

Regie aan de poort

De basiszorg als verbindende schakel tussen persoon,
zorg en samenleving



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



Adviseur in gezondheid en Zorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en het parlement. Hij zet zich in voor een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg. Daarover brengt hij strategische beleidsadviezen uit. Die schrijft de Raad vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Voorzitter

Prof. drs. M.H. Meijerink

Leden

Mw. mr. A.M. van Blerck-Woerdman

Mr. H. Bosma

Mw. prof. dr. D.D.M. Braat

Mw. E.R. Carter, MBA

Prof. dr. W.N.J. Groot

Prof. dr. J.P. Mackenbach

Mw. drs. M. Sint

Prof. dr. D.L. Willems

Algemeen secretaris

Mr. drs. T.F.M. Hooghiemstra

Regie aan de poort

**De basiszorg als verbindende schakel tussen
persoon, zorg en samenleving**

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de
staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, december 2012

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 340 50 60
Fax 070 340 75 75
Email mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: OBT Opmeer bv
Fotografie: Eveline Renaud
Druk: OBT Opmeer bv
Uitgave: 2012
ISBN: 978-90-5732-242-6

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of per mail bij de RVZ (mail@rvz.net) onder vermelding van publicatienummer 12/07.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Kern van het advies

Gezondheidsproblemen die verband houden met psychosociale problemen vragen om een andere organisatie van de basiszorg met een sterke betrokkenheid van de gemeente. Die moet de urgentie hiervan lokaal zichtbaar maken en is aan zet om de basiszorg te organiseren. Multidisciplinaire basiszorgteams op wijkniveau met huisartsenzorg, verpleegkundige zorg en maatschappelijk werk vormen de kern van de aanpak. Deze basiszorgteams moeten burgers faciliteren om zelf hun problemen aan te pakken waar dit kan, en bieden integrale en gecoördineerde hulp in een vroeg stadium. Hiermee voorkomen zij een onnodig beroep op zware zorg.

Welk probleem lost dit advies op?

De voorzieningen in de basiszorg staan zeer onder druk. Meervoudige problemen doen een groot beroep op gezondheidszorg, hulpverlening en sociale voorzieningen. De maatregelen in dit advies zijn nodig om de basiszorg sterker te maken, meervoudige problemen tijdig en integraal aan te pakken, en het beroep op zware zorg en hulpverlening te verminderen.

Wat zijn de gevolgen voor de burger?

De burger krijgt zorg en hulpverlening die beter aansluit bij zijn behoeften en beter gecoördineerd is. Deze zal een groter beroep doen op wat hij en zijn sociaal netwerk kan bijdragen.

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?

Zorgverleners zullen meer moeten samenwerken in multidisciplinaire teams op wijkniveau, ook met de welzijnssector. Hun werkwijze en doelen gaan verder dan het reageren op zorgvragen en bevorderen van gezondheid alleen, maar betreft ook proactief handelen en bevorderen van participatie en zelfmanagement. Zij krijgen te maken met meer sturing door de gemeente.

Wat zijn de gevolgen voor de gemeente?

De gemeente zal de urgentie en onderlinge samenhang van de problematiek, die deels door haarzelf wordt gevoeld, zichtbaar moeten maken voor zorgverleners en de burger. Zij zal hierop beleid moeten maken en samen met zorgverzekeraars sturing moeten geven aan multidisciplinaire basiszorgteams op wijkniveau met een resultaatgerichte financiering.

Wat kost het?

Dat zal moeten blijken. De investeringen in wijkgerichte basiszorgteams zijn deels mogelijk door herallocatie van bestaande middelen, en verdienen zich terug door een kleiner beroep op specialistische zorg en sociale voorzieningen. De voorgestelde maatregelen bevorderen de transparantie van het maatschappelijk rendement.

Wat is nieuw?

Multidisciplinaire samenwerking door zorgverleners is geen nieuw concept, maar dit advies geeft scherper de contouren en de doelpopulatie aan van wijkgerichte basiszorgteams en de noodzaak deze systematisch te evalueren in proeftuinen. Gemeenten geven, in samenwerking met zorgverzekeraars, sturing aan de basiszorg, gericht op gezondheid en lokale door haarzelf bepaalde beleidsdoelen. Hiervoor komt gebundelde financiering en een passend bekostigingssysteem. De zorg sluit hierdoor beter aan op de welzijnsvoorzieningen, en burgers krijgen meer regie over de zorg en over hun leven.

Inhoudsopgave

Samenvatting	7
1 Inleiding	11
1.1 Achtergrond	11
1.2 Beleidsvraag	12
1.3 Begrippen	12
1.4 Functie van het advies	13
1.5 Afgrenzing van het advies	13
1.6 Werkwijze	14
1.7 Leeswijzer	14
2 Omvang en zorggebruik meervoudige problematiek	17
2.1 Voorkomen van meervoudige problematiek	17
2.2 Zorggebruik vanuit cliëntperspectief: de vraagzijde	22
2.3 Zorg vanuit professioneel perspectief: de aanbodzijde	23
2.4 Gescheiden stelsels	24
3 Knelpuntenanalyse	27
3.1 Onbereikte hoogrisico's	27
3.2 Nauwe blik	28
3.3 Verkeerde bureau	30
3.4 Aanbodgestuurde gegevens	35
3.5 Conclusies	35
4 Verkenning van oplossingsrichtingen	37
4.1 Multidisciplinaire samenwerking in basiszorgteams	37
4.2 Gemeenten en basiszorgteams: preventie en bemoeizorg	41
4.3 Een vergezicht voor de basiszorg	45
4.4 Realisatie van het vergezicht: belemmeringen en randvoorwaarden	48
5 Conclusies en aanbevelingen	57
5.1 Conclusies	57
5.2 Aanbevelingen op het gebied van multidisciplinaire samenwerking	58
5.3 Aanbevelingen voor gemeenten	59
5.4 Aanbevelingen op het gebied van financiering, bekostiging en mededinging	60
Bijlagen	63
1 Adviesaanvraag	65
2 Adviesvoorbereiding	67
3 Patiëntvignetten	73
4 Mededingingswetgeving en ketensamenwerking	85
5 Kosten en baten van interventies bij meervoudige problematiek	87
6 Literatuurlijst	91
7 Overzicht publicaties RVZ	97

Regie aan de poort

De basiszorg als verbindende schakel tussen persoon, zorg en samenleving

Samenvatting

Achtergrond en
beleidsvraag

Een goed functionerende basiszorg is van groot belang om de zorg toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit te houden. De hiertoe behorende eerstelijns voorzieningen voor zorg en welzijn ervaren echter een toenemende druk. Het aantal chronisch zieken neemt toe en de zorgvragen worden complexer. Veel gezondheidsproblemen van burgers staan niet op zichzelf maar hebben te maken met gedrag en met de (sociale) omgeving van gezin en relaties, werk, inkomen en wonen. Deze meervoudige problemen vormen in dit advies de lens voor de manier waarop de basiszorg functioneert. Goede voorbeelden laten zien dat veel persoonlijke en maatschappelijke schade, op korte en lange termijn, is te voorkomen als de zorg voor meervoudige problemen beter is ingericht. De beleidsvraag die centraal staat in dit advies is welke herinrichting van de poort van de gezondheidszorg en de welzijnssector nodig is om de toegankelijkheid, probleemverheldering en het zorgaanbod bij meervoudige problematiek te verbeteren.

Forse omvang meervoudige
problematiek

De omvang van meervoudige problematiek is aanzienlijk en zeer divers maar niet nauwkeurig te bepalen. Het aantal personen wordt geschat op tenminste 1 miljoen (6% van de bevolking). Deze hebben een meer dan gemiddeld zorggebruik. Een verklaring is dat maatschappelijke of persoonlijke problemen zich kunnen voordoen als gezondheidsklachten.

Knelpunt

De Raad signaleert in de zorg aan deze burgers de volgende knelpunten. Een deel krijgt minder hulp dan noodzakelijk. Een ander deel doet juist een hoger beroep op de curatieve zorg en op andere stelsels dan noodzakelijk en gewenst. De onderliggende mechanismen zijn de volgende. De basiszorg is onvoldoende in staat om zorgelijke situaties tijdig op te merken door onder meer de reactieve werkwijze en de versnippering en specialisatie van de hulpverlening. Dit leidt in een aantal gevallen tot zware zorg zoals opname of uithuisplaatsing als een crisissituatie ontstaat. Verder zijn hulpverleners onvoldoende in staat om samenhangende gezondheidsproblemen en sociale problemen, bij individuen en bij gezinnen, te beoordelen en te ontrafelen, en hebben ze te weinig aandacht voor de eigen mogelijkheden van cliënten en op het belang van arbeidsdeelname. De gezondheidszorg en welzijnsvoorzieningen, waaronder jeugdzorg, maatschappelijk werk, arbeidsreïntegratie en schuldhulpverlening, zijn vaak gescheiden werelden. De hulp bij dezelfde cliënten is hierdoor onvoldoende afgestemd. Juist bij

burgers die te maken hebben met een stapeling aan problemen maakt de hulpverlening het extra moeilijk om regie te houden. Er is geen eigenaar van het totaalresultaat van de hulpverlening. Het ontbreken van regie is mede verantwoordelijk voor de toename in specialistische zorg bij jeugdigen en volwassenen.

De beleidsomgeving

De zorg bevindt zich in een transitie waarbij de overheid meer verantwoordelijkheden neerlegt bij zorgverzekeraars en gemeenten. Dit brengt voor deze partijen en voor zorgaanbieders veel onzekerheid en risico's: financieel, in het toezicht, en het maatschappelijk draagvlak. Maar ruimere en flexibele kaders voor de basiszorg - psychische hulp, extramurale verpleging, bevorderen van regionale samenwerking - en de bundeling van verantwoordelijkheden voor werk, jeugd en begeleiding bij gemeenten, bieden ook mogelijkheden voor de gewenste veranderingen.

Twee oplossingsrichtingen

De knelpunten maken duidelijk dat de gezondheidszorg haar maatschappelijke functie moet versterken. De Raad ziet twee oplossingsrichtingen. Ten eerste moet de gemeente de urgentie van meervoudige problematiek lokaal zichtbaar maken, en is zij aan zet om de basiszorg lokaal te organiseren, samen met zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Ten tweede vormen wijkgerichte multidisciplinaire basiszorgteams de kern van de aanpak, met huisartsenzorg, verpleegkundige zorg en maatschappelijk werk als kerndisciplines. De Raad reikt hiertoe een verzoek aan voor de organisatie van de basiszorg met als kernprincipes: proactief, populatiegericht, multidisciplinair, zorgcoördinatie met één aanspreekpunt, gericht op gezondheid en participatie, specialistische consultatie, en bevordering van preventie en zelfmanagement. De Raad doet hiertoe de volgende aanbevelingen:

Aanbevelingen

Aanbevelingen op het gebied van multidisciplinaire samenwerking

- Gemeenten en zorgverzekeraars faciliteren de ontwikkeling van wijkgerichte basiszorgteams, systematisch te evalueren in een aantal proeftuinen.
- Zorgopleidingen investeren in specifieke deskundigheid en competenties voor zorg bij meervoudige problematiek.

Aanbevelingen voor gemeenten

- Gemeenten creëren urgentie bij de aanpak van meervoudige problematiek met behulp van wijkscans en lokale zorgnetwerken.
- Gemeenten werken met basiszorgteams aan intersectoraal beleid.

Aanbevelingen op het gebied van financiering, bekostiging en mededinging

- Er dient een passende financiering en bekostigingssystematiek te komen voor wijkgerichte basiszorgteams, door bundeling van geldstromen binnen het collectieve pakket mogelijk te maken en door populatiegebonden bekostiging die ruimte biedt voor lokaal maatwerk, samenwerking bevordert en bereikte teamresultaten beloont.

- De praktijk van het toezicht moet in lijn worden gebracht met de praktijk van de basiszorg waarvan samenwerking binnen en tussen disciplines een wezenlijk onderdeel uitmaakt.

Gezondheidscentrum



Waterlinie

Begane grond

- Apotheek
- Jeugdzorg
- Kinderfysiotherapie
- Thuiszorgnet
- Diëtetiek
- Algemene fysiotherapie
- Logopedie
- Jeugdriagg
- Vita Welzijn en Advies
- Mathot
- Brijder stichting
- Beter Horen
- Sijbrants & van Olst



Eerste verdieping

- Huisartsenpraktijken De Waver
- Amstelring
- Ziekenhuis Amstelland Poliklinieken
- Verloskundige praktijk Uithoorn



Tweede verdieping

- Huisartsenpraktijken De Drecht
- Huisartsenpraktijken De Amstel



1 Inleiding

1.1 Achtergrond

De adviesaanvraag	Dit advies gaat over het functioneren van het aanbod aan zorg en welzijn en de wijze waarop deze aansluit bij de zorgbehoefte van burgers. Het advies is onderdeel van het werkprogramma 2012 van de RVZ (bijlage 1).
Sociale context van psychische en lichamelijke problemen	De achtergrond van dit advies is dat gezondheidsproblemen van burgers niet op zichzelf staan en vaak te maken hebben met gedrag en met de (sociale) omgeving. Sociale problemen op het gebied van gezin en relaties, werk, inkomen en wonen kunnen een essentiële rol spelen. Dit heeft consequenties voor de hulpverlening al is per situatie afhankelijk welke. Niet zelden gaan in deze situaties lichamelijke en sociale problemen hand in hand met psychische problemen. De afzonderlijke problemen kunnen sterk met elkaar vervlochten zijn geraakt, ook tussen verschillende leden van het gezin.
stelt specifieke eisen aan de gezondheidszorg	Omdat medische, psychische en sociale hulpvragen van burgers verweven kunnen zijn stelt dit specifieke eisen aan de inrichting en het functioneren van de gezondheidszorg en de welzijnsvoorzieningen. Traditioneel zijn er drie functies die belegd behoren te zijn bij eerstelijns voorzieningen, de poort van de zorg, hoewel niet exclusief. In chronologische volgorde, ten eerste door een goede toegankelijkheid problemen tijdig signaleren en escalatie voorkomen. Ten tweede de zorgbehoefte bepalen door probleemverheldering en diagnostiek. Ten derde het bieden van effectieve en doelmatige zorg.
opdat geïntegreerde en doelmatige aanpak plaatsvindt	Bij meervoudige problemen zou dit moeten leiden tot het juist doorverwijzen van sociale problemen zodat deze geen beslag leggen op medische zorg of tot een geïntegreerde aanpak in samenwerking met hulpverlenende instanties. Doelmatig betekent dat een beroep op specialistische zorg alleen plaats vindt als dit noodzakelijk is en dat de zorg is gericht op (versterking van) de redzaamheid van burgers. Hier is eigenlijk sprake van een vierde functie, namelijk het bevorderen van zelfmanagement door zorgeducatie en advies.
Functioneert de poort?	Maar functioneert de poort van de gezondheidszorg nog naar behoren? Hoewel het uitdijende aanbod aan zorg en welzijn anders suggereert, bereikt zij sommige hulpbehoevende burgers onvoldoende. Omgekeerd is de verzekerde curatieve zorg zo laagdrempelig dat zij ook voor persoonlijk leed het eerste aanspreekpunt kan zijn. Of het ultimum remedium.
Meervoudig aanbod en verlies van regie	Bij veel hulpvragen is sprake van een meervoudig aanbod aan de poort: meerdere zorgverleners en instanties die in aanmerking komen voor hulpverlening. Deze hebben elk hun deskundigheid waardoor zonder

afstemming de zorg versnipperd. Hoe is te voorkomen dat burgers met een meervoudige hulpvraag hierdoor de weg kwijt raken als zij hulp zoeken en de regie over de zorg verliezen? Wat betekent dit voor de positie van de huisarts die vanouds een spilfunctie in de zorg vervult? Voor elk levensdomein, voor opgroeien, (psychische) gezondheid, welzijn, wonen en werk en inkomen bestaan aparte stelsels, met elk hun eigen indicatieproces, financiering, aansturing, werkwijzen en professionele domeinen. En verdwalen alleen burgers, of ook zorgprofessionals?

Verandering is nodig bij de front office

Verandering is nodig vanwege de houdbaarheid van de zorguitgaven en van de collectieve voorzieningen buiten de zorg waar burgers met meervoudige problemen gebruik van maken. Veel maatschappelijke kosten zijn te herleiden tot meervoudige problematiek en zijn te voorkomen. Met gerichte ondersteuning van risicogezinnen, een integrale aanpak van zeer langdurig werklozen, of vroegtijdige signalering van ouderdomsproblematiek zijn maatschappelijke kosten, op korte en lange termijn, te voorkomen die verband houden met school- en arbeidsuitval, verlies van zelfstandigheid, schulden, verslaving en criminaliteit (RMO, 2006; RVZ, 2012c). Front office voorzieningen spelen hierbij een cruciale rol maar ervaren een toenemende druk. Een zorginfarct dreigt bij de huisartsenzorg die te maken heeft met een toename van chronisch zieken en van complexe zorgvragen, met hogere verwachtingen van burgers, administratieve druk, en de invoering van ziektespecifieke ketenzorg.

1.2 Beleidsvraag

De beleidsvraag

De beleidsvraag die in dit advies centraal staat is de volgende: welke herinrichting van de poort van de gezondheidszorg en de welzijnssector is nodig om de toegankelijkheid, probleemverheldering en zorgaanbod bij meervoudige problematiek te verbeteren?

1.3 Begrippen

Meervoudige problematiek

Een grote groep mensen heeft problemen op meerdere levensgebieden of meervoudige problematiek, hier gedefinieerd als *personen met twee of meer somatische of psychische aandoeningen die samenhangen met problemen op andere levensgebieden zoals huisvesting, arbeid en inkomen, onderwijs, en gezin, waarbij deze problemen elkaar in stand houden of versterken, en die hiervoor zijn aangewezen op hulp*. Het gedrag van de betreffende persoon (gezondheidsgedrag, hulpzoekgedrag) kan daarbij een intermediaire factor zijn. De sociale problematiek kan zowel oorzaak als gevolg zijn, en kan de aandoening in stand houden of verergeren doordat het de draagkracht en zelfredzaamheid van het individu aantast.

Terreinen van
gezondheidszorg

In de gezondheidszorg zijn de volgende terreinen te onderscheiden: de curatieve zorg voor mensen met een medische, psychische of verpleegkundige zorgvraag, waartoe ook individuele preventie behoort, grotendeels verstrekt vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw); de langdurige zorg uitgevoerd door instellingen voor gehandicapten, ouderen, of chronisch psychiatrische patiënten (Awbz); de publieke gezondheid in het kader van de Wet Publieke Gezondheid (Wpg) uitgevoerd door gemeenten, waaronder de jeugdgezondheidszorg; de arbocuratieve zorg uitgevoerd door zelfstandige bedrijfsartsen, arbodiensten of bedrijfsgeneeskundige diensten.

en welzijn

Dit advies verstaat onder welzijn: de maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychosociale hulpvragen of met beperkingen, zoals maatschappelijk werk, verzorging, begeleiding en mobiliteitsvoorzieningen in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) uitgevoerd door gemeenten; de jeugdhulpverlening, waaronder opvoedondersteuning en jeugdzorg.

De basiszorg

De basiszorg is in dit advies het complement van specialistische zorg in ziekenhuizen en instellingen, en omvat de zorg verleend door eerstelijns zorgverleners in de gezondheidszorg en de welzijnssector.

1.4 Functie van het advies

Gezondheidszorg staat voor
uitdagingen

De Nederlandse gezondheidszorg kent een goede toegankelijkheid, ongeacht opleiding of inkomen. Maar ons land behoort wat betreft de volksgezondheid tot de middenmoot van de Europese Unie en het niveau van de zorguitgaven steekt ongunstig af ten opzichte van de meeste andere Europese landen.

Meervoudige problematiek
vormt lens om te kijken
naar basiszorg

De functie van het advies is om aanbevelingen te doen voor het functioneren van de basiszorg, met een toespitsing op de rol van de huisarts en de samenwerking met de gemeente. De bevindingen bij mensen met meervoudige problemen vormen daarbij een lens voor de manier waarop de front office voorzieningen in de zorg en welzijn functioneren. De aanbevelingen zijn bedoeld om deze voorzieningen beter te laten functioneren voor alle burgers.

1.5 Afgrenzing van het advies

Bijzondere groepen

Vanwege hun specifieke hulpbehoefte zal dit advies geen bijzondere aandacht besteden aan bewoners van instellingen, dak- en thuislozen, ex-gedetineerden, en licht verstandelijk gehandicapten, hoewel hier vaak sprake is van meervoudige problematiek.

Andere RVZ adviezen

Dit advies heeft raakvlakken met diverse recente adviezen van de Raad over de organisatie van preventie (RVZ, 2011b), over de inrichting van de ziekenhuiszorg waaronder ook de samenwerking met de eerstelijnszorg (RVZ, 2011a) en over de zorg aan niet redzame ouderen die voor een belangrijk deel in de eigen thuissituatie plaatsvindt (RVZ, 2012d).

1.6 Werkwijze

Achtergrondstudies

Ter voorbereiding van dit advies zijn enkele achtergrondstudies uitgevoerd. Door Vilans is een aantal vernieuwende arrangementen op het snijvlak van zorg en welzijn geïnventariseerd en beschreven. Door het Nivel, het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) is een gezamenlijke studie voorbereid over het voorkomen van meervoudige problematiek, het gerelateerde zorggebruik en de knelpunten in deze zorg met informatie uit zorgregistraties en beleidsevaluaties. Kwalitatief inzicht op deze materie is verkregen door twee focusgroepbijeenkomsten met huisartsen en andere eerstelijns zorgprofessionals. In een interne achtergrondstudie is nader ingegaan op het functioneren van de front office bij jeugd en gezin, de geestelijke gezondheidszorg, arbocuratieve zorg, en ouderen. Ook is een achtergrondstudie geschreven over wijkgericht werken en een notitie opgesteld met een historische analyse van de huisartsenzorg. Voor een overzicht zie bijlage 2.

Klankbordgroep en gesprekken

De projectgroep heeft dankbaar gebruik gemaakt van de inbreng van een aantal externe deskundigen die hebben deelgenomen aan drie klankbordbijeenkomsten waarmee de bevindingen, oplossingsrichtingen en aanbevelingen zijn besproken. Verder zijn gesprekken gevoerd met de LHV, VNG, deskundigen uit de wetenschap, de zorgpraktijk en diverse vertegenwoordigende organisaties.

Werkbezoeken

Er zijn werkbezoeken afgelegd aan de gemeente Rotterdam, de gemeente De Bilt (project MENSplus), de gemeente Enschede en aan het UMC St Radboud in Nijmegen in verband met enkele Koplopers-projecten. De praktijkvoorbeelden in dit advies zijn onder meer aan deze werkbezoeken ontleend.

1.7 Leeswijzer

Het advies is als volgt opgebouwd:
hoofdstuk 2 Omvang en zorggebruik meervoudige problematiek
hoofdstuk 3 Knelpuntenanalyse
hoofdstuk 4 Verkenning van oplossingsrichtingen
hoofdstuk 5 Conclusies en aanbevelingen



2 Omvang en zorggebruik meervoudige problematiek

Aantal personen en
zorggebruik

In dit hoofdstuk zullen we achtereenvolgens ingaan op wat bekend is over het aantal personen met meervoudige problematiek en ontwikkelingen in het zorggebruik vanuit cliëntperspectief en professioneel perspectief.

2.1 Voorkomen van meervoudige problematiek

Meervoudige problematiek

Begripsbepaling

Voor het bepalen van de omvang van meervoudige problematiek gaat de Raad uit van de volgende definitie: *personen met twee of meer somatische of psychische aandoeningen die samenhangen met problemen op andere levensgebieden zoals huisvesting, arbeid en inkomen, onderwijs, en gezin, waarbij deze problemen elkaar in stand houden of versterken, en die hiervoor zijn aangewezen op hulp.*

is spel van dynamische
verbanden

Onder ongezondheid en sociale problemen gaat een ingewikkeld spel van dynamische verbanden schuil, waarbij gezondheidsproblemen zowel oorzaak als gevolg kunnen zijn van bijvoorbeeld werkloosheid, financiële problemen en sociale uitsluiting. De combinatie van verschillende elementen in de definitie geeft al aan dat het een zeer diverse groep mensen betreft en dat het onmogelijk is absolute grenzen te stellen. De patiëntvignetten in bijlage 3 illustreren dit.

Chronisch zieken,
beperkingen en psychische
klachten bij volwassenen

Omvang meervoudige problematiek: eerste benadering

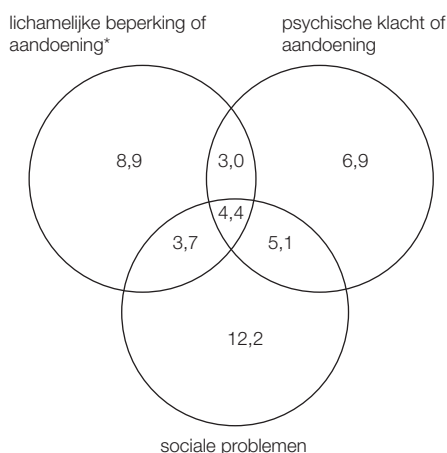
Onderzoek uitgevoerd door het Nivel, het SCP en het NJI in opdracht van de RVZ wijst uit dat onder de volwassen bevolking 17% tenminste twee chronische lichamelijke aandoeningen heeft en ruim 10% een matige of ernstige beperking. Van de personen met meerdere aandoeningen wordt tweederde hier niet of nauwelijks door beperkt. Verder heeft 19% van de volwassenen psychische klachten en aandoeningen, waarvan ruim 7% meerdere aandoeningen of beperkingen heeft (RVZ, 2012a). Chronisch zieken hebben dus relatief veel psychische klachten. Het RIVM komt op basis van een selectie van chronische aandoeningen op iets lagere schattingen: 8% van de bevolking heeft meerdere chronische aandoeningen, en boven de 75 jaar is dit een op de drie personen (Hoeymans et al., 2012).

gaan vaak gepaard
met maatschappelijke
problemen

Van de volwassenen met psychische problemen, lichamelijke aandoeningen of beperkingen heeft een meer dan evenredig deel ook maatschappelijke problemen: 40% heeft problemen op het gebied van financiën of sociale contacten, verslavingsproblematiek in het eigen gezin, of is werkloos of arbeidsongeschikt (figuur 2.1) (RVZ, 2012a). Dit is 13% van de volwassenen. Het verband met sociale en economische problemen is sterker bij psychische problemen dan bij lichamelijke problemen. Hier laat de

invloed van onze sterk op diensten en mentaal kapitaal drijvende economie zich zien. Overigens zijn huisvestingsproblemen, huiselijk geweld, en contact met politie en justitie niet meegenomen in bovengenoemd onderzoek.

Figuur 2.1: Lichamelijke, psychische en sociale problemen in de volwassen bevolking in procenten (RVZ, 2012a)



*matige of ernstige beperking of tenminste twee chronische lichamelijke aandoeningen

Kinderen en jeugdigen met emotionele en gedragsproblemen

Bij kinderen en jongeren komen emotionele en gedragsproblemen relatief veel voor. De sociaal-pedagogische omgeving thuis en op school speelt hier een belangrijke maar geen alles bepalende rol. Bekend is dat weinig emotionele steun en verwaarlozing of mishandeling de kans op psychische klachten verhoogt. Bij 5% van de kinderen onder de 12 jaar is sprake van een stapeling van psychosociale of lichamelijke problemen, en houden psychosociale problemen sterk verband met een negatieve opvoedbeleving door de ouders (Zeijl et al., 2005). Emotionele en gedragsproblemen in de jeugd zijn vaak een voorbode voor problemen later. Bovendien is sprake van dynamiek over generaties heen: crimineel en agressief gedrag en psychische problemen bij ouders zijn de belangrijkste voorspellers van een antisociale ontwikkeling bij kinderen. Tijdige signalering en interventie, mits effectief, voorkomen maatschappelijke gevolgen op lange termijn (Junger, 2006).

Niet altijd een onderlinge samenhang

Niet bij alle personen met een combinatie van gezondheidsproblemen en sociale problemen is sprake van meervoudige problemen. Er hoeft immers geen onderlinge samenhang te zijn of behoefte aan hulpverlening. Waar dit wel het geval is zijn velen goed in staat om met hulpverlening de problemen het hoofd te bieden en hieraan bij te dragen.

Omvang meervoudige problematiek: tweede benadering

Inzoomen op deelgroepen

Om zicht te krijgen op de knelpunten in het functioneren van de zorg en de welzijnsvoorzieningen is het perspectief ook te kantelen en deze op enkele belangrijke deelgroepen te richten. Een overzicht is gegeven in Tabel 2.1. Deze maakt onderscheid tussen:

Ouderen met complexe multimorbiditeit

1. Ouderen met complexe multimorbiditeit. Hiervan is sprake als meerdere chronische aandoeningen gepaard gaan met beperkingen in het dagelijks functioneren en met verlies aan vitaliteit. Bij deze personen is samenhangende medische en verpleegkundige zorg van belang, en aandacht voor de beperkingen, het welbevinden en de redzaamheid. De betrokkenheid van verschillende zorgverleners maakt de zorg complex. Deze situatie doet zich veel voor bij thuiswonende ouderen die regelmatig (poli)klinische hulp ontvangen of bij wie problemen zijn in de woonsituatie en het sociale netwerk.

Somatische en psychische aandoeningen

2. Personen met een combinatie van somatische en psychische aandoeningen. Psychische aandoeningen kunnen zich somatisch manifesteren. Zij kunnen ook een reactie zijn op of het gevolg zijn van een chronische aandoening. Psychische aandoeningen kunnen het beloop van de lichamelijke aandoening beïnvloeden en andersom. Depressie kan een oorzaak zijn van hart- en vaatziekten. Ongezonde leefgewoonten, onvoldoende therapietrouw en het vermogen om met de eigen situatie om te gaan spelen hierbij een rol. Een goede signalering is daarom van belang.

Complexe hulpverleningssituaties

3. Complexe hulpverleningssituaties rondom personen of huishoudens. Soms zijn meerdere hulpverleners of instanties betrokken bij een persoon of gezin, binnen dan wel buiten de zorgsector. Onvoldoende samenhang in de zorg en ondersteuning vermindert de effectiviteit en zorgt voor verspilling van middelen. De betrokkenheid van veel hulpverleners is deels inherent aan de problematiek (multimorbiditeit, achterliggende sociale problematiek) maar kan ook te maken hebben met een versnipperd aanbod en met deeltaken en verantwoordelijkheden van instanties die niet op elkaar zijn afgestemd.

Tabel 2.1 Omvang deelgroepen met meervoudige problematiek		
Deelgroep meervoudige problematiek	Absoluut aantal personen	Aantal personen per huisarts (normpraktijk)
A. ouderen boven 65 jaar met complexe multimorbiditeit.		
Eenderde van de ouderen met multimorbiditeit, of 13-25% van alle ouderen (Gezondheidsraad, 2008; RVZ, 2012a) 1).	340.000-650.000	50-90
B. personen met somatische en psychische aandoeningen		
20-30% van de chronisch zieken, of 7-10% van de volwassen bevolking (RVZ, 2012a; Pot et al., 2007).	1-1,5 mln	150-210
Van de bijstandsgerechtigden en 'harde kern' vangnet Ziektewet 2) heeft circa de helft psychische problematiek (SZW, 2010).	190.000	25
Een kwart tot eenderde van de kinderen <12 jaar met psychosociale problemen heeft een chronische lichamelijke aandoening (Zeijl et al., 2005).	30.000-40.000	4-6
C. complexe hulpverleningssituaties		
2200 potentiële cliënten of 2,5% van de bevolking van Amsterdam-Noord (BSIN projectdocumentatie).	Niet representatief	Niet representatief
0,3-0,6% van de jeugdigen, namelijk 5-10% van de jeugdigen in zorg of met andere voorziening. Van de jeugdigen is 6,5% in zorg of gebruikt andere voorzieningen (B&A Groep, 2009; gegevens provincie Utrecht).	11.000-22.000	2-3
2-3% van de gezinnen met minderjarige kinderen (Van Burik et al., 2006; Van der Laan, 2007).	Niet representatief	Niet representatief
100.000 multiprobleemgezinnen of 1,3% van de huishoudens (Binnenlands Bestuur, 2012). Hiervan heeft meer dan de helft psychische problematiek (JSO, 2008).	220.000	30

Ad 1) Het al of niet hebben van beperkingen of typische ouderdomsproblemen of beide bepaalt of men bij deze groep hoort. Een kwart van de personen van 65 jaar en ouder bezoekt jaarlijks twee of meer medisch specialisten (Gezondheidsraad, 2008).

Ad 2) De harde kern vangnet Ziektewet betreft werkenden zonder werkgever die langdurig ziek zijn. Deze kunnen geen beroep doen op de loondoorbetalingsverplichting van een werkgever. Het UWV voert deze regeling uit en is verantwoordelijk voor hun herstel en reïntegratie.

Alleen schatting van omvang meervoudige hulpbehoefte

Omdat de deelgroepen elkaar overlappen en niet in alle gevallen sprake is van een meervoudige hulpbehoefte is een nauwkeurige schatting van het aantal personen met meervoudige problematiek onmogelijk. Als we hiermee rekening houden kan naar schatting worden uitgegaan van tenminste 1 miljoen personen (6%) of 140 per huisarts normpraktijk. Een deel hiervan betreft multiprobleemgezinnen waarbij tevens sprake is van problemen of negatieve ervaringen met de hulpverlening, volgens een landelijke vuistregel ongeveer 1% van de gezinnen (JSO, 2008). In grote steden zijn deze aandelen groter.

Toename verwacht

Het is te verwachten dat het aantal personen met meervoudige problematiek de komende jaren toeneemt door de stijging van het aantal chronisch zieken, vanwege de vergrijzing en de stijgende levensverwachting.

Achtergrondprofielen zijn divers

Achtergrondprofielen

De groep personen met meervoudige problematiek is zeer divers, maar er zijn een aantal gemeenschappelijke kenmerken. In het algemeen zijn laag opgeleiden, ouderen boven de 75 jaar, vrouwen, alleenstaanden (of alleenstaande ouders), nietwesterse migranten en bewoners van achterstandswijken relatief sterk vertegenwoordigd. Voor (verbetering van) de hulpverlening zijn naast deze sociaaldemografische factoren ook de sociaalpsychologische kenmerken van belang. Attitudes, de verwachte voor- en nadelen van zorg, persoonlijke en sociale normen, en de ervaren controle over de eigen situatie bepalen mede het hulpzoekgedrag van mensen en het succes van behandeling. Personen met psychische problemen kunnen zorg mijden als zij geen effect hiervan verwachten. Bij langdurig zieke vangnetters kan een negatieve perceptie van de eigen (gezondheids)situatie en van de attitude van werkgevers de reïntegratie belemmeren (Astri, 2011). Negatieve ervaringen met de hulpverlening kunnen multiprobleemgezinnen weerbaarstig maken voor hulp.

evenals maatschappelijke gevolgen

Maatschappelijke gevolgen

Het blijven bestaan van meervoudige problematiek en escalatie hiervan kan leiden tot hoge maatschappelijke kosten voor zorgverzekeraars (opnamen, crisisopvang), gemeenten (bijstandsuitkeringen, schuldhulpverlening en -sanering, maatschappelijke opvang), provincies (jeugdzorg, jeugdbeschermingsmaatregelen), werkgevers (uitkeringen i.v.m. verzuim en arbeidsongeschiktheid), woningcorporaties (huissuitzettingen), politie en justitie (criminaliteit).

2.2 Zorggebruik vanuit cliëntperspectief: de vraagzijde

Relatief hoog zorggebruik bij meervoudige problematiek

Hoog zorggebruik bij meervoudige problematiek

Personen met meerdere aandoeningen of met meervoudige problematiek zijn veelgebruikers van curatieve zorg, van medisch-specialistische zorg en ggz. Ook is het aantal verschillende zorgverleners dat zij raadplegen relatief hoog (RVZ, 2012). Patiënten met een angststoornis of depressie in combinatie met een lichamelijke aandoening hadden in de voorgaande 6 maanden met gemiddeld 3 verschillende hulpverleners contact (RVZ, 2012a). Tenminste 20-25% van de 65-plussers bezoekt jaarlijks 2 of meer specialisten, en tenminste 5% jaarlijks 3 of meer specialisten (Gezondheidsraad, 2008).

Medische zorg bij maatschappelijke hulpvragen

ook door sociale context

De Nederlandse gezondheidszorg kent een goede toegankelijkheid, met nauwelijks financiële, culturele of fysieke drempels voor specifieke sociaal-demografische of sociaal-economische groepen. Uitgaande van dezelfde gezondheid hebben mensen met een laag inkomen of lage opleiding iets meer huisartscontacten en ziekenhuisopnamen (Kunst et al 2007). Werklozen, mensen met een laag inkomen, alleenstaanden en personen in grote steden hebben relatief meer zorgcontacten met de eerstelijnszorg en de ggz vanwege psychische problemen (de Graaf et al., 2010). Het (gedeeltelijk) ontbreken van een sociaal steunsysteem leidt dus tot een groter beroep op formele zorg, en vormt een aanwijzing voor medicalisering van maatschappelijke hulpvragen.

Hulpvraag bij psychische problemen sterk toegenomen

Toegenomen hulpvragen bij psychische problemen

Steeds vaker zoeken mensen hulp voor psychische problemen, en is Nederland meer en meer het taboe voorbij. Het aantal cliënten bij eerstelijnspsychologen is toegenomen van 76.000 in 2006 naar ruim 91.000 in 2010. Een vergelijkbare stijging is zichtbaar bij geïntegreerde ggz-instellingen waar het aantal cliënten is gestegen tot 937.000 in 2009, met de sterkste stijging in de ambulante hulpverlening (van Dijk et al., 2011).

Ziekmakende maatschappelijke factoren

staat niet los van maatschappelijke ontwikkelingen

De sterke toename van psychische en pedagogische hulpverlening bij kinderen en volwassenen in het speciaal onderwijs en de ambulante ggz staat niet los van bredere maatschappelijke ontwikkelingen. Psychische en ontwikkelingsstoornissen komen niet meer voor dan vroeger, maar er is sprake van ziekmakende factoren in de maatschappij. De maatschappij is complexer geworden en dit brengt vooral sociaal kwetsbare mensen in problemen. Mensen moeten hun weg vinden te midden van meerdere waardesystemen en moeten hun rol en positie bepalen in meerdere en wisselende verbanden. Dit doet een groot beroep op sociale vaardigheden (van Ewijk, 2010). De problemen die aan de oppervlakte komen gaan dan ook vaak over sociaal disfunctioneren.

waaronder strengere gedragsnormen

Een gerelateerde ontwikkeling is dat burgers afwijkend gedrag steeds minder tolereren en dat dit steeds vaker gepathologiseerd en gecriminaliseerd wordt (Hermanns, 2009). De samenleving stelt strengere eisen en gedragsnormen. Ouders lijken deze normen te internaliseren en hebben steeds hogere verwachtingen van de ontwikkeling van hun kinderen.

Veranderde omgang met afwijkend gedrag in het onderwijs

...ook in het onderwijs

Het toegenomen gebruik van groepsopdrachten in het onderwijs en leerkrachten die onvoldoende competenties hebben om om te gaan met afwijkend gedrag dragen bij aan een ongunstige pedagogische omgeving voor kinderen die gevoelig zijn voor prikkels en gebrek aan structuur. Opvoeding- en onderwijsproblemen worden vertaald in psychopathologische en orthopedagogische termen door gespecialiseerde professionals die gewend zijn om problemen te diagnosticeren vanuit de eigen discipline. Probleemgedrag dat ontstaat in interactie tussen het kind en de pedagogische omgeving, thuis of op school, kan in een dergelijk klimaat aanleiding geven tot het behandelen van een stoornis (het kind) dan wel van een zorgelijke opvoedsituatie (de ouders).

2.3 Zorg vanuit professioneel perspectief: de aanbodzijde

Zorgverleners direct toegankelijk

Verskillende zorgverleners direct toegankelijk

In het Nederlandse zorgstelsel zijn verschillende zorgverleners zonder verwijzing direct toegankelijk voor de eerste opvang van meervoudige zorgvragen, zoals de huisarts, fysiotherapeut, eerstelijnspsycholoog, diëtist en verloskundige. Huisartsen ervaren dat een toenemend aantal burgers zelf hun weg weet te vinden naar specialistische zorg voor in hun ogen niet noodzakelijke zorg (RVZ, 2012b).

Veel psychosociale problematiek bij de huisarts

Huisarts centrale vindplaats

De huisarts is een centrale vindplaats voor meervoudige problematiek. Vier van de vijf had in de afgelopen drie maanden contact met de huisarts (RVZ, 2012a). Patiënten met een combinatie van lichamelijke, psychische en/of sociale problemen doen twee tot drie keer vaker een beroep op de huisarts dan een gemiddelde huisartspatiënt (RVZ, 2012a). Dit verklaart waarom bij een relatief groot aantal huisartsconsulten, namelijk 25%, psychosociale problematiek als reden is geregistreerd en dat 12-20% van de consulterende patiënten een combinatie van somatische en psychische aandoeningen heeft (RVZ, 2012a; Lamberts et al., 1994). Bij 6% van de consulten gaat het om alleen sociale problematiek (RVZ, 2012a). Bij somatische klachten of aandoeningen is bij een kwart sprake van psychosociale achtergrondproblematiek (van den Berg et al., 2004). Veel werknemers kloppen bij werkgerelateerde gezondheidsproblemen aan bij hun huisarts, vaak eerder dan bij de bedrijfsarts (RVZ, 2012c).

Maar ook bij psycholoog, diëtist en ziekenhuisopnames

Eerstelijnspsycholoog, fysiotherapie, diëtetiek, medisch-specialistische zorg

Een meerderheid van de cliënten bij de eerstelijnspsycholoog heeft naast psychische ook sociale problemen zoals problemen in het gezin of op het werk, en een op de tien heeft uitsluitend sociale problemen (RVZ, 2012a). Bij fysiotherapie ontbreken dergelijke gegevens. Bij degenen die een diëtist raadplegen is het aandeel psychosociale problemen niet onevenredig groot. In de medisch-specialistische zorg komt meervoudige problematiek relatief veel voor. Bij 25-50% van de opgenomen patiënten is sprake van lichte tot ernstige psychische problemen (Leentjens, 2006).

Internet brengt de poort naar voren

Gebruik van internet

Het internet is een steeds belangrijker bron van informatie en navigatie instrument voor gezondheid en zorg. Het is onzeker of het ook formele zorg vervangt. Het raadplegen van internet lijkt eerder tot meer huisartsbezoek te leiden en tot specifieke zorgvragen dan dat mensen er zelf hun problemen mee oplossen (Brabers et al., 2012a). Het kan zelfs de behandelaanpak frustreren als mensen zonder overleg stoppen met een behandeling na iets over bijwerkingen te hebben gelezen.

Thuisarts.nl

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) is met thuisarts.nl een voorportaal voor de huisarts begonnen op internet. Thuisarts.nl biedt informatie over de meest voorkomende aandoeningen, over wat de persoon er zelf aan kan doen en wanneer hij naar de huisarts moet. Wie meer informatie wil over wat de specialist kan doen, kan doorklikken naar van tevoren geselecteerde websites van beroepsgroepen.

Het belangrijkste doel is niet om de huisarts te ontlasten maar om te zorgen dat mensen op internet vinden wat ze zoeken. Op internet is veel verschillende, soms ook tegenstrijdige informatie te vinden. Mensen die van tevoren goed zijn geïnformeerd kunnen gericht vragen stellen. De site is ook een naslagwerk voor patiënten die na een consult willen nalezen wat er in de spreekkamer is besproken.

2.4 Gescheiden stelsels

Meerdere levensdomeinen = meerdere stelsels

Bij meervoudige problematiek strekken de hulpvragen zich uit over meerdere levensdomeinen. Voor elk levensdomein is een apart stelsel van gespecialiseerde voorzieningen, met elk hun eigen wettelijk kader, bekostiging, indicatiestelling, werkwijze en professionele competenties. Een beknopt overzicht:

- a. Jeugd en gezin: Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) voor opvoedondersteuning en jeugdgezondheidszorg (JGZ) onder regie van gemeenten, Bureaus Jeugdzorg en andere jeugdzorgtaken (provincies). De CJG's voeren gemeentelijk jeugdbeleid uit en zijn bedoeld als centrale toegang voor de jeugdzorg en de jeugd-ggz, en als schakelpunt met het onderwijs via het zorg- en adviesteam (ZAT).

- b. Welzijn: onder meer CJG (deels, zie hierboven), verslavingszorg, schuldhulpverlening, maatschappelijke ondersteuning in het kader van de Wmo zoals thuiszorg, maatschappelijk werk, ouderenadvies en steunpunt mantelzorg (gemeente). Het welzijnsaanbod is doorgaans verregaand gespecialiseerd. Zowel het maatschappelijk werk (gemeente) als ggz-aanbieders (Zvw, Awbz) leveren verslavingszorg.
- c. Werk en inkomen: de werknemersverzekeringen Ziektewet, WW, arbeidsongeschiktheidswetten en arbeidsreintegratie voor werknemers (uitvoering door UWV), en de WWB voor bijstandsgerechtigden (uitvoering door gemeentelijke sociale dienst).
- d. Wonen: zelfstandige woningcorporaties beheren het grootste deel van de huurwoningen (Woningwet).

Afstemming en regie

Bij meervoudige problemen is een goede afstemming tussen de curatieve zorg en andere hulpverlenende instanties nodig. De versnippering van het aanbod maakt echter dat hulpverleners het overzicht verliezen en dat samenwerking uitblijft (RVZ, 2012b). Ook burgers zelf weten niet altijd hun weg te vinden naar het juiste aanbod, ook niet na meerdere keren doorverwijzen (de Groen et al., 2012). De wijze waarop de hulpverlening is georganiseerd is dus bepalend voor de mate waarin burgers zelf de regie kunnen voeren over hun problemen of behoefte hebben aan ondersteuning. Daarnaast zijn de eigen problemen en vaardigheden om hiermee om te gaan, en de kwaliteit van de sociale omgeving bepalend voor de behoefte aan ondersteuning (RMO, 2012).

Regie ontbreekt bij hulpverleners en patiënten



3 Knelpuntenanalyse

Drie functies = drie perspectieven

In dit hoofdstuk zullen we nagaan waar de zorg en welzijn onvoldoende aansluiten op een meervoudige hulpbehoefte. Met als uitgangspunt de in 1.1 genoemde functies van de eerstelijnszorg zijn deze aansluitingsproblemen te belichten vanuit drie perspectieven: onbereikte hoogrisico's, de nauwe blik, en het verkeerde bureau.

3.1 Onbereikte hoogrisico's

Onbereikte groepen

Onbereikte groepen

Ondanks de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg bereikt deze een aantal burgers met een meervoudige hulpbehoefte niet goed. Vanuit het perspectief van cliënten bestaan diverse redenen voor het ontbreken van een actieve zorgvraag. Van de andere kant is het zorgaanbod onvoldoende in staat hun problematiek (tijdig) te signaleren of in te grijpen. Tenslotte is ook sprake van het ontbreken van een wettelijk kader.

door factoren aan de vraagzijde

Geen actieve zorgvraag

Er zijn diverse motieven voor het ontbreken van een actieve zorgvraag. Schaamte en angst voor stigma, het niet herkennen van signalen en het onderschatten van (psychische) problemen kunnen drempels zijn om hulp te zoeken, zoals bij jongeren of migranten met psychische problemen (Vanheusden et al., 2008; van Beljouw et al., 2010). Ook zijn een gebrekkig sociaal netwerk of negatieve ervaringen in het verleden met hulpverlening niet bevorderlijk (Beljouw et al., 2010; RMO, 2012). Personen met meerdere psychische stoornissen rapporteren vaker een onvervulde zorgbehoefte (De Graaf e.a., 2010). Tenslotte zijn ook de meer dan 100.000 verwaarloosde of mishandelde kinderen een risicogroep omdat zij voor het zoeken van hulp in een afhankelijke positie verkeren.

en de aanbodzijde

Geen tijdige signalering en followup

Hoewel positieve ontwikkelingen gaande zijn in de signalering van problemen bij kinderen en jeugdigen door de eigen omgeving of door beroepskrachten en van kindermishandeling op de SEH in het bijzonder, blijven deze nog vaak onopgemerkt. We zien enerzijds dat jeugdigen met lichte problemen in te zware trajecten terechtkomen, terwijl jeugdzorg juist bij zwaardere problemen onvoldoende ingrijpt (RVZ, 2012c). Uit dossieronderzoek onder jeugdigen in meervoudige zorgtrajecten blijkt dat het lokale preventieve veld opvallend afwezig is (geweest), zowel in het voortraject na signalering van de problemen als na een afgesloten behandeling. Deze zorgvragen leiden zo noodzakelijkerwijs tot een curatief traject als problemen verergeren en tot een crisissituatie leiden. Soms gebeurt dit herhaaldelijk (B&A groep, 2009). Eerder heeft de RVZ al gewezen op

vroegtijdig verlies van redzaamheid bij ouderen doordat de eerstelijnszorg met haar reactieve werkwijze typische ouderdomsproblemen en risico's in de woonsituatie en sociale omgeving te laat opmerkt (RVZ, 2012d).

Onvoldoende prikkels voor preventie

Prikkels en wettelijk kader preventie

In eerdere adviezen heeft de RVZ vastgesteld dat preventie om diverse redenen op achterstand staat ondanks dat effectieve mogelijkheden bestaan. Bij verzekeraars bestaan onvoldoende financiële prikkels vanwege het risicovereveningssysteem, mogelijke weglek van rendement, of omdat de schade van niet ingrijpen bij andere partijen terecht komt. Ook beperkt het wettelijk kader van de Zvw het proactief opsporen van risicogroepen door zorgverleners. Preventieve zorg is uitgesloten van verzekerde zorg als geen sprake is van een individuele indicatie.

3.2 Nauwe blik

Nauwe blik merkt onderliggende hulpvraag niet op

Het tweede venster richt de blik op de werkelijke problematiek of hulpbehoefte, de “vraag achter de vraag”, die niet wordt opgemerkt of geadresseerd. In deze paragraaf gaan we in op de achterliggende oorzaken op het niveau van de inrichting van de hulpverlening, de professionele competenties en attitude van de huisarts, en de bekostiging.

Hulpverlening gespecialiseerd en verkokerd

Verkokerde hulpverlening

Vanwege verregaande specialisering en verkokering van de hulpverlening zijn hulpverleners doorgaans gericht op enkelvoudige problemen waarvoor zij verantwoordelijk zijn. Bij de zorgverlening aan ouderen zijn vaak meerdere hulpverleners betrokken vanuit de curatieve zorg, langdurige zorg, gemeenten, welzijnsorganisaties en woningcorporaties. Deze zijn echter onvoldoende op elkaar afgestemd (KNMG, 2010).

In de gezondheidszorg weinig oog voor arbeid

Deze praktijk leidt ertoe dat zorgverleners bij de beroepsbevolking voornamelijk gericht zijn op zorg en weinig op arbeidsparticipatie. Arbeidsdeelname is in veel gevallen onderdeel of zelfs de sleutel tot herstel: arbeid als “medicijn”. Analooq hieraan is bij het UWV en de sociale diensten het uitvragen van meervoudige problematiek bij de intake van werklozen en bijstandsgerechtigden niet standaard (SZW, 2010). In de arbeidsreïntegratie van langdurig vangnetters ZW koopt het UWV nauwelijks interventies in specifiek voor het oplossen van nevenproblematiek, en moedigt zij cliënten zelden aan hier zelf iets aan te doen. Cliënten worden dan ook onvoldoende doorverwezen naar gespecialiseerde hulp (Inspectie Werk en Inkomen, 2010). Ook vindt onvoldoende informatie-uitwisseling plaats tussen hulpverleners.

Jeugdhulpverlening merkt ouderproblematiek niet op

In de jeugdhulpverlening leidt deze praktijk er toe dat nauwelijks aandacht is voor gerelateerde ouderproblematiek. In de meeste jeugddossiers met

meervoudige zorgvragen is sprake van ouderproblematiek waardoor de problemen (mede) zijn veroorzaakt of in stand zijn gehouden (B&A groep, 2009).

Somatische en psychische zorg gescheiden georganiseerd

De somatische gezondheidszorg en psychiatrische zorg zijn in Nederland organisatorisch gescheiden. Dit heeft mede van doen met de verschillen in aanpak tussen somatische en psychische ziektebeelden. Inzichten in psychiatrische ziektebeelden zijn doorgaans minder duidelijk, en het ziektebeeld kan de presentatie van klachten door de patiënt mede bepalen. Voor patiënten met zowel somatische als psychische aandoeningen pakt deze waterscheiding echter ongunstig uit. Professionele hulp in verband met diagnostiek en behandeling van complexe psychiatrische ziektebeelden kan slechts na verwijzing door de huisarts naar de specialistische ggz.

Taakopvatting huisarts versmald

Taakopvatting, professionele oriëntatie en diagnostische competenties

Een biomedische oriëntatie van zorgverleners kan op gespannen voet staan met persoonsgerichte zorg. De indruk bestaat dat deze oriëntatie bij de huisarts is toegenomen onder invloed van het gebruik van evidence-based behandelrichtlijnen en van klinische indicatoren in het kwaliteitsbeleid (van Dijk et al., 2012). In elk geval is de taakopvatting van huisartsen sterk versmald ten aanzien van psychosociale problematiek zoals relatieproblemen, opvoedingsvragen of werkgerelateerde problemen (van den Berg et al., 2004). Ouderen klagen dat gesprekken met de dokter vooral gaan over medische onderwerpen en dat er weinig aandacht is voor problemen zoals eenzaamheid (Slager et al., 2010).

Zelfmanagement en gezondheidsvaardigheden krijgen onvoldoende aandacht

Ook is onvoldoende aandacht voor het bevorderen van zelfmanagement, het betrekken van de sociale omgeving, en het ontwikkelen van gezondheidsvaardigheden. Bij chronische aandoeningen is een actieve rol van de patiënt belangrijk die zijn leefstijl moet aanpassen en moet leren omgaan met de gevolgen. Juist de meest kwetsbare personen zoals 75-plussers, mensen met meerdere ziekten en beperkingen krijgen hierbij de minste ondersteuning (Heijmans et al., 2010).

Gezondheidsvaardigheden

Gezondheidsvaardigheden

Dit zijn “de vaardigheden van individuen om informatie te verkrijgen, te begrijpen, en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen”. Dit gaat verder dan functionele geletterdheid, maar omvat ook de communicatieve, sociale en cognitieve vaardigheden waarop in de zorg een beroep wordt gedaan. Het gaat hier om een ingewikkeld web van vaardigheden die niet altijd samen hoeven te gaan of voorwaardelijk zijn voor adequate zorg. Lage gezondheidsvaardigheden zijn geassocieerd met een slechtere gezondheid (Gezondheidsraad, 2011). Minstens anderhalf miljoen Nederlanders (11%) zijn onvoldoende geletterd om volledig deel te kunnen nemen aan onze maatschappij. Het aantal mensen met lage gezondheidsvaardigheden is naar verwachting nog hoger, maar is tot nu toe onbekend.

Onderdiagnostiek bij psychische problemen

Hoewel het gebruik van behandelrichtlijnen en diverse kwaliteitsprogramma's de diagnostiek van psychische aandoeningen hebben verbeterd, onderkent de huisarts deze onvoldoende. Dit gebeurt vooral bij jeugdigen en ouderen (Zwaanswijk, 2005). Onderdiagnostiek bij psychische problemen door de huisarts is het meest onderzocht bij depressie, en is tenminste 21% (Trimbos, 2010). Langdurig zieke personen die een WIA-uitkering aanvragen hebben vaak chronische en ernstige psychiatrische problematiek die niet eerder gediagnostiseerd is en ook onderbehandeld is (www.psychischenwerk.nl).

Hoge eisen diagnostiek bij psychische problemen

Dit is deels inherent aan de psychiatrische ziektebeelden waar het onderscheid tussen ziek en gezond niet scherp en niet altijd zichtbaar is. Dit stelt hoge eisen aan de diagnostische kennis en aan het instrumentarium. Dit instrumentarium moet passen bij de setting waarin deze wordt gebruikt. Diagnostische criteria en classificatiesystemen die ontwikkeld zijn in een specialistische omgeving zoals de DSM-IV zijn minder voorspellend en dus minder bruikbaar in de eerstelijnszorg (Verhaak, 2011).

Praktijkvariatie bij opmerken psychische problematiek

Huisartsen verschillen overigens sterk in de mate waarin zij psychische problematiek bij patiënten opmerken, hoewel dit niet kan worden toegeschreven aan de werklust (Zantinge, 2009). Dit is opmerkelijk omdat bij langere consulten psychosociale onderwerpen aantoonbaar meer ter sprake komen. Vaak blijven ze echter onbenoemd of pikt de huisarts ze niet op, ook als deze volgens de patiënt zelf wel relevant zijn.

Geen financiële prikkels voor preventie, zelfmanagement en samenwerken

Financiële prikkels

De bekostiging van de huisartsenzorg is voor een aanzienlijk deel productiegedreven. Mede door compenserende immateriële prikkels hebben financiële prikkels in de huisartsenzorg niet of nauwelijks invloed op de consultlengte en het volgen van richtlijnen die meer tijdsinvestering vergen (van Dijk, 2012). De bekostiging bevat echter geen of weinig prikkels voor het bevorderen van preventie, zelfmanagement en multidisciplinaire samenwerking.

Hoge instroom ZW vangnetters in WIA

De hoge instroom van ZW vangnetters in de WIA komt mede doordat werkgevers en werknemers geen financiële prikkels hebben om dit te voorkomen (RVZ, 2012c).

3.3 Verkeerde bureau

Gidsfunctie

In deze paragraaf gaan we na in hoeverre personen ergens in de hulpverlening terecht komen waar ze eigenlijk niet moeten zijn en hoe dat komt. Hoe is het gesteld met de gidsfunctie van de huisarts en andere poortwachters? De knelpunten in de voorgaande twee paragrafen spelen hierbij een belangrijke rol.

Juiste hulpverlening vaak moeilijk te vinden	<p>Weg naar de juiste hulpverlening niet makkelijk</p> <p>De zoektocht naar de juiste hulpverlening is voor veel mensen niet makkelijk vanwege het vele aanbod en een aantal raakt na diverse doorverwijzingen de weg kwijt (RVZ, 2012b; RMO, 2012; Gezondheidsraad, 2008). Ook bij diverse wijkarrangementen die een betere aansluiting tussen de gezondheidszorg en andere hulpverlenende instanties beogen, zijn deze patiëntervaringen het uitgangspunt (de Groen et al., 2012).</p>
Consult huisarts of SEH soms onnodig	<p>Zorg is ongedrempeld</p> <p>De curatieve zorg, geregeld in de Zvw, is bij gebruik gratis behoudens het eigen risico. Volgens huisartsen zelf is bij een kwart (26%) van de huisartscontacten sprake van klachten die de patiënt zelf had kunnen oplossen of die vanzelf weer overgaan, waarvan de helft onnodig is geweest (RVZ, 2004). Vooral in grote steden doen mensen vaak een beroep op relatief dure voorzieningen als de HAP en SEH waar goedkopere zorg had volstaan. Ook de ggz en medisch-specialistische zorg zijn buiten de huisarts om direct toegankelijk. Aan de burger worden geen voorwaarden gesteld zoals het raadplegen van gezondheidsinformatie. Problemen op wijkniveau in verband met mobiliteit, veiligheid of eenzaamheid, kunnen bij ontbreken van welzijnswerk zo gemakkelijk gesubstitueerd worden naar de curatieve zorg.</p>
Toename zelfverwijzers	<p>Gidsfunctie huisarts ondermijnd</p> <p>De toename van het aantal zelfverwijzers naar specialistische zorg ondermijnt de gidsfunctie van de huisarts. Het aantal zelfverwijzers naar medisch-specialistische zorg neemt sterk toe (Taskforce Beheersing Zorguitgaven, 2012). In de ggz gaat 30% van de cliënten op eigen initiatief naar de eerstelijnspsycholoog, bij de tweedelijns ggz is dit 20%. Dit zijn overwegend hoger opgeleiden en relatieproblematiek. De monitoring en terugrapportage van ggz-aanbieders naar de huisarts zijn gebrekkig. Overigens is volgens medisch-specialisten 9% van de verwijzingen onnodig, en bij nog eens 9% is sprake van een verkeerde verwijzing (RVZ, 2004).</p>
Meer fysiotherapie leidt niet tot minder huisartsenbezoek	<p>Gebruik van fysiotherapie</p> <p>Het gebruik van fysiotherapie is sterk gestegen nadat deze uit het basispakket werd gehaald en direct toegankelijk werd in 2006. Dit heeft echter niet geleid tot een vermindering van huisartsconsulten voor klachten waarmee men doorgaans bij de fysiotherapeut komt (Wiegers et al., 2011).</p>
Meerdere circuits naar jeugd ggz	<p>Zorg bij jeugdigen ontbeert centrale poortwachter</p> <p>Voor opvoedingsvragen, emotionele en gedragsproblemen en ontwikkelingsstoornissen bij jeugdigen is een breed aanbod aan jeugdhulpverlening en pedagogische, psychologische, en medische hulpverleners en diverse ondersteuningsregelingen. Er is geen sprake van een centrale poortwachter voor de jeugd ggz in tegenstelling tot wat de Wet op de Jeugdzorg beoogde: Bureau Jeugdzorg (BJz), het onderwijs en de</p>

huisartsenzorg opereren als gescheiden circuits (RVZ, 2012c). Doordat onvoldoende afstemming plaatsvindt tussen deze circuits raakt de samenhang met problemen elders in het gezin buiten beeld. Juist voor de groep jeugdigen met een omvangrijke en diverse zorgvraag is de jeugd-zorgketen het minst geëquipeerd (B&A groep, 2009).

Afbouw ex post
risicoverevening, scherpere
controle verwijsbrieven

Zorgverzekeraars beperkt risicodragend voor specialistische zorg

Tot 2012 liepen zorgverzekeraars geen financieel risico op overschrijdingen in de medisch-specialistische zorg en curatieve ggz omdat deze achteraf werden verevend. Hierdoor ontbrak voor hen de prikkel om scherp in te kopen en te controleren op verwijsbrieven. Vanaf 2012 lopen verzekeraars steeds meer risico voor medisch-specialistische zorg doordat de ex post verevening bijna volledig verdwijnt. Vanaf die datum controleren zorgverzekeraars ook scherper op verwijsbrieven (art. 14 Zvw).

Gezondheidszorg groeit uit
tot een waterhoofd

Gespecialiseerde hulpverlening stijgt relatief snel

Mede vanwege bovengenoemde ontwikkelingen is in het afgelopen decennium sprake van een sterke groei van gespecialiseerde hulpverlening ten opzichte van de eerstelijnszorg en algemene welzijnsvoorzieningen (van Ewijk, 2010). In de periode 2006-2011 zijn de uitgaven van huisartsenzorg gestegen met 3,4% per jaar en van medisch-specialistische zorg met 6,4%. In dezelfde periode zijn de kosten van (jeugd-)ggz gestegen met 5,2%, van jeugdzorg met 11,0%. Vanaf 2003 is het aantal leerlingen in het speciaal onderwijs in enkele jaren gestegen van 54.000 naar 69.000 (Minne et al., 2009). De gezondheidszorg groeit uit tot een waterhoofd waarbij het risico op een gebrekkige zorgcoördinatie en inefficiency toeneemt.

Zorgcoördinatie gebrekkig
bij chronisch zieken en
multiprobleemgezinnen

Gebrekkige zorgcoördinatie

Bij multiprobleemgezinnen en chronisch zieken met multimorbiditeit en beperkingen is de zorgcoördinatie niet altijd op orde (JSO, 2008; Heijmans et al., 2010). Per multiprobleemgezin zijn er gemiddeld 6 zorgverleners (JSO, 2008). Soms is zelfs sprake van meerdere case managers per patiënt (RVZ, 2012b). Ook internationaal gezien presteert Nederland minder dan gemiddeld in de betrokkenheid van patiënten bij de zorgcoördinatie, planning van transmurale zorg na ontslag en overdracht van informatie over ziekenhuisopname (Schoen et al., 2011). De Raad heeft in zijn advies "Redzaam ouder" al aandacht gevraagd voor deze problemen in de extramuraal zorg. Als de onderdelen van de hulpverlening zijn belegd bij verschillende organisaties, binnen en buiten de zorg, werkt dit complicerend voor de coördinatie. In deze situaties heeft een coördinator "grensoverschrijdende" bevoegdheden en brede competenties nodig om hulpverleners aan te spreken en aan te sturen.

Inhoudelijke
verantwoordelijkheids-
verdeling onduidelijk

Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking

Bij betrokkenheid van meerdere zorg- en hulpverleners is niet alleen de logistieke coördinatie van belang, maar ook dat inhoudelijke verantwoordelijkheden zijn afgestemd en expliciet gemaakt. In bepaalde gevallen kan het nodig zijn dat een van de hulpverleners de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid heeft, analoog aan het ‘hoofdbehandelaarschap’ in de medisch-specialistische zorg. De gebrekkige organisatie van de eerstelijnszorg is hiervoor een forse barrière.

Eerstelijnszorg is
monodisciplinair
kleinbedrijf

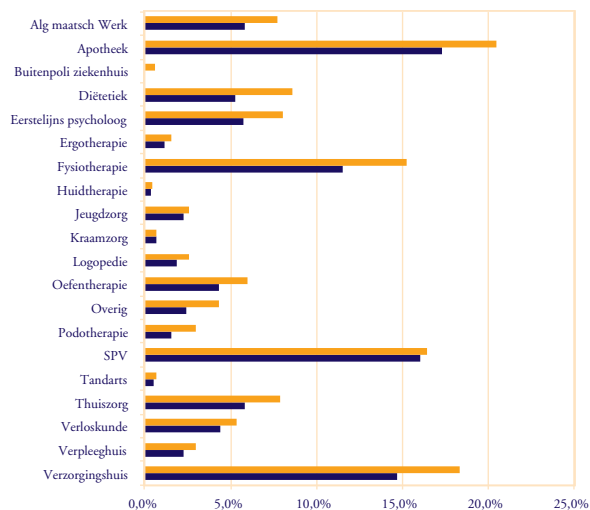
Eerstelijnszorg: monodisciplinair kleinbedrijf

Onder invloed van deregulering vanaf eind jaren '80 bestaat de eerstelijnszorg van huisartsen, algemeen maatschappelijk werk, verloskundigen, fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen en psychologische zorg grotendeels uit monodisciplinair georganiseerd kleinbedrijf (uitgezonderd de thuiszorg). Elk met zijn eigen financiering en schaal van opereren. De onderlinge samenwerking neemt wel toe (Brabers et al., 2012b). In 2009 was 58% van de huisartsen op één lokatie gevestigd met één of meer andere disciplines, en had 43% een samenwerkingscontract (Hansen et al., 2010; Figuur 3.1).

Meerwaarde en werkzame
stof van samenwerking
onbekend

Voor de doorontwikkeling van de eerstelijnszorg is van belang dat meer bekend wordt over de meerwaarde en de “werkzame stof” van samenwerking en wat een optimale mix van disciplines gegeven de lokale situatie. Nog onvoldoende duidelijk is of deze meerwaarde opweegt tegen de meerkosten van samenwerking in bijvoorbeeld gezondheidscentra, mede door het ontbreken van transparante kwaliteitsinformatie.

Figuur 3.1: Percentage huisartspraktijken dat een samenwerkingscontract heeft met een andere discipline, in 2007 en 2009.



Bron: Hansen et al., 2010

Zorg en welzijn gescheiden werelden

Gebrekkige aansluiting zorg en welzijn

De curatieve zorg is niet goed aangesloten op de welzijnsvoorzieningen en de publieke gezondheid die vallen onder verantwoordelijkheid van de gemeenten. Dit geldt voor de uitvoering en voor de beleidsmatige bijdrage aan de ontwikkeling van welzijnsvoorzieningen en publieke gezondheid. Wederzijdse onbekendheid en verschillen in werkwijze en cultuur dragen hiertoe bij. Huisartsen en fysiotherapeuten hebben onvoldoende inzicht in de sociale kaart en het preventie aanbod op gemeentelijk of wijkniveau (LHV, 2011). Hierdoor blijven mogelijkheden onbenut om een beroep op curatieve zorg te voorkomen door gerichte ontwikkeling en gebruik van welzijnsvoorzieningen en preventie.

Zorggegevens vanuit aanbodzijde georganiseerd

3.4 Aanbodgestuurde gegevens

De in dit hoofdstuk genoemde knelpunten laten zich niet op een noemer brengen, zoals vermijdbare ziektebelasting, verminderd welbevinden, of excessief zorggebruik. Hierdoor is het niet mogelijk prioriteiten te stellen. In de zorg zijn cliëntgegevens overwegend vanuit het aanbod, per beleidssector of discipline georganiseerd en gedefinieerd, en niet vanuit de vraagzijde. Dit ontnemt het zicht op burgers waarbij sprake is van aanzienlijk gebruik van zorg en overlap in het beroep op voorzieningen. Gegevens gaan wel over de burger, maar dienen primair de belangen van aanbieders in de uitvoering van hun eigen taken.

3.5 Conclusies

Uit de analyse zijn de volgende conclusies af te leiden:

Onder- en overbehandeling bij meervoudige problematiek

Meervoudige problematiek

1. Bij een aanzienlijk aantal burgers, naar schatting tenminste 1 miljoen (6%), hangen gezondheidsproblemen samen met problemen op andere levensterreinen. Door epidemiologische en maatschappelijke ontwikkelingen neemt deze groep in aantal toe. Een deel van deze burgers krijgt minder hulp dan noodzakelijk of doet juist een hoger beroep op de curatieve zorg en op andere stelsels dan noodzakelijk en gewenst. Een intersectorale aanpak is noodzakelijk om dit om te buigen.

Reactieve werkwijze, versnipperd aanbod

Onbereikte hoogrisico's

2. De curatieve eerstelijnszorg en het welzijnsaanbod zijn onvoldoende in staat om zorgelijke situaties tijdig op te merken en te ondervangen. De reactieve werkwijze (piepsysteem), de indicatiestelling, de versnipperde en gespecialiseerde hulpverlening, en de beperkte handelingsruimte van hulpverleners werpen drempels op voor probleemoplossing in een vroegtijdig stadium. Dit leidt in een aantal gevallen tot zwaarder ingrijpen als een crisissituatie ontstaat.

Weinig oog voor
samenhang sociale en
gezondheidsproblematiek

Nauwe blik

3. De zorgprofessionals en voorzieningen die voor burgers vrij toegankelijk zijn zijn onvoldoende in staat om samenhangende sociale en gezondheidsproblematiek, op individueel of gezinsniveau, te beoordelen en te ontrafelen. Het diagnostisch proces doet hier een maximaal beroep op generalistische expertise, maar wordt belemmerd doordat de verkokerde organisatie van de hulpverlening en de specialisatie, taakopvatting en tijdsdruk van professionals het zicht ontnemen op “nevenproblematiek” en de eigen mogelijkheden van de cliënt. Multidisciplinaire samenwerking kan hier soelaas bieden maar stuit op organisatorische, culturele en financiële barrières.

Gescheiden werelden zorg,
welzijn, arbeidsparticipatie

Verkeerde bureau

4. Er is sprake van gescheiden werelden tussen de curatieve zorg en welzijnsvoorzieningen (jeugdzorg, maatschappelijk werk, schuldhulpverlening), arbeidsreïntegratie, instanties verantwoordelijk voor wonen. Hetzelfde geldt voor de curatieve zorg en de arbocuratieve zorg. Gescheiden dossiers bij dezelfde cliënten en onvoldoende afstemming van hulp zijn het gevolg. Juist bij burgers die te maken hebben met een stapeling aan problemen maakt de hulpverlening het extra moeilijk om regie te houden. Er is geen eigenaar van het totaalresultaat van de hulpverlening.

Ontbreken regie over zorg
leidt tot meer
specialistische zorg

5. Het sterk toegenomen beroep op psychische en somatische specialistische zorg bij jeugdigen en volwassenen is toe te rekenen aan het ontbreken van regie over deze zorg, en het feit dat zorgverzekeraars werden gecompenseerd voor overschrijdingen in de medisch-specialistische zorg en curatieve ggz. Er bestaan goede richtlijnen voor verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgverleners, maar deze hebben geen verplichtend karakter. De financiële prikkels tot handhaving van de polisvoorwaarden, waaronder de poortwachterfunctie van de huisarts (art. 14 Zvw), zullen toenemen als de ex post compensatie van zorgverzekeraars voor specialistische zorg verder wordt afgebouwd.

Gezondheidscentrum



4 Verkenning van oplossingsrichtingen

Zicht op knelpunten

Een toenemend aantal lokale praktijkvoorbeelden van wijkgerichte eerstelijnszorg, met wisselend succes, helpt om zicht te krijgen op de aanpak van de genoemde knelpunten. Verder zijn in eerdere RVZ adviezen diverse ingrediënten aangedragen:

- In de discussienotitie *Zorg voor je gezondheid!* (2010) heeft de Raad gesuggereerd om naar het voorbeeld van de UK en Spanje inloopcentra te creëren door gemeenten om preventie, zelfmanagement en participatie te bevorderen.
- In *Medisch-specialistische zorg 20/20* heeft de Raad gepleit voor deconcentratie van medisch-specialistische zorg die een plaats krijgt in gezondheidscentra, met een gelijk speelveld voor de bekostiging van eerste en tweede lijn (RVZ, 2011a).
- In *Preventie van welvaartsziekten* (2011) heeft de Raad onder meer aanbevolen om het gemeentelijk preventiebeleid en intersectoraal beleid te versterken door gemeenten een weetplicht op te leggen. Door gezondheidsinformatie en zorggebruik systematisch in kaart te brengen op wijk- en buurtniveau kan de beleidsopgave concreter en doelgerichter worden gemaakt.
- In *Redzaam ouder* (2012) heeft de Raad aanbevelingen gedaan om de zorg rondom kwetsbare thuiswonende ouderen beter te organiseren en gepleit voor een proactieve benadering van kwetsbaarheid en complexe problematiek door huisartsen en verpleegkundigen.

Knelpunten bieden zicht op oplossing

De beleidsvraag is welke herinrichting van de poort van de gezondheidszorg en welzijn nodig is om de toegankelijkheid, probleemverheldering en zorgaanbod bij meervoudige problematiek te verbeteren. De knelpunten die in het vorige hoofdstuk zijn beschreven bieden hiervoor de nodige aanknopingspunten. Deze zijn in dit hoofdstuk uitgewerkt waarna in hoofdstuk 5 de Raad concrete aanbevelingen doet.

4.1 Multidisciplinaire samenwerking in basiszorgteams

Gezondheidszorg moet maatschappelijke functie versterken

De knelpunten maken duidelijk dat de gezondheidszorg haar maatschappelijke functie moet versterken. Problemen op andere levensdomeinen die oorzaak of gevolg kunnen zijn van gezondheidsproblemen, of zich als gezondheidsprobleem manifesteren, vergen systematischer aandacht. Hiervoor is nodig dat het zorgverleners deze problemen tijdig signaleren, verhelderen en ontrafelen, en aanpakken, met de burger in een actieve rol. Bij meervoudigheid van problemen is de vraag of deze taken en de hiervoor benodigde competenties en deskundigheid in één functionaris zijn te verenigen, gegeven het spectrum aan ziektebeelden,

maatschappelijke problemen en individuele verschillen tussen patiënten. De ernst en diversiteit van de problematiek vragen van alle betrokkenen dat zij sterk gericht zijn op de lokale behoeften en flexibel zijn om hierop in te spelen. Doorzettingsmacht en handelingsruimte zijn nodig om bestaande echelons en institutionele schotten te doorbreken.

Maatschappelijk
rendement door
multidisciplinaire aanpak

Een meer geïntegreerd zorgaanbod levert maatschappelijk rendement. Maatschappelijk werk en welzijnswerk onder ouderen verminderen het beroep op gezondheidszorg en verbeteren het welzijn en de redzaamheid van cliënten (Berden et al., 2011). Experimenten laten zien dat kostenreductie en gezondheidswinst zijn te realiseren door een multidisciplinaire aanpak en versterking van zelfmanagement bij chronisch zieken en psychische problemen (Lokkerbol et al., 2011; Lorig et al., 2001; Cronan, 1998; Fonds Psychische Gezondheid; Leue et al., 2012). Ook buiten de gezondheidszorg zijn aanzienlijke winsten te verzilveren in de arbocuratieve sfeer met het terugdringen van ziekteverzuim en permanente arbeidsuitval (Wevers et al., 2010).

Geen organisatorische
blauwdruk

De gekozen oplossingsrichting bevindt zich in een spanningsveld. Enerzijds is vanwege de lokale verschillen geen organisatorische blauwdruk mogelijk. Anderzijds tekenen zich wel de contouren af van de gewenste inrichting van de poort die algemeen geldend zijn. Er zijn goede voorbeelden van wijkgerichte samenwerking tussen de curatieve zorg, de wijkverpleegkundige zorg en de welzijnssector (Hopman et al., 2009; de Groen et al., 2012; ZonMw onderzoeksprogramma “Op één lijn”). Deze behoren systematisch gevolgd te worden om elders tot voorbeeld te kunnen dienen en om algemeen geldende inzichten uit af te leiden. De huidige ervaringen leren dat initiatieven lokaal en zeer divers zijn, beperkt zijn tot specifieke thema's en deelgroepen, en gericht zijn op organisatieontwikkeling (ZonMw onderzoeksprogramma “Op één lijn”).

Gemeenten initiëren
multidisciplinaire
basiszorgteams

Voortbouwend op de inzichten uit goede praktijkvoorbeelden zouden gemeenten het initiatief kunnen nemen om samen met zorgverzekeraars en zorgaanbieders werk te maken van multidisciplinaire basis-zorgteams op wijkniveau. De huisarts, wijkverpleegkundige (voor 20+), jeugdverpleegkundige (voor 0-19 jaar), het maatschappelijk werk en eventueel psychologische zorg zijn de kerndisciplines in het basiszorgteam. Het team is verantwoordelijk voor een breed eerstelijns aanbod: preventie, signalering, probleemverheldering en diagnostiek, indicatiestelling (WMO), behandeling en begeleiding, en coördinatie van zorg en maatschappelijke ondersteuning. Het team werkt ook outreachend naar de wijk. Omdat het verzorgingsgebied van huisartsen niet aan wijkgrenzen gebonden is valt een deel van de praktijkpopulatie buiten de reikwijdte van een basiszorgteam, tenzij huisartsen deelnemen aan meerdere basiszorgteams. Omgekeerd kunnen meerdere huisartsen in een wijk deelnemen aan een basiszorgteam.

Aanspreekpunt,
doorverwijzing, overleg en
verantwoordelijkheid

De huisarts is momenteel bij verreweg de meeste zorgvragen het eerste aanspreekpunt. Bij een basiszorgteam kan dit veranderen, kunnen teamleden onderling makkelijker doorverwijzen als hiertoe aanleiding is of patiënten gezamenlijk bespreken. Om overlegtijd tot een minimum te beperken kan de methodiek van (F)ACT teams goede ondersteuning bieden. Instrumenten voor triage zijn nodig om de medische zorgvuldigheid te borgen. De teamleden zijn elk verantwoordelijk voor hun domein, waarbij de huisarts de medische verantwoordelijkheid heeft. Gemeenschappelijke dossiervorming helpt om de zorg af te stemmen en continuïteit van zorg te bieden. Bij voorkeur is steeds een teamlid aangewezen als contactpersoon.

Centrum Huisartsen Schiedam

Centrum Huisartsen Schiedam (CHS) heeft in 2010 het initiatief genomen tot het opzetten van een inlooppunt voor vragen over gezondheid, leefstijl en kleine kwalen. Met thuiszorgorganisatie Careyn Zuwe Aveant is een ondersteunende organisatie opgezet, Curenz, die dit proces gaat begeleiden.

In het inlooppunt geven assistenten en eerstelijnsverpleegkundigen advies en voorlichting, begeleiding bij een gezonde leefstijl op maat, verrichten eenvoudige medische verrichtingen, bieden Wmo consultaties namens de gemeente (ongefinancierd!), en verwijzen zo nodig door (centrale triage).

Alle zorgverleners werken met een gemeenschappelijk EPD. Uiteindelijk draagt het inlooppunt bij aan de zelfzorgvaardigheden van burgers en eventuele mantelzorg, vroegsignalering van kwetsbaarheid, en het voorkomen of uitstellen van reguliere eerste- en tweede-lijnzorg.

POH-jeugd ggz en CJG loket, Enschede

Gezondheidscentrum Eudokia in Enschede is in 2011 gestart met een POH-jeugd ggz (www.eureka-jeugdggz.nl). Dit project wordt tijdelijk gefinancierd vanuit innovatiegelden en wordt door het Nivel geëvalueerd. Aan de basis van het succes van deze aanpak ligt de vertrouwensrelatie tussen huisarts en cliënt/ouder. In één jaar zijn 100 cliënten gezien door de POH-jeugd ggz waarvan 25% zijn doorverwezen naar een tweedelijns ggz-instelling. Op afroep kan een jeugdpsychiater worden geconsulteerd. De gemeente Enschede is geïnteresseerd in deze aanpak via de huisarts en ziet mogelijkheden voor samenwerking met het Loes-loket voor opvoedingsondersteuning van het Centrum voor Jeugd en Gezin. Juist door de vertrouwensrelatie met de huisarts is de gang naar het gezondheidscentrum wellicht een logischer weg dan naar het Centrum voor Jeugd en Gezin.

De Opvoedpoli

Een alternatief voor de Centra voor Jeugd en Gezin zijn de Opvoedpoli's (www.opvoedpoli.nl), een snel groeiend particulier initiatief, met vestigingen in een aantal grote steden verspreid over het land. Ouders kunnen er terecht met vragen over de opvoeding, maar ook de jeugd zelf kan vragen stellen. Er werken onder meer gezinscoaches en opvoedondersteuners, psychologen, pedagogen, en orthopedagogen. Zij krijgen veel professionele ruimte en werken volgens het 'wrap around care' principe, wat betekent dat er vraaggericht wordt samengewerkt met de cliënt die zelf de regie houdt. De hulpverlener zijn snel en 24 uur per dag bereikbaar. Twee keer per week organiseren de vestigingen een 'opvoedcafé' waar ouders met kinderen langs kunnen komen. Bij eenvoudige vragen geven zij advies of een cursus, bij ingewikkelde vragen volgt een intake en eventueel diagnostiek. Dan kan ook meer specialistische expertise worden ingeroepen, bijvoorbeeld van psychiaters. De medewerkers maken een werkplan, en ouders krijgen een vaste coach toegewezen. Soms komt deze gedurende langere tijd bij het gezin thuis. Juist omdat het een particulier initiatief is voelen ouders zich mogelijk vrijer om de stap te wagen en een vraag over de opvoeding te stellen dan bij de CJG's van de gemeente. Bij verwijzing door bureau jeugdzorg of de huisarts wordt de hulp vergoed door de zorgverzekeraar, en soms financiert de gemeente.

Handelend optreden moet eigen regie en participatie bevorderen

Het is van belang dat de leden van het team in staat zijn om handelend op te treden binnen hun domein en gericht zijn op het versterken van de eigen regie van de patiënt en zijn maatschappelijke participatie. Ze zijn goed op de hoogte van de sociale kaart om hulp buiten de zorg in te kunnen schakelen als dit nodig is.

Wat merkt de burger hiervan

De burger krijgt hierdoor beter afgestemde zorg, ook als zijn problemen complex zijn. Hij krijgt beter zicht op zijn problemen en staat daardoor sterker. Hij wordt doorverwezen als zijn situatie hier aanleiding toe geeft zonder dat de coördinatie over de zorg verloren gaat. Hij weet wie hij moet aanspreken als hij vragen heeft, en wie verantwoordelijk is. Ook kan de burger verwachten dat zijn zorgverleners actief ingrijpen als zijn situatie hier aanleiding toe geeft.

Meerwaarde onderzoeken in proeftuinen

Omdat de meerwaarde van multidisciplinaire samenwerking schaars onderbouwd is zou kunnen worden gestart met het inrichten van een aantal proeftuinen in een gecontroleerd experiment, met bestaande praktijkvoorbeelden en zo nodig nieuwe initiatieven. Dit is in lijn met wat eerder is aanbevolen (Hopman et al., 2009). Deze proeftuinen zouden kennis over de werkzame ingrediënten, randvoorwaarden en mogelijke belemmeringen van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden moeten bundelen.

Wijkscan helpt om resultaten te bepalen

Een wijkscan helpt om de teamsamenstelling te bepalen en om resultaatafspraken te maken met de gemeente en zorgverzekeraars (via het representatiemodel) op gemeentelijke beleidsdoelen, gezondheidsdoelen, zorgkosten en bereikbaarheid overdag en 's avonds. Hiervan afgeleid maakt het team onderlinge samenwerkingsafspraken,

een taakverdeling, afspraken over het delen van informatie en over vervanging. Omdat de resultaatafspraken leidend zijn moeten de teamleden onafhankelijk kunnen opereren ook als zij gedetacheerd zijn vanuit diverse organisaties.

Gemeenschappelijke huisvesting wel handig, niet noodzakelijk

Hoewel gemeenschappelijke huisvesting de afstemming tussen teamleden faciliteert hoeft dit niet noodzakelijk of haalbaar te zijn. Dit zal bovendien problemen tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten voorkomen in verband met gedeelde investeringen in vastgoed en onderhoudskosten.

Omvattend antwoord op toenemende zorgvraag

Deze benadering biedt een omvattend antwoord op de toenemende zorgvraag die meerdere oorzaken kent, en doet een beroep op de verantwoordelijkheid van cliënten. Het verhogen van de financiële drempel voor huisartsenzorg als alternatief antwoord doet patiënten hulp uitstellen ook als deze noodzakelijk is, en kan leiden tot hogere kosten later en tot afwenteling op maatschappelijke vangnetten (Chernew, 2012).

Collaborative care model bij depressie en angstklachten

Collaborative care is een samenwerkingsmodel voor de behandeling van depressie en angstklachten. Verschillende disciplines werken samen rondom de patiënt. Elke patiënt krijgt een care manager: een gespecialiseerde verpleegkundige, maatschappelijk werker, praktijkondersteuner, psycholoog of bedrijfsarts (in een bedrijfssetting). De huisarts is nauw betrokken bij de behandeling. Een psychiater kan zo nodig geconsulteerd worden. De behandeling vindt stapsgewijs plaats door de care manager: psycho-educatie en begeleide zelfhulp, kortdurende gespreksbehandeling, en eventueel medicatie volgens een protocol. De behandelstappen gebeuren in overleg met de patiënt. Deze wordt zo mede verantwoordelijk voor de behandeling. Het beloop van de klachten wordt regelmatig gemonitord aan de hand van een korte vragenlijst, en op basis hiervan worden nieuwe stappen in de behandeling gezet. Met collaborative care in de eerste lijn vindt sneller herstel plaats dan met gebruikelijke behandeling bij depressie en bij angststoornissen (paniekstoornis of gegeneraliseerde angststoornis).

Bron: Trimbos Instituut

4.2 Gemeenten en basiszorgteams: preventie en bemoeizorg

Potentiële voordelen voor personen en maatschappij

Een belangrijk motief voor een krachtiger lokaal beleid bij mensen in zorgwekkende leefomstandigheden is dat voordeel is te realiseren op persoonlijk en maatschappelijk niveau. Vroeg ingrijpen bij gezinnen in achterstandsituaties met gekwalificeerde programma's kan probleemgedrag bij kinderen en persoonlijke en maatschappelijke schade op termijn voorkomen (RMO, 2006). Wijkverpleegkundige zorg bij thuiswonende ouderen in het kader van het Zichtbare Schakels project lijkt gunstige resultaten te hebben op kwaliteit van leven en het voorkomen van opnames (BMC, 2012). Recent onderzoek naar de effecten van bemoeizorg laat zien dat met deze aanpak op alle levensterreinen verbetering mogelijk is (Roeg et al., 2012).

Gemeenten investeren in wijkscans en ervaringskennis

Een mogelijke oplossing sluit aan bij een eerdere aanbeveling door de Raad, namelijk de weetplicht voor gemeenten. Voor de samenstelling van basiszorgteams en te maken resultaatafspraken is van belang dat gemeenten investeren in wijkscans gecombineerd met ervaringskennis van lokale zorgnetwerken.

Wijkscans door bestaande gegevens slim te combineren

In samenwerking met zorgverzekeraars en zorgaanbieders zouden gemeenten de bestaande gegevens over de gezondheidstoestand, zorggebruik, sociaal-economische en sociaal-demografische situatie beter moeten benutten ten behoeve van de beleidsanalyse op wijk- en buurtniveau. Door de gegevens van de gemeente (onder meer GBA, GGD'en, sociale dienst), zorgverzekeraars (zorggebruik) en zorgaanbieders (bijvoorbeeld HIS gegevens van huisartsen) slim te combineren op geografisch gedetailleerd niveau ontstaat inzicht in de samenhang tussen deze factoren. Dit helpt om doelgroepen te identificeren en de urgentie en doelmatige inzet van middelen in te schatten. Belangrijk is dat de data voldoende actueel zijn. GGD'en kunnen hiermee een brede blik op gezondheid ontwikkelen waarmee zij aanpalende beleidsterreinen kunnen verbinden. In plaats van dat lokale overheden afzonderlijk met zorgverzekeraars aan de slag gaan zouden zij centrale ondersteuning kunnen zoeken.

Lokale zorgnetwerken betrekken bij wijkscans

Lokale zorgnetwerken van consultatiebureau en wijkverpleegkundige, onderwijs, politie, woningcorporatie en centrale buurtbewoners hebben een belangrijke signaleringsfunctie. Door hen te betrekken bij de wijkscans kan dit hun signaleringsfunctie versterken en kunnen hun ervaringen en interpretatie van de wijkscans gebruikt worden om beleid te maken (zie box Coöperatie voor wijkkennis).

Coöperatie voor wijkkennis

In de Coöperatie voor wijkkennis in Nijmegen werken partijen samen die werkzaam zijn in de zorg en welzijnssector. Doel is om kennis en gegevens uit te wisselen over gezondheids- en welzijnsproblematiek in wijken, en om de bewijsvoering voor een geïntegreerde aanpak hiervan te versterken. Deelnemende partijen zijn UMC St Radboud, de eerstelijnszorg, gemeenten Nijmegen en Tiel, zorgverzekeraars, en zorg- en welzijnsorganisaties. Vertegenwoordigers van deze partijen maken tijdens bijeenkomsten een gemeenschappelijke interpretatie van wijkgegevens, en bespreken mogelijkheden en prioriteiten voor de aanpak van problemen.

Sociale wijkteams verbinden met basiszorgteams

In sommige gemeenten zijn sociale wijkteams operationeel met een outreachende functie. Zij hebben als taak om problemen te signaleren en handelend op te treden. Zij vervullen een brugfunctie tussen de wijk en de eerstelijnszorg, gespecialiseerde instellingen en hulpverlenende instanties. Het is van belang deze teams te integreren in de basiszorgteams via gedeelde posities en de te bereiken resultaten op elkaar af te stemmen. Voor de ontwikkeling van competenties en een doelmatige inzet verdient het

aanbeveling om hun ervaringen landelijk te bundelen en systematisch te evalueren.

Sociale wijkteams Enschede

In Enschede opereren enkele sociale wijkteams. Deze bestaan uit diverse eerste-lijns professionals met als centrale functionarissen de maatschappelijk werker en wijkverpleegkundige. Deze generalisten zijn breed en hoog opgeleid (minimaal HBO) om zo simpel mogelijke oplossingen te vinden voor complexe problemen. Zij werken in een 1 op 1 relatie met de client, zijn er voor het eerste contact bij een hulpvraag, en bieden lichte ondersteuning zonder de regie over te nemen. Begeleidingstrajecten zijn kortdurend, bij langduriger problematiek houdt de generalist een oogje in het zeil ("waak-vlamfunctie"). Doelgroepen zijn vooral kwetsbare ouderen, gehandicapten, mensen met psychosociale en psychogeriatrische problemen en ouders met opvoedingsproblemen.

Bij huisbezoeken wordt in een "keukentafelgesprek" een ondersteuningsplan gemaakt waarin het sociale netwerk zoveel mogelijk wordt betrokken. De teamleden kunnen handelend optreden zonder ingewikkelde indicatietrajecten ("doen wat nodig is"), hebben goede contacten in de wijk, kennen de sociale kaart en de mogelijke interventies. Indien noodzakelijk schakelt het sociale team eerstelijns zorgprofessionals in zoals de huisarts en jeugdzorg.

Meer ruimte voor gemeenten om preventief aanbod te ontwikkelen

Het toelaten van preventie zonder indicatie tot de Zorgverzekeringswet als individueel recht op zorg is ontoereikend voor de geconstateerde achterstand die preventie heeft. Een alternatief is om gemeenten meer ruimte te bieden bij het ontwikkelen van preventief aanbod. Op basis van de Wpg en Wmo hebben gemeenten diverse taken op het terrein van de openbare ggz en ouderenzorg, en het beschermen en bevorderen van de gezondheid van jeugdigen. Door gemeenten meer ruimte te bieden bij preventie ontstaan meer mogelijkheden om lokaal maatwerk te bieden en aan te sluiten bij bestaande wijkinitiatieven en infrastructuur. Psychosociale problematiek en ongezond gedrag gaan vaak samen en vragen om een geïntegreerde aanpak. GGD'en zouden een bredere kijk op gezondheid moeten ontwikkelen en in staat moeten zijn om aanpalende beleidsterreinen hiermee te verbinden. Met de welzijnssector en sportsector hebben gemeenten goede mogelijkheden om groepsgericht aanbod te ontwikkelen. Zij kunnen met zorgverzekeraars afspraken maken over de verzekerde preventie en over de gerealiseerde besparingen op zorguitgaven.

MENSplus project in De Bilt

Het doel van het project MENSplus is het ontwikkelen van een gemeenschappelijke organisatie waarbinnen de eerstelijns gezondheidszorg samen met de gemeente en de instellingen voor (thuis)zorg, welzijn en wonen, wijkgerichte programma's ontwikkelen op basis van gezondheidsparameters. De Stichting Gezondheidscentra De Bilt is initiatiefnemer. Het project is erop gericht om ouderen en mensen met een (tijdelijke) beperking zo veel mogelijk zelfstandig te laten wonen. Dit gebeurt door samenhang aan te brengen in de infrastructuur voor wonen, welzijn, en zorg. Bestaande dienstverlening wordt opnieuw ingericht en zo nodig uitgebreid. In twee pilotwijken, De Bilt West en Maartensdijk, is een wijkservicecentrum geopend, onderdeel van de gemeenschappelijke front office van de organisatie. Andere subdoelstellingen zijn dat de werkwijzen van de diverse disciplines zijn afgestemd, de ontwikkeling van vroegsignalering en monitoring van kwetsbare burgers, en het ontwikkelen van een toekomstbestendig financierings- en organisatiemodel.

Kosten-baten van multidisciplinaire samenwerking moeten zichtbaar zijn

Op papier zijn er prikkels voor gemeenten en zorgverzekeraars om multidisciplinaire samenwerkingsverbanden te stimuleren vanwege de verwachte besparingen op (gespecialiseerde) zorg en effecten op participatie en gebruik van gemeentelijke voorzieningen. Het is echter onzeker of deze voldoende zijn wanneer de effecten van wijkgerichte multidisciplinaire samenwerking schaars onderbouwd is. Om de prikkels hun werk te laten doen is het van belang zichtbaar te maken waar kosten en baten neerslaan in een experimentele situatie. De wijkscan zou als instrument voor deze evaluatie kunnen worden ingezet, aangevuld met een maatschappelijke kosten-batenanalyse die inzicht geeft bij welke partijen kosten en baten neerslaan (Interventie Calculator van Berenschot/SEOR; bijlage 5).

Fit-4-Work

Het project Fit-4-work beoogt werklozen met psychische belemmeringen weer aan het werk te helpen en sneller te laten uitstromen uit de uitkerings situatie. Het betreft een integrale aanpak waarbij een directe plaatsing op de werkplek gecombineerd wordt met geestelijke gezondheidszorg, jobcoaching, preventie, huishulp en het aanpakken van sociale problematiek. Een klantmanager staat de cliënt intensief bij. Het project gaat lopen in Amsterdam, Rotterdam, Capelle aan de IJssel, Den Haag en Utrecht en is gebaseerd op het eerdere ExIT-project Feijenoord. Onderzoeksbureau SEO heeft in opdracht van de G4 en het UWV een ex ante kosten-baten analyse uitgevoerd (Kok et al., 2011). Naar verwachting heeft Fit-4-Work een hoger rendement dan een regulier traject door een hoger inkomen en meer kwaliteit van leven van de cliënt (bijlage 5). Er loopt parallel aan het project een door ZonMW gefinancierd onderzoek naar de ex post kosteneffectiviteit.

Beter Samen in Noord (BSIN)

In 2010 werd in Amsterdam Noord op initiatief van de gemeente (Stadsdeel Amsterdam-Noord; Dienst Werk en Inkomen (DWI); Dienst Wonen, Zorg en Samenleven) en Agis Zorgverzekeringen het programma “Beter Samen in Noord” gestart. Het doel was een betere afstemming van de zorg bij burgers met meervoudige zorg- en welzijnsvragen door een gemeenschappelijke gebiedsgerichte aanpak. Door de fragmentatie en specialisatie van het zorg- en welzijnsaanbod is de zorg verminderd effectief, ongecoördineerd en niet efficiënt.

Negen aanbieders (huisartsen, ggz-aanbieders, het BovenIJ-ziekenhuis, DWI, schuldhulpverlening) werkten samen, waarbij de aansturing van het programma plaatsvond in het zogenoemde Krijtmolenoverleg. De werkwijze bestond uit integrale zorg volgens het “1-1-1” principe: één cliënt, één plan, één regisseur. Er werd gestart met een pilot van 16 cliënten. Elke aanbieder adopteerde twee cliënten en leverde hiervoor een regisseur. Met behulp van een ICT tool was informatie uitwisseling over de cliënten mogelijk tussen zorgprofessionals.

Hoewel de pilot geld opleverde bij cliënten met drie of meer aanbieders (minder regiekosten, besparingen op specialistische zorg konden nog niet worden vastgesteld) werd deze toch gestopt (Twynstra Guddé, 2011). Er bestond geen overeenstemming tussen de financiers (gemeente, Agis), die beide hadden geïnvesteerd, en de aanbieders over wie profiteerde van de besparingen. Bovendien stelde de gemeente haar beleidsprioriteiten bij, en Agis wilde alleen verder als ook de gemeente dat deed. Een ander knelpunt was dat de NMa geen goedkeuring vooraf gaf en de mogelijkheid open hield om in te grijpen als mocht blijken dat door de samenwerking de mededinging werd verstoord.

Inmiddels is er een doorstart. TNO verleent hierbij ondersteuning. Er wordt gebruik gemaakt van gevalideerde methodieken voor het in kaart brengen van de situatie van cliënten. Ook zal een vereveningssysteem worden ontwikkeld.

4.3 Een vergezicht voor de basiszorg

Paradox of primary care

De basiszorg draagt in belangrijke mate bij aan de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg (Starfield, 1994). Dit komt niet zozeer doordat de huisartsenzorg, die hier in belangrijke mate onderdeel van uitmaakt, als medische discipline goedkoper of beter is dan medisch-specialistische zorg, maar vanwege de functies die zij vervult: laagdrempelige opvang bij nieuwe gezondheidsproblemen, een breed aanbod, continue persoonsgerichte zorg, en coördinatie van zorg (Friedberg et al., 2010). Dit is de paradox of primary care (Stange et al., 2009). De basiszorg zal zich nog meer dan nu het geval is op deze functies moeten richten.

Bouwstenen voor een vergezicht

Dit heeft consequenties voor de inrichting van de basiszorg. Hoe ziet het vergezicht eruit? De multidisciplinaire samenwerking zoals in 4.1 beschreven maakt hiervan onderdeel uit. Andere bronnen zijn de literatuur, diverse praktijkvoorbeelden en eerdere RVZ adviezen (RVZ, 2011a; Margolius, 2010). De contouren van het vergezicht zijn samengevat in Tabel 4.1.

Zorg afstemmen op gedifferentieerde zorgbehoefte

De huisartsen, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers die deel uitmaken van de basiszorg, richten zich niet meer alleen op diegenen met een actieve zorgvraag, maar op de gehele praktijkpopulatie. Deze kent een gedifferentieerde zorgbehoefte waarop zij hun taken dienen aan te passen. Door de praktijkpopulatie aan de hand van diverse gegevensbronnen te stratificeren naar zorgbehoefte kunnen zij prioriteiten aanbrengen. De uitvoering van de zorg wordt zo ver als mogelijk gedelegeerd.

Laag complexe/hoog volumezorg, zorgcoördinatie, vraaggestuurd

Zorgverleners georganiseerd in basiszorgteams zijn het eerste aanspreekpunt voor gezondheidsproblemen, voeren de laag complexe/hoog volume zorg uit en coördineren de ondersteunende zorg en hulpverlening die nodig is om patiënten zelfstandig te laten wonen en te laten participeren, zo nodig in samenwerking met andere eerstelijnszorgverleners en organisaties in het sociale domein. Voor de patiënt relevante doelen zijn leidend voor hun handelen, en klinische resultaten voor zover deze hiermee samenhangen. Het aanleren van gezond gedrag en het versterken van het zelforganiserend vermogen van patiënten door informatie, voorlichting en advies maken integraal onderdeel uit van de patiëntenzorg.

Specialistische diagnostiek beschikbaar

Specialistische diagnostiek kan steeds meer worden verzelfstandigd ten opzichte van de behandeling, en dient beschikbaar te zijn in de basiszorg door (tele)consultatie of als buitenpoli van streekziekenhuizen. Voor specifieke doelgroepen of gezondheidsdomeinen (onder meer geboortezorg en jeugd, arbeid en gezondheid, bewegen) biedt de basiszorg samen met verloskundigen, de jeugdhulpverlening, streekziekenhuizen, verpleeghuizen, gemeenten, en het UWV een geïntegreerd aanbod.

TelePsy: Psychodiagnostiek op aanvraag

Huisartsen en praktijkondersteuners huisartsenzorg ggz (POH-ggz) in Limburg kunnen sinds 2011 triagediagnostiek bij TelePsy aanvragen zonder de patiënt te verwijzen. TelePsy maakt bij de triagediagnostiek gebruik van psychologische vragenlijsten die via het internet zijn af te nemen. De patiënt wordt aan het werk gezet in plaats van een psycholoog die alle problemen uitvraagt. Deze vorm wordt door patiënten goed gewaardeerd.

De huisarts of POH-ggz ontvangt een rapport met daarin een waarschijnlijkheidsdiagnose en echelonadvies. Bij 81 procent van de diagnostiekaanvragen wordt een ggz-traject geadviseerd in de eerste- of tweedelij, waarbij tot de eerstelij ook de POH-ggz wordt gerekend. De huisarts kan op basis van dit oordeel tot een juiste verwijzing komen. Huisartsen blijken minder dan de helft van de patiënten door te verwijzen naar de tweedelijns ggz. Dit is minder dan zonder triagediagnostiek op aanvraag.

Bron: Skipr, 4 september 2012

Resultaatafspraken met multidimensionele wijkscans

Gemeenten ontwikkelen in samenwerking met zorgverzekeraars, huisartsen en andere lokale zorgverleners multidimensionele wijkscans. Aan de hand hiervan maken gemeenten resultaatafspraken met zorgverleners in de basiszorg over preventief aanbod voor geselecteerde doelgroepen. Hierover hebben gemeenten financieringsafspraken met zorgverzekeraars. Met de jeugdhulpverlening en uitvoeringsorganisaties voor arbeidsreïntegratie en schuldhulpverlening maken basiszorgteams afspraken voor een geïntegreerd dienstenpakket voor gezamenlijke doelgroepen, of zetten hiermee een gezamenlijke onderneming op in overleg met de gemeente.

Tabel 4.1 Bouwstenen voor de basiszorg van de toekomst

Bestaande situatie	Nieuwe situatie
Individuele patientenzorg, reactief	Populatiegerichte zorg gedifferentieerd naar risico, proactief
Klinisch resultaat	Klinisch resultaat en kwaliteit van leven, participatie, redzaamheid
Zorgverleners werken individueel, monodisciplinair, met afspraken over samenwerking en waarneming en gescheiden verantwoordelijkheden bij ketenzorg	Zorgverleners werken in teamverband, multidisciplinair, en bieden continue zorg, met per patiënt één aanspreekpunt, een case manager bij complexe zorg, en met afspraken over eindverantwoordelijkheid bij ketenzorg
Huisarts eerste aanspreekpunt	Andere zorgverleners kunnen eerste aanspreekpunt zijn, afhankelijk van bekwaamheid
Gelijke tijdsinvestering en contactvormen per patiënt	Tijdsinvestering en meerdere contactvormen (email, videoconsult) afhankelijk van patiëntbehoefte en voorkeuren
Specialistische diagnostiek via verwijzing	Specialistische diagnostiek door (tele)consultatie en specialistenconsulten in de basiszorg
Zorg	Zorg en bevorderen van zelfmanagement (informatie, advies, begeleiding), preventie (gedragsverandering) en indicatiestelling maatschappelijke ondersteuning
Sociale domein (arbeidsreïntegratie, jeugdhulpverlening, schuldhulpverlening) via doorverwijzing	Samenwerking of (gedeeltelijke) integratie met sociale domein in een gezamenlijke onderneming
HIS (huisarts informatie systeem) als patiëntendossier, uitwisseling medische gegevens tussen zorgverleners	MIS (management informatiesysteem) op basis van HIS en andere gegevensbronnen van gemeenten, GGD'en en zorgverzekeraars, aangevuld met spiegelinformatie. Persoonlijk gezondheidsdossier is gekoppeld aan EPD voor uitwisseling gegevens tussen patiënt, zijn vertegenwoordigers en zorgverleners.

Andere positie huisarts

Wat betekent dit vergezicht voor de positie van de huisarts als centrale speler in de basiszorg? Hij maakt onderdeel uit van een multidisciplinair team waartoe afhankelijk van de praktijkgrootte meerdere huisartsen behoren. De nabijheid van andere disciplines biedt meer mogelijkheden voor taakherschikking, doorverwijzing en aanbod van welzijnsoplossingen. Hij behoudt de medische verantwoordelijkheid voor de praktijkpopulatie en maakt afspraken met andere zorgverleners van een patiënt over wie de eindverantwoordelijkheid heeft. De gerichtheid op de praktijkpopulatie betekent dat huisartsen prioriteit geven aan zorgwekkende situaties die via hun eigen informatiesysteem of door zorgverleners of wijkteams worden gesignaleerd, mits hun deskundigheid nodig is. Voor sommige problemen is de huisarts niet noodzakelijk het eerste aanspreekpunt, maar kan hierbij wel geconsulteerd worden: onder meer sociale problemen, ontwikkelingsstoornissen en gedragsproblemen bij kinderen, eenzaamheidsproblematiek, en de uitvoering en coördinatie van chronische laagcomplexe zorg.

zodat meer ruimte voor kerntaken ontstaat, met behoud van zelfstandigheid

Door deze taakherschikking en taakdelegatie kunnen huisartsen zich richten op de kerntaken waar zij vanuit hun specifieke deskundigheid voor verantwoordelijk zijn. Hoewel de huisarts onderdeel uitmaakt van een multidisciplinair team sluit dit niet uit dat hij zelfstandig ondernemer kan blijven, en zijn diensten in consultatie kan aanbieden. Dit geldt ook voor diensten die de gemeente contracteert bij het multidisciplinair basiszorgteam. Het werken in teamverband dient maximaal gefaciliteerd te zijn door een gemeenschappelijke backoffice: praktijkassistentie, een door alle zorgverleners gedeeld EPD en agenda, toegang tot werkprotocollen en nascholingsmateriaal.

4.4 Realisatie van het vergezicht: belemmeringen en randvoorwaarden

Oriënteren op consequenties van basiszorgteams

Als uit een systematische evaluatie van basiszorgteams op meerdere plaatsen blijkt dat deze positieve effecten hebben op de publieke doelen voor personen met meervoudige problematiek zouden deze bredere toepassing verdienen, rekening houdend met lokale verschillen in zorgbehoefte. Dit heeft consequenties waar deze systematische evaluatie inzicht in zou moeten geven. Deze zijn in deze paragraaf aan de orde.

Andere competenties nodig

Opleidingen

Het werken in basiszorgteams betekent dat de deelnemende disciplines in een andere verhouding tot elkaar komen te staan gebaseerd op gelijkwaardigheid en horizontale aansturing. De teamleden zijn elk verantwoordelijk voor hun domein, maar het team als geheel draagt verantwoordelijkheid voor het totaalresultaat. Dit doet een beroep op andere competenties zoals leiderschap, samenwerken, het delen van

informatie, het werken volgens een gemeenschappelijk behandelplan, het elkaar aanspreken op de uitvoering van taken, en het zich bewust zijn van de eigen grenzen in expertise.

die geleerd moeten worden in multi-disciplinaire scholingspraktijk

Dit heeft consequenties voor de opleiding, niet alleen voor de basisopleiding en specialisatie maar ook de praktijk. Hierin moet voldoende aandacht zijn voor scholing in generalistisch denken en het kennismaken met elkaars expertise. Een praktische vorm is het regelmatig gezamenlijk bespreken van complexe casuïstiek door artsen, verpleegkundigen, psychologen en maatschappelijk werkers. Deze leren op deze manier om casussen vanuit meerdere invalshoeken te beoordelen. Verder zou aandacht moeten zijn voor het handelen in complexe hulpverleningssituaties, het winnen van vertrouwen bij zorgresistente patiënten en het versterken van de eigen regie en zelfmanagement. Tenslotte is kennis van de sociale wetgeving nodig bij arbocuratieve trajecten.

Criteria voor financierings- en bekostigingssysteem

Financiering en bekostiging

Een bredere implementatie van basiszorgteams vraagt om een ander bekostigingssysteem voor de eerstelijnszorg. De huidige bekostiging verschilt per type aanbieder en zou meer op elkaar moeten worden afgestemd.

Een nieuw bekostigingssysteem zou moeten voldoen aan de volgende criteria:

- Het biedt voldoende ruimte voor lokaal maatwerk vanwege de specifieke zorgbehoefte.
- Het bevordert de samenwerking tussen zorgaanbieders.
- Het laat aanbieders voldoende financieel risico lopen ten behoeve van een doelmatige uitvoering, en belooft hen voor het bereiken van vooraf gestelde kwaliteitsdoelen (outcome): gezondheidsdoelen, gemeentelijke doelen (participatie, welzijn), kostenbesparingen, en de kwaliteit van de dienstverlening.
- Het biedt de mogelijkheid om verschillende financieringsstromen te bundelen (Zvw, AWBZ, Wmo, WPG).
- Het ontmoedigt onderbehandeling van patiënten met een zware zorgbehoefte.

Bekostiging laat ruimte voor lokaal maatwerk en belonen van resultaat

De bekostigingsvariant “resultaat centraal” van de NZa lijkt hiervoor de meest geschikte basis te zijn (NZa, 2012a). Deze variant kent een grote mate van vrije ruimte voor lokale partijen om maatwerkafspraken te maken en daarbij lokale doelstellingen centraal te stellen. De basis van de bekostiging zou kunnen bestaan uit een abonnementstarief (capitation) gedifferentieerd naar populatiekenmerken om risicoselectie tegen te gaan. Binnen een groei-model kunnen hier elementen als gedeelde besparingen en het belonen van resultaat aan worden toegevoegd (zie box Voorbeeld van een groei-model bekostiging). Dit laatste zou in de vorm van een teambonus kunnen. Het is aan de aanbieders zelf hoe zij het budget onderling verdelen.

Voorbeeld van een groeimodel voor bekostiging

- A. Inschrijftarief gecorrigeerd voor zorgzwaarte x populatie + prestatieparameters
- B. A +/- prestatieparameters + shared savings
- C. B + bonus/malus gezondheidswinst
- D. C + WMO-budget

Default bekostiging is sober ingericht

Om te stimuleren dat lokale partijen met deze afspraken meedoen is er een sober ingerichte default. Voor huisartsenzorg beperkt deze zich tot een abonnementsstarief gecorrigeerd voor zorgzwaarte en tarieven voor een selectie van prestaties, maar exclusief vergoedingen voor substitutie, praktijkondersteuning, en keten dbc's.

Financieel risico voor gemeenten en zorgverzekeraars en afstemming tussen deelvaders zijn randvoorwaarden

Een dergelijk systeem heeft een aantal randvoorwaarden. De financierende partijen, gemeenten en zorgverzekeraars, moeten zelf voldoende financieel risico lopen over de uitvoering van de Zvw, AWBZ, Wmo, WPG en gedelegeerde rijksoverheidstaken. Wanneer zij besparingen realiseren moeten zij deze ook (deels) kunnen toeëigenen. Verder vereist de bundeling van en substitutie tussen deze deelvaders de nodige oplossingen om te waarborgen dat wordt voldaan aan de verschillende uitvoeringsprincipes: recht op zorg (Zvw, Awbz), compensatieplicht (WMO), en de uitvoering van taken op het terrein van de publieke gezondheidszorg (WPG).

Transparante kwaliteit en normering

Verder moet transparante kwaliteitsinformatie en kwaliteitsnormen beschikbaar zijn om na te gaan of de gestelde doelen zijn bereikt, en als spiegelinformatie worden teruggekoppeld aan zorgaanbieders. Dit helpt voorkomen dat besparingen ten koste gaan van kwaliteitsverlies. De eerder genoemde wijkskans zijn hiervoor een belangrijke bron. Het is bevorderlijk als deze kwaliteitsinformatie publiek beschikbaar is zodat burgers en zorgconsumenten de gemeenten respectievelijk zorgverzekeraars kritisch kunnen volgen en controleren. Ook moet informatie over populatiekenmerken beschikbaar zijn om in de bekostiging rekening te kunnen houden met verschillen in zorgzwaarte.

Mededingingstoezicht

Samenwerking en de Mededingingswet (Mw)

Multidisciplinaire samenwerking in basiszorgteams houdt in dat meerdere aanbieders een duurzame verbintenis aangaan om een geïntegreerd aanbod te organiseren. Afhankelijk van de samenstelling kunnen dit aanbieders zijn vanuit de curatieve zorg, thuiszorg, de welzijnssector en de gemeente (GGD, andere gemeentelijke diensten of uitvoerders hiervan). Dit roept de vraag op in hoeverre de gewenste ontwikkelingen op dit vlak op gespannen voet staan met de Mededingingswet (Mw) vanwege mogelijke uitschakeling van de concurrentie tussen marktpartijen. Bijlage 4 geeft aan in hoeverre de Mw van toepassing is.

laat voldoende mogelijkheden voor basiszorgteams in ketenverband

De toepassingspraktijk van de Mw leert dat er voldoende mogelijkheden bestaan voor basiszorgteams in ketenverband dan wel door een fusie of gemeenschappelijke onderneming, mits partijen aan voorwaarden voldoen (NMa, 2010; RVZ, 2011c; Varkevisser et al., 2009). Wel roept de vorming van basiszorgteams een aantal kwesties op die om nadere uitwerking vragen (bijlage 4).

De Raad schaart zich achter de algemene uitgangspunten van de mededingingswetgeving voor de basiszorg vanuit de gedachte dat voldoende concurrentie moet blijven bestaan om tot een kwalitatief goed aanbod van geïntegreerde zorg te komen. Deze kan in gevaar komen als geen toezicht plaatsvindt.

Samenwerkingseffect-rapportage, guidance, en duidelijkheid over afbakening relevante markt helpen toezichtspraktijk te verbeteren

Wel pleit de Raad voor een werkbare toezichtspraktijk die innovatie niet onnodig belemmert. Dit geldt vooral het toezicht op kartelvorming waarbij partijen de beoordeling achteraf als een risico ervaren. De richtsnoeren van de NMa en NZa zijn bedoeld om zo veel mogelijk duidelijkheid te verschaffen, maar geven geen uitsluitel in individuele gevallen. Eerder heeft de Raad hiervoor een ‘samenwerkingseffectrapportage’ geadviseerd. Hierin dienen zorgaanbieders die samenwerkingsafspraken willen maken aan de hand van de wettelijke criteria onderbouwd aan te geven welke effecten deze afspraken zullen hebben op de publieke belangen. De NZa toetst aan de hand hiervan vooraf of de samenwerking toegestaan is. Omdat deze aanbeveling vooralsnog niet is overgenomen zou kunnen worden teruggevallen op de “guidance” rol van de NMa. Deze heeft via actieve monitoring de mogelijkheid om adviezen te geven over hoe een samenwerkingsverband zo kan worden vormgegeven dat het verenigbaar is met de Mw, en kan aan de hand hiervan nieuwe richtsnoeren ontwikkelen of bestaande richtsnoeren aanpassen. Verder is nodig dat duidelijkheid komt over de afbakening van de relevante markt als door ketensamenwerking unieke producten ontstaan.

Aanbevelingen voor samenwerkende partijen

Vooruitlopend op deze oplossingsrichtingen kunnen de volgende aanbevelingen voor basiszorgteams worden afgeleid van de wettelijke criteria en huidige toepassingspraktijk om buiten het kartelverbod te blijven:

1. Elke aanbieder kan zich aansluiten op basis van proportionele en objectieve kwaliteitscriteria.
2. Informatieuitwisseling vindt alleen plaats met het oog op het bereiken van de gezamenlijke doelstellingen en niet om strategische doelen van individuele aanbieders te bereiken.
3. De aanbieders onthouden zich van het maken van mededingingsbeperkende afspraken aan de ‘achterkant’.

4. Elke zorgverzekeraar kan het samenwerkingsverband contracteren onder gelijke voorwaarden.

Toepassing Mw heroverwegen als toezicht gewenste ontwikkelingen belemmert

Als mocht blijken dat de toezichtspraktijk ondanks de mogelijkheden voor verbetering de gewenste ontwikkelingen belemmert, zou de overheid de toepassing van de Mw voor de basiszorg moeten heroverwegen. Hiervoor is een beoordeling nodig van de gevolgen voor de publieke belangen. Ook hiervoor is het voorgestelde systematisch onderzoek naar de meerwaarde van multidisciplinaire samenwerking noodzakelijk.

Problemen bij zorgcoördinatie en verantwoordelijkheidsverdeling

Continuïteit in zorg, zorgcoördinatie en verantwoordelijkheidsverdeling

Als meerdere zorgverleners betrokken zijn bij een cliënt is een belangrijke voorwaarde voor het bieden van geïntegreerde zorg dat duidelijke afspraken bestaan over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen zorgverleners. Hier volgen wij het onderscheid tussen de verantwoordelijkheid voor de communicatie met de patiënt, voor de coördinatie in logistieke en organisatorische zin, en de inhoudelijke (eind) verantwoordelijkheid (KNMG et al., 2010). Als verschillende organisaties deelnemen aan een ketenverband zoals een basiszorgteam, behoren deze een zorgcoördinator voldoende bevoegdheden te geven om andere zorgverleners aan te spreken en duidelijkheid te geven waar de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid is belegd. Hier zijn tenminste twee formele problemen aan de orde, namelijk situaties waarin de behandelaanpak van meerdere zorgverleners conflicteert, en situaties waarin geen sprake kan zijn van inhoudelijke eindverantwoordelijkheid bij één zorgverlener. Dit laatste is het geval als diverse zorgverleners vanwege hun specifieke inhoudelijke deskundigheid betrokken zijn. Deze problemen zijn naar hun aard niet anders als ook hulpverlenende instanties uit aanpalende sectoren betrokken zijn, maar kennen dan een bredere reikwijdte.

Eindverantwoordelijkheid bij ketenzorg op teamniveau

De vorming van een gezamenlijke onderneming in een afzonderlijke rechtspersoon biedt samenwerkende organisaties de mogelijkheid om bepaalde verantwoordelijkheden, zoals de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid over het geheel van de keten, op teamniveau te beleggen. De vertegenwoordiger van de rechtspersoon is hierop aanspreekbaar door de opdrachtgevers en toezichthouders. Ook biedt deze rechtspersoon de mogelijkheid om een gemeenschappelijke behandelvisie niet alleen te ontwikkelen maar deze ook een meer verplichtend karakter te geven in de contracten met de individuele zorgverleners. Deze behandelvisie kan daaruit bestaan dat zorgverleners zich committeren aan een gemeenschappelijk behandelplan waarin einddoelen met de cliënt zijn afgesproken. Bij samenwerkingsverbanden die de zorgsector overstijgen zou de IGZ duidelijkheid moeten geven over de inrichting van het toezicht.

Verantwoordelijkheidsverdeling in samenwerkingsprotocollen	Voor die organisaties die niet deelnemen aan de gezamenlijke onderneming zouden de aandachtspunten in verband met de verantwoordelijkheidsverdeling bij ketenzorg moeten worden opgenomen in samenwerkingsprotocollen.
Samenwerkingsindex voor zorginkoop en toezicht	Dit thema zal nader aan de orde komen in het advies “Nieuwe verhoudingen in de spreekkamer” (werktitel).
Afbouw ex post risicoverevening zorgverzekeraars	De genoemde Handreiking (KNMG et al., 2010) biedt een basis om kenmerken van samenwerking te identificeren die een bijdrage leveren aan gezondheidsdoelen en die bruikbaar zijn voor monitoring en het ontwikkelen van spiegelinformatie voor ketenverbanden. Een mogelijkheid zou zijn om op basis hiervan een “Samenwerkingsindex” te ontwikkelen en deze wetenschappelijk te valideren, te gebruiken als instrument voor zorginkoop en voor het kwaliteitstoezicht.
Doorbreek echelonnering in diagnostisch proces	Een andere oplossingsrichting is dat zorgverzekeraars volledig risicodragend worden voor de curatieve geestelijke gezondheidszorg en medisch-specialistische zorg. Hier gaat een prikkel van uit om scherper te controleren op verwijfsbrieven en coördinatie van zorg.
Specialistische diagnostiek beschikbaar in basiszorg	<p>Diagnostiek</p> <p>Het proces van probleemverheldering en diagnostiek is te kenmerken als een pendelbeweging tussen breed en specialistisch denken. Regie is nodig om dit te coördineren en de situatie weer opnieuw te bekijken als het specialistische traject op dood spoor zit. De continuïteit in de generalistische probleembehandeling is daarbij essentieel om onnodig gebruik van specialistische zorg te voorkomen (Groffen, 1974). Deze continuïteit vraagt om doorbreking van de echelonnering bij het diagnostisch proces, waarbij deze wordt verzelfstandigd ten opzichte van behandeling en beschikbaar komt in de basiszorg (RVZ, 2011a).</p>
Bekostiging van specialistische diagnostiek	In sommige situaties is het denkbaar dat bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde of geriater deel uitmaakt van het basiszorgteam. Een andere mogelijkheid is medisch-specialistische en psychologische consultatie op verwijzing, via teleconsultatie of door specialisten spreekuur te laten draaien in een eerstelijnspraktijk. De duale bekostiging van eerstelijnszorg, medisch-specialistische zorg en ggz belemmert deze gewenste ontwikkeling. De bundeling van diagnostiek en behandeling in de bekostiging van specialistische zorg via DBC/DOT biedt bovendien de perverse prikkel dat verwijzing ook leidt tot behandeling.
Bekostiging van specialistische diagnostiek	Een korte termijn oplossingsrichting is dat de huidige verschillen in bekostiging blijven bestaan waarbij specialistische consultatie of multidisciplinair overleg een apart te verzekeren prestatie wordt. In deze lijn heeft ook de NZa geadviseerd (NZa, 2012b). Op lange termijn zou het

opheffen van de verschillen in bekostiging tussen eerstelijnszorg en (delen van de) tweedelijnszorg een oplossing kunnen bieden.

Alternatieven nodig voor DSM-IV diagnose als voorwaarde voor ggz behandeling

Het gebruik van DSM-IV diagnoses als paspoort voor ggz behandeling neemt de aandacht weg van sociale omstandigheden en onderliggende problematiek, en leidt tot een ongewenste sturing van het diagnostisch proces en de behandeling, ten koste van aandacht voor alternatieve oplossingen. Daarom verdient het aanbeveling om alternatieve criteria te ontwikkelen voor de toegang tot specialistische zorg.

OSDORPVELD
1000

Ingang
aan de hoek



Loket Zorg en Samenlev



5 Conclusies en aanbevelingen

5.1 Conclusies

Druk op front office
voorzieningen vraagt om
verandering

Er is veel druk op de front office voorzieningen van de gezondheidszorg en welzijn. Het aantal chronisch zieken met multimorbiditeit neemt toe en de zorgvragen worden complexer. Deze druk heeft ook persoonlijk gevolgen in de vorm van veel stress bij huisartsen. Een aanzienlijk deel van de doelpopulatie van de basiszorg betreft burgers met meervoudige problemen. Deze leggen meer beslag op zware zorg en voorzieningen dan nodig is. Ook de afbouw van de ex post verevening voor zorgverzekeraars en de grenzen van de solidariteit vragen om substitutie van zware naar lichte zorg waar dit verantwoord en mogelijk is.

Overheidsbeleid:
beperkingen en
mogelijkheden

Om al deze redenen zijn veranderingen in de basiszorg noodzakelijk. Deze vinden plaats in een periode van transitie waarbij de overheid meer verantwoordelijkheden binnen ingeperkte financiële kaders neerlegt bij zorgverzekeraars en gemeenten. Dit brengt voor deze partijen en voor zorgaanbieders veel onzekerheid en risico's: financieel, in het toezicht, en het maatschappelijk draagvlak. Tegelijk bieden de door de overheid geboden ruimere en flexibele kaders voor de basiszorg - psychische hulp, extramurale verpleging, bevorderen van regionale samenwerking - en de bundeling van verantwoordelijkheden voor werk, jeugd en begeleiding bij gemeenten, ook mogelijkheden voor de gewenste veranderingen.

Versterking
maatschappelijke functie
basiszorg

Veldpartijen die de gewenste veranderingen in de organisatie van de basiszorg moeten vorm geven hebben een vergezicht nodig. De uitwerking hiervan (hoofdstuk 4) bouwt voort op wat anderen al hebben gedaan (NHG/LHV Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022; Orde Toekomstvisie "De Medisch Specialist 2015"; VNG Transitiebureau). De dominante lijn van het hier geschetste vergezicht voor de basiszorg is de versterking van haar maatschappelijke functie door:

- multidisciplinaire samenwerking, binnen maar ook buiten de kaders van de zorg, gericht op resultaat (gezondheidswinst, participatie, redzaamheid, lagere kosten),
- samenhang in de zorg door handelingsruimte voor professionals en taakherschikking met een heldere verdeling van verantwoordelijkheden,
- een integraal en breed aanbod van preventie, signalering, (specialistische) diagnostiek, triage, behandeling, en coördinatie van zorg.

Lokaal maatwerk, geen
organisatorische blauwdruk

De realisatie van dit vergezicht is alleen mogelijk met voldoende ruimte voor lokaal maatwerk en zonder organisatorische blauwdruk. Dit vereist een stapsgewijze verandering waarbij verkregen inzichten systematisch worden verankerd.

5.2 Aanbevelingen op het gebied van multidisciplinaire samenwerking

Gemeenten en zorgverzekeraars faciliteren de ontwikkeling van wijkgerichte basiszorgteams

Gemeenten aan zet om basiszorgteams te organiseren

Bestaande multidisciplinaire samenwerkingsverbanden van basiszorg op wijkniveau worden systematisch gevolgd en geëvalueerd. Met de verkregen inzichten over werkzame ingrediënten, randvoorwaarden en belemmeringen voor multidisciplinaire samenwerking zetten gemeenten samen met zorgverzekeraars en lokale zorgaanbieders basiszorgteams op in een aantal proeftuinen verspreid over Nederland in een gecontroleerd experiment, met bestaande praktijkvoorbeelden en zo nodig nieuwe initiatieven.

Gemeenschappelijk organisatorisch kader voor basiszorgteams

Deze proeftuinen maken gebruik van een gemeenschappelijk organisatorisch kader om evaluatie mogelijk te maken, met ruimte voor lokaal maatwerk. Het vergezicht in paragraaf 4.3 dient ter oriëntatie. Gemeenschappelijk zijn:

- Doelstellingen: evalueren van meerwaarde (gezondheidswinst, gemeentelijke beleidsdoelen, kosten) en werkzame ingrediënten; definiëren van randvoorwaarden aangaande benodigde deskundigheid en competenties, en bekostigingssystematiek; inzicht in wettelijke belemmeringen en een passend toezichtkader (NMa, NZa, IGZ); ontwikkelen van een handreiking voor de opzet van wijkgerichte basiszorgteams.
- Gedetailleerde kwantitatieve en kwalitatieve monitoring vanwege de schaarse onderbouwing van de meerwaarde van multidisciplinaire samenwerking, de diversiteit van de doelgroep, en vertaling naar andere settings.
- Huisartsenzorg, verpleegkundige zorg, algemeen maatschappelijk werk, en eventueel psychologische zorg vormen de kerndisciplines.
- De teams zijn gericht op een breed gedefinieerde populatie met meervoudige problematiek.
- Een geïntegreerd aanbod van preventie, signalering, probleemverheldering, (specialistische) diagnostiek, triage, behandeling, en coördinatie van zorg.

In wijken met veel meervoudige problematiek

Het ligt in de rede om voor de proeftuinen wijken te selecteren waar sprake is van een hoge prevalentie van meervoudige problematiek.

Zorgopleidingen investeren in specifieke deskundigheid en competenties voor zorg bij meervoudige problematiek

Zorgopleidingen investeren in kennis en kunde over meervoudige problematiek

Bij de zorg rondom meervoudige problematiek is van belang dat zorgverleners kennis hebben van elkaars deskundigheid en zich bewust zijn van de grenzen van de eigen expertise. Ook vereist het werken in teamverband specifieke competenties: leiderschap, samenwerking, communicatie, het aanspreken op verantwoordelijkheden, coördinatie van zorg, gezamenlijke besluitvorming. In de opleiding, nascholing en de

opleiding in de praktijk van artsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en andere zorgverleners dient voldoende aandacht te zijn voor multidisciplinaire werkvormen en meervoudige of complexe problematiek.

5.3 Aanbevelingen voor gemeenten

Gemeenten creëren urgentie bij de aanpak van meervoudige problematiek met behulp van wijkscans en lokale zorgnetwerken

Gemeenten creëren urgentie door problematiek lokaal zichtbaar te maken

Gemeenten hebben een brede verantwoordelijkheid voor het welzijn van burgers. Zij zijn de natuurlijke regisseur van lokaal gezondheidsbeleid en aanpalende beleidsterreinen. De omvang en aard van gezondheidsproblemen en samenhangende sociale problematiek varieert op lokaal niveau. Zichtbaarheid en een gevoel van urgentie zijn nodig. Urgentie voor intersectoraal beleid ontstaat door kwantitatief inzicht in gezondheid, gebruik van zorg- en welzijnsvoorzieningen, de sociaal-economische en sociaal-demografische situatie op geografisch gedetailleerd niveau.

Gegevens slim bundelen in wijkscans

Hiertoe zouden gemeenten hun gegevens van GGD'en en andere gemeentelijke diensten slim moeten bundelen met die van zorgverzekeraars en zorgaanbieders (bijvoorbeeld HIS gegevens van huisartsen) zodat inzicht ontstaat in de samenhang tussen psychosociale en gezondheidsproblemen. Bestaande initiatieven (ROS-wijkscan, Wijkscan.com, Buurtscan) kunnen hiervoor als bouwstenen dienen. De wijkscans helpen om doelgroepen te identificeren waar effectief en doelmatig beleid mogelijk is, met de gemeentelijke beleidsvrijheid als uitgangspunt.

Ontwikkeling van wijkprofielen

Om de beleidsopgave zo concreet mogelijk te maken is verdere ontwikkeling van wijkprofielen op basis van deze wijkscans van belang. Met de uitkomsten van de wijkscans legt de gemeente rekenschap af over haar beleid.

Lokale zorgnetwerken organiseren in platforms

Het verdient aanbeveling lokale zorgnetwerken te organiseren in platforms en deze te betrekken bij de interpretatie van wijkscans en verdere besluitvorming. Dit versterkt de signalerende functie van de deelnemers en brengt ervaringskennis in. Tot deze netwerken behoren onder meer het consultatiebureau, onderwijs, verpleegkundige, huisarts, centrale buurtbewoners, wijkteam, politie, etc.

Gemeenten sturen intersectoraal beleid krachtig aan

Gemeenten werken met basiszorgteams aan intersectoraal beleid

Ongezondheid, ongezond gedrag en psychosociale problematiek gaan samen. Evenzo is op gemeentelijk niveau een relatie tussen gezondheid en aanpalende beleidsterreinen (jeugd, arbeid en inkomen, wonen). Gemeenten moeten daarom de samenwerking tussen deze beleidsterreinen krachtig aansturen. Zij zijn aan zet om hiertoe de basiszorg te organiseren, met wijkgerichte basiszorgteams als kern van de aanpak. Gemeenten hebben hiervoor een brede blik nodig op gezondheid als eerste stap naar

intersectoraal beleid. De wijkscans leggen hiervoor de basis, maar om resultaten te boeken is meer nodig.

Kennis over sociale interventies moet lokaal beschikbaar zijn

GGD'en moeten de ruimte krijgen om hun deskundigheid te ontwikkelen op de relatie tussen gezondheid en aanpalende beleidsterreinen, en om deze in te zetten in het lokale beleidsproces samen met andere gemeentelijke diensten en lokale zorgverleners. In het bijzonder is nodig dat kennis over en ervaring met sociale interventies bij specifieke doelgroepen met meervoudige problematiek gebundeld wordt en beschikbaar is voor gemeenten (bijlage 5). GGD'en moeten aan gemeenten laten zien welke resultaten hiermee mogelijk zijn. Met maatschappelijke kosten-baten analyses kunnen zij laten zien bij welke partijen kosten en baten neerslaan. Dit biedt een basis voor gemeenten om hierover met haar eigen diensten en met zorgverzekeraars financiële afspraken te maken.

5.4 Aanbevelingen op het gebied van financiering, bekostiging en mededinging

Er dient een passende financiering en bekostigingssystematiek te komen voor wijkgerichte basiszorgteams, door bundeling van geldstromen binnen het collectieve pakket mogelijk te maken en door populatiegebonden bekostiging die ruimte biedt voor lokaal maatwerk, samenwerking bevordert, en bereikte teamresultaten beloont.

Passende financiering en bekostiging voor basiszorgteams ontwikkelen

De huidige bekostiging van de voorzieningen in de basiszorg stimuleert multidisciplinaire samenwerking op wijkniveau onvoldoende. Hiervoor is nodig dat de overheid bundeling van financiering vanuit de Zvw, AWBZ, Wmo, en WPG mogelijk maakt. Vanwege de verschillen in uitvoeringsprincipes en verantwoording moet zij met zorgverzekeraars en gemeenten nagaan in hoeverre deze een belemmering vormen en hoe zij deze financieringsstromen op elkaar kan afstemmen. De voorgestelde proeftuinen voor basiszorgteams moeten inzicht bieden in de bekostigingssystematiek die nodig is om:

- voldoende ruimte te bieden aan veldpartijen voor lokaal maatwerk vanwege de specifieke zorgbehoefte
- samenwerking tussen zorgaanbieders te bevorderen
- onder- en overbehandeling en risicoselectie van patiënten te ontmoedigen

Verzekeraars en gemeenten gaan resultaten terugrapporteren en belonen

Verzekeraars en gemeenten experimenteren met het gezamenlijk terugrapporteren van spiegelinformatie en het belonen van basiszorgteams op basis van bereikte resultaten: gezondheidswinst, participatie, gemeentelijke beleidsdoelen. Hierbij moeten zij nagegaan welke doelen hiervoor adequaat zijn en welke bonussystematiek leidt tot de gewenste effecten.

Specialistische expertische moet makkelijker beschikbaar zijn in de basiszorg

Consultatie van specialistische expertise in de basiszorg dient vergemakkelijkt te worden door een aparte verzekerde prestatie (korte termijn) en flexibilisering van de eerste- en tweedelijns bekostiging binnen een populatiegebonden budget (lange termijn).

De praktijk van het toezicht moet in lijn worden gebracht met de praktijk van de basiszorg waarvan samenwerking binnen en tussen disciplines een wezenlijk onderdeel uitmaakt

Een samenwerkingsindex ondersteunt gemeenschappelijk toezichtkader en zorginkoop

Idealiter is sprake van een gemeenschappelijk toezichtkader voor samenwerking tussen zorgaanbieders van de NMa, NZa en IGZ. Een beoordelingsinstrument met normering is nodig voor de kwaliteit van samenwerking in de basiszorg: een “samenwerkingsindex”. Deze index bevat kenmerken van samenwerking die gerelateerd zijn aan gezondheidswinst. Dit instrument kan gebruikt worden voor toezicht en zorginkoop.

Samenwerkingseffect-rapportage, NMa guidance en duidelijkheid over relevante markt moeten ketensamenwerking faciliteren

Eerder heeft de Raad een ‘samenwerkingseffectrapportage’ geadviseerd. Hierin dienen zorgaanbieders die samenwerkingsafspraken willen maken aan de hand van de wettelijke criteria onderbouwd aan te geven welke effecten hun samenwerkingsafspraken zullen hebben op de publieke belangen. De NZa toetst aan de hand hiervan vooraf of de samenwerking toegestaan is. De NMa houdt bij de beoordeling of de samenwerking wel of niet buiten het kartelverbod valt rekening met deze toets. Omdat deze aanbeveling voorsnog niet is overgenomen verdient het aanbeveling dat samenwerkende partijen “guidance” vragen van de NMa. Deze geeft via actieve monitoring adviezen waarmee een samenwerkingsverband te verenigen is met de Mw. Duidelijkheid is nodig over de wijze waarop de NMa zorgmarkten afbakt, in het bijzonder daar waar door ketensamenwerking sprake is van een uniek zorgproduct.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg



Rien Meijerink,
voorzitter



Theo Hooghiemstra,
algemeen secretaris

Bijlagen

Bijlage 1

Adviesaanvraag

Past de inrichting van ons zorglandschap bij de vragen van de burger? En zijn dat 'zorgvragen'? Of vraagt die burger iets anders? Iets waarop de zorgsector geen antwoord heeft? Is een ander navigatiesysteem richting antwoord mogelijk? En wie navigeert: consument of producent?

Welke vragen stelt de burger aan de zorgsector? Wat zoekt hij? Uit analyses blijkt dat er twee soorten zorgvragen zijn. Er zijn enkelvoudige, hoewel soms complexe en acute, vragen naar zorg en gezondheid. En er is een, zo lijkt het, groeiend aantal diffuse vragen. Achteraf blijken dit vaak geen medische vragen te zijn. Het zijn, sterk samenhangend met de geografische herkomst, vragen op verschillende terreinen: wonen, werk, opvoeding, gezondheid. De vragen zijn vaak sterk met elkaar vervlochten geraakt, oorzaak en gevolg zijn moeilijk te traceren. De diffuse vragen komen op verschillende terreinen terecht - de sociale zekerheid, justitie, onderwijs - maar de zorgsector is door allerlei oorzaken wel een dominante 'vind- en zoekplaats' geworden voor multiproblematiek en voor diffuse vragen. Eerste lijn, geestelijke gezondheidszorg en spoedeisende hulp zijn voorbeelden. Voor veel mensen is deze sector eerste aanspreekpunt en laatste uitweg tegelijk. Medicalisering van maatschappelijk problemen als ultimatum remedium voor hulpvragers en hulpverleners ligt dan op de loer. Bijverschijnsel is dat de vraagsituatie nogal eens zeer gecompliceerd en geëscaleerd is door te laat ingrijpen.

Deze vragen komen nogal eens bij het verkeerde adres terecht. De vragers krijgen in de zorgsector niet het juiste antwoord. Bovendien treffen zij aan de poort van dat systeem niet altijd de juiste competenties aan voor de diffuse vragen. Toch, of misschien wel juist daardoor, verdwijnt en verdwaalt een deel van deze vragen in het zorglandschap. Het zorgaanbod in dit landschap past niet op vragen die zich op het grensvlak van het sociale, het psychische en het medische bevinden. Het verkokerd landschap heeft geen frontoffice voor deze vragen.

Meestal gaat het in zo'n frontoffice om drie functies:

- Het actief op zoek gaan naar een serieuze, maar latente vraag in de samenleving.
- Een eerste opvang en probleemverheldering, soms met een spoedkarakter, met een integrale blik.
- Door- en toegeleiding; bewaking van continuïteit van dienstverlening, monitoring en case management.

Deze functies en de daarbij behorende competenties (preventieve blik, ervaring, triage, gezag, netwerk) moeten in de praktijk buurt- of

wijkgebonden zijn. De inrichting van het zorglandschap en de navigatie van de zorgvraag bieden deze functies niet. Echelonnering van zorgaanbod, een piepsysteem (wachten op de vraag), medicalisering en verkokering (Wpg, Wmo, AWBZ, Zvw) staan in de weg.

Is het mogelijk de hulp- en dienstverlening anders in te richten? Dat is de vraag die de RVZ met dit advies wil beantwoorden. Er zijn goede voorbeelden: consultatiebureaus voor kinderen of voor ouderen, Centra voor Jeugd en Gezin, Wmo-loketten, gezondheidscentra, een inloopfunctie, in andere landen nurse-run clinics. Bovendien is het internet steeds vaker een goede vraagbaak voor burgers met problemen, dus misschien kan die mogelijkheid beter worden benut. Wat kunnen wij van deze voorbeelden leren? En hoe kunnen wij een en ander combineren met de plannen van de bewindslieden van VWS met 'zorg nabij'?

De RVZ wil met zijn advies bijdragen aan versnelling van de innovatie op dit gebied: proberen initiatiefnemers handreikingen te doen. De Raad zal de empirie op het grensvlak van zorg en welzijn in kaart brengen en op basis daarvan met voorstellen komen voor zowel politiek Den Haag als de zorg- en dienstverlening op het lokaal vlak. De voorstellen zullen een intersectoraal karakter hebben.

Bijlage 2

Adviesvoorbereiding

Het advies is vanuit de Raad voor de Volksgezondheid voorbereid onder leiding van:

Mevrouw drs. M. Sint
Mr. H. Bosma

Relevante functies en nevenactiviteiten raadsleden:

Mevrouw drs. M. Sint

- Voorzitter Raad van Bestuur van Isala Klinieken Zwolle.
- Lid Raad van Commissarissen BPF Bouwinvest, Amsterdam.
- Voorzitter Raad van Commissarissen ROVA, Zwolle

Mr. H. Bosma

- Lid van de Raad van Commissarissen N.V. NOM (Noordelijke Ontwikkelingsmaatschappij).
- Voorzitter van de Raad van Commissarissen PI Investments B.V.

De Raad is in de voorbereiding bijgestaan door een ambtelijke projectgroep bestaande uit:

Mevrouw dr. I. Doorten, senioradviseur
Drs. B.J.C. van de Gevel, senioradviseur
Mevrouw drs. M.E.M. Huijben, adviseur
Drs. A. Konijnendijk, projectlid
Mevrouw A.J. van der Meer, stagiaire
Dr. W.J. Meering, projectleider
Mevrouw L.E. Oldenhof, extern onderzoeker
Mevrouw drs. A.C.J. Rijkschroeff-van der Meer, senioradviseur
Mevrouw N.L. Buijs, projectondersteuner

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd.

Achtergrondstudies

Vilans heeft een achtergrondstudie geschreven met de titel 'Arrangementen op het grensvlak tussen Zorg & Welzijn, Een verkenning van wijkinitiatieven'.

Mevrouw dr. M. de Klerk (Sociaal en Cultureel Planbureau), dr. M. Prins (NIVEL), dr. P. Verhaak (NIVEL) en dr. G. van den Berg (Nederlands Jeugdinstituut) hebben samen een achtergrondstudie geschreven met de titel 'Mensen met meervoudige problemen en hun zorggebruik' (RVZ, 2012a). Prof. dr. W.J.J. van Assendelft (Leids Universitair Medisch Centrum) en

mevrouw J. Moerkerke (Stichting Welzijn Feijenoord) waren extern referent.

Senioradviseurs mevrouw dr. I. Doorten, drs. B.J.C. van de Gevel en mevrouw A.C.J. Rijkschroeff-van der Meer hebben een achtergrondstudie geschreven bestaande uit 4 deelstudies: Eerstelijnszorg voor de jeugd (Doorten), Geestelijke gezondheidszorg (Rijkschroeff), Meer aandacht voor participatie in de eerstelijns (v.d. Gevel), Eerstelijnszorg voor ouderen (Doorten) (RVZ, 2012c).

Mevrouw L.E. Oldenhof van de Erasmus Universiteit (BMG) en extern onderzoeker bij de RVZ, heeft een achtergrondstudie geschreven met de titel “Wijkgericht werken: intersectorale samenwerking in de wijk door grenzenwerk”.

Senior adviseur mevrouw dr. I. Doorten en projectleider dr. W.J. Meering hebben een verslag opgesteld van focusgroeponderzoek onder huisartsen en andere eerstelijns zorgverleners (RVZ, 2012b).

Mevrouw A.J. van der Meer heeft een notitie geschreven met als titel “De ontwikkeling van de rol van de huisarts gedurende de twintigste eeuw”.

Klankbordgroep De bomen en het bos: de patiënt, zijn vraag en het landschap

De Raad is bij de voorbereiding van het advies bijgestaan door een klankbordgroep die bijeen is gekomen op 19 april, 5 juli en 20 september 2012. Deze klankbordgroep bestond uit de volgende personen:

- Prof. dr. D.H. de Bakker, NIVEL
- H.M. Bolle, Vereniging Huisartsenposten Nederland
- Mevrouw dr. E. Borst-Eilers
- Mevrouw prof. dr. G.A.M. van den Bos, Academisch Medisch Centrum Amsterdam
- Dr. M.A. Bruijnzeels, Jan van Es Instituut
- Prof. dr. T.E.D. van der Grinten, Erasmus Universiteit Rotterdam
- J. Lankreijer, ABVAKABO FNV
- Mevrouw Ir. A.G.M. Linden, GG&GD Utrecht
- Mevrouw drs. J. Manshanden, Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling gemeente Utrecht
- Mevrouw prof. dr. B. Meyboom, UMC Groningen en NPO/ZonMW
- Mevrouw prof. dr. Ch. Van Nieuwenhuizen, Universiteit van Tilburg en GGz Eindhoven
- Drs. J.A. Spaans, Altrecht Psychosomatiek en voorzitter Netwerk Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (NOLK)
- Prof. dr. J. van der Velden, Universitair Medisch Centrum St. Radboud
- Mr. drs. J.M. de Vries, MEE Nederland
- Dr. J.A. Walburg, Trimbos Instituut
- Dr. L. Wigtersma, Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
- Drs. A.A.M. de Wit, Stichting De Vrije Huisarts

Bijeenkomst branche- en beroepsorganisaties

Op 1 oktober 2012 heeft een bijeenkomst plaatsgevonden met branche- en beroepsorganisaties. Hierbij waren de volgende personen aanwezig:

- Mevrouw M. Fluitman, Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
- Prof. dr. R.M. Lapré, Vereniging van bestuurders in de gezondheidszorg
- Mevrouw I. van Leeuwen, Consumentenbond
- Drs. G.J.H.C.M. Peeters, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
- Mevrouw M. van der Starre, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Ir. P.M. de Rooij, GGZ Nederland
- Mevrouw drs. H.R. Wever, Zorgverzekeraars Nederland
- Mevrouw W. Wind, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
- Drs. E. Zijlstra, Koninklijke Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

Focusgroepen huisartsen en andere eerstelijns zorgverleners

Op 19 en 21 juni 2012 heeft de RVZ in samenwerking met Veldkamp Marktonderzoek bv een tweetal focusgroepen georganiseerd. Het doel was om zicht te krijgen op de aard, ernst en omvang van knelpunten in de zorg, en op mogelijke oplossingsrichtingen.

Deze focusgroepen bestonden uit de volgende personen.

Focusgroep huisartsen:

- Mevrouw R. Akram
- Mevrouw M. Boon
- J.A. Brienem
- Mevrouw E. Deijns - de Goede
- Mevrouw B.A. van Doorn
- E. de Heer
- G.A.M. van Huystee
- G.J.C. Smid
- F.J.M. van de Vijver

Focusgroep overige eerstelijns zorgprofessionals:

- Mevrouw drs. J.P. Buitenhok van Schooten
- Mevrouw J. Houwaard
- Mevrouw A. Koelewijn
- Mevrouw Y.M. Kramer
- Mevrouw J.E. Overste
- Mevrouw drs. T.J. Snaterse
- Mevrouw I. Spoorendonk
- Mevrouw M. Stamato

Werkbezoeken

De RVZ heeft tijdens het adviestraject een aantal werkbezoeken afgelegd.

Gemeente Enschede op 16 maart 2012: convenant met zorgverzekeraar Menzis; pilot WMO loket in het gezondheidscentrum; POH-jeugd ggz in Gezondheidscentrum Eudokia; Stichting POH-ggz Twente; zorgcentrum De Posten.

GGD Rotterdam Rijnmond op 30 maart 2012: Gebiedsgericht ontwikkelen en inkopen; zorgverzekeraars en gemeente; Woonservicegebieden (SoZaWe); Populatiegerichte zorg (Zorgimpuls); Vraagwijzer; Beweegprogramma's; Exit/Fit4Work (SoZaWe/Parnassia Bavo), Thuishavens.

Gemeente De Bilt op 2 april 2012: Project MENS; Gezondheidscentrum Essenkamp; Wijkrestaurant Bij de Tijd; Wijkservicecentrum Het Hoekie.

Koplopers projecten UMC St Radboud op 3 juli 2012: Wijkanalyses; Sociale wijkteams; Gezondheidsmakelaar; huisarts en CJG; Academisch gezondheidscentrum Thermion; Coöperatie voor wijkennis

Geconsulteerden

Tijdens het adviestraject is met de volgende personen gesproken:

- Prof. dr. W.J.J. van Assendelft, Leids Universitair Medisch Centrum
- Mevrouw A. de Boer, LHV
- Mevrouw dr. A. de Bont, BMG Rotterdam
- Mevrouw G. van Driesten, VNG
- Dr. R. Douven, Centraal Planbureau
- Mevrouw drs. E.A.M.J. van Eijk, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- J. van Genabeek, TNO, kwaliteit van Leven - Arbeid
- Mevrouw drs. E. van Groningen-Haas, De loodsboot
- W. den Hartog, Centraal BegeleidingsOrgaan
- Mevrouw L. Hazenkamp, VNG
- L.J. van der Heiden, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Mevrouw J. Hemke, bedrijfsarts
- Mevrouw J. Hogendorp, LHV
- Dr. J.B.F. Hutten, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Dr. R. Janssens, Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
- Mevrouw C.M.A. Kleijwegt-de Wit, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- L. Kliphuis, Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn
- Mevrouw drs. L.M. Kok, SEO Economisch Onderzoek
- Mevrouw dr. W.G.M. van der Kraan, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- R.M.F. van de Laar, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

- Mevrouw I.N.L.A. Lauxtermann, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- J. Manders, Kwaliteitsbureau NVAB
- B. van der Meijden, VNG
- Mevrouw J. Moerkerke, Stichting Welzijn Feijenoord
- K. Rosmalen, LHV
- Mevrouw C.J.M. van Ruiten, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Prof. dr. A.J.P. Schrijvers, Julius Centrum
- Mevrouw M. Smit, TNO, kwaliteit van Leven - Arbeid
- T. Thissen, Kwaliteitsinstituut Nederlandse Gemeenten
- Dr. M. Varkevisser, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam
- K. van Vliet, Kwaliteitsbureau NVAB
- Mevrouw ir. M.D. Wijnhoud, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- J.E. de Wildt, Commonsense BV en De Eerstelijns
- Prof. N. de Wit, Universitair Medisch Centrum Utrecht
- M. Zwier, Centraal BegeleidingsOrgaan

Op 13 november 2012 is de onderhavige materie besproken met de heer L.A.M. van Halder van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De Raad heeft het advies op 15 november 2012 vastgesteld.

Bijlage 3

Patiëntvignetten

In deze bijlage zijn een aantal patiëntvignetten opgenomen die beeldend een aantal situaties weergeven waarbij sprake is van meervoudige problematiek. De vignetten zijn gebaseerd op bestaande personen. De namen zijn gefingeerd. De vignetten zijn ontwikkeld door F. van Laar (huisarts Lent), P.J.C.M. Schure (huisarts Utrecht), mevrouw I. Horstik (Buurtteam Krachtig Overvecht-Zuid), mevrouw M. Hollander, mevrouw N. Pelger en prof.dr. N. de Wit (huisartsen Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra).

Joran: opvoedingsproblemen bij een peuter

De moeder van Joran (bijna drie jaar oud) belt de huisartspraktijk met het verzoek om een verwijzing voor een praktijk voor kinder- en jeugdpsychiatrie klaar te leggen. Omdat de achtergrond van deze vraag geheel duister is en de huisarts in principe niemand ongezien verwijst, maakt de assistente een afspraak voor het spreekuur van de huisarts.

Als geruime tijd later Joran op het spreekuur verschijnt is zijn moeder licht geïrriteerd. “Ik ben al verwezen en waarom dan nog zo’n gedoe om een briefje.” Zij overhandigt een print van een observatieverslag van Joran. Het verslag is geschreven door een pedagogisch medewerker die geconsulteerd is door het kinderdagverblijf waar Joran twee dagen per week verblijft. De conclusie van het verslag luidt: “In overleg met moeder wordt besloten Joran aan te melden bij “...” (instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie), dit moet via de huisarts en moeder gaat dit regelen. Als de huisarts vragen heeft mag hij contact opnemen”. Hoewel in het begin de irritatie wederzijds is lukt het de huisarts toch om uit te leggen dat een verwijzingsfunctie verantwoordelijkheden met zich mee brengt en dat hij graag zelf een oordeel wil vormen over hoe het met Joran gaat. Dit biedt voldoende opening voor een vervolg.

De moeder legt uit dat Joran heel dwingend en bepalend kan zijn wat regelmatig resulteert in driftbuien. Dit leest de huisarts ook terug in het verslag van de pedagogisch medewerker. Maar er staat ook dat deze verder geen opvallende bijzonderheden rapporteert. Joran is een “leuk, ondeugend kind” dat af en toe wel slecht oogcontact maakt, maar alleen “als hij iets niet wil”. Moeder bevestigt dat hij ook op het consultatiebureau binnen alle normaalwaarden valt en zich rap ontwikkelt qua taal- en psychomotorische ontwikkeling. Verder vertelt moeder dat ze zelf ook pedagogisch medewerker is bij een GGD en dat ze zich eigenlijk zorgen maakt of Joran geen ‘stoornis’ heeft. En dat ze bovendien behoefte heeft aan praktische handvatten om met zijn drift om te gaan. Al die tijd is Joran aanwezig in de spreekkamer en

vermaakt hij zich rustig met het beschikbare speelgoed. De huisarts knoopt makkelijk een gesprekje met hem aan over de plaatjes in zijn prentenboek. Uiteindelijk komen de huisarts en de moeder van Joran overeen om hem te verwijzen naar de lokale kinderpsycholoog waar al een vaste samenwerking mee bestaat. Deels ter verdere geruststelling en deels om de adviezen te krijgen waar zij behoefte aan heeft.

Aygul: een medisch en sociaal kwetsbare vrouw

Aygul (55) is een alleenstaande vrouw van Turkse afkomst. Zij woont in een driekamerflat in een Vogelaarwijk en leeft van de bijstand. Haar oudste zoon heeft een psychiatrische aandoening en woont bij haar. Zij is als jonge vrouw naar Nederland gekomen om te trouwen en heeft hier twee dochters en twee zonen gekregen. Ze heeft geen betaald werk verricht. Zij spreekt voldoende Nederlands om eenvoudige gesprekken te kunnen voeren.

Het huwelijk tussen Aygul en haar man was niet goed en zij is verschillende keren met haar kinderen naar een blijf-van-mijn-lijfhuis gevlucht. Uiteindelijk is ze van haar man gescheiden. Haar ex-man is verslaafd aan alcohol en ziet geesten (djins), net als zijn vader, die zelfmoord heeft gepleegd. Ook haar oudste zoon (38) die bij haar inwoont ziet djins. Aygul is de enige van haar familie die in Nederland woont. Omdat zij zich zeer kwetsbaar voelde, zonder familie waarop zij kon terugvallen, heeft zij erop aangestuurd dat haar dochters trouwden met neven uit haar familie. In het huwelijk van haar oudste dochter waren veel spanningen en uiteindelijk heeft een neef haar dochter neergestoken. Tijdens de daaropvolgende gevangenisstraf heeft hij zelfmoord gepleegd. Haar jongste dochter trouwde ook met een neef en kreeg tijdens de zwangerschap een hersenbloeding waardoor zij verlamd raakte en voortdurend zorg nodig had. Haar man heeft haar mee teruggenomen naar Turkije, zodat zij en zijn kind verzorgd konden worden door familie. Aygul mist haar dochter en haar gestorven schoonzoon heel erg. De oudste zoon is erg overheersend in huis. Hij wordt snel boos en kan dan zijn moeder uitschelden. Soms gaat hij hardhandig met haar om.

Aygul heeft diabetes en een hernia, fors overgewicht, slaapt slecht en heeft nachtmerries. Ze leeft een inactief bestaan. Ze gaat vaak naar de dokter met vage klachten. Het lukt haar niet om de voorschriften van haar arts zelfstandig op te volgen. Daardoor is het nog niet gelukt om de diabetes onder controle te krijgen ondanks wekelijks bezoek van de diabetesverpleegkundige en hulp van gespecialiseerde buurtzorg. Haar huisarts heeft haar een intensief traject aangeboden voor haar vage klachten, maar hieraan wilde ze niet meewerken. De praktijkondersteuner is een keer aan huis geweest om een beeld te krijgen van haar inwonende zoon en vermoedt bij hem psychotische problematiek.

Aygul wordt sinds kort ondersteund door het buurtteam. Daarbij kwam naar voren dat haar problemen moeilijk op te lossen zijn. Enerzijds komt zij niet in actie omdat zij aangeeft daarvoor te zware gezondheidsklachten te hebben. En zij komt niet tot het aanpakken van haar gezondheid omdat zij overmand wordt door haar sociaal-maatschappelijke zorgen. Anderzijds wordt zij belemmerd actie te ondernemen door haar trouw aan haar familie, vooral aan haar oudste zoon. Om haar situatie te verbeteren moet ze eerst de kracht vinden voor haar eigen welzijn op te komen. Het buurtteam en de huisarts hebben daarom gezamenlijk besloten om met alle hulpverleners (de huisarts, de praktijkondersteuner, de diabetesverpleegkundige, de buurtzorg en het buurtteam) samen op te trekken. Door gezamenlijk met haar te spreken laten zij haar enerzijds zien dat zij allen weten van haar moeilijke situatie en haar willen helpen. En anderzijds hebben ze haar er ook van kunnen doordringen dat hun hulp pas zin heeft als zij zelf de stap durft te zetten om voor haar eigen welzijn te kiezen.

Sinds dit gesprek is mevrouw gesterkt en in beweging gekomen. Zij heeft besloten weer te gaan fietsen en koffie te gaan drinken in het buurthuis. Dit is een eerste hoopvolle stap.

Temel: vader met psychische klachten, een complexe gezinssituatie en schulden

Temel is getrouwd en heeft 4 kinderen. Hij woont samen met zijn oudste zoon (25) die een Wajong uitkering heeft vanwege een lichte verstandelijke beperking. Temel werkt 32 uur per week bij een bakkerij. De familie is van Turkse komaf en het Nederlandse taalniveau is matig tot slecht. Zijn vrouw is terug verhuisd naar Turkije met twee dochters en een zoon. Dit omdat de verblijfsvergunning niet verlengd is van een van de dochters. Mevrouw is analfabeet in het Turks (moedertaal) en in het Nederlands. Het niet verlengen van de verblijfsvergunning lijkt te liggen aan administratieve ongeregelheden, zoals geen inschrijving bij de Gemeentelijke Basis Administratie, waarin de familie te weinig inzicht heeft gehad. Dit tekort aan inzicht lijkt te wijten aan taalvaardigheid en ontbrekende kennis van de wetgeving.

Er spelen veel problemen. Temel heeft geen overzicht meer over de situatie en is hierdoor toenemend apatisch. Hij geeft aan dat er weinig 'binnenkomt' doordat hij zoveel aan zijn hoofd heeft. Begin dit jaar heeft hij een zware operatie aan zijn maag gehad en hiervoor slikt hij nog medicijnen. Hij krijgt psychische hulp die gericht is op allochtonen en gebruikt ondersteunende medicijnen en slaaptabletten. Er is beslag op zijn inkomen gelegd door schuldeisers. De schulden zijn ontstaan doordat hij een eigen bakkerij had waarbij hij, naar eigen zeggen, is opgelicht door de boekhouder. Hij is aangemeld voor schuldhulpverlening maar door 'overvraging' en taalproblemen liep dit niet goed bij aanvang. Zijn vrouw geeft aan pas

voorgoed terug te willen komen als de problemen opgelost zijn. Ook geeft zij aan dat ze niet kan werken omdat ze lichamelijke klachten heeft.

Temel geeft aan dat hij geen invloed heeft op zijn oudste zoon. Deze is eerder uit huis gezet maar was niet handelbaar in de opvang. Hierdoor heeft Temel hem weer in huis genomen. Zijn zoon reageert met agressie als hij iets niet begrijpt. Hij wil niet financieel bijdragen aan het huishouden. Als Temel zijn zoon op iets aanspreekt dan leidt dit tot fysieke ruzies.

Temel kan de voorwaarden voor schuldhulpverlening niet vertalen naar concrete acties terwijl de Kredietbank dit wel verwacht. Deze wil dat hij onder bewind gaat bij een particuliere bewindvoerder maar Temel weet eigenlijk niet wat dit is en waar hij dit moet zoeken. Voor de Kredietbank is ook belangrijk dat de arbeidsmogelijkheden van zijn vrouw vastgesteld worden. Deze geeft aan dat zij om medische redenen niet zou kunnen werken en wil afgekeurd worden. Na overleg met de huisarts blijkt dat haar klachten medisch niet goed verklaarbaar zijn. Een andere voorwaarde voor schuldhulpverlening is dat de oudste zoon financieel gaat bijdragen aan het huishouden maar Temel kan dit niet uitleggen aan zijn zoon.

Bij de huisarts is de familie al jaren bekend als (sociaal) kwetsbaar en met een complexe problematiek. De huisarts kon geen beweging meer maken met de individuele gezinsleden. Twee leden van het buurtteam (met specialisme verpleegkundige- bemoeizorg en schuldhulpverlening) zijn in gesprek gegaan met Temel, zijn inwonende zoon en zijn vrouw bij de huisarts. In dit gesprek werd het de familie duidelijk dat ze een negatieve invloed op elkaar hadden op diverse vlakken (lichamelijk, financieel, psychisch). Dit gesprek is mogelijk geworden doordat de huisarts handvatten vanuit de Happinez methode heeft om in gesprek te gaan met patiënten en door de expertise van het buurtteam. Mevrouw accepteert dat ze niet afgekeurd gaat worden omdat haar klachten hiervoor niet voldoende zijn. De zoon ziet in dat hij een schuldenregeling in de weg staat als hij niet bijdraagt in het huishouden. Hij gaat nu wel bijdragen in het huishouden. Door deze aanpak is het gezin weer in beweging gekomen om gezamenlijk aan hun problemen te werken samen met de hulpverlening.

Lisa: vrouw in scheiding zoekt woning

Lisa (45), van oorsprong Dominicaanse, ligt in scheiding. Het onbegrip tussen haar en haar echtgenoot geeft veel spanningen waar hun vier kinderen ook onder lijden. De kinderen hebben spanningsgerelateerde klachten waaronder slaapproblemen. Zij zijn tussen de 6 en 14 jaar. Het gezin woont nog samen maar gezien deze spanningen, die de kinderen beamen, doet Lisa een verzoek aan de huisarts om te helpen bij de urgentie van een nieuwe woning. Lisa komt sterk over en weet niet dat ze voor deze urgentieaanvraag zich tot de gemeente moet richten.

De huisarts geeft aan dit soort situaties regelmatig mee te maken terwijl deze zorgvragen niet bij de huisarts horen. Om ervoor te zorgen dat mensen met huisvestingsproblematiek weten dat ze zich kunnen wenden tot de gemeente en daar “gehoord” worden, hebben de huisartsen gezamenlijk een website gemaakt waarmee zij hun patiënten de juiste richting kunnen wijzen. Ook Lisa heeft de huisarts met deze website kunnen verwijzen naar de gemeente.

Gezin de Groot: gezin met forse gezondheidsproblemen

Het gezin de Groot heeft vier zoons van 15 en 10 jaar en een tweeling van 8 jaar. Vader werkt uit huis, moeder is huisvrouw.

Allen hebben ze zeer fors overgewicht. De oudste zoon is bekend met een pervasieve ontwikkelingsstoornis, twee andere zoons met ADHD waarvoor ze Ritalin gebruiken.

De moeder zoekt de oorzaak van alle problematiek buiten zichzelf. Ze staat niet open voor voorlichting en heeft weinig draagkracht. Diverse disciplines zoals kinderarts, diëtisten, psycholoog en huisarts hebben moeite om “grip” en bijsturing op dit gezin te krijgen. Met onder andere dit forse overgewicht bij een ieder is het wachten op welvaartsziektes als suikerziekte, hoge bloeddruk, vaat- en gewrichtsproblemen.

Willeke: jonge vrouw met een lange ziektegeschiedenis

Willeke (32) is een samenwonende vrouw zonder kinderen. In haar middelbare schooltijd is zij veranderd van een gezond, opgewekt meisje in een jonge vrouw met veel zorgen en uitingen van hypochondrie.

Willeke raakt al op relatief jonge leeftijd, 24 jaar, ondanks haar goede opleidingsniveau, arbeidsongeschikt. Haar spreekuurbezoeken zijn veelvuldig geworden. Klachten blijven lang aanhouden, terwijl objectieve bevindingen summier zijn.

Vanaf haar 17e jaar heeft Willeke lage rugklachten. Later presenteert zij zich bij de huisarts met uitvalsverschijnselen. Deze blijken een psychische oorzaak te hebben. Er wordt wel een rughernia geconstateerd maar deze is te licht om te opereren. Veel hulpverleners worden gedurende het traject ingeschakeld. Schoolmaatschappelijk werk, bedrijfsartsen, diverse fysiotherapeuten en neurologen, tot aan dagopname in revalidatiecentrum toe. Intussen wordt bij haar inmiddels forse overgewicht een te snel (!) werkende schildklier gevonden. Omdat dit niet voor de hand liggend is en niet eerder gediagnosticeerd, heeft Willeke wederom een reden om haar onvrede over de medische wereld te uiten. Elke poging van de hulpverleners om haar aan te spreken op haar eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheid eindigen in verandering van hulpverleners. Voor de huisarts is het een haast onmogelijke taak overzicht te houden en vooral om gedragsverandering teweeg te kunnen

brenge. Telkens weet zij de aandacht op een oud of nieuw probleem te richten en ziet ze kans onderzoek naar de werkelijk onderliggende oorzaak van haar toestand van zich af te wenden. Ondanks het “niet-pluisgevoel” lukt het tot nu toe geen enkele hulpverlener de vinger op de zere plek te leggen.

Wendy: vrouw met een ogenschijnlijk normaal gezin

Wendy (54) is op latere leeftijd getrouwd met een wat oudere man (60). Haar echtgenoot is een hoogopgeleide man met een dochter (35) uit een eerder huwelijk. Als het echtpaar een aantal jaar is getrouwd komt deze dochter een periode bij hen in huis wonen. De relatie stiefmoeder /dochter is zeer matig.

Wendy bevalt op haar veertigste van een zoon. Twee jaar later wordt een dochter geboren. Naarmate deze dochter ouder wordt blijft zij lichamelijk achter in ontwikkeling. De echtelijke relatie is van meet af aan problematisch. De echtgenoot werkt hard in zijn eigen bedrijf. Het gezin heeft het financieel goed. Als vader thuis komt loopt hij tegen grote gebreken in de opvoeding op. Het huishouden laat te wensen over. De kinderen lijken goed verzorgd, maar al van peuterleeftijd af komt het regelmatig voor dat zij van school niet opgehaald worden of zonder eten moeten overblijven. Het sociaal opvangnet is aanvankelijk goed: andere moeders en leerkrachten ontfermen zich over de kinderen. Meldingen van bezorgdheid druppelen binnen op school en bij de huisarts. Uiteindelijk loopt de situatie zo uit de hand dat melding wordt gemaakt bij het meldpunt kindermishandeling.

Intussen komt het gezin uiterlijk niets te kort. Ze wonen in een prachtig huis in een mooie woonomgeving. Wendy rijdt opgedoft in een cabriolet het dorp rond. De kinderen worden intussen schuw, krijgen minder vriendjes. De zoon vertoont onvoorspelbaar gedrag en uit zich op het schoolplein vechtend. Hij is zeer zorgzaam naar zijn zusje en moeder. Hij is te serieus voor zijn leeftijd.

De dochter blijkt inmiddels een uitzonderlijke neurologische aandoening te hebben. Na veel aanpassingen kan zij in groep 5 toch niet mee in het reguliere basisonderwijs. Zij gaat naar het speciaal onderwijs. Vader zet zich veel voor zijn kinderen in. Wendy kan het gezin niet aan. Zij lijkt te vluchten in haar leefstijl van voorheen: winkelen, uiterlijk en alcohol. Het komt regelmatig voor dat zij de Eerste Hulp van het ziekenhuis bezoekt. Zij loopt een aantal polsfracturen op. Wendy meldt uiteindelijk bij de huisarts dat haar echtgenoot haar mishandelt, zowel geestelijk als lichamelijk. Deze beweert echter het tegenovergestelde. Tot overmaat van ramp krijgt vader een acuut hartinfarct, maar is na korte tijd, tegen doktersadvies in, weer volop aan het werk. Als vader thuis is lijkt het de kinderen beter te gaan. Wederom wordt meldpunt kindermishandeling ingeschakeld. Bij gebrek aan bewijs raakt de hulpverlening weer op de achtergrond.

Wel is er multidisciplinair hulp voor de dochter. De beide ouders houden elke vorm van individuele hulp af. Af en toe lijkt er toenadering: Wendy meldt zich bij een kliniek voor alcoholverslaving, maar meldt zich ook weer af.

Johan: oudere man in een spiraal van medische, psychische en sociale problemen

Johan (72), wiens echtgenote na een langdurig ziekbed 12 jaar geleden is overleden, is hertrouwd met de particulier verzorgende van zijn zieke echtgenote. Deze huidige echtgenote is van Peruaanse afkomst en heeft twee kinderen uit een eerdere relatie. Zij spreekt gebrekkig Nederlands. Zij is 20 jaar jonger dan haar Nederlandse echtgenoot. Samen krijgt het echtpaar vijf kinderen.

Met de oudste, niet eigen, zoon loopt het regelmatig vast. De 15-jarige jongen botst met de starre, dominante, agressieve opstelling van zijn stiefvader. De jongen bepaalt regelmatig de toch al gespannen sfeer in huis. Ook op school lokt hij conflicten uit. Schoolmaatschappelijk werk probeert contact met thuis te leggen. Ook via de scholen van de andere kinderen komen regelmatig signalen van ongerustheid. Bureau Jeugdzorg is ingeschakeld. De ouders gaan daar regelmatig naartoe. Een aantal kinderen lopen een ontwikkelingsachterstand op. De echtelijke relatie staat onder hoge spanning. Relatietherapie wordt gestart en weer afgebroken. Echtscheiding wordt voorzichtig overwogen.

De afgelopen jaren heeft Johan te kampen met veel lichamelijke problemen. Hij heeft hart- en longklachten. Tevens heeft hij hardnekkige jichtklachten. Hij is bekend met suikerziekte en hoge bloeddruk en heeft overgewicht.

Voorheen beschikte Johan over goede financiële middelen. Sinds zijn tweede huwelijk, de vele kinderen en mogelijk de manier van omgaan met geld van zijn huidige echtgenote raakt het gezin in grote financiële problemen. Het gezin moet verhuizen naar een te klein huis in een laag-sociale woonomgeving. Er ontstaat betalingsachterstand. Het gezin klopt aan bij de schuldhulpverlening. Maatschappelijk werk is ingeschakeld. De contacten met jeugdzorg en maatschappelijk werk lopen moeizaam: veelvuldig worden afspraken op een laat moment afgezegd.

De doktersbezoeken worden met woede opgeëist. Vaak loopt er iets mis van beide kanten waardoor afspraken niet doorgaan. Het komt ook regelmatig voor dat bij verwijzingen meneer te maken krijgt met lange wachttijden, wisseling van hulpverleners, en dan een excuus vindt om zich af te melden. Telkens weer gaat dit gepaard met veel boosheid, tot agressie aan toe.

Johan heeft telkens weer vele hulpvragen, legt deze neer bij de huisarts, zich uitend in grote verontwaardiging, boosheid en steeds teruggrijpend naar wat hem allemaal zo overkomen is. Een en ander escaleert bijna na een zeer agressieve opstelling naar de praktijkondersteuner-ggz. Hulpverleners haken af. De huisarts wil een persoonlijkheidsstoornis en/of beginnende dementie uitsluiten en verwijst naar een tweedelijns ggz-instelling. De wachttijd is erg lang: 3 maanden. Na een intake gesprek wordt Johan aangeraden zijn heil elders te zoeken. De communicatie tussen diverse hulpverleners loopt moeizaam.

Er is sprake van complexe problematiek. Behalve lichamelijke zijn er grote problemen in de gezinssituatie en binnen de primaire steungroep. Tevens zijn de problemen gebonden aan de sociale omgeving. Daarbij is er sprake van een depressieve stemmingsstoornis bij een persoon met narcistische trekken. Er is sprake van agressie. Het gezin is aangemeld bij het meldpunt kindermishandeling. Er heerst een zeer labiel evenwicht.

Cora: moeder die vecht voor haar gezin en zichzelf

Cora (33) heeft een goede baan als accountant en is net met haar man en zoon Bas naar een nieuwbouwwijk verhuisd. Als Bas 8 maanden oud is, wordt hij met koorts en rode plekjes op zijn lichaam naar de kinderarts verwezen. In het ziekenhuis blijkt Bas een agressieve vorm van bloedkanker te hebben. Er volgt een intensief behandeltraject waarbij Cora en haar man geen moment van de zijde van hun zoon wijken. Alle details van de behandeling worden gevolgd. De werkgever van Cora geeft haar de ruimte om er voor haar zoon te zijn in dit proces. De werkgever van haar man grijpt de veelvuldige afwezigheid van hem aan om hem te ontslaan in een crisisperiode. Weer een slag.

De ziekenhuisomgeving ontfermt zich over dit gezin en geeft hun de nodige steun en warmte. Moeder zelf beschrijft dit terugkijkend als een warm bad. Ze zien daar ook dat het soms met deze ziekte niet goed afloopt als een ander kind uit hetzelfde ziekenhuis overlijdt. Na een moeilijke en intensieve behandelperiode mag Bas kort na zijn eerste verjaardag terug naar huis om bij te komen van de behandeling en om aan te sterken. Hoe het komende periode zal lopen, is erg onzeker. Ze kan niet meer dagelijks aankloppen bij de kinderafdeling van het ziekenhuis.

Cora klopt aan bij de huisarts omdat het erop lijkt dat ze zichzelf en haar rol weer moet gaan uitvinden. Vechtend als een leeuwin voor haar kind is ze zichzelf voorbijgelopen. Aansluiting met moeders van leeftijdgenootjes van haar zoon is lastig omdat ze moeilijk begrip kan opbrengen voor klachten over loopneuzen en koorts. In haar ogen zijn dit triviale zaken geworden. De huisarts verwijst haar naar de POH-ggz van de praktijk om in een aantal steunende gesprekken te kijken wat zij kan betekenen.

Mevrouw Oubasi: vrouw ondervindt hindernissen bij een opleiding en baan

Mevrouw Oubasi (44) en haar man zijn afkomstig uit Egypte. Samen hebben ze twee kinderen. Ze komt bij de huisarts met klachten van somberheid en slecht slapen. Ze heeft al een aantal gesprekken gehad bij de SPVer. Daaruit bleek dat er relatieproblemen zijn. Echter uit religieuze en financiële overwegingen wil ze niet scheiden. In een relaas vertelt ze waar ze allemaal tegenaan loopt. Allereerst maakt ze zich zorgen om haar familie in Egypte. Haar nicht is met een kind ontvoerd en de familie weet niet meer of ze nog in leven zijn. In Nederland wil ze heel graag aan de slag. Ze heeft een MBO opleiding voor kinderopvang nagenoeg afgerond maar kon haar eindverslag niet afmaken vanwege dyslexie. Hierdoor heeft ze tot haar grote frustratie geen diploma ontvangen. Nu doet ze schoonmaakwerk wat onder haar niveau ligt en lichamelijk zwaar is.

Er volgt een gesprek over wat haar hulpvraag is. Medicatie ziet ze niet zitten omdat ze eerder heel snel last heeft gehad van bijwerkingen. Bovendien zegt ze dat medicatie haar problemen niet oplost. In gesprekken ziet ze ook geen heil. Ze is slim genoeg om in te zien dat een therapeut haar dagelijkse ergernissen niet gaat oplossen. Graag zou ze geholpen worden bij het vinden van een goede opleiding en een baan want ze wil niet afhankelijk zijn van de staat. Ze heeft ook al met maatschappelijk werk en andere instanties gesproken. Echter, doordat ze allochtoon is met dyslexie valt ze overal tussen wal en schip. Voor elk werkintegratieproject wat haar bevalt moet ze kunnen lezen. De huisarts heeft hier kant-en-klaar antwoord op.

De heer Hogendoorn: een overbelaste bouwopzichter

De heer Hogendoorn (60) is werkzaam als opzichter in de bouw. Hij komt huilend bij de huisarts binnen en vertelt dat het niet goed met hem gaat. De huisarts heeft hem de twee jaren daarvoor niet gezien. Hij vertelt niet meer goed te slapen, te piekeren en overal pijntjes te hebben. Soms een druk op de borst, tintelingen in de vingers en een droge mond. Dit kan zomaar toeslaan ook al zit hij rustig in de stoel. Er is de afgelopen periode veel gebeurd. Zijn vrouw heeft al tijden last van nekkklachten en zit daardoor al een paar maanden thuis. Hij moet naast zijn werk ook het huishouden runnen. Bovendien is hij erg druk met zijn bejaarde ouders. Hij heeft nog 1 broer en 2 zussen. Zijn moeder zit al een paar maanden in een hospice een paar dorpen verderop. Ze heeft versleten hartkleppen en heeft niet meer lang te leven. Zijn vader is ernstig dement, en wordt in een verpleeghuis verzorgd. Afgelopen week kreeg zijn vader koorts. De dokter stelde een longontsteking vast en legde hem de vraag voor of ze zijn leven nog met een antibiotica kuur moesten verlengen. De heer Hogendoorn was er nog niet aan toe om zijn vader te laten gaan en heeft aangedrongen op doorbehandelen. Zijn vader is inmiddels weer opgeknapt maar in de familie woedt nog steeds de discussie met broer en zussen of dit wel het juiste besluit was.

Een paar jaar geleden heeft hij vergelijkbare klachten gehad. Toen speelde er een arbeidsconflict waarbij hij gepasseerd was voor een promotie. Dit zit hem nog steeds dwars. Hij had de laatste fase van zijn werkzame leven graag nog een stapje verder gemaakt. Samen met de heer Hogendoorn besluit de huisarts om hem te verwijzen naar de POH-ggz om de hulpvraag meer duidelijk te krijgen.

De heer Van Dijk: arbeidsongeschikt en een escalerende situatie

De heer Van Dijk (59) is sinds 15 jaar arbeidsongeschikt in verband met rugklachten. Hij woont in een achterstandswijk in een middelgrote gemeente. Zijn vrouw is 10 jaar geleden bij hem weggegaan. Sindsdien woont hij samen met zijn 20-jarige zoon. Daarnaast heeft hij nog een 23-jarige dochter die twee straten verder woont.

De heer Van Dijk komt zeer frequent op het spreekuur van de huisarts. Hij heeft allerlei lichamelijk klachten, met name in rug en gewrichten, die in het verleden uitgebreid specialistisch onderzocht zijn maar waar nooit een verklaring voor is gevonden. In overleg met de huisarts is toen afgesproken om te proberen die klachten zoveel mogelijk in het contact met de huisarts op te lossen zonder meteen weer naar het ziekenhuis te gaan.

Hij komt de dag door met televisie kijken, slapen op de bank en komt de deur niet meer uit. Zijn scootmobiel heeft hij ingeleverd. Met zijn zoon heeft hij een moeizame relatie. Deze werkt onregelmatig, blout veel en draagt niet veel bij in het huishouden. De dochter komt elke dag avondeten brengen. Voor het huishoudelijk werk en de boodschappen is jaren terug in overleg met de huisarts huishoudelijke hulp toegekend, twee uur per dag. Daarnaast komt er regelmatig een maatschappelijk werkster bij hem langs met wie hij het goed kan vinden. Op deze manier blijft het systeem redelijk 'overeind'.

Op zekere dag wordt de huisarts gebeld door de dochter met de vraag of hij bij haar vader langs wil gaan. In het weekend is de crisisdienst bij hem geweest want haar vader "wilde er een eind aan maken". De huisarts maakt een huisvisite en hoort het verhaal van de heer Van Dijk aan. Het blijkt dat de huishoudelijke hulp per direct is stopgezet omdat hij niet aan de herziene indicatie voldeed. De maatschappelijk werkster had aangekondigd dat ze haar bezoeken drastisch moest terugschroeven in verband met bezuinigingen. Hij had het gevoel dat alle grond onder hem weggleed en zag nog maar één oplossing.

De huisarts legt contact met de thuiszorg, het AMW en de crisisdienst en wijst nog eens op het belang van regelmatige ondersteuning in de labiele situatie van de heer Van Dijk. Gezamenlijk wordt besloten om hem uit de ggz te houden en de POH-ggz van de huisarts te vragen een wekelijks contactmoment met hem af te spreken.

De heer Pauls: een overbelaste mantelzorger

De heer Pauls (84) woont met zijn echtgenote (82) zelfstandig in een middelgrote gemeente. Hij heeft een loodgietersbedrijf gehad, en heeft zich na zijn pensionering toegelegd op zijn grote hobby: fossielen verzamelen. Hij heeft zijn leven lang al last van manisch depressieve episodes en gebruikt daarvoor antidepressiva.

De laatste vijf jaar wordt het leven van het echtpaar gecompliceerd door de geestelijke achteruitgang van mevrouw. Ze werd toenemend vergeetachtig waaraan na een bezoek aan de geriater de diagnose beginnende dementie is verbonden. Vanuit de regionale psychogeriatrische dienst wordt ze eens per maand bezocht. Haar echtgenoot werd mantelzorgondersteuning aangeboden maar daar voelde hij niet voor. Hij zou zelf wel voor zijn vrouw zorgen.

De huisarts merkte bij de regelmatige bezoeken van de heer Pauls aan het spreekuur in verband met zijn hypertensie dat zijn stemming verslechterde. Hij vertelde steeds somberder te worden, en steeds slechter te slapen. De zorg voor zijn vrouw 'liep best', er kwamen naar zijn zeggen meer dan genoeg hulpverleners over de vloer.

De huisarts verhoogde de dosering antidepressiva, maar dat had weinig effect. Toen de huisarts nog eens goed doorvroeg bleek dat de heer Pauls al meer dan een jaar compleet in beslag werd genomen door de verzorging van zijn vrouw. Hij kon haar geen moment alleen laten, deed boodschappen als er even bezoek was of vroeg de buurvrouw even op te passen. Zijn hobby had hij er aan moeten geven, zijn bezoeken aan de fossielenclub had hij stopgezet.

De huisarts belde de psychogeriatrische dienst, die zeer verbaasd waren omdat het echtpaar Pauls in de ogen van de bezoekend SPV-er een zeer stabiele indruk maakte. In overleg werd besloten om voor te stellen dat mevrouw twee dagen per week naar de dagopvang zou gaan. Met enige overtuigingskracht ging de heer Pauls hiermee akkoord.

Drie maanden later meldde hij de huisarts dat hij zich veel beter voelde, en dat er een last van zijn schouders was gevallen. Hij had weer tijd voor zichzelf, sliep weer beter, en had zelfs zijn hobby weer opgepakt.

Irma: een jonge vrouw met een borderline persoonlijkheid

Irma (29) zit al jaren in de categorie 'moeilijke patiënten' van de huisarts. Ze heeft een moeilijke jeugd gehad: vader was alcoholist, moeder was depressief en Irma en haar twee broertjes hebben erg geleden onder de gezinsproblemen.

Irma is jong getrouwd met een collega van haar werk en heeft twee kinderen. Ze heeft een tijdje in een buitenschoolse opvang gewerkt, maar is daar na de geboorte van haar tweede kind mee gestopt. Vanaf haar jeugd heeft ze gedrags- en persoonlijkheidsstoornissen ontwikkeld die uiteindelijk zijn samengebracht onder de diagnose 'borderline persoonlijkheid'.

Haar medische en psychische problemen komen in fases die veelal eenzelfde patroon volgen. In haar moeilijke periodes presenteert ze zich zeer frequent in de zorg met een scala aan lichamelijke klachten waarvoor ze van de huisarts onmiddellijke oplossingen vraagt. Als dat niet op korte termijn lukt neemt ze vaak zelf de directe route naar het ziekenhuis of zoekt hulp buiten kantoortijden via de huisartsenpost. Haar consultatiegedrag neemt enorme vormen aan en de huisarts slaagt er niet in om enige coördinatie over haar zorgproces te houden. Uiteindelijk, als al het onderzoek niets heeft opgeleverd, en andere zorgverleners haar beginnen af te wijzen komt ze meestal bij de huisarts terug en wordt ze, vaak met hulp van haar echtgenoot, toegankelijk voor een meer psychosociale invalshoek. In die fase escaleert dan de psychische problematiek, presenteert ze zich vaak suïcidaal en komt met de ggz-hulpverlening in aanraking. Ze wordt in de loop van de jaren een aantal malen opgenomen in de psychiatrie waarvan twee keer gedwongen. In verband met de impact van haar problematiek is ook de jeugdzorg betrokken geraakt bij de hulpverlening.

Voor de huisarts is coördinatie van de zorg aan Irma de grote uitdaging. Vanaf de eerste fase moet een consistent beleid worden gevoerd, op somatisch gebied met het ziekenhuis en de huisartsenpost, op psychiatrisch gebied met de regionale ggz-instellingen en op sociaal medisch gebied met Jeugdzorg en AMW. Ook in zijn eigen praktijk zijn de assistentes en de POH-ggz inmiddels volledig geïnstrueerd over het beleid rond Irma. Als een van de betrokken organisaties zich aan de coördinatie 'onttrekt' duikt Irma weer een verder traject in bij de betreffende afdeling en escaleert haar problematiek, soms met desastreuze gevolgen voor Irma en haar gezin.

Van borderline patiënten moet je er niet meer dan twee in je praktijk hebben, verzucht de huisarts.

Bijlage 4

Mededingingswetgeving en ketensamenwerking

De vraag in hoeverre de Mw van toepassing is bij ketensamenwerking is afhankelijk van de uiteindelijk gekozen samenwerkingsvorm. In de mate en aard van samenwerking zijn vele gradaties mogelijk. Een essentieel onderscheid is die tussen samenwerking waarbij de aanbieders afzonderlijke juridische entiteiten blijven en tussen fusies of een gezamenlijke onderneming in een nieuw te vormen juridische entiteit. Het eerste geval is te duiden als een ketenverband of zorggroep (NMa/NZa, 2010).

Deelnemers aan een ketenverband kunnen de mededinging beperken door bijvoorbeeld prijsafspraken, afspraken over verdeling van de markt, aanbestedingsafspraken, of uitsluiting van marktpartijen. Het is aan partijen zelf om vooraf te beoordelen of aan de wettelijke criteria is voldaan om buiten het bereik van het kartelverbod te blijven (Mw art. 6.3):

- de samenwerking moet bijdragen aan een verbetering van productie of distributie dan wel een technische of economische vooruitgang opleveren;
- de voordelen die uit die samenwerking voortvloeien moeten voor een redelijk deel ten goede komen aan de gebruikers;
- de concurrentie mag niet verder worden beperkt dan strikt noodzakelijk is;
- er moet voldoende concurrentie op de markt overblijven.

Fusies of gezamenlijke ondernemingen zijn vergunningsplichtig waarbij de NMa vooraf toetst of deze de concurrentie kunnen beperken. Volgens het samenwerkingsprotocol tussen de NMa en de NZa gaat de NZa na wat de gevolgen zijn voor de publieke belangen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Voor de gevolgen voor de kwaliteit vraagt de NZa op haar beurt advies aan de IGZ. Deze toets vooraf geldt voor die partijen die zijn te kwalificeren als onderneming in functionele zin. Hiervoor is de aard van de activiteit het criterium, waarbij bepalend is of deze op een markt onder concurrentie wordt aangeboden. Deze toets vooraf geldt dus ook in geval de lokale overheid besluit een taak niet exclusief door een gemeentelijke dienst te laten uitvoeren en deze onderbrengt in een nieuw te vormen gezamenlijke onderneming van aanbieders. Verder geldt de toets ook voor ondernemingen die bij wettelijk voorschrift of door een bestuursorgaan zijn belast met het beheer van diensten van algemeen economisch belang. Een vergunning mag dan niet worden geweigerd als het niet toestaan van de fusie of gezamenlijke onderneming de uitvoering van deze activiteiten belemmert (Mw art 41.3).

Bij fusies die te beoordelen zijn als concurrentiebeperkend kan succesvol een beroep worden gedaan op het argument van efficiëntieverbetering. Hiervan is sprake als “afnemers de verandering van een dienst of product in alle facetten (kwaliteit, prijs, en bereikbaarheid) gezamenlijk positief waarderen.” (NMa, 2010).

Voor de beoordeling van mededingingsbeperking is van belang wat de relevante markt is. De NMa gebruikt hiervoor de dimensies productmarkt en geografische markt, waarbij zij voor elk product een eigen geografische reikwijdte hanteert (NMa, 2010). Deze geografische markt is bijvoorbeeld voor eerstelijnszorg lokaal en voor thuiszorg regionaal. Wanneer aanbieders die op verschillende markten opereren het initiatief nemen tot de vorming van basiszorgteams door samenwerking in ketenverband bestaat mededingingsrechtelijk in principe geen bezwaar. Doorgaans zullen deze aanbieders echter afspraken maken over het exclusief doorverwijzen van patiënten naar elkaar. Hierdoor bestaat de kans dat patiënten worden “opgesloten” in de keten. Ook dit is niet bezwaarlijk zolang de voordelen van deze samenwerking opwegen tegen de nadelen van (mogelijke) uitsluiting van andere partijen. Hiervoor is nodig dat partijen deze voordelen vooraf goed in kaart brengen en kwantificeren.

De mededingingsrechtelijke situatie is anders als meerdere aanbieders per deelmarkt in ketenverband participeren. Dit roept de vraag op of de samenwerking in ketenverband tot een zodanig dienstenpakket kan leiden dat feitelijk van een uniek product sprake is. Tot nu toe hanteert de NMa de lijn dat elk onderdeel van de bundel een eigen markt heeft. Een situatie waarin mededingingsrechtelijk van een uniek product sprake is zal minder snel beoordeeld kunnen worden als concurrentiebeperkend gedrag door partijen op elk van hun markten. Wel ontstaat een monopoïde marktstructuur met risico op misbruik van marktmacht. In deze situatie is in eerste instantie de NZa aan zet met het AMM-instrument waarmee zij partijen verplichtingen kan opleggen voordat de NMa machtsmisbruik beoordeelt en eventueel bestraft.

Een situatie waarin een gemeente, mogelijk in samenwerking met een of meer zorgverzekeraars, besluit om bepaalde taken aan te besteden aan basiszorgteams zou kunnen leiden tot marktverlies voor aanbieders aan wie de opdracht niet wordt gegund. Immers, het unieke zorgaanbod van de basiszorgteams kan leiden tot verschuiving van patiënten. Dit geldt te meer wanneer bepaalde gemeentelijke taken hier onderdeel van uit maken. Compensatie van marktverlies is niet aan de orde mits de gunningscriteria objectief zijn en uniform worden toegepast zodat aanbieders gelijke kansen hebben.

Bijlage 5

Kosten en baten van interventies bij meervoudige problematiek

Hier zijn enkele voorbeelden beschreven van programma's gericht op verschillende doelgroepen met meervoudige problematiek. Deze casussen illustreren dat een intersectorale aanpak kan leiden tot maatschappelijke opbrengsten op diverse beleidsterreinen.

De voorbeelden zijn gericht op multiprobleemgezinnen en op personen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt en met psychische problematiek. Ongeveer 1% van de gezinnen kan worden beschouwd als multiprobleemgezin (hoofdstuk 2). Bij meer dan de helft hiervan is sprake van psychische problematiek, en bij ongeveer 80% van schuldenproblemen (JSO, 2008). Van de ruim 300.000 bijstandsgerechtigden heeft circa de helft psychische problematiek en is ongeveer een kwart onder curatieve behandeling in de ggz (APE, 2011).

Voorbeeld A: Perry Preschool-programma

Dit is een voorschoolse educatieprogramma ontwikkeld in de VS en gericht op 3- en 4-jarige kinderen in een achterstandsmilieu. Hun ouders hadden gemiddeld een lage intelligentie (IQ <80). Het doel van het programma is het terugdringen van onderwijsachterstanden in de voorschoolse periode. De kinderen kregen les gedurende enkele uren per dag, en hun ouders kregen wekelijks huisbezoeken. Dit programma is in Nederland bekend in aangepaste vorm (zonder de huisbezoeken) onder de naam Kaleidoscoop. Het Perry Preschool-programma leidt onder meer tot eenderde minder schooluitval, een effectievere schoolloopbaan, en op lange termijn (resultaten gemeten tot 27 jaar) tot een betere economische positie, minder criminaliteit en een betere thuissituatie.

Voorbeeld B: Nurse-Family Partnership programma

Dit is een programma ontwikkeld in de VS en gericht op moeders die een laag inkomen hebben en/of alleenstaand zijn, en die hun eerste kind verwachten. Het programma bestaat uit regelmatige huisbezoeken die starten tijdens de zwangerschap en duren tot het kind 2 jaar is. De bezoeken vinden plaats door verpleegkundigen die geschoold zijn in het geven van oudervolichting en het betrekken van de sociale omgeving. Zij verwijzen op indicatie naar zorgverleners voor medische hulp of hulp bij scholing en het zoeken naar werk. In Nederland is dit programma bekend onder de naam VoorZorg. Het programma heeft positieve effecten op het verloop van de zwangerschap, op opvoedvaardigheden en onderwijsdeelname van de moeder, leidt tot minder meldingen van kindermishandeling, en de kinderen vertoonden op langere termijn minder antisociaal gedrag.

Voorbeeld C: Fit4Work

Fit-4-Work is een aanpak waarbij langdurig uitkeringsgerechtigden met psychische problemen direct aan het werk gaan. Dit programma start in Amsterdam, Rotterdam, Capelle aan de IJssel, Den Haag en Utrecht. Het programma start meestal eerst met scholing en training, en pakt vervolgens de zaken aan die belemmeren dat deelnemers aan het werk gaan door medische en psychische hulp, thuishulp en wijkaanpak. Een casemanager coördineert de ondersteuning. De meeste ervaring met dit programma bestaat in de VS. In Nederland is een soortgelijk project geëvalueerd in Rotterdam. De voordelen van deze aanpak zijn een hoger inkomen voor de deelnemers, een grotere uitstroom uit de uitkerings situatie, positieve gezondheidseffecten en waarschijnlijk een lager beroep op zorg (vooral AWBZ).

Voorbeeld D: Thuisbegeleiding van psychiatrische patiënten

Thuisbegeleiding helpt psychiatrische patiënten op een praktische manier bij het structuur aanbrengen in het dagelijks leven, persoonlijke hygiëne en het omgaan met een stoornis of beperking. Een vaste begeleider bezoekt de cliënt enkele uren per week. Volgens onderzoek van SEO maakt het voor het resultaat niet uit of de begeleiding plaats vindt vanuit een thuiszorgorganisatie of een GGZ-instelling (door FACT-teams). Thuisbegeleiding zorgt er voor dat cliënten minder vaak worden opgenomen in het ziekenhuis en vaker zelfstandig kunnen blijven wonen. De kosten-baten verhouding is het gunstigst bij matig-intensieve begeleiding (4 uur per maand) van ernstig psychiatrische patiënten (geschiedenis van veel ziekenhuisopnames), maar is ook bij minder ernstige patiënten nog positief. In de toekomst betaalt de gemeente voor thuisbegeleiding, terwijl de besparingen aan ggz ten gunstige komen van de zorgverzekeraar.

Tabel B5.1 Kosten en baten per programma, per deelnemer

	Perry Preschool (\$ per kind, prijspeil 1991)	Nurse-Family Partnership (VoorZorg) (\$ per kind, prijspeil 1996)	Fit4Work (€ per deelnemer)	Thuisbegeleiding ernstige psychiatrische patiënten (€ per deelnemer)
Programmakosten	14.700	6.100	2.800	950
Begeleiding op het werk	--	--	200	--
Baten				
↓ zorgkosten	--	100	Positief	3.700
↓ begeleid wonen	--	--	--	3.300
↓ uitkeringen	3.500	14.100	200	--
↓ onderwijskosten	7.500		Positief	--
↑ arbeidsinkomen	--	1.000	7.000	--
↑ belastinginkomsten	10.500	5.700		--
↓ justitiële kosten	15.200	4.800	Positief	--
↓ criminaliteit	68.500	5.100	Positief	--

Bron: RMO, 2006; Houkes et al., 2011; Kok et al., 2011; Kok, 2012

Bijlage 6

Literatuurlijst

- APE. (2011). Tabellenboek geneeskundige ggz 2009. Den Haag: APE.
- Astri. (2011). Profilering langdurig zieke vangnetters. Leiden: Astri.
- B&A groep. (2009). Combinaties van zorg bij jeugdigen.
van Beljouw I, Verhaak P, Prins M, Cuijpers P, Penninx B, Bensing J. (2010).
Reasons and determinants for not receiving treatment for common mental disorders. *Psychiatric Services* 61:250-257.
- Berden C, Kok L. (2011). Kosten en baten van welzijn en maatschappelijke dienstverlening. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.
- van den Berg MJ, Kolthof ED, de Bakker DH, van der Zee J. (2004). Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL.
- Beter Samen In Noord (BSIN). Projectdocumentatie.
- Binnenlands Bestuur. (2012). Bureaucratie probleemgezinnen kost miljarden. Persbericht 28 juli 2012.
- BMC. (2012). De Zichtbare schakel-verpleegkundige: een hele zorg minder.
- Brabers AEM, Reitsma-van Rooijen M, de Jong JD. (2012a). Gebruik van internet voor gezondheidsinformatie. *Huisarts & Wetenschap* 55:359.
- Brabers AEM, Reitsma-van Rooijen M, Wigtersma L, de Jong JD. (2012b). Samenwerking in de zorg kan beter denken zowel zorggebruikers als artsen. Utrecht: Nivel.
- Burik AE van, Vianen RT. (2006). Multiprobleemgezinnen in de Agglomeratie Amsterdam. Woerden: Adviesbureau van Montfoort.
- Chernew M. Hogere eigen bijdrage is domme maatregel. Interview *Financieel Dagblad* 10-10-2012.
- Cronan TA et al. (1998). *Arthritis Care Research* 11:326-334.
- van Dijk S, Knispel A, Nuijen J. (2011). GGZ in tabellen 2010. Utrecht: Trimbos-instituut.

van Dijk-de Vries A, Moser A, Mertens VC, van der Linden J, van der Weijden T, van Eijk JT. (2012). The ideal of biopsychosocial chronic care: how to make it real? A qualitative study among Dutch stakeholders. *BMC Fam Pract* 13:14.

van Dijk CE. (2012). Changing the GP payment system: do financial incentives matter? Utrecht: NIVEL

van Ewijk H. (2010). Maatschappelijk werk in een sociaal gevoelige tijd. Amsterdam: Humanistics University Press / SWP.

Friedberg MW, Hussey PS, Schneider EC. (2010). Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. *Health Affairs* 29:766-72.

Gezondheidsraad (2008). Ouderdom komt met gebreken. Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008/01.

Gezondheidsraad (2011). Laaggeletterdheid te lijf. Signalering ethiek en gezondheid, 2011/1. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid.

de Graaf R, ten Have M, van Dorsselaer S. (2010). De Psychische Gezondheid van de Nederlandse Bevolking. NEMESIS-2: Opzet en Eerste Resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut.

de Groen B, van Harten M. (2012). Arrangementen op het grensvlak tussen Zorg & Welzijn – Een verkenning van wijkinitiatieven. Utrecht: Vilans.

Groffen W. (1974). De echelonnering van de gezondheidszorg: een denkbeeld en een misverstand. *Medisch Contact*;29:929-932.

Hansen J, van Greuningen M, Batenburg RS. (2010). Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn: achtergronden en resultaten van een trend- en verdiepingsstudie. Utrecht: NIVEL.

Hermanns J. (2009). Het opvoeden verleerd (oratie). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Heijmans M, Spreeuwenberg P, Rijken M. (2010). Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken. Rapportage 2010. Utrecht: Nivel.

Hoeymans N, Schellevis FC, Wolters I. (2012). Hoeveel mensen hebben één of meer chronische ziekten? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en

ziekte\Ziekten en aandoeningen\Chronische ziekten en multimorbiditeit, 12 december 2008. Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 4.9, 27 september 2012.

Hopman EPC, Batenburg RS, de Bakker DH. (2009). Organisatorische samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn - een verkenning. Utrecht: Nivel.

Houkes A, Kok L, Willebrands D. (2011). Kosten en baten Thuisbegeleiding voor gezinnen. Amsterdam: SEO economisch onderzoek.

Inspectie Werk en Inkomen. (2010). Maatwerk bij meervoudigheid. Domeinoverstijgende dienstverlening aan mensen met meervoudige problematiek. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

JSO (2008). Een kwestie van goed regelen. Over multiprobleemgezinnen, coördinatie van zorg en gezinscoaching. Handreiking bij implementatie. Gouda: JSO.

Junger M. (2006). Naar een kosteneffectief beleid ter voorkoming van antisociaal gedrag. In: Doorten I & Rouw R (red.). Opbrengsten van sociale investeringen. Den Haag: Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling.

KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst). (2010). Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. KNMG-standpunt. Utrecht: KNMG.

KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF. (2010). Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Utrecht.

Kok L, Burdorf L, van Rijn R, Theeuwes J. (2011). Fit-4-Work: een ex-ante kosten-baten analyse. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.

Kok L. (2012). Kosten en baten Thuisbegeleiding voor psychiatrische patiënten. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.

Kunst AE, Meerding WJ, Varenik N, Polder JJ, Mackenbach JP. (2007). Sociale verschillen in zorggebruik en zorgkosten in Nederland 2003. Bilthoven: RIVM.

van der Laan Y. (2007). Aanpak multiprobleem gezinnen. Een onderzoek ten behoeve van het Informatie- en Kennispunt ikp Sociale Veiligheid Fryslân. Groningen: Centrum voor Maatschappelijke Ontwikkeling.

Lamberts H, Hofmans-Okkes IM. (1994). Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk: een kwestie van competentie en autonomie bij artsen en patiënten. *Ned Tijdschr Geneeskd* 138:118-122.

Leentjens A. (2006). Ziekenhuispsychiatrie. In: Hengeveld MW, van Balkom AJLM, editors. *Leerboek Psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom; pp 489-498.

Leue C, Buijs S, Strik J, Lousberg R, Smit J, van Kleef M, van Os J. (2012). Observational evidence that urbanisation and neighbourhood deprivation are associated with escalation in chronic pharmacological pain treatment: a longitudinal population-based study in the Netherlands. *BMJ Open* 2:e000731.

LHV/VNG/VWS. (2011). De samenwerking tussen huisarts en gemeente. Een eerste analyse.

Lokkerbol J, Verhaak P, Smit F. (2011). Op zoek naar een kosteneffectieve basis ggz. Utrecht: Trimbos-instituut.

Lorig KR et al. (2001). Chronic Disease Self Management Program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care* 39:1217-1223.

Margolius D, Bodenheimer T. (2010). Transforming primary care: from past practice to the practice of the future. *Health Affairs* 29:779-84.

Minne B, Webbink D, van der Wiel H. (2009). *Zorg om zorgleerlingen*. Den Haag: CPB.

Nicas (2010). *De rotonde van Hamed*.

NMa (Nederlandse Mededingingsautoriteit). (2010). *Richtsnoeren voor de zorgsector*.

NMa/NZa (Nederlandse Mededingingsautoriteit, Nederlandse Zorgautoriteit). (2010). *Richtsnoeren Zorggroepen*.

NZa (Nederlandse Zorgautoriteit). (2012a). *Advies Bekostiging huisartsenzorg en geïntegreerde zorg: verkenning van vier opties*. Utrecht: NZa.

NZa (Nederlandse Zorgautoriteit). (2012b). *Advies Substitutie: huisartsenzorg en ziekenhuiszorg op de juiste plek*. Utrecht: NZa.

Pot A, Depla M, ten Have M. (2007). *Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen. Rapportage 2007*. Utrecht: Trimbos Instituut.

- RMO (2006). Opbrengsten van sociale investeringen. Den Haag: RMO.
- RMO (2012). Ontzorgen en normaliseren. Den Haag: RMO.
- Roeg D, Voogt M, van Assen M, Garretsen H. (2012). De effecten van bemoeizorg. Tilburg: Tilburg University/Tranzo.
- RVZ (2004). Gepaste zorg. Den Haag: RVZ.
- RVZ (2010). Zorg voor je gezondheid! Den Haag: RVZ.
- RVZ (2011a). Medisch-specialistische zorg 20/20. Den Haag: RVZ.
- RVZ (2011b). Preventie van welvaartsziekten. Den Haag: RVZ.
- RVZ (2011c). Samenwerking en mededinging in de zorg. Achtergrondstudie bij het advies Medisch-specialistische zorg 20/20. Den Haag: RVZ.
- RVZ (2012a). Mensen met meervoudige problemen en hun zorggebruik. Achtergrondstudie bij het advies Regie aan de poort. Den Haag: RVZ.
- RVZ (2012b). Focusgroeponderzoek. Den Haag: RVZ.
- RVZ (2012c). Interne achtergrondstudie bij het advies Regie aan de poort met 4 deelstudies: Eerstelijnszorg voor de jeugd (Doorten), Geestelijke gezondheidszorg (Rijkschroeff), Meer aandacht voor participatie in de eerstelijns (v.d. Gevel), Eerstelijnszorg voor ouderen (Doorten). Den Haag: RVZ.
- RVZ (2012d). Redzaam ouder. Den Haag: RVZ.
- Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Pierson R, Applebaum S. (2011). New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Affairs*;30:2437-48.
- Slager M, van Minnen W. (2010). Werken aan betere ouderenzorg. Zorg voor en door ouderen. Utrecht: CSO.
- Stange KC, Ferrer RL. (2009). The paradox of primary care. *Ann Fam Med* 7:293-299.
- Starfield B. (1994). Is primary care essential? *Lancet* 344:1129-33.
- SZW (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) (2010). Multiproblematiek bij cliënten. Den Haag: SZW.

Taskforce Beheersing Zorguitgaven. (2012). Naar beter betaalbare zorg. Den Haag: Rijksoverheid.

Twynstra Gudde. (2011). Beter Samen: betere welzijn en zorg voor dezelfde euro. Maatschappelijke Businesscase Beter Samen in Noord. Amersfoort.

Wevers CWJ, van Genabeek J. (2010). Meer oog voor arbeid in de gezondheidszorg. TNO Kwaliteit van Leven.

Trimbos (2010). Trendcijfers ggz 2010.

Vanheusden K, Mulder CL, van der Ende J., et.al. (2008). Young adults face major barriers to seeking help from mental health services. *Patient Education and Counseling* 73:97-104.

Varkevisser M, Schut FT. (2009). Zorgspecifieke fusietoets is overbodig en ongewenst. *Tijdschrift voor Toezicht* 2:33-41.

Verhaak PFM (2011). Geestelijke gezondheidszorg in de huisartspraktijk: psychiatiseren of normaliseren? Utrecht, Groningen: NIVEL, Rijksuniversiteit Groningen.

Wiegers T, Hopman P, Kringos D, de Bakker D. (2011). De eerste lijn. Overzichtstudies. Utrecht: Nivel.

Zantinge EM. (2009). Drukke huisartsen houden oog voor psychische problemen. *Huisarts en Wetenschap* 4:193-195.

Zeijl E, Crone M, Wiefferink K, Keuzenkamp S, Reijneveld M. (2005). Kinderen in Nederland. Den Haag/Leiden: Sociaal en Cultureel Planbureau/ TNO Kwaliteit van Leven.

Zwaanswijk M. (2005). Pathways to care: help-seeking for child and adolescent mental health problems. Utrecht: NIVEL.

Bijlage 7

Overzicht publicaties RVZ vanaf 2008

- 12/07 Regie aan de poort, november 2012
Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden
- Mensen met meervoudige problemen en hun zorggebruik, november 2012
- Eerstelijnszorg voor de jeugd, november 2012
- Geestelijke gezondheidszorg, november 2012
- Meer aandacht voor participatie in de eerstelijnszorg, november 2012
- Eerstelijnszorg voor ouderen, november 2012
- Wijkgericht werken: intersectorale samenwerking in de wijk door grenzenwerk, november 2012
- Verslag opgesteld van focusgroeponderzoek onder huisartsen en andere eerstelijns zorgverleners, november 2012
- De ontwikkeling van de rol van de huisarts gedurende de twintigste eeuw, november 2012
- 12/05 Redzaam ouder, zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen, april 2012
- 12/06 Jong over Oud, Jonge BN'ers over ouderenzorg, brochure, mei 2012
- 12/02 Stoornis en delict, mei 2012
- 12/03 In profiel: de doelgroepen van GGZ en Justitie (achtergrondstudie), mei 2012
- 12/04 Het forensische zorgstelsel, beschrijving van het besturingsmodel in de forensische zorg (achtergrondstudie), mei 2012
- Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden*
- Mogelijke gevolgen Wfz en WvGGZ voor de reguliere GGZ, Indigo beleidsonderzoek en advies

- Zorg aan delinquent. Opsluiten va patiënt.
Cultuurverschillen justitie, forensische zorg en de reguliere GGZ.
- 12/01 Werkprogramma 2012, januari 2012
- 11/08 Preventie van welvaartsziekten, december 2011
- 11/04 Medisch-specialistische zorg in 20/20, oktober 2011
- Publicaties bij dit advies*
- 11/05 - Ziekenhuislandschap 2020: Niemandland of Droomland (achtergrondstudie), oktober 2011
- 11/06 - Medisch-technologische ontwikkelingen zorg 20/20 (achtergrondstudie), oktober 2011
- 11/07 - Brochure, oktober 2011
- Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden
- Samenwerking en mededinging in de zorg (achtergrondstudie), oktober 2011
- Het contracteren en bekostigen van medisch specialistische netwerken (achtergrondstudie), oktober 2011
- De rol van e-Health in een veranderend ziekenhuislandschap (achtergrondstudie), oktober 2011
- Demografische krimp en ziekenhuiszorg (achtergrondstudie), oktober 2011
- 11/03 Sturen op gezondheidsdoelen, juni 2011
- Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden*
- Levensverwachting (achtergrondstudie), juni 2011
- Pay for performance and health outcomes: Promising, not proven (achtergrondstudie), juni 2011
- Sturen op uitkomsten in het primair proces (achtergrondstudie), juni 2011
- Sturen op gezondheidsdoeleinden en gezondheidswinst op macroniveau (achtergrondstudie), juni 2011
- 11/02 Prikkels voor een toekomstbestendige Wmo (briefadvies), mei 2011
- 11/01 Bekwaam is bevoegd: Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg, februari 2011

Publicaties bij dit advies

Wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen en nieuwe beroepen

Het Chronic Care Model in Nederland

Zorgredistributie, sturen op kwaliteit en doelmatigheid in de zorg

Samenwerken in de opleiding Geneeskunde

10/13 Ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg, november 2010

Publicaties bij dit advies

10/14 - Krant bij het advies ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg, november 2010

10/10 Perspectief op gezondheid 20/20, september 2010

Publicaties bij dit advies

10/11 - Komt een patiënt bij zijn coach..... (achtergrondstudie behorende bij het advies Perspectief op gezondheid 20/20), september 2010

10/12 - Veranderen met draagvlak (achtergrondstudie behorende bij het advies Perspectief op gezondheid 20/20), oktober 2010

10/05 Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening (discussienota), april 2010

Publicaties bij dit advies

10/09 - Van zz naar gg
Acht debatten, een sprekend verhaal

10/08 - Moderne patiëntenzorg: Acht jaar later (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010

10/07 - Leefstijl en de zorgverzekering (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010

10/06 - Een nieuwe ordening door het naar voren schuiven van zorg (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010

Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden

Van eerste lijn naar primaire gezondheidsondersteuning (achtergrondstudie), april 2010

Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden

- 10/04 De patiënt als sturende kracht
- 10/03 De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg
- 10/01 Gezondheid 2.0 (advies), februari 2010
- Publicaties bij dit advies*
- 10/02 - Health 2.0: It's not just about medicine and technology, it's about living your life (achtergrondstudie behorende bij het advies Gezondheid 2.0), februari 2010
- 09/14 Investeren rondom kinderen, september 2009
- 09/13 Numerus Fixus Geneeskunde: loslaten of vasthouden, januari 2010
- 09/12 Brochure Numerus Fixus, januari 2010
- 09/11 Werkprogramma 2010, november 2009
- 09/10 Steunverlening zorginstellingen (advies), juni 2009
- 09/09 Buiten de gebaande paden. Advies over Intersectoraal gezondheidsbeleid, mei 2009
- 09/08 Buiten de gebaande paden: Inspirerende voorbeelden van intersectoraal gezondheidsbeleid (brochure,) mei 2009
- 09/07 Evaluatie RVZ 2004-2008, april 2009
- 09/06 Geven en nemen in de spreekkamer. Rapportage over veranderende verhoudingen, maart 2009
- 09/05 Tussen continuïteit en verandering. 27 adviezen van de RVZ 2003-2009, februari 2009
- 09/04 Governance en kwaliteit van zorg (advies) maart 2009
- 09/03 Werkprogramma 2009, maart 2009
- 09/02 Farmaceutische industrie en geneesmiddelengebruik: evenwicht tussen publiek en bedrijfsbelang (debatverslag), januari 2009

- 09/01 De verzekeraar en de patiënt: een succesvolle coalitie: goede voorbeelden van patiëntgestuurde zorginkoop (in samenwerking met de NPCF), januari 2009
- 08/11 Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg (advies), december 2008
- Publicaties behorende bij dit advies*
- 08/12 - Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg: achtergrondstudies, december 2008
- 08/10 Versterking voor gezinnen. Preadviezen Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (Versterken van de village: preadvies over gezinnen en hun sociale omgeving) en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (Zorg in familieverband: preadvies over zorgrelaties tussen generaties), september 2008
- 08/08 Schaal en zorg (advies), mei 2008
- Publicaties bij dit advies*
- 08/09 - Schaal en zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudies behorende bij het advies Schaal en zorg), mei 2008
- 08/05 Zorginkoop (advies), maart 2008
- 08/06 - Zorginkoop heeft de toekomst: maar vraagt nog een flinke inzet van alle betrokken partijen (achtergrondstudie behorende bij het advies Zorginkoop), maart 2008
- 08/07 - Onderhandelen met zorg (achtergrondstudie behorende bij het advies Zorginkoop),
- 08/03 Screening en de rol van de overheid (advies), april 2008
- Publicaties bij dit advies*
- 08/04 - Screening en de rol van de overheid: achtergrondstudies (achtergrondstudie behorende bij het advies Screening en de rol van de overheid), april 2008
- 08/01 Beter zonder AWBZ? (advies), januari 2008
- Publicaties bij dit advies*
- 08/02 - Leven met een chronische aandoening (Acht portretten behorende bij het advies Beter zonder AWBZ?), januari 2008

Sig 08/01a Publieksversie Vertrouwen in de spreekkamer, februari 2008

Publicaties CEG vanaf 2008

- Sig 12/01 De mens centraal? Ethische dilemma's bij gezondheidsbeleid met goede zorg voor dier en natuur
- Sig 10/11 Ver weg en toch dichtbij? Ethische overwegingen bij zorg op afstand
- Sig 09/11 Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden.
- Sig 09/05 Met de camera aan het ziekbed. Morele overwegingen bij gezondheidszorg op televisie, mei 2009
- Sig 08/02 Dilemma's op de drempel. Signaleren en ingrijpen van professionals in opvoedingssituaties (signalement), september 2008
- Sig 08/01 Afscheid van de vrijblijvendheid. Beslissystemen voor orgaandonatie in ethisch perspectief (studie in het kader van het Masterplan Orgaandonatie VWS), juni 2008



