



**Schulden zijn
ongezond**

SAMENWERKEN BIJ SCHULDEN

Zes inspirerende voorbeelden van samenwerking tussen
huisartsenpraktijken en het sociale domein

Wat uw praktijk kan doen om patiënten met schulden te helpen



Samenwerken bij schulden

Zes inspirerende voorbeelden van samenwerking tussen huisartsenpraktijken en het sociale domein

Wat uw praktijk kan doen om patiënten met schulden te helpen

November 2020

Annemarieke van der Veer
Nadja Jungmann
Vivian den Hartogh



Lectoraat Schulden en Incasso, Kenniscentrum Sociale Innovatie Hogeschool
Utrecht

Bezoekadres:
Padualaan 101
3584 CH Utrecht

Postadres:
Postbus 85397
3508 AJ Utrecht

Telefoon: 088 – 481 92 22
E-mail: ksi@hu.nl

Dit document is opgesteld door het lectoraat Schulden en Incasso van Hogeschool Utrecht als onderdeel van het project Financiën in de spreekkamer. Dit project is mede mogelijk gemaakt door een subsidie van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Het project loopt van juni 2018 tot december 2020.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	4	
Inleiding	6	
1	Het belang van praten over geldzorgen	8
2	Handreiking voor nauwere samenwerking	10
2.1	De opzet van de schuldhulpverlening	10
2.2	Aandachtspunten bij het leggen van verbindingen	11
2.3	Materiaal om financiële problemen te signaleren en te bespreken	12
2.4	Mogelijkheden om de signalering te financieren	13
3	De zes voorbeelden kort toegelicht	15
4	Integraal consulent in de huisartsenpraktijk in Losser	17
5	Krachtige basiszorg in Utrecht	21
6	Blauwe Zorg in Maastricht	24
7	Praktijkondersteuner financiën in Rotterdam	27
8	Proeftuin Ruwaard in Oss	30
9	Zorgpad financiële problemen in de Schilderswijk, Den Haag	33
Verantwoording	36	
Colofon	37	

"Mijn huisarts is een geweldig mens, ik word door haar gekoppeld aan het buurtteam. Ik raak er helemaal zenuwachtig van dat ik aan hen hulp moet vragen omdat ik mijn orthopedische schoenen niet kan betalen. Om geld vragen vind ik verschrikkelijk."

Inleiding

De schuldenproblematiek in Nederland is groot. En wie langdurige geldstress ervaart, kan flinke fysieke en mentale klachten ontwikkelen. Klachten waarmee patiënten zich melden bij de huisartsen, die daar op hun beurt vaak geen duidelijke oorzaak voor kunnen vinden. Praten over geld kan dan het verschil maken. Door geldzorgen vroegtijdig te signaleren en patiënten te verwijzen naar schuldhulpverlening kunnen huisartsen en praktijkondersteuners de situaties verminderen waarin patiënten frequent het spreekuur bezoeken met aan geld gerelateerde klachten. De daarmee samenhangende zorgkosten worden gedrukt en de gezondheidsbeleving van de patiënt verbetert.

Het signaleren en bespreken van en verwijzen bij financiële problemen vraagt om een brug tussen het medische en sociale domein. Voorliggende rapportage is gericht op huisartsenpraktijken en bevat een aantal aansprekende voorbeelden van manieren waarop daaraan invulling kan worden gegeven. De voorbeelden zijn bondig beschreven en hebben met elkaar gemeen dat er een verbinding is gelegd tussen de huisartsenpraktijken enerzijds en de hulp bij schulden anderzijds. Niet alleen in achterstandswijken van de grote steden, maar ook in kleinere plattelandsgemeenten als het Twentse Losser. Dit levert mooie resultaten op. Wat opvalt is dat de aanpak sterk verschilt. In de ene praktijk hebben huisartsen gekozen voor het binnenhalen van een professional op financieel gebied, in andere praktijken is er juist een zorgpad ontwikkeld waardoor de doorverwijzing efficiënter is geworden.

De voorbeelden zijn niet alleen divers in geografische spreiding, maar ook in staat van dienst. Sommige initiatieven zijn nog pril, maar veelbelovend. Andere hebben zich echt al neergezet als nieuwe werkwijze. Voorliggende rapportage is opgesteld door het lectoraat Schulden en Incasso van Hogeschool Utrecht en Zorggroep Almere. Zij beogen met deze rapportage huisartsenpraktijken te enthousiasmeren om de samenwerking te zoeken met partijen die hulp bieden bij schulden. De opzet van deze rapportage is als volgt. In het eerste hoofdstuk is kort beschreven waarom het voor huisartsen en patiënten van belang is dat er in de spreekkamer over schulden wordt gesproken. In hoofdstuk 2 worden vervolgens concrete handreikingen gegeven aan praktijken die samenwerking willen zoeken met het sociaal domein. Dat hoofdstuk bevat onder meer achtergrondkennis over de opzet van schuldhulpverlening in Nederland, concrete tips om samenwerking vorm te geven, een toelichting op het interventiepakket dat het lectoraat en Zorggroep Almere voor praktijken in heel Nederland ontwikkelden en op mogelijkheden om nauwere samenwerking te financieren. Hoofdstuk 3 vat de voorbeelden kort samen. De beschrijving van de voorbeelden is gegeven in de hoofdstukken vier tot en met negen.

Deze rapportage maakt deel uit van het door het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid gefinancierde project *Financiën in de spreekkamer*.

*De huisarts kan de eerste zijn die
problematische schulden signaleert*

1 Het belang van praten over geldzorgen

Geldzorgen spelen veel vaker dan de meeste mensen denken. Twaalf procent van de Nederlandse huishoudens heeft lichte betalingsproblemen en acht procent heeft geregistreerde problematische schulden. Een op de vijf huishoudens heeft dus te maken met incassobureaus en deurwaarders. Daarnaast hebben veel huishoudens structureel en langdurig een laag inkomen. Krap tien procent van de huishoudens in Nederland is arm. Deze groep overlapt weliswaar deels met de groep die worstelt met schuldenproblematiek, maar opgeteld mag aangenomen worden dat toch bijna een op de vier huishoudens aanhoudende geldzorgen ervaart. De uitbraak van COVID-19 heeft grote economische gevolgen. Sinds half maart leverde al één op de vijf huishoudens inkomen in. Het aantal bijstands- en WW-uitkeringen is tegelijkertijd fors gestegen. Alom wordt verwacht dat de armoede en schuldenproblematiek flink gaat toenemen. De branchevereniging voor schuldhulpverlening en sociaal bankieren, de NVVK, spreekt zelfs al van een verwachte schuldengolf.

Financiële problemen hebben impact op de gezondheid

Geldzorgen werken op allerlei manieren door op leefstijl en gezondheid. Een belangrijke verklaring voor de doorwerking is de chronische stress die veel mensen met geldzorgen ervaren. Een continue activering van het stress-systeem werkt door op de immunologische en hormonale functies. Mensen worden letterlijk ziek van geldzorgen. Patiënten met financiële problemen zijn daarnaast ook vaak minder therapietrouw dan anderen, mijden vaker zorg en hebben vaker een ongezonde leefstijl. De verklaring voor deze doorwerkingen is onder meer dat schulden een wissel trekken op de zelfregulatie van patiënten en op hun financiële mogelijkheden om goed voor zichzelf te zorgen. Geldzorgen werken ook door op gedrag. Mensen gaan meer bij de dag leven en zijn vaak slechter in staat om de gevolgen van hun handelen te overzien.

Patiënten met schulden kunnen ongemerkt extra druk leggen op de huisartsenpraktijk

Het is aannemelijk dat schuldenproblematiek negatief doorwerkt in huisartsenpraktijken. Geldzorgen dragen bij aan het ontstaan van psychosociale en/of somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten. Patiënten blijven komen met reële klachten, maar de huisarts kan ze niet wegnemen. Huisartsen constateren ook dat patiënten met chronische aandoeningen moeilijker zijn te stabiliseren. Geldtekort werkt zorgmijding in de hand. Medicijnen worden niet opgehaald bij de apotheek en verwijzingen naar specialisten niet opgevolgd. De geldzorgen stuwen de zorgconsumptie op terwijl de echte oplossing niet in het medische domein ligt.

“Als huisarts vind ik dat je niet tegen die patiënten kan zeggen: dat is niet mijn vak, ga maar naar de gemeente of naar de kredietbank. Zo zit ik niet in elkaar. Mijn praktijk is ook een sociale poot in het geheel. Ik voer zelf vaak meerdere gesprekken om te achterhalen waar de schoen wringt. Daarna geef ik het advies om met een POH te praten, of verwijz ik door. Het is natuurlijk niet de bedoeling dat we een psychotherapiepraktijk worden, dus als het nodig is moet er meteen tweedelijnszorg worden ingeschakeld.”

Praten over geld is nodig, juist in de huisartsenpraktijk

Mensen lopen vaak lang met financiële zorgen rond voordat ze hulp vragen. Op schuldenproblematiek rust in Nederland nog altijd een taboe. In dat licht is het bespreken van schulden bij de huisarts geen vanzelfsprekendheid. Tegelijkertijd kunnen schuldproblemen snel verergeren en kan de huisarts, als vertrouwenspersoon, de eerste zijn die deze problemen signaleert. De signalering gaat vaak sneller als huisartsen er actief naar informeren.

“Ze vertellen over allerlei problemen. Als ik een vermoeden heb van financiële problematiek, dan stel ik ze soms de vraag of ik ze iets intiems mag vragen. De meeste patiënten denken dan dat ik iets ga vragen over seks. Ze vinden het geen probleem dat ik naar geld vraag. Er zit wel altijd een vorm van schaamte in.”

Lessen uit de praktijk



2 Handreiking voor nauwere samenwerking

Het beseft dat een grote groep Nederlanders worstelt met geldzorgen en dat een (substantieel) deel daarvan gerelateerde gezondheidsklachten ontwikkelt, vormt voor steeds meer huisartsen de aanleiding om verbindingen te leggen met de schuldhulpverlening. Om praktijken hierbij op weg te helpen is in voorliggend hoofdstuk uitgewerkt hoe schuldhulpverlening in Nederland is georganiseerd (paragraaf 2.1), wat aandachtspunten zijn voor huisartsenpraktijken die nauwere verbindingen willen leggen (paragraaf 2.2), wat er al aan materiaal beschikbaar is ter ondersteuning van het signaleren, bespreken en verwijzen (paragraaf 2.3) en ten slotte welke mogelijkheden huisartsenpraktijken die al verbindingen hebben gelegd aanspreken om de werkzaamheden (deels) te financieren (paragraaf 2.4).

2.1 De opzet van de schuldhulpverlening

Om vanuit een huisartsenpraktijk tot nauwere samenwerking te komen met partijen die hulp bieden bij de aanpak van schulden, helpt het om eerst iets meer te leren over de wijze waarop schuldhulpverlening in Nederland is georganiseerd. Gemeenten hebben in Nederland de wettelijke taak om inwoners bij te staan die hulp nodig hebben bij hun financiën. Dit is geregeld in de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening. Gemeenten bieden uit hoofde van deze wettelijke taak allerlei soorten hulp die varieert van licht advies tot langdurige trajecten om grote schuldenpakketten volledig te saneren.

De Wet gemeentelijke schuldhulpverlening schrijft aan gemeenten voor dat zij voorzien in passende ondersteuning. Bij problematische schulden is dat in principe een schuldregeling met kwijtschelding. Als een schuldregeling (nog) niet mogelijk is, moet de gemeente voorzien in andere passende ondersteuning. Gemeenten hebben hierin een grote beleidsvrijheid. Passende ondersteuning kan bijvoorbeeld zijn: een budgetcursus of budgetcoaching, budgetbeheer of ondersteuning door een vrijwilliger. Het verschilt van gemeente tot gemeente wie de schuldhulpverlening uitvoert. De meest voorkomende uitvoerders zijn gemeentelijke afdelingen, kredietbanken, commerciële (door de gemeente ingehuurde) partijen en organisaties voor maatschappelijk werk. Het komt ook vaak voor dat deze partijen naast elkaar actief zijn. De budgetcursus wordt dan bijvoorbeeld gegeven door het maatschappelijk werk terwijl de kredietbank voorziet in schuldregelingen.

Naast verschillen in aanbieder, zijn er ook grote verschillen in organisatie. In sommige gemeenten is er één loket voor schuldhulpverlening. Inwoners kunnen zich daar melden met alle soorten vragen. In steeds meer gemeenten is schuldhulpverlening een tweedelijnsvoorziening. Dit betekent dat patiënten met schulden zich bij (meestal) een wijk-, buurt- of sociaal team moeten aanmelden. Er zijn dan twee opties: de patiënt heeft direct een gesprek met een schuldhulpverlener, of hij heeft een gesprek met een andere soort zorg- of hulpverlener, zoals een sociaal werker. Bij de aanmelding of in het tweede gesprek wordt dan bepaald welke hulp passend is.

De verschillende aanbieders en de verschillen in organisatie kunnen de aanpak van schulden soms wat ondoordronkelijk maken. Als er lokaal veel verschillende partijen actief zijn, is het van belang om met de gemeente te verkennen welke organisatie mensen kan opvangen met alle soorten problematiek. Van belang is dan te onderzoeken of een dergelijk opvangpunt de verantwoordelijkheid neemt om mensen naar de passende hulp te begeleiden. Vanwege de grote verschillen tussen gemeenten is het altijd van belang om lokaal na te gaan of de geboden hulp kwalitatief goed genoeg is.

Leestips voor wie meer wil weten over de opzet van schuldhulpverlening

- Jungmann, N & Madern, T. (2020) Basisboek aanpak schulden. Groningen: Noordhoff
- Den Hartogh, V. (2016) Praktische tips. Wat kunt u concreet doen om een cliënt met schulden te helpen? (Gratis te downloaden via www.schuldenenincasso.nl)
- Den Hartogh, V., & Jungmann, N. (2016) Voorzieningen. Naar welke voorzieningen kunt u doorverwijzen? (Gratis te downloaden via www.schuldenenincasso.nl)

Schuldenproblematiek staat vaak niet op zichzelf

Voor veel patiënten geldt dat zij niet alleen schulden hebben, maar ook worstelen met andere problemen, zoals werkloosheid, opvoedingsproblemen of andere sociale problematiek. In dat licht vraagt adequate ondersteuning bredere afstemming dan alleen samenwerking met schuldhulpverlening. Bij multiproblematiek lopen professionals tegen belemmeringen aan zoals het niet vrij kunnen delen van gegevens. Huisartsenpraktijken die schulden gaan signaleren en willen verwijzen, kunnen ook ervaren dat de aanpak van schulden als onderdeel van multiproblematiek in het sociaal domein een hele opgave is. Er zijn twee ontwikkelingen gaande die in dit licht gaan bijdragen aan een snellere signalering van schulden en een effectievere aanpak van multiproblematiek.

De Wet aanpak meervoudige problematiek sociaal domein (naar verwachting in werking in 2022)

Door deze wet moet er meer ruimte komen voor een snellere, meer integrale en gecoördineerde aanpak van gestapelde problemen. De wet richt zich nadrukkelijk op mensen die al in beeld van de gemeente zijn. Vaak zijn dit kwetsbare mensen die kampen met problemen op het gebied van bijvoorbeeld gezondheid, welzijn, werk, schulden of opvoeding. De wet beoogt verbetering van de juridische basis voor de verwerking van persoonsgegevens tussen bij de hulpverlening betrokken organisaties. Op dit moment ontbreekt een wettelijke grondslag om persoonsgegevens uit meerdere domeinen bij elkaar te brengen.

De Wet gemeentelijke schuldhulpverlening (in werking 1 januari 2021)

Dankzij wetswijzigingen in de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening hebben gemeenten de expliciete opdracht om burgers met een achterstand op huur, energie, water of zorgpremie actief op te zoeken. Het doel van deze wetswijziging is mensen sneller naar schuldhulpverlening toe te leiden. Gemeenten zijn vrij om de vorm van het contact te kiezen: brief, bellen of huisbezoek. De wetswijziging is onderdeel van de Brede Schuldanaanpak. Hiermee wil het kabinet problematische schulden voorkomen, maatregelen treffen om problematische schulden verder terug te dringen en afspraken maken met gemeenten om de hulp effectiever te maken. Naast de genoemde schuldeisers kunnen ook andere signaalpartners met toestemming de gegevens van hun klant of werknemer doorgeven aan de gemeente. Huisartsen worden hier ook genoemd. Gemeenten wordt geadviseerd deze vormen toe te passen als duidelijk is geworden dat ze de stroom aan meldingen vanuit de wettelijke vroegsignalering met succes kunnen verwerken. Er wordt een systeem voor vroegsignalering ingericht dat – in dat geval – ook door huisartsen kan worden gebruikt: meldingen kunnen dan worden gedaan via de informatiesystemen Vindplaats schulden en RIS of in een beveiligde postbus. De gemeente moet deze meldingen binnen een afgesproken periode opvolgen.

2.2 Aandachtspunten bij het leggen van verbindingen

De voorbeelden in de hoofdstukken vier tot en met negen laten zien dat nauwere verbindingen op allerlei manieren gelegd kunnen worden. Om lokaal tot een aanpak te komen, zijn er afspraken nodig met partijen die voorzien in hulp bij schulden. Het is daarbij van belang dat die afspraken zo worden ingericht dat de belasting voor een huisartsenpraktijk niet te groot wordt. Huisartsen zijn geen schuldhulpverleners. Wel kunnen ze een belangrijke rol spelen in het signaleren, bespreken en verwijzen van patiënten. Op basis van onder meer de praktijken die in de hoofdstukken vier tot en met negen worden beschreven, is er een aantal aandachtspunten te formuleren die behulpzaam kunnen zijn in de voorbereiding van nauwere samenwerking en bij het overleg met derden. Deze punten zijn uitgewerkt in respectievelijk 2.2.1 en 2.2.2. De voorbeelden leveren ook aandachtspunten op die behulpzaam kunnen zijn als er eenmaal samenwerkingsafspraken zijn. Deze zijn opgesomd in paragraaf 2.2.3. Deze drie paragrafen zijn niet bedoeld als checklist voor het aangaan van een samenwerking; wel kunnen deze aandachtspunten behulpzaam zijn om zo snel mogelijk tot een warme en constructieve samenwerking te komen.

2.2.1 Aandachtspunten in de voorbereiding van nauwere samenwerking

- Laat iemand binnen de organisatie de *e-learning Patiënten met schulden in de huisartsenpraktijk* volgen. Op basis daarvan kan het gesprek starten over wat de praktijk al dan niet wil rondom het signaleren, bespreken en verwijzen bij schuldenproblematiek.
- Bedenk in hoeverre u zelf niet-medische levensdomeinen in kaart wilt brengen of dat u dat juist aan anderen wil overlaten. Zelf in beeld brengen helpt om inzicht te krijgen in wat voor de patiënt het meest knellende vraagstuk is. Anderzijds kost het ook tijd. Anderen, zoals bijvoorbeeld een wijkteam, beschikken vaak over die tijd.

- Bedenk wat uw ideaal is in het verwijzen. Misschien is dat één vaste contactpersoon of één loket in de wijk. Het kan ook zijn dat u de ondersteuning graag in de praktijk wil aanbieden (en daar ook de ruimte voor heeft). Voor elke keuze geldt dat het van belang is dat de lijn kort is en de patiënt niet meerdere keren zijn of haar verhaal moet doen.
- Bedenk waar u kennis van de sociale kaart wilt beleggen. Het idee dat een huisarts precies moet weten waar iemand naartoe verwezen moet worden schrikt vaak af. Door te bedenken wie de verwijskennis in huis heeft of deze buiten de deur te organiseren, wordt voorkomen dat huisartsen een halve schuldhelpverlener moeten worden.
- Overweeg in welke mate u materiaal wil inzetten om schulden bespreekbaar te maken. Het [interventiepakket Patiënten met schulden biedt een hele set die varieert van een poster voor in de wachtkamer tot een praatplaat en verwijskaart](#).
- Betrek – indien van toepassing - het management en de directie van uw organisatie met het oog op het inregelen van gegevensuitwisseling en financiering.
- Wie meer verdieping zoekt, kan te rade gaan bij de [werkmap](#) van de VNG over samenwerking tussen huisartsenpraktijken en de gemeente: *Samen werken in de wijk* (2013) of bij de [Regionale Ondersteuningsstructuur \(ROS\)](#).

2.2.2 Aandachtspunten bij overleg met derden

- Verken in hoeverre de partij met wie u graag nauwer wilt samenwerken daadwerkelijk de capaciteit heeft om de patiënten op te vangen voor een intakegesprek en een eventueel vervolgtraject. Er zijn grote verschillen tussen gemeenten. De meeste gemeenten hebben voldoende capaciteit. Door dit te checken, voorkomt u dat u patiënten verwijst die vervolgens niet snel een intake krijgen.
- Verken welke informatie de partij waarnaar verwezen wordt al dan niet van u nodig heeft bij de verwijzing.
- Verken welke informatie de partij waarnaar u verwijst een terugkoppeling kan geven na een verwijzing. Dit geeft niet alleen informatie over de patiënt, maar ook over de opbrengst van de verwijzingen op grotere schaal.
- Vraag de partij en anderen in het sociaal domein om actief uit te dragen aan burgers dat huisartsen er belang bij hebben om te weten dat er geldzorgen spelen.
- Gemeenten en organisaties die vanuit verschillende domeinen willen samenwerken om de gezondheid te verbeteren van mensen die in armoede leven, kunnen gebruikmaken van de [Groeimatrix van het RIVM](#). Deze laat in zes succesfactoren zien waaraan een integrale samenwerking voldoet.
- Zorg voor een beveiligd systeem van gegevensregistratie en -uitwisseling. Krachtige Basiszorg werkt bijvoorbeeld met een zelfontwikkeld dashboard in het huisartseninformatiesysteem (HIS): <https://krachtigebasiszorg.nl/over-krachtige-basiszorg>. De professionals kunnen hierin direct zien wie bij het zorgproces betrokken zijn.
- Overweeg of het de moeite waard is om een gedragscode op te stellen met daarin werkafspraken over gegevensregistratie en -uitwisseling.
- Vraag partners in de eerstelijnszorg om signalen te delen. De apotheek kan bijvoorbeeld vertellen welke patiënten hun medicijnen niet zijn komen ophalen.

2.2.3 Aandachtspunten als er eenmaal afspraken zijn

- Bespreek periodiek casuïstiek om processen te verbeteren.
- Overweeg of het de moeite waard is om financiële problematiek standaard in het dossier van de patiënt te registreren, bijvoorbeeld door de ICPC-code Z01 'armoede/financieel probleem' te gebruiken. Zo is voor elke betrokkene in uw praktijk duidelijk wat er speelt en kan indien gewenst gezondheidswinst worden gemonitord.
- Zorg voor een goede afvaardiging van de betrokken partijen aan overleggen. Mensen moeten het mandaat hebben om besluiten te nemen, de juiste kennis hebben (bijvoorbeeld over de ICT), en zaken binnen de eigen organisatie kunnen regelen.

2.3 Materiaal om financiële problemen te signaleren en te bespreken

Het bespreken van geldzorgen is voor veel huisartsen en patiënten best een stap. Veel patiënten voelen schaamte en huisartsen zijn soms zoekend wat ze het beste kunnen vragen en hoe ze gesprekken zo kunnen inrichten dat ze veel opleveren maar niet te veel tijd kosten. Om huisartsen en patiënten te helpen elkaar te vinden, hebben het lectoraat Schulden en Incasso van Hogeschool Utrecht en Zorggroep Almere een interventiepakket ontwikkeld. Het interventiepakket bestaat uit:

- Een **leidraad** met uitleg voor de huisarts en praktijkondersteuner.
- Een **praatplaat** en **verwijskaart** voor in de spreekkamer die in het gesprek met de patiënt kan worden gebruikt om de wisselwerking tussen schulden, stress en gezondheidsklachten uit te leggen, en waarop gegevens rond de verwijzing kunnen worden genoteerd. Deze kan aan de patiënt worden meegegeven.
- Een **poster** en **animatie** voor in de wachtkamer die patiënten erop wijzen dat ook financiële problemen hun gezondheid kunnen beïnvloeden en met de huisarts kunnen worden besproken.
- Een **gratis e-learning** die huisartsen en praktijkondersteuners inzicht geeft in de relatie tussen financiële problematiek en gezondheid, die tips geeft over het signaleren en bespreekbaar maken van financiële zorgen bij patiënten, en over het verwijzen naar schuldhulpverlening.

Alle producten zijn gratis te downloaden op de website:
<https://schuldenenincasso.nl/interventiepakket-patienten-met-schulden/>.



Verwijskaart

Schulden zijn ongezond

Vraag de gemeente om hulp! Los samen uw geldproblemen op.

Maak een afspraak voor een gesprek.
U kunt bellen met dit telefoonnummer:

Telefoonnummer

Contactpersoon

Vul hieronder uw afspraak in:

Dag

Datum

Tijd

Adres

Contactpersoon



U kunt ook naar het inloopspreekuur.
U kunt langs gaan op deze dagen:

Maandag van tot uur

Dinsdag van tot uur

Woensdag van tot uur

Donderdag van tot uur

Vrijdag van tot uur

U vindt het spreekuur op dit adres:

Adres

.....

.....



Meer informatie vindt u op deze websites:
www.komuitjeschuld.nl
www.zelfjeschuldenregelen.nl
www.juridischloket.nl/schulden-en-incasso/

2.4 Mogelijkheden om de signalering te financieren

Intensievere samenwerking kost tijd en dus geld. Gemeenten en zorgverzekeraars kunnen mogelijk een bijdrage leveren aan de financiering. Huisartsenpraktijken die op zoek zijn naar mogelijkheden voor financiering kunnen de regionale ondersteuningsstructuren (ROS) opzoeken voor hulp en begeleiding. De [website De Juiste Zorg op de Juiste Plek](#) biedt ook praktijkvoorbeelden en informatie over subsidiëring. *De Juiste Zorg op de Juiste Plek* is een programma van het ministerie van VWS dat is gericht op de opgave van partijen in de zorg en ondersteuning om het dagelijks functioneren van de mens centraal te stellen en de zorg toekomstbestendig te maken.

O&I-gelden

Zorgverzekeraars investeren in wijkgerichte samenwerking tussen lokale en regionale huisartsen- en eerstelijnsorganisaties. Zij willen zo de infrastructuur in de eerste lijn helpen verbeteren en de toenemende druk op de eerste lijn beter helpen ondervangen. Dit gebeurt door het verstrekken van gelden, de betaaltitels Organisatie & Infrastructuur (O&I). Er zijn vier betaaltitels: 'wijkmanagement', 'regiomanagement', 'ketenzorg' en 'geïntegreerde eerstelijnszorg overig'. Zorgverzekeraars vergoeden op deze manier (multidisciplinaire) samenwerking tussen zorgverleners. O&I vervangt onder andere de betaaltitels voor geïntegreerde eerstelijnszorg (GEZ) en ketenzorg. De ondersteuning richt zich op kwaliteit, innovatie, bedrijfsvoering, informatiebeleid en ICT, professionele samenwerking en gemandateerde afspraken met lokale overheden en zorgaanbieders.

Achterstandsfondsen

Praten over geld is nodig, maar het kost ook tijd. Complexe zorgvragen leiden vaker tot hogere werkdruk bij de huisarts. Voor huisartsenpraktijken in achterstandswijken zijn er de Achterstandsfondsen die huisartsen helpen kwalitatief goede huisartsenzorg beschikbaar te houden en de hoge werklast te verminderen. De fondsen zijn in 1997 op initiatief van de Landelijke Huisartsen Vereniging en in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland opgericht. Er zijn 21 regionale Achterstandsfondsen die achterstandsfinanciering bieden. Die bestaat uit een vergoeding van huisartsen in achterstandswijken in de vorm van een toeslag op het inschrijftarief voor iedere verzekerde die in een achterstandsgebied woont. Een ander deel van de financiering gaat naar de regionale fondsen. Jaarlijks wordt per verzekerde een bedrag gestort in de regionale fondsen. Deze middelen zijn bedoeld voor de ondersteuning van de praktijken met patiënten in geïdentificeerde achterstandspostcodegebieden. Lees meer op de website: www.achterstandsfondsen.nl.

Het Achterstandsondersteuningsfonds bedient de huisartsenpraktijken in achterstandsgebieden in Amsterdam en Almere. Daar kan bijvoorbeeld een declaratie voor een consult van een uur worden ingediend (het fonds vergoedt dan 75 euro). Het doel van het 'uurgesprek' is om met de patiënt alle medische en psychosociale factoren te identificeren en te bespreken die een rol spelen bij de klachten. Het uur kan deels ook gebruikt worden om de nodige afstemming met het (zorg)netwerk rondom de patiënt te verzorgen. Dit resulteert uiteindelijk in beter passende zorg en minder consulten in de toekomst. Ook kan er een tolk worden ingehuurd of kunnen uren worden gedeclareerd die huisartsen besteden aan wijkgericht overleg of aan bijeenkomsten die als doel hebben de samenwerking met wijkzorg te verbeteren. De Achterstandsfondsen bieden verschillende pakketten aan. Kijk voor meer informatie bij uw regionale fonds.

"Dat de dokter bereid was om me te ondersteunen bij mijn geldproblemen, dat was echt een welkome verrassing, dat heeft echt geholpen."

Patiënt uit de pilot in Almere

ROS-netwerk

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de inzet van de eerstelijns ondersteuningsgelden, die is bedoeld om de eerstelijnszorg in de wijk te versterken. De financiering wordt regionaal verdeeld via Zorgverzekeraars Nederland aan de regionale ondersteuningsstructuren, de ROS'en. De [vijftien ROS'en](#) zijn een partner voor eerstelijnsorganisaties in het tot stand brengen van wijk- en populatiegericht werken, en innovaties te stimuleren. De ondersteuning vanuit de ROS'en is niet alleen gericht op samenwerking binnen de eerste lijn, maar ook met partijen daarbuiten: het sociale domein, de nulde en tweede lijn, overheden, zorgverzekeraars en het bedrijfsleven.

3 De zes voorbeelden kort toegelicht

Onderstaande initiatieven zijn voorbeelden van praktijken en maatschappelijke organisaties die de afgelopen jaren de samenwerking hebben gezocht en de hulp aan patiënten met geldzorgen verbeterden. Hier worden de zes voorbeelden kort toegelicht. In de hoofdstukken vier tot en met negen zijn deze verder uitgewerkt.

1. In de [gemeente Losser](#) zijn in alle huisartsenpraktijken consulenten Jeugd en Wmo aanwezig om patiënten met niet-medische problemen te ondersteunen. Omdat ze nauw samenwerken met de inkomensconsulenten bij de gemeente kunnen ze snel bepalen welke ondersteuning voorrang heeft: bijvoorbeeld niet de gedragsproblematiek van het puberende kind, maar budgetcoaching voor de ouders.
2. Bij [Krachtige basiszorg](#) hebben de huisartsen korte lijnen met het sociale domein. Vanuit hun praktijk in Utrecht zetten de huisartsen in op maatschappelijke ondersteuning, bijvoorbeeld door samen te werken met het Buurteam. Door patiënten te bevragen op het lichamelijk, maatschappelijk, geestelijk en sociaal domein, komen ook financiële problemen als oorzaak voor (niet-medische) klachten vaak ter sprake.
3. In de pilot [Blauwe Zorg in de wijk in Maastricht](#) is de huisarts een nadrukkelijke vindplaats voor financiële problematiek, ongeacht of die nu de oorzaak of het gevolg is van de gezondheidsklachten waarvoor de patiënt met de huisarts wil praten. Huisartsen verwijzen naar één vaste contactpersoon bij het wijkteam.
4. De huisartsen van Lijn 2, een gezondheidscentrum in Rotterdam, verwijzen bij een vermoeden van financiële problematiek direct naar de [praktijkondersteuner financiën](#), die ook in het gezondheidscentrum kantoor houdt. Wat volgt is een vrijblijvend gesprek in het gezondheidscentrum of bij de mensen thuis.
5. De huisartsenpraktijken die meedoen aan de [Proeftuin Ruwaard in Oss](#) helpen hun patiënten met financiële problematiek door hun de mogelijkheid te bieden te praten met een sociaal werker van het sociaal team. In dat geval schuift de sociaal werker aan tijdens het spreekuur en zit die dus samen met de huisarts en de patiënt in de spreekkamer. Of huisartsen helpen door direct contact te leggen met het sociaal wijkteam.
6. De huisartsen in de Rubenshoek in Den Haag praten met hun patiënten over de klachten én de onderliggende problemen. Als er sprake is van geldproblemen, wordt het [zorgpad financiële problemen](#) gestart. Dat betekent dat patiënten via een 'warme overdracht' in contact worden gebracht met het maatschappelijk werk, dat acht uur per week beschikbaar is in het gezondheidscentrum om patiënten te helpen hun persoonlijke situatie goed in kaart te brengen.

“Als ik niet met mijn huisarts had gesproken, dan was ik blijven doorrommelen, dan waren rekeningen blijven liggen en zou het zich gewoon ophopen. Ik was waarschijnlijk ook meer gaan piekeren.”

Patiënt uit de pilot in Almere

*Integraal consulent in de
huisartsenpraktijk in Losser*



4 Integraal consulent in de huisartsenpraktijk in Losser

In de gemeente Losser zijn in alle huisartsenpraktijken consulenten Jeugd en Wmo aanwezig om patiënten met niet-medische problemen te ondersteunen bij hun hulpvraag. Na drie jaar samenwerken zijn de gemeente en de huisartsenpraktijken erg enthousiast. De patiënten krijgen meer passende zorg en ook financiële problematiek wordt snel gesignaleerd.

“Hoe kunnen we met z’n allen deze zorg blijven verlenen?”

Huisarts Ton Boermans stapte drie jaar geleden naar de gemeente omdat hij steeds meer jeugdproblematiek signaleerde in zijn praktijk, de vergrijzing toenam en omdat er een krimpende huisartsenformatie is in Twente. Bij de gemeente legde hij zijn vraagstuk op tafel: *“Hoe kunnen we met z’n allen deze zorg blijven verlenen?”* Hij had ook meteen een oplossing: een consulent Jeugd in de praktijk, meedraaiend binnen zijn eigen team. De gemeente wilde meer grip op de oplopende kosten van de jeugdzorg krijgen en wilde sowieso graag outreachend werken. De pilot werd snel opgestart.

Gemeentelijke consulenten met kennis van financiën in de praktijk

De huisarts is dichtbij, daar kunnen consulenten het hele plaatje in beeld brengen

Integraal consulent Jeugd en Wmo Marijn Jansink was meteen erg enthousiast toen er werd gevraagd wie bij de huisarts wilden gaan werken. *“Ik vind het erg leuk, bij patiënten die bij de huisarts komen zijn er veel raakvlakken met de problematiek die we in het sociaal domein oppakken, maar het is ook breder dan bij de gemeente. Het helpt ook echt om bij de huisarts te gaan zitten omdat sommige mensen met problemen niet naar de gemeente gaan om hulp te vragen, maar zij komen wel bij de huisarts. De huisarts is dichtbij en die kent jou al, dat is misschien toch een lagere drempel.”* Ze heeft vier à vijf gesprekken in de week en ongeveer één keer in de twee weken spreekt ze iemand met flinke financiële problemen. *“Juist omdat wij bij huisartsen zitten, weten we waar patiënten last van hebben, en wat verklaringen zouden kunnen zijn voor hun gedrag, ook bij financiële problemen. Zo kunnen we – samen met onze collega’s bij Werk & Inkomen - ervoor zorgen dat de juiste maatregelen worden genomen. Soms zie je namelijk aan iemand dat het niet lekker loopt en dat dit te maken heeft met geldzorgen. Veel mensen die psychische klachten hebben of een lichte verstandelijke beperking hebben, komen er niet altijd uit. Dan bemiddelen wij.”*

Heldere afspraken over de taak van de consulenten in de praktijk

In alle huisartsenpraktijken kwam er één dag of dagdeel in de week een jeugdconsulent of een consulent Wmo. De andere dagen zijn de consulenten ‘gewoon’ aan het werk bij de gemeente. In de praktijk hebben ze een eigen spreekkamer. De huisarts verwijst patiënten naar hen door. De verslaglegging van die gesprekken gaat in de huisartsenpraktijk iets anders dan bij de gemeente. *“Het is de ‘patiënt’ in de spreekkamer, en de ‘cliënt’ bij de gemeente.”* Alleen dát wordt opgeschreven, wat op dat moment relevant is. Er is daarom een voor de consulenten apart registratiesysteem. De doktersassistenten vullen het patiëntendossier aan met de gegevens die de consulent daarin heeft genoteerd. Veel vragen beantwoorden de consulenten in de praktijk zelf, maar zij verwijzen ook door naar het gemeentelijke toegangsteam of naar ketenpartners. In overleg met de patiënt wordt bepaald wat nodig is, bijvoorbeeld om zijn of haar hulpvraag in het gemeentelijke team te bespreken. Als er dan gegevens moeten worden gedeeld, wordt toestemming aan de patiënt gevraagd.

Hoe zijn de financiën geregeld?

De consulenten worden betaald uit het personeelsbudget van de afdeling WIJZ. Het is simpelweg een verplaatste werkplek. Twee consulenten zijn gedetacheerd bij huisartsen als POH’er voor 8 uur en 4 uur per week. De zorgverzekeraar keert de praktijk daarvoor een vergoeding uit, en de huisarts levert daarvan een deel aan de gemeente terug. De consulenten nemen deel aan de overleggen in de praktijk en volgen dezelfde na- en bijscholingen die de praktijkmedewerkers ook krijgen.

Financiële problemen komen in een vroeg stadium naar boven

De consulenten hebben wat meer tijd om een compleet beeld te krijgen van de patiënt; ze stellen vragen over alle levensdomeinen, dus zo komt ook naar boven of zij financiële problemen ervaren. De gemeentelijke ondersteuning bij hulp- en zorgvragen in het sociaal domein is in Losser integraal vormgegeven. Er is één ambtelijk loket ingericht voor Werk & Inkomen, Jeugd en Zorg (WIJZ) en de consulenten werken in één team. Teamleider W&I Dianne Peddemors schat in dat de consulenten Jeugd en Wmo zeker één keer in de week een patiënt met financiële problematiek naar het gemeentelijke team verwijzen. Mendy Versteeg, integraal consulent en coördinator uitvoering armoedebeleid, spoort haar collega's daar continu op aan. *"Gedoe rond geld is lastig, maar het komt vanzelf boven tafel, als je er maar naar vraagt. We proberen elke consulent ervan te doordringen dat geldproblemen bespreekbaar moeten worden gemaakt"*. Daardoor blijven financiële zorgen niet onder de radar.

Door integraal te werken kan de gemeente goede afwegingen maken

Omdat jeugd- en inkomensconsulenten nauw samenwerken, kunnen ze zelf afwegingen maken over welke ondersteuning voorrang heeft: bijvoorbeeld niet de gedragsproblematiek van het puberende kind, maar budgetcoaching voor de ouders. Er spelen vaak allerlei problemen bij mensen met schulden, en dan is het stabiliseren van het financiële probleem het eerste doel. Als die kluwen is ontward, geeft dat veel rust en kan er worden gewerkt aan de andere problemen. De teamleider zegt dat het zeker niet altijd mensen met een laag inkomen zijn. Er zijn ook mensen die niet met de billen bloot durven, bijvoorbeeld omdat ze zijn gescheiden en een hypotheek hebben die ze niet alleen kunnen dragen. Juist voor die mensen is het lastig om de levensstijl aan te passen. De consulenten W&I hebben twee keer in de week een casuoverleg met de consulenten Jeugd en Wmo. Maar er kan ook direct met een collega worden gebeld. De consulent in de huisartsenpraktijk kan een patiënt helpen door samen met de consulent W&I te kijken wat er mogelijk is; de patiënt bijvoorbeeld te wijzen op voorliggende voorzieningen, of iemand die langskomt om de financiële huishouding te bekijken, of, als er meer nodig is, intensieve begeleiding in te zetten.

Casus integraal consulent bij de huisarts

De huisarts verwees een patiënt met een lichte verstandelijke beperking door naar mij. Hij ervoer veel spanning en zat niet lekker in zijn vel. Uit het gesprek bleek dat hij door allerlei instanties eigenlijk structureel werd overvraagd, waardoor hij veel psychische problemen had. De gemeente had dit niet zo scherp op het netvlies en vermoedde dat hij niet actief wilde meewerken aan zijn re-integratie en wilde maatregelen gaan treffen. Hij ervoer dat als belastend, want hij wilde wel meewerken, maar kon het allemaal niet overzien. Ook bleek dat hij al behoorlijke schulden had. Ik heb gevraagd met wie hij in contact was en heb deze casus bij ons integrale overleg WIJZ ingebracht. Toen zijn we erachter gekomen dat er wat meer maatwerk voor hem nodig was en zijn we gaan sturen op het op orde brengen van het financiële stukje. Hij heeft die maatwerkvoorziening ook gekregen. Er is een traject bij de stadsbank gestart en er is hulp bij de Voedselbank aangevraagd. De re-integratie is even vooruit geschoven, maar hij vertelde me onlangs dat hij nu veel relaxter is, omdat hij weet dat alles wordt geregeld en dat alles nu veel duidelijker is geworden. We blijven hem monitoren.

Er wordt eerder gesignaleerd en passender verwezen

Teamleider Zorg Hanneke uit het Broek constateert dat er nu een betere signaleringsfunctie is én dat huisartsen passender kunnen doorverwijzen. Huisartsen zijn enthousiast omdat er in Twente een tekort aan huisartsen is, terwijl de vraag en de niet-medische zorg toenemen. Omdat zowel de gemeente als de huisartsen hetzelfde doel nastreven, namelijk in een zo vroeg mogelijk stadium de inwoner ondersteuning op maat bieden, zodat escalatie voorkomen kan worden, hebben de partners de handen ineengeslagen en is er voorgesteld dat consulenten in de praktijk kwamen om de doorverwijzing wat meer te laten aansluiten op de vraag van de patiënt. De gemeente heeft huisartsen geïnformeerd over de gemeentelijke voorzieningen, maar ook over haar ketenpartners en wat er allemaal mogelijk is aan advies en ondersteuning. Daardoor is het zicht op de sociale kaart flink vergroot en zijn huisartsen wat minder gaan verwijzen naar (dure) tweedelijnszorg. Dat ziet de gemeente ook terug in de monitoren. Een deel wordt preventief afgevangen; daar wordt een ondersteuningsvraag voorkomen. Voor een ander deel gaat het om het aanbieden van passende zorg, geen onnodig specialistische. Er is zo meer grip op de zorgkosten en voor de patiënt betekent dit vaak zorg dichterbij huis. Tegelijkertijd is de regie bij de huisarts blijven liggen.

Huisartsen beter voorbereid op de toekomst

De stap naar de gemeente heeft voor de praktijk van Ton Boermans goed uitgepakt. De jeugdconsulent ging ook gesprekken met volwassenen voeren en dat bleek heel soepel te lopen. De gemeente en de huisarts hebben daarom samen de jeugdconsulent een eenjarige POH-GGZ-opleiding in deeltijd laten volgen. Ook een andere huisarts besloot een consulent als POH'er aan te stellen. *"We zijn al een aantal jaar zo aan het werk en we zijn nu goed voorbereid op de toekomst door allerlei functies en ondersteuningsaanbod te combineren in de praktijk. Dat is nodig omdat ook sociaalmaatschappelijke problematiek in huisartsenpraktijken moet worden opgepakt, die zorgvraag blijft namelijk wel."* Terugblikkend kreeg de huisarts bij de gemeente snel een voet aan de grond. Wat hielp is dat hij meteen zijn o6-nummer gaf.

Met jeugdhulp in huisartsenpraktijken is in Nederland al veel ervaring opgedaan. Er zijn diverse pilots uitgevoerd en in sommige praktijken is de inzet structureel geworden. Meer informatie staat op de website van VNG:

<https://vng.nl/artikelen/jeugdhulp-en-huisartsen>.

Krachtige basiszorg in Utrecht



5 Krachtige basiszorg in Utrecht

Rebecca Houtman (huisarts) en Ernst-Jan Wind (wijksamenwerkingscoördinator) werken beiden in de wijk Ondiep in Utrecht, volgens de methode Krachtige basiszorg, die daar als pilot voor twee jaar loopt. Ondiep is een aandachtswijk waarin veel mensen met complexe problematiek wonen. Ongeveer 60% heeft een lichte verstandelijke beperking, en kampt met allerlei problemen, waaronder financiële.

Aansluiten bij de patiënt betekent ook aansluiten op het sociaal domein

Bij Krachtige basiszorg gaat het erom dat de huisarts niet alleen naar de lichamelijke klachten kijkt, maar ook vraagt wat er speelt op andere domeinen. Dit helpt de huisarts om beter aan te sluiten bij de patiënt en te zien wat er nodig is en wie daarbij het beste kan helpen. Daarvoor is een goede verbinding tussen het medische en het sociale domein noodzakelijk. Dat betekent als vanzelfsprekend dat huisartsen ook vanuit hun praktijk inzetten op maatschappelijke ondersteuning, bijvoorbeeld door nauw samen te werken met het Buurtteam. Er wordt gewerkt vanuit de 'Quadruple Aim'-gedachte en dat levert vooral de kwetsbare patiënten wat op: betere ervaren gezondheid, met betere kwaliteit van zorg en tegen lagere kosten. Door bij de huisarts het 4-domeinenmodel (4D-model) te gebruiken, dat bestaat uit de domeinen lichamelijk, maatschappelijk, geestelijk en sociaal, komen allerlei oorzaken voor (niet medische) klachten vaak ter sprake, ook financiële problemen.

Huisartsen hebben korte lijnen met het sociale domein en schakelen snel

Eerst aan elkaar snuffelen

Voor een goede aansluiting is het noodzakelijk dat de huisarts en de beroepskrachten in het sociaal domein elkaar beter leren kennen en samen een visie ontwikkelen. Dit moet ook worden onderhouden. Beide partijen moeten ervoor zorgen dat ze elkaar kunnen vinden om bijvoorbeeld 'warm' over te kunnen dragen aan elkaar. In Utrecht is vanaf de start met de Buurteams geprobeerd een goede samenwerking met de huisarts op te zetten. Drie jaar voor de start is een gezamenlijke pilot gedaan om te zorgen dat het goed geïmplementeerd zou worden. De partijen kregen drie jaar de tijd om *"aan elkaar te snuffelen en elkaars werkwijze te leren kennen om zo de samenwerking goed te laten slagen"*. Inmiddels blijkt dat het ontzettend positief is en heel veel extra oplevert.

Krachtige basiszorg biedt extra consulttijd en driegesprekken

In Ondiep is in de pilotfase van Krachtige basiszorg gekozen om meer tijd te nemen voor de patiënt: 15 minuten per patiënt. Dat geeft net wat meer mogelijkheden dan de reguliere tien minuten. Als er nog meer nodig is, wordt er een dubbele afspraak gemaakt (20 minuten in totaal), net als bij een reguliere huisarts. Zodra de huisarts (al dan niet door het 4D-model in te vullen) met de patiënt meer gaat bespreken dan de medische klachten, kan het soms duidelijk worden dat er meer hulp nodig is, bijvoorbeeld van het Buurtteam. Als er veel speelt of de patiënt heeft moeite om zelf naar het Buurtteam te gaan, dan plannen ze een driegesprek op de praktijk. De patiënt geeft daar dan toestemming voor. Er komt iemand van het Buurtteam bij het gesprek zitten. Dit heeft ook praktische voordelen rondom de eisen van de AVG. Want alles wordt in het bijzijn van elkaar besproken. Het fijne is ook dat je dan gelijk kan doorpakken. Eigenlijk zet je dit alleen bij kwetsbare patiënten in of als er veel problemen spelen en het gebeurt vaak pas als iemand al vaker is langsgekomen.

Samenwerken vraagt onderhoud en soms 'georganiseerd botsen'

Een gezamenlijke visie is makkelijker gezegd dan gedaan, maar vaak komen de samenwerkende partijen al een eind door terug te gaan naar de basis. Waar doen we het voor? Het logische antwoord is: voor de patiënt. Wat is er dan voor nodig? En dan moet het heel praktisch worden. Wat betekent dit voor de uitvoeringspraktijk? Wie heeft met wie contact? Waar gaat het contact over? Wat doe jij wel en niet? *"In Utrecht is het niet zonder slag of stoot gegaan. Men heeft ruim de tijd gekregen om de samenwerking op te zetten en in te vullen en nog is het dagelijks (hard) werken."* Ook nadat de samenwerking

is opgezet, moet er worden geïnvesteerd in het onderhoud. Deelnemers krijgen te maken met de waan van de dag, werkdruk, wisseling van professionals. Dat betekent opnieuw investeren. In Utrecht vindt eens in de zes weken casuïstiekoverleg plaats, aan de hand van standaard formats. Zaken zoals 'waarin loop je vast in deze casus', 'wat heb je nodig', 'wat is nu de eerste stap' komen aan de orde. Door het format te volgen kunnen sommige zaken ook wel georganiseerd botsen. Juist om aan het licht te brengen wat er niet werkt en waar de gaten vallen in de ondersteuning aan de burger.

"In Utrecht heeft het vaak gebotst en dat doet het nog steeds weleens. Als iedereen maar samen problemen wil oplossen en het beste voor de patiënt of de burger voor ogen houdt, dan kom je er wel. Botsen kan trouwens soms ook goed zijn. Soms moet je botsen om samen een stapje verder te komen. Als je maar wel het gezamenlijk belang voor ogen houdt en dan kom je weer bij de patiënt goed ondersteunen terecht."

Het 4D-model zorgt voor een gemeenschappelijke taal

Zowel de huisartsen als de Buurtteam-medewerkers gebruiken het 4D-model. Dat is niet altijd zo gegaan, maar nu ziet iedereen er wel het voordeel van in, omdat ze daardoor meer dezelfde taal spreken. Het is voor de huisarts wel belangrijk om de sociale kaart in de wijk te kennen, want dan weet deze wie hij of zij kan aanspreken per domein. De huisarts vult het model tijdens het consult samen met de patiënt in, of het Buurtteam doet dat in hun gesprek. Als eruit komt dat er ondersteuning vanuit bijvoorbeeld het Buurtteam of de vrijwilligers van team mantelzorg nodig is, dan zal de patiënt die daartoe in staat is, zelf de uitwerking van het gesprek en het ingevulde 4D-model meenemen naar de partners waarnaar is verwezen. Als wordt ingeschat dat de patiënt hiertoe niet in staat is, dan vraagt de huisarts of het Buurtteam bijvoorbeeld om het driegesprek.

Terugkoppeling en monitoring is ook onderwerp van onderlinge samenwerking

Het terug rapporteren vanuit het Buurtteam naar de huisartsen is soms een struikelblok. Dan weet de huisarts niet of iemand is aangekomen. In het begin liep vooral de discussie over informatie delen, over het DAT en WAT. Het is vaak al fijn dat de huisarts weet DAT iemand is aangekomen (is de patiënt betrokken bij iemand, ja of nee?). Dan hoeft de huisarts het niet te hebben over WAT er precies speelt (waarvoor komt iemand bij de huisarts?). De afspraak is nu dat het Buurtteam het ook aan de huisarts laat weten wanneer de ondersteuning bij een patiënt stopt. *"Soms zie je een patiënt ineens weer heel vaak en dan blijkt het te komen omdat het Buurtteam niet meer betrokken is. Het is goed om dat te weten. Dit punt is een blijvend punt van aandacht. Nu wordt vaak in het casuïstiekoverleg gemeld of de betrokken partijen nog een rol hebben."* Het afstemmen met elkaar vindt telefonisch plaats of tijdens het casuïstiekoverleg.

Krachtige basiszorg is een vernieuwende aanpak gericht op bewoners met hoge gezondheidsrisico's en problemen in meerdere leefdomeinen. De aanpak bestaat uit zes kernelementen: het 4D-model, de samenwerking met het wijkteam en met aanbieders van voorzieningen in de wijk, het inzetten van een wijkspecialist en het linken van de hulpvraag aan het aanbod in de wijk, en het gebruik van ondersteunende ICT en datasystemen. Alle betrokken professionals op het gebied van zorg, sociaal welzijn en preventie in de wijk luisteren met aandacht naar de klant en vragen door. Dat betekent dat in alle stadia van de hulpverlening wordt bekeken of er ook andere problemen zijn. Het totaalplaatje kan immers het verschil maken tussen een goede gezondheid ervaren of niet. In een schuldensituatie wordt bijvoorbeeld gevraagd naar het ervaren van een sociaal isolement of slaapproblemen. Hulpverleners delen kennis en gaan samen met de klant op zoek naar een integrale oplossing van het probleem. Ook informatie over het proces wordt gedeeld; dat levert op dat de professionals hun werk beter kunnen doen en dat de zorgkosten verminderen. Krachtige basiszorg is ontwikkeld door Stichting Overvecht Gezond en de Buurtteamorganisatie Sociaal Utrecht, met steun van Zilveren Kruis en de gemeente Utrecht en zal in 2019 en 2020 in tien wijken worden toegepast. Zilveren Kruis, CZ en de Achterstandsfondsen voor huisartsen in de vier steden investeren twee jaar in de ontwikkeling om lessen te leren en deze aanpak verder te kunnen overbrengen naar andere geïnteresseerden. Daarnaast willen zorgverleners, zorgverzekeraars en andere betrokken partijen, zoals VWS, de NZa, ZN en de LHV, samen op zoek gaan naar het duurzaam financieren van deze manier van werken. Men is aan het verkennen wat de gouden regels voor Krachtige basiszorg zijn om het eventueel landelijk te kunnen uitrollen. Zie voor meer informatie www.krachtigebasiszorg.nl.

Blauwe Zorg in Maastricht



6 Blauwe Zorg in Maastricht

In de zomer van 2019 zijn er vanuit twee huisartsenpraktijken in Maastricht zeven patiënten met financiële problemen doorverwezen naar een sociaal team, vier van die patiënten werden rechtstreeks door de huisarts verwezen, de andere drie door het GGZ-team dat als onderdeel van de interventie Blauwe Zorg actief is geworden. Dit is resultaat van een heel nieuwe werkwijze. In de pilot Blauwe Zorg in de wijk wordt namelijk expliciet aandacht besteed aan financiële problematiek. Dat komt door een onderzoek van Kredietbank Limburg. Zij zagen mogelijkheden om financiële problematiek eerder te signaleren. De kredietbank toonde aan dat het ongeveer drie tot vijf jaar duurt voordat mensen zich melden met financiële problemen. Ook werd aangetoond dat mensen met schulden zich met stressklachten tot hun huisarts wenden. De huisartsen en sociale teams hebben daarom afspraken gemaakt over de samenwerking bij sociale vraagstukken, *inclusief* de financiële. Ook hebben de deelnemende huisartsen voorbeelden gekregen van screenende vragen om die problematiek bespreekbaar te maken. Bijvoorbeeld: “Vindt u het moeilijk om elke maand rond te komen?” De huisarts beoordeelt niet hoe ernstig de situatie is. Het sociale team pakt de vraagstukken op, al dan niet samen met Kredietbank Limburg.

Huisarts is vindplaats voor financiële problematiek

Aan de zeven casussen, waarbij de huisarts of het GGZ-team de patiënt heeft doorverwezen, valt op dat patiënten psychosociale en stressklachten rapporteren, soms als gevolg van groeiende financiële problematiek, maar soms ook als oorzaak daarvan. Bijvoorbeeld het verlies van een baan, als gevolg van psychische klachten, waardoor iemand financieel in de knel is gekomen. De huisarts is in de pilot Blauwe Zorg in de wijk dus een nadrukkelijke vindplaats voor financiële problematiek, ongeacht of die nu de oorzaak of het gevolg is van de gezondheidsklachten waarvoor de patiënt met de huisarts wil praten.

Huisartsen verwijzen naar één vaste contactpersoon bij het wijkteam

Hoe is Blauwe Zorg in de wijk georganiseerd?

Blauwe Zorg in de wijk is een omvangrijke pilot die bestaat uit negen deelprojecten. Een van de onderdelen van de pilot is de samenwerking tussen de twee huisartsenpraktijken in de pilotwijken en twee sociale teams. Zij hebben één of twee vaste contactpersonen gekregen naar wie ze patiënten kunnen verwijzen bij wie meer speelt dan lichamelijke en psychische klachten. De huisarts vraagt aan de patiënt of hij of zij het goed vindt als iemand van het sociaal team binnen een paar dagen telefonisch contact opneemt, maar de patiënt mag dat ook zelf doen. De praktijk en het sociaal team maken daarnaast samen afspraken over hoe de verwijzingen kunnen worden gedaan en hoe vaak er onderling overleg plaatsvindt. De huisarts verwijst en het sociaal team gaat na, aan de hand van de gespreksmethodiek positieve gezondheid, wat de vraag van de buurtbewoner is, welke behoefte er is en welke ondersteuning daarbij noodzakelijk is. Het sociaal team is daarmee als het ware het verlengstuk van de huisarts op het niet-medische vlak. De onderlinge afspraken tussen de praktijken en de sociale teams verschillen. De ene praktijk heeft ervoor gekozen om één keer per maand casussen te bespreken, de andere doet dat om de zes weken. Deze werkwijze wordt nu uitgerold naar andere wijken in Maastricht en gemeenten in Heuvelland.

“Doordat er één vaste contactpersoon is, werkt de samenwerking heel goed. De vaste contactpersoon bij de sociale teams wisselt per wijk. In de ene wijk is het een Wmo-consulent en in de andere een maatschappelijk werker. Binnen deze samenwerking heeft de huisarts zelf mogen kiezen met wie hij direct wil afstemmen. Wat ook helpt is dat er een wijkverpleegkundige in het team aanwezig is. Dit zijn je ogen en oren die bij de patiënten thuis komen. Vanuit de wijkverpleegkundige komen vaak waardevolle aanvullingen over de situatie waarin een patiënt zich bevindt.”

Over Blauwe Zorg in de wijk

Met Blauwe Zorg in de wijk richt gemeente Maastricht zich, samen met vele partners in het sociaal domein en in het medische domein, op het verbeteren van de gezondheid van Maastrichtenaren en een betere kwaliteit van leven. Dat gebeurt volgens het principe van ‘positieve gezondheid’. Dat gaat over meer dan alleen de lichamelijke gezondheid: ook

bijvoorbeeld het dagelijks functioneren, meedoen, de kwaliteit van leven, het voorkomen van financiële problemen en zingeving worden hieronder geschaard. Blauwe Zorg in de wijk is een programma dat vijf jaar loopt. Het is gestart in het najaar van 2016. De samenwerking tussen huisartsenpraktijken en sociale teams maakt onderdeel uit van project 4: zorg die beter aansluit bij de burger. Een sociaal team is een netwerkorganisatie in de wijk waar verschillende organisaties hun deskundigheid aan leveren.

Uit de evaluatie die in het voorjaar van 2020 beschikbaar is gekomen, blijkt dat de overdracht is verbeterd. Huisartsen geven ook aan meer, en betere, terugkoppelingen te krijgen door de samenwerking met het sociaal team. Gemiddeld had in 2019 elk sociaal team een à twee aanmeldingen per week vanuit de huisartsenpraktijk.

Voorbeeld: een patiënt heeft stressgerelateerde klachten. De huisarts gaat in gesprek met de patiënt en komt te weten dat er ook sprake is van een verstoord slaappatroon en geldzorgen. Deze hebben volgens de patiënt met elkaar te maken. De huisarts stelt voor met het sociaal team in gesprek te gaan. Het sociaal team gaat uitgebreid met de patiënt in gesprek en brengt de patiënt in contact met een Schuldmaatje. De huisarts ontvangt een terugkoppeling over de vervolgstappen.

Bianca Vaessen, procescoördinator transformatie sociaal domein bij gemeente Maastricht, geeft een aantal tips over hoe je de samenwerking aanzwengelt: *"Laat zien hoe een samenwerking de huisarts kan ontzorgen. Het zit 'm in een paar dingen: het scheelt tijd, het scheelt medicaliseren in situaties waarin dat niet nodig is. Je kunt de gezondheidsbeleving vergroten omdat je aansluit op de vraag van de patiënt. Het betekent ook veel voor de zorg aan de patiënt: het advies van de huisarts krijgt meer kans op opvolging. Besef dat een patiënt ook andere dingen aan zijn hoofd heeft. We weten allemaal wat goed voor ons is, maar soms ben je in je gedachten ergens anders mee bezig, zoals geldzorgen."*

Stadspoli's

Binnen Blauwe Zorg zijn twee Stadspoli's gestart: huisartsenpraktijken waar specialisten aanwezig zijn. Omdat patiënten de Stadspoli bezoeken hoeven zij geen eigen bijdrage te betalen. Specialisten naar de praktijk toe halen zorgt ervoor dat de zorgverlening sneller is en minder kost (overheadkosten van het ziekenhuis zijn lager), dat er sneller met de huisarts kan worden geschakeld en dat patiënten hierdoor minder stress en zorgen ervaren. Het voorkomt ook zorgmijding door patiënten uit angst dat de kosten te hoog zijn of niet betaald kunnen worden. Zie voor meer informatie www.stadspoli.nl.

De gemeente is een belangrijke (financiële) partner

Samenwerken tussen de huisarts en de gemeente kost tijd en is soms lastig. Huisartsen maken gebruik van andere systemen en financieringsstructuren dan de gemeente. Het is volgens Bianca Vaessen belangrijk om als partners samen de verantwoordelijkheid te nemen, elkaar te kennen en te vertrouwen. De gemeente kan duidelijk maken dat ook zij bezig zijn met vroegsignalering, maar dat het simpelweg niet mogelijk is om elke persoon met beginnende schulden in beeld te hebben. Dat komt ook omdat er mensen zijn die structureel te laat betalen, maar dat uiteindelijk wel doen. Het is niet eenvoudig te bepalen wanneer mensen een probleem hebben. Naast de huisarts zijn ook andere vindplaatsen nodig. Structurele financiering is altijd een aandachtspunt: als een project stopt, vervalt de subsidie. In Maastricht krijg de POH-jeugd nu structurele financiering van de gemeente.

Meer informatie: www.blauwezorgindewijk.nl.

Praktijkondersteuner financiën in Rotterdam



7 Praktijkondersteuner financiën in Rotterdam

De huisartsen van het Gezondheidscentrum Lijn 2 beschouwen armoede, schulden en bestaansonzekerheid als de grootste oorzaak van geestelijke en fysieke klachten van hun patiënten. In Feijenoord, een wijk in Rotterdam-Zuid, komen problemen als armoede en laagtaligheid veel voor en zijn er veel mensen met een lichte verstandelijke beperking. De huisartsen van Lijn 2 vermoeden dat voor 60% tot 70% van hun patiëntenpopulatie met complexere problematiek geldt, dat zij ook te maken hebben met financiële problemen. Peter Hoornweg, directeur van Stichting Veritas Vertegenwoordiging, vertelt over de aanleiding voor de samenwerking met Lijn 2: *"De huisartsen zochten eerst contact met Stichting Humanitas om na te denken over hoe ze deze groep het beste konden helpen. Er is in de spreekkamer namelijk te weinig tijd. De huisartsen willen dat de gezondheid van deze groep patiënten uiteindelijk duurzaam verbetert, en ze zien dat de behandeling die ze te bieden hebben niet voldoende aansluit op wat de patiënten met geldproblemen echt nodig hebben. Humanitas haalde Stichting Veritas Vertegenwoordiging erbij om samen tot een initiatief te komen. Dat werd de praktijkondersteuner financiën. Zij kan patiënten met klachten die gerelateerd zijn aan financiële stress helpen de oorzaak te bestrijden, door eerst te zorgen dat de grootste stressor uitgeschakeld wordt."*

Vanaf maart 2020 is het centrum samen gaan werken met Stichting Humanitas Rotterdam, een welzijns- en hulpverleningsorganisatie in de regio Rotterdam, en de Rotterdamse Stichting Veritas Vertegenwoordiging, die onder meer budgetbeheer en beschermingsbewind aanbiedt. Vier dagen per week is er een praktijkondersteuner financiën in Lijn 2 aanwezig. Deze medewerker is in dienst van Veritas Vertegenwoordiging en is gedetacheerd bij het gezondheidscentrum. De gemeente is niet bij het initiatief betrokken, maar er is wel overleg geweest en de gemeente is aangehaakt via het wijkteam. De drie betrokken partijen financieren dit zelf en leveren alle drie een even hoge bijdrage. Lijn 2 maakt gebruik van GEZ-gelden.

Financiële kennis onder hetzelfde dak

De praktijkondersteuner financiën brengt de ernst van de financiële situatie meteen in kaart

De huisartsen verwijzen bij een vermoeden van financiële problematiek direct naar de praktijkondersteuner financiën, die ook in het gezondheidscentrum kantoor houdt. Ook bij twijfel wordt de praktijkondersteuner erbij gehaald. Wat volgt is een vrijblijvend gesprek in het gezondheidscentrum of bij de mensen thuis. Dat bestaat uit in ieder geval een korte kennismaking met de vraag of er een écht gesprek gevoerd moet worden, maar het kan ook direct al een integrale anamnese van de financiële situatie zijn. De praktijkondersteuner financiën vraagt de cliënt dan om alle financiële papieren en gegevens mee te nemen. In ten minste één gesprek van twee uur lang vindt een voorzieningencheck plaats om te kijken of de cliënt alle inkomensvoorzieningen ontvangt waar hij recht op heeft. Ook worden de lopende uitgaven geïnventariseerd, gecontroleerd aan de hand van bankafschriften en beoordeeld. Schulden die tot afsluiting van gas, water en elektriciteit of een huisuitzetting kunnen leiden zijn dan in beeld gekomen. Het resultaat is een map met een geordende administratie en een budgetwerkplan met daarin alle benodigde acties. Hiermee is het financiële probleem inzichtelijk gemaakt en is duidelijk wat er moet gebeuren. In de volgende stap bepaalt de praktijkondersteuner wie ermee aan de slag gaat.

"We willen zorgen dat er schuldenrust ontstaat bij de patiënt, zodat hij of zij ruimte krijgt om zijn of haar leven, en daarmee vaak een groot deel van de gezondheid, weer op orde te krijgen. Onze financieel specialist onderzoekt eerst met de patiënt wat hij of zij zelf kan doen om de situatie weer onder controle te krijgen. Als verdere ondersteuning gewenst is, verwijzen we door naar het wijkteam of naar Stichting Humanitas. Zo kunnen we de huisarts én patiënt snel en effectief helpen."

Drie mogelijke vervolgstappen

Doordat de praktijkondersteuner de patiënt meteen onder zijn hoede heeft genomen, is voor de patiënt snel duidelijk hoe hij ervoor staat en waar hij terecht kan. Dat helpt voorkomen dat hij de weg kwijtraakt op zoek naar de juiste hulp, terwijl de problemen zich verder opstapelen. Er zijn dan drie mogelijke vervolgstappen:

1. De cliënt kan met een beperkt aantal (3-5) consulten zelfstandig werken aan de oplossing.
2. De cliënt heeft een bepaalde mate van zelfstandigheid en kan met ondersteuning van een buddy van Stichting Humanitas de weg naar de gemeentelijke trajectbegeleiders vinden. De buddy is een ervaringsdeskundige en loopt een tijdje mee met de cliënt en de gemeentelijke trajectbegeleider om voortijdige uitval te voorkomen. Als er sprake is van gestapelde problemen, dan wordt door de praktijkondersteuner financiën of de budgetcoach het wijkteam ingeschakeld. Het wijkteam helpt de cliënt de situatie eerst te stabiliseren om vervolgens te werken aan een oplossing.
3. De cliënt is tijdelijk of permanent niet in staat om zijn of haar financiële belangen ten volle te behartigen. Dan is bewindvoering de meest voor de hand liggende oplossingsrichting.

Wat is de rol van de huisarts?

De huisarts is na de doorverwijzing naar de praktijkondersteuner al niet meer betrokken bij het traject dat de patiënt doorloopt. Maar zijn of haar inschatting van de situatie is wel gewenst. De praktijkondersteuner heeft er veel aan om van de huisarts te horen of de patiënt voldoende ertoe in staat is, met begeleiding, aan zijn of haar schuldsituatie te werken. De huisarts kent de patiënt immers vaak beter dan de praktijkondersteuner. Als de financiële zelfredzaamheid te laag is, is bewindvoering een oplossing. Om de huisarts te helpen die inschatting te maken, is het volgende gedachtenexperiment bedacht: *'Stel je eens voor dat deze cliënt nu geen financiële problemen (meer) heeft. We doen een jaar niets. In hoeverre is de cliënt aan het eind van het jaar in staat gebleken zijn eigen financiële belangen behoorlijk waar te nemen?'* Als het antwoord is dat de cliënt naar alle waarschijnlijkheid (opnieuw) in de financiële problemen is gekomen, dan kan de financiële zelfredzaamheid als te laag worden verondersteld.

Terugkoppeling niet per patiënt maar *overall*

Peter Hoornweg vertelt dat de huisartsen geen uitgebreide terugkoppeling nodig hebben. Ze willen weten of de gezondheid van patiënten na de start van de hulpverlening verbetert. Daartoe wordt het initiatief gemonitord. Over een jaar zijn de eerste resultaten bekend.

Proeftuin Ruwaard in Oss



8 Proeftuin Ruwaard in Oss

In de Ruwaard, een wijk in Oss, is een hecht netwerk ontstaan van inwoners, professionals, vrijwilligers, ervaringswerkers en ervaringsdeskundigen. Zij zijn de Proeftuin Ruwaard gestart, een samenwerking die is gegroeid tot inmiddels elf organisaties. Wijkbewoners en organisaties bedenken er samen oplossingen waarin mensen meer voor zichzelf en voor elkaar kunnen gaan doen. Ook huisartsenpraktijken hebben zich erbij aangesloten. Door de korte lijnen met de ketenpartners wordt nu eerder gesignaleerd en de achtergrond van mensen die mogelijk een hulpvraag hebben veel beter in kaart gebracht. Bijvoorbeeld bij een winkeldiefstal. Dan wordt meteen de link met het sociaal wijkteam gelegd, door ofwel het OM of de Raad voor de Kinderbescherming of vanuit de ZSM-tafel (voor de snelle afhandeling van veel voorkomende criminaliteit). Er kan immers sprake zijn van financiële problematiek. Robert Jans, sociaal werker bij ONS Welzijn, vertelt dat iedereen erg blij is met deze aanpak omdat er echt naar mensen wordt gekeken.

Rol van de huisartsenpraktijken in de Proeftuin Ruwaard

De huisartsenpraktijken die meedoen aan de Proeftuin Ruwaard helpen hun patiënten met financiële problematiek op twee manieren:

- Ze bieden de patiënt de mogelijkheid te praten met een sociaal werker van het sociaal team. In dat geval schuift de sociaal werker aan tijdens het spreekuur en zitten ze dus samen met de huisarts en de patiënt in de spreekkamer. Zo kunnen patiënten meteen kennis maken met iemand die hen kan ondersteunen bij hun geldzorgen, en is de overdracht warm en laagdrempelig. Het is niet meer dan een kennismaking, waarbij de patiënt wordt uitgenodigd om het echte aanmeldingsgesprek bij hem of haar thuis te doen. De sociaal werker doet dan de intake en signaleert en verwijst vervolgens gericht door. Met de patiënt worden zijn of haar vragen in kaart gebracht, eventueel met hulp van een ervaringswerker of bekende uit het netwerk. Hierna wordt samen bekeken welke expertise aan tafel nodig is om antwoord te kunnen geven op de vragen van de patiënt. Dit gesprek met de verschillende experts vindt binnen twee weken plaats bij de patiënt thuis.
- Direct contact met het sociaal wijkteam. Het wijkteam bekijkt de casus en draagt er zorg voor dat de juiste mensen, bijvoorbeeld medewerkers van Werk & Inkomen, schuldhulpverlening, een wijkverpleegkundige, of een Wmo-consulent, aan tafel komen bij het multidisciplinair overleg om – vanuit verschillende expertisegebieden – antwoord te kunnen geven op de vragen van de patiënt. Hiermee wordt veelvuldig doorverwijzen voorkomen.

*Sociaal werker
schuift aan in de
spreekkamer*

Multidisciplinair overleg toont aan waar de knelpunten zitten

Robert Jans vertelt dat de meeste huisartsenpraktijken heel betrokken zijn en andere praktijken langzaam steeds meer mee gaan doen en contact zoeken. *"De huisartsen komen steeds meer aan tafel bij het multidisciplinair overleg. Dat is voor mij en mijn collega's van grote waarde, want ik zie bij veel problemen ook een medische kant."* Elke twee weken komen vijftig tot zestig professionals, vrijwilligers en ervaringswerkers bij elkaar om de knelpunten in de wijk te bespreken. Hierbij gaat het soms ook over het doorbreken van vaste patronen en schotten tussen professionals. *"We leren elkaar om niet alleen dingen te halen. In de zorg- en welzijnssector spelen allerlei belangen en het is begrijpelijk dat professionals 'hun' cliënten willen begeleiden, maar soms is het beter om een cliënt aan een ander over te dragen."*

Het Huis van de Wijk

Het Huis van de Wijk is begonnen met vier enthousiaste burgers als beheerders van een ontmoetingsplek. Er wordt koffie geschonken en er is altijd een luisterend oor. De professionals zijn het eerste half jaar alleen op uitnodiging binnengekomen. Het is een groot succes: er zijn 350 bezoekers per week. Er is ook het financiële spreekuur, twee keer in de week met verschillende hulpverleners en dat zit helemaal vol. Er wordt daar nog steeds koffie gedronken terwijl de problemen worden besproken. Dat maakt het laagdrempelig.

Een sleutelrol voor ervaringswerkers

De ervaringswerkers hebben een sleutelrol in het initiatief, die de komende tijd steeds verder wordt uitgebouwd. Door de ontmoeting met mensen die hulp nodig hebben via ervaringswerkers plaats te laten vinden, wordt de drempel tot

hulpverlening lager. Sommige ervaringswerkers hebben een periode van financiële problemen achter zich gelaten. De gedachte is dat zij daardoor weten hoe ze mensen die in armoede leven of schulden hebben, kunnen bereiken, met hen in gesprek kunnen komen, kunnen vragen wat ze nodig hebben en kunnen helpen de hulpvraag duidelijker te krijgen. Inwoners die anderen willen helpen en wonen in dezelfde wijk, hebben vaak kennis over waar bepaalde hulp te vinden is, of kunnen wijzen op regelingen voor mensen met geldzorgen. Iedereen kan dus in potentie een poort zijn naar hulp bij het oplossen van schulden of andere vragen. Bijvoorbeeld een thuiszorgmedewerker die schoonmaakt en ziet dat meubels en gordijnen erg versleten zijn of een voetbaltrainer die ziet of hoort dat een pupil die hij traint het moeilijk heeft. In de Proeftuin wordt daar nadrukkelijk ruimte voor gemaakt. Zo was er een bijeenkomst voor mensen met financiële vragen waar alléén de ervaringswerkers waren, en géén professionals. De betrokken inwoners, vrijwilligers en ervaringswerkers worden geïnstrueerd om goede informatie te geven en te kunnen doorverwijzen als dat nodig is.

Zorgpad financiële problemen in de Schilderswijk, Den Haag



9 Zorgpad financiële problemen in de Schilderswijk, Den Haag

Gezondheidscentrum de Rubenshoek is gelegen in de Schilderswijk in Den Haag. Stress als gevolg van financiële problemen is er het meest voorkomende gezondheidsprobleem. Van alle bewoners in de wijk kampt bijna 70% met voortdurende zorgen over rondkomen. Veel van hen komen met klachten als gevolg van die zorgen naar de huisarts. Sommigen komen zelfs bijna wekelijks. Huisartsen uit het gezondheidscentrum zien dat bij deze patiënten de medische klachten vooral stressgerelateerd zijn en een combinatie van psychische en lichamelijke factoren. Voor deze patiënten wilde de Rubenshoek een passend antwoord vinden.

Financiële problematiek werd het speerpunt van 2019

Fred van der Loo, directeur van de Rubenshoek, vertelt over de aanleiding van het zorgpad financiële problemen: *"We zijn samen met zorgverleners en wijkbewoners in gesprek gegaan over wat zij ervaren als de grootste gezondheidsproblemen in de wijk. De top drie bestond uit voeding, bewegen en stress, waarbij stress door financiële problemen bij de bewoners er torenhoog bovenuit stak. Mensen komen niet toe aan gezonde voeding en voldoende lichaamsbeweging en dus een gezonde levensstijl. Dit leidt vaak tot gezondheidsklachten waarmee bewoners aankloppen bij de huisarts of andere zorgverleners. Maar die hebben daar meestal geen goede medische oplossingen voor, ook omdat er vaak sprake is van multiproblematiek."* Voor deze patiënten is een integrale aanpak nodig. In de Rubenshoek komen het medische domein en het welzijnsdomein fysiek al samen. Huisartsen en maatschappelijk werkers zijn te vinden onder één dak. Maar dat betekent niet automatisch dat bewoners uit de wijk ook direct met hun geldzorgen naar het maatschappelijk werk toestappen. Schaamte is een belangrijke factor en dan is de spreekkamer van de huisarts een plek waar financiële problematiek misschien net iets gemakkelijker boven tafel komt. De huisarts is een vertrouwenspersoon, en de weg naar de praktijk is gemakkelijk te vinden. Maar de huisarts moet daar dan wel specifiek op doorvragen. Deze kennis leidde ertoe dat sinds eind 2018 met het zorgpad financiële problemen wordt gewerkt.

Over het zorgpad financiële problemen

Het zorgpad financiële problemen maakt duidelijk waar patiënten met financiële problemen mee te maken hebben; het maakt inzichtelijk welke hulpverleners en instanties er zijn om te helpen en hoe daarnaar kan worden verwezen. Zo komen patiënten met geldzorgen eerder in beeld en wordt de doorverwijzing eenvoudiger, maar wordt er ook gewerkt aan de oorzaak achter het financiële probleem. Patiënten worden zo sneller en adequater geholpen. De huisartsen in de Rubenshoek praten met hun patiënten over de klachten én de onderliggende problemen. Als er sprake is van geldproblemen wordt het zorgpad financiële problemen gestart. Dat betekent in de Rubenshoek dat patiënten via een 'warme overdracht' in contact worden gebracht met het maatschappelijk werk, dat acht uur per week beschikbaar is in het gezondheidscentrum om patiënten te helpen om hun persoonlijke situatie goed in kaart te brengen.

Maatschappelijk werk helpt integraal: multiproblematiek, óók financiën, wordt aangepakt

De methodiek zorgpaden

Zorgaanbieders en andere betrokkenen willen interventies rond een specifieke groep patiënten soms gezamenlijk vormgeven. Dat kan door de organisatie van een zorgproces samen te visualiseren met een zorgpad. Een zorgpad laat zien welke stappen een specifieke groep patiënten doorloopt in een zorgtraject. Het bestaat uit meerdere bouwstenen die door zorggroepen en samenwerkingsverbanden kunnen worden gebruikt om het lokale traject vorm te geven. De visualisatie maakt helder welke verbetering van de zorgverlening lokaal mogelijk is en helpt de zorg beter te laten aansluiten op de behoeften van de zorgvrager. Meer informatie over de methodiek is te vinden in de handleiding *Werken met zorgpaden in de eerstelijns gezondheidszorg*, te downloaden op de website van [Invoorzorg](#).

In het zorgpad heeft het maatschappelijk werk een kernrol gekregen

De keuze om te verwijzen naar een maatschappelijk werker is een directe uitkomst van het proces dat is doorlopen om tot het zorgpad financiële problemen te komen. Er waren al gemeentelijke consultants aanwezig in het gezondheidscentrum, maar omdat de focus bij hen vooral op de financiën lag, werden onderliggende problemen niet echt opgepakt. Het initiatief werd genomen om een zorgpad te ontwikkelen. Het werd al snel duidelijk dat het in de Schilderswijk nodig was om iemand in te zetten die alle onderliggende factoren kan uitvragen, omdat er in de patiëntenpopulatie veelal sprake is van multiproblematiek. De maatschappelijk werker verricht deze brede inventarisatie en kijkt waar de stress vandaan komt. Als blijkt dat er veel financiële problemen spelen, dan is het mogelijk om een professional van Helpdesk Geldzaken van de gemeente Den Haag in te zetten. Deze professional kan vrij snel een scan maken om in beeld te brengen hoe ernstig de financiële problemen zijn.

Het zorgpad financiële problemen werkt voor huisartsen. Zij hebben nu iemand waar zij naar kunnen verwijzen wanneer het vermoeden bestaat dat financiële problemen de oorzaak van de stressgerelateerde medische klachten zijn. De huisartsen en maatschappelijk werker kennen elkaar goed en zien elkaar regelmatig. Dat huisartsen zelf een actieve rol hebben gehad in de ontwikkeling van het zorgpad heeft ook geholpen bij het gebruik ervan. Deze manier van werken geeft de betrokkenen in het gezondheidscentrum de ruimte om te handelen, en is er de wil gekomen om het zo te doen. Het is duidelijk geworden wat het de huisarts, de patiënt en de hulpverlener oplevert, omdat er na de verwijzing altijd een terugkoppeling volgt. Dat gebeurt veelal mondeling tussen maatschappelijk werker en huisarts. Huisartsen willen weten of het een succes is. Ze horen dit graag terug, óók van de patiënt.

De rol van de huisarts is signaleren en verwijzen

"De spreekkamer van de huisarts is een vindplaats," vindt Fred van der Loo. "Maar de huisarts heeft niet als taak om de financiële problematiek op te lossen. De rol van de huisarts is het signaleren van de problemen en om de betrokkenen vervolgens te verwijzen." Het signaleren van financiële problematiek in de spreekkamer is heel belangrijk. "Zolang er niet wordt gekeken waardoor de klachten worden veroorzaakt, zal er geen adequate oplossing komen voor de medische problemen die het gevolg zijn van financiële stress waarmee mensen zich bij de huisarts presenteren." Het gevolg is dat patiënten telkens blijven terugkomen met hun stressklachten. Dat het bespreekbaar maken van financiële problemen lastig kan zijn, is iets wat Fred van der Loo beaamt. Zelfs voor de huisartsen in de Schilderswijk betekende het vragen naar de financiën in eerste instantie een andere manier van handelen. Het vragen naar de financiën is echt anders dan vragen naar medische problemen. Met het zorgpad is er een concreet handelingsalternatief gekomen voor complexe klachten van bewoners die niet met medicijnen en doorverwijzingen binnen het medische domein zijn geholpen. "Bestaande zorg en hulp is slimmer georganiseerd en aan elkaar geknoopt. Zo kan er met elkaar veel effectiever worden gewerkt en meer bereikt."

De registraties van financiële problematiek door huisartsen namen toe

Uit de procesevaluatie over de eerste zes maanden van het zorgpad bleek dat het aantal registraties in het huisartseninformatiesysteem (HIS) van mensen met financiële problematiek was toegenomen: van 96 in de periode voor november 2018 tot 152 drie en een halve maand later. In totaal zijn er in een periode van zes maanden 47 patiënten naar het maatschappelijk werk verwezen. Dit gebeurde voornamelijk door de huisartsen. Er zijn 37 patiënten in behandeling gekomen.

Verantwoording

Project Financiën in de spreekkamer

Deze uitgave is een van de producten die tot stand zijn gekomen in het project *Financiën in de spreekkamer*. Dit project is uitgevoerd door het lectoraat Schulden en Incasso van Hogeschool Utrecht en Zorggroep Almere, tussen juni 2018 en november 2020. In het project zijn interventies ontwikkeld voor alle Nederlandse huisartsenpraktijken. Vijf gezondheidscentra van Zorggroep Almere hebben hieraan een actieve bijdrage geleverd door hun ervaringen, wensen en ideeën te delen, en door de interventies als pilot uit te testen in hun praktijken.

De huisartsen en praktijkondersteuners van Zorggroep Almere konden tijdens de pilot via een beveiligd e-mailadres patiënten aanmelden bij De Schoor, de welzijnsorganisatie die in Almere ondersteuning biedt bij schulden. Zij konden dat doen door één mailtje te sturen met de naam, het telefoonnummer en de wijk van de patiënt. Vanuit De Schoor werd er vervolgens binnen hooguit drie dagen contact opgenomen met de patiënt en werd er een kennismakingsgesprek ingepland. Zodra het contact was gelegd volgde een reply op de aanmeldingsmail aan de verwijzer met een terugkoppeling dat de patiënt in beeld was. Het gemak van deze vorm van verwijzen maakte dat huisartsen en praktijkondersteuners efficiënt konden verwijzen en inzicht hadden in de status.

Het project was mede mogelijk dankzij een subsidie van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Meer informatie is te vinden op de website: www.schuldenenincasso.nl/huisartsenpraktijk.

Interventiepakket

Deze uitgave is onderdeel van het interventiepakket *Patiënten met schulden*, dat huisartsenpraktijken voorziet van instrumenten en informatie waarmee huisartsen en praktijkondersteuners - met beperkte inspanningen - financiële problematiek kunnen signaleren en patiënten efficiënt kunnen doorverwijzen.

Het interventiepakket is in samenwerking met [Zorggroep Almere](#) en het lectoraat Schulden en Incasso ontwikkeld. [Pharos](#) (expertisecentrum gezondheidsverschillen) heeft advies gegeven bij de ontwikkeling van dit interventiepakket.

Colofon

Deze uitgave is opgesteld met de grootste zorgvuldigheid. De beschrijvingen van de initiatieven zijn gebaseerd op interviews en projectdocumentatie die is verzameld in de zomer van 2020. De initiatieven ontplooiën zich voortdurend en zijn onderhevig aan veranderingen. Er zijn daarnaast ook andere aansprekende voorbeelden en er zullen nog nieuwe bijkomen. Wij helpen u graag aan actuele informatie over deze en andere initiatieven.

Contactinformatie

Annemarieke van der Veer, senior onderzoeker lectoraat Schulden en Incasso
 Annemarieke.vanderveer@hu.nl
 KSI, lectoraat Schulden en Incasso
 Postbus 85397, 3508 AJ Utrecht
 Secretariaat: 088 – 481 1284

Dankwoord

We willen de volgende personen graag hartelijk danken voor hun vrijwillige bijdragen aan deze uitgave:

Integrale consulenten in de huisartsenpraktijk in Losser

Mendy Versteeg, integraal consulent en coördinator uitvoering armoedebeleid
 Hanneke uit het Broek, teamleider zorg
 Marijn Jansink, integraal consulent Jeugd en Wmo
 Dianne Peddemors, teamleider Werk en Inkomen
 Ton Boermans, huisarts

Krachtige basiszorg in Utrecht

Rebecca Houtman, huisarts
 Ernst-Jan Wind, wijksamenwerkingscoördinator

Blauwe Zorg in de wijk in Maastricht

Bianca Vaessen, procescoördinator transformatie sociaal domein gemeente Maastricht

Praktijkondersteuner financiën in Rotterdam

Peter Hoornweg, directeur Stichting Veritas Vertegenwoordiging

Proeftuin Ruwaard in Oss

Robert Jans, sociaal werker ONS Welzijn

Zorgpad financiële problemen in de Schilderswijk, Den Haag

Fred van der Loo, directeur-bestuurder Gezondheidscentrum de Rubenshoek

De foto 'rode draad' is van Ava Sol. Het overige beeldmateriaal is gebruikt met toestemming van de geïnterviewden.