



# **MAATWERKOPLOSSINGEN IN HET ZORG ÉN SOCIALE DOMEIN: EEN ANTWOORD OP ERVAREN ZORG EN WELZIJNSPROBLEMEN IN AFFERDEN (L) EN OMGEVING?\_**

Resultaten evaluatie Effectencalculator

**Saskia Sleijster**

**Geert Rutten**

**Miranda Laurant**

**31 december 2020**

## **INHOUDSOPGAVE**

<b>COLOFON.....</b>	<b>3</b>
<b>INLEIDING.....</b>	<b>4</b>
<b>1 METHODE .....</b>	<b>5</b>
<b>2 CASUSBESCHRIJVINGEN.....</b>	<b>6</b>
2.1 Casus 1 .....	6
2.2 Casus 2 .....	9
2.3 Casus 3 .....	11
2.4 Casus 4 .....	14
<b>3 BESCHOUWING, CONCLUSIES AANBEVELINGEN .....</b>	<b>17</b>
3.1 Beschouwing.....	17
3.2 Verbeterpunten .....	20
3.3 Conclusie .....	20
3.4 Aanbeveling voor praktijk.....	22
<b>BRONNENLIJST .....</b>	<b>23</b>
<b>BIJLAGE A. KOSTEN OVERZICHT VIER CASUSSEN.....</b>	<b>25</b>

## COLOFON

**Uitgevoerd door:**

HAN University of Applied Sciences, Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening

**Financiering:**

ZonMW, juiste zorg op de juiste plek

Vouchernummer 1010044191 0009

**Dit project wordt mogelijk gemaakt door:**

Auteurs:

Saskia Sleijster, MSc.

Dr. Geert Rutten

Dr. Miranda Laurant

Datum: 31 december 2020

Contact:

Lectoraat.ozd@han.nl

**Copyright:**

Alle rechten voorbehouden. Uit deze uitgave kan vrijelijk worden geciteerd, mits met bronvermelding. Dit rapport als volgt citeren: Sleijster S, Rutten R, Laurant M (2020).

Maatwerkoplossingen in het zorg én sociale domein: een antwoord op ervaren zorg en welzijnsproblemen in Afferden (L) en omgeving. Resultaten evaluatie Effectencalculator.

Nijmegen: HAN University of Applied Sciences.

## INLEIDING

Sinds 2015 werkt de huisartsenpraktijk in Afferden (L) volgens het concept Positieve Gezondheid. De zorgverzekeraar maakt het mogelijk om extra tijd te besteden aan de patiënten (15 minuten per consult) door een aangepast financieringsmodel. In de praktijk betekent dat dat de huisarts 'het andere gesprek' voert met de patiënt, waarin niet alleen gezondheid, maar het bredere concept van welzijn het uitgangspunt is. Hierdoor krijgt de huisarts een breder beeld van het probleem (bijvoorbeeld onderliggende schuldenproblematiek) en kan door een goede samenwerking met het sociale domein, de lokale overheid en burgers (mantelzorg) op maat worden geleverd.

Afferden telt 2.126 inwoners en is een dorp van de gemeente Bergen in het noordoosten van de provincie Limburg. Er is sprake van vergrijzing en het gemiddelde inkomen ligt onder het landelijk gemiddelde. Bergen vormt samen met de gemeenten Cuijk, Gennep, Grave, Mill, Boxmeer, Mook en Middelaar en St Anthonis de regio Mooi Maasvallei (Rutten & Laurant, 2019). Er is een stijgende zorgvraag voor Wlz (wet langdurige zorg) verpleging en verzorging (VGZ, 2020) De doorstroming in de keten van ouderenzorg in de regio verloopt stroef. Dit leidt ertoe dat mensen onnodig in het ziekenhuis worden opgenomen doordat mensen niet thuis of in een verpleeghuis kunnen worden opgenomen (verkeerde bed problematiek). De ervaren gezondheid in Afferden is lager dan gemiddeld. Er wordt een toename van intensieve dementiezorg verwacht. De verwachting is dat het aantal huisartscontacten in de gemeente Bergen stijgt met 7% van 61.496 in 2020 naar 65.352 in 2030 (Rutten & Laurant, 2019) .

De andere werkwijze in de huisartsenpraktijk Afferden heeft geleid tot minder verwijzingen naar het ziekenhuis (25%), goedkoper voorschrijfgedrag en een hoge patiënttevredenheid. Er is een nauwe samenwerking met het sociale wijkteam (Jung, et al., 2018) en het burgerinitiatief Afferden Samen Beter. Het is echter onduidelijk of deze aanpak resulteert in een grotere belasting, gepaard gaande met extra uitgaven, van het sociale domein. Ook is nog niet bekend wat het voor inwoners betekent wanneer op hen een groter beroep wordt gedaan om elkaar te helpen en te ondersteunen bij niet-medische vragen. Voor borging van de andere werkwijze in de huisartsenpraktijk is het noodzakelijk om inzicht te verkrijgen in consequenties voor de zorgkosten, de eventuele verschuiving van de zorgkosten naar het sociale domein (economische waarde) en in de betekenis voor de patiënt en voor de inwoners die betrokken zijn bij de ondersteuning van de patiënt (menselijke waarde). In dit project worden daarom met behulp van de Effectencalculator de economische en menselijke waarde inzichtelijk gemaakt. Dit project vormt samen met het regiobeeld (Rutten & Laurant, 2019) een opmaat voor het doorontwikkelen en versterken van de interprofessionele samenwerking (burgers, welzijn en zorg) in Afferden en omgeving.

**Vraagstelling**

Wat is de economische en menselijke waarde van de andere werkwijze, volgens principes van het concept Positieve Gezondheid, in de huisartsenpraktijk Afferden?

**1 METHODE****De effectencalculator**

De Effectencalculator is een instrument dat maatschappelijke en economische waarde van nieuwe interventies/werkwijzen in kaart brengt. Het instrument wordt toenemend ingezet bij interventies/werkwijzen op het grensvlak van zorg en sociale domein (Effectencalculator, 2020) en is daarmee zeer geschikt voor dit onderzoek. De maatschappelijke opbrengsten – door de ogen van de cliënt en naasten – worden in een tijdlijn geplaatst. Daarbij wordt ook de professionele en informele ondersteuning geïnventariseerd, inclusief de kosten. Daarnaast wordt een inschatting gemaakt van de kosten als niet volgens de nieuwe interventie/werkwijze zou zijn gewerkt. Het resultaat is een visueel overzicht van de maatschappelijke opbrengsten én de financiële effecten. De Effectencalculator is ontwikkeld door de HAN University of Applied Sciences én de onderzoeker (SS) is getraind om de Effectencalculator af te nemen. Zij is bij het afnemen van de effectencalculator ondersteund door een ervaren onderzoeker (GR).

**Inclusie van casussen en werkwijze**

In overleg met de huisartsen in de huisartsenpraktijk Afferden zijn een viertal casussen geselecteerd. De casussen zijn patiënten van de huisartsenpraktijk in Afferden die behandeld zijn volgens de nieuwe werkwijze van het andere gesprek aan de hand van het concept Positieve Gezondheid. Tijdens een gesprek, waarbij voor elke casus indien mogelijk de zorgvrager en de betrokken formele en informele zorgverleners aanwezig zijn, wordt het verhaal van de patiënt aan de hand van een tijdlijn in kaart gebracht. Hierbij wordt de verleende zorg geïnventariseerd, inclusief de tijdsduur en de betrokken professionals om zodoende de economische waarde te kunnen berekenen. Naast concrete activiteiten wordt ook de waarde zoals o.a. tevredenheid en betekenis voor de patiënt, mantelzorgers, betrokken burgers en professionals in kaart gebracht (menselijke waarde). Ook wordt er een alternatief zorgpad gegeven; hoe had de zorg eruitgezien als deze zorg op de gebruikelijke wijze (voor het invoeren van de nieuwe werkwijze) georganiseerd was.

De uitgewerkte verhalen zijn vervolgens voorgelegd aan de deelnemers voor een membercheck. Vervolgens zijn deze verhalen door beide onderzoekers geanalyseerd aan de hand van het coderen van thema's. Zij zijn hierin begeleid door de lector (tevens getraind in de Effectencalculator).

## 2 CASUSBESCHRIJVINGEN

Van de vier casussen die geselecteerd zijn, zijn er twee vooral somatisch van aard. Hierbij is sprake van co-morbiditeit. Bij twee andere casussen gaat het om complexe multiproblematiek. Bij iedere casus wordt het verhaal van de verschillende deelnemers opgetekend, als eerste van de patiënt. Gevolgd door een kostenoverzicht en een alternatief zorgpad. Ook zijn vanuit de casussen bevorderende en belemmerende factoren beschreven. In bijlage 1 is een kostenspecificatie per casus te vinden.

### 2.1 Casus 1

Bij het gesprek waren de patiënt en de huisarts aanwezig. Patiënt is van middelbare leeftijd. Na een auto-ongeluk (2012) waarbij zij een trauma van het type whiplash onderging, is er multiproblematiek ontwikkeld op somatisch, cognitief, psychosociaal vlak en zijn er financiële en relationele problemen. De patiënt is omringd door een klein familienetwerk (ouders, kinderen). De patiënt was rolstoel afhankelijk, had een slecht geheugen en de spraak was ernstig vertraagd. Patiënt gebruikte veel medicatie en dat deed haar geen goed.

Volgens de huisarts is deze patiënt een voorbeeld van een vastlopende spiraal: *‘Er was sprake van multiproblematiek. Mensen in die situatie kunnen dit niet zelf oplossen: ‘Waar moet je beginnen’.*

Omdat het in deze casus om het gehele proces van hulpverlening gaat, is gekozen om de tijdslijn te laten lopen vanaf 2012 tot heden.

#### Patiënt

De patiënt gaf regelmatig aan dat zij niet gezien en gehoord werd bij de verschillende hulpverlenende instanties (inclusief voormalige huisartsenpraktijk). Zij was niet in staat hulp te organiseren en een hulpvraag te stellen. Zij kreeg niet de concrete hulp die ze nodig had. De huisartsen vormen hier een uitzondering op. Over de huisartsenpraktijk in Afferden zegt de patiënt: ‘Ik mocht vertellen en er was tijd, ik werd gehoord.’ Volgens de patiënt is haar herstel grotendeels het gevolg van de inzet en de benadering van de huisarts. De patiënt geeft aan dat ze ook werd gezien en gehoord door NAH coach (niet aangeboren hersenafwijking). Deze begeleiding is inmiddels gestopt in 2020 door de patiënt zelf. De erkenning en behoefte van zelfontwikkeling door de huisarts en NAH coach is een groot keerpunt in haar herstel. Inmiddels zit patiënt in de afrondende thesisfase van een hbo-opleiding. De patiënt is een eigen onderneming begonnen waarin zij zich richt op de begeleiding en ondersteuning van mensen uit kwetsbare groepen.

#### Zorg huisarts

In 2012 vond de kennismaking met huisartsenpraktijk Afferden plaats. Volgens de huisarts was de situatie zorgelijk toen zij de patiënt voor het eerst zag. Patiënt was rolstoelafhankelijk, had een slecht geheugen en haar spraak was ernstig vertraagd. Patiënt gebruikte veel medicatie. De huisarts greep in

bij crisissituaties en lastige vraagstukken die met WMO-voorzieningen te maken hadden. De huisarts gaf aan dat ze de zich voordoende problemen besprak met patiënt en mogelijkheden aangaf. De keuze om er wel of niet wat mee te doen lag bij de patiënt. Vaak moesten de opmerkingen van de huisarts even bezinken alvorens er een actie van de patiënt op volgde. De patiënt vertelde dat zij bij deze huisarts direct het gevoel had dat ze werd gehoord.

#### Ervaring met (hulpverlenende) instanties

Vanaf het begin is patiënt bekend met multiproblematiek. Patiënt en huisarts gaven aan dat geen enkele hulpverlenende instantie dit als zodanig aangepakt, gezien of besproken heeft met de patiënt. De verschillende instanties benaderden het probleem vooral vanuit het eigen beroepskader. Patiënt heeft een lang verleden met veel hulpverlenende instanties, revalidatie, psychiatrie (opname 6 maanden), psycholoog, FACT-team, een herstelcentrum. Patiënt heeft langdurig contact met NAH coach. De patiënt moest erg aandringen op hulp van de NAH coach bij praktische problemen (bijvoorbeeld communicatie met de gemeente). De begeleiding door de NAH coach is inmiddels afgesloten, maar heeft acht jaar geduurd.

#### Ervaringen WMO

Patiënt had in verband met persoonlijke problematiek en lichamelijke klachten voorzieningen nodig van de gemeente, zoals een andere woning, hulp rondom de verhuizing, aanpassingen in huis, uitkering, begeleiding bij schulden en vervoer. Zowel huisarts als patiënt gaven aan dat er veel tijd verloren is gegaan aan 'randzaken' zoals het overleg met de gemeente. Beiden bestempelden de gemeente als weinig coöperatief. Huisarts gaf aan dat het toenmalige sociaal team zeer goed was opgezet. De periode dat het goed liep duurde enkele maanden. Na een reorganisatie van het sociaal team in 2016 volgde totaal geen actie meer. De begeleiding vanuit het sociale team kwam daarmee volledig te vervallen.

Als er een meewerkende gemeente was geweest, dan had dat volgens de patiënt en de huisarts '*minstens 50% investering gescheeld*'. Volgens hen stond ook de houding van de gemeente m.b.t. het financiële stuk het herstel van patiënt in de weg.

#### Kostenoverzicht

De kosten van de huisarts waren gemaakt door consulten bij de huisartsenpraktijk, mail en telefonisch contact, een huisbezoek en gesprekken met het sociaal wijkteam. In totaal een bedrag van € 1.150 (inschatting van de huisarts). In totaal had de NAH coach 1850 uur zorg verleend, dat is € 120.000 euro (Effectencalculator, Proeftuin Ruwaard, 2021). Dit waren WMO gelden. Daarnaast was de patiënt gedurende 6 maanden opgenomen geweest in de GGZ à € 275 dag, totaal € 51.000 (maatschappelijke prijslijst effectencalculator). Het totale zorgbedrag is € 172.105, waarvan € 120.000 WMO gelden zijn.

Huisarts en GGZ opname worden betaald uit de ziektekostenverzekering. Voor kostenspecificatie zie bijlage 1.

#### Alternatief zorgpad

De inschatting van de huisarts is dat als de patiënt door de huisarts niet volgens de nieuwe werkwijze was geholpen, de depressie hoogstwaarschijnlijk was verergerd. Patiënt was mogelijk opnieuw behandeld in een psychiatrische setting. De patiënt was zeer waarschijnlijk verder weggezakt in multiproblematiek. Zelf gaf mevrouw aan, *'Ik weet niet of ik er dan nog wel was geweest'*. Het is mogelijk dat de patiënt bij verschillende hulpverleners/organisaties terechtgekomen was. Ook waren dan hoogstwaarschijnlijk WMO gerelateerde voorzieningen minder goed georganiseerd.

Er zijn verschillende scenario's denkbaar, zoals een intramurale (crisis)opname GGZ € 275 per dag. Een behandeling op de psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis (PAAZ) € 5.000 per behandeling. Deeltijdbehandeling 2e lijns GGZ (uitgaande van 16 weken) € 8.000 per keer. Kosten eerstelijns psycholoog € 80 per uur (Effectencalculator, Proeftuin Ruwaard, 2021), en praktijkondersteuner huisarts (POH) € 50 uur ([www.pohggz.nu](http://www.pohggz.nu)). De kosten gemeente GGZ-cliënt met ernstig psychiatrische aandoening (EPA) is € 22.000 patiënt/jaar (Vektis, 2021). Een berekening maken is moeilijk, maar de inschatting is dat de kosten dan vele malen hoger hadden gelegen dan de kosten die nu zijn gemaakt.

#### **Factoren die de nieuwe werkwijze beïnvloeden**

##### Bevorderende factoren

- Mogelijkheden voor inzet POH-GGZ (praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg). Dit was eerder nog niet mogelijk binnen de praktijk.
- Hulp van de huisarts als casemanager was de enige constante factor al deze jaren.
- Door de nieuwe werkwijze volgens het concept Positieve Gezondheid keek de huisarts breder en nam meer tijd voor de patiënt.

##### Belemmerende factoren

- Er lijkt weinig contact te zijn geweest tussen de diverse hulpverleners en hulpverlenende instanties.
- Er was weinig overleg en terugkoppeling naar elkaar en naar de huisarts in het bijzonder.
- Multiproblematiek werd niet als zodanig opgepakt en herkend door betrokken hulpverleners.
- De gemeente frustreerde het proces rond de nodige voorzieningen enorm. Volgens huisarts en patiënt had de hulpverlening 50% sneller kunnen gaan als dit proces sneller was gegaan.
- De NAH-coaches wisselden door de jaren heen, zagen het niet als hun taak om te helpen met de aanvraag van WMO-voorzieningen.



- Er ging veel tijd van de NAH coach zitten in de begeleiding van de problemen bij de patiënt die het gevolg waren van de opstelling van de gemeente.

### Leerpunten

- Als het niet de taak van de NAH coach was om te helpen met WMO-zaken had iemand anders dit op moeten pakken omdat de patiënt hiertoe niet in staat was.
- De huisarts gaf aan dat zij nu pas weet dat er mogelijkheden zijn voor ondersteuning, in tegenstelling tot een aantal jaar geleden.
- De huisarts gaf aan ervan geleerd te hebben om nog beter naar het verhaal van de patiënt te luisteren en het niet in te vullen vanuit je eigen ideeën.
- De huisarts gaf aan dat het van belang is om veel eerder de juiste persoon/zorgverlener aan de patiënt te koppelen. Dat kan soms ook een burger zijn. Het burgerinitiatief Afferden Samen Beter zou voor toekomstige patiënten hierin mogelijk een ondersteunende rol kunnen vervullen.

## **2.2 Casus 2**

Het gesprek werd gevoerd met de mantelzorgers (ouder echtpaar), de wijkverpleegkundige, en de huisarts van de patiënt. De patiënt is in 2018 op 93-jarige leeftijd overleden. Patiënt voerde graag de regie over haar eigen leven en verzette zich als de regie moest worden overgenomen. Zij had niet veel familie. Patiënt wordt in 2012 gediagnostiseerd met longemfyseem. Vanaf najaar 2016 ging patiënt achteruit. Zij had stemmingswisselingen en vanaf juli 2017 is er sprake van hallucinaties die worden geassocieerd met een blaasontsteking. Vanaf die tijd startte de intensievere zorg, met ondersteuning van de mantelzorgers, die verder toeneemt tot haar overlijden in februari 2018. De mantelzorgers waren inwoners van het dorp Afferden.

In deze casus richtten we ons op de periode juli 2017 tot februari 2018.

### Mantelzorgers

De mantelzorgers kenden patiënt al lang. Patiënt vroeg het mantelzorg echtpaar haar wat bij te staan in haar dagelijkse bezigheden, na diagnose longemfyseem. Dit betrof vooral huishoudelijke taken. Het mantelzorg echtpaar ondersteunde elkaar in de uitvoering van hun taken en in de geestelijke belasting. Er was met enige regelmaat overleg met zowel de wijkverpleegkundige als de huisarts over of het voor hen nog haalbaar was om deze mantelzorg te blijven verlenen. De mantelzorgers hadden het vooral als mentaal belastend ervaren: *'Het was zwaar, maar het was te doen'*. Er was, hoewel de mantelzorgers daar niet om hadden gevraagd, sprake van een kleine financiële tegemoetkoming betaald door de patiënt. Het verzorgen van patiënt gaf hun veel voldoening. Zij zouden het niet anders hebben willen doen. Als het te zwaar werd, gaven ze dat aan en werd professionele hulp opgeschaald, of werden er vrijwilligers ingezet.

Mantelzorg echtpaar kwam tot januari gemiddeld 2 à 3 keer per week. In de palliatieve fase minstens een keer per dag. Hoeveel uur het mantelzorg echtpaar exact heeft besteed voorafgaande aan de palliatieve fase aan de ondersteuning van de patiënt is volgens het echtpaar niet uit te rekenen. Aantal uren inzet vrijwilligers ter ondersteuning mantelzorg echtpaar was niet bekend.

#### Wijkverpleging

Voorafgaande aan de toename van intensieve zorg ontving de patiënt 3 maal per dag zorg voor hulp bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) vanuit Buurtzorg. Daarna werd de zorg geïntensiveerd. Buurtzorg was al vanaf ongeveer 2012 ingeschakeld. De wijkverpleegkundige heeft de samenwerking met het mantelzorg echtpaar en huisarts als zeer positief ervaren. Er was sprake van korte lijnen o.a. door gemakkelijk telefonisch contact met de huisarts. De wijkverpleging ervoer de aanwezigheid van de mantelzorgers als een zeer positieve factor.

In januari startte VPTZ (Vrijwillige Palliatieve Terminale zorg) met 2 middagen in de week, eind januari volgde uitbreiding naar 4 middagen in de week.

#### Huisarts

Vanaf ongeveer 2015 voerde de huisarts al gesprekjes (20-30 minuten) met patiënt om haar zover te krijgen dat ze meer zorg accepteerde. De huisarts heeft het als zeer positief ervaren dat er duidelijkheid bestond over wie waarvoor gebeld kon worden: *'De samenwerking liep goed en daardoor was het voor mij een minder intensief traject'*. De Casemanager Dementie (CM) werd als minder betrokken ervaren en vroeg meer aansturing: *'Het was niet iemand die zelf het initiatief nam'*. De huisarts was van mening dat dit zorgsysteem heeft kunnen voorkomen dat de patiënt uiteindelijk moest worden opgenomen in een verpleeghuis: *'Als we dit zo niet hadden kunnen regelen dan had patiënt al in het najaar van 2016 naar een zorginstelling gemoeten'*.

#### Kosten eind 2017- tot overlijden begin februari 2018

In deze kostenberekening ging het om de kosten die gemaakt waren door Buurtzorg, de huisarts en de palliatieve zorg die gegeven zijn in de maand voorafgaande aan haar overlijden (Voor kostenspecificatie zie bijlage 1). Kosten huisarts, € 585 euro, buurtzorg in totaal € 7.500, palliatieve zorg vanaf begin januari tot begin februari (overlijden van mevrouw), €6.024. Het totale bedrag van € 14.127 was betaald uit de zorgverzekering.

#### Alternatieve zorgpad

Als patiënt geen intensieve thuiszorg, in samenwerking met de begeleiding van het mantelzorg echtpaar had kunnen ontvangen dan was zij waarschijnlijk vanaf najaar 2016, tot aan haar overlijden half februari 2018 opgenomen geweest in een verpleeghuis, gedurende een periode van 16 maanden. Met een gemiddeld zorgbedrag van € 185 per dag (Zorgcijfers databank, 2021). Met dit dagtarief van € 185 per dag zou het totaalbedrag € 90.000 zijn. Of de kosten ook daadwerkelijk € 90.000 zouden

bedragen is een inschatting; het is onmogelijk om met zekerheid te zeggen of mevrouw op hetzelfde tijdstip was overleden.

### **Factoren die nieuwe werkwijze beïnvloeden**

#### Bevorderende factoren

- De bereidheid en inzet van de mantelzorgers, inwoners uit het dorp.
- De goede samenwerking tussen huisarts, wijkverpleegkundige en mantelzorgers.
- De bereidheid van professionals om te luisteren naar de mensen die dicht bij de patiënt stonden.
- Geen 9 tot 5 mentaliteit van de betrokkenen.
- De aanwezigheid van Buurtzorg i.p.v. de reguliere thuiszorg – zorg beter afgestemd op de behoefte (inmiddels zijn er meer thuiszorginstellingen die op deze wijze werken).
- De kleine ons-kent-ons gemeenschap van Afferden. Door de jaren heen waren er in Afferden al meerdere (burger)initiatieven opgezet, burgerparticipatie is dus niet vreemd.

#### Belemmerende factoren

- De geïnterviewden hebben geen belemmerende factoren benoemd.

#### Leerpunten

- De zorg rondom patiënt werd niet uitsluitend door een van beide huisartsen ingevuld. Hierdoor kwam het dat de collega huisarts de begeleiding ten tijde van het overlijden heeft gedaan. Dit voelde voor de andere huisarts achteraf niet goed: '*Alsof ik de afsluiting heb gemist*'. Die ervaring heeft ertoe bijgedragen dat zij patiënten nu meer bij zichzelf houdt.
- Het proces was goed verlopen, maar het zou nog beter hebben gekund als de begeleiding meer door dezelfde mensen was gedaan. Wisselingen tussen professionals en de mensen die 24-uurs zorg verleenden kwam de afstemming niet ten goede. Dat zou nu door de digitalisering van patiëntgegevens beter zijn gegaan.

## **2.3 Casus 3**

Het gesprek werd gevoerd met de patiënt, de ambulant begeleider en de huisarts. De patiënt was een vrouw van 63 jaar. Zij consumeerde veel zorg en kon niet goed met haar moeilijke situaties omgaan. Haar reactie daarop ging vaak gepaard met veel boosheid en agressiviteit, leidend tot conflictsituaties (bijvoorbeeld met de gemeente) en juridische procedures. Zij had ook regelmatig depressieve gevoelens. Patiënt was ongeremd in haar medicatiegebruik en haar leefwijze leidde tot perioden waarin zij zichzelf en haar leefomgeving ernstig verwaarloosde. Toen zij eind 2017 bericht kreeg dat haar woning zou worden gesloopt had dat een grote impact op haar en raakte haar leven volledig ontregeld.

Ook werd toen de begeleiding door haar huishoudelijk hulp die fungeerde als haar vertrouwenspersoon stopgezet.

Patiënt heeft een dochter met wie zij samen mantelzorg verleent aan haar 92-jarige dementerende moeder. Patiënt heeft een goede vriend.

Beschreven wordt de periode vanaf eind 2016 tot eind 2018 vanaf het moment dat de ambulante begeleider de patiënt ging begeleiden.

### Patiënt

De patiënt had veel vertrouwen in de ambulante begeleider en de huisarts en voelt zich gehoord en begrepen. Zij vond de aanpakkersmentaliteit van de ambulante begeleider erg fijn, *'Ik heb er niks aan als ze met hun computer binnenkomen en daarop gaan zitten tikken, dan ben ik er gauw klaar mee'*.

### Ambulant begeleider

De ambulante begeleider was werkzaam vanuit de organisatie b-there ([www.b-there.eu](http://www.b-there.eu)). Een organisatie die zich richt op een persoonlijke benadering op maat. De ambulante begeleider was van mening dat de aanpak die hij hanteerde de manier was waarop de zorg voor deze patiënt moest worden vormgegeven, *Op een andere manier werkt het niet, je moet er zijn als het nodig is en er moet worden aangepakt'*. Zijn aanpak houdt in, binnen haalbare kaders 24/7 bereikbaar, direct zijn op een menselijke manier. De basis is vertrouwen, zorg op maat en helpen in het oppakken van de goede actie en niet blijven hangen in negatieve emotie. Een 'hands on' aanpak. Bij het eerste contact trof de ambulante begeleider een wanorde aan in het huis van de patiënt. Hij hielp daadwerkelijk samen met de patiënt het huis op te ruimen. De ambulante begeleider bezocht patiënt gemiddeld 5 uur per week, hoewel dat ook weleens meer kon zijn, *'Als patiënt belt dat het niet goed gaat, dan zeg ik niet dat de uren op zijn, maar dan ga ik er naartoe'*.

### Huisarts

De relatie tussen de huisarts en de patiënt was aanvankelijk niet goed. Na een goed gesprek ('het andere gesprek') dat meer over de patiënt, haar leven en voorgeschiedenis dan over haar klachten ging is er een beter wederzijds begrip ontstaan en is de relatie aanzienlijk verbeterd. In de eerste instantie had de huisarts afspraken gemaakt over medicatiegebruik. Patiënt zou geen medicatie meer krijgen als ze niet naar de POH-GGZ zou gaan. Daar had de patiënt een goede klik mee, maar die ging na 2 maanden weg. Met de volgende POH-GGZ was er geen klik en om die reden was de huisarts zelf de gesprekken aangegaan met de patiënt. De huisarts was er ook van overtuigd dat de aanpak van de ambulante begeleider ertoe heeft geleid dat patiënt nu zover is gekomen. Doordat de ambulante begeleider de patiënt op deze manier heeft begeleid is er veel minder zorgconsumptie, zijn er geen juridische procedures meer en ging de patiënt beter om met stressvolle gebeurtenissen. De huisarts hield daarna alleen nog een vinger aan de pols met af en toe een korte visite.

### Huidige situatie

Patiënt gebruikte aanzienlijk minder medicatie en consumeerde veel minder zorg. Zij bleef gevoelig voor stressvolle gebeurtenissen. Dat ontregelde haar en maakte haar zeer boos. Ze kon haar boosheid beter kanaliseren waardoor zij veel minder agressief reageerde. Haar gevoel van welzijn was toegenomen. Zij verzorgde zichzelf veel beter en ook de verzorging van haar woning was onder controle. Zij vervulde intensief mantelzorgtaken voor haar 92-jarige dementerende moeder. Zowel de patiënt als de beide hulpverleners gaven aan dat het van belang was dat de begeleiding ook voor de lange termijn zou blijven bestaan. Bij tegenslag of ziekte was er namelijk een risico op terugval. Volgens de ambulante begeleider en huisarts functioneerde patiënt goed als er maar een vangnet was. De terugval kon inhouden dat mevrouw zichzelf weer verwaarloosde, de medicatie niet onder controle had (verslaving) en haar depressie (en agressie) verergerde.

### Kostenoverzicht

Deze kostenberekening ging over de periode eind 2016 tot eind 2018, gedurende 2 jaar. Voor kostenspecificatie zie bijlage 1. De huisarts investeerde in gesprekken met de patiënt, het sociaal team en de gemeenten. Daarnaast bezocht de huisarts de patiënt thuis en had ze contact met de ambulante begeleider. In totaal was dit ingeschat een bedrag van € 2.240. De POH-GGZ werd ingezet, voordat de ambulante begeleider startte met het hulpverlenerstraject aan huis, daarnaast waren er gesprekken in de praktijk. De kosten bedroegen € 1.075. De begeleiding van de ambulante begeleider was totaal € 23.400. Huishoudelijke hulp € 3.300. Het totale bedrag voor alle zorg was € 30.015 gedurende deze 2 jaar.

De kosten van de huisarts en de POH-GGZ werden uit de ziektekostenverzekering gehaald. De kosten van de ambulante begeleider en de huishoudelijke hulp werden vanuit de WMO betaald.

### Alternatief zorgpad

Huisarts gaf aan dat patiënt er zo ernstig aan toe was dat een IBS (inbewaringstelling) niet denkbeeldig was geweest. Door deze maatregel kan iemand met spoed en tegen de eigen wil worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis (duur 3 weken). Dit is mogelijk als een psychische stoornis leidt tot ernstig nadeel voor patiënt en/of omgeving en vrijwillige zorg niet mogelijk is (Ministerie van VWS, 2020). Na drie weken kan de gedwongen opname worden voortgezet via het aanvragen van een RM (rechterlijke machtiging). Dan wordt de IBS-maatregel nog maximaal drie weken verlengd. De behandeling kan worden beëindigd of vrijwillig worden voortgezet. Een IBS betekent dat er een intramurale (crisis)opname GGZ á € 275 per dag had plaatsgevonden voor tenminste 6 weken, een totaalbedrag van € 11.550 (Effectencalculator, Proeftuin Ruwaard, 2021). Of mevrouw daarna naar huis had gekund is de vraag. Zij zou zeker nog behandeling nodig gehad hebben, intramuraal of ambulante. De kosten voor een gemeente van een GGZ-cliënt met ernstig psychiatrische aandoening (EPA) is € 22.000 per patiënt per jaar (Vektis, 2021).

## **Factoren nieuwe werkwijze beïnvloeden**

### Bevorderende factoren

- Ambulant begeleider die de 'taal van de patiënt sprak' en de problematiek echt begreep (ervaringsdeskundigheid), die 'buiten de lijntjes kleurde' en samen met de patiënt haar leven daadwerkelijk aanpakte, die duidelijk was, maar menselijk en ook humor heeft.
- Patiënt die zich begrepen en gehoord voelde, persoonlijke aandacht kreeg.
- Er was vertrouwen tussen ambulant begeleider, patiënt en huisarts. De ambulant begeleider kon er ook op vertrouwen dat huisarts dingen regelde.
- Geen 9 tot 5 mentaliteit van de betrokkenen.
- Netwerkvaardigheid en -kwaliteit van de huisarts.
- Bereidheid van huisarts om buiten het medisch domein te opereren.
- Kleine kring van hulpverleners om patiënt heen.

### Belemmerde factoren

Geen belemmerende factoren genoemd.

### Leer/verbeterpunten

- Er is een kentering gaande bij de gemeente. Het mag niet zo zijn dat wordt besloten de begeleiding van patiënt stop te zetten. Dat was tot voor anderhalf tot twee jaar geleden zomaar mogelijk, maar dat verandert nu wel langzaam.

## **2.4 Casus 4**

Het gesprek werd gevoerd met de dochter van de patiënt, die mantelzorgster is, de thuiszorgprofessional en de huisarts. De patiënt was vanwege gezondheidsproblemen niet bij het gesprek aanwezig. De mantelzorgster deelt een woning (boven) met de patiënt (beneden). De mantelzorgster was enig kind en was mantelzorgster voor zowel haar vader als moeder. Bij patiënt was er sprake van multimorbiditeit. Elke keer werd de patiënt weer met nieuwe ziekten geconfronteerd. Patiënt heeft een incomplete dwarslaesie waardoor zij moeilijk loopt.

In 2019 onderging patiënt een operatie voor een totale knieprothese, gevolgd door een revalidatietraject. Mevrouw ging voor deze revalidatie een maand naar een zorghotel. Deze revalidatie deed de patiënt erg goed, zij had daarna meer moed en was beter te bewegen tot actie. Voorheen was dat veel moeilijker. Patiënt voert een aantal huishoudelijke handelingen nog zelf uit. De patiënt is onder behandeling (geweest) bij diverse medisch specialisten vanwege diverse aandoeningen (multimorbiditeit).

In deze casus is de periode beschreven vanaf 2017 tot 2019 gedurende 2 jaar.

### Patiënt

Volgens de dochter en huisarts vertoonde patiënt voordat de mantelzorg bij haar woonde een zeer hoge zorgconsumptie in de zin van wekelijkse bezoeken aan de huisarts en verschillende medisch specialisten. Door de mantelzorg zijn de specialistenbezoeken nu zoveel mogelijk geclusterd en werden medische contacten veel vaker telefonisch of digitaal afgehandeld. Ook werd de informatie van de medisch specialisten door de mantelzorg beter 'gefilterd'. Patiënt had de neiging vooral het negatieve te horen en ziet moeilijk de positieve kanten. Mantelzorg en thuiszorgprofessional zorgen dat *'het realistisch blijft'*. Mevrouw had een scootmobiel vanuit de WMO.

### Huisarts

Volgens de huisarts was 2017 een kanteljaar. Vanaf toen was er sprake van visites, die om en om met praktijkondersteuner werden uitgevoerd. Ook werd 'het andere gesprek' gevoerd (invullen van spinnenweb Positieve Gezondheid). Er werd geprobeerd om de somatische problemen meer naar de achtergrond te krijgen. Dit was niet makkelijk omdat er ook iedere keer weer iets nieuws optrad. De huisarts besteedde veel aandacht aan het uitleggen van de relatie tussen de psyche en pijn. De huisarts had later minder bemoeienis met de patiënt omdat dat werd overgenomen door de POH-somatiek en er veel taken werden ingevuld door de mantelzorg.

De huisarts ervaarde de communicatie met de medisch specialisten af en toe als moeizaam, omdat deze alleen vanuit het eigen vakgebied keken.

### Mantelzorg

De mantelzorg kwam dagelijks bij patiënt voor 'kleine klussen' en zij deed de boodschappen. Patiënt vroeg veel aandacht van de mantelzorg en belde 3-4 keer per dag. De onrust bij patiënt en de zorgconsumptie nemen toe op het moment dat mantelzorg wegging (bv vakantie). Dat maakte het voor de mantelzorg stressvol om weg te gaan.

De mantelzorg was ook mantelzorg voor haar vader, die direct naast de patiënt en de mantelzorg woont. De thuiszorg en de echtgenoot van de mantelzorg steunden haar en probeerden haar te ontzien. Het scheelde voor de mantelzorg veel dat zij nu gemakkelijk online kon communiceren met de medisch specialisten en de thuiszorg via 'Mijn Radboud' het digitale patiëntendossier en CarenZorgt ([www.carenzorgt.nl](http://www.carenzorgt.nl)) een digitaal communicatie en zorgdossier, waarbij de patiënt de eigen regie houdt.

### Thuiszorg

Door de inzet van thuiszorg had de patiënt nu betere controle over medicatiegebruik en zorgconsumptie. De thuiszorg verving, nadat de medewerkers geschoold waren in het ziekenhuis, om de 3/4 weken de appendix verblijfskatheter. Hierdoor hoefde de patiënt niet meer naar het ziekenhuis. De patiënt werd dagelijks ondersteund bij de ADL, ontving dagelijks huidzorg, medicinale blaasspoeling

en darmspoeling, en de thuiszorg observeerde dagelijks het welbevinden en signaleerde wanneer er problemen optraden. Door samen met patiënt alles te bespreken zijn huisarts bezoeken sterk verminderd. Er is meer contact met de POH-somatiek van de huisartsenpraktijk en via CarenZorgt.

#### Toekomstperspectief

De woning van patiënt werd volledig aangepast toen de mantelzorg er kwam wonen. Daardoor kan de patiënt er nog lange tijd blijven wonen. Voor de mantelzorg zou het wenselijk zijn dat de patiënt 1-2 keer per week naar de dagbesteding zou gaan. De verwachting is dat de patiënt dat niet zo graag zou willen. Volgens zowel de huisarts als de mantelzorg zou het helpen als er een vrijwilliger zou worden gevonden die een klik heeft met zowel de patiënt als de echtgenoot van de patiënt. Dat zou de mantelzorg kunnen ontlasten. Voor mevrouw zou het mogelijk het voordeel kunnen opleveren van gezelschap en afleiding.

Er is nog ruimte om de zorg op te schalen. Het is van belang dat de kwaliteit van leven is geborgd.

#### Kostenoverzicht

Dit kostenoverzicht ging over een 2-jarige periode vanaf 2017 tot 2019. Voor een kostenspecificatie zie bijlage 1. Kosten van de huisartsenpraktijk, POH somatiek, waarbij het ging om huisbezoeken bij de patiënt en twee keer een MDO, een bedrag van € 2.127. De thuiszorg kwam er dagelijks een paar uur, een bedrag van € 40.950. De fysiotherapeut kwam een keer per week á 30 minuten, € 3.120. De patiënt heeft een maand gerevalideerd in een zorghotel in 2019, € 4.650. Patiënt had samen met echtgenoot huishoudelijke hulp via de WMO, € 4.680. Het totale zorgbedrag is € 55.527.

#### Alternatief zorgpad

Zonder de intensieve mantelzorg was een opname in een verpleeghuis waarschijnlijk niet te voorkomen geweest. Als de mantelzorg niet zo intensief voor haar moeder had kunnen zorgen zou dit een bedrag van € 67.525 per jaar zijn aan verpleeghuiszorg vanaf 2017, een gemiddeld zorgbedrag van € 185 per dag (Zorgcijfers databank, 2021)

In deze situatie zou het wenselijk zijn om de zorg uit te breiden ter ontlasting van de mantelzorg, bijvoorbeeld dagbesteding somatisch ondersteunen ouderen. Per dagdeel van 4 uur bruto € 54,56 bruto is dat € 218,24 voor 2 dagen per week (Nederlandse Zorgautoriteit, 2020). De ontlasting van mantelzorg kan mogelijk ook bewerkstelligd worden door ondersteuning vanuit het burgerinitiatief, waar geen kosten aan verbonden zijn.

### **Factoren nieuwe werkwijze beïnvloeden**

#### Bevorderende factoren

- Patiënt binnen de mogelijkheden (het gevoel van) eigen regie geven.



- Korte communicatielijnen tussen mantelzorg, thuiszorg, huisarts en POH somatiek, waardoor de aanpak goed kon worden afgestemd. Dit was bij deze patiënt erg van belang omdat zij de neiging had om vooral het negatieve te benadrukken.
- Aanwezigheid van de mogelijkheid tot onlinecommunicatie tussen mantelzorg, thuiszorg, huisartsenpraktijk door middel van Mijn Radboud en CarenZorgt.
- Ziekenhuis verplaatste zorg, waardoor medische technische handelingen door de thuiszorg uitgevoerd konden worden.
- De aanwezigheid van de mantelzorg die de patiënt van dichtbij meemaakt omdat ze bij elkaar woonden.
- De mantelzorg regelde veel en kent de wegen (werkt zelf in een fysiotherapiepraktijk). De mantelzorg kan daardoor snel en adequaat ingrijpen als dat nodig is.

Belemmerende factoren zijn niet benoemd. Ook zijn er geen leerpunten geformuleerd.

### **3 BESCHOUWING, CONCLUSIES AANBEVELINGEN**

Er zijn 4 casussen geanalyseerd waarbij verschillende zorg- en welzijnspartijen en mantelzorgers betrokken waren. In deze beschouwing worden overkoepelende leerpunten geformuleerd, gevolgd door beantwoording van de onderzoeksvraag, conclusies en aanbevelingen.

#### **3.1 Beschouwing**

Het werken volgens Positieve Gezondheid zorgt ervoor dat de huisarts vanuit een holistische visie op gezondheid naar de gezondheid van de patiënt kijkt. Dit is een breder perspectief dan het medische perspectief dat vaak gericht is op de ziekte of de klachten. Het werken volgens Positieve Gezondheid vraagt om een andere mentaliteit van betrokken professionals zoals de bereidheid om over het eigen domein heen te kijken en werken, tot openheid, overleg en samenwerking, ook met mantelzorgers. De huisarts moet hier ook toe bereid moet zijn. Werken volgens Positieve Gezondheid leidt tot meer adequate zorgverlening (beter passend bij het werkelijke probleem). Van belang is om korte lijnen te onderhouden met de direct betrokkenen in het zorgproces, een netwerk te bouwen en onderhouden van centrale partijen, zodat deze snel kunnen worden geraadpleegd en ingeschakeld. Het blijkt dat een kleine kring van hulpverleners om patiënt heen met korte communicatielijnen tussen huisarts en andere zorg- en hulpverleners, mantelzorgers en vrijwilligers uit het dorp het beste werkt. Hierdoor kan de aanpak goed worden afgestemd. Er is vertrouwen dat de ander dingen regelt. Er is de bereidheid nodig van professionals om te luisteren naar de mensen die dicht bij de patiënt staan (geen 9 tot 5 mentaliteit). Een groot verloop onder professionals komt dit proces niet ten goede. Door de inzet van Positieve Gezondheid voelen de patiënten uit de voornoemde casussen zich beter gehoord én geholpen. Belangrijk is dat professionals die werken volgens Positieve Gezondheid hierin geschoold

worden, zodat zij vanuit hetzelfde kader kunnen denken en werken en de nodige competenties kunnen ontwikkelen (Jung, et al., 2018).

Netwerkvaardigheden en kunnen fungeren als casemanager zijn belangrijk als kwaliteit van de huisarts die werkt volgens het concept Positieve Gezondheid. Bij sommige casuïstieken is de hulp van de huisarts als casemanager de enige constante factor al deze jaren. Door de nieuwe werkwijze heeft de huisarts meer tijd om een netwerk op te bouwen, begrijpt de huisarts hoe ingewikkeld procedures (gemeente en WMO) werken en leert om de juiste mensen in te schakelen. Ook blijkt dat de huisarts dichter bij de patiënt en het patiëntensysteem staat. Door de nieuwe werkwijze volgens het concept Positieve Gezondheid kijkt de huisarts breder en neemt meer tijd voor de patiënt. Er is meer tijd om een vertrouwensrelatie op te bouwen zodat in vertrouwen samengewerkt kan worden met de patiënt, diens familie, mantelzorgers, andere hulpverleners en vrijwilligers. Bij Positieve Gezondheid past een interprofessionele 'netwerkprofessionaliteit'. Een vorm van professionaliteit die betekenis krijgt in samenwerking met patiënten, cliënten, mensen in een specifieke context. Professionaliteit die in essentie gaat over zorg en dienstverlening vanuit leefwereldperspectief. En die dus per definitie een integraal karakter heeft (Kuijer, De Velder, & Weijzen, 2019).

Van belang is dat de patiënt die zich begrepen en gehoord voelt, de eigen regie kan houden en persoonlijke aandacht krijgt. Patiënten waarderen de professional die 'buiten de lijntjes kleurt' en zorg op maat kan geven.

Uit bovenstaande casuïstieken lijken de eigenschappen van de zorgvrager mee te wegen in de bereidheid van professionals, organisaties en medeburgers om zorg en hulp te verlenen. De zorgvrager die niet meewerkt en zelfs tegenwerkt lijkt weerstand op te roepen. Interprofessioneel samenwerken veronderstelt samenwerken tussen de patiënt, zijn sociale netwerk en de professionals die zorg bieden, behandelen, ondersteunen en/of begeleiden. Zeker een zorgvrager met multiproblematiek waar verschillende organisaties bij betrokken zijn, vraagt om afstemming, overleg, rolverdeling, samenwerking en gedeeld verantwoordelijkheid. En dus het voeren van de regie planmatig, gestructureerd en doordacht (Van Zaalen, Deckers, & Schuman, 2018).

De bereidheid en inzet van de mantelzorgers, maar ook de bereidheid van de huisarts en hulpverleners om intensief samen te werken met de mantelzorgers is van groot belang. De mantelzorgers in casus 2 en 4 hebben veel tijd en zorg gegeven aan de patiënten. Het aantal potentiële mantelzorgers neemt af in de komende jaren. De groep 50-74-jarigen biedt relatief vaak mantelzorg. Vaak aan hun ouders en schoonouders. 85-plussers ontvangen relatief vaak mantelzorg. Nu zijn er ongeveer 15 personen van 50-74 jaar per 85-plusser, in 2030 is dit gedaald tot 10 personen. Ouderen zullen in 2030 vaker samenwonen, maar ook vaker kinderloos zijn (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2021). De groep mantelzorgers heeft ook twee keer zoveel kans op psychische en lichamelijke klachten zoals een depressie (Landelijke Huisartsen Vereniging, herzien 2020). Mogelijk dat in een klein dorp zoals Afferden mensen meer bereid zijn om elkaar te helpen. Dit blijkt onder meer uit het oprichten van het

burgerinitiatief Afferden Samen Beter. Afferden is echter ook een vergrijsd dorp. Het zal in de toekomst steeds moeilijker worden om aanspraak te maken op mantelzorgers. Bewaken dat mantelzorgers de zorg aan blijven kunnen, vraagt om een goede begeleiding en ondersteuning door de professionals en opschalen van hulp waar dit kan en nodig is (Landelijke Huisartsen Vereniging, herzien 2020).

Van belang was de aanwezigheid van de thuiszorgorganisatie Buurtzorg waarbij de zorg goed is afgestemd op de behoefte van de patiënt. Inmiddels zijn er meer thuiszorginstellingen die op deze wijze werken. Ook de kleine ons-kent-ons gemeenschap van Afferden kan een positief effect hebben gehad op de zorgverlening. Door de jaren heen zijn er in Afferden al meerdere initiatieven opgezet (Burgerinitiatief Afferden Samen Beter); burgerparticipatie is dus niet vreemd. Inmiddels begint de participatiesamenleving waarbij burgerparticipatie centraal staat invulling te krijgen en worden ook de nadelen zichtbaar. Uitgaan van eigen kracht, zoveel mogelijk zelf doen en meedoen naar vermogen lijken uitstekende uitgangspunten. Burgers zijn ongetwijfeld tot meer in staat zijn dan de verzorgingsstaat voor mogelijk zou houden. Maar sommige kwetsbare mensen zijn (tijdelijk of altijd) zonder familie of ondersteunend netwerk, omdat er geen ondersteund netwerk is of ze deze niet kunnen creëren of in stand kunnen houden. Deze mensen zullen altijd professionele zorg en ondersteuning nodig hebben (Movisie, 2021).

Wat ook als positief benoemd is, is de mogelijkheid tot onlinecommunicatie tussen mantelzorger, thuiszorg, huisartsenpraktijk door middel van het patiëntendossier, het digitale zorgdossier in ziekenhuizen en het digitale communicatiesysteem CarenZorgt.

Doordat zorgverleners in het ziekenhuis bepaalde medisch technische handelingen hadden aangeleerd konden deze medisch technische handelingen door de thuiszorg uitgevoerd worden. Er vond op die manier ziekenhuis verplaatste zorg plaats.

Binnen de huisartsenpraktijk zijn er inmiddels meer mogelijkheden voor inzet POH-GGZ. Dit was eerder nog niet mogelijk binnen de praktijk. Daarnaast is er de inzet van de POH-somatiek. Zij zijn ook getraind in het werken volgens Positieve Gezondheid.

Ten aanzien van de uitvoering van de WMO-voorzieningen is er een kentering gaande bij de gemeente. Er wordt beter samengewerkt. Uit het verslag van de werkgroep, Sociale Impact van de Coronacrisis, blijkt voor kwetsbare groepen dat ondersteuning die gericht is op het versterken van het zelforganiserend vermogen belangrijk is. Het gevoel van regie en weerbaarheid vermindert namelijk. Maatwerk en persoons-/gezinsgerichte aanpakken waarbij versterking van het zelforganiserend vermogen van mensen die hulp vragen centraal staan zijn van groot belang.

Kwetsbaarheden stapelen zich op in wijken. Meerjarige, integrale gebiedsgerichte aanpakken zijn nodig om duurzaam het welzijn van kwetsbare mensen in deze wijken te verbeteren (VNG, 2021).

### 3.2 Verbeterpunten

Er zijn vier overkoepelende verbeterpunten te formuleren op basis van de casussen:

- De gemeente is in verschillende casuïstieken een belemmerende factor gebleken, omdat het lang duurt voor diverse voorzieningen zijn geregeld. De hulpverlening komt traag op gang. Binnen de gemeente is niet altijd duidelijk wie waar verantwoordelijk voor is. Door reorganisatie zijn er soms grote veranderingen in regelgeving. De gemeente frustrateert het proces rond de nodige voorzieningen enorm. Volgens huisarts en patiënt had de hulpverlening in een casus (casus 1) 50% sneller kunnen gaan. In een andere casus (casus 3) bestaat de mogelijkheid dat wordt besloten de begeleiding of hulp van een patiënt zomaar stop te zetten. Gevaar dat hulp van de WMO stopgezet wordt was tot voor anderhalf tot twee jaar geleden mogelijk. Dat verandert nu langzaam.  
Door adequate zorg en de problemen voor proberen te zijn zoals vroeghulp ten aanzien van schuldsanering en andere problematiek zoals in casus 1 en 3 benoemd worden. Door goede hulp vanuit en samenwerking met de gemeente kan het risico op sociale problemen worden gereduceerd. Dit heeft ook gevolgen voor het mentale welbevinden van patiënten en/of het beroep dat nu onnodig wordt gedaan op de huisartsenpraktijk.
- Het is belangrijk om bij een palliatief zorgtraject de zorg rondom de patiënt goed af te stemmen tussen de verschillende professionals. Wisselingen tussen zorg- en hulpverleners komen de afstemming niet ten goede. Digitalisering helpt om de communicatie te verbeteren, mits iedereen dezelfde tools gebruikt en de communicatie onderling afstemt.
- In verschillende casuïstieken lijkt weinig contact te zijn geweest tussen de diverse hulpverleners en hulpverlenende instanties. Er is weinig overleg en terugkoppeling naar elkaar geweest en naar de huisarts in het bijzonder. Zoals bij de NAH-coaches; zij wisselden door de jaren heen. Ook is het belangrijk om af te stemmen over taken, zo bleek dat NAH-coaches het niet als hun taak zien om te helpen met de aanvraag van WMO-voorzieningen. Hierdoor komt onnodig veel zorg bij de huisarts terecht.
- Er kan meer gebruik worden gemaakt van vrijwilligers, actieve dorpsbewoners, de participatiekracht van een klein dorp. Hier is de laatste jaren veel in verbeterd. Het is wel belangrijk om tot een goede match van ondersteuning te komen en ook deze actieve burgers te ondersteunen om overbelasting te voorkomen.

### 3.3 Conclusie

De vraag van dit onderzoek was: Wat is de economische en menselijke waarde van de andere werkwijze, volgens principes van het concept Positieve Gezondheid, in de huisartsenpraktijk Afferden? Voor borging van de andere werkwijze in de huisartsenpraktijk was het noodzakelijk om inzicht te verkrijgen in consequenties voor de zorgkosten, de eventuele verschuiving van de zorgkosten naar het

sociale domein (economische waarde) en in de betekenis voor de patiënt en voor de inwoners die betrokken zijn bij de ondersteuning van de patiënt (menselijke waarde). Bij iedere casus is een alternatief zorgpad weergegeven en wat dit zorgpad mogelijk gekost had. Daarnaast is per casus een overzicht gemaakt van de berekeningen van de huidige zorgkosten.

Op basis van de vier casussen kan een voorzichtige conclusie worden getrokken dat het erop lijkt dat de nieuwe werkwijze geresulteerd heeft in een verschuiving naar de juiste zorg op de juiste plek en dat het minder kostbaar is ten opzichte van het alternatieve pad (reguliere zorg). Uit deze casussen blijkt duidelijk dat instellingszorg aanzienlijk duurder is dan zorg rondom de patiënt die thuis is georganiseerd. Echter, het precies in kaart brengen van alle kosten, nieuwe werkwijze als alternatieve pad (regulier) bleek lastig te zijn. Veelal gaat het om een inschatting van kosten.

Uit de casussen blijkt echter ook dat het zorgsysteem nog niet zodanig is ingericht dat de samenwerking van voor een casus belangrijke partijen heel gemakkelijk op gang komt. Vooral de moeizame samenwerking met partijen buiten zorg en welzijn om (denk aan de gemeenten) werkt hierbij ernstig vertragend, waardoor kosten onnodig oplopen. Met name de casuïstieken waar de psychosociale en psychiatrische problemen groot zijn duurt het lang voor de juiste zorg geregeld is. Ook wordt het menselijk lijden vergroot, patiënten voelen zich niet gezien en gehoord en serieus genomen. Lichamelijk en psychosociale problemen blijven onnodig lang in stand met ernstige gevolgen van dien. Dit komt mede omdat deze zorg via de WMO georganiseerd wordt. Door trage en naar het lijkt ondoorzichtige processen. Ook is het niet duidelijk welke WMO-medewerker of hulpverlener waar verantwoordelijk voor is.

Dit geldt niet alleen voor de voorzieningen die vanuit de WMO geregeld worden, ook de psychiatrische zorginstelling, het fact-team, de NAH coaches (wel WMO) hebben in deze casussen geen tot nauwelijks contact of samenwerking gezocht met de huisarts. Het lijkt erop dat er rondom deze patiëntencategorie minder goed (interprofessioneel) samengewerkt wordt als rond de patiënten met vooral somatische klachten. Hoe dat komt kan mogelijk niet alleen verklaard worden vanuit de problemen die de WMO opgeleverd heeft ten aanzien van de voorzieningen die nodig zijn. Kosten rond somatische problematiek worden vooral uit de ziektekostenverzekering betaald. Deze procedures en processen gaan sneller en lijken duidelijker te zijn voor desbetreffende hulpverleners. Het lijkt erop dat hulpverleners minder hoeven te verantwoorden dat bepaalde somatische en medische zorg nodig is. Nader (prospectief) onderzoek kan mogelijk helpen om hier een antwoord op te krijgen.

Wat zeker geconcludeerd kan worden is dat door op deze andere wijze te gaan werken de menselijke waarde vergroot wordt. Doordat het andere gesprek wordt gevoerd wordt de patiënt gezien en gehoord en zijn de lijntjes tussen verschillende betrokken informele en formele hulpverleners kort. Er wordt rondom de patiënt intensief samengewerkt tussen hulpverleners, mantelzorgers, vrijwilligers en de huisarts.

Daarnaast wordt aangegeven dat door de digitalisering in de zorg het voor patiënten en mantelzorgers makkelijker wordt om op adequate wijze met professionals te communiceren, zowel de zorg

professionals in de eerste lijn als de medisch specialisten uit het ziekenhuis, waardoor onnodige zorg en medische consulten worden vermeden.

### **3.4 Aanbeveling voor praktijk**

Als aanbeveling voor de praktijk is het duidelijk dat er meer tijd nodig is voor de patiënt als het andere gesprek gevoerd wordt volgens Positieve Gezondheid. Zeker in aanvang moet er ook meer tijd worden geïnvesteerd, ook in het ontwikkelen van goede relaties met verschillende hulpverleners en hulpverlenersorganisaties. Als de zorg daarna echter op adequate wijze door de juiste partijen wordt geleverd kan dit de huisarts en evt. de medisch specialist ontlasten (casus 3 en 4 zijn daar voorbeelden van).

Door de inzet van Positieve Gezondheid kijkt de huisarts breder, werkt intensiever samen, leert netwerken en kan als casemanager optreden. Hierdoor kan meer ingezet worden op de juiste zorg op de juiste plek. Belangrijk hierbij is om interprofessioneel samen te werken, vanuit één zorg- of behandelplan, met de juiste digitale systemen die communiceren makkelijker maakt tussen patiënt, mantelzorgers, vrijwilligers en hulpverleners. Het is belangrijk dat hulpverleners elkaar kennen, ontmoeten en contact zoeken. Het is belangrijk dat de gemeenten als uitvoerder van de WMO een samenwerkingspartner is die meedenkt en openstaat voor een intensieve samenwerking.

Een andere inrichting van de financiering van de gezondheidszorg zou waarschijnlijk positief bijdragen om hulpverleners en hulpverleningsinstanties over de grenzen van hun eigen domein te laten samenwerken in het belang van de gezondheid van de patiënt. Het juiste aanbod en ondersteuning komt dan voorop te staan.

## BRONNENLIJST

- Effectencalculator. (2020, juni 11). <https://effectencalculator.nl/>. Opgehaald van Effectencalculator: <https://effectencalculator.nl/>
- Effectencalculator. (2021, januari 5). *Proeftuin Ruwaard*. Opgehaald van [www.proeftuinruwaard.nl](http://www.proeftuinruwaard.nl): <http://www.proeftuinruwaard.nl/wp-content/uploads/sites/3/2017/05/maatschappelijke-prijslijst-201.pdf>
- Jung, H., Jung, T., Liebrand, S., Huber, M., Stupar-Rutenfrans, S., & Wensing, M. (2018). Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen. *Huisarts & Wetenschap*, 1-6.
- Kuijjer, W., De Velder, F., & Weijzen, S. (2019). *Leren en Opleiden in het sociaal en gezondheidsdomein*. Nijmegen: HAN, university of applied sciences, kenniscentrum Publiek Zaak.
- Landelijke Huisartsen Vereniging. (herzien 2020). *Hoe voorkomt u dat de mantelzorg een patient wordt. Toolkit Mantelzorg in de huisartsen praktijk*. Mezzo, Vilans, LHV.
- Ministerie van VWS. (2020, december 14). *Dwang in de Zorg*. Opgehaald van <https://www.dwangindezorg.nl/wvggz/zorgmachtiging>
- Movisie. (2021, januari 5). <https://www.movisie.nl/artikel/voordelen-participatiesamenleving>. Opgehaald van [www.movisie.nl](https://www.movisie.nl): <https://www.movisie.nl/artikel/voordelen-participatiesamenleving>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2020, december 17). *puc overheid*. Opgehaald van Nederlandse Zorgautoriteit: [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_242529\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_242529_22/1/)
- Pijnenburg, H. (2010). *Zorgen dat het werkt*. Nijmegen: Lectoraat Werkzame Factoren in de Zorg voor Jeugd, HAN.
- Rutten, G., & Laurant, M. (2019). *Maatwerkoplossingen in het zorg en sociale domein: een antwoord op ervaren zorg en welzijnsproblemen in Afferden (L) en omgeving?*. Nijmegen: HAN university of applied sciences.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. (2021, januari 5). <https://digitaal.scp.nl/ouderenzorg/tekort-aan-mantelzorgers-en-professionals>. Opgehaald van [www.SCP.nl](http://www.SCP.nl): <https://digitaal.scp.nl/ouderenzorg/tekort-aan-mantelzorgers-en-professionals>
- Van Zaalen, Y., Deckers, S., & Schuman, H. (2018). *Handboek Interprofessioneel samenwerken in zorg en welzijn*. Bussum: Couthino.
- Vektis. (2021, januari 6). <https://www.zorgprismapubliek.nl/>. Opgehaald van Vektis: <https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/geestelijke-gezondheidszorg/ernstige-psihiatrische-aandoeningen>
- VGZ. (2020, december 2). *regiobeelden/noordenmiddenlimburg*. Opgehaald van [www.cooperatievgz.nl](http://www.cooperatievgz.nl): <https://www.cooperatievgz.nl/cooperatie-vgz/regiobeelden/noordenmiddenlimburg>
- VNG. (2021, januari 6). *Verslag Werkgroep Sociale Impact van de Coronacrisis*. Opgehaald van [www.vng.nl](http://www.vng.nl): <https://vng.nl/sites/default/files/2020-05/eindverslag-werkgroep-sociale-impact-coronacrisis.pdf>
- Zorgcijfers databank. (2021, januari 7). <https://www.zorgcijfersdatabank.nl/databank>. Opgehaald van [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl):

[https://www.zorgcijfersdatabank.nl/databank?infotype=wlz&label=00-totaal&tabel=B\\_kovo&geg=jjaarNEW&item=41107](https://www.zorgcijfersdatabank.nl/databank?infotype=wlz&label=00-totaal&tabel=B_kovo&geg=jjaarNEW&item=41107)

Zorg voor Beter. (2021, januari 5). <https://www.zorgvoorbeter.nl/mantelzorg/cijfers-nederland>.  
Opgehaald van Zorg voor Beter: <https://www.zorgvoorbeter.nl/mantelzorg>



## BIJLAGE A. KOSTEN OVERZICHT VIER CASUSSEN

### Casus 1 kosten overzicht gedurende gehele traject 2012/13 -heden

Contactmomenten en uurtarief	Kosten
<b>Huisarts</b> 9x lang consult langer dan 30 min. 4 x kort consult korter 30 min. 1x visite van 1 uur. 19 x telefoon, mail of overleg geweest, zo'n 4,5 uur. 3x overleg gehad met sociaal team gemiddeld 1 uur. Afgerond 17 keer € 65 euro uurloon huisarts.	<b>€ 1.105</b> <b>Ziektekostenverzekeraar</b>
<b>NAH coach</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2011 t/m 2016 NAH, (4 uur per week) = 1200 uur</li> <li>• 2016 t/m 2018 3u per week = 450 uur</li> <li>• 2019 2u per week = 200 uur</li> <li>• Totaal 1850 uur</li> </ul> Hbo, Social Work € 65 uur (maatschappelijke prijslijst effectencalculator)	<b>€ 120.000</b> <b>WMO</b>
<b>Intramurale (crisis)opname</b> gedurende 6 maanden GGZ € 275 dag. (maatschappelijke prijslijst effectencalculator).	<b>€ 51.000</b> <b>Ziektekostenverzekeraar</b>
<b>Totale kosten</b>	<b>€ 172.105</b>

### Casus 2 Kosten eind 2017- tot overlijden begin februari 2018 (3 maanden).

Aantal contactmomenten en uurtarief	Kosten
<b>Huisarts</b> , 18 keer visite a 30 minuten € 65 euro per uur (persoonlijke communicatie)	<b>€ 585</b> <b>Ziektekostenverzekeraar</b>
<b>Buurtzorg</b> 5 keer per dag a 30 min. Gemiddeld 5 keer à 30 min. = 150 min. Per dag. Totaal 60 keer 2,5 uur = 150 uur. Uurloon € 50 euro.	<b>€ 7.500</b> <b>Ziektekostenverzekeraar</b>
<b>Terminaal palliatief zorgpakket</b> ZPP'ers gespecialiseerd in palliatieve nachtzorg. 5 januari - start nachtzorg van 23.00 uur tot 7.00 uur. Tot begin februari, 31 dagen keer 8 uur nachtverpleegkundige. Prestatie Nachtverpleging, bruto € 97,16, per dagdeel = bruto € 6024. Een dagdeel is 4 uur. (Nederlandse Zorgautoriteit). Januari - start VPTZ (Vrijwillige Palliatieve Terminale zorg) met 2 middagen in de week. Eind januari uitbreiding naar 4 middagen in de week stop VPTZ 3 feb	<b>€ 6.024</b> <b>Ziektekostenverzekeraar</b>
<b>Vrijwilligers</b> Aantal uren inzet is niet bekend Inzet vrijwilligers	

Ter ondersteuning van mantelzorgers.  Mantelzorg echtpaar (man) komt tot januari gemiddeld 2 à 3 keer in de maand. Vanaf dat patiënt is gevallen dagelijks.	
<b>Totaal</b>	<b>€ 14.127</b>

**Casus 3 de periode vanaf eind 2016 tot eind 2018 (2 jaar)**

<b>Aantal contactmomenten en uurtarief</b>	<b>Kosten</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consult huisarts, uurtarief huisarts € 65 (persoonlijke communicatie).</li> <li>- 16x lang consult gemiddeld 30-45 min keer = € 715</li> <li>- Visites gemiddeld 10 keer 45 min = € 488</li> <li>- Telefoontjes 24x wisselende lengtes = € 390</li> <li>- Na stopzetten begeleiding vertrouwenspersoon gaat HA in gesprek met sociaal team om oplossing te zoeken (5 x 30 uur gesprekken) = € 163</li> <li>- Heeft contact met de ambulante begeleider, 12 keer per jaar á 30 minuten (In het begin vaker) = € 390</li> <li>- Daarnaast heeft de huisarts een verzoek aan de gemeente met verzoek om passende hulp, bij voorkeur een man met ervaring. Hier zijn 3-4 gesprekken met de gemeente voor nodig. = € 98</li> </ul> <p>Hierbij zijn de normale consulten bij collega's of de korte somatische consulten niet meegerekend</p>	<p>€ 715 € 488 € 390 € 163 € 390 € 98</p> <hr/> <p><b>€ 2.240 totaal</b> <b>Ziektekostenverzekeraar</b></p>
<p><b>POH GGZ-begeleiding</b> (14x 45 min. Gemiddeld aan huis) 11 uur á € 50 (<a href="http://www.pohggz.nu">www.pohggz.nu</a>) een gemiddeld uurtarief. POH GGZ-begeleiding (14x /45 min op praktijk).</p>	<p>€ 550 € 525</p> <hr/> <p><b>€ 1.075 totaal</b> <b>Ziektekostenverzekeraar</b></p>
<p><b>Ambulant begeleider</b> bezoekt patiënt gemiddeld 5 uur per week in het tweede jaar (inclusief sporten). Het eerste jaar 3 uur per week á € 50 uurtarief ambulante begeleider (persoonlijk contact ambulante begeleider).</p>	<p><b>€ 23.400</b> <b>WMO</b></p>
<p><b>Huishoudelijk hulp</b>, 2 uur per week, schoonmaker € 15 uur (maatschappelijke prijslijst effectencalculator).</p>	<p><b>€ 3.300</b> <b>WMO</b></p>
<b>Totaal</b>	<b>€ 30.015</b>

**Casus 4 Periode vanaf 2017 tot 2019 gedurende 2 jaar**

<p>Huisarts 37 keer visite gemiddeld door POH somatiek en huisarts om en om tussen de 45 en 60 minuten per keer. Uurtarief huisarts € 65, € 1.202, POH-uurtarief € 50, € 925. Inclusief 2 keer multidisciplinair overleg.</p> <p>80 keer telefonisch consult, of mail tussen thuiszorg, POH en huisarts korter of langer dan 5 minuten.</p>	<p><b>€ 1.202</b> <b>€ 925</b></p> <hr/> <p><b>€ 2.127 totaal</b> <b>Ziektekostenverzekeraar</b></p>
<p>Thuiszorg is er 2x per dag (ochtend 45 min, avond 30 min), 75 minuten, keer uurtarief € 40/45 per uur (persoonlijke communicatie). Per week 8.75 uur = 393,75 per week keer 104 weken</p>	<p><b>€ 40.950</b> <b>Ziektekostenverzekeraar</b></p>
<p>Fysiotherapie 1x/week aan huis a 30 minuten, € 60 per uur ex BTW.104 keer 30 <a href="http://www.mijnzpz.nl">www.mijnzpz.nl</a></p>	<p><b>€ 3.120</b> <b>Ziektekostenverzekeraar</b></p>
<p><b>1 maand revalidatie in een Zorghotel in 2019.</b> Een kamer in een zorghotel kost meestal tussen de € 100 en 200 euro per nacht, afhankelijk of er verpleging en verzorging nodig is (gemiddeld € 150). De vergoeding voor een zorghotel bestaat uit twee delen: verblijf en zorg. <a href="https://www.ikwoonleefzorg.nl">https://www.ikwoonleefzorg.nl</a></p>	<p><b>€ 4.650</b> <b>Ziektekostenverzekeraar</b></p>
<p><b>Huishoudelijke hulp</b> Patiënt heeft samen met echtgenoot huishoudelijke hulp via de WMO, 3 uur per week, schoonmaker € 15 uur (maatschappelijke prijslijst effectencalculator).</p>	<p><b>€ 4.680</b> <b>WMO</b></p>
<p>Mantelzorger komt dagelijks bij patiënt voor 'kleine klussen' en zij doet de boodschappen. Naast bezoek belt patiënt haar nog 3-4 keer per dag) Vrijwilligster 1x/week (ligt nu stil ivm covid19)</p>	
<p><b>Totaal</b></p>	<p><b>€ 55.527</b></p>

**OPEN UP**  
**NEW** **HAN\_** UNIVERSITY  
OF APPLIED SCIENCES  
**HORIZONS.**