

Zorg om Zorg Congres

Wijksamenwerking maakt basiszorg krachtig!

Verslag van de bijeenkomst op 11 oktober 2021 bij het Krachtstation in Utrecht

Welkom

Dagvoorzitter Richard Starmans, huisarts-adviseur Landelijke Achterstandsfondsen, heet alle aanwezigen namens de Achterstandsfondsen en Krachtige Basiszorg van harte welkom bij deze derde bijeenkomst Zorg om Zorg in Nederland.

Ter introductie van het thema van de bijeenkomst wordt een kort filmpje '[Werken in een Achterstandswijk](#)' getoond.

Doel van de bijeenkomst van vandaag is aan de hand van voorbeelden met elkaar in gesprek te gaan om een antwoord te vinden op de vraag hoe de eerste lijn structureel kan bijdragen aan de gezondheid van bewoners in achterstandswijken met multiproblematiek. De Achterstandsfondsen bieden al jarenlang een divers pakket aan van effectieve interventies die zij structureel zouden willen borgen. Vandaag wordt dieper ingegaan op twee voorbeelden die de zorg in achterstandswijken willen structureren: Krachtige Basiszorg en Blauwe Zorg. Deze projecten omvatten meer tijd voor de patiënt om diens situatie breed in kaart te kunnen brengen, de toeleiding naar gemeentelijke welzijnsvoorzieningen en het bevorderen van de onderlinge samenwerking. We weten ook wat het oplevert: tevreden patiënten, meer werkplezier voor de zorgverleners en lagere zorgkosten. Maar ondanks dat het effectieve interventies zijn met grote voordelen, blijven het projecten, waardoor er onzekerheid over voortzetting en financiering is. De vraag is op welke manier deze activiteiten, die bewezen effectief zijn, geborgd kunnen worden en wat een ieders rol daarin is.

Richard introduceert de eerste twee sprekers. Rebecca Houtman, huisarts, en Eva Harkart, gezinswerker, beiden werkzaam in de wijk Ondiep in Utrecht. Zij laten zien wat Krachtige Basiszorg kan opleveren.

Krachtige Basiszorg door Rebecca Houtman en Eva Harkart

Krachtige Basiszorg is een methodische integrale aanpak die zich richt op maatwerk bij zorg aan de meest kwetsbare burgers. Het doel is quadruple aim met de bewoner 'in the lead'. Het Nivel-rapport heeft bevestigd dat dit leidt tot:

- Verbetering van ervaren gezondheid
- Vermindering van zorgkosten
- Verbetering van gezondheid in de wijk
- Verbetering van werktevredenheid onder professionals.

De primaire focus van Krachtige Basiszorg ligt op de ervaren gezondheid en het welbevinden van de bewoner. Belangrijkste elementen zijn:

- Maatwerk in domeinoverstijgende 4D-gesprekken
- Integraal complexe zorg met sterke verbinding tussen medisch en sociaal domein
- Intensieve (medisch-sociale) samenwerking (en samen leren)

Hoe het werkt, wordt geïllustreerd aan de hand van een voorbeeld uit de praktijk.

Eva houdt één keer per twee weken spreekuur in de huisartsenpraktijk van Rebecca. Daardoor zijn de lijntjes kort. Ouders van een 10-jarig meisje deden een appèl op Rebecca met een urgent probleem. Het lukt Rebecca niet om in contact te komen met de jeugd GGZ. Eva kent de weg en haar

lukt het wel. Er kon toen op korte termijn samen met de ouders een consultatie gedaan worden bij Spoor 030. Met alle partijen aanwezig kon het probleem worden besproken en konden samen (tussentijdse) oplossingen worden gezocht, waarin ieder zijn rol pakte. Dit is een fijne manier van werken. Er zijn inmiddels meer van dergelijke gesprekken met de jeugd GGZ geweest. Hoewel er een wachttijd blijft, wordt het wachten op deze manier comfortabeler voor de patiënt gemaakt. Dit is een mooi voorbeeld van Krachtige Basiszorg.

Vragen en reacties:

- Desgevraagd wordt aangegeven dat de verantwoordelijkheid gezamenlijk gedragen wordt. Dat kan omdat de lijnen kort zijn, waardoor er altijd met elkaar contact kan worden opgenomen als het mis dreigt te gaan. Rebecca en Eva hebben daar goede ervaringen mee. Als een client vastloopt of het onveilig wordt, kan Spoor 030 besluiten om in te grijpen.
- Er is al een samenwerking tussen buurtteam en jeugd GGZ. Hoe past de huisarts daarin? Cliënten kennen en vertrouwen de huisarts. Het buurtteam kennen zij nog niet. Als de huisarts dan het buurtteam introduceert bij de client, maakt dat de overgang makkelijker. Er is altijd een warme overdracht. De huisarts is voor de toeleiding, maar kan er daarna tussenuit.

Richard bedankt Rebecca en Eva voor hun bijdrage en geeft het woord aan Thea van der Waart, huisarts in de wijk Wittevrouwenveld in Maastricht over Blauwe Zorg.

Blauwe Zorg door Thea van der Waart

Blauwe Zorg is gericht op het realiseren van betere zorg tegen lagere kosten. Er worden drie doelen nagestreefd: een betere gezondheid voor de patiënt, betere kwaliteit van zorg bij lagere of gelijke zorgkosten. Blauwe Zorg is geen project, maar veel meer een beweging en gedachtengoed om duurzaamheid in de gezondheidszorg te bewerkstelligen met de focus op het anders inrichten van de zorg. Blauwe Zorg gaat door, ook als de financiering niet geborgd is.

Blauwe Zorg omvat diverse projecten, waaruit Thea er enkele noemt:

- Alle praktijken hebben een paar dagen per week een POH Jeugd & Gezin zin in huis. Er zijn dus korte lijnen. Als de huisarts er niet uitkomt, kan de POH J&G meekijken. Zij kennen goed de weg in het woud aan mogelijke verwijzingen en weten of de patiënt op de goede plek terecht komt.
- Er zijn een aantal gezinsregisseurs voor gezinnen met multiproblematiek actief. Voorheen kwamen er allerlei hulpverleners bij het gezin thuis, waarbij niet altijd duidelijk was wie wat deed. De gezinsregisseur is nu het vaste aanspreekpunt voor het gezin en de hulpverleners.
- De Nieuwe GGZ (DNG), met elke maand een MDO waarin de huisarts samen met de POH GGZ, psychiater, psycholoog, maatschappelijk werk en ervaringsdeskundigen patiënten bespreken. De POH GGZ doet het voorwerk. Centraal staat de hulpvraag van de patiënt. Als patiënten daadwerkelijk geholpen worden met hun vraag, haken ze minder snel af.
- Er wordt gewerkt aan diverse interventies in de zorg voor kwetsbare ouderen.

Vragen en reacties:

- Blauwe Zorg is begonnen in vier achterstandswijken en De Nieuwe GGZ is in deze wijken ontwikkeld. Op dit moment wordt gekeken of ook andere praktijken in de stad hiermee aan de slag willen. Praktijk in achterstandswijk is geen voorwaarde.
- Desgevraagd wordt aangegeven dat huisartsen met De Nieuwe GGZ minder last hebben van lange wachtlijsten dan wanneer zij regulier zouden verwijzen. De ervaringen zijn positief. Dit wordt herkend in Utrecht. Daar waren ook lange wachttijden. De buurtteams hebben een plan gemaakt en met ondersteuning van een tijdelijk flexibel team zijn deze weggewerkt van 50 gezinnen bij de start tot 5 á 10 gezinnen nu.

- Geïnformeerd wordt wat De Nieuwe GGZ concreet is. In het team worden wekelijks alle verwijzingen besproken, er is maandelijks een MDO. Er wordt gekeken naar de hulpvraag in plaats van de stoornis van de patiënt. De patiënt gaat eerst naar de POH-GGZ. Als er een verwijzing moet komen, dan naar De Nieuwe GGZ. Iets specifiek gaat rechtstreeks, maar dat zijn uitzonderingen.

Richard bedankt Thea voor haar bijdrage. Er volgt een korte pauze waarin aanwezigen een aantal vragen over wijksamenwerking beantwoorden.

Bestuurlijke terugblik op Krachtige Basiszorg en Blauwe Zorg door Paulien van Hessen en Guy Schelpen

Richard introduceert Paulien van Hessen, raad van bestuur gezondheidscentra SAG en Guy Schelpen, medisch directeur ZIO, die aan de hand van drie vragen met elkaar in gesprek gaan.

Hoe ziet het proces naar structurele financiering eruit?

Voor Guy is dat de grote vraag. Op veel plaatsen in Nederland zijn er enthousiaste huisartsen en buurtteams die proberen iets moois tot stand te brengen, gedreven door eigen enthousiasme en met behulp van kleine subsidies. Ook bij ZIO. Om die initiatieven structureel te borgen is volgens Guy het volgende nodig:

- De huisarts moet de tijd hebben om te overleggen; die tijd wordt nu niet gewaardeerd.
- Een huisarts kan niet zelf met alle professionals persoonlijk contact hebben. Dat moet georganiseerd worden. Zorg voor één aanspreekpunt.
- Meer tijd voor de patiënt, moet dat wel bekostigd worden? Het gaat niet per se om derving van omzet, maar om een slimme indeling van het spreekuur.

Paulien denkt dat een zak met geld naar de huisartsenpraktijk alleen niet de oplossing is. Het moet ingebed worden in een programma, waarin afspraken gemaakt worden met het sociaal domein en de gemeente over een structurele samenwerking. Paulien gebruikt de extra financiering voor net iets meer tijd en ruimte voor samenwerking met de regiearts, overleg met de assistente, samen leren. Kortom, iets meer lucht in de praktijk. Dezelfde taal spreken leidt tot een betere samenwerking. Een generalistische POH of POH Sociaal Domein is een belangrijke schakel. Een deel van de financiële ruimte gaat naar die POH, zodat deze bij wijkoverleggen kan aanschuiven als smeerolie tussen de huisarts en het sociaal domein, zeker in de grote steden.

Wat doe je in de tussentijd? Welke mogelijkheden zijn er?

Paulien vertelt over het programma Amsterdam Vitaal en Gezond, waarin is afgesproken dat er meer energie moet naar de achterstandswijken. Kan Krachtige Basiszorg naar die wijken worden uitgebreid? Daarover worden gesprekken met Zilveren Kruis gevoerd. Tot die tijd niet loslaten, maar kijken wat er (financieel) wel kan. Er zijn zorgverzekeraars die een POH Sociaal Domein willen financieren. Dat verschilt per stad en per zorgverzekeraar.

ZIO gaat samen met de NZa een kostendekkende business case over alle domeinen heen maken om aan te tonen dat de kosten van zorg en sociaal domein van invloed zijn op elkaar. Ook Paulien wil het gesprek aangaan over de kosten, bijv. voor GGZ en farmacie. Zij geeft als tip mee: als je er echt in gelooft, laat het dan zien en wees transparant. Guy vindt dat als alle partijen erin geloven – jijzelf, de verzekeraar en de gemeente – neem dan het risico en maak een afspraak over structurele financiering als de kostenvoordelen worden aangetoond.

Waar kunnen we het grootste verschil maken, de meeste impact?

Guy heeft geleerd uit pilots dat de correlatie tussen sociaal functioneren aan de ene kant en zorg en gezondheid aan de andere kant groot is. Het is vaak schrijnend en daar moet iets aan worden gedaan. Geld is niet het probleem, maar de grens aan beschikbare hulpverleners is de bottleneck. Keuzes als: wie worden er geholpen? Iedereen of alleen degenen die het kunnen betalen? Paulien zou graag zien dat begonnen wordt met het inzetten van extra middelen in praktijken met een achterstandspopulatie van meer dan 25%. Daar waar je de meeste waarde kunt toevoegen.

Richard bedankt de twee bestuurders voor hun bijdrage.

Hoe maken we basiszorg samen krachtiger?

De deelnemers gaan in gesprek met de sprekers over de vraag: hoe maken we basiszorg samen krachtiger?

Huisarts Ingrid Hertogs moet soms aan collega's uitleggen wat het betekent om in een achterstandswijk te werken. Zij vindt het lastig om jonge collega's hiervoor aan te trekken. Er is onvoldoende aandacht voor een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid bij de beroepsgroep voor deze problematiek. Er is dus nog wel wat werk te doen onder huisartsen. Hoe is dat bij Paulien gegaan?

Paulien (h)erkent dat het lastig is om aan collega's uit te leggen. Bij de SAG is het gelukt: daar begrijpen ook niet-achterstandswijken wat het betekent om in een achterstandswijk te werken. Zij kunnen daar begrip voor opbrengen. Paulien denkt dat meer ondersteuning helpt, dat je moeten laten zien waarvoor de extra financiering nodig is en vooral dat je met elkaar in gesprek moet blijven. Ze hoopt dat huisartsen niet onderling de strijd hoeven aan te gaan over de beschikbare middelen en dat de middelen voor praktijken in achterstandswijken in de O&I geoormerkt zijn.

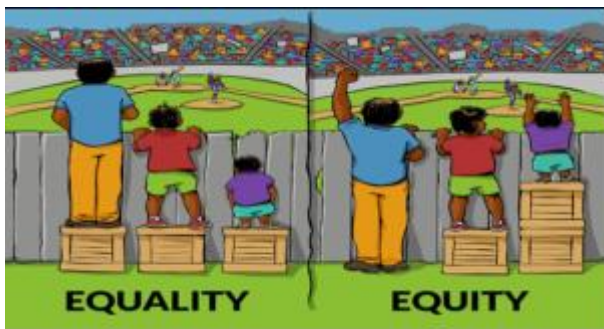
Ook Thea herkent de ervaringen van Ingrid. Jonge collega's die bij haar waarnemen komen vaak geen tweede keer, omdat zij het lastig vinden. Nu heeft ze twee vaste waarnemers die het leuk vinden. De huisartsen realiseren zich ook dat Blauwe Zorg gaat helpen om het werkbaar te houden.

Huisarts Nikki Makkes merkt dat de achterstandsproblematiek voor veel huisartsen onbekend terrein is. De toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg is een probleem in de achterstandswijken, dat voor het voetlicht moet worden gebracht. Zij vindt dat er te weinig kennis wordt gedeeld over deze problematiek.

Margot Lenos, beleidsmedewerker bij InEen, signaleert dat de diverse achterbannen niet allemaal hetzelfde uitdragen en vindt dat zij daarover met elkaar in gesprek moeten gaan. In de midtime review van het hoofdlijnenakkoord is de opdracht gegeven om te kijken hoe de bekostiging op lange termijn geborgd kan worden. Johanna Gröne van de LHV sluit zich daarbij aan.

Pharos is in gesprek met Zorginstituut Nederland over de relatie van de inzet van middelen en passendheid van zorg. Hoe past dat in het hoofdlijnenakkoord? Een equity check zou daarbij kunnen helpen: waarde toevoegen waar het waarde moet toevoegen. Bewoners van achterstandswijken zullen niet profiteren van Fit for Surgery of de GLI.

Het equity-equality principe wordt aan de zaal getoond door middel van de volgende afbeelding.



(Bron: www.theinclusionsolution.me)

De gelden voor Krachtige Basiszorg gaan met dat oormerk de O&I in. Zilveren Kruis laat het dan over aan de O&I-organisatie. Het is dan belangrijk dat de achterstandsfondsen daar aan tafel zitten.

Fonds Nijmegen vindt dat ontschotten prioriteit moet krijgen. In deze regio is positieve gezondheid dat ondersteund werd voor VGZ, vastgelopen omdat er te veel bij de gemeente terecht kwam, waardoor de gemeente dat niet meer kon financieren. Fred Schaaf, Zilveren Kruis, vindt dat ontschotten ook een probleem is van de zorg. Als Krachtige Basiszorg overal zou worden ingezet, wordt het macrobudget huisartsenzorg overschreden, terwijl er dan wel in de tweede lijn en op andere fronten besparingen worden gerealiseerd.

Jeroen van der Noorda, directeur bij SEHO in Haarlem, is drie jaar geleden met Krachtige Basiszorg begonnen. Waar Paulien vanmiddag de oproep deed om niet los te laten, staat hij op het punt dat wel te doen. Hij heeft drie jaar lang potjes bij elkaar geschraapt en heeft daar genoeg van. Hij kan nieuwe huisartsen niet meer bewegen om mee te doen. Is er geen andere aanpak mogelijk? Fred Schaaf geeft aan dat de O&I-financiering in Kennemerland geen probleem zou hoeven te zijn. Jeroen merkt op dat je in Nederland verschillende gesprekken aan verschillende tafels moet voeren om iets te bereiken.

Rebecca vindt het logisch dat bij de beweging van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag, er meer inzet nodig is op het sociaal domein. Daarover moet het gesprek met de gemeenten worden aangegaan. Dan is de vraag of dat gezamenlijk of ieder afzonderlijk gedaan wordt en wat de rol van VWS daarbij is.

Guy denkt dat geld niet het primaire probleem van Nederland is, maar de professionals die het moeten gaan doen. Hij refereert aan de provincie Zeeland waar een groot huisartsentekort is. De vraag om meer geld zal niet gehonoreerd worden. Samenwerken is de oplossing, plezier in het werk, mensen aanspreken op hun professionaliteit. Hoe nodig je jonge huisartsen uit om in een achterstandswijk te gaan werken en hoe behoudt je mensen van de sociale teams? Hij is bang dat we eerder vastlopen op een gebrek aan professionals dan aan geld.

Fonds Nijmegen vindt dat het gaat om het leveren van goede zorg en plezier in het werk. Integrale zorg zorgt daarvoor.

Huisarts Sascha Kotterer attendeert op de gezondheidsmonitor van de gemeente. Zij heeft hem voor haar wijk bekeken. Net als in het onderzoek naar Krachtige Basiszorg en het 4-D model laat de monitor zien dat slechts 25% van de klachten gaat over ziekte en gezondheid en de rest over sociale problemen. De medische klachten zijn een uiting van hun zorgen op andere terreinen. Het is geen zorgprobleem, maar een welzijnsprobleem, dat wel uit het zorgbudget betaald wordt, maar eigenlijk bij het welzijnsbudget hoort. Martine Samsom, huisarts en voorzitter van het AOF, vraagt hoe de

gemeenten daarin meegenomen kunnen worden. Het sociaal domein in Amsterdam is op dit moment dichtgeslibd door de vele aanvragen.

Een van de deelnemers kent een praktijk in Amsterdam waar de POH de uurgesprekken doet waarbij de huisarts deels aanwezig is. Ook zijn er voorbeelden dat de POH klachten filtert en waar de huisarts dan niet in de frontlinie staat. Er moet worden nagedacht over een andere vorm van organiseren.

Sascha merkt op dat patiënten zich gehoord voelen door de huisarts. Met meer tijd kan de huisarts beter uitzoeken wat er aan de hand is. Problemen in kaart brengen kan op diverse manieren, zegt Richard. Als het gesprek met de patiënt heeft plaatsgevonden, moet de toeleiding naar de juiste hulpverlener in het zorgnetwerk plaatsvinden, die dan ook beschikbaar moet zijn.

Opgemerkt wordt dat er nog weinig gezegd is over de patiënt zelf? Wat willen de patiënten? De huisarts en de patiënt proberen het probleem op te lossen omdat zij er last van hebben. Misschien is het nodig om het gewoon te laten gebeuren. Dan komen patiënten in actie en zetten zij de gemeente aan om in beweging te komen, aldus Sonia Jennings.

Huisarts Ria van Bodegom vindt dat het gaat over de BV Nederland. Zij vindt dat het een maatschappelijke verantwoordelijkheid is om alle mensen in Nederland goede kansen te bieden. Als dat niet lukt, gaan zij naar domeinen waar ze toegang toe hebben. Bij de WMO en Jeugdzorg stijgt de zorgvraag enorm. Uit onderzoek is bekend dat mensen die in hun eerste 1.000 dagen achterstand oplopen, daar hun leven lang last van houden. De O&I-financiering is bedoeld voor de organisatie van zorg. Als de huisartsen overlegtijd betaald krijgen, is het makkelijker om een warme overdracht te geven.

Afsluiting

Richard dankt alle aanwezigen voor hun aanwezigheid en in het bijzonder de sprekers. Hij heeft vandaag gemerkt hoe waardevol en belangrijk het is om door te gaan op deze weg.