

TSG Tijdschr Gezondheidswet (2020) 98:97–100
<https://doi.org/10.1007/s12508-020-00256-w>



Samenwerking tussen zorg- en hulpverleners in de achterstandswijk Overvecht

Chantal Leemrijse · Neis Bitter · Joke Korevaar

Published online: 19 March 2020
 © The Author(s) 2020

Samenvatting Utrecht Overvecht is een achterstandswijk met ruim 34.000 inwoners. Veel inwoners (18%) hebben een bijstandsuitkering en de ervaren gezondheid is laag. Professionals uit de eerstelijnszorg en het sociale domein werken samen in de wijkaanpak Krachtige basiszorg. Gezamenlijk bieden zij geïntegreerde persoonsgerichte zorg dicht bij huis voor mensen met een stapeling van medische en sociaal-maatschappelijke problemen. Professionals zijn enthousiast omdat zij betere zorg kunnen bieden door samenwerking, maar zien ook ruimte voor verbetering.

Trefwoorden gezondheidszorg · sociaal domein · complexe gezondheidsproblemen · geïntegreerde zorg

Collaboration between health care professionals in a deprived area

Abstract Utrecht Overvecht is a deprived neighbourhood with more than 34,000 inhabitants. Many residents are living from social assistance benefits and perceived health is low. Professionals from healthcare and the social domain work together in the neighbourhood approach ‘Krachtige basiszorg’. They offer integrated person-oriented care close to home, for persons with an accumulation of medical and social problems. Professionals are enthusiastic because they provide better care through collaboration, but also see room for improvement.

C. Leemrijse (✉) · J. Korevaar
 NIVEL, Utrecht, Nederland
 C.Leemrijse@nivel.nl

N. Bitter
 GGZ Rivierduinen, Leiden, Nederland

Keywords health care · social domain · complex health problems · integrated care

Inwoners van Overvecht voelen zich minder gezond en hebben vaker dan gemiddeld complexe problematiek, zowel op medisch als op sociaal-maatschappelijk gebied [1]. Ze bezoeken hun huisarts vaak en met klachten waarvoor niet altijd een medische oorzaak is te vinden. Huisartsen ervaren dat zij patiënten met complexe problematiek geen optimale zorg kunnen bieden wanneer geen aandacht wordt besteed aan de onderliggende sociaal-maatschappelijke problemen. Patiënten blijven terugkomen met lichamelijke klachten en verliezen het vertrouwen in de zorg, en zorgverleners raken gefrustreerd. Om goede zorg te bieden is samenwerking nodig tussen professionals met verschillende expertises en achtergronden, zowel uit de gezondheidszorg als uit het sociale domein.

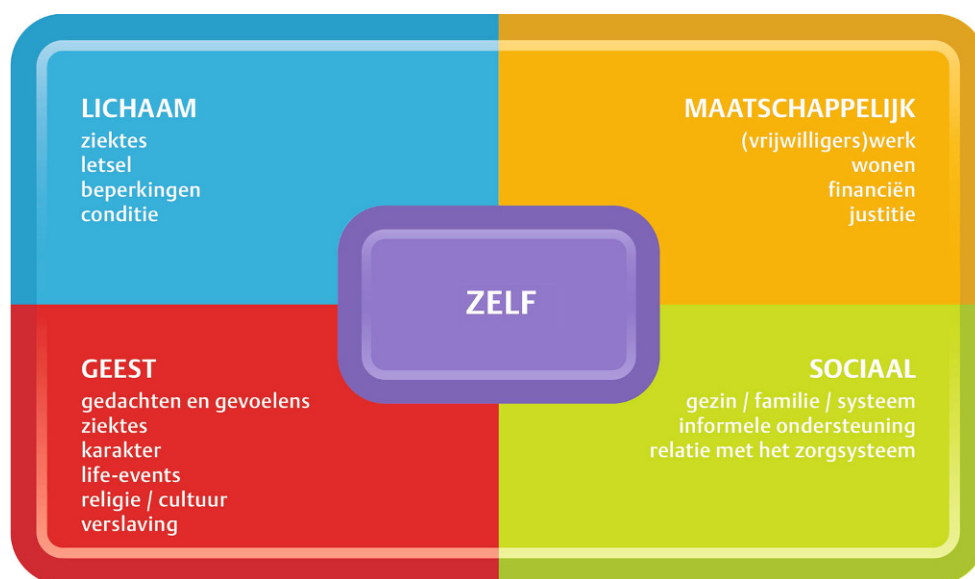
Krachtige basiszorg

Sinds 2008 wordt in het kader van de Gezonde Wijk Overvecht gewerkt aan het verbeteren van de samenwerking tussen eerstelijnszorg, welzijn en preventie [2]. Hierbinnen is in 2014 een geïntegreerde populatiegerichte buurtaanpak gestart die zich specifiek richt op de 15 tot 20% patiënten met de grootste gezondheidsrisico's: Krachtige basiszorg [3].

Uitgangspunt van Krachtige basiszorg is dat zowel medische als sociaal-maatschappelijke aspecten van de leefsituatie van de patiënt moeten worden meegenomen in de risicoanalyse en begeleiding van problemen. Het doel is om met maatwerk de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg voor de meest complexe patiëntengroep te verbeteren en het werkplezier van professionals te vergroten (*quadruple aim*).



Figuur 1 Het 4D-model



De huisartsen vormen samen met de buurtteams (waarin hulpverleners op onder andere het gebied van geestelijke gezondheid, welzijn, wonen en werk bij elkaar zitten) het kernteam van de samenwerking binnen Krachtige basiszorg. Afhankelijk van de problemen van de patiënt/cliënt zijn bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen, ggz-medewerkers, jeugdartsen of wijkspecialisten van het ziekenhuis betrokken. Vijf gezondheidscentra in Overvecht, verenigd in de Stichting Overvecht Gezond, vormen samen met de Alliantie Gezonde wijk Overvecht de drijvende kracht achter Krachtige basiszorg.

De ontwikkeling van Krachtige basiszorg is tijdelijk gefinancierd met steun van het innovatiefonds van Zilveren Kruis (SAG) en met diverse projectgelden. Op grond van de positieve ervaringen in Overvecht is in 2019 een pilot gestart om Krachtige basiszorg te implementeren bij twaalf gezondheidscentra en huisartsenpraktijken in achterstandswijken van de vier grote steden (<https://krachtigebasiszorg.nl/>). Deze tweejarige pilot wordt gefinancierd door Zilveren Kruis, CZ en de achterstandsfondsen. Het NIVEL evalueert de pilot.

Het 4D-model

Binnen Krachtige basiszorg gebruiken professionals in de zorg en het sociale domein het 4 Domeinen (4D)-model om de problematiek van de patiënt methodisch in kaart te brengen (fig. 1; [4]). Het 4D-model is in de spreekkamer van de huisartsen ontstaan en verder ontwikkeld met professionals uit het sociale domein. Tijdens het invullen van het 4D-model kijkt de professional samen met de patiënt wat er in de domeinen lichaam, geest, maatschappelijk en sociaal goed gaat, en welke problemen er zijn.

Het op deze wijze uiteenrafelen van wat er allemaal (tegelijk) speelt, verheldert de onderlinge ver-

banden en de samenhang met de gezondheidsbeleving van de patiënt. Hierdoor krijgt deze inzicht in zijn eigen situatie. De professional stimuleert vervolgens de patiënt om zelf aan te geven waar hij aan wil werken. Het 4D-model helpt ook om te bepalen met welke andere professionals moet worden samengewerkt. Wanneer iemand bijvoorbeeld schulden heeft kan de huisarts dit met behulp van het 4D-model signaleren, en wordt het buurtteam betrokken om de patiënt te helpen. Binnen Krachtige basiszorg zijn werkafspraken gemaakt over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen verschillende zorgverleners en over de coördinatie van zorg (door het aanwijzen van een regisseur) wanneer bij een patiënt verschillende professionals betrokken zijn. Voor het uitwisselen van patiënteninformatie bestaan overeenkomsten, conform de privacyrichtlijnen van de betrokken organisaties en de Nederlandse wetgeving.

Investeren in persoonlijke relaties en kennisdeling binnen Krachtige basiszorg

Zorg- en hulpverleners hebben multidisciplinaire scholing gevolgd, bijvoorbeeld 'Samenwerken in complexiteit' en *serious games*, zoals 'Lastige situaties oefenen met de Virtuele Patiënt'. Daarnaast zijn er ontmoetingsmomenten, zoals tweewekelijkse lunch- of koffiemomenten waar professionals elkaar leren kennen en kennis uitwisselen. Ook zijn er structurele casuïstiekbesprekingen, die een tweeledig doel hebben: de casus zelf verder brengen, het leren spreken van elkaars taal en het leren kennen van elkaars werkwijze. Bij deze besprekingen zijn praktijkondersteuners huisarts (poh's), buurtteammedewerkers en een huisarts aanwezig, en eventueel ook andere disciplines uit de wijk. Met behulp van het 4D-model bespreken zij een anonieme of fictieve casus, en bekijken ze welke professionals erbij betrokken waren,

wat er al dan niet goed ging en wat de geleerde lessen zijn.

Evaluatie

Krachtige basiszorg is de afgelopen jaren onderzocht om te kijken wat bijdraagt aan een succesvolle toepassing ervan. De resultaten van dit onderzoek worden verwerkt in een toolbox om het concept ook in andere wijken te kunnen toepassen. Het NIVEL onderzocht door middel van interviews met 25 professionals, zeven patiënten, drie focusgroepen en een online vragenlijst onder 109 zorg- en hulpverleners of er binnen Krachtige basiszorg veel wordt samengewerkt, hoe groot het werkplezier is, wat er goed gaat in de samenwerking en wat beter kan. Zilveren Kruis onderzocht de zorgkostenontwikkeling [3, 5].

Positieve ervaringen

In 2018 gaven professionals (onder wie huisartsen, buurtteammedewerkers, poh's, ggz-medewerkers, woonbegeleiders, paramedici en sociaal makelaars) hun werkplezier een 7,5. In de vragenlijst, interviews en focusgroepen zeggen professionals dat ze graag samenwerken met professionals uit andere domeinen. Ze ervaren een gedeelde visie op de behandeling van patiënten met gestapelde problematiek en een grote bereidheid tot samenwerken. De professionals vinden samenwerking essentieel om goede zorg te kunnen bieden aan patiënten met gestapelde problematiek. Ze merken dat patiënten het waarderen dat hun gezondheidsprobleem van verschillende kanten wordt bekeken en dat zorgverleners samen, en met de patiënt, aan een oplossing werken.

Elkaar persoonlijk kennen en weten wat iemand aan expertise in huis heeft, zijn volgens professionals de belangrijkste bevorderende factoren voor samenwerking. Casuïstiekbesprekingen en structureel overleg bevorderen dit en het 4D-model is hierbij een hulpmiddel om dezelfde taal te leren spreken. Wanneer mensen elkaar eenmaal kennen en het voordeel van samenwerking ervaren, weten ze elkaar steeds beter te vinden.

De geïnterviewde patiënten vinden het prettig dat de verschillende professionals naar meerdere levensdomeinen kijken, elkaar kennen en de zorg onderling met elkaar afstemmen. Dit geeft vertrouwen in de zorg en verlaagt de drempel om de hulp in te roepen van bijvoorbeeld de schuldhulpverlening of een psycholoog.

Knelpunten

Elkaar ontmoeten, samenwerking opzetten en onderhouden kosten tijd. Mede omdat tijd voor samenwerking vaak niet wordt vergoed, noemen professionals tijd en geld dikwijls als belemmering.

Doordat er enorm veel organisaties, werkgroepen en zorg- en hulpverleners zijn, raken veel professionals het overzicht kwijt van wie er allemaal in de wijk werkt en wat er allemaal plaatsvindt. Ze creëren daarom een kleiner netwerk van professionals met wie ze actief samenwerken. Daarbij stellen ze contactpersonen aan die als *linking pins* tussen teams fungeren, met als doel de samenwerking met andere organisaties te borgen. Een goede, actuele sociale kaart met daarop alle organisaties en professionals zou volgens verschillende respondenten welkom zijn. Het grote aantal verschillende organisaties en professionals in Overvecht heeft ook tot gevolg dat toch (nog) niet iedereen eenzelfde visie heeft op samenwerking en informatiedeling. Daarbij is het verloop van professionals in de wijk groot, vooral bij buurtteams en thuiszorgorganisaties. Hierdoor is steeds opnieuw kennismaking en scholing nodig, en bestaat het gevaar dat niet iedereen even actief betrokken is, waardoor steeds dezelfde personen opnieuw 'de kar moeten trekken'. De borging en overdraagbaarheid van de samenwerking zouden volgens de professionals dan ook beter geregeld moeten worden.

De zorgverleners zien ook verbeterpunten wat betreft de onderlinge informatie-uitwisseling. Voor het bieden van geïntegreerde zorg of een doorverwijzing is het relevant om alle informatie rond een persoon of gezin en van alle betrokken professionals compleet te hebben. Slechte bereikbaarheid van in het bijzonder huisartsen en de privacywetgeving staan deze informatie-uitwisseling in de weg.

Zorgkosten

In de periode 2006–2011 constateerde Zilveren Kruis een daling van 4% van de totale zorgkosten, gerelateerd aan meer basiszorg in de wijk en minder poliklinische zorg (DBC's) [6]. Voor 2012–2015 is het poliklinisch zorggebruik van verzekerden met een minimapolis (bewoners met hoge gezondheidsrisico's) van Overvecht Gezond, vergeleken met dat van een controlegroep verzekerden met een minimapolis die bij andere praktijken in de wijk waren ingeschreven. Het totale zorggebruik (eerste en tweede lijn) van de patiënten van Overvecht Gezond nam af, terwijl het zorggebruik in de controlegroep juist steeg [3]. Voor de periode 2013–2016 keek Zilveren Kruis naar kosten voor specialistische ggz: ook deze waren bij Overvecht Gezond lager dan bij de controlegroep.

Beschouwing

Hoewel nog niet alle samenwerking vlekkeloos verloopt, zijn veel professionals enthousiast en gedreven, en werken ze graag samen in Overvecht. Dat is een belangrijke bevinding, omdat bekend is dat het in achterstandswijken moeilijk is om personeel te vinden en vast te houden. Het is hierbij goed om te bedenken dat waarschijnlijk de meest gemotiveerde zorg- en hulp-

verleners aan de interviews en vragenlijsten hebben meegewerkt, want ook in Overvecht is er een groot verloop onder professionals. Niet iedere professional is geschikt voor het werken in een wijk als Overvecht en ook nieuwe aanbestedingen dragen bij aan het verloop.

De belangrijkste en tevens moeilijkste vraag is wat precies de gezondheidswinst voor patiënten is. Het zorggebruik neemt af en professionals ervaren dat patiënten de samenwerking van verschillende professionals in de hun geboden zorg waarderen. Helaas konden weinig patiënten geïnterviewd worden omdat veel van hen problematiek hebben waar ze niet graag over praten of omdat er sprake is van een taalbarrière. Hoe Krachtige basiszorg de ervaren gezondheid en de kwaliteit van leven beïnvloedt moet in verder onderzoek worden geëvalueerd, bijvoorbeeld met speciaal ontwikkelde vragenlijsten voor mensen met lage taalvaardigheden of met korte interviews. Deze zouden moeten worden afgenomen door een onderzoeker die langere tijd in de huisartsenpraktijk aanwezig is en daardoor vertrouwd is voor patiënten. Naast fysieke en mentale gezondheid moeten ook welbevinden en sociaal-maatschappelijk functioneren worden bevraagd.

De eerste evaluaties van de zorgkosten lijken positief, maar begeleiding van patiënten vindt bij Krachtige basiszorg zowel in het medische als in het sociale domein plaats. Voor een compleet beeld van de kosten zouden daarom alle medische en sociale kosten van patiënten uit achterstandspraktijken met Krachtige basiszorg op persoonsniveau moeten worden vergeleken met die van patiënten in andere achterstandspraktijken. Bij de evaluatie van kosten en gezondheid moet vooral naar langetermijneffecten worden gekeken. Tot op heden zijn er nog geen concrete plannen voor een dergelijk onderzoek.

Krachtige basiszorg is zonder extra financiering niet mogelijk, maar er is nog geen structurele betaaltitel. Zorgverleners, zorgverzekeraars, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zorgverzekeraars Nederland en InEen overleggen momenteel over duurzame financiering vanaf 2021. Uitgangspunten hierbij zijn een bedrag per achterstandspatiënt en ruimte voor de inzet van extra personeel, waardoor langere consulten mogelijk zijn en poh's kunnen worden ingezet om de verbinding met het sociale domein te leggen. De betaaltitels O&I (Organisatie & Infrastructuur), die volgens de LHV zijn bedoeld voor samenwerking, kunnen als cofinanciering dienen.

Het onderzoek laat zien dat samenwerking begint met een gezamenlijke visie en motivatie, persoonlijke kennismaking op de werkvloer en het simpelweg uitwisselen van directe contactgegevens. Het is verstandig om de samenwerking klein te beginnen en een keuze te maken in het aantal professionals met wie men direct samenwerkt. Verder is duidelijk dat het initiëren en opzetten van de samenwerking een be-

langrijke eerste stap is, maar dat het structureel borgen ervan niet eenvoudig is. Voor de borging van een samenwerking als in Krachtige basiszorg is het belangrijk dat er zowel in het medische als in het sociale domein duidelijke kartrekkers en organisaties zijn die de samenwerking wijkbreed gaande houden en deze gezamenlijk coördineren op het niveau van beleid, middenmanagement en professionals. Gezamenlijke scholing en een overdrachtsdocument, waarin staat wat de manier van samenwerken in de wijk is en wie welke expertise heeft, zou kunnen helpen bij het inwerken van nieuwe medewerkers en borging van de werkwijze.

Conclusie

We concluderen dat samenwerking tussen het medische en sociale domein handvatten biedt om goede zorg aan patiënten met gestapelde problematiek te leveren, de zorgkosten lijkt te beperken, gewaardeerd wordt door professionals en patiënten, en om continue investering vraagt.

Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Literatuur

1. Gemeente Utrecht. Wijkwijzers 2017 & 2019. Gemeente: Gemeente Utrecht; 2020.
2. Broecke J van den, Plochg T, Schreurs H, Quak S, Egberts M, Vorst E van der, et al. Wat is de werkwijze van zorg- en welzijnsorganisaties in Utrecht en Amsterdam om de hoge zorgconsumptie in achterstandswijken te verlagen? Tijdschr Gezondheidswet. 2014;92:41–51.
3. Roosenboom M, Makkes N, Wezel P van. Krachtige basiszorg. Overzicht resultaten. Utrecht: Overvecht Gezond; 2019.
4. Stichting Overvecht Gezond. Het 4 Domeinen model. Praktisch instrument voor communicatie en integrale inventarisatie in het medische en sociale domein. Utrecht: Stichting Overvecht Gezond; 2019.
5. Bitter N, Leemrijse C, Korevaar J. Samenwerking tussen zorg- en welzijnsprofessionals binnen Krachtige basiszorg: ervaringen uit Overvecht. Utrecht: NIVEL; 2019.
6. Kringos DS, Broeke JR van den, Lee AP van der, Plochg T, Stronks K. How does an integrated primary care approach for patients in deprived neighbourhoods impact utilization patterns? BMC Public Health. 2016;16:545.