

Andersson Elffers Felix



Integrale GezinsPoli

Maatschappelijke kosten- en batenanalyse

Samenvatting (1)

Op basis van deze maatschappelijke kosten- en batenanalyse wordt in gemeente Den Haag gezien of en hoe ze de Integrale GezinsPoli gaan realiseren.

Wat is de Integrale GezinsPoli?

Zie ook hoofdstuk 1 en 2

- Integrale GezinsPoli: een plek waar (aanstaande) gezinnen uit het ziekenhuis met een medische en sociale* kwetsbaarheid geholpen worden door professionals uit het medisch én sociaal domein'.
 - Zoveel mogelijk thuis en in 'huiskamersetting', waar gezinnen zich op hun gemak voelen.
 - Geen *extra* locatie: één locatie waar de hulp is gebundeld die deze (aanstaande) gezinnen nodig hebben.
- Door een vast kernteam van professionals dat elkaars expertise kan benutten tijdens gezamenlijke multidisciplinaire overleggen en spreekuren.
 - De werkwijze is gebaseerd op de Infant Mental Health visie.
- Structureel aandacht voor gezinsbegeleiding. Gezien de sociale kwetsbaarheid is hulp bij stressfactoren in het gezin nodig door iemand met overzicht en doorzettingsmacht in het sociaal domein.
- Om de (aanstaande) gezinnen in hun kracht te zetten kunnen informele hulporganisaties beter benut worden.

Wat zijn de belangrijkste maatschappelijke kosten en baten?

Zie ook hoofdstuk 3

- Belangrijkste effecten: betere gezondheid van de populatie, meer empowerment van gezinnen en hogere ervaren kwaliteit van hulp.
- De kosten en baten vallen zowel voor het ziekenhuis, de gemeente als de zorgverzekeraar naar verwachting positief uit.
- Dit komt met name door (1) de korte lijnen tussen professionals doordat met een vast multidisciplinair team wordt gewerkt, (2) doordat professionals zich meer op hun kerntaak kunnen richten door inzet van gezinsbegeleiders voor sociale kwetsbaarheden en (3) stevige werkafspraken en betere informatie-uitwisseling.
- Vroegsignalering: de grootste kostenpost betreft eerdere inzet van (lichtere) hulp en begeleiding.

NB. Door in de aanpak alleen te werken met direct te verwachten effecten is dit een zo realistisch mogelijke analyse, die de baten eerder te laag dan te hoog inschat.

Samenvatting (2)

Wat zijn de belangrijkste aanbevelingen om de inzichten te benutten?

Zie ook hoofdstuk 4

Voor geïnteresseerde gemeenten, ziekenhuizen, aanbieders en zorgverzekeraars:

- Concretiseer het concept 'Integrale GezinsPoli' voor de eigen lokale situatie. Betrek ervaringsdeskundigen en zorg dat de organisaties (formeel en informeel) zowel op het niveau van professionals als beleid betrokken zijn voor een goed werkbaar praktijk en borging.
- Heb tijdig aandacht voor de financiering. Maak o.a. afspraken over de kosten- en batenverdeling.
- Benut deze MKBA als hulpmiddel, niet als instrument dat 1-op-1 doorgevoerd wordt.

Voor de landelijke gesprekstafel:

- Vergroot de kennis van de regionale sociale kaart, voor zo ver relevant voor de kansrijke start-doelgroep. *Let op!* Vat 'kaart' niet te letterlijk op: het gaat niet om een (statisch) document, maar om het doel: professionals weten beter welk relevant aanbod er is.
 - Wellicht kan een regionaal kansrijke start-verbinder een rol spelen in het verbinden van professionals tussen medisch en sociaal domein en het leggen van de link met andere relevante regionale ontwikkelingen (zoals rond preventie).
- Professionals hebben behoefte aan handvatten om goed door te vragen op sociale kwetsbaarheden. Investeer hierin om (aanstaande) gezinnen beter te kunnen helpen.
- Creëer inzicht in hoe (divers) wordt samengewerkt rond (aanstaande) gezinnen met medisch én sociale kwetsbaarheid.
- Voed vanuit de kansrijke start-praktijk de landelijke discussie over de (beperkte) financiële prikkels om vanuit medisch én sociaal domein samen preventief te investeren in de juiste zorg op de juiste plek-beweging.

Inhoudsopgave

0. Vooraf: (aanstaande) gezinnen en professionals aan het woord
1. Doel: voor wie en waarom?
2. Werkwijze: wat verandert er?
3. MKBA: wat zijn de (maatschappelijke) kosten en baten?
4. Aanbevelingen: hoe kan landelijk worden geprofiteerd van de inzichten?
5. Bijlagen



Aan het woord | Laila, Yonathan en Luuk



Laila

- Moeder is kwetsbaar (licht verstandelijk beperkt, beïnvloedbaar)
- Tweede zwangerschap, eerste kind uithuisgeplaatst
- Medische indicatie wegens complicaties bij eerdere zwangerschap

Moeder is onder behandeling op de Kwetsbare Zwangerenpoli en bevalt in het HagaJulianaGeboortecentrum, waar zij aanvullende kraamzorg krijgt.



Yonathan

- Prematuur geboren
- Vader niet in beeld, moeder lijkt kwetsbaar
- Beperkt hulp uit eigen netwerk
- Baby ontwikkelt zich in eerste instantie goed

Yonathan is opgenomen op de afdeling Neonatologie en vervolgens onder behandeling bij de Nazorgpoli Neonatologie.



Luuk

- Ouders zijn meerdere malen in het ziekenhuis geweest omdat hun zoon Luuk (2) slecht eet. Lichamelijk wordt geen oorzaak gevonden.
- Ouders zijn ook met de broer en zus van Luuk regelmatig in het ziekenhuis wegens aanhoudende slaapproblemen.
- In het gezin spelen de nodige stressfactoren (schulden, geen werk en beperkt netwerk).

Het gezin wordt gezien op de poli Kinderartsen en een aantal maal op de spoedeisende hulp geweest.

Aan het woord | Casus Yonathan



May van Gijn-Huysen van Kattendijke, kinderfysiotherapeut. Eigenaar van het concept van de Integrale GezinsPoli

Yonathan wordt 8 weken te vroeg geboren. Tijdens opname op de afdeling neonatologie gaat het goed. Na ontslag worden adviezen van de jeugdverpleegkundigen en kinderfysiotherapeut echter niet goed opgevolgd en moeder vraagt regelmatig aandacht voor haar eigen klachten. **Yonathan ontwikkelt zich minder en groeit niet goed.**

Wanneer moeder zich met haar kind op de eerste hulp meldt en er een opname volgt, is er ruimte voor een diepgaand gesprek. Moeder vertelt dat zij er alleen voor staat: vader zit in detentie en een **ondersteunend netwerk** heeft zij niet. Zij heeft problemen waar ze zich veel zorgen over maakt. Zo heeft ze **schulden**, waardoor **uithuiszetting** en afsluiting van gas/ water/ licht dreigt, en leeft het gezin in **armoede**. Daarbij heeft moeder een **depressie** en is er het vermoeden van een **verstandelijke beperking**, waardoor het haar niet lukt om grip te krijgen op de problemen.

Ik zou willen dat we dit gezin **bij de eerste signalen** van onderontwikkeling hadden kunnen helpen. **Vanuit medisch én sociaal domein, ieder vanuit zijn eigen expertisegebied**. Alleen dan kunnen we deze gezinnen goed helpen. Juist in de zwangerschap en bij/ na de geboorte zijn gezinnen extra vatbaar voor hulp. Laten we deze kans benutten!



Lyanne Rövekamp-Abels, kinderarts/ neonatoloog. Eigenaar van het concept van de Integrale GezinsPoli

Toen moeder zich in het ziekenhuis meldde, was de situatie niet langer houdbaar. Wij hebben Yonathan eerst opgenomen en daarna tijdelijk op een medisch kinderdagverblijf geplaatst en samen met moeder alle betrokken professionals uitgenodigd. Die **wisten niet van elkaars rol** in het gezin. We hebben ervoor gezorgd dat er een coördinator/ **eerste aanspreekpunt voor moeder** kwam en dat zij **begeleiding** kreeg.

Ik wil dat professionals **beter op de hoogte zijn van elkaars betrokkenheid**, kortere lijntjes hebben en het gezin een vast persoon heeft die helpt bij het aanpakken van de problemen. Niemand heeft er baat bij dat financiële, sociale en psychische problemen van een moeder zo een impact hebben op het hele gezin. Een **vast aanspreekpunt in het gezin** die verbonden is met alle domeinen en helpt iedereen zich te kunnen richten op zijn of haar **kerntaak en expertise**.

Zowel bij onze poli's voor zwangeren en vroeggeborenen als bij verwijzingen naar kinderartsen zien we de **noodzaak tot een stevigere verbinding met de sociale partners**. Alleen dan kunnen we gezinnen die een extra steuntje in de rug nodig hebben goed helpen. Yonathan is ondertussen 2 jaar. Helaas is dit gezin nog steeds aan het kwakkelen en heeft het vele hulpverleners zien komen en gaan.

Aan het woord | Reflectie professionals gemeentelijk domein

Als jeugdverpleegkundige zie ik veel Haagse gezinnen. Wij hebben een taak om gezinnen zoals die van Yonathan te ondersteunen met zaken omtrent opvoeding en ontwikkeling en tevens een belangrijke signalerende functie te hebben. Dat begint al tijdens de zwangerschap. Wanneer risico's worden gesignaleerd kan Stevig Ouderschap door ons als jeugdverpleegkundige ondersteuning bieden. **Wij zien regelmatig dat een gezin meer nodig heeft dan wij kunnen bieden.**

Ik merk dat gezinnen die vaak niet openstaan voor hulpverlening, dit tijdens de zwangerschap wel doen. Zij willen het beste voor hun (aanstaande) kind en zien ons als jeugdverpleegkundige vaak als **minder bedreigend dan andere professionals uit het sociaal domein.**

Deze 'window of opportunity' benutten we nog onvoldoende. Wij zoeken als jeugdverpleegkundigen vaak hoe we de juiste partij erbij kunnen halen. Dit is echter niet onze kerntaak. **Deze gezinnen zijn beter geholpen met een vast persoon die hen kan begeleiden om alle nodige lijntjes richting andere professionals, organisaties en hun eigen netwerk goed te leggen en dit te coördineren.**

Janny Lubberts – Jeugdverpleegkundige CJG Den Haag

Ik herken 'casus Yonathan, Laila en Luuk' vanuit mijn eigen praktijk. We zien als gezinscoaches vele gezinnen in Den Haag, soms met heftige problematiek. **Ik zie dat er tijdens de zwangerschap en na de geboorte veel op gezinnen afkomt.** Hun leefwereld verandert in korte tijd en spanningen die er soms al waren - bijvoorbeeld rond geld, werk of de relatie tussen ouders – kunnen extra onder druk komen te staan.

We kunnen als gezinscoaches een belangrijke rol spelen om gezinnen te helpen om hun situatie te overzien en onder controle te krijgen. Hierbij leggen we waar nodig de lijntjes met andere professionals en betrokken organisaties, bijvoorbeeld rond schuldhulpverlening.

Bij gezinnen die in het ziekenhuis gezien worden tijdens de zwangerschap of met jongere kinderen, zie ik dat er veel op hen af komt: een medisch traject, diverse betrokken professionals, soms onzekerheid over de gezondheid van hun (aanstaande) kind. **Met name kwetsbare gezinnen hebben in deze levensfase wat extra aandacht nodig.**

Ik merk dat we elkaar als professionals uit het sociaal en medisch domein nog niet altijd voldoende vinden rond kwetsbare gezinnen die in het ziekenhuis onder behandeling staan. We kunnen – en moeten - deze gezinnen beter helpen.

Eva Lankers – Gezinscoach gemeente Den Haag

Aan het woord | Input uit interviews met (aanstaande) gezinnen

'Ik zou niet weten waar ik heen moet als er iets in mijn gezin speelt dat voor stress zorgt. Misschien de huisarts?'

–moeder met een kind van 2 jaar op de poli Kinderartsen

'Ik vind het goed dat een arts ook naar stressfactoren in mijn gezin vraagt.'

–vader met een kind van 1 jaar op de poli Kinderartsen

'Wat goed zou het zijn als ik op één locatie geholpen word. Nu moet ik soms van hot naar her.'

– een (aanstaand) gezin op de POP-poli

'Ervaringsdeskundigen zijn toch ook professioneel/ professional?'

Het lijkt mij juist fijn om geholpen te worden door iemand die relevante ervaring heeft.'

– een moeder met een kind van 0 jaar op de Nazorgpoli neonatologie

'Wij vinden het goed als je je zorgen kunt uiten bij professionals uit het ziekenhuis en het consultatiebureau, maar verwachten niet dat zij je hierbij gaan ondersteunen. Het zou goed zijn als ze je kunnen helpen aan iemand die dat wel kan. Dat was voor ons in elk geval goed geweest'

– ouders met een kind van 2 en in verwachting van een tweede op de poli Kinderartsen

'Ik hoor wisselende geluiden over het CJG, maar vond het prettig dat er met Stevig Ouderschap ruimte was om naar mij te luisteren en dat ik een vast aanspreekpunt had.'

– een gezin op de Nazorgpoli neonatologie

'Nu het goed gaat, is er gelukkig minder hulp meer nodig. Wel is en was de huisarts belangrijk voor mij. Ik heb mij verbaasd over hoe weinig hij als huisarts weet over de hulp die ik kreeg. Dat maakte het soms lastig om het met hem hierover te hebben.'

– een moeder met een kind van 1 jaar op (destijds) de Kwetsbare zwangerenpoli

'Al mijn kinderen krijgen hulp, allemaal van andere professionals. Ik mis één aanspreekpunt die mijn gezin kan helpen, met wat er dan ook speelt. Zeker nu ik weer zwanger ben.'

– een (aanstaand) gezin op de Kwetsbare Zwangerenpoli

'Ik wist helemaal niet dat ik hulp kon krijgen bij de dingen die er verder in mijn gezin speelden. Fijn dat daar aandacht voor is.'

– een (aanstaande) moeder op de POP-poli

'Ik voel mij meer op mijn gemak om mijn verhaal bij een dokter of de kinderfysiotherapeut te doen, omdat ik die zie als de expert op de fase tijdens de zwangerschap/ de ontwikkeling van mijn baby. Dat zou ik bij de huisarts of het consultatiebureau toch minder snel doen. De kinderfysiotherapeut kwam het eerste jaar 12 keer bij mij thuis.'

– vader met een kind van 1 jaar op de Nazorgpoli neonatologie

Hoe fijn zou het zijn als er bij je reactie op de vraag 'Hoe gaat het?' niet alleen aandacht is voor een stukje van het antwoord en je daar meteen geholpen kan worden?'

– een (aanstaand) gezin op de POP-poli

Inhoudsopgave

0. Vooraf: gezin en professional aan het woord
1. Doel: voor wie en waarom?
2. Werkwijze: wat verandert er?
3. MKBA: wat zijn de (maatschappelijke) kosten en baten?
4. Aanbevelingen: hoe kan landelijk worden geprofiteerd van de inzichten?
5. Bijlagen



Aanleiding | Een MKBA als hulpmiddel om een Integrale GezinsPoli die bijdraagt aan het verminderen van brede problematiek te realiseren



Brede problematiek zichtbaar bij patiënten in het ziekenhuis

Bij (aanstaande) gezinnen in het HagaZiekenhuis/ Juliana Kinderziekenhuis (JKZ) wordt geconstateerd dat er regelmatig meer aan de hand is dan alleen medische problemen (vb. problemen in het netwerk, schulden, wonen, verslaving, verstandelijke beperking).



De manier van samenwerken is niet altijd voldoende toereikend om jonge kinderen en hun ouders/verzorgers die momenteel in het ziekenhuis komen te kunnen bieden wat **nodig is**. Vandaar de wens om de stap te zetten naar een Integrale GezinsPoli met een stevige integratie tussen het medisch en sociaal domein.



Een Integrale GezinsPoli dient bij te dragen aan betere hulp voor gezinnen met medische en sociale kwetsbaarheid

Met ketenpartners uit het sociaal en medisch domein* wordt momenteel verkend of en hoe een Integrale GezinsPoli kan bijdragen aan het eerder (vroegsignalering), beter en meer in samenhang helpen van deze gezinnen.

Een MKBA die bijdraagt aan het aantonen van het effect van een Integrale GezinsPoli

MKBA als hulpmiddel om de samenwerking beter van de grond te krijgen

Een MKBA (zie bijlage 1) is een manier om inzichtelijk te maken of een stevigere verbinding tussen het sociaal en medisch domein de effectiviteit en kwaliteit van zorg verbetert en op welke manier. Het is geen doel op zich, maar een behulpzaam zijn in het gesprek tussen de betrokken partijen over óf je wilt investeren in deze samenwerking en hoe.

Aangezien ook inzichtelijk wordt waar de kosten en baten vallen is het ook behulpzaam in het gesprek over wie welke investeringen doet.

De MKBA is zo opgesteld dat als er elders in het land een andere manier van samenwerken is, nog steeds van de inzichten uit deze MKBA geprofiteerd kan worden.

Ambitie | 'Gezin gezond, samen sterker'

Doel: (aanstaande) gezinnen en hun netwerk beter in beeld

Het doel van de Integrale GezinsPoli is dat (aanstaande) **gezinnen en hun (informele en formele) netwerk beter in beeld zijn en dat er kortere lijntjes tussen de betrokken professionals uit medisch en sociaal domein zijn**. Zo kunnen de partners zich meer richten op hun kerntaken (voor het ziekenhuis de tweede- en derdelijnszorg).

Uitgangspunt: de 'quadriple aim' gedachte is leidend bij de concretisering van de doelen

De verwachting is dat de Integrale GezinsPoli bijdraagt aan het versterken van de gezondheid van de populatie, het verbeteren van de ervaren kwaliteit van hulpverlening en het verlagen van de kosten. En in dit geval ook empowerment van de (aanstaande) gezinnen. **Vandaar de toevoeging aan de 'triple aim'**.

Wens: een passende locatie

Een concreet streven is om alle expertise uit het sociaal en medisch domein zoveel mogelijk onder één dak beschikbaar te hebben en meer in '**huiskamercontext**' dan medische context te behandelen. Een setting waar gezinnen zich snel op hun gemak voelen.

NB. Dit is nog niet uitgewerkt in deze MKBA, aangezien eerst de keus voor de inhoudelijke werkwijze gemaakt moet worden.



Ambitie | Nu / straks: hoe verhoudt het zich tot hoe er al samengewerkt wordt?

Wat gebeurt er al?

Het Haga Ziekenhuis/ JKZ en de partners in het sociaal domein van de gemeente Den Haag werken al samen:

- Op de Nazorgpoli neonatologie is de **jeugdgezondheidszorg aanwezig** op de afdeling.
 - Waar relevant hebben professionals uit het ziekenhuis en de JGZ **inzage in elkaars dossier** (uiteraard alleen met toestemming).
 - Standaard wordt deze gezinnen **Stevig Ouderschap** door jeugdverpleegkundigen aangeboden. NB. IN de praktijk krijgt ook het merendeel van de populatie op de zwangerenpoli's dit aanbod, gezien hun kwetsbaarheid.
- Op de zwangerenpoli's sluit een jeugdverpleegkundige momenteel een aantal keer aan bij het **multidisciplinair overleg** als pilot.
- Op alle betreffende poli's wordt **doorverwezen** naar partners in het sociaal domein. Het verschilt per persoon hoe kort de lijnen zijn en hoe goed en snel een gezin geholpen kan worden.

Wat gebeurt er nog niet (en met de Integrale GezinsPoli wel)?

- Er is nog **geen vast kernteam** van professionals dat elkaars expertise kan benutten en expertise kan clusteren rond deze (complexe) doelgroep.
 - Er is geen **structurele afstemming** tussen professionals uit medisch én sociaal domein, waar zij samen bezien wat nodig is voor (aanstaande) gezinnen met medische en sociale problematiek.
 - Er is geen **locatie waar professionals bij elkaar zitten**. Bij voorkeur in een huiskamersetting, die het (aanstaande) gezin op het gemak stelt om hun verhaal te doen.
- **Gezinsbegeleiding wordt weinig geboden**, terwijl voor een groot deel van de populatie wordt aangegeven dat dit gewenst is en dat de verwachting is dat dit zwaardere zorg/ escalatie voorkomt. NB. Zie pagina 20 over de invulling van de functie 'gezinsbegeleider'.
 - Idem voor informele hulporganisaties.
- *Randvoorwaarde*: de **(digitale) informatie-uitwisseling** schiet tekort. Professionals geven aan dat dit noodzakelijk is om goed samen te kunnen werken.

H1. Aanleiding: wie en waarom?

Doelgroep | Voor wie is de Integrale GezinsPoli?

Integrale GezinsPoli

Elk (aanstaand) gezin dat medische hulp nodig heeft en waar problemen op sociaal domein (dreigen) te spelen wordt vanuit de Integrale GezinsPoli geholpen. Vanuit de integrale benadering gebaseerd op de Infant Mental Health-visie.

Hulp voor de geboorte
Gezinnen vanuit de POP-poli voor ouders met psychische problemen en de Kwetsbare zwangerenpoli

Hulp na de geboorte
Gezinnen vanuit de nazorg- en follow-uppoli neonatologie

Gezinnen vanuit de poli Kinderartsen

Samenwerking met partners uit nulde-, eerste- en tweedelij (medisch en sociaal)



Doelgroep

Het betreft gezinnen vanaf de zwangerschap t/m het jonge kind (tot 3 jaar), met een medische 'port of entry': verloskundige, jeugdarts, huisarts, professionals uit het ziekenhuis.

In deze gezinnen lijkt meer dan uitsluitend medische problematiek te spelen (bijv. in het netwerk, financiën, wonen, verslaving, verstandelijke beperking trauma etc.). Integrale hulp vanuit medisch én sociaal domein is vaak nodig om hen beter en eerder (vroegsignalering) te kunnen helpen en minder te medicaliseren (normaliseren).

Risico op aanzuigende werking?

Gezien de medische 'port of entry' is er beperkt risico op aanzuigende werking: net zoals nu het geval is op de poli's, dient medische kwetsbaarheid aan de orde te zijn in de Integrale GezinsPoli. Het is wel belangrijk om hier goede afspraken met verwijzers over te maken, aangezien 'een vermoeden van medische problematiek' soms ruimte voor interpretatie kan bieden. Dat is echter nu niet anders.

Doelgroep | Relevante profielen per poli/ afdeling

	Huidige poli's/ afdelingen	Doelgroep Integrale GezinsPoli (lichtgrijs = buiten scope)	
Voor de geboorte	<ul style="list-style-type: none"> ▶ POP-poli (Psychiatrie, Obstetrie, Pediatrie) voor moeders met een psychische kwetsbaarheid 	(Aanstaande) gezinnen met een verhoogde (psycho)sociale kwetsbaarheid , bijvoorbeeld omdat de psychische problemen van moeder niet onder controle zijn of omdat er bij een vorige zwangerschap psychische klachten waren.	
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kwetsbare Zwangerenpoli (KZP) voor (aanstaande) gezinnen met complexe sociale problemen 	(Aanstaande) gezinnen met verhoogde kwetsbaarheid wegens complexe sociale problematiek . Stressfactoren op meerdere levensdomeinen (geld, werk, zorg etc.) in het gezin.	
Na de geboorte	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Nazorgpoli en follow-uppoli neonatologie 	Gezinnen met een verhoogde sociale kwetsbaarheid , vanwege trauma door vroeggeboorte en/ of sociale problematiek die soms al eerder speelde.	
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Poli Kinderartsen <p>Daarnaast raakt het direct aan de volgende poli's/ afdelingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Spoedeisende hulp ▶ Afdeling neonatologie ▶ Afdeling kindergeneeskunde (0-18) ▶ Kraamafdeling en Geboortehotel van HagaJulianaGeboortecentrum 	Gezinnen met alleen een medische behoefte (geen onderdeel van de Integrale GezinsPoli)	Gezinnen waar een sociale kwetsbaarheid zich uit in een somatische vraag of behoefte en waar de oorzaak niet (uitsluitend) medisch lijkt te zijn (met name voedings-, huil- en slaapproblemen).

Doelgroep | Kenmerken populatie

Onderstaand is het aantal patiënten, ziekenhuisbezoeken, nevendiagnoses en (psycho)sociale kwetsbaarheid van de verschillende poli's uit 2019 weergegeven. **Het betreft hier de patiënten die in de toekomstige situatie in de Integrale GezinsPoli geholpen zouden worden.**

Poli	Patiënten 2019	Ziekenhuisbezoeken 2019	(Psycho)sociale kwetsbaarheid?
Poli Kinderartsen	703	2.430	Bij alle voedings-, huil- en slaapproblemen wil je aandacht voor de sociale omstandigheden in het gezin, aangezien deze bijna altijd van invloed zijn.
Neonatologie (nazorgpoli en follow-uppoli)	368	1.189	100% aandacht voor trauma rondom vroeggeboorte. 50% naar verwachting formele hulp/ begeleiding wegens sociale problematiek nodig.
Kwetsbare Zwangerenpoli	57	82	100% kent een sociale kwetsbaarheid. Dit is de reden van aanmelding op deze poli.
POP-poli (Psychiatrie, Obstetrie, Pediatrie)	101	132	100% kent een (psycho)sociale/ psychiatrische kwetsbaarheid. Soms is het uitsluitend een psychische kwetsbaarheid die goed onder controle is, soms speelt er (al dan niet complexe) sociale problematiek.

Aansluiting | De Integrale GezinsPoli zet in op de huidige ambities – regionaal

Gemeente Den Haag

De Integrale GezinsPoli benadert actielijnen 2 en 3 uit de Haagse Kansrijke Startaanpak integraal: **beter signaleren van medisch en sociale problemen** en **eerder juiste hulp bieden tijdens de zwangerschap en kwetsbare ouders beter toerusten op het ouderschap en minder kinderen uit huis of onder toezicht geplaatst**.

Het haakt in op de ambities uit het Haags Jeugdbeleidsplan en de ambitie om te werken aan integrale zorg, een sterke ketensamenwerking en te investeren in een veilig opvoed- en opgroei-klimaat.

De tekorten in het sociaal domein maken de urgentie om te werken aan efficiënte en effectieve inzet van professionals en preventie de komende periode extra belangrijk (o.a. met het actieprogramma preventie, waar kansrijke start en gezonde ontwikkeling onderdeel van zijn).

HagaZiekenhuis/ JKZ

Het ziekenhuis zet met onder meer het transitieteam en meerjarenvisie in op een transformatie in de zorg. Het streven is om een bijdrage te leveren aan de Juiste Zorg op de plek-gedachte door in te zetten op toekomstbestendige zorg, waarbij de mens centraal staat. Zo kan **het ziekenhuis gerichter inzetten op de kerntaken en bijdragen aan een gezonde samenleving en preventieve beweging**.

Zorgverzekeraars

Dit sluit goed aan bij de ambities van de zorgverzekeraars. Menzis en CZ investeren in de domeinoverstijgende samenwerking in Den Haag met het oog op de gezondheid van de inwoners/verzekerden (o.a. met Gezond en Gelukkig Den Haag).

NB. De Zwv-kosten (totaal en ziekenhuiskosten) in Den Haag zijn – gecorrigeerd voor opbouw van de populatie – hoog*. Dit maakt investeringen in gezondheidsbevordering van de populatie extra relevant.

Aansluiting | De Integrale GezinsPoli zet in op de huidige ambities – landelijk

Landelijk

Het landelijke actieprogramma Kansrijke start zet in op een **stevigere verbinding tussen medisch en sociaal domein**, met een specifieke focus op de samenwerking tussen ziekenhuis en sociaal domein. De Integrale GezinsPoli sluit hier goed op aan.

O.a. het RIVM-rapport 'Beter weten: een beter begin' (2020) toont het belang om nu te werken aan sociaaleconomisch en leefstijlgerelateerde risicofactoren met het oog op de stagnerende daling van babysterfte in Nederland. De landelijke campagne 'Moeder-/ Vaderliefde is' richt zich dan ook op alertheid op sociale stressfactoren.

De ambities voor de Integrale GezinsPoli sluiten aan bij het MSZ-hoofdpijnenakkoord (inzet op kwaliteit en doelmatigheid/ JZOJP), toekomstverkenningen over de rol en integrale benadering vanuit het ziekenhuis* en het voornemen om richting het volgende kabinet meer te investeren in preventie en regionale samenwerking.

17 Oa. 'Van ziekenhuis naar zorghub', het ziekenhuis als netwerkorganisatie, RVS-rapporten 'Gezondheidsverschillen voorbij' en 'Hoor mij nou' over een integrale benadering van patiënten vanuit het ziekenhuis en de visie 'medisch specialist 2025' over netwerkgeneeskunde en focus op gezondheid en gedrag).

Inhoudsopgave

0. Vooraf: (aanstaande) gezinnen en professionals aan het woord
1. Doel: voor wie en waarom?
2. Werkwijze: wat verandert er?
3. MKBA: wat zijn de (maatschappelijke) kosten en baten?
4. Aanbevelingen: hoe kan landelijk worden geprofiteerd van de inzichten?
5. Bijlagen



De toekomstige situatie | De ambitie vereist gerichtere inzet van professionals, meer expertise en stevige afspraken

1. Gerichtere inzet van professionals

Professionals geven aan dat zij **gerichter benut kunnen worden op hun expertise**. Soms worden zij niet of te laat betrokken, terwijl ze in andere gevallen juist worden bevraagd op aspecten die niet tot hun kerntaak en expertise behoren (bijv. een arts die bezig is met een gezin dat uit huis gezet dreigt te worden, waar een moeder het overzicht niet meer heeft op alle betrokken instanties) en die deels mogelijk te voorkomen zijn (bijv. bezoeken aan het ziekenhuis bij voedings-, slaap- huilproblematiek). Een **gezinsbegeleider** die hét aanspreekpunt voor het gezin en organisaties is en de verbindingen legt, kan hierbij helpen. Ook geven professionals aan dat zij soms op dezelfde momenten een consult in het gezin hebben, waarbij het voor de hand kan liggen om dit te combineren (bijv. met een spreekuur).

2. Meer specifieke expertise van een vast kernteam van professionals

Professionals geven aan dat de fase rond de geboorte/ het jonge kind een ingrijpend moment is, dat zowel als risico én als een kans gezien moet worden: het is een moment in het leven waarop de druk op (aanstaande) gezinnen groter wordt, met name op de meest kwetsbare gezinnen, én het is een moment waarop ouders vaak openstaan voor hulp, ook in gezinnen die anders moeilijk hulp accepteren.

Dit vraagt **expertise met betrekking tot deze levensfase, de doelgroep en het hulpverleningstraject dat deze gezinnen doorlopen** (vanuit diverse poli's zijn er vaak standaard contactmomenten die als 'ingang' kunnen worden benut). Een vast team van professionals is nodig om die expertise met elkaar op te kunnen bouwen.

3. Stevigere afspraken over inschakelen professionals en informatie-uitwisseling

Professionals geven aan dat betere afspraken over hun inzet nodig zijn om deze gezinnen goed te kunnen helpen. Hulpverlening moet **snel gestart** kunnen worden, er moet meer **continuïteit** van hulpverleners zijn (vaste gezichten voor het gezin) en er moeten **afspraken worden gemaakt over informatie-uitwisseling en terugkoppeling**, waardoor professionals beschikbare informatie beter kunnen benutten. Nu zijn zij soms pas laat of niet op de hoogte van elkaar betrokkenheid in een (aanstaand) gezin en/of missen zij relevante gegevens.

1. De toekomstige situatie | Gerichtere inzet van professionals (toelichting functie gezinsbegeleider)

Een **gezinsbegeleider**:

- ▶ **ondersteunt het (aanstaande) gezin om hulp in het gemeentelijk domein in te zetten** (bijv. rond werk en inkomen, schulden, uitkeringen, onderwijs, welzijn) . Dit gaat verder dan wat een jeugdverpleegkundige kan doen.
 - ▶ is de **casemanager** in het gezin: zorgt voor de coördinatie van hulp rond het gezin en is hét aanspreekpunt voor zowel het gezin als betrokken organisaties.
 - ▶ heeft goed zicht op de relevante sociale kaart en **doorzettingsmacht** om hulp in te schakelen.
- ▶ zet het (aanstaande) gezin in haar kracht (**empowerment**) door oog te hebben voor alles wat er speelt en waar nodig het eigen netwerk of andere hulp (formeel/ informeel) in te zetten.
- ▶ **kan begeleiding en lichte hulp die regelmatig voorkomt bij de betreffende populatie zelf bieden.**
- ▶ heeft oog voor het hele gezin en mandaat om voor ouders en broertjes of zusjes hulp in te zetten, indien nodig.
- ▶ kan door andere professionals uit het kernteam van de Integrale GezinsPoli benut worden om te schakelen met organisaties en hen waar nodig in te zetten. Het wordt daarmee als de 'frontlinie' van het sociaal domein gezien. Dit scheelt andere professionals aanzienlijk tijd.
- ▶ Uitgangspunt: licht waar mogelijk, intensiever waar nodig.

Gezinscoaches geven aan dat deze functieomschrijving past, m.u.v. 'lichte hulp zelf bieden'. Daarom wordt hier gesproken over de bredere term 'gezinsbegeleider'. NB. Gezinnen en professionals geven aan een voorkeur te hebben voor deze term, omdat zij ervaren dat de term 'gezinscoach' soms een afschrik-effect kan hebben, gezien de connotatie met (al dan niet gedwongen) jeugdhulp.

Vormen van gezinsbegeleiding

1. **Gezinsbegeleiding 'Basis'**: (aanstaande) gezinnen krijgen het aanbod voor begeleiding vanuit informele hulporganisaties. Bijv. bij het opstellen van een plan van aanpak, voor praktische tips en voor steun.
2. **Gezinsbegeleiding 'Basis+'**: indien formele begeleiding noodzakelijk is, wordt dit vanuit de Integrale GezinsPoli ingezet (zie voor de expertisegebieden pagina 23).
3. **Gezinsbegeleiding 'Maatwerk'**: soms is specifieke expertise van buiten het kernteam van de Integrale GezinsPoli noodzakelijk (bijv. bij gespecialiseerde GGZ), waarmee ook de functie van gezinsbegeleiding al wordt belegd.
NB. Als het gezin al gezinsbegeleiding ontvangt, wordt dit uiteraard niet aanvullend ingezet.

1. De toekomstige situatie | **Gerichtere inzet van professionals (overige toelichting)**

- ▶ De **intake is medisch én sociaal**: voor beide aspecten is aandacht, er wordt integraal gekeken naar wat het gezin nodig heeft. Aangezien het (aanstaande) gezinnen betreft waar een sociaal en medisch aspect speelt/ lijkt te spelen, helpt dit om het gezin goed in beeld te krijgen. Daarbij voorkomt het dat een gezin aparte gesprekken moet voeren.
- ▶ Het **multidisciplinair overleg bestaat uit professionals van het sociaal én medisch domein**.
- ▶ Desgewenst wordt **informele hulp ingezet om het gezin te ondersteunen**. Bijvoorbeeld bij het opstellen van een plan om (informele en formele) hulp in te zetten of om lichte ondersteuning te bieden. Dit helpt om de formele hulp gericht in te zetten.
- ▶ Een **scherpe triage helpt om professionals gericht in te zetten**. Zo wordt onder andere een gericht onderscheid gemaakt tussen (aanstaande) gezinnen waar de oorzaak somatisch lijkt richting de poli Kinderartsen en (aanstaande) gezinnen waar sociale problematiek van invloed lijkt te zijn op de vraag/ klachten, met name richting de Integrale GezinsPoli.
- ▶ **Gerichtere inzet methodieken, zoals Stevig Ouderschap** vanuit de jeugdgezondheidszorg. Jeugdverpleegkundigen geven aan dat dit beter benut kan worden als zij met andere professionals bespreken voor wie dit meerwaarde heeft.

2. De toekomstige situatie | Meer specifieke expertise van een vast kernteam van professionals (toelichting)

- De combinatie van kwetsbare (aanstaande) gezinnen en de kwetsbare levensfase waarin zij zitten, maakt dat dit veel expertise vraagt van professionals. Zowel in de breedte (op alle leefdomeinen) als qua specialisme (bijv. bij neonatologie). **Een kernteam van professionals uit medisch en sociaal domein zorgt ervoor dat zij met elkaar de nodige expertise in huis hebben.**
- Hierbij is het van belang dat dit zoveel mogelijk **vaste gezichten** zijn. Alleen dan raakt het kernteam goed op elkaar ingespeeld en kan de nodige expertise worden opgebouwd (bijv. in het geval van professionals uit het sociaal domein over wat het medische traject inhoudt). De korte lijnen zijn van belang om beter een beroep te kunnen doen op de kerntaken van de andere disciplines en kennis over te dragen. Hiermee verklein je het risico op wisselende adviezen en communicatie naar het gezin. Zie op de volgende pagina de beroepsgroepen die onderdeel zijn van het kernteam.
- De ambitie is om het **IMH*-gedachtegoed leidend te laten worden** om integraal te kijken wat een gezin nodig heeft en zo met het gezin gezamenlijk doelen op te stellen en na te streven.
 - NB. * Momenteel is een aantal professionals uit het Haga/JKZ en het sociaal domein (o.a. jeugdverpleegkundigen en gezinscoach) IMH-geschoold (Infant Mental Health): zij zijn getraind om oog te hebben voor het gezinssysteem, de interactie tussen het jonge kind en de omgeving en medische én sociale aspecten die hierop van invloed kunnen zijn.
- Professionals van de Integrale GezinsPoli kunnen een **expertisefunctie naar elkaar en richting de eigen achterban** vervullen. Bijvoorbeeld de jeugdverpleegkundigen die deze 'aandachtsgezinnen' Stevig Ouderschap bieden, kunnen andere jeugdverpleegkundigen trainen met het oog op het tijdig herkennen van signalen rond deze doelgroep.
- Per beroepsgroep wordt bezien wie onderdeel wordt van het vaste kernteam (zie ook volgende pagina). Hierbij wordt een **onderscheid gemaakt tussen professionals die affiniteit hebben met deze doelgroep en problematiek versus professionals wiens affiniteit elders ligt**. Bijvoorbeeld artsen met affiniteit voor gezinnen met medisch én sociale problematiek versus met name een somatische focus.

2. De toekomstige situatie | Vast kernteam Integrale GezinsPoli uit medisch en sociaal domein



*Dit betreft de expertise van de gezinscoaches in Den Haag, aangevuld met de optie tot informele gezinsbegeleiding.

** Professionals zoals eerstelijns verloskundigen zijn cruciaal om deze gezinnen te ondersteunen. Het ligt echter niet voor de hand om één/ een paar vaste gezichten aan de Integrale GezinsPoli te verbinden, aangezien de betrokkenheid per gezin kan verschillen.

3. De toekomstige situatie | **Stevige afspraken over inschakelen professionals en informatie-uitwisseling (toelichting)**

Naast een gerichtere inzet van professionals gedurende het traject en inzet op de nodige expertise bij professionals is het van belang dat er afspraken worden gemaakt over het inschakelen van professionals:

- Een voorwaarde om professionals (formeel en informeel) gericht in te kunnen zetten, zijn **afspraken over hun kerntaken**. Het gaat dan onder andere over: wat doen informele hulporganisaties straks, wanneer pakt een gezinsbegeleider een coördinerende rol en hoe zijn andere professionals dan (niet) betrokken?
- **Continuïteit van hulpverlener** is een belangrijke randvoorwaarde om deze (aanstaande) gezinnen goed te kunnen helpen en uitval te voorkomen ('first time right'). Onder andere de gemeente en aanbieders van jeugdhulp en jeugdteams (in Den Haag over gezinscoaches uit CJG's) kunnen hier afspraken over maken (bijvoorbeeld wanneer het gaat over de indicatieduur).
- **Interdisciplinair elkaars dossier kunnen inzien en afspraken over goede terugkoppeling zijn belangrijke aspect om efficiënter te kunnen werken** (uiteraard met toestemming van het gezin). Betrokken professionals over de hele linie geven aan dat dit een aandachtspunt is. Hierbij kunnen we leren van de werkwijze op de Nazorgpoli neonatologie,

waarin professionals uit het ziekenhuis en de JGZ in elkaars dossier kunnen (uiteraard met toestemming van het gezin). De wet 'Aanpak meervoudige problematiek sociaal domein' biedt hier wellicht mogelijkheden.

- De 'window of opportunity' bij deze (aanstaande) gezinnen is vaak kort: **op het moment dat zij openstaan voor hulp dient dit direct ingezet te kunnen worden**. Professionals geven aan dat je hen bij een wachtlijst van enkele maanden meestal kwijt bent. Een mogelijkheid is om bepaalde gezinnen voorrang te geven op wachtlijsten. Nadeel is dat dit kan andere gezinnen in de verdrukking kan brengen.
- **Gezinsbegeleiding is één van de belangrijkste taken om snel op te pakken met een gezin**. Met de gemeente wordt bezien hoe we voorkomen dat de huidige gezinscoaches nog meer taken krijgen en –met de effecten van deze MKBA in het achterhoofd – er gezinsbegeleiders voor de Integrale GezinsPoli aangesteld kunnen worden.

Inhoudsopgave

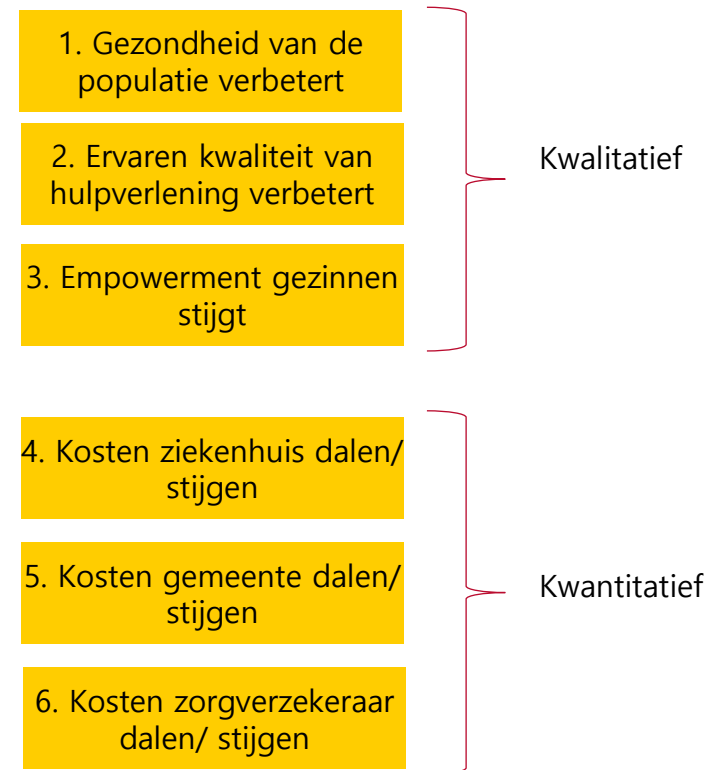
0. Vooraf: (aanstaande) gezinnen en professionals aan het woord
1. Doel: voor wie en waarom?
2. Werkwijze: wat verandert er?
3. MKBA: wat zijn de (maatschappelijke) kosten en baten?
4. Aanbevelingen: hoe kan landelijk worden geprofiteerd van de inzichten?
5. Bijlagen



Leeswijzer

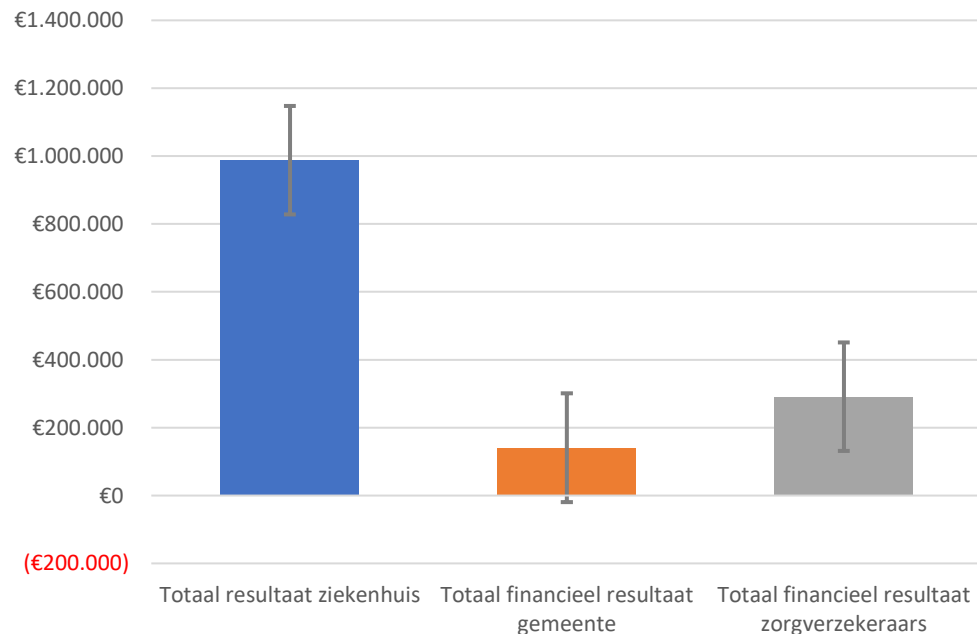
Leeswijzer

- In dit hoofdstuk worden de belangrijkste maatschappelijke effecten toegelicht, inclusief kosten en baten. De gele blokjes (rechts) worden langsgelopen. De kern staat op deze en de volgende pagina samengevat. De toelichting volgt daarna per punt.
- De input komt van gezinnen (ervaringsdeskundigen) en professionals die in de praktijk met deze (aanstaande) gezinnen werken. Met hen hebben we gezien welke effecten zij verwachten van de nieuwe werkwijze en waardoor.
- Dit is schematisch gevat in de 'verandertheorie' (zie bijlage), die met behulp van sessies met professionals is opgesteld.
- Een samenvatting van de belangrijkste maatschappelijke kosten en baten is in het begin van dit rapport te vinden.
- NB. In hoeverre de effecten daadwerkelijk optreden, blijkt uit de monitoring. Dit wordt samen met LUMC Campus vormgegeven.



Totaal gekwantificeerde (maatschappelijke) kosten en baten

Hieronder staan de totale te verwachten kosten en baten per partij samengevat. De belangrijkste bijdragen hieraan staan op de volgende pagina



Let op! Het risico van het noemen van bedragen is dat het niet één op één te vertalen is naar een bezuiniging, in elk geval niet direct. De kosten liggen grotendeels vast in fte, waarbij het niet altijd eenvoudig is om een deel hiervan af te bouwen. Daarbij blijft een indicatieve MKBA een (zo goed mogelijk onderbouwde) aanname, die je in de praktijk moet toetsen.

Toelichting resultaat ziekenhuis

Voor het ziekenhuis waren de kosten en baten in eerste instantie bepaald in uren. Wat er wordt gedaan met de uren die naar verwachting zullen worden bespaard, is afhankelijk van beleidskeuzes: meer productie draaien/ wachtlijsten wegwerken, investeren en/of krimpen. Voor de vergelijkbaarheid met de resultaten voor de gemeente en zorgverzekeraars is echter gekozen om deze uren uit te drukken in een financieel resultaat. Hiervoor zijn de loonkosten van de professionals die de uren naar verwachting kunnen besparen gebruikt.

Partij	Totale resultaat (som alle baten min som alle lasten)
Ziekenhuis	+€ 828.000 tot +€ 1.148.000
Gemeente	-€ 71.000 tot +€ 353.000
Zorgverzekeraars	+€ 97.000 tot +€ 487.000

Belangrijkste gekwantificeerde (maatschappelijke) kosten en baten

Hieronder staan de belangrijkste te verwachten kosten en baten per partij samengevat. Een uitgebreidere toelichting volgt op de volgende pagina's.

Het ziekenhuis

- *Grootste baten.* De grootste besparing van het ziekenhuis komt doordat er betere informatie-uitwisseling is vanwege de samenwerking binnen de Integrale GezinsPoli. Hierdoor heeft men meer tijd voor hun kerntaken. Per jaar gaat het om € 411.000 tot € 556.000 dat in totaal bespaard kan worden. De één na grootste besparing is door kortere lijntjes tussen professionals uit medisch en sociaal domein en gerichtere inzet op kerntaken, door de betrokkenheid van gezinsbegeleiders.
- *Grootste kosten.* De afstemming in de Integrale GezinsPoli vraagt extra inzet van professionals (MDO). Deze tijdsinvestering is de grootste kostenpost. Jaarlijks gaat het om € 79.000 tot € 153.000.

De gemeente

- *Grootste baten.* Doordat er kortere lijntjes tussen professionals zijn en gerichtere inzet op kerntaken mogelijk is, zijn zij minder tijd kwijt met het zoeken naar juiste contacten. Dat kan doordat gezinsbegeleiders die rol pakken. Dit levert de grootste besparing voor de gemeente op. Jaarlijks gaat het om een verwachte besparing van € 170.000 tot € 307.000.
- *Grootste kosten.* De grootste kostenpost voor de gemeente betreft de eerdere inzet van (lichtere) hulp en begeleiding: vroegsignalering. Deze kosten, in de vorm van extra inzet van gezinsbegeleiders, betreffen naar verwachting tussen de 4,9 en 7,6 fte. Jaarlijks komt dit neer op € 415.000 tot € 652.000.

De zorgverzekeraars

- *Grootste baten.* Eerstelijns professionals zijn minder tijd kwijt met het zoeken naar contacten en afstemmen met andere professionals. Dit levert de grootste besparing op voor zorgverzekeraars. De tijd die hiermee bespaard wordt, voornamelijk door huisartsen, levert een financiële besparing op van ongeveer € 178.000 tot € 352.000.
- *Grootste kosten.* Voor zorgverzekeraars zullen er voornamelijk extra kosten zijn doordat hulp bij GGZ-problematiek voor (aanstaande) ouders eerder en vaker zal worden ingezet: vroegsignalering. Daarentegen wordt escalatie vaker voorkomen. Naar verwachting gaat het om € 149.000 tot € 243.000 per jaar.

Uitleg effect 1 | Gezondheid van de populatie verbetert

Conclusie

De gezinnen die geïnterviewd zijn (ervaringsdeskundigen) en betrokken professionals geven aan te verwachten dat de gezondheid van de betreffende populatie verbetert. Met name doordat er meer aandacht is voor vroegsignalering op medische én sociale aspecten, verwachten zij dat (aanstaande) gezinnen eerder en beter geholpen worden en escalatie minder vaak aan de orde is.

Toelichting: wat leidt tot dit effect volgens gezinnen en professionals?

- 1. Vroegsignalering/ escalatie voorkomen.** Een meer integrale blik op het gezin en korte lijnen tussen professionals uit het medisch en sociaal domein dragen naar verwachting van gezinnen en professionals bij aan eerdere inzet van de juiste hulp voor het gezin.
 - *'First time right'*. Verwijzer (o.a. huisartsen) geven aan dat zij regelmatig aan het zoeken zijn waar zij (aanstaande) gezinnen met (een vermoeden van) medische en sociale problematiek naartoe verwijzen.
 - Vb. Na een verwijzing naar de poli Kinderartsen is de conclusie vaak 'nee, het is niet medisch', maar is het probleem niet opgelost. Elke keer wanneer opnieuw gezocht moet worden naar een ingang is het

risico op escalatie groter. NB. Uit een enquête onder samenwerkende huisartsen in Den Haag blijkt ook dat zij bij verwijzingen naar kinderartsen regelmatig het idee hebben dat er andere (sociale) aspecten spelen dan uitsluitend medische issues (N=35).

- 2. Normaliseren.** Professionals en gezinnen geven aan te verwachten dat een deel van de hulp ook goed door professionals vanuit de informele hulp gegeven kan worden. Niet alles hoeft door formele hulporganisaties. Sterker nog: (aanstaande) gezinnen kunnen soms beter geholpen worden door informele hulporganisaties (o.a. met ervaringsdeskundigen). Professionals noemen als bijkomend voordeel dat informele hulporganisaties soms ook een rol kunnen spelen als tolk.
- 3. Demedicaliseren.** Professionals uit het medisch domein geven aan dat zij soms onnodig wordt ingezet (bijvoorbeeld bij kinderen met voedings-, slaap- en eetproblemen waar er een sterke link met sociale problemen in het gezin is). Zij verwachten dat betrokkenheid van andere professionals ertoe leidt dat zij minder vaak ingezet worden en (aanstaande) gezinnen beter geholpen kunnen worden als er met een bredere blik gekeken wordt wat de problemen in het gezin zijn en wat zij nodig hebben.

Uitleg effect 2 | Ervaren kwaliteit van hulpverlening verbetert

Conclusie

De geïnterviewde gezinnen en professionals geven aan dat zij verwachten dat (aanstaande) gezinnen meer op maat geholpen kunnen worden en minder gesprekken hoeven te voeren als er breed wordt gevraagd naar hun situatie en zij eerder aan de juiste professionals (formeel of informeel) worden gekoppeld. Dit, in combinatie met expertise-ontwikkeling, maakt dat zij verwachten dat de ervaren kwaliteit van hulp toeneemt. Daarnaast verwachten professionals dat het werkplezier toeneemt, doordat zij gezinnen beter kunnen helpen.

Toelichting: wat leidt tot dit effect volgens gezinnen en professionals?

1. Het integrale team van professionals bouwt expertise op rond (aanstaande) gezinnen met medische én sociale kwetsbaarheid en benut elkaars expertise en de korte lijnen. Ofwel: professionals hebben meer expertise tot hun beschikking en zij worden gericht op hun expertise ingezet. De verwachting van gezinnen en professionals is dat de **ervaren kwaliteit van de geboden hulp en het vertrouwen in hulpverlening hierdoor verbetert, zowel bij gezinnen als professionals**. Het risico op uitval en het vermijden van hulp neemt hierdoor af.

- Doordat professionals doelmatiger en doeltreffender ingezet worden op hun kerntaak (o.a. doordat zij minder hoeven te zoeken naar andere professionals/ organisaties om gezinnen te helpen) neemt het **werkplezier naar verwachting toe en de stress en het risico op uitval af**. Dit laatste geven veel professionals aan.
2. **Maatwerk**. Doordat er aandacht is voor medische én sociale aspecten (o.a. bij de intake en het MDO), wordt meer integraal gekeken naar de behoefte van een gezin. Dit komt eerder en beter in beeld. De verwachting van gezinnen en professionals is dat (aanstaande) gezinnen ervaren dat zij hun zorgen en vragen beter kwijt kunnen en beter geholpen worden.
 - Daarbij hoeven (aanstaande) gezinnen minder gesprekken te voeren en ervaren naar verwachting daardoor minder belasting en frustratie.
 3. **Continuïteit van hulpverlening**: doordat (aanstaande) gezinnen minder wisselende gezichten zien ontstaat er naar verwachting van gezinnen en professionals een stevigere relatie met een groter vertrouwen in de hulpverlening.

Uitleg effect 3 | Empowerment gezinnen stijgt

Conclusie

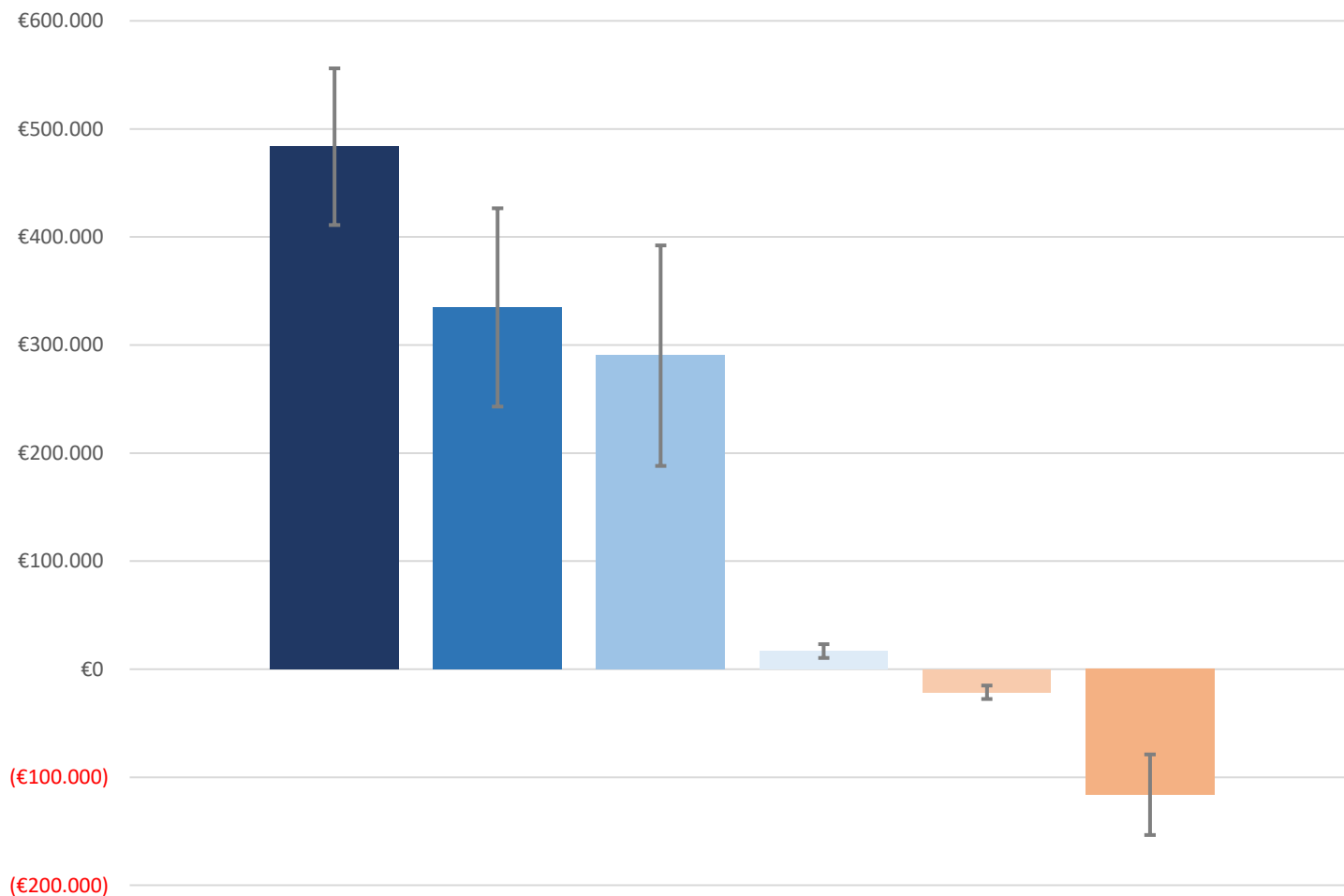
De geïnterviewde gezinnen en professionals verwachten dat gezinnen beter in hun kracht gezet worden doordat de vraag en behoefte van (aanstaande) gezinnen meer centraal komt te staan en er niet alleen naar het medische of sociale aspect wordt gekeken. Gezinnen noemen hierbij vaak dat zij meerwaarde zien van de inzet van ervaringsdeskundigen.

3. Door in te zetten op **informele ondersteuning**, wordt naar verwachting van gezinnen en professionals meer ingezet op empowerment van (aanstaande) ouders die net wat extra's nodig hebben (bijv. met behulp van begeleiding, tips van ervaringsdeskundigen, hulp bij het opstellen van een plan van aanpak). Gezinnen geven aan dat inzet van ervaringsdeskundigen hen prettig lijkt.

Toelichting: wat leidt tot dit effect volgens gezinnen en professionals?

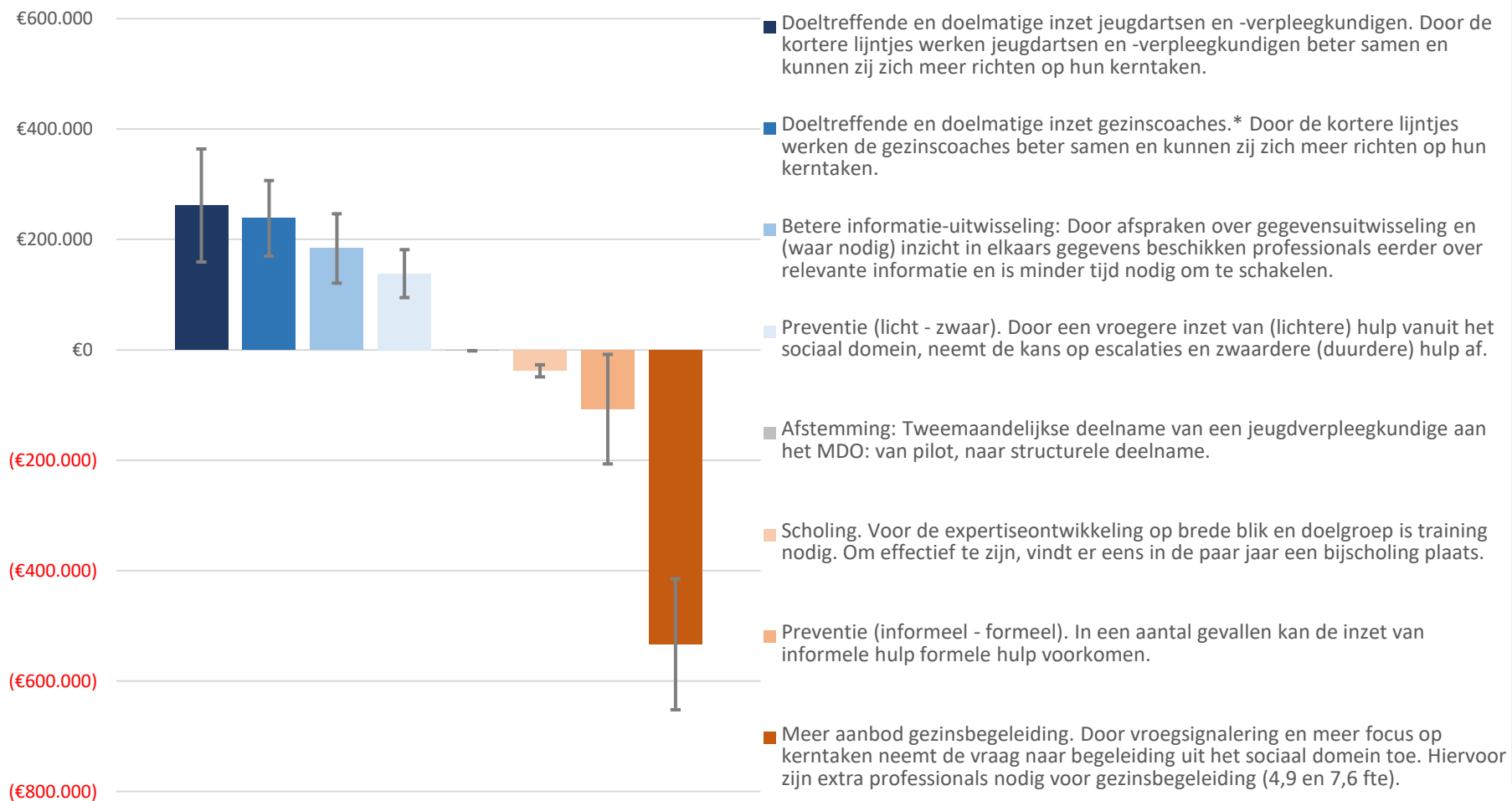
1. De **behoefte van het gezin komt centraler te staan**: niet alleen medisch of sociaal en niet alleen het individu, maar het hele gezin. Hierdoor krijgen (aanstaande) gezinnen naar verwachting van gezinnen en professionals eerder en vaker passende hulp, waardoor zij meer in hun kracht gezet worden.
2. Doordat (aanstaande) gezinnen eerder de juiste hulp krijgen escaleert het minder en kunnen zij vaker **zelf regie houden**, naar mening van professionals en gezinnen.

Uitleg effect 4 | Kwantificeren kosten en baten ziekenhuis



- **Betere informatie-uitwisseling:** door afspraken over gegevensuitwisseling en (waar nodig) inzicht in elkaars gegevens beschikken professionals eerder over relevante informatie en is minder tijd nodig om te schakelen en kan er meer zorg geleverd worden.
- **Doelmatige inzet.** Door de kortere lijntjes werken professionals beter samen en kunnen zij zich meer richten op hun kerntaken (/ zijn ze minder tijd kwijt met het zoeken naar de juiste ingangen in het sociaal domein).
- **Preventie:** Door de inzet van gezinsbegeleiding kan een gezin eerder en gericht geholpen worden en zijn professionals uit het ziekenhuis minder tijd kwijt met (tussentijdse) bezoeken en/of hulpverlening.
- **Efficiënter werken.** Professionals kunnen hun tijd efficiënter besteden door een scherper triage en gerichtere doorverwijzingen (o.a. door een intake waarbij aandacht is voor zowel medische als sociale aspecten). Zo belanden ze eerder op de juiste plek.
- **Scholing.** Voor de expertiseontwikkeling op brede blik en doelgroep is training nodig. Om effectief te zijn, vindt er eens in de paar jaar een bijscholing plaats.
- **Afstemming:** Voor professionals die nu geen MDO kennen, gaat het extra tijd vragen.

Uitleg effect 5 | Kwantificeren kosten en baten gemeente

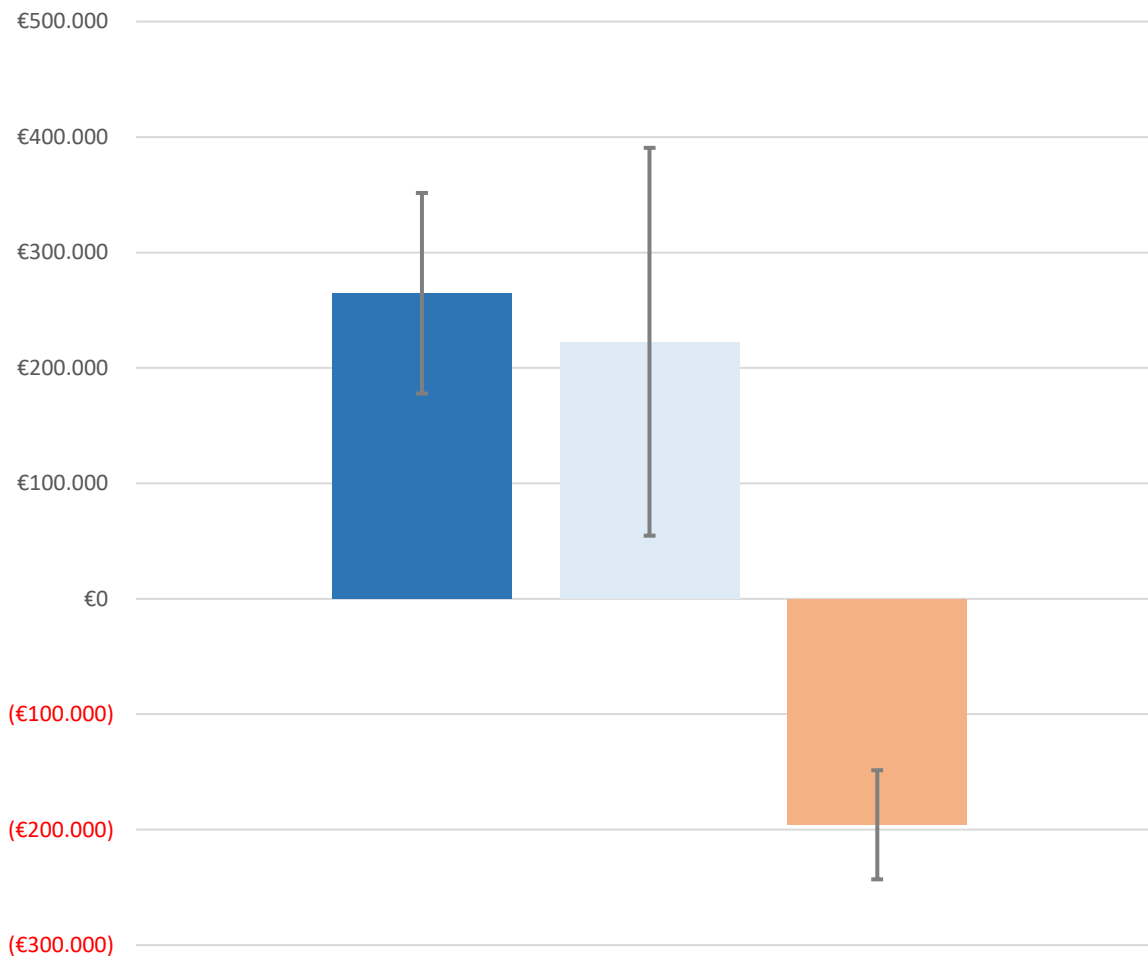


Toelichting benodigd aantal fte voor inzet van (lichtere) hulp en begeleiding om zwaardere hulp/escalatie te voorkomen.

Bij het laatste punt staat het benodigd extra gezinsbegeleiders (in fte en kosten). In de bijlage staat hoeveel fte hier in totaal voor nodig is. Dus: het huidige aantal fte aan begeleiding/ hulp in het sociaal domein wat deze gezinnen in Den Haag momenteel al ontvangen (o.a. verspreid over gezinscoaches) + het benodigde aantal *extra* fte voor gezinsbegeleiding.

NB. De kosten voor de extra gezinsbegeleiding zijn geheel aan de gemeente toegekend, gezien de link met het sociaal domein. Mochten er afspraken worden gemaakt over cofinanciering met bijvoorbeeld het medisch domein, dan pakt deze verdeling uiteraard anders uit.

Uitleg effect 6 | Kwantificeren kosten en baten zorgverzekeraar



■ Doelmatige inzet. Eerstelijns professionals zijn minder tijd kwijt met het zoeken naar contacten en afstemmen door betere informatie-uitwisseling waar (aanstaande) gezinnen met medische en sociale problematiek terecht kunnen.

■ Preventie: Door de inzet van gezinsbegeleiding kan een gezin eerder en gericht geholpen worden en zijn kunnen er soms terugkeerbezoeken worden voorkomen. Hierdoor zullen er minder behandelingen in het ziekenhuis nodig zijn.

■ Toename GGZ-hulp (aanstaande) ouders. Door scherpere triage zal het aantal GGZ-behandelingen toenemen.

NB. Het aantal uur dat (para)medici uit het ziekenhuis naar verwachting minder kwijt zijn, is niet in deze berekening meegenomen. Dit aangezien deze baten niet automatisch bij de zorgverzekeraar terecht komen. Het hangt af van de keus die wordt gemaakt over hoe om te gaan met de ruimte die ontstaat: productie draaien (wachlijsten wegwerken), investeren en/of krimpen.

Kosten en baten kwantificeren | Relevantie voor andere ziekenhuizen, gemeenten en zorgverzekeraars (toelichting)

De kosten en baten uit de MKBA zijn specifiek geënt op het Haga Ziekenhuis/ JKZ en de gemeente Den Haag. Om inzichtelijk te maken wat deze resultaten voor andere ziekenhuizen en gemeenten in Nederland zouden betekenen, dient in ogenschouw genomen te worden dat de betreffende populatie (doelgroep) per lokale situatie kan verschillen. Dit is afhankelijk van drie aspecten:

1. **De totale populatie:** het aantal inwoners en het bereik van het ziekenhuis hierin (o.a. landelijk vs. meer regionaal werkend).
2. **De problematiek van de populatie:** hoeveel (aanstaande) gezinnen het betreft met medische en sociale problematiek (o.a. grootstedelijk vs. platteland)?
3. **De organisatie:** het kan per lokale situatie verschillen hoe stevig de eerstelijns/ het voorliggend veld zijn georganiseerd en welke (aanstaande) gezinnen in kwetsbare situaties zij helpen. En per ziekenhuis kan het verschillen wat de aanmeldcriteria zijn en hoe de poli's zijn georganiseerd (zie bijlage). Vanaf pagina 69 is te zien welke structurele samenwerking tussen het Haga Ziekenhuis/JKZ en de sociaal domeinpartners in Den Haag nu al plaatsvindt. In dit kader is met name de inzet van JGZ op de Nazorgpoli neonatologie relevant om te noemen, aangezien dit structureel inzet van professionals uit medisch en sociaal domein vraagt (o.a. multidisciplinair overleg, standaard aanbod Stevig Ouderschap). Zie ook de toelichting op de werkwijze van de Nazorgpoli neonatologie in de bijlage.

Toelichting tabel volgende pagina

- Op de volgende pagina is voor een aantal situaties aangegeven wat de te verwachten kosten of baten per partij zullen zijn. Hierbij is gekeken naar de eerste twee punten: (1) verschillende fictieve inwoneraantallen en (2) verschillende percentages van de populatie waarbij ook sociale problematiek speelt. Hierbij is het deel van de populatie in den Haag waarbij sociale problematiek speelt als uitgangspunt genomen. Op de eerste regel is ter vergelijking het resultaat voor Den Haag weergegeven.
- **Het geeft een indicatief beeld van de relevantie voor anderen (o.a. ziekenhuizen, gemeenten en zorgverzekeraars), die willen bezien in hoeverre de werkwijze van de Integrale GezinsPoli voor hen kan lonen (financieel). Niet meer dan dat.** Dit is een aanname op basis van de input uit Den Haag. Voor een nauwkeurigere berekening verdient het aanbeveling om eigen data te benutten.

Kosten en baten kwantificeren | Relevantie voor andere ziekenhuizen, gemeenten en zorgverzekeraars

Hieronder hebben we de kosten en baten voor de Haagse context met het HagaZiekenhuis/ JKZ afgezet tegen (fictieve) aantallen inwoners en percentages van (aanstaande) gezinnen met sociale problemen. De bekeken populaties zijn die van het HagaZiekenhuis, een populatie die 33% groter is, en een populatie die de helft kleiner is. Dit volgt uit verschillende grootten van ziekenhuispopulaties in Nederland.¹ Voor de sociale problematiek in de betreffende regio is gekozen voor een situatie met 20% minder en met 40% meer problematiek dan in gemeente Den Haag.²

Omvang populatie ziekenhuis (2019)	% Sociale problematiek in regio	Kosten/ baten ziekenhuis	Kosten/ baten gemeente	Kosten/ baten zorgverzekeraar
537.833	<i>Onderstaande percentages zijn t.o.v. de situatie in Den Haag</i>	+€ 828.000 tot +€ 1.148.000	-€ 71.000 tot +€ 353.000	+€ 97.000 tot +€ 487.000
	-20% t.o.v. Den Haag	+€ 529.000 tot +€ 734.000	-€ 69.000 tot +€ 279.000	+€ 48.000 tot +€ 288.000
	-40% t.o.v. Den Haag	+€ 297.000 tot +€ 412.000	-€ 70.000 tot +€ 203.000	+€ 13.000 tot +€ 141.000
-1/2 (ca. 270.000)	Gelijk aan Den Haag	+€ 445.000 tot +€ 601.000	-€ 35.000 tot +€ 177.000	+€ 48.000 tot +€ 243.000
	-20% t.o.v. Den Haag	+€ 284.000 tot +€ 384.000	-€ 35.000 tot +€ 139.000	+€ 24.000 tot +€ 144.000
	-40% t.o.v. Den Haag	+€ 159.000 tot +€ 216.000	-€ 35.000 tot +€ 101.000	+€ 7.000 tot +€ 70.000
+1/3 (ca. 715.000)	Gelijk aan Den Haag	+€ 1.048.000 tot +€ 1.483.000	-€ 93.000 tot +€ 473.000	+€ 129.000 tot +€ 649.000
	-20% t.o.v. Den Haag	+€ 670.000 tot +€ 948.000	-€ 93.000 tot +€ 371.000	+€ 64.000 tot +€ 384.000
	-40% t.o.v. Den Haag	+€ 376.000 tot +€ 533.000	-€ 93.000 tot +€ 271.000	+€ 18.000 tot +€ 188.000

¹ Jaarverslagen zorg, CIBG, Ministerie VWS. Er is gekeken naar eerste polibezoeken.

² Voor de keuze van deze percentages is gekeken naar het bedrag per inwoner dat gemeenten ontvangen vanuit het gemeentefonds voor het sociaal domein. Omdat Den Haag een relatief groot bedrag ontvangt, is gekozen voor twee scenario's met een lager percentage.

Inhoudsopgave

0. Vooraf: (aanstaande) gezinnen en professionals aan het woord
1. Doel: voor wie en waarom?
2. Werkwijze: wat verandert er?
3. MKBA: wat zijn de (maatschappelijke) kosten en baten?
4. Aanbevelingen: hoe kan landelijk worden geprofiteerd van de inzichten?
5. Bijlagen



Aanbevelingen | Leeswijzer

Leeswijzer

In dit hoofdstuk staan de belangrijkste aanbevelingen gericht op de vraag 'Hoe kan landelijk geprofiteerd worden van de inzichten uit deze MKBA? Deze vraag wordt vanuit een aantal invalshoeken benaderd:

- **Andere gemeenten, ziekenhuizen, aanbieders en zorgverzekeraars.** Wat is van belang bij de verkenning of je een dergelijk samenwerkingsverband als de Integrale GezinsPoli wilt realiseren? Dit is gebaseerd op het proces wat in het kader van deze MKBA in gemeente Den Haag is doorlopen voor de doelgroep van het Haga Ziekenhuis/JKZ.
- **Landelijke inzet op een stevigere verbinding tussen medisch en sociaal domein.** Een van de conclusies is dat er potentie zit om gezinnen beter te kunnen helpen:
 - als er meer kennis van de sociale kaart is (met name in het medisch domein). Wellicht met behulp van een regionaal Kansrijke start-coördinator.
 - als professionals meer handvatten hebben om door te vragen op sociale problemen.
 - als er meer zicht is op hoe elders wordt samengewerkt rond gezinnen met medisch én sociale kwetsbaarheden, waar van geprofiteerd kan worden.

- Specifieke aanbevelingen:
 - **Financiering:** aangezien de financiering een belangrijk aspect is in het realiseren van een duurzame samenwerking tussen medisch en sociaal domein wordt hier apart aandacht aan besteed.
 - **Diversiteit op wijkniveau:** waar dient aandacht voor te zijn bij de zoektocht naar een geschikte locatie?
 - **Quick wins:** Wat heeft het proces dat is gemeente Den Haag is doorlopen opgeleverd? De MKBA is immers geen doel op zich.

Aanbevelingen | Voor anderen gemeenten, ziekenhuizen, aanbieders en zorgverzekeraars

Wat zijn de belangrijkste tips als je elders in het land (bijv. als gemeente, ziekenhuis en/of zorgverzekeraar) wilt verkennen of je een Integrale GezinsPoli tussen medisch en sociaal domein wilt realiseren?

- 1. Concretiseer het concept 'Integrale GezinsPoli' voor de eigen lokale situatie:** de inzet is om (aanstaande) gezinnen met medische en sociale kwetsbaarheden eerder en beter te kunnen helpen door (1) gerichtere inzet van professionals, (2) te werken met een vast kernteam met expertise rond de betreffende doelgroep (3) stevige werkafspraken en informatie-uitwisseling. Onder andere met de verbinding tussen professionals uit medisch en sociaal domein en uit formele en informele hulporganisaties. Echter, hoe dit zich exact vertaalt naar de werkvloer kan per lokale situatie verschillen. Dit vraagt om een concrete vertaling van de doelen naar de werkwijze, tot op het niveau van de diverse poli's en de diversiteit op wijkniveau (zie nadere toelichting in dit hoofdstuk).
- 2. Baseer de nieuwe werkwijze op de ervaringen van patiënten:** zij hebben als ervaringsdeskundigen waardevolle input om hen in de toekomst ook daadwerkelijk beter te helpen. Dat werd in Den Haag als zeer zinvol ervaren.
- 3. Zorg dat de betrokken organisaties uit medisch en sociaal domein zowel op het niveau van professionals als beleidsmedewerkers betrokken zijn. Idem voor informele hulporganisaties.**
 - ▶ Betrokkenheid van professionals zorgt voor een werkwijze die in de praktijk meerwaarde heeft: van verwijzer t/m degene waarnaar wordt verwezen. Bijkomend voordeel: deze betrokkenheid gedurende de verkenning levert naar verwachting ook al winst op, zoals kortere lijnen en betere werkafspraken. Zie ook de 'quick wins' aan het eind van dit hoofdstuk die dit MKBA-proces in Den Haag heeft opgeleverd.
 - ▶ Betrokkenheid van beleidsmakers zorgt voor de structurele borging binnen en vervolgens tussen organisaties.
- 4. Heb tijdig aandacht voor de financiering** (structureel en opstartkosten). Een nadere toelichting op dit punt volgt op de volgende pagina's.
- 5. Benut deze MKBA als hulpmiddel om te kijken hoe daar in de eigen regio van geprofiteerd kan worden, niet als instrument dat 1-op-1 doorgevoerd kan worden.** Verkrijg inzicht in wat de betreffende populatie is, alvorens naar de kosten en baten in deze MKBA wordt gekeken. Aan het eind van het vorige hoofdstuk lichtten we toe dat dit afhangt van een drietal aspecten (de omvang van de totale populatie, de mate waarin sociale en medische problematiek voorkomt, hoe de hulp georganiseerd is en wie er dus voor in aanmerking komt) en gaven we aan hoe je deze MKBA voor je eigen situatie kunt benutten.

Aanbeveling | Landelijke inzet gericht op een stevigere verbinding tussen medisch en sociaal domein (1)

Advies 1

- **Meer zicht in de regionale sociale kaart is nodig, met name bij professionals uit het medisch domein over het aanbod in het sociaal domein.** Beter zicht op welke hulp in de regio beschikbaar is voor (aanstaande) gezinnen – inclusief een aanspreekpunt - helpt professionals om elkaar beter te vinden en gezinnen beter te helpen. Dit signaal krijgen we ook uit andere regio's. De aanbeveling is daarom om hier landelijk aandacht voor te hebben.
 - NB. De term 'sociale kaart' brengt als risico met zich mee dat er (weer) een statisch document wordt ontwikkeld, wat in de praktijk niet helpt. Daar pleiten we niet voor. Wellicht helpt een *wandelende* sociale kaart (bijvoorbeeld in de vorm van een regionaal kansrijke start-verbinder) beter om professionals bewust te maken van het regionale aanbod (zie volgende punt).
- *Overweging:* de volgende kabinetsperiode komt er de nodige aandacht voor de samenwerking tussen medisch en sociaal domein op regionale schaal: met de inzet op preventie en specifiek voor kansrijke start met samenwerking van lokale coalities. **Een regionaal kansrijke start-verbinder kan meerwaarde hebben om kansrijke start regionaal op de agenda te zetten en het medisch en sociaal domein te verbinden.**

▸ Bijvoorbeeld door:

- Inzicht te bieden in 'de sociale kaart Kansrijke start' in de regio.
- Initiatieven rond Kansrijke start met elkaar te verbinden.
- Aansluiting te zoeken bij relevante platforms, zoals de regionale samenwerking op preventie of regio-specifieke gremia zoals Gezond Gelukkig Den Haag.
- Ondersteuning te bieden bij opschalingsvragen van lokale coalities.

Advies 2

- **Professionals hebben behoefte aan handvatten om goed door te vragen op sociale kwetsbaarheden.** Alle beroepsgroepen uit medisch en sociaal domein geven aan dat zij een belangrijke signalerende rol voor zichzelf zien als het aankomt op sociale kwetsbaarheden in een gezin. Zij missen echter de tools om hier goed op door te vragen, met name vanuit het medisch domein. Regelmatig was de reactie 'ik heb hier zelf in geïnvesteerd ((bijvoorbeeld IMH-training aangevraagd, Mind-2-Care vragenlijst gaan gebruiken, GIZ-methodiek toepassen), maar zie dat mijn collega's dat niet doen/ lukt'. Hier zit potentie om gezinnen beter te helpen.
 - Professionals geven aan dat dit alleen op grote schaal lukt als het structureel in opleidingen en scholing wordt geborgd.

Aanbeveling | Landelijke inzet gericht op een stevigere verbinding tussen medisch en sociaal domein (2)

Advies 3

- **Inzicht in de werkwijze van anderen helpt om het wiel niet opnieuw uit te vinden:** inzicht in hoe in regio's wordt samengewerkt is behulpzaam om de samenwerking vanuit/ met het ziekenhuis rond de eerste 1.000 dagen doelgroep met medische en sociale kwetsbaarheden te versterken: wat werkt goed, wat (nog) niet? Wat zijn verschillen met hoe het is georganiseerd in andere regio's? Wat zijn tips voor anderen? Dit maakt onderlinge uitwisseling makkelijker en vergroot de kans dat van elkaar geleerd wordt.

Toelichting

- Gedurende dit traject was er veel interesse uit andere regio's over de plannen: in onder andere ziekenhuizen en gemeenten wordt nagedacht over de manier waarop zij samenwerken (/ willen werken) voor (aanstaande) gezinnen met medische én sociale problemen.
- Hoewel het aantal te overzien is (er zijn bijvoorbeeld ca. 30 POP-poli's), is er weinig zicht op de samenwerking elders in het land. Deze MKBA geeft zicht op hoe de samenwerking met/vanuit het Haga Ziekenhuis/ JKZ in Den Haag eruit ziet. Zo zijn er meer samenwerkingsverbanden in het land, die momenteel beperkt van elkaar profiteren.

Aanbevelingen | Benodigde financiering (1)

Conclusie. De huidige financieringswijze prikkelt beperkt om de benodigde samenwerking tussen professionals uit medisch en sociaal domein te realiseren. Dit belemmert het verlenen van goede hulp aan (aanstaande) gezinnen met medische en sociale problemen en de gewenste samenwerking aan de juiste zorg op de juiste plek-beweging en preventieve inzet.

Toelichting medisch domein

- Investerings van zorgverzekeraars in preventieve inzet en niet-toewijsbare zorg (bijv. het leggen van contacten met teams vanuit de gemeente), kunnen door de zorgverzekeraar uitsluitend uit eigen middelen worden gedaan. Niet vanuit premiegelden, daarvoor geldt een individuele aanspraak. Dit maakt het ingewikkelder om te investeren in plannen met de gemeente, ook al wordt een afname van Zvw-kosten verwacht (zoals bij de Integrale GezinsPoli).
- Deelname aan een multidisciplinair overleg kan uitsluitend apart bekostigd worden mits er minimaal drie verschillende medisch specialisten aanwezig zijn. In de praktijk is dit meestal niet het geval.
- Een Diagnose Behandelcombinatie (DBC) kan alleen geopend te worden door een medisch specialist. Daarvoor moet de patiënt door hem of haar gezien worden. Professionals geven aan dat dit bij de populatie waar sociale problematiek op de voorgrond staat niet altijd noodzakelijk en gewenst is.

Toelichting sociaal domein

- Gemeenten kennen veel vrijheid in de financieringsmogelijkheden. Wat hier in samenwerking met partners uit het medisch domein met name ingewikkeld is, is de verschillen in hoe het sociaal domein in diverse gemeenten is georganiseerd. NB. Voor deze MKBA met het Haga Ziekenhuis/JKZ speelt dit minder, aangezien een groot deel van hun populatie uit de gemeente Den Haag komt.

Advies (landelijk)

- Het inbouwen van meer prikkels om vanuit medisch en sociaal domein samen te investeren in de Juiste zorg op de juiste plek-beweging raakt direct aan de preventie-ambities richting een volgend kabinet en de gesprekken over o.a. de (financiële) ruimte die zorgverzekeraars hierbij moeten krijgen*. Zorg dat de ervaren knelpunten uit de kansrijke start-praktijk hier landen (o.a. uit dit rapport), gezien de potentie die deze doelgroep heeft om preventief te investeren in gezondheidsbevordering (medisch én sociaal) en het voorkomen van problemen in het verdere leven.
- Bezie met de NZa de mogelijkheden om vanuit de Zorgverzekeringswet ruimte te bieden om DBC's te kunnen openen, zonder dat een patiënt gezien is door een medisch specialist.

Aanbevelingen | Benodigde financiering (2)

Advies (regionaal)

- In DBC's zit ruimte voor inzet die wel aan de patiënt toewijsbaar is, maar niet direct patiëntcontact betreft. Bijv. afstemming met andere professionals. Indien kan worden aangetoond dat voor een bepaalde doelgroep extra afstemming noodzakelijk is, dan kunnen hier aparte afspraken met de zorgverzekeraar over gemaakt worden. Juist bij de medische groep met (soms ernstige) sociale problematiek ligt dit voor de hand. Bezie of dit voor de hand ligt voor de doelgroep met medisch en (soms ernstige) sociale problematiek.
- Naast financiering, is aandacht voor de inhoud (wat willen we anders?) en de organisatorische randvoorwaarden (hoe gaan we dat realiseren?) nodig. Maak preventie-initiatieven zoals de Integrale GezinsPoli, onderdeel van platforms waar partijen uit medisch en sociaal domein zich hierop richten, zoals 'Gezond Gelukkig Den Haag'.

Toelichting

- Via de huidige DBC-systematiek kan de benodigde zorg geleverd worden in de Integrale GezinsPoli. Ook voor de gemeente vraagt het niet noodzakelijk om een wijziging in de huidige financieringswijze. Op basis van deze MKBA is de verwachting dat zij dit binnen de huidige budgetten kunnen realiseren.

Advies (regionaal)

- *Afspraken kosten-batenverdeling*: het is aan te raden om afspraken te maken over waar de kosten en baten vallen en hoe de betrokken partijen hiermee om willen gaan. In elk geval als ziekenhuis en gemeente, aangezien daar sowieso kosten en baten vallen. Naast kosten voor de benodigde zorg en hulpverlening, kunnen andere keuzes structurele kosten met zich meebrengen. Bijvoorbeeld wanneer er wordt gekozen voor een aparte manager in plaats van de huidige aansturing.
- *Eenmalige financiering opstartkosten*: Het is aan te bevelen om al vroeg in het proces aandacht te hebben voor de eenmalige investeringen die noodzakelijk zijn om de Integrale GezinsPoli te realiseren. In Den Haag betreft het met name een kwartiermaker om de Integrale GezinsPoli te realiseren en mogelijk IMH-scholingskosten. Per regio kan het verschillen welke kosten gemaakt worden en wie dit financiert.

Aanbeveling | Diversiteit op wijkniveau (1)

Conclusie en advies t.a.v. de locatie

Conclusie: hoe hoger het aantal patiënten en de sociale kwetsbaarheid in een wijk, hoe relevanter de samenwerking met de verwijzers en andere professionals in de wijk is en hoe logischer het kan zijn om de Integrale GezinsPoli tzt. daar te positioneren.

Aanbeveling: houd rekening met het aantal patiënten en de sociale kwetsbaarheid in de wijk bij het bepalen van de locatie.

Toelichting tabel volgende pagina

- Het aantal patiënten per wijk is weergegeven om een indruk van de verschillen te krijgen. Hierbij zijn alleen de aantallen van het HagaZiekenhuis/ JKZ meegenomen van de poli Kinderartsen en neonatologie.
- Alleen de twintig wijken waar de meeste patiënten vandaan kwamen in 2019 zijn opgenomen.
- Voor dezelfde wijken inzichtelijk gemaakt hoe vaak bepaalde sociale kwetsbaarheden voorkomen.
 - Het percentage ten opzichte van het totaal aantal moeders met kinderen tot 3 jaar in de desbetreffende wijk weergegeven.
- De volgende sociale kwetsbaarheden zijn bekeken:
 - Eenoudergezinnen (2018)
 - Inkomens onder de armoedegrens (2018)
 - Opleidingsniveau laag, middel of hoog (2017)
 - Voortijdig schoolverlaters (woonachtig in de wijk in 2017, voortijdig schoolverlater in de afgelopen 10 jaar)
 - Kostenmakers in de GGZ (2017)
 - Wanbetalers voor de Zvw (2018)

Aanbeveling | Diversiteit op wijkniveau (2)

Gemeente / Wijk	Patiënten Haga / JKZ (2019)	Eenouder- gezinnen	Laag inkomen	Opleidings- niveau Laag	Opleidings- niveau Midden	Opleidings- niveau Hoog	Vroegtijdig school- verlater	GGZ kosten- makers	Wanbetaler Zvw
Wijk 34 Morgenstond	85	20%	24%	30%	46%	24%	11%	12%	7%
Wijk 32 Leyenburg	80	11%	7%	18%	47%	35%	7%	8%	4%
Wijk 36 Moerwijk	63	22%	28%	34%	47%	19%	10%	7%	7%
Wijk 33 Bouwlust en Vrede	53	18%	26%	31%	46%	23%	9%	9%	5%
Wijk 38 Laakkwartier en Spoorwijk	52	16%	20%	33%	45%	22%	9%	7%	8%
Wijk 21 Regentessekwartier	47	11%	10%	13%	20%	67%	4%	9%	3%
Wijk 29 Schildersbuurt	42	19%	30%	44%	40%	16%	9%	9%	7%
Wijk 14 Bohemen en Meer en Bos	33	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Wijk 17 Loosduinen	32	14%	10%	22%	41%	37%	6%	7%	4%
Wijk 12 Bomen- en Bloemenbuurt	28	8%	4%	5%	18%	77%	NA	7%	NA
Wijk 40 Wateringse Veld	27	9%	9%	13%	36%	51%	4%	8%	2%
Wijk 31 Rustenburg en Oostbroek	27	11%	13%	29%	48%	23%	7%	6%	6%
Wijk 30 Transvaalkwartier	25	13%	22%	40%	42%	19%	5%	9%	6%
Wijk 11 Duinoord	24	4%	NA	NA	NA	NA	NA	9%	NA
Wijk 09 Geuzen- en Statenkwartier	21	7%	5%	6%	14%	79%	NA	6%	NA
Wijk 42 Ypenburg	21	10%	6%	11%	31%	57%	5%	7%	3%
Wijk 39 Binckhorst	17	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Wijk 23 Willemspark	16	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Wijk 18 Waldeck	15	17%	14%	21%	47%	32%	8%	10%	6%
Wijk 28 Centrum	13	16%	18%	22%	26%	52%	7%	9%	6%

Aanbeveling | Quick wins

'Zie een MKBA niet als doel op zich, maar als hulpmiddel om toe te werken naar de gewenste nieuwe situatie.' Dit was vanaf de start de insteek. Deze MKBA heeft onder andere de volgende 'quick wins' gedurende het proces opgeleverd.

Intensiever gesprek over hoe we (willen) samenwerken aan een goede, veilige, kansrijke start.

Tussen professionals, beleidsmedewerkers, management, financiers (gemeente en zorgverzekeraars), vrijwilligers en met gezinnen zelf. In deze gesprekken werden regelmatig praktische tips uitgewisseld en vervolgspraken gemaakt.

Kortere lijntjes tussen professionals uit medisch en sociaal domein.

De gesprekken en sessies leidden tot afspraken om elkaar beter te kunnen vinden, terug te koppelen en betrekken. Zo werden er contactgegevens uitgewisseld en werd onder meer het aanbod gedaan om bij werkoverleggen aan te sluiten.

Meer aandacht voor sociale kwetsbaarheid.

De verdieping met alle betrokkenen over op welke manier de (aanstaande) gezinnen kwetsbaar zijn draagt bij aan de bewustwording hierover. Alle betrokken professionals gaven aan een signalerende taak voor hun beroepsgroep te zien. Tegelijkertijd laten ze weten dat je per groep moet kijken wie het medische én sociale interessant vindt.

Benutten informele hulporganisaties

Uit de sessies blijkt dat alle betrokkenen hier grote meerwaarde van zien. Informele hulporganisaties deden het aanbod direct al meer ingezet te kunnen worden.

Landelijk profiteren van de inzichten.

Door de betrokkenheid van VWS en het artikel over de Integrale GezinsPoli in de landelijke nieuwsbrief Kansrijke start kwamen er veel relevante uitnodigingen om van elkaar te leren: vanuit andere organisaties die iets vergelijkbaar hebben gestart of willen starten, landelijke werkgroepen etc.

Aandacht voor monitoring. Met behulp van LUMC Campus is informatie over de populatie ontsloten en hebben we afspraken gemaakt over structurele monitoring en evaluatie. Dit helpt om een verbeterproces in gang te zetten.



Bijlagen

Inhoudsopgave bijlagen

1. Toelichting: wat is een MKBA?
2. Aanpak
3. MKBA-input: verandertheorie en kerncijfers
4. Toelichting wijzigingen werkwijze per poli/ afdeling



Wat is een MKBA? | Het maakt de kostenbesparing en andere (maatschappelijke) bijdragen inzichtelijk

MKBA maakt kosten en baten inzichtelijk en daarmee de meerwaarde van de nieuwe werkwijze

- Met de maatschappelijke kosten- en batenanalyse maken we inzichtelijk of investeren in de Integrale GezinsPoli kosten bespaart en welke andere, al dan niet positieve (maatschappelijke) bijdragen deze op kan leveren.
- We brengen hiervoor zowel de (uitvoerings)kosten en baten voor de gemeenschap in beeld als voor de specifieke partners (zoals het ziekenhuis en de gemeente). Daarbij kijken we of het meerwaarde heeft om de kosten en baten uit te splitsen over meerdere jaren.
- Een MKBA neemt dus zowel de positieve (baten) als negatieve (kosten) effecten in ogenschouw. Concreet betekent dit bijvoorbeeld dat eventueel zorgmijndend gedrag of een toename van wantrouwen van patiënten vanwege de verbinding van medische zorg aan sociaal/psychische zorg ook mee worden genomen, indien relevant.
- De MKBA helpt in gesprekken over de meerwaarde van de Integrale GezinsPoli en over welke investeringen nodig zijn.
- **Buiten scope van de MKBA:** aanvullende afspraken over het realiseren van de Integrale GezinsPoli en het inzichtelijk maken van knelpunten hierbij zijn geen onderdeel van de MKBA.

Opsomming van de belangrijkste resultaten

- De MKBA is een krachtig instrument om zicht te krijgen op:
 - De **maatschappelijke effecten voor de doelgroep en de samenleving** (vb. betere geboorte-uitkomsten, minder huiselijk geweld, (gespecialiseerde) jeugdhulp, huisuitzettingen, minder onbedoelde/ongeplande zwangerschappen, demedicalisering, etc.).
 - De **kosten en baten per partij:** wat kost het o.a. het ziekenhuis, de zorgverzekeraar en de gemeente / partners uit het sociaal domein en wat levert het hen naar verwachting op?
- **Gedeeld beeld over het nieuwe werkproces van alle betrokkenen**
 - Het proces kan helpen om te bezien of het werkproces voldoende scherp is en gedeeld wordt.
 - Ook over de verwachte aantallen patiënten die het betreft.
- Aangezien de nieuwe werkwijze nog niet is gerealiseerd zal het om een *indicatieve* MKBA gaan, waarbij op basis van literatuuronderzoek en sessies met de betrokkenen zo goed mogelijk onderbouwde aannames worden gedaan.

Aanpak | MKBA vertaald in vier stappen

Stap 1. Opstellen verandertheorie

Doel: duidelijkheid over werkprocessen en benodigde data.

- Keuze in aantal scenario's
- De huidige en nieuwe werkprocessen worden zo goed mogelijk in kaart gebracht.
- Opvragen aantallen en andere relevante gegevens voor kwantificeren effecten (stap 3).
- De verandertheorie en rekenregels worden opgesteld (o.b.v. literatuuronderzoek en gesprekken) om verantwoord aannames te kunnen doen in deze casus.

Stap 2. Aanscherpen verandertheorie

Doel: getoetste werkprocessen en verwachte effecten.

- Er wordt een aantal sessies gehouden om het model met de werkprocessen en aannames te toetsen en te komen tot een gedeeld beeld.

Stap 3. Kwantificeren van de effecten

Doel: overzicht van verschillende kosten en baten die bij de diverse partijen terechtkomen.

- Afhankelijk van de sessies wordt gericht nog aanvullende informatie uitgevraagd. Vervolgens worden de analyses in het kader van de MKBA uitgevoerd.
- Uit deze analyses komen de verwachte kosten en baten voor de verschillende betrokken partijen naar voren.

Stap 4. Een compacte en heldere MKBA

Doel: overeenstemming over de MKBA.

- De uitkomsten van de MKBA en het bijbehorende proces worden verwerkt in een goed zelfstandig leesbare rapportage die breed gedeeld kan worden.

Stap 1 | Opstellen werkproces van huidige en toekomstige situatie (1)

1. Keuze voor scenario's (zorgprogramma's) voor doorrekening MKBA

De eerste stap is het vastleggen van de verschillende scenario's die tegen elkaar afgezet zullen worden:

- **Nulscenario huidige samenwerking rond HagaZiekenhuis/JKZ:** de huidige situatie waarin er al deels met het sociaal domein wordt samengewerkt (bijv. CJG-professionals aanwezig op de poli) . Dit maakt de MKBA relevant voor de situatie in Den Haag. Hierbij zijn de elementen waarop al structureel wordt samengewerkt geëxpliciteerd, zodat het ook voor anderen die (nog) niet zo werken relevant is.
- **Toekomstig scenario Integrale GezinsPoli:** de voorgestelde werkwijze waarbij de samenwerking tussen de twee domeinen wordt geïntensiveerd.

2. Opstellen werkprocessen

We stellen met een compacte groep zorgprofessionals de werkprocessen op, hiervoor voeren we enkele gesprekken binnen het ziekenhuis, met de gemeente, met verwijzers (o.a. huisartsen), met (aanstaande) gezinnen en enkele belangrijke ketenpartners om:

- Het beeld van de huidige werkwijze aan te scherpen (nulscenario): hoe wordt momenteel gehandeld als er naast een medische vraag ook sociaal domein problematiek speelt/ lijkt te spelen.
- Zo scherp mogelijk te formuleren wat het toekomstige scenario concreet inhoudt (alternatieve scenario). Dit halen we op in interviews met betrokkenen.
- De belangrijkste knelpunten destilleren om deze (aanstaande) gezinnen goed te kunnen helpen. We maken een inschatting van de omvang van deze knelpunten. Hierdoor wordt het bij de uitvoering van de MKBA makkelijker om te prioriteren en meer aandacht te geven aan hoofdzaken en minder aan details.

Stap 1 | Opstellen werkproces van huidige en toekomstige situatie (2)

3. Opstellen verandertheorie: overzicht werkprocessen en gevolgen van de toekomstige werkwijze

- Aan de hand van de opbrengst uit de gesprekken en aanvullend literatuuronderzoek (o.a. naar andere relevante onderzoeken en studies) brengen we de werkprocessen uit de verschillende scenario's in kaart.
- Het resultaat daarvan is een overzicht waaruit duidelijk wordt wat de verwachte kwalitatieve gevolgen zijn van het alternatieve scenario ten opzichte van het nulscenario: de verandertheorie.
- We bepalen ook de geldende rekenregels voor de verandertheorie. Deze beschrijven de precieze manier waarop de verschillende effecten aan elkaar verbonden zijn.

4. Voorwerk data-uitvraag voor berekening bepalende kosten en baten

- Ook doen we in deze fase een uitvraag van relevante data: aantallen patiënten en uitgaven (onder andere o.b.v. DBC's). De betrokken partijen waarvoor we de kosten en baten bepalen zijn: het HagaZiekenhuis/JKZ, de gemeente (zowel de gemeentelijke organisatie als de meest relevante partners in het gemeentelijk domein – zoals jeugdhulpaanbieders en CJG: zowel JGZ als JMO/ gezinscoaches).

NB. In deze eerste fase plannen we zo snel mogelijk de sessies in (zie stap 2) en bereiden we deze voor met een kerngroep vanuit de gemeente en het HagaZiekenhuis/JKZ.

Resultaat

Een overzicht van de huidige en het toekomstige scenario (op hoofdlijnen) en inzicht in de eerste gegevens.

Stap 2 | Aanscherpen en toetsen werkprocessen huidige situatie en toekomstige Integrale GezinsPoli (1)

5. Twee sessies om een gezamenlijk beeld te krijgen, processen duidelijk te hebben én oorzaak-gevolgen scherp te maken

- De scenario's worden getoetst in sessies. Het betreft twee aparte sessies, omdat het werkproces rond zwangerschap en na de geboorte verschilt en de betrokken partijen ook deels.
 - Bij de sessies nodigen we betrokken professionals van relevante partijen uit. Hierbij denken wij aan het HagaZiekenhuis/JKZ, gemeente/ CJG (JGZ en JMO), een afvaardiging van verloskundigen en huisartsen en een afvaardiging van relevante jeugdhulpaanbieders (bijv. Youz, Cardea en Middin) en mogelijk rond brede sociaal domeinproblematiek (zoals schulden), en evt. vrijwilligersorganisaties. Met de kerngroep bepalen we de exacte afvaardiging.
 - Uit deze sessies halen we ook input voor 'quick wins' en aanbevelingen over de samenwerking vanuit/ met ziekenhuis rond deze doelgroep.

6. Patiëntervaringen inzichtelijk maken

- We interviewen ook enkele patiënten om extra input op te halen over de verwachte effecten van de nieuwe werkwijze. NB. Wij ramen de gesprekken niet, deze worden vanuit het HagaZiekenhuis/ JKZ gevoerd.

7. Gesprekken met zorgverzekeraars voor nadere aanscherping

- We spreken ook enkele van de belangrijkste zorgverzekeraars (Menzis en evt. CZ) in Den Haag om te bezien welke (o.a. financiële) consequenties de Integrale GezinsPoli naar verwachting heeft, met name voor de partijen in het medisch domein waar zij een relatie mee hebben.

Doel van de sessies

- Allereerst zullen deze sessies erop gericht zijn om een **gezamenlijk beeld te vormen van de toekomstige werkwijze** (het alternatieve scenario). Voor een effectieve uitvoering van de MKBA, maar vooral ook voor het voeren van het gesprek daarover, is het van belang dat de verschillende partijen een gedeeld beeld hebben van hoe de werkwijze precies vormgegeven dient te gaan worden.
- Ten tweede worden de in kaart gebrachte processen en **effecten** (de gevolgen van de nieuwe werkwijze) in deze bijeenkomsten getoetst en eventueel aangescherpt – positief en negatief.

Stap 2 | Aanscherpen en toetsen werkprocessen huidige situatie en toekomstige Integrale GezinsPoli (2)

8. Onderlinge afhankelijkheden oorzaak-gevolg duidelijk maken

- Ten slotte zal er in deze stap van het onderzoek aandacht zijn voor de onderlinge importantie van uitkomsten en de omgang hiermee in de MKBA.
- Voor verschillende soorten kosten en baten is namelijk a priori niet duidelijk welke zwaarder weegt. *Als voorbeeld hiervan kan worden gedacht aan een toename in kosten (bijv. wanneer gezinscoaches worden betrokken) versus een afname in opgroei- en opvoedproblemen (bijv. doordat gezinscoaches bepaalde problematiek binnen het gezin eerder signaleren).*
- We kiezen er hierbij voor om de verschillende kosten en baten gescheiden inzichtelijk te maken, zodat bijvoorbeeld financiële effecten en effecten op de ervaren kwaliteit van zorg apart worden berekend en gerapporteerd. Daarbij kijken we of we een vertaling kunnen maken van de diverse kosten en baten naar een bedrag per gewonnen levensjaar, zoals vaker gedaan wordt bij afwegingen over investeringen in de zorg.

Resultaat van deze stap

- Vastgestelde huidige scenario's en het toekomstige scenario, incl. zicht op hoe de patiëntenstromen lopen (inschattingen van aantallen).
- Duidelijk overzicht met oorzaak-gevolg per scenario

Stap 3 | Kwantificeren van de effecten van de huidige situatie en de nieuwe Integrale GezinsPoli

Bij het bepalen van de kosten en baten die bij de verschillende partijen terechtkomen is de triple aim+ leidend. Er zal dus aandacht zijn voor effecten op de gezondheid van de populatie, op de ervaren kwaliteit van hulpverlening en op de kosten van zorg. In aanvulling hierop de empowerment van (aanstaande) gezinnen: eigen kracht.

9. In kaart brengen financiële effecten vanuit HagaZiekenhuis/ JKZ en gemeente

In aanvulling op de eerder opgehaalde informatie (uit de uitvraag en de sessies) wordt eventueel een aanvullende, gerichte uitvraag gedaan.

- Voor financiële effecten voor het HagaZiekenhuis/JKZ maken we gebruik van: zorgproducten (DBC's), i.c.m. inschattingen van professionals over de bespaarde tijd.
- Aan de gemeentelijke kant brengen we de financiële effecten in kaart door:
 - de kosten van voorzieningen in het gemeentelijk domein (jgz, jeugd, wmo – voor evt. problematiek bij ouders).
 - i.c.m. inschattingen welke hulp voorkomen wordt, etc. We verwachten die in het eerder signaleren van (multi)problematiek en het daardoor voorkomen van geëscaleerde situaties.
- In beide gevallen nemen we de oorzaak-gevolg situaties die in stap 2 opgesteld zijn als basis.

10. Kwantificeren kwaliteit, gezondheid etc. met professionals

- Voor de andere effecten (bijv. ervaren kwaliteit van zorg, of effecten op de gezondheid van patiënten) zullen de benodigde gegevens voornamelijk worden verzameld aan de hand van casussen (o.b.v. gesprekken gezinnen).
- Ook hierbij zullen inschattingen van professionals een belangrijke rol spelen en eventuele beschikbare literatuur.
- We zullen hier aannames doen, aangezien de nieuwe werkwijze nog niet is ingevoerd is. NB. Het betreft daarom ook een *indicatieve* MKBA.

Resultaat van deze stap

- Een overzicht van de verschillende kosten en baten die bij de diverse partijen terechtkomen.

Stap 4 | Afronding en het delen van de resultaten

11. Toegankelijk en leesbaar rapport als eindproduct opstellen

- De resultaten van de analyse worden verwerkt tot een handzaam rapport (in powerpoint). Hierbij zal er specifiek aandacht worden besteed aan het toegankelijk en leesbaar maken van de resultaten. Dit garandeert de bruikbaarheid van het rapport voor een breed publiek.
- We beschrijven concreet welke aannames zijn gedaan en wat de uitwerking van die aannames is op de uitkomsten van de MKBA. Op deze manier zorgen we ervoor dat de resultaten ook geschikt zijn indien er gedeeltelijk afwijkende aannames worden gedaan door anderen.
- Randvoorwaarden: tevens zal er in het rapport aandacht zijn voor de randvoorwaarden die essentieel zijn voor het succesvol invoeren van de werkwijze in het toekomstige scenario.
- Korte reflectie op bevindingen. O.a. in hoeverre positieve vs. negatieve effecten opgetreden.
- Aanbevelingen samenwerking: inzichten die we gedurende het traject ophalen bij professionals vertalen we naar aanbevelingen (en evt. quick wins). Hierbij spitsen we ons toe op de populatie van de Integrale GezinsPoli: (aanstaande) gezinnen die nu in het ziekenhuis gezien worden in de zwangerschap/ de fase van het jonge kind.

12. Rapport bespreken met klankbordgroep en opdrachtgever

- Het conceptrapport wordt besproken in de klankbordgroep. Nadat hun suggesties zijn verwerkt wordt het rapport in een overleg tussen de kerngroep en de opdrachtgever vastgesteld.
- Vervolgens organiseren we een (digitale) sessie voor alle geïnteresseerden over de uitkomsten van de MKBA en hoe anderen hiervan kunnen profiteren.

Resultaat van deze stap

- Een overzichtelijk rapport, waarin de (maatschappelijke) kosten en baten worden geschetst.

Risico's en beheersmaatregelen | **Belangrijkste risico's en onze methodes om de risico's te minimaliseren**

Belangrijkste risico's en complicaties die de bruikbaarheid van een MKBA kunnen bemoeilijken en de gehanteerde methode om deze te minimaliseren:

De inschattingen brengen een onzekerheid met zich mee, wat consequenties heeft voor de nauwkeurigheid waarmee je aannames kunt doen

- We wegen alleen de meest direct te verwachten effecten, om zo een sterk mogelijk 'case' te bouwen.
- Het betreft een *indicatieve* MKBA, waarbij we zo goed mogelijk inschattingen en aannames doen. Dit betekent dat er intrinsieke onzekerheden aan de voorspellingen van de indicatieve MKBA zitten. Deze onzekerheden zullen in kaart worden gebracht door te werken met bandbreedtes en/of een gevoeligheidsanalyse uit te voeren.
- Deze laatste methode (een gevoeligheidsanalyse) maakt ook duidelijk hoe groot het effect is van de aannames die zijn gemaakt en dus ook hoeveel de resultaten naar verwachting zullen veranderen als er andere aannames zouden worden gedaan.

Langetermijn effecten zijn niet altijd goed meetbaar en daardoor onzekerder.

- Zoals hierboven aangegeven, werken we bij het uitvoeren van de MKBA met onzekerheidsbandbreedtes en/of gevoeligheidsanalyses om dit zo goed mogelijk te ondervangen. Hierdoor is het mogelijk om enig inzicht te krijgen in effecten op lange termijn, zonder daarbij de inherente onzekerheid die deze effecten met zich meebrengen te verwaarlozen.

Een ziekenhuis heeft te maken met een populatie afkomstig uit verschillende gemeenten, wat vraagt om betrokkenheid van vele partijen

- Een groot deel van de populatie van het HagaZiekenhuis/JKZ die in aanmerking komt voor de Integrale GezinsPoli komt uit de gemeente Den Haag. Dat maakt het in dit project relatief eenvoudig, vergeleken met sommige andere ziekenhuizen. We betrekken de gemeente Den Haag actief in de kerngroep.

MKBA-input | Toelichting

De belangrijkste input voor de analyses van de effecten betreft:

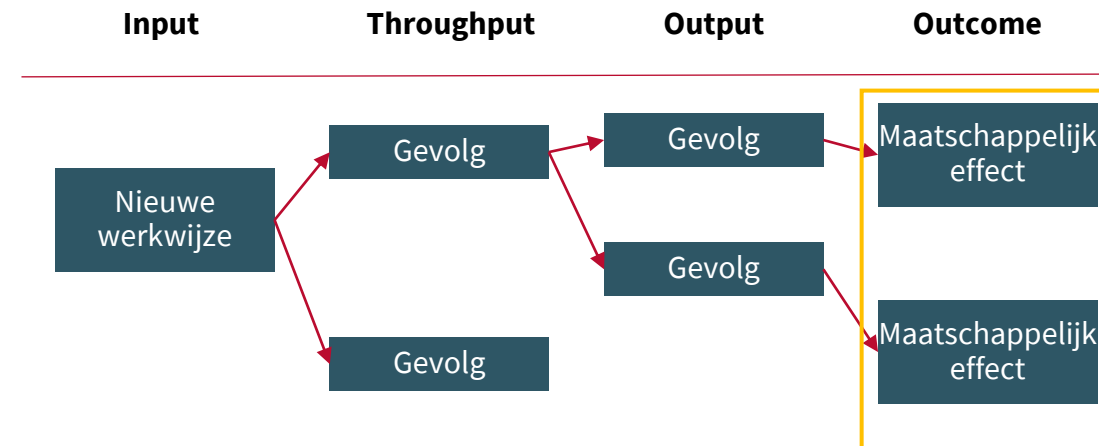
1. Kwalitatief

- Interviews met gezinnen (ervaringsdeskundigen). Zie hoofdstuk 1 om een indruk te krijgen van hun input.
- Gesprekken en sessies met alle betrokken professionals.

De belangrijkste maatschappelijke effecten die zij verwachten zijn terug te vinden in hoofdstuk 3.

2. Kwantitatief

- De verandertheorie (zie toelichting rechts en de volgende pagina's).
- Data vanuit het Haga Ziekenhuis en de gemeente (o.a. over aantallen). Zie in deze bijlage de belangrijkste kerncijfers. Daarnaast zijn op basis van sessies met alle betrokken professionals expertinschattingen verkregen over hoe vaak bepaalde effecten zich naar verwachting voordoen.



De verandertheorie

- Een eerste stap van een MKBA is het opstellen van de verandertheorie van de nieuwe / beoogde werkwijze, afgezet tegen de huidige situatie.
- Dit bestaat uit het ('kwalitatief') identificeren van alle mechanismen ('effecten') die in werking treden als gevolg van de nieuwe werkwijze. Hiertoe zijn MKBA-sessies met professionals uit alle relevante beroepsgroepen gehouden.
- De verandertheorie is meestal in de vorm van een 'waterval' van oorzaak (de input: nieuwe/ beoogde werkwijze), de directe gevolgen daarvan (de 'throughput'), de uiteindelijke resultaten van die gevolgen (de 'output') en de uitwerking op de relevante maatschappelijke effecten (de 'outcome') – zie figuur rechtsboven.

Leeswijzer verandertheorie op volgende pagina's

- Omwille van de leesbaarheid staat de verandertheorie op 3 pagina's. De driepoot omvat de kern van de verandering, zoals ook in H.2 toegelicht.
- De eerste Input-blokjes en de laatste Outcome-blokje zijn overal gelijk.
- Niet naar elk Outcome-blok (geel) loopt een lijn, doordat dit is opgeknipt in aparte pagina's.
- De dikte van de lijntjes zegt niks over de kosten. Die worden apart berekend.

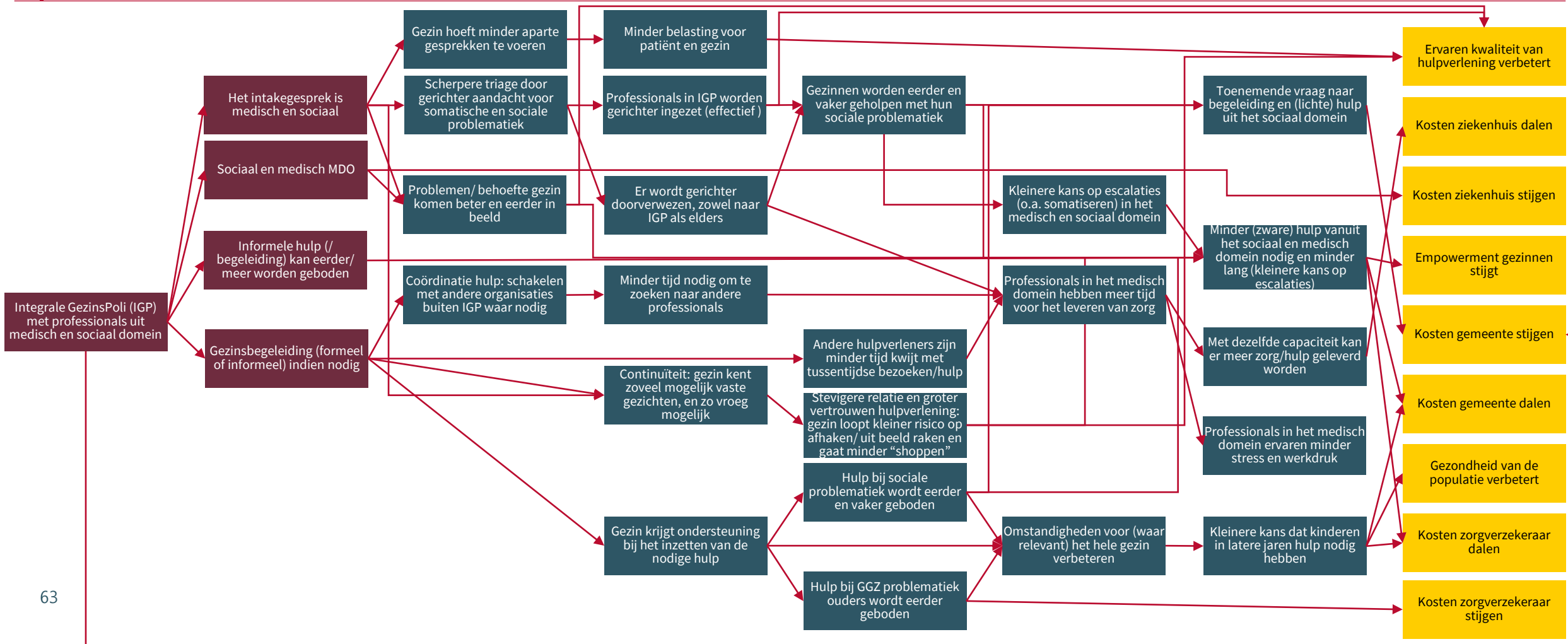
Verandertheorie 1 | Gerichtere inzet professionals

Input

Throughput

Output

Outcome



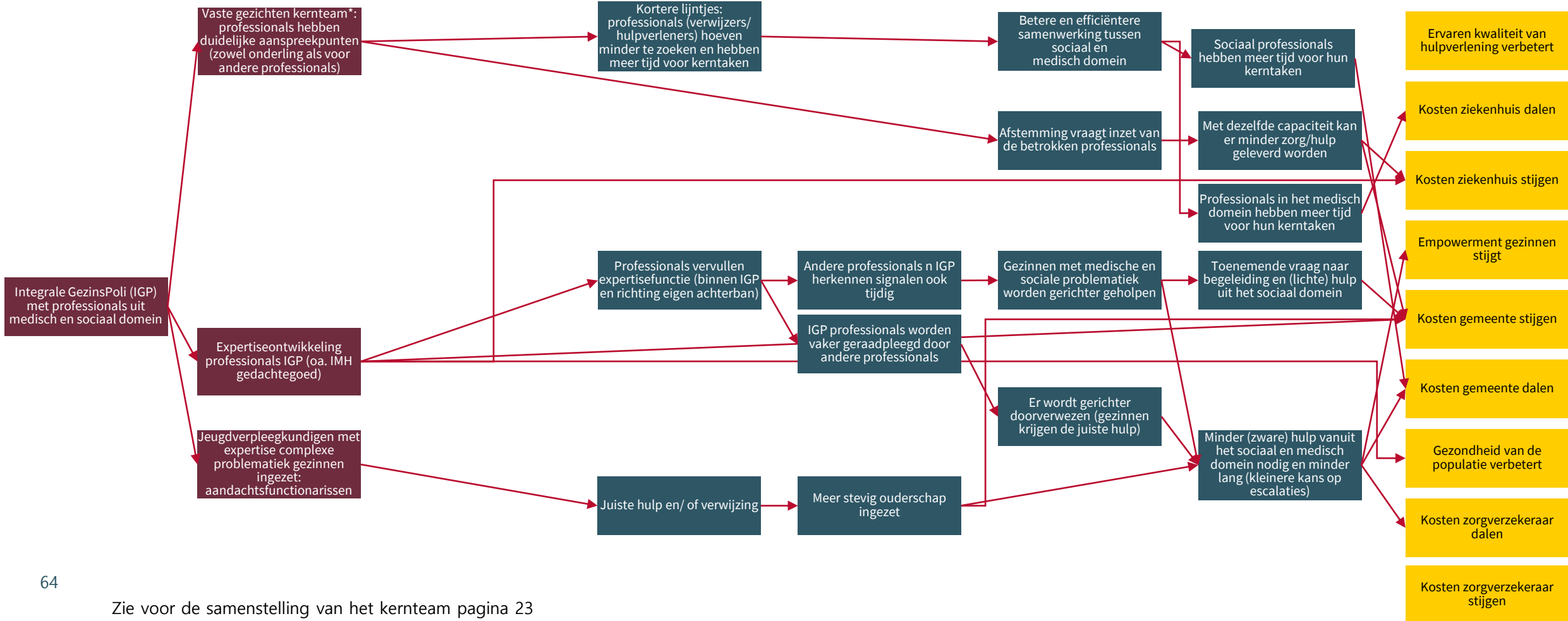
Verandertheorie 2 | Vast kernteam met meer specifieke expertise

Input

Throughput

Output

Outcome



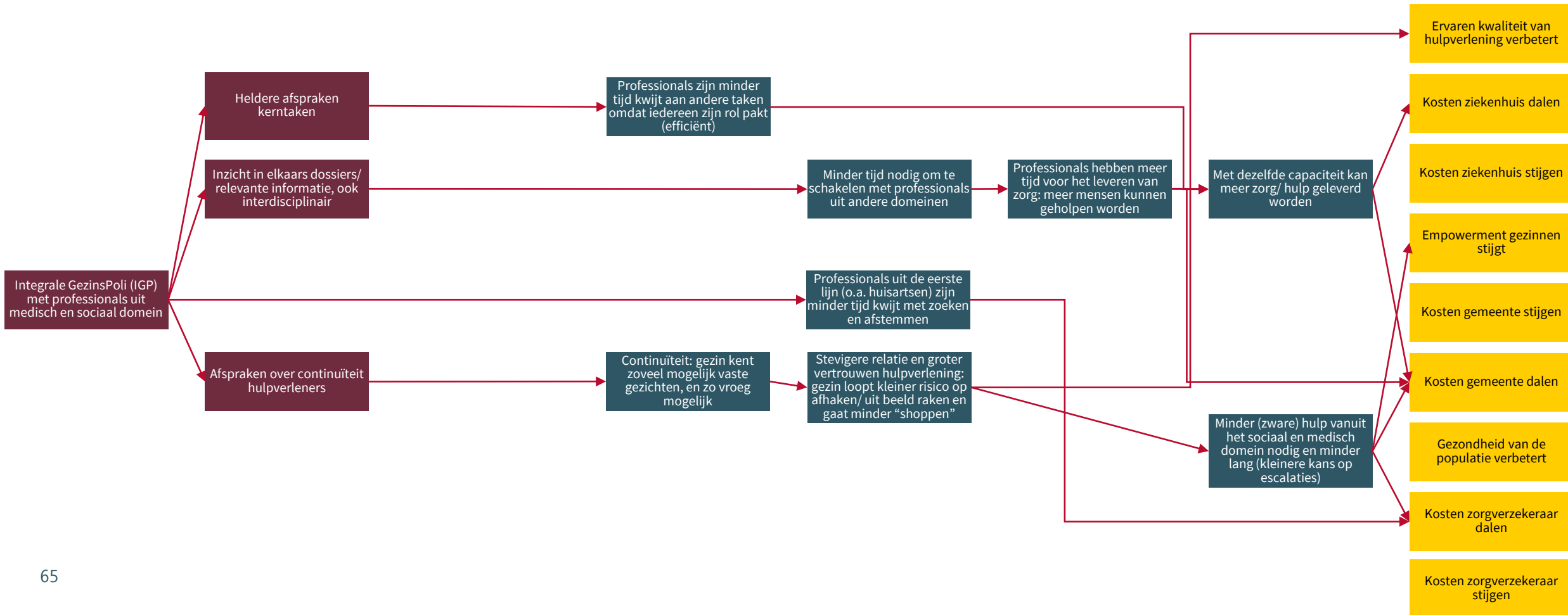
Verandertheorie 3 | Stevige afspraken over inzet professionals

Input

Throughput

Output

Outcome



Kerncijfers t.b.v. doorrekenen effecten

In onderstaande tabellen zijn een aantal kerncijfers weergegeven die gebruikt zijn bij de het bepalen van de effecten die een Integrale GezinsPoli naar verwachting heeft. Voor de MKBA is gebruik gemaakt van data vanuit het ziekenhuis (patiëntaantallen, diagnoses, bezoeken, behandelkosten, en loonkosten) en data vanuit de gemeente (aantallen professionals, kosten voor hulp/ begeleiding uit het sociaal domein, caseload gezinscoaches). Daarnaast zijn er expertinschattingen gedaan over o.a. tijdsbestedingen en het percentage patiënten uit de doelgroep dat geholpen zou kunnen worden met bepaalde vormen van begeleiding/ ondersteuning. Deze expertinschattingen zijn tot stand gekomen in interactieve sessies waarbij uit is gegaan van de ervaring van een diverse groep professionals.

Professionals in het sociaal domein	Cijfers	Gebruikte bronnen
Totaal aantal fte professionals in het sociaal domein dat momenteel werkzaam is voor de betreffende populatie (o.a. gezinscoaches).	6,8 tot 11,0 fte	Expertinschattingen (patiënten met behoefte aan begeleiding en ondersteuning), data gemeente (caseload gezinscoaches).
Aantal fte gezinsbegeleiders binnen de Integrale GezinsPoli dat nog geworven moet worden.	4,9 tot 7,6 fte	Expertinschattingen (patiënten met behoefte aan begeleiding en ondersteuning), data gemeente (caseload gezinscoaches).

Kosten per jaar	Cijfers	Gebruikte bronnen
Gemiddelde kosten per jaar voor lichte formele hulp of begeleiding vanuit het sociaal domein.	€ 824 tot € 1.219	Data gemeente.
Gemiddelde kosten per jaar voor hulp vanuit het sociaal domein bij geëscaleerde sociale problematiek.	€ 3.827 tot € 5.342	Data gemeente.
Gemiddelde kosten per jaar voor informele hulp of begeleiding	€ 573 tot € 859	Data gemeente.

Kerncijfers t.b.v. doorrekenen effecten

In onderstaande tabellen zijn een aantal kerncijfers weergegeven die gebruikt zijn bij de het bepalen van de effecten die een Integrale GezinsPoli naar verwachting heeft.

Tijdsbesteding	Cijfers	Gebruikte bronnen
Aantal uren per jaar momenteel besteed aan tussentijdse (spoed)hulp dat voorkomen kan worden in de Integrale GezinsPoli	1.396 tot 2.816	Data ziekenhuis (aantal professionals) en expertinschattingen (aantal uren per week).
Aantal uur dat professionals vanuit het ziekenhuis jaarlijks besteden aan afstemming met het sociaal domein en dat voorkomen kan worden middels de Integrale GezinsPoli.	1.810 tot 3.050	Data ziekenhuis (aantal professionals) en expertinschattingen (aantal uren per week).

Patiënten en (aanstaande) gezinnen	Cijfers	Gebruikte bronnen
Verwacht aantal patiënten per jaar op de Integrale GezinsPoli	1.193 tot 1.265	Data ziekenhuis (aantal patiënten 2019 binnen de doelgroep beschreven op pagina 15).
Jaarlijks aantal (extra) aanstaande gezinnen met lichte sociale problematiek waarvoor via de Integrale GezinsPoli hulp uit het sociaal domein zal worden ingezet.	187 tot 233	Data ziekenhuis (aantal patiënten) en expertinschattingen (percentage met behoefte aan hulp/ begeleiding (per poli)).
Jaarlijks aantal (extra) aanstaande gezinnen waarbij escalaties van sociale problematiek worden voorkomen door de inzet van lichte hulp	22 tot 38	Data ziekenhuis (aantal patiënten) en expertinschattingen (percentage escalaties dat kan worden voorkomen).
Jaarlijks aantal (aanstaande) gezinnen waarbij informele hulp in kan worden gezet ter vervanging van formele hulp	210 tot 261	Data ziekenhuis (aantal patiënten) en expertinschattingen (percentage waarbij informele hulp mogelijk zou zijn).
Aantal terugkeerbezoeken van de doelgroep dat voorkomen kan worden door de tijdige inzet van sociale begeleiding/ ondersteuning	29 tot 132	Data ziekenhuis (aantal terugkeerbezoeken) en expertinschattingen (percentage dat te voorkomen is).

POP-poli (Psychiatrie, Obstetrie, Pediatrie) | Wijzigingen werkwijze

Mogelijk toekomstige wijziging: inhoudelijk wordt dit gesprek niet als noodzakelijk gezien. Het dient om DBC te kunnen openen en omdat professionals uit medisch en sociaal niet in elkaars systeem kunnen. Om dit te kunnen wijzigen dienen eerst de landelijke financieringsvoorwaarden aangepast te worden.

Verwijzing door:

- Verloskundige 1^e lijn (40%)
- Gynaecoloog 'eigen zwangere' populatie' (60%)*

105 (2019)

Evt. na bespreking in wekelijks overleg (DIMO): patiënten verloskundigen met > 1 kwetsbaarheid (muv ssri)

Standaard aanwezig:

- Verloskundigen 1^e lijn
- Gynaecoloog
- Klinisch verloskundige
- Verloskundearts in opleiding

Evt. eerste gesprek bij nieuwe patiënten noodzakelijk voor inschrijving/ openen DBC

- Gynaecoloog

Intakegesprek met patiënt

- SPV'er
- Evt. aangevuld met andere POP-professional

MDO (tweewekelijks)

Hieruit volgt een advies (zowel inhoudelijk, bijv. over medicatie, als over verdere behandeling)

Standaard aanwezig:

- SPV'er
- Psychiater
- Psycholoog
- Gynaecoloog
- Kinderarts
- Medisch maatschappelijk werk
- Kraamzorg/ Geboortehotel**
- Recent: jeugdverpleegkundige

Bespreken advies bij patiënt en warme overdracht betrokken professionals

- SPV'er
- Evt. aangevuld met andere POP-professional

Wijziging:: medisch en sociaal MDO, met toevoeging gezinsbegeleider***

Evt. behandeling vanuit POP

- Psychiater
- Psycholoog
- Gespecialiseerd verpleegkundige
- Medisch maatschappelijk werk

Wijziging: evt. gezinsbegeleiding (indien nodig langdurend)

- Informeel
- Formeel (bijv. gezinsbegeleider)

40%

40%

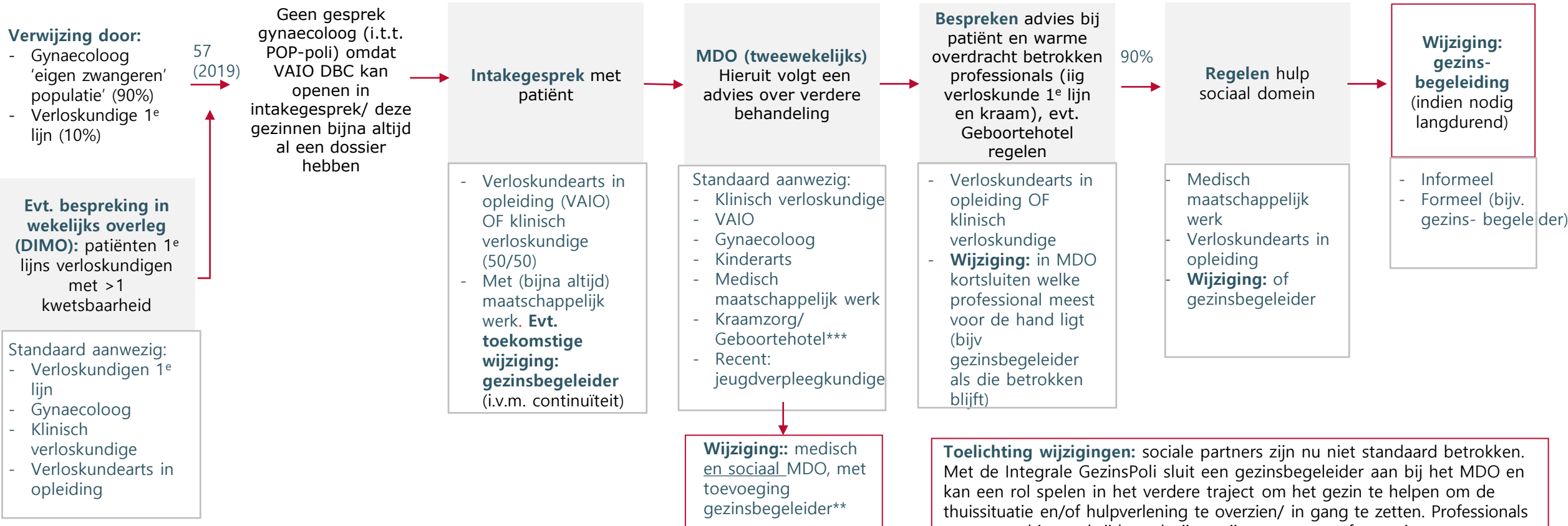
Toelichting wijzigingen: sociale partners zijn nu niet standaard betrokken. Met de Integrale GezinsPoli sluit een gezinsbegeleider aan bij het MDO en kan een rol spelen in het verdere traject om het gezin te helpen om de thuissituatie en/of hulpverlening te overzien/ in gang te zetten. Betrokken professionals geven aan hier veel tijd aan kwijt te zijn, met name aan afstemming met partners uit het sociaal domein om de nodige informatie te krijgen en te delen en om passende hulp in te zetten in deze (aanstaande) gezinnen.

*Al dan niet via preconceptioneel consult huisarts of fertilitetskliniek

**Afspraak: kraamzorg kijkt met standaard huisbezoek breder naar wat gezin nodig heeft en kan dit in MDO bespreken

*** Zie op pagina 20 de toelichting op de functie van gezinsbegeleider

Kwetsbare Zwangerenpoli (KZP) | Wijzigingen werkwijze



*Al dan niet via preconceptioneel consult huisarts of fertilitetskliniek

** Zie op pagina 20 de toelichting op de functie van gezinsbegeleider

***Afspraak: kraamzorg kijkt met standaard huisbezoek breder naar wat gezin nodig heeft en kan dit in MDO bespreken

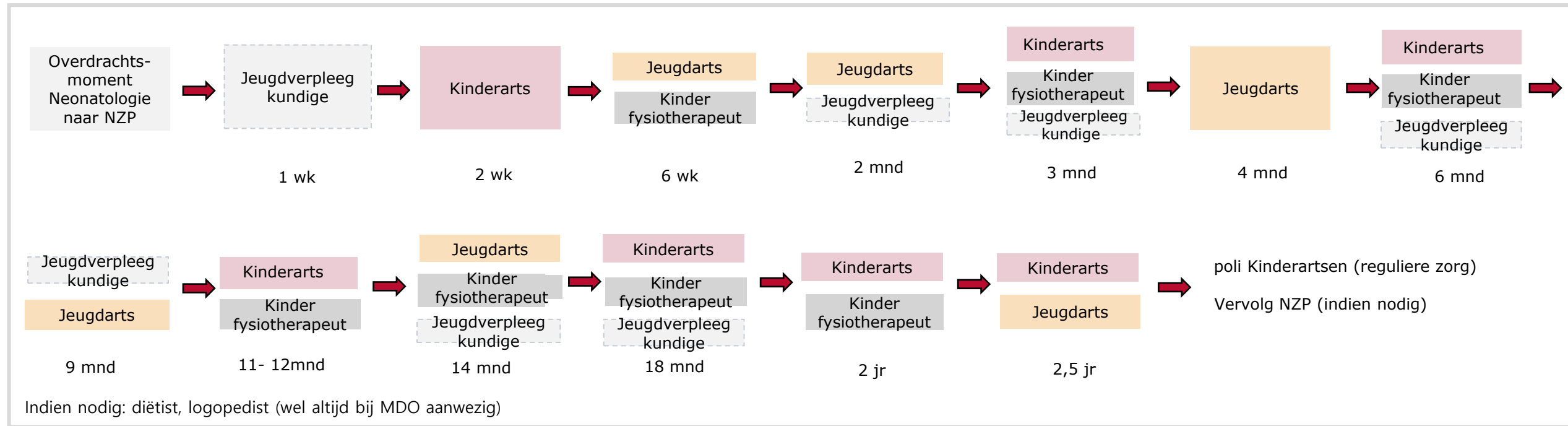
Nazorgpoli neonatologie | Wijzigingen werkwijze

Sociaal domeinpartners/
voorliggend veld (o.a. huisarts.)

Zoeken naar
Afstemmen met
Terugkoppelen naar



Kernproces vanuit medisch domein en JGZ (blijft gelijk)



Patiënten NZP/ FUPP (2019): 368

Wijziging: gezinnen worden waar nodig op de afdeling neonatologie al gekoppeld aan een gezinsbegeleider vanuit de Integrale GezinsPoli (formeel of informeel, afhankelijk van de behoefte). Evt. kan dit ook op een later moment als het gezin al in het traject van de nazorgpoli zit. De hulp kan kortdurend zijn (bijv. alleen een plan opstellen) of langer duren. Het gezin wordt geholpen om de thuissituatie en/of hulpverlening te overzien/ in gang te zetten. Indien nodig wordt aanvullende hulp uit het sociaal domein ingezet (evt. na inbrenging in het MDO Sociaal – Medisch).

- Gestreepte omlijning jeugdverpleegkundigen: huisbezoeken.
- Er wordt tot 2jr gewerkt met gecorrigeerde leeftijd, daarna wordt gerekend met kalenderleeftijd.
- Overige toelichting zie volgende pagina

Nazorgpoli neonatologie | Toelichting huidig werkproces

Medische noodzaak is er altijd bij deze doelgroep (vroeggeboorte). De overige problematiek verschilt. De inschatting van professionals van de afdeling neonatologie is dat bijna alle gezinnen nazorg nodig hebben in de vorm van begeleiding. Soms volstaat licht (informeel, naar verwachting 50%) en soms is meer nodig (bij 50% is formele hulp/begeleiding nodig, naar verwachting in de helft van de gevallen langer dan een jaar).

- Afhankelijk van de problematiek wordt regelmatig aanvullende hulp ingeschakeld (bijv. thuiszorg, Cardea, Youz, Kentalis, medisch kinderdagverblijf, Basalt Revalidatie, Integrale Vroeghulp). Nu doen vele verschillende professionals dat, straks kan dit door de gezinsbegeleider worden gecoördineerd.

ToP-kinderfysiotherapeut: vroeg geboren onder de 32wk en/of onder de 1.500gram krijgen 12x ToP-kinderfysiotherapie in jaar 1, waarbij de focus o.a. op ondersteuning van het gezin ligt om de baby zich optimaal te laten ontwikkelen. **Vanwege de huisbezoeken heeft deze ToP-kinderfysiotherapeut een belangrijke signalerende rol.**

Vroeggeborenen **onder de 30wk krijgen ook consulten in een academisch ziekenhuis** (bij 6mnd, 12mnd en 2jr). **Op de Nazorgpoli wordt structureel samengewerkt met de jeugdgezondheidszorg.**

- De jeugdarts houdt poli in het ziekenhuis en sluit aan bij het multidisciplinaire overleg op de Nazorgpoli (2 uur per week).
- **Alle gezinnen op de Nazorgpoli krijgen het aanbod van Stevig Ouderschap.** Het betreft 6 gesprekken (thuis) à 90 minuten tot het kind 1,5 jaar is, waarbij de focus ligt op positief en veilig opgroeien, het vergroten van opvoedvaardigheden en het versterken van eigen kracht (dit kan al starten bij opname).
Gezinnen krijgen hier een vast gezicht vanuit de jeugdverpleegkundigen.

Op de afdeling Neonatologie wordt structureel samengewerkt met de volgende sociaal domeinpartners:

- GGZ-aanbieder Youz: **ouderbegeleiding** (<32wk/1.500 gram, (psycho)sociale problematiek).
- CJG: standaard een huisbezoek van de **jeugdverpleegkundige** voordat het gezin naar huis gaat en op afroep een jeugdverpleegkundige beschikbaar.

Doelgroep Nazorgpoli

Deze poli is bedoeld voor vroeggeborenen (24-35wk zwangerschapsduur) uit de gemeente Den Haag en/of pasgeborenen met een gewicht onder de 1.500 gram en/of ernstige co-morbiditeit. Gezinnen worden doorverwezen vanuit de Opname Neonatologie/ JKZ of elders uit het land.

Doelgroep afdeling Neonatologie

Vroeggeborenen (24-35wk zwangerschapsduur) uit de gemeente Den Haag en/of pasgeborenen met een gewicht onder de 1.500 gram en/of ernstige co-morbiditeit.

Nazorgpoli neonatologie | Verschil met Follow-uppoli

Het werkproces van de Follow-uppoli is vergelijkbaar met de Nazorgpoli, met uitzondering van het volgende:

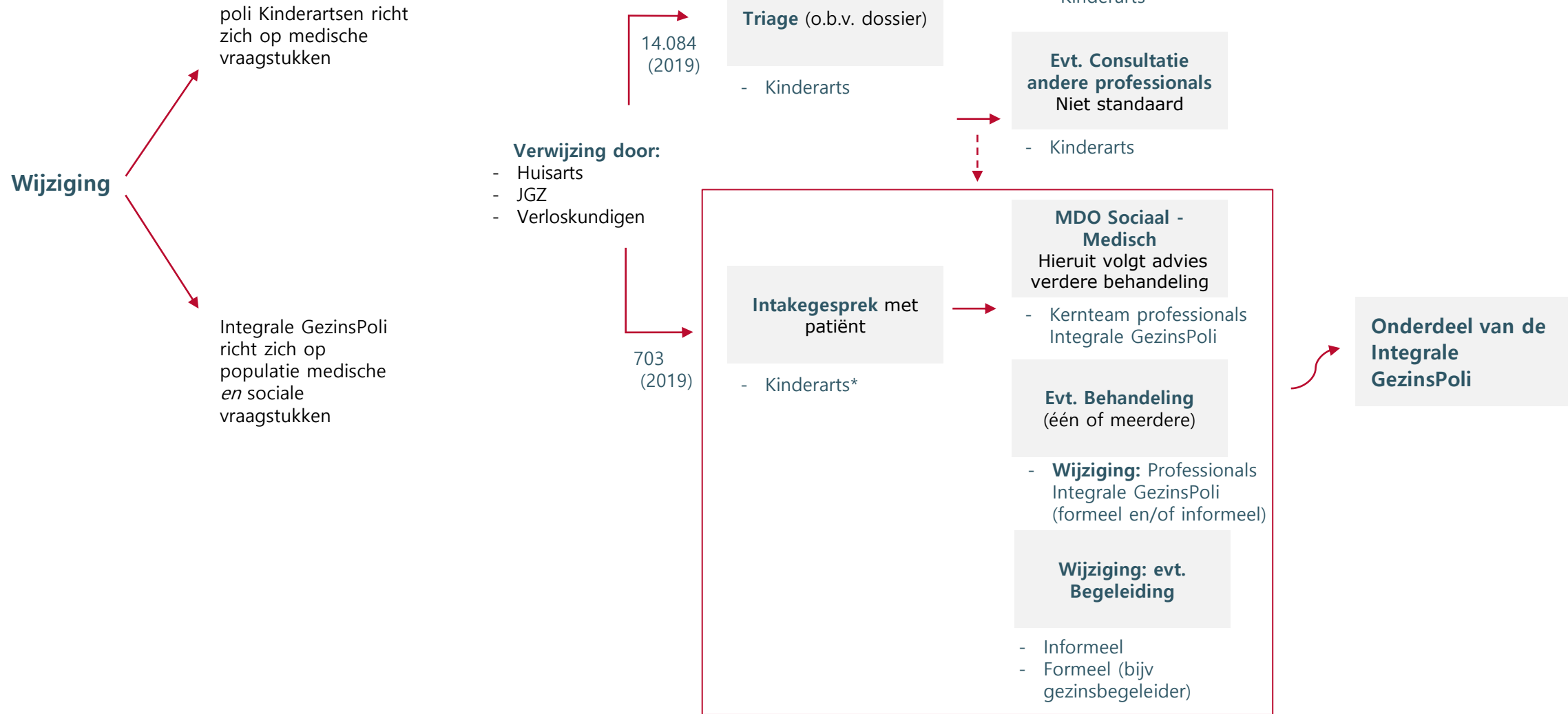
- Op de Follow-uppoli is het CJG is niet aanwezig, ouders gaan zelf naar de jeugdgezondheidszorg. De bezoeken naar JKZ en CJG zijn niet afgestemd op elkaar. Er kunnen meerdere bezoeken in een week plaatsvinden.
- Gezinnen kunnen wel gebruik maken van ToP-kindervisiotherapie.
- De nazorgpoli kent een multidisciplinair overleg (MDO) met de betrokken professionals, de Follow-uppoli kent dit niet (wel afstemming na elk consult).
- Er is geen gezamenlijk werken in elkaars dossiers, communicatie verloopt niet via dossiers.

Inhoudelijk ligt het **niet voor de hand om de werkwijze voor de Nazorgpoli en de Follow-uppoli te laten verschillen**. Het streven is om met de Integrale GezinsPoli dezelfde werkwijze te hanteren (CJG-professionals op de poli, afstemming in MDO, inzage in elkaars dossier).

Doelgroep

De populatie van de Follow-uppoli is grotendeels vergelijkbaar met de nazorgpoli. Alleen gaat het hier primair om ouders die buiten de gemeente Den Haag wonen en/of die geen gebruik wensen te maken van de Nazorgpoli of in het geval dat daar geen plek is.

Poli Kinderartsen | Wijzigingen werkwijze



Poli Kinderartsen | Toelichting

Op de poli Kinderartsen komen kinderen en gezinnen waarbij meer speelt dan uitsluitend medische problematiek en waar niet helder is of de onderliggende oorzaak medisch en/of sociaal is.

Wanneer vanuit de Integrale GezinsPoli gezinnen worden gezien waar mogelijk meer speelt dan alleen medische problematiek, dan kan de poli Kinderartsen zich meer richten op de kerntaak rond tweede- en derdelijns zorg.

Kinderartsen geven aan dat verwijzen en consulteren naar verwachting eenvoudiger wordt, doordat doorverwezen kan worden naar één team met vaste gezichten en korte lijnen. Een goede triage is hierbij cruciaal.

De focus van de Integrale GezinsPoli ligt op voedings-, slaap- en huilproblematiek.

Doelgroep

Kinderen van 0 tot 18 jaar met somatische klachten regio Haaglanden, waar regelmatig sociale kwetsbaarheid speelt waar hulp op nodig is.
NB. Rond de Integrale GezinsPoli ligt de focus bij 0 tot 3 jaar.

Input vragenlijst onder kinderartsen

1. *Van hoeveel van de kinderen <3 jr die jij ziet, vermoed je dat de zorgvraag voortkomt vanuit - of relatie heeft met - sociale problematiek in het gezin (psychische problemen of verstandelijke beperking ouders, stress rond schulden/ huisvesting etc.)?*

Het betreft in deze leeftijd vooral problemen met huilen, slapen en eten. Hierdoor soms ook problemen met groei/gewichtstoename. Ook buikpijn en obstipatie zijn veel voorkomende klachten. Hierbij is er nauwelijks een medische oorzaak.

2. *Op welke manier heeft de Integrale GezinsPoli wat jou betreft meerwaarde? Welke kansen zie je?*

- Eerder, betere hulp (preventie, betere kwaliteit).
- Enorme tijds winst voor de arts. Snel uitsluiten medisch probleem en door naar meest geschikte begeleider/behandelaar.
- Minder 'oneigenlijk' in het medisch circuit blijven hangen. Minder consulten van kinderarts noodzakelijk, doordat andere expertise aanwezig is.
- Andere expertise richter in kunnen zetten, doordat we beter van elkaar weten wanneer wie in te zetten.

- Minder wachttijd.

NB. Uit een interne enquête onder JKZ-kinderartsen blijkt dat 9 op de 10 een rol voor zichzelf ziet om bij een vermoeden dat er meer speelt dan alleen een medisch aspect de stressfactoren te achterhalen.