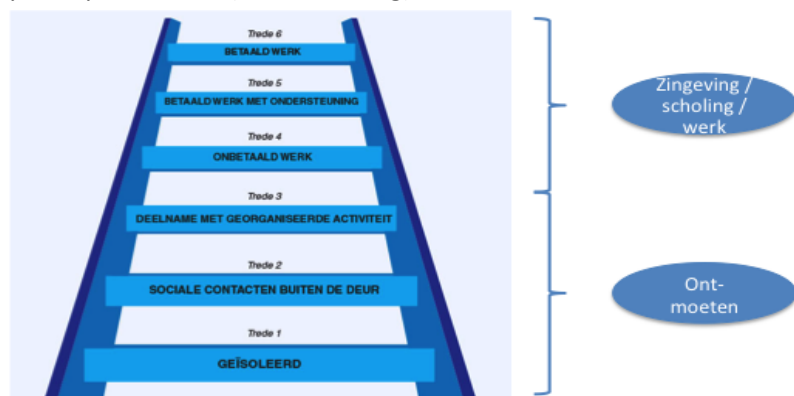
Afbeelding 3, themagewijze ondersteuning

opbouwwerkers in de betreffende buurten. Zo zijn er initiatieven die gekoppeld zijn aan de buurtplatformen (bijvoorbeeld het sociale restaurant) en aan de professionals (bijvoorbeeld wijkservicepunt en buurthuis Wittevrouwenveld).

Vanuit de wijkpilot gaat gericht ondersteuning geleverd worden op die onderdelen waar dit wenselijk wordt geacht. Om te voorkomen dat deze ondersteuning versnipperd gaat plaatsvinden kiezen we voor een themagewijze ondersteuning. In de figuur hiernaast worden mogelijke thema’s

weergegeven, zoals mantelzorg, bewegen en gezond eten.

De werkgroep kiest ervoor, mede op basis van gesprekken met burgers en professionals, om in het eerste jaar van de wijkpilot twee thema’s op te pakken die naadloos op elkaar aansluiten vanuit de maatschappelijke participatieladder (zie afbeelding): het thema ‘ontmoeten’ met als doelstelling om de burger van ‘geïsoleerd’ naar



Afbeelding 4, twee thema's passend bij maatschappelijke participatieladder

‘deelname aan georganiseerde activiteiten’ te motiveren en het thema zingeving / scholing / werk met als doel om de burger van ‘onbetaald werk’ naar ‘betaald werk’ te begeleiden.

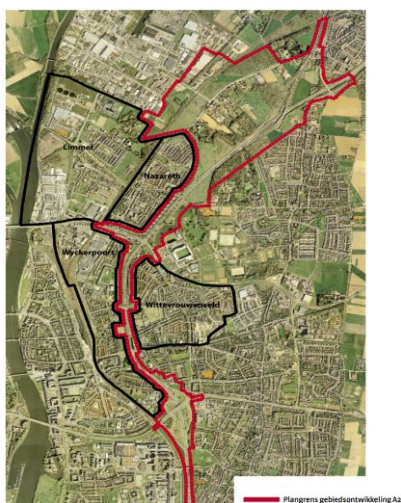
Thema ‘ontmoeten’

Het thema ‘ontmoeten’ zien we als de basis. Voordat andere thema’s worden opgepakt is het van belang dat de bewoners in de buurten op de hoogte zijn van de diverse initiatieven

en projecten die binnen de buurten zijn opgestart. Samen met de opbouwwerker en burgers gaan we aan de slag om de burgers aan de hand van wandel- en fietsroutes bekend te laten worden met deze initiatieven en projecten

en met medebewoners, voor zover dat van toepassing is. Daarnaast zal met behulp van een communicatiecampagne bij de bewoners het belang van het ‘delen van informatie’ over het voetlicht worden gebracht. Dit helpt professionals bij het aangaan van het gesprek met patiënten / cliënten over het toestemming geven voor het delen van informatie met andere zorg-/dienstverleners.

Tenslotte zal er binnen dit thema gewerkt gaan worden aan het toekomstbestendig maken van de ‘sociaalfysieke’ infrastructuur zoals wijkservicepunten, huiskamers en buurtcentra. Op dit moment lijken, in de beleving van burgers en professionals, initiatieven met een huisvestingsbehoefte ad hoc opgezet en ook weer gestopt te worden. Zowel vanuit professionals, burgers als gemeentelijk beleid is aangegeven behoefte te hebben aan een visie op dit gebied. Belangrijke input hiervoor is een visie van de gemeente Maastricht hoe het publieke vastgoed, waaronder scholen, de komende periode ontwikkeld gaat worden. Daarnaast kunnen landelijk voorbeelden als inspiratie dienen hoe gezondheidscentra in een wijk ook een sociaal-maatschappelijke functie vervullen.



Afbeelding 5, gebiedsontwikkeling bij ondertunneling A2

Parallel hieraan is het project ‘De Groene Loper’ gestart dat zich bezighoudt met de inrichting van het gebied dat vrijkomt bij de ondertunneling van de A2. ‘De Groene Loper’ wil burgers graag betrekken en inspraak geven bij de ontwikkeling van de plannen, die mogelijk weer invloed hebben op de voorzieningen in de buurten zelf. De ‘Burgertop 200’ is een instrument dat overwogen wordt om burgers te betrekken voor dit specifieke doel. Naar verwachting zijn burgers gemotiveerd om mee te praten over een dergelijke relatief grote gebiedsontwikkeling binnen hun eigen buurt en geloven ze dat er middelen beschikbaar zijn om deze plannen vervolgens ook te realiseren.

Thema ‘zingeving / scholing / arbeid’

Als tweede thema voor 2016 is gekozen voor ‘zingeving / arbeid’. Eerste ervaringen met het concept ‘Positieve Gezondheid’ wijzen uit dat de score op deze pijler van grote invloed is op de scores binnen de andere pijlers: wanneer iemand een doel heeft in zijn/haar leven en een voor hem of haar

zinnvolle dagbesteding, zal deze persoon ook direct hoger scoren op onder meer lichamelijk en geestelijk welbevinden.

Binnen dit thema gaan we met twee onderdelen aan de slag. We leggen een relatie met het Mobility & Talent Centre (MTC) dat door de drie gemeenten Sittard/Geleen, Heerlen en Maastricht en het regionale bedrijfsleven is opgezet met als doel een match te maken van werkzoekenden en beschikbare arbeidsplaatsen. Daarnaast gaan we de mogelijkheden bekijken om uitkeringsgerechtigden een ‘tegenprestatie’ te laten leveren in ruil voor de uitkering, bijvoorbeeld in de vorm van vrijwilligerswerk en/of een rol als buurtvertegenwoordiger binnen de wijkpilot.

Voor een voorlopige planning van de overigen thema’s verwijzen we naar het globale plan van aanpak in hoofdstuk 6.

3.2 Persoonsgericht campagne rondom ‘goed voorbeeld doet volgen’

Voor het daadwerkelijk op gang krijgen van een beweging in de buurt is externe communicatie over de wijkpilot en aansprekende praktijkvoorbeelden van wezenlijk belang. Gekozen wordt voor een persoonsgerichte campagne waarbij burgers die actief zijn in een vrijwilligersrol in de buurt in de schijnwerpers worden gezet, met een

tweeledig doel: beloning in de vorm van erkenning voor de betreffende vrijwilliger en het motiveren van andere burgers om ook actief te worden als vrijwilliger.



Hiernaast worden enkele voorbeelden gegeven van promotiemateriaal zoals enkele jaren geleden gebruikt door de gemeente Maastricht tijdens de campagne 'Samen kunnen we het zelf'.



Afbeelding 6, persoonsgerichte campagne

4 Pijler 2: professional aan zet

Binnen de pijler 'professional aan zet' staat het toepassen van 'positieve gezondheid' centraal in de hulpverlening aan de individuele patiënt door de professionele zorg-/dienstverlener.

Hierbij maken we onderscheid tussen twee doelgroepen, de professionele zorg-/dienstverleners en het management en de bestuurders.

4.1 Professionele zorg-/dienstverleners aan zet

In het najaar van 2015 hebben twee workshops plaatsgevonden met professionele zorg-/dienstverleners uit de buurten Wittevrouwenveld / Wyckerpoort en Nazareth / Limmel. Tijdens deze sessies hebben de zorg-/dienstverleners aangegeven wat naar tevredenheid verloopt binnen de buurten en wat verbeterd kan / dient te worden. Er bleken grote overeenkomsten te zijn tussen de buurten. Om deze reden wordt hieronder alleen aangegeven wanneer iets voor één specifieke buurt geldt.

Positieve elementen in de buurten

De professionele zorg-/dienstverleners stellen de laagdrempelige wijk- en buurtcentra zeer op prijs. Deze vormen een goede basis voor het bieden van opbouwwerkzaamheden in de buurten. Voortbordurend hierop worden buurtbewoners in het Wittevrouwenveld begeleid in het opzetten van een 'huiskamer' binnen het Trefcentrum. Ook is in Wittevrouwenveld recent het sociale wijkteam van start gegaan dat begeleid wordt in het daadwerkelijk vormen van een team. De twee gezondheidscentra in de buurten, Envida, de grootste aanbieder van wijkverpleegkunde en Trajekt, de aanbieder van maatschappelijk werk geven aan tevreden te zijn over de samenwerking. Men weet elkaar over het algemeen goed te vinden.

Ervaren knelpunten door professionele zorg-/dienstverleners

Naast bovengenoemde positieve aspecten ervaren de professionele zorg-/dienstverleners op diverse vlakken knelpunten die een optimale ondersteuning in de buurten belemmeren. Deze knelpunten zijn geclassificeerd naar drie onderwerpen: sociaal fysieke infrastructuur, samenwerking tussen professionele zorg-/dienstverleners en leveren van ondersteuning aan burgers.

Sociaalfysieke infrastructuur

De professionele zorg-/dienstverleners zijn tevreden over de laagdrempelige wijk- en buurtcentra, maar maken zich zorgen over de toekomstbestendigheid van deze locaties. Men is niet overtuigd in hoeverre middelen beschikbaar blijven om deze locaties in stand te houden. In het verleden zijn locaties in de beleving van de professionele zorg-/dienstverleners 'ad hoc' geopend en gesloten. Daarnaast vindt men het ontbreken van een inlooppunt in Nazareth, waar burgers laagdrempelig met ondersteuningsvragen kunnen binnenlopen een gemis.

Samenwerking tussen professionele zorg-/dienstverleners

Samenwerking tussen gezondheidscentra, wijkverpleegkundige zorg en maatschappelijk werk verloopt goed, maar in zijn algemeenheid is nadrukkelijk behoefte aan een stabiele personeelszetting. In dat geval kan aan relaties gebouwd worden en kan men elkaar nog sneller vinden. Op dit moment ervaart men veel personele wisselingen en een toename in het aantal verschillende aanbieders.

Er lijkt een 'kloof' te bestaan tussen de eerstelijns (gezondheidscentra, wijkverpleegkunde) en het FACT-team voor patiënten met Ernstig Psychiatrische Aandoeningen (EPA). Patiënten lopen het risico tussen deze twee schakels te belanden en hiermee niet de ondersteuning te krijgen die zij nodig hebben.

In Wittevrouwenveld hebben projecten plaatsgevonden die als zeer positief werden ervaren maar zijn stopgezet vanwege het ontbreken van structurele, financiële middelen. Zo vond een keer per zes weken een overleg plaats met Consultatie Bureau arts en was het project 'Pecunia' erop gericht om de burger te helpen met het op orde krijgen van de financiële huishouding.

Het ontbreken van beveiligde gegevensuitwisseling en duidelijke privacy kaders maakt professionele zorg-/dienstverleners terughoudend om onderling patiëntgegevens uit te wisselen en met financiers te delen. In het verlengde hiervan ervaren professionele zorg-/dienstverleners wantrouwen bij financiers: binnen het systeem en de huidige werkwijzen lijkt het te gaan over het verantwoorden van de geleverde ondersteuning en minder over het vaststellen van de daadwerkelijke behoefte van de burger.

Leveren van ondersteuning aan burgers

De professionele zorg-/dienstverleners geven aan dat er regelmatig veel verschillende zorg-/dienstverleners betrokken zijn bij één burger / gezin. Dit leidt tot afstemmingsinspanningen en tot dubbele plannen, aangezien iedere individuele zorg-/dienstverlener zijn/haar eigen plan uiteindelijk maakt. De burger blijkt niet altijd in staat om het gemaakte plan of meerdere plannen te volgen.

Aangedragen oplossingen door professionele zorg-/dienstverleners

Ten aanzien van bovenstaande knelpunten hebben de professionele zorg-/dienstverleners de volgende oplossingen aangedragen:

Samenwerking tussen professionele zorg-/dienstverleners

De professionele zorg-/dienstverleners verwachten dat de samenwerking tussen professionele zorg-/dienstverleners op de volgende manieren vereenvoudigd en hiermee verbeterd kan worden:

- Het toewijzen van een casemanager: professionele zorg-/dienstverleners zien ruimte voor een casemanager die als eerste aanspreekpunt geldt voor de zorg-/dienstverleners richting de patiënt en samen met de patiënt bewaakt of de gedefinieerde doelstelling gehaald wordt. Daarnaast brengt deze de betreffende zorg-/dienstverleners bij elkaar om afstemming te bereiken. Deze casemanagement rol is geen separate functie maar wordt vervuld door één van de professionele zorg-/dienstverleners die betrokken is bij de ondersteuning of een persoon binnen de sociale omgeving van de patiënt
- Het verminderen van het aantal professionele zorg-/dienstverleners rondom een patiënt: het concept 'Positieve Gezondheid' gaat ervan uit dat de burger nadrukkelijk aangeeft aan welke dimensie hij/zij graag als eerste werkt. Deze doelstelling wordt vastgelegd in de zogenaamde iStatement. Wanneer de burger behoefte heeft aan professionele ondersteuning worden in eerste instantie alleen zorg-/dienstverleners ingezet die de burger kunnen helpen bij het bereiken van deze doelstelling. Is deze doelstelling bereikt, kan een volgende doelstelling gedefinieerd worden, waaraan gewerkt wordt. Dit zal ertoe leiden dat het aantal professionele zorg-/dienstverleners dat tegelijkertijd een burger ondersteunt tot een minimum beperkt wordt. Dit zal leiden tot een reductie in de benodigde afstemming tussen de zorg-/dienstverleners die tegelijkertijd actief zijn voor de betreffende burger.
- Een stabiele personeelsbezetting: de organisaties die verantwoordelijk zijn voor de inzet van de professionele ondersteuners dienen te streven naar een zo stabiel mogelijke personeelsbezetting. Natuurlijk zal er altijd sprake zijn van personeelsverloop en worden fulltime functies regelmatig ingevuld door meerdere parttime medewerkers. Dit neemt niet weg dat andere beleidskeuzes door de betrokken organisaties kunnen leiden tot een stabielere personeelsbezetting. Zo kunnen financiers, met name de gemeente, en organisaties van

professionele zorg-/dienstverleners de definities van teams / buurten op elkaar aan laten sluiten. Dit is nu nog niet het geval.

- Digitale en beveiligde informatie-uitwisseling: professionele zorg-/dienstverleners voelen zich geremd om privacygevoelige informatie over patiënten uit te wisselen vanwege het ontbreken van een uniforme werkwijze voor het verkrijgen van toestemming van patiënten voor het delen van specifieke informatie met derden en het ontbreken van een beveiligd systeem om informatie mee uit te wisselen. Een eenduidige werkwijze, ondersteund met beveiligde ICT zal de bereidheid om informatie te delen aanzienlijk vergroten.

Professionele autonomie binnen (financiële) kaders

Professionele zorg-/dienstverleners hebben moeite met gedetailleerde verantwoording vooraf over de ondersteuning die zij noodzakelijk vinden voor een individuele burger of patiënt. Dit leidt tot een gevoel van wantrouwen tussen financier en professionele zorg-/dienstverlener. Daarnaast is de professionele zorg-/dienstverlener veel tijd kwijt aan verantwoording vooraf over de benodigde ondersteuning (indicatiestelling door financier) en achteraf over de daadwerkelijk geleverde ondersteuning. Binnen deze pilot willen we de professionele autonomie van de zorg-/dienstverleners vergroten door de verantwoording bij de professionele zorg-/dienstverlener neer te leggen.

Dit wil niet zeggen dat professionele zorg-/dienstverleners een 'vrijbrief' krijgen om de ondersteuning te leveren zoals zij vinden dat noodzakelijk is. Verantwoording achteraf door de professionele zorg-/dienstverlener over de geleverde ondersteuning zal nodig zijn om ervoor te zorgen dat deze op buurtniveau binnen de huidige financiële kaders blijft. Hier gaan we in het volgende hoofdstuk nader op in.

Verbetering van professionele ondersteuning bij EPA-doelgroep

Bovenstaande oplossingen zijn generiek van aard en staan los van de specifieke problematiek waarmee de patiënt / burger te maken heeft. Daarnaast zien de professionele zorg-/dienstverleners op dit moment grote knelpunten in de samenwerking tussen de eerstelijns organisaties en het FACT-team bij patiënten met Ernstig Psychiatrische aandoeningen (EPA). Het oplossen van deze knelpunten en het organiseren van de zorg rondom deze doelgroep in de wijk dient specifieke aandacht te krijgen binnen dit plan van aanpak voor de wijkpilot.

4.2 Bestuurders aan zet

Voor het realiseren van de oplossingen zoals hierboven aangedragen door de professionele zorg-/dienstverleners is de medewerking van bestuurders van de hulpverlenende instanties essentieel. De algemene uitgangspunten zijn inmiddels vastgelegd in een concept Manifest 'Positieve Gezondheid' dat onderschreven wordt door de bestuurders van zorggroep ZIO, wijkverpleegkundige organisatie Envida, welzijnsorganisatie Trajekt, organisatie Radar voor burgers met een (verstandelijke) beperking, GGZ aanbieder Mondriaan, woningbouwvereniging Servatius, gemeente Maastricht en zorgverzekeraar VGZ.

In het concept Manifest worden de volgende algemene uitgangspunten vastgelegd ten aanzien van financiers en instellingen die professionele ondersteuning bieden.

De financiers (zorgverzekeraars, zorgkantoor, gemeente) van de professionele ondersteuning:

- De financiers stellen de benodigde medewerkers ten behoeve van de uitvoering van de pilot beschikbaar.
- De financiers stellen gegevens beschikbaar om financiële consequenties van gemaakte afspraken te kunnen monitoren en voorspellen.
- De financiers zijn bereid om de financiering tussen de Zvw, WLZ en gemeentelijke sociale domein te 'ontschotten' in een vorm van 'populatiegebonden bekostiging'. Mogelijk zal dit in de vorm van een 'virtueel' populatiebudget zijn: er wordt een virtueel wijkbudget beschikbaar gesteld op basis van de omvang en

specifieke kenmerken van de populatie in de wijken 'Wittevrouwenveld - Nazareth'. Dit budget combineert Zvw, WLZ en onderdelen van het sociale domein.

- Voor de duur van de pilot wordt uitgegaan van de verwachte kosten en/of budget 2015 vanuit de Zvw, WLZ en het gemeentelijke sociale domein als regiobudget waarmee aantoonbaar 'positieve gezondheid' bij individuele burgers in de wijk wordt verbeterd.
- Financiers stellen vertrouwen in de professional om zelf in overleg met de burger vast te stellen welke ondersteuning noodzakelijk is. Betaling en verantwoording over de daadwerkelijk geleverde ondersteuning vindt achteraf plaats, binnen de huidige wettelijke kaders
- Financiers streven actief naar het minimaliseren van administratieve lasten voor professional en instelling

Instellingen die professionele ondersteuning leveren:

- Instellingen stellen de benodigde professionals ten behoeve van de uitvoering van de pilot beschikbaar en geven de ruimte om de 'professionele autonomie' voorop te stellen.
- Partners stappen over instellings- en sectorbelangen heen en stellen de maatschappelijke business case centraal. Instellingen streven niet naar maximalisatie van de eigen omzet.
- In de beoordelingsystematiek van professionals vormt de wijze van samenwerking met de burger en andere professionals een belangrijk onderdeel. Binnen de beoordelingsystematiek voor professionals is er geen sprake van volumeprikkels die leiden tot onnodige ondersteuning.
- Instellingen en professionals leggen (achteraf) verantwoording af, waarbij wordt voldaan aan de geldende wettelijke kaders.

Ten aanzien van de oplossingen zoals aangedragen door de professionele zorg-/dienstverleners zijn twee aspecten voor de relatief korte termijn essentieel:

1. meewerken aan een stabiele personeelsbezetting in de buurten, inclusief een uniforme geografische definitie van de vier buurten tussen de instellingen en de financiers
2. beschikbaar stellen van declaratiegegevens zodat periodieke, bij voorkeur, maandelijkse budgetrapportages mogelijk zijn.

Zoals aangegeven gaan we uit van een gelijkblijvend budget voor de vier buurten, maar dit betekent niet dat op aanbiedersniveau er sprake kan zijn van een budgetgarantie. De iStatements en daarvan eventuele afgeleide behoefte aan professionele ondersteuning van de individuele burger staat immers centraal. Bovenstaande uitgangspunten kunnen ertoe leiden dat er op buurtniveau aanzienlijke verschuivingen gaan plaatsvinden in de omzetten per individuele aanbieder die ieder jaar anders kunnen gaan uitvallen. Voor de grotere aanbieders zal dit waarschijnlijk voor de pilot relatief weinig consequenties gaan hebben aangezien de vier buurten een relatief klein deel van hun omzet vertegenwoordigen. Primair is het de verantwoordelijkheid van de aanbieders zelf om met deze verschuivingen om te gaan.

4.3 'Burger aan zet' in relatie met zorg-/dienstverlener

Zoals aangegeven is ook de individuele burger aan zet in relatie tot zijn/haar specifieke zorg-/dienstverlener:

1. De burger definieert zelf zijn/haar ontwikkelbehoefte met behulp van de zes dimensies binnen 'Positieve Gezondheid' en legt deze ontwikkelbehoefte vast met behulp van een iStatement. Dit iStatement beschrijft de doelstelling die de burger wil bereiken binnen een gedefinieerde termijn
2. Burger en zorg-/dienstverlener komen gezamenlijk tot de conclusie dat de burger behoefte heeft aan professionele zorg-/dienstverlening. Deze dienstverlening is bij voorkeur tijdelijk van aard, met als doelstelling

deze over te laten nemen door de burger zelf (zelfmanagement) en/of zijn/haar sociale omgeving (mantelzorg).

4.4 Benodigde ICT ten behoeve van de pilot

Voor het realiseren van de oplossingen zoals eerder beschreven is ICT-ondersteuning onontbeerlijk, in ieder geval op drie onderdelen: het digitaal vastleggen van de scores van de burger op de zes dimensies van 'Positieve Gezondheid', het digitaal beschikbaar stellen van één integraal zorgleefplan van een burger voor meerdere zorg-/dienstverleners en het mogelijk maken van beveiligde gegevensuitwisseling.

Aangezien de pilot operationeel pas van start kan wanneer deze functionaliteiten aanwezig zijn, stellen we een pragmatische aanpak voor. Bij de start kiezen we voor systemen die al zoveel mogelijk aanwezig zijn en mogelijk kleine aanpassingen vergen. Vervolgens zullen we tijdens de pilot vaststellen in hoeverre hiermee de volledige behoefte is afgedekt of dat er behoefte is aan aanvullende functionaliteiten die mogelijk door andere ICT-oplossingen ingevuld dienen te worden. In het laatste geval zal gedurende de pilot gezocht worden naar toekomstbestendige oplossingen.

Digitale vastlegging van individuele scores op zes dimensies van 'Positieve Gezondheid'

Op dit moment is er geen instrument beschikbaar waarmee de individuele scores van burgers op de zes dimensies van 'Positieve Gezondheid' vastgelegd kunnen worden en gedurende tijd gevolgd kan worden. De regio 'Noordelijke Maasvallei' loopt in Nederland voorop met de implementatie van 'Positieve Gezondheid', waarbij gebruik wordt gemaakt van een papieren formulier. De resultaten worden niet digitaal vastgelegd en om deze reden is het niet mogelijk om de ontwikkeling van de scores gedurende de tijd te volgen.

Het VU MC is samen met Machteld Huber, in opdracht van zorgverzekeraar VGZ bezig met de ontwikkeling van een vragenlijst die gebruikt kan gaan worden bij gesprekken over 'Positieve Gezondheid' tussen professionals en burgers. Deze is naar verwachting in Q2 2016 beschikbaar. Op dit moment is nog niet duidelijk hoe praktisch deze vragenlijst gaat zijn.

Als alternatief kan het keteninformatiesysteem 'Medix' ingezet worden. Dit systeem wordt nu gebruikt binnen de eerstelijns in de regio voor de multidisciplinaire ketenzorg en is erop gericht om meerdere aanbieders toegang te geven tot specifieke patiënt-informatie. Binnen het systeem kunnen de scores op de zes dimensies 'Positieve Gezondheid' zeer eenvoudig geregistreerd en gevolgd worden gedurende de tijd. Ook kan eenvoudig een formulier gemaakt worden die de individuele burger inzicht geven in zijn/haar eigen resultaten. Medix kan binnen een doorlooptijd van enkele weken operationeel gemaakt worden hiervoor.

Vastlegging van integraal zorgleefplan en beveiligde gegevensuitwisseling

Binnen de regio wordt op dit moment geëxperimenteerd met het systeem Zorgverband / DIVAZ. Dit systeem, een product van eerstelijns ICT leverancier CGM ondersteunt het netwerk van professionals en niet-professionals (mantelzorgers, familie) rond de burger. Het biedt daarin instrumenten en communicatiefaciliteiten voor de uitvoering van de gedefinieerde zorgplannen. Een uitrol van dit systeem op relatief korte termijn naar in ieder geval twee van de vier buurten behoort tot de mogelijkheden. Voor de beveiligde gegevensuitwisseling wordt gebruik gemaakt van Zorgmail, een beveiligde berichtendienst die gespecialiseerd is in de uitwisseling van privacygevoelige gezondheidsinformatie.

5 Ontschotting in financiering

Om daadwerkelijk de individuele behoefte van de burger centraal te laten staan is ontschotting van financiering noodzakelijk. Naarmate er meer sprake is van schotten tussen financiële budgetten, is er minder flexibiliteit aanwezig om in te kunnen spelen op individuele behoeften. Dit geldt voor budgetschotten tussen de domeinen zorgverzekeringswet, WLZ en het sociale domein, maar ook voor schotten binnen domeinen zoals bijvoorbeeld bij de zorgverzekeringswet tussen huisartsenzorg, wijkverpleegkunde en medisch specialistische zorg.

Ontschotting van financiering wil niet betekenen dat de financiële middelen oneindig zijn. Binnen deze pilot wordt gestreefd naar het maximaliseren van 'Positieve Gezondheid' binnen het *huidige* totaal beschikbare budget voor de vier buurten. Daarnaast willen we de professionele zorg-/dienstverlener zoveel mogelijk autonomie geven om samen met de burger vast te stellen welke ondersteuning noodzakelijk is. Om dit mogelijk te maken is budgetbeheersing op buurtniveau noodzakelijk. Hieronder lichten we nader toe hoe dit eruit kan zien.

5.1 Budgetbeheersing door coördinatie team op buurtniveau

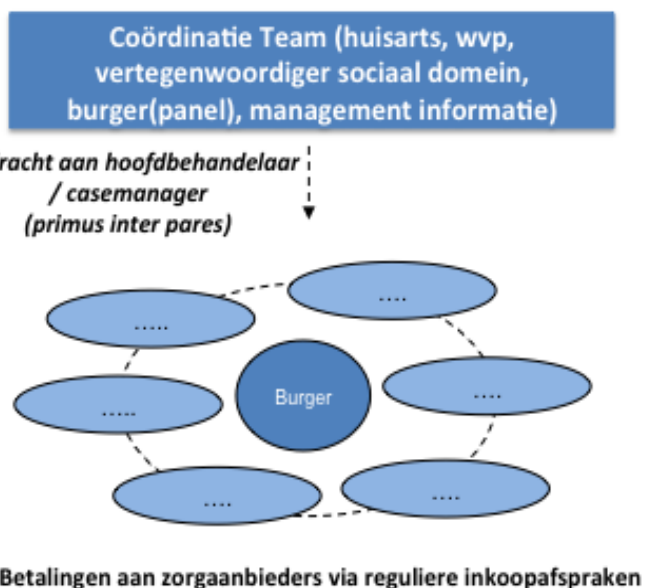
In onderstaande afbeelding wordt de voorgestelde werkwijze grafisch getoond.

Voor iedere buurt (Wittevrouwenveld / Wyckerpoort en Nazareth / Limmel) wordt een 'coördinatie team' samengesteld, bestaande uit de huisarts, wijkverpleegkundige, een vertegenwoordiger uit het sociale domein, een vertegenwoordiger van de burger(s) en een persoon die het team voedt met de benodigde

managementinformatie. Dit 'coördinatie team' is ervoor verantwoordelijk dat de kwetsbare burgers de noodzakelijke professionele ondersteuning krijgen.

Vaststelling ontwikkeldimensie en case manager

Een patiënt met een complexe ondersteuningsvraag vult samen met een lid van het 'coördinatie team' zijn scores in op de zes dimensies binnen 'Positieve Gezondheid'. De belangrijkste ontwikkeldimensie wordt gezamenlijk geselecteerd en het betreffende lid van het 'coördinatie team' stelt op basis hiervan een specifieke casemanager voor via het digitale zorgleefplan-systeem. De casemanager is een professionele zorg-/dienstverlener die als 'primus inter pares' fungeert richting de overige zorg-/dienstverleners. De overige leden van het 'coördinatie team' bevestigen digitaal dit voorstel of stellen vragen / wijzigingen voor. In geval van



Afbeelding 7, budgetbeheersing door 'coördinatie team'

discussie wordt zoveel mogelijk bilateraal contact gezocht. Er wordt nadrukkelijk geen gedetailleerde indicatie vooraf opgesteld.

Ondersteuning door professionele zorg-/dienstverleners en registratie uitgevoerde werkzaamheden

De casemanager stelt samen met de burger het zorgleefplan op en overlegt via het digitale systeem met eventueel benodigde professionals. Eventuele discussies worden zoveel mogelijk bilateraal gevoerd. De professionele zorg-/dienstverleners leveren de ondersteuning conform het plan en declareren de werkzaamheden conform de huidige declaratiesystematiek en inkoopafspraken met de financier. Tijdens en na afloop bespreekt de casemanager met

de patiënt het effect aan de hand van nieuwe scores op de dimensies van 'Positieve Gezondheid'. Afhankelijk van de resultaten wordt het eindpunt van de ondersteuning met de patiënt vastgesteld en teruggekoppeld naar het 'coördinatie team'. Het betreffende lid van het 'coördinatie team' bespreekt met de patiënt in hoeverre verdere ondersteuning op de dimensie of nieuwe ontwikkeldimensie noodzakelijk is.

Maandelijks monitoring van budget op buurt/wijkniveau

De verantwoordelijke voor de 'management informatie' rapporteert maandelijks aan de hand van een (financiële) rapportage naar het 'coördinatie team' in hoeverre de geleverde ondersteuning op buurtniveau overeenkomt met het beschikbare budget. Daarnaast geeft deze persoon aan de hand van benchmark gegevens tussen buurten / teams aan waar 'uitzonderlijke' situaties van toepassing zijn, b.v. relatief veel uren ondersteuning geleverd door een professionele zorg-/dienstverlener of relatief veel zorg-/dienstverleners die tegelijkertijd actief zijn voor een burger of gezin of relatief lange duur van bepaalde ondersteuning. Het 'coördinatie team' bespreekt maandelijks deze stand van zaken, stelt eventueel vast welk achterliggend verhaal bij bepaalde cijfers horen en bepaalt eventuele leerpunten en/of benodigde acties. Structureel opvallende zaken worden teruggekoppeld naar de individuele professionele zorg-/dienstverleners, de betreffende bestuurders van de instellingen en/of financier(s).

5.2 Samenstelling van maandelijks financiële rapportage

Het 'coördinatie team' kan het budget op buurtniveau alleen maar goed beheersen indien zij accurate, financiële rapportages ontvangt op frequente basis, bij voorkeur op maandbasis.

In onderstaande tabel worden de vormen van mogelijke professionele ondersteuning getoond welke opgenomen dienen te worden in de financiële rapportage, de huidige declaratiefrequentie en de financiële omvang van de ondersteuning voor de vier buurten.

Tabel 1, vormen van mogelijke professionele ondersteuning (deels 2013, deels 2014 cijfers)

Domein	Zorg-/dienstverlening	Frequentie van declaraties	Benadering van omvang voor vier buurten
Sociale domein	Jeugdzorg	Ieder kwartaal	NTB
	WMO		
	Participatie		
WLZ (2014 cijfers)	Extramuraal: - begeleiding / vervoer (naar WMO) - wijkverpleging (behandeling / verzorging / verpleging) (naar Zvw)	Maandelijks	€ 2 mln € 2,5 mln
	Intramuraal (GGZ, GHZ, V&V, overig)		€ 11 mln
Zvw (2013 cijfers)	Eerstelijn en overig (huisartsenzorg, farmaceutische zorg, paramedi, hulpmiddelen, vervoer, geriatrische revalidatie, mondzorg, geboortezorg, buitenland, overig)	Maandelijks	€ 17 mln
	Tweedelijn (MSZ / GGZ)	Afhankelijk van sluiting DOT's/DBC's	€ 31 mln

Sociale domein

De gemeente Maastricht is de financier binnen het sociale domein, waar onder meer de Jeugdzorg, WMO en participatiewet vallen. Op dit moment is er nog sprake van een transitieperiode vanwege de drie decentralisaties en worden om deze reden instellingen binnen dit domein bevoorschot: zij ontvangen periodiek een afgesproken

bedrag dat op een later moment gecorrigeerd wordt op basis van de daadwerkelijk geleverde ondersteuning. Op kwartaalbasis worden rapportages gemaakt van de daadwerkelijk geleverde ondersteuning. Hierbij wordt door de gemeente Maastricht een vergelijking gemaakt tussen de overzichten die de instellingen aanleveren met de individuele aanmeldingen die gedurende het kwartaal binnenkomen bij de dienst uitvoering van Gemeente Maastricht. Dit is op dit moment een arbeidsintensief proces, wat niet zonder grote inspanningen op maandbasis is uit te voeren. Nader onderzoek is nodig in hoeverre het mogelijk is om na de transitiefase de bevoorschotting los te laten en over te gaan op betaling op basis van maandelijkse declaraties. De aard van de ondersteuning die geleverd wordt binnen dit domein zou dit in principe mogelijk moeten maken.

WLZ (Wet Langdurige Zorg)

De WLZ bestaat uit de intramurale zorg die na de overheveling van de extramurale zorg uit de voormalige AWBZ naar WMO (begeleiding/vervoer) en Zvw (behandeling/verzorging/verpleging) is overgebleven. Zorgkantoor CZ is de financier van deze zorg in de regio Maastricht en Heuvelland. Declaraties vinden op dit moment op maandelijkse basis plaats.

Zvw (Zorgverzekeringswet)

Zorgverzekeraar VGZ is samen met zorgverzekeraar CZ binnen de regio de grootste financier ten aanzien van de zorg die geleverd wordt binnen de Zorgverzekeringswet. In omvang wordt ongeveer 1/3 van de zorg op dit moment op maandelijkse basis gedeclareerd. De overige 2/3 is gerelateerd aan medisch specialistische zorg en de GGZ. In deze gevallen wordt gedeclareerd via respectievelijk DOT's en DBC's waarbij er een vertraging kan zijn van enkele maanden tot een jaar tussen daadwerkelijk geleverde ondersteuning / zorg en declaraties. Voor het accuraat monitoren van de zorgconsumptie en eventueel kunnen bijsturen lijkt het niet voldoende om uit te gaan van deze declaraties en dient gekeken te worden naar afgeleide parameters, zoals:

1. Voor de electieve (planbare) zorg: aantal doorverwijzingen door huisarts in de betreffende periode in 2016 t.o.v. dezelfde periode in het voorgaande jaar
2. Voor de acute zorg: het aantal acute opnames / behandelingen in de betreffende periode 2016 t.o.v. dezelfde periode in het voorgaande jaar

5.3 Periodieke overheveling tussen domeinen

Zoals aangegeven gaan we uit van één virtueel budget op buurtniveau, dat door het 'coördinatie team' beheerd wordt. Dit betekent dat in de praktijk, afhankelijk van de benodigde ondersteuning voor de burgers, een verschuiving kan optreden in de verdeling over de drie domeinen (sociale domein, WLZ en Zvw) ten opzichte van de huidige verdeling. Om deze reden dient periodiek, bijvoorbeeld jaarlijks, de balans opgemaakt te worden hoe de verdeling over de drie domeinen op dat moment is ten opzichte van de beginsituatie (vooral nog 2013 vanwege vertraging in declaraties MSZ / GGZ voor 2014). Wanneer de verdeling dusdanig scheef is dient op dat moment besloten te worden om daar op totaalniveau voor te corrigeren. Is bijvoorbeeld relatief veel uitgegeven binnen het sociale domein, maar minder binnen de Zvw wordt voor die betreffende periode een lump sum bedrag door de zorgverzekeraar(s) betaald aan de gemeente Maastricht. Binnen de huidige wetgeving zijn er diverse betaaltitels aanwezig die een dergelijke overboeking mogelijk maken.

5.4 Mogelijke financiële risico's en ondervanging hiervan

In onderstaande tabel worden enkele belangrijke (financiële) risico's benoemd die gerelateerd zijn aan de nieuwe werkwijze. Daarnaast wordt aangegeven op welke manier deze risico's ondervangen kunnen worden.

Tabel 2, mogelijke financiële risico's en ondervanging

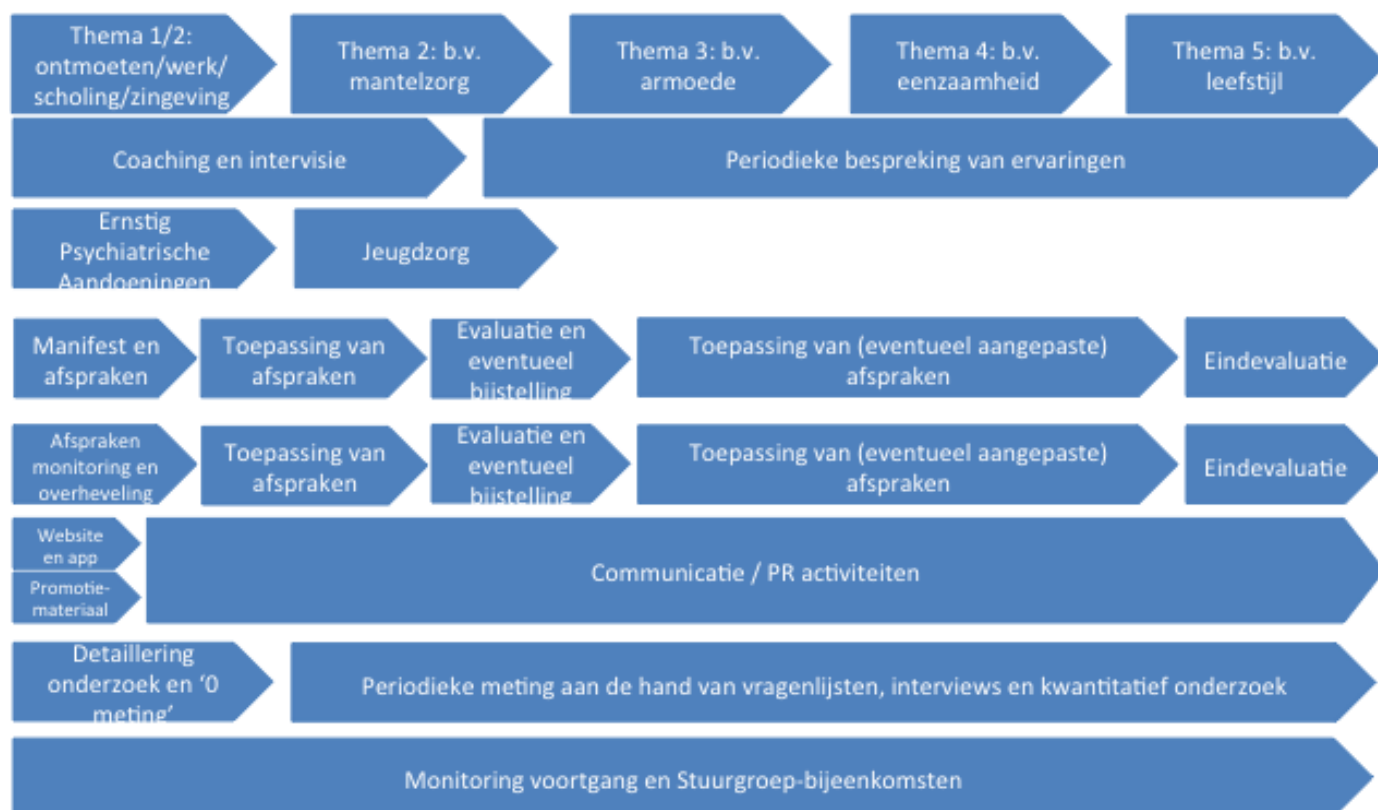
Mogelijk (financieel) risico	Mogelijke ondervanging van risico
Toename in aantal burgers dat richting zorg en/of welzijn wordt geleid door 'coördinatie team'	<ul style="list-style-type: none"> • Maandelijke terugkoppeling richting 'coördinatie team' over stand van zaken budget die tijdens intervisie sessies besproken worden • Afspraak met 'coördinatie team' dat (deel van) budget dat overblijft geïnvesteerd kan worden in buurtprojecten
Per individuele burger wordt meer ondersteuning geleverd dan nodig doordat gedetailleerde indicatiestelling vooraf ontbreekt	<ul style="list-style-type: none"> • 'Impliciete' normen op basis van voorgaande jaren worden gebruikt om uitzonderlijke gevallen te identificeren • High Trust en High Penalty richting individuele hulpverlener en instelling bij herhaaldelijk sterk afwijkend gedrag

6 Plan van aanpak wijkpilot

Binnen het plan van aanpak voor de wijkpilot maken we onderscheid in het globale plan van aanpak voor de periode 2016-2020 en het gedetailleerdere plan van aanpak voor 2016.

6.1 Globaal Plan van Aanpak 2016 – 2020

Op basis van de discussies die hebben plaatsgevonden binnen de pijlers is onderstaand plan van aanpak opgesteld voor de looptijd van de pilot 2016 – 2020. Hierbij willen we graag opmerken dat dit plan van aanpak gedurende de pilot waarschijnlijk aangepast wordt op basis van ervaringen wat wel en wat niet werkt.



Afbeelding 8, globaal Plan van Aanpak 2016-2020

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

Werkstroom 'burger aan zet'

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

Werkstroom 'professional aan zet'

Binnen deze werkstroom onderscheiden we twee typen activiteiten:

1. Het begeleiden van het coördinatie team en sociale wijkteam bij de veranderde werkwijze door de toepassing van het concept 'Positieve Gezondheid' en de financiële ontschotting.

2. Het aanpakken van knelpunten die van toepassing zijn voor specifieke doelgroepen, te starten met patiënten met Ernstig Psychiatrische Aandoeningen (EPA's) in 2016, mogelijk gevolgd door de doelgroep 'Jeugdzorg' in 2017

Werkstroom bestuurders van instellingen

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

Werkstroom financiers

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

Ondersteunende werkstroom 'communicatie'

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

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

In eerste instantie zal de nadruk liggen op het ontwikkelen van een pakkende, aansprekende slogan, website, een 'app' en social media strategie waarmee de burger betrokken raakt bij het programma. Daarnaast wordt promotiemateriaal ontwikkeld op basis van individuele verhalen van burgers in de wijk waarmee andere burgers aangespoord worden om mee te doen en zelf ook een bijdrage te leveren.

In tweede instantie zal zoveel mogelijk 'free publicity' gegenereerd worden met aansprekende successen die geboekt zijn in het programma.

Ondersteunende werkstroom 'monitoring'

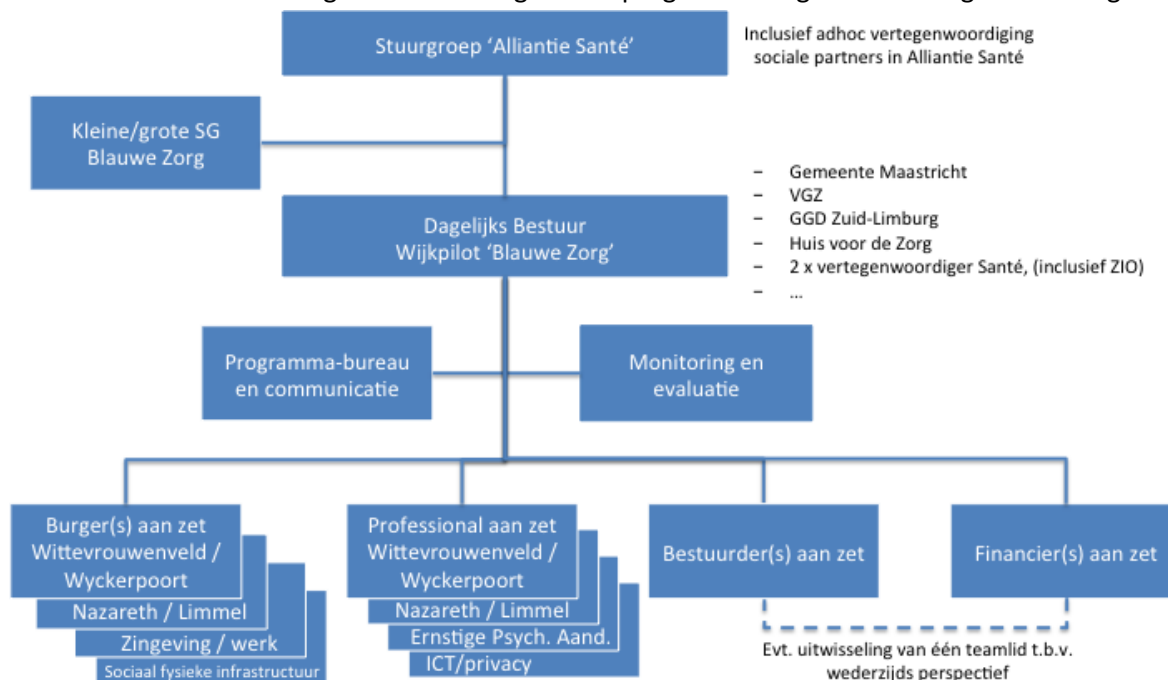
Binnen de werkstroom 'monitoring' staat het meten van het effect van het programma op de 'Positieve Gezondheid' centraal. Onder leiding van de Academische Werkplaats van de GGD Zuid-Limburg is een vooraanvraag ingediend bij Zon MW welke positief is beoordeeld, met het verzoek deze vooraanvraag uit te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

Ondersteunende werkstroom 'programma management'

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

6.2 Programma-organisatie en -governance

In onderstaande afbeelding wordt de voorgestelde programma-organisatie en -governance getoond.



Afbeelding 9, programma-organisatie en -governance

Programma governance

Het programma wordt zoveel mogelijk ingebed in bestaande overlegstructuren om te voorkomen dat het aantal overleggen onnodig toeneemt. Gezien de breedte van de wijkpilot lijkt Alliantie Santé het meest aangewezen gremium om als Stuurgroep te fungeren. Alliantie Santé is een samenwerkingsverband van de zorgaanbieders, gemeente Maastricht en zorgverzekeraar VGZ in de regio Maastricht en Heuvelland met als doelstelling meer gezondheid te bieden voor dezelfde euro. Alliantie Santé komt vier keer per jaar samen, twee van deze sessies zullen gewijd worden aan de aansturing van de wijkpilot. Voor deze sessies kunnen vertegenwoordigers van de sociale partners uitgenodigd worden. Daarnaast wordt de stuurgroep Blauwe Zorg maandelijks geïnformeerd over de voortgang van de wijkpilot.

Naast de Stuurgroep is een Dagelijks Bestuur gewenst dat de operationele voortgang van de wijkpilot bespreekt en bijstuurt indien nodig. In het Dagelijks Bestuur zitten de Gemeente Maastricht en zorgverzekeraar VGZ vanuit de financiers, enkele bestuurders als vertegenwoordigers vanuit de instellingen (waaronder zorggroep ZIO), Huis voor de Zorg als vertegenwoordiger van de burgers en de GGD Zuid-Limburg als provinciale beleidsondersteuner.

Als ondersteunende teams is een programma-bureau bestaande uit programma management, secretariaat inclusief de communicatie beschikbaar. Daarnaast is een team beschikbaar voor 'monitoring en evaluatie' onder leiding van de Academische Werkplaats binnen de GGD Zuid-Limburg.

Werkgroepen

Vier typen werkgroepen, ieder gericht op een specifieke doelgroep zullen aan de slag gaan binnen de wijkpilot.

Burgers aan zet

Binnen de 'Burgers aan zet' zullen twee werkgroepen geleid worden door Huis voor de Zorg. In deze werkgroepen zitten naast de opbouwwerkers van Trajekt vertegenwoordigers van de burgers van de buurten Wittevrouwenveld

/ Wyckerpoort en Nazareth / Limmel. Zij leggen de koppeling tussen de bestaande initiatieven in de buurten en de thema's 'ontmoeten' en 'werk/zingeving'.

Naast deze werkgroepen zal een separate werkgroep zich bezighouden met de 'werk/zingeving' waaronder de koppeling met het Mobility Talent Center en het uitwerken van de mogelijkheid om passend vrijwilligerswerk te doen wanneer beroep wordt gedaan op een uitkering.

Een vierde werkgroep zal zich bezighouden met het ontwikkelen van een toekomstbestendige sociaalfysieke infrastructuur, met een koppeling naar het gemeentelijke beleid op dit vlak en het project 'de Groene Loper' dat zich bezighoudt met de inrichting van het gebied dat ontstaat bij de ondertunneling van de A2.

Precieze samenstelling van deze laatste twee werkgroepen dient nog bepaald te worden, inclusief de benoeming van een projectleider.

Professionals aan zet

Binnen 'Professionals aan zet' zullen twee werkgroepen geleid worden door nog aan te stellen team coaches. Deze teamcoaches zullen het coördinatie team en het sociale wijkteam van respectievelijk Wittevrouwenveld / Wyckerpoort en Nazareth / Limmel opleiden en begeleiden met de implementatie van 'Positieve Gezondheid' en de 'budgetbeheersing op buurtniveau'.

Daarnaast zal een werkgroep zich specifiek richten op het oplossen van de huidige knelpunten in de samenwerking tussen de eerstelijns organisaties en het FACT team bij patiënten met Ernstig Psychiatrische Aandoeningen. Binnen deze werkgroep dienen vertegenwoordigers van patiënten, eerstelijns professionals die met GGZ problematiek te maken hebben het FACT-team zitting te nemen.

Tenslotte zal een werkgroep zich bezighouden met de ICT-component van de nieuwe werkwijze. Zoals aangegeven zal bij de start van de pilot zoveel mogelijk gebruik worden gemaakt van bestaande ICT-systemen. Leden van het coördinatie team en het sociale wijkteam zullen hier in ieder geval in opgeleid dienen te worden. Daarnaast dient het gebruik hiervan geëvalueerd te worden om vast te stellen in hoeverre deze systemen voldoen of dat er voor een andere structurele oplossing gekozen dient te worden.

In dit team zullen ICT-expertise van de huidige systemen opgenomen te worden en vertegenwoordigers van de gebruikers van deze systemen.

Bestuurders van instellingen en financiers aan zet

Zowel voor de bestuurders van instellingen als de financiers zal een separate werkgroep opgericht worden waarin afspraken nader geconcretiseerd, geëvalueerd en eventueel aangepast worden. In de werkgroep van de bestuurders zal ook een vertegenwoordiger van de financiers zitting nemen om wederzijds begrip voor elkaars standpunten te creëren. Omgekeerd zal een vertegenwoordiger van de bestuurders zitting nemen in de werkgroep van de financiers.

6.3 'Burger aan zet' binnen het plan van aanpak en projectorganisatie

De 'burger aan zet' krijgt op verschillende manieren invulling binnen het plan van aanpak en de programma organisatie, variërend van informeren tot en met (mee)beslissen (zie bijgesloten afbeelding).



Informereren van de burger

Binnen pijler 1 'burger aan zet' is een belangrijke positie ingeruimd voor een persoonsgericht communicatieprogramma met als leidraad 'goed voorbeeld doet volgen'. Binnen dit programma worden burgers geïnformeerd over (vrijwilligers) activiteiten die medeburgers uitvoeren, met als doel dat deze als inspiratie dienen om zelf ook een bijdrage te leveren. Daarnaast zullen inspirerende resultaten via de reguliere mediakanalen en social media gedeeld worden.

Afbeelding 10, participatie door de burger

Raadplegen van / adviseren door de burger

Tijdens de voorbereiding heeft de Huis voor de Zorg binnen de werkgroep al een belangrijke rol gespeeld in de verbinding leggen met de burgers in de wijk. Dit heeft direct tot twee belangrijke aanpassingen op de oorspronkelijke plannen geleid:

1. oorspronkelijk was het de bedoeling om de wijkpilot te laten plaatsvinden in twee buurten, 'Wittevrouwenveld' en 'Nazareth'. Na raadpleging van en advisering door de burgers is ervoor gekozen om de pilot uit te breiden naar 'Wittevrouwenveld / Wyckerpoort' en 'Nazareth / Limmel'. Op deze manier wordt beter aangesloten bij de sociale samenhang tussen de vier buurten
2. de werkgroep heeft met de gedachte gespeeld om een 'Burgertop 200' te organiseren voor deze vier buurten, waarbij de burgers zich kunnen buigen over ideeën / projecten die de leefbaarheid binnen de buurten kunnen verbeteren. Uit de gesprekken met de burgers en opbouwwerkers bleek dat er geen gebrek is aan goede initiatieven binnen de buurten, maar dat deze op bepaalde onderdelen wel ondersteuning kunnen gebruiken. Om deze reden is ervan afgezien om een Burgertop 200 te organiseren voor het genereren van ideeën.

Binnen het plan van aanpak blijft raadpleging van en advisering door de burger een belangrijke rol spelen. Zo zullen bewoners uit de vier buurten zitting nemen in de projectteams binnen 'burger aan zet' en wordt gekeken in hoeverre de Burgertop als instrument ingezet kan worden om de bewoners te betrekken bij de inrichtingsplannen binnen het project 'De Groene Loper'. Zoals eerder aangegeven ontwikkelt dit project inrichtingsplannen voor het gebied dat vrijkomt bij de ondertunneling van de A2.

Coproduceren met de burger

Het plan van aanpak binnen de stroom 'burger aan zet' gaat nadrukkelijk uit van de projecten en initiatieven zoals deze door de burgers al zijn opgestart in de vier buurten. Zoals eerder aangegeven zal het programma deze burgerinitiatieven themagewijs ondersteunen.

(Mee) beslissen door de burger

Vertegenwoordigers van de burgers nemen zitting in de werk- en stuurgroepen binnen het programma:

- Vertegenwoordiging in de werkgroepen en leiding aan werkgroepen binnen 'burger aan zet'
- Vertegenwoordiging in 'Dagelijks Bestuur' van de wijkpilot die de dagelijkse aansturing van het programma verzorgt
- Vertegenwoordiging in Stuurgroepen 'Blauwe Zorg' en 'Santé'

Daarnaast is de burger vertegenwoordigd in het Coördinatie Team dat op wijkniveau het budget bewaakt op het gebied van zorg en welzijn.

6.4 Verwachte eenmalige en jaarlijkse programmakosten

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de verwachte eenmalige en jaarlijkse programmakosten per programma onderdeel. Alle opgenomen bedragen zijn inclusief 21% BTW.

Tabel 3, verwachte eenmalige en jaarlijkse programmakosten

Programma onderdeel	Eenmalige programmakosten	Jaarlijkse programmakosten
Programmabureau, voortgangsmonitoring en specifieke werkstroom ondersteuning	N.v.t.	€ 200.000
Communicatie: externe PR en promotiematerialen	€ 50.000	€ 200.000
Monitoring en evaluatie	N.v.t.	€ 100.000
Burger aan Zet	N.v.t.	€ 60.000
Professional aan Zet – begeleiding twee coördinatie teams en sociale wijkteams	€ 50.000	€ 250.000
Professional aan Zet – ICT	€ 50.000	€ 10.000
Catering t.b.v. bijeenkomsten en onvoorzien	N.v.t.	€ 80.000
Totaal	€ 100.000	€ 900.000

Toelichting op bovenstaande posten:

- Kosten van programmabureau zijn gebaseerd op de kosten van het Blauwe Zorg programma management (programmamanager en secretariaat) ter waarde van €150.000. Daarnaast wordt €50.000 gereserveerd voor inhuur van tijdelijke ondersteuning van een of meerdere werkstromen. Naar verwachting zal dit voor 2016 voor de werkstroom 'EPA' nodig zijn.
- Communicatiekosten: deze kosten zijn gebaseerd op een inschatting van communicatie-adviesbureau 'Het Stormt'. Dit bureau is betrokken bij het landelijke Nationale Preventie Programma van het ministerie van VWS en heeft meegedacht hoe de communicatie van dit programma kan worden opgezet. Binnen deze communicatiekosten is €50.000 opgenomen ten behoeve van de eenmalige ontwikkeling van een website en 'app' waarmee burgers betrokken worden bij het programma. Daarnaast is €200.000 gereserveerd voor jaarlijkse kosten ten behoeve van promotiematerialen en een PR functionaris die zorgdraagt voor de interne en externe communicatie.
- Monitoring & evaluatie: begin oktober 2015 is onder leiding van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg een voorlopige aanvraag in de vorm van een projectidee ingediend bij Zon MW ten behoeve van onderzoeksgelden voor de monitoring van de resultaten van dit programma. Eind december 2015 is bericht ontvangen dat het projectidee positief is ontvangen en kan worden uitgewerkt in een voorstel. Dit voorstel dient voor 1 maart 2016 ingeleverd te worden. Binnen het projectidee is vooralsnog uitgegaan van jaarlijks €100.000 ten behoeve van de monitoring activiteiten.
- Burger aan Zet: voor de projectleiding van Huis voor de Zorg voor dit onderdeel is €40.000 gereserveerd. Daarnaast is €20.000 opgenomen voor een eventuele vergoeding van 4 tot 8 burgervertegenwoordigers binnen deze werkstroom.
- Professional aan Zet – begeleiding twee coördinatie teams en sociale wijkteams: we gaan ervan uit dat er twee coördinatie teams actief zullen zijn, voor Wittevrouwenveld / Wyckerpoort en Nazareth / Limmel. De veranderde werkwijze zal zeker voor de twee coördinatie teams aanzienlijk begeleiding vergen naast enige begeleiding voor de sociale wijkteams. In deze kostenschatting gaan we uit van 0,5 FTE begeleiding voor ieder

- coördinatie team en bijbehorend sociaal wijkteam en eventuele externe training. Daarnaast zal capaciteit ingezet dienen te worden voor de management informatie. Dit laatste zal deels vanuit bestaande functies gerealiseerd kunnen worden, maar we houden er vooralsnog rekening mee dat dit niet voldoende zal zijn. In totaal komt hiermee de ondersteuning neer op €100.000 per combinatie van coördinatie team / sociaal wijkteam, voor Wittevrouwenveld / Wyckerpoort en Nazareth / Limmel in totaal €200.000. Daarnaast is een reservering opgenomen van €50.000 als tegemoetkoming voor de inspanningen die de twee betrokken gezondheidscentra gaan leveren aan deze pilot (dit komt neer op 4 uur per week per gezondheidscentrum)
- Professional aan Zet – ICT: de kosten die zijn opgenomen onder deze post hebben met name betrekking op een ICT-systeem voor een ‘integraal zorgleefplan’, inclusief beveiligde gegevensuitwisseling. Merendeel van de kosten is gerelateerd aan eenmalige implementatiekosten van €35.000 voor twee implementaties en daarnaast €10.000 aan jaarlijkse onderhoudskosten voor twee implementaties. Deze kosten zijn gebaseerd op een offerte voor het product ‘Zorgverband’. Daarnaast is eenmalig €15.000 gereserveerd voor een systeem om digitaal de resultaten per individuele burger op de zes dimensies van ‘Positieve Gezondheid’ op te slaan. Aanpassingen aan Medix ten behoeve van deze functionaliteit kunnen binnen dit bedrag uitgevoerd worden.
 - Post onvoorzien: hiervoor is een stelpost opgenomen van ongeveer 10%, wat neerkomt op €80.000.

6.5 Additionele themagewijze financiële ondersteuning

Naast de jaarlijkse programmakosten zoals in voorgaande paragraaf uiteengezet die bedoeld zijn voor het op gang brengen van de beweging, kan ervoor gekozen worden om specifieke thema’s aanvullend financieel te ondersteunen met als doel specifieke resultaten te boeken op deze thema’s.

Voor 2016 denken we hierbij aan het thema ‘jeugdwerkeloosheid’ in deze buurten. Binnen de buurten is er sprake van relatief hoge werkeloosheid... Om te voorkomen dat toekomstige generaties in deze buurten hiermee besmet raken willen we fors inzetten op het aanpakken van de jeugdwerkeloosheid in deze buurten, deels door de inzet van het Mobility Talent Center, maar daarnaast denken we aan..... Het doel van deze interventies is het binnen drie jaar terugbrengen van de jeugdwerkeloosheid in deze buurten van x% tot in ieder geval y%, het huidige gemiddelde werkeloosheidscijfer in de gemeente Maastricht. Dit leidt tot € x miljoen aan jaarlijkse besparingen op sociale uitkeringen. De kosten die met deze interventies zijn gemoeid zijn € 3 miljoen gedurende de duur van de pilot.

We verwachten gedurende de wijkpilot nog 3 tot 4 thema’s op dezelfde manier op te gaan pakken, wat neerkomt op een gewenste, themagewijze financiële ondersteuning van € 9 - 12 miljoen gedurende de looptijd van de pilot.

6.6 Voorlopige prestatie-indicatoren

Per 1 maart wordt een ZonMW aanvraag ingediend inclusief een beschrijving op welke wijze de resultaten van de wijkpilot worden gemeten. Vooruitlopend hierop geven we in deze paragraaf enkele elementen weer waarnaar gekeken gaat worden binnen de effectmeting. Zoals aangegeven gaat het in deze pilot om een beweging op gang te krijgen om de levenskwaliteit van de vier buurten te verbeteren met als randvoorwaarde dat dit in principe gebeurt met de huidige beschikbare middelen.

Procesindicatoren

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

Uitkomstindicatoren

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

Levenskwaliteit van de burger in de vier wijken

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

Beschikbare middelen / doelmatigheid

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

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

Deze elementen dienen nader uitgewerkt te worden zodat zij een goede weerspiegeling vormen van de mate waarin de beweging die in gang wordt gezet succesvol is.

6.7 Overzicht belangrijke beslispunten voor financiers en bestuurders

Financiers: zorgverzekeraar en gemeente

Professional aan zet

- Zorgverzekeraar en gemeente committeren zich aan een zo stabiel mogelijke personele bezetting van de project-, sociale wijk-, en coördinatieteam

Ontschotting van financiering

- Zorgverzekeraar en gemeente stellen data beschikbaar ten behoeve van een buurtmonitor waarmee de coördinatie teams kunnen sturen
- Zorgverzekeraar en gemeente zijn akkoord met het versterken van de professionele autonomie door formele indicatiestelling vooraf te minimaliseren en te vervangen door ‘monitoring achteraf’, mits de wetgeving hiervoor ruimte geeft
- Zorgverzekeraar en gemeente zijn akkoord dat het financiële kader voor de buurten het totale uitgavenniveau 2015 van Zvw en Sociale Domein samen is. Wanneer verschuivingen optreden van het ene domein naar het andere domein ten opzichte van de verhouding in 2015 zijn beide partijen bereid elkaar zodanig te compenseren dat de verhouding van middelen ten opzichte van 2015 gelijk blijft

Plan van aanpak en programmastructuur

- Zorgverzekeraar en gemeente staan achter het plan van aanpak en de voorgestelde programmastructuur
- Zorgverzekeraar en gemeente zijn akkoord met de eenmalige en jaarlijkse programmakosten en zijn bereid om deze programmakosten te betalen
- De provincie wordt gevraagd een bijdrage te leveren aan de kosten ten behoeve van structurele interventies zoals begeleiding naar werk

Bestuurders en zorg-/dienstverleners

- Bestuurders en zorg-/dienstverleners committeren zich aan een zo stabiel mogelijke personele bezetting van de project-, sociale wijk-, en coördinatieteam
- Bestuurders en zorg-/dienstverleners
- Bestuurders stellen medewerkers beschikbaar ten behoeve van het programma. Deze medewerkers worden bekostigd vanuit de huidige budgetten

6.8 Activiteiten in eerste kwartaal 2016

Het eerste kwartaal van 2016 zal gebruikt worden voor de formele besluitvorming van het plan van aanpak voor deze wijkpilot met als insteek om rond 1 april 2016 formeel van start te gaan. Parallel aan deze besluitvorming zal de voorbereiding van de pilot gecontinueerd worden. In de bijlage is de detailplanning per werkstroom voor 2016 opgenomen. Op basis hiervan worden de volgende resultaten verwacht eind Q1 2016:

- Burger aan Zet:
 - Twee teams samengesteld inclusief een gedetailleerd plan van aanpak
- Professional aan Zet:
 - Stabiele) samenstelling van twee coördinatie teams en sociale wijkteams
 - Aanpassingen in Medix ten behoeve van het kunnen vastleggen op burgerniveau van resultaten op de zes dimensies van ‘Positieve Gezondheid’
 - Eerste opzet van maandelijkse budgetrapportage op buurtniveau (Wittevrouwenveld / Wyckerpoort en Nazareth / Limmel)
- Bestuurders aan Zet:
 - Stabiele samenstelling van sociale wijkteams
 - Spelregels uitgewerkt t.b.v. bieden van comfort
 - Mogelijk maken van ‘maandelijkse’ budgetrapportage voor coördinatie team door toestemming te geven voor het gebruik van declaratiegegevens
- Financiers aan Zet:
 - Stabiele samenstelling van sociale wijkteams

- Uitwerking van mechanisme 'budgetbeheersing' en 'budgetoverheveling'
- Mogelijk maken van 'maandelijkse' budgetrapportage voor coördinatieteam door toestemming te geven voor het gebruik van declaratiegegevens

Bijlage 1: leefstijl- en gezondheidskenmerken Nazareth / Limmel

Bron: GGD Zuid-Limburg

Leefstijlindicatoren



5 van de 10 volwassenen heeft overgewicht of is obese



1 van de 6 volwassenen is zwaar alcohol drinker



2 van de 5 volwassenen rookt



3 van de 5 volwassenen voldoet aan de norm gezond bewegen



1 van de 3 volwassenen voldoet aan de norm groente/rauwkost

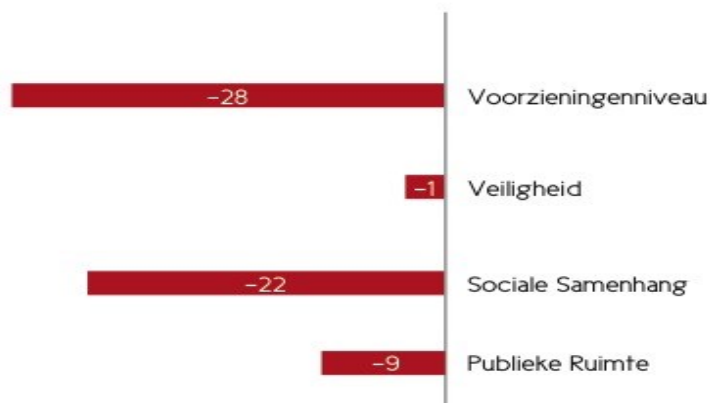
Leef- en werkomstandigheden, gemeenschap & sociaal netwerk

LEEF- & WERKOMSTANDIGHEDEN

GEMEENSCHAP & SOCIAAL NETWERK

Nazareth-Limmel

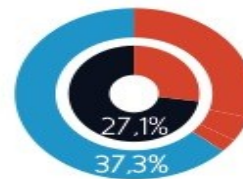
Maastricht



Score leefbaarometer Nazareth-Limmel t.o.v. Maastricht. Een positieve score is beter dan het Maastrichts gemiddelde, een negatieve score is slechter dan het Maastrichts gemiddelde.



Volwassenen met bijstandsuitkering



Volwassenen moeite met rondkomen



Eenpersoons huishoudens (65+)

Bijlage 2: leefstijl- en gezondheidskenmerken Wittevrouwenveld / Wyckerpoort

Bron: GGD Zuid-Limburg

Leefstijlindicatoren



4 van de 10 volwassenen heeft overgewicht of is obees



1 van de 6 volwassenen is zwaar alcohol drinker



1 van de 6 volwassenen



3 van de 5 volwassenen voldoet aan de norm gezond bewegen



2 van de 5 volwassenen voldoet aan de norm groente/rauwkost

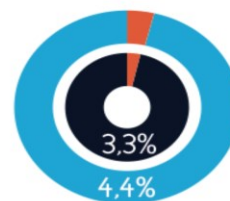
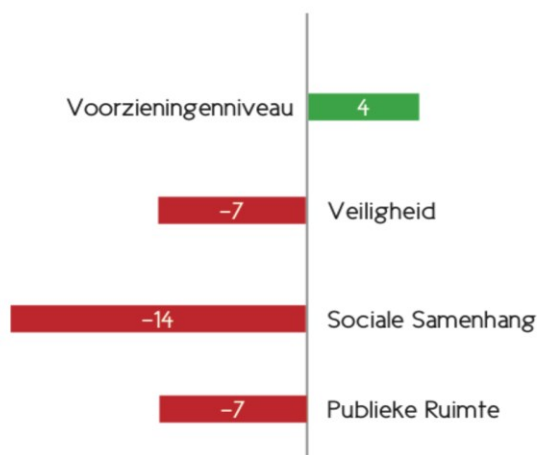
Leef- en werkomstandigheden, gemeenschap & sociaal netwerk

LEEF- & WERKOMSTANDIGHEDEN

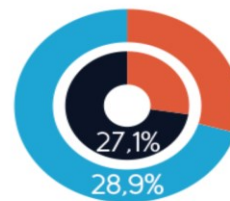
GEMEENSCHAP & SOCIAAL NETWERK

■ Wittevrouwenveld

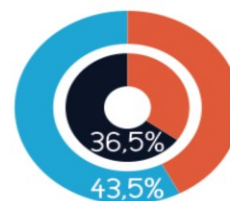
■ Maastricht



Volwassenen met bijstandsuitkering



Volwassenen moeite met rondkomen



Eenpersoons huishoudens (65+)

Score leefbaarometer Wittevrouweveld t.o.v. Maastricht Een positieve score is beter dan het Maastrichts gemiddelde, een negatieve score is slechter dan het Maastrichts gemiddelde.

Huidige projecten binnen Wittevrouwenveld

Bron: Riëlle Schols, opbouwwerker Trajekt



Bijlage 4: detail projectplan 2016

Werkstroom	Onderdelen	2016 Q1	2016 Q2	2016 Q3	2016 Q4	2017 e.v.
Burger	Thema 1: toekomstbestendige sociaal fysieke infrastructuur	Inventarisatie huidig (incl. knelpunten en huidige financiering)	Ontwerp toekomstbestendige infrastructuur	Voorbereiding van implementatie	Implementatie nieuwe infrastructuur	Thema 2, b.v. mantelzorg
	Thema 1: verbinding van lopende initiatieven	Voorbereiding fiets- en wandeltochten	Uitvoering fiets- en wandeltochten			
	Thema 2: zingeving en werk	Uitwerking van thema		Implementatie		
Professional	Patëntgesprekken en case management o.b.v. 'Positieve Gezondheid'	Samenstelling 'coördinatie team'	Begeleiding / coaching 'coördinatie team'			
		Begeleiding / coaching 'sociale wijkteams'				
	ICT communicatie tool t.b.v. zorgplan / casemanagement / digitale gesprekstoel	Selectie van communicatietoel	Training en voorbereiding		Implementatie	
	Integrale ketenbenadering specifieke cliëntgroepen	Inventarisatie van knelpunten en ontwerp van oplossingen EPA-doelgroep		Implementatie (voorbereiding) EPA-doelgroep		Jeugdzorg
(Zorg- en welzijn) Bestuurder	Definitie van spelregels zoals onderlinge inhuur personeel	Vertaling van Manifest in concrete spelregels		Voorbereiding	Toepassing van spelregels	
	Personele stabiliteit kernspelers zorg- en welzijn in de wijk	Organisatorische uitgangspunten	Implementatie van uitgangspunten			
Financier(s)	Monitoring van wijkbudget	Implementatie van mechanisme				
	Mechanisme t.b.v. overheveling budgetten	Ontwerp van mechanisme				
Com-municatie	Programmabrede communicatie	Website en app		Communicatie / PR activiteiten		
	Themagewijze communicatie	Promotiemateriaal				
Monitoring en evaluatie	Fasering o.b.v. aanvraag Zon MW	Detailering onderzoeksvoorstel	Start van onderzoek met '0 meting'	Uitvoering van onderzoek		
Programma management	Voortgangsbewaking en SG-bijeenkomsten	Voortgangsbewaking en SG-bijeenkomsten				

Wijkpilot 'Blauwe Zorg in Maastricht Noord-Oost'

2016-2020

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



Maastricht, februari 2016

Samenvatting Concept Plan van Aanpak

Aanleiding en doelstelling wijkpilot

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

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

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

Binnen de wijkpilot staan vier onderdelen/doelstellingen centraal:

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

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

Onderdeel 1: Burger aan zet

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

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

3. vanuit het perspectief van 'burgerparticipatie binnen deze wijkpilot'. Vertegenwoordigers van de burgers spelen een cruciale rol tijdens deze wijkpilot. Zo worden programmaonderdelen geleid door burgervertegenwoordigers en zijn zij medeverantwoordelijk voor belangrijke beslissingen die tijdens de wijkpilot genomen worden door de projectstuur- en werkgroepen waarin zij vertegenwoordigd zijn.

Onderdeel 2: Professional aan zet

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

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

Onderdeel 3: ontschotting van financiering

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

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

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

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

Onderdeel 4: verspreiden van de kennis

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

Globaal Plan van Aanpak 2016 – 2020

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

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

Werkstroom	Onderdelen	2016 Q1	2016 Q2	2016 Q3	2016 Q4	2017 e.v.
Burger	Thema 1: toekomstbestendige sociaal fysieke infrastructuur	Inventarisatie huidige (incl. knelpunten en huidige financiering)	Ontwerp toekomstbestendige infrastructuur	Voorbereiding van implementatie	Implementatie nieuwe infrastructuur	Thema 2, b.v. mantelzorg
	Thema 1: verbinding van lopende initiatieven	Voorbereiding fiets- en wandeltochten	Uitvoering fiets- en wandeltochten			
	Thema 2: zingeving en werk	Uitwerking van thema		Implementatie		
Professional	Patientsprekken en case management o.b.v. 'Positieve Gezondheid'	Samenstelling 'coördinatie team'	Begeleiding / coaching "coördinatie team"			
			Begeleiding / coaching "sociale wijkteams"			
	ICT communicatie tool t.b.v. zorgplan / casemanagement / digitale gesprekstool	Selectie van communicatietool	Training en voorbereiding		Implementatie	
	Integrale ketenbenadering specifieke cliëntgroepen	Inventarisatie van knelpunten en ontwerp van oplossingen EPA-doelgroep		Implementatie (voorbereiding) EPA-doelgroep	Jeugdzorg	
(Zorg- en welzijn) Bestuurder	Definitie van spelregels zoals onderlinge inhuur personeel	Vertaling van Manifest in concrete spelregels		Voorbereiding	Toepassing van spelregels	
	Personele stabiliteit kernspelers zorg- en welzijn in de wijk	Organisatorische uitgangspunten	Implementatie van uitgangspunten			
Financier(s)	Monitoring van wijkbudget	Ontwerp van mechanisme	Implementatie van mechanisme			
	Mechanisme t.b.v. overheveling budgetten					
Com-municatie	Programmabrede communicatie		Website en app	Communicatie / PR activiteiten		
	Themagewijze communicatie		Promotiemateriaal			
Monitoring en evaluatie	Fasering o.b.v. aanvraag Zon MW	Detailering onderzoeksvoorstel	Start van onderzoek met '0 meting'	Uitvoering van onderzoek		
Programma management	Voortgangsbewaking en SG-bijeenkomsten	Voortgangsbewaking en SG-bijeenkomsten				

Werkstroom 'burger aan zet'

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

Werkstroom 'professional aan zet'

Binnen deze werkstroom onderscheiden we twee typen activiteiten:

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

Werkstroom bestuurders van instellingen

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

Werkstroom financiers

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

Ondersteunende werkstroom 'communicatie'

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

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

Ondersteunende werkstroom 'monitoring'

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

Ondersteunende werkstroom 'programma management'

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

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de verwachte eenmalige en jaarlijkse programmakosten per programma onderdeel. Alle opgenomen bedragen zijn inclusief 21% BTW.

Programma onderdeel	Eenmalige programmakosten	Jaarlijkse programmakosten
Programmabureau, voortgangsmonitoring en specifieke werkstroom ondersteuning	N.v.t.	€ 200.000
Communicatie: externe PR en promotiematerialen	€ 50.000	€ 200.000
Monitoring en evaluatie	N.v.t.	€ 100.000
Burger aan Zet	N.v.t.	€ 60.000
Professional aan Zet – begeleiding twee coördinatie teams en sociale wijkteams	€ 50.000	€ 250.000
Professional aan Zet – ICT	€ 50.000	€ 10.000
Onvoorzien	N.v.t.	€ 80.000
Totaal	€ 100.000	€ 900.000

In bovenstaande bedragen zijn geen middelen opgenomen om specifieke thema's een flinke impuls te geven, zoals middelen voor het terugdringen van de jeugdwerkloosheid in de buurten

Verwachte resultaten

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

Procesindicatoren

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

Uitkomstindicatoren

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

Levenskwaliteit van de burger in de vier wijken

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

Beschikbare middelen / doelmatigheid

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

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

Vervolgstappen voor de korte termijn

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