

# Samenwerking tussen zorg- en welzijnsprofessionals binnen Krachtige basiszorg

Ervaringen uit Overvecht



**NIVEL**  
Kennis voor betere zorg

# Samenwerking tussen zorg- en welzijnsprofessionals binnen Krachtige basiszorg

Ervaringen uit Overvecht

Neis Bitter  
Chantal Leemrijse  
Joke Korevaar

April 2019

ISBN 9789461225528

030 272 97 00  
nivel@nivel.nl  
www.nivel.nl

© 2019 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Samenvatting

## Achtergrond en doelstelling

In de Utrechtse achterstandswijk Overvecht wonen relatief veel mensen met complexe gezondheidsproblemen met achterliggende oorzaken uit meerdere levensdomeinen (lichaam, geest, maatschappelijk en sociaal). Dit leidt tot een grote druk op het gezondheidszorgsysteem. Om de gezondheid te verbeteren, burgers meer regie te geven over hun eigen gezondheid, de doelmatigheid van de zorg te verhogen en de werklast van zorgprofessionals te verlagen wordt er sinds 2006 in een netwerk van verschillende zorg- en welzijnsorganisaties gewerkt volgens een nieuwe integrale populatiegerichte wijkaanpak: Krachtige basiszorg.

Het doel van de Krachtige basiszorg is om, waar nodig, integraal en proactief zorg en ondersteuning op maat te bieden zo dicht mogelijk bij huis. Het uitgangspunt daarbij is dat professionals van verschillende domeinen en gezondheidszorglijnen (0<sup>e</sup>, 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijn<sup>1</sup>) met elkaar samenwerken waarbij de behoeftes van de patiënt<sup>2</sup> centraal staan. Andere doelen zijn het vergroten van het verantwoordelijkheidsgevoel ten aanzien van de eigen gezondheid van bewoners en het beschermen van de gezondheid en het bevorderen van het werkplezier van de professionals. Krachtige basiszorg komt op drie niveaus tot uiting, op patiëntniveau, professioneel niveau en organisatieniveau.

Om gezondheidsproblemen van (en voor) de patiënt inzichtelijk en bespreekbaar te maken in de spreekkamer is het 4-Domeinen-model (hierna: 4D-model) ontwikkeld. Dit communicatie- en analysemodel is een instrument dat de onderlinge invloed én relaties van problemen uit verschillende domeinen (lichaam, geest, sociaal, maatschappelijk) en de ervaren gezondheid in beeld brengt. Het 4D-model wordt gebruikt bij het ontrafelen van complexe gezondheidsproblemen samen met de cliënt. Ook kan het gebruikt worden in de samenwerking tussen professionals uit het medische en sociale domein. Het denken en werken volgens het 4D-model is breed verspreid onder professionals in de wijk, onder andere door middel van scholing.

In de Gezonde wijk Alliantie, een netwerk van de organisaties van zorg en welzijn in de wijk Overvecht, wordt het 4D-model breed ingezet. Dit netwerk wordt ondersteund door de gemeente en heeft geleid tot samenwerkingsafspraken tussen buurtteams en huisartsenpraktijken over samenwerking op professioneel niveau, wijkbrede scholingen voor professionals en afspraken met wijkspecialisten (specialisten uit een ziekenhuis die laagdrempelig te benaderen zijn voor vragen en overleg).

Dit rapport is onderdeel van het project 'Krachtige basiszorg ontrafeld'. Dit project heeft als doel in kaart te brengen hoe Krachtige basiszorg tot uiting komt in de praktijk, wat daarbij belemmerende en bevorderende factoren zijn en wat voorwaarden zijn voor succes. Dit rapport beschrijft de samenwerking tussen professionals uit verschillende organisaties en domeinen op basis van interviews met 25 professionals uit de wijk en een focusgroep met managers.

## Resultaten: samenwerking in de wijk

Met betrekking tot samenwerking op patiëntniveau is het 4D-model een belangrijk instrument. Het 4D-model is breed gedragen onder professionals en bekend in de wijk Overvecht. Professionals vinden het model geschikt als basis voor samenwerking op patiëntniveau. Er zijn ook nog mogelijkheden voor

---

<sup>1</sup> Nuldelijnszorg is preventieve zorg, eerstelijnszorg omvat o.a. de huisartsenzorg en paramedische zorg, tweedelijnszorg omvat zorg vanuit het ziekenhuis, derdelijnszorg is specialistisch zorg zoals bijvoorbeeld de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ).

<sup>2</sup> Er zijn verschillende manieren om zorgvragers te benoemen. In de eerste lijn is 'patiënt' gangbaar, in het sociale domein en de GGZ wordt vaak 'cliënt' gebruikt. Vanwege de eenduidigheid hebben we gekozen voor het woord patiënt, maar hier kan ook 'cliënt' gelezen worden.

doorontwikkeling van de samenwerking. Uit de interviews blijkt dat het signaleren van complexe problematiek bij patiënten en vervolgens ook de samenwerking opzoeken met andere professionals niet altijd voldoende en/of op tijd tot stand komt. Ook is niet altijd duidelijk wie er allemaal betrokken zijn bij een patiënt. Het ontbreken van veilige informatie uitwisselingsystemen speelt hierin een belemmerende rol.

Op professioneel niveau zijn er basis samenwerkingsafspraken gemaakt tussen de huisartsenpraktijken en de buurtteams in de wijk. De huisartsenpraktijken en buurtteams trekken samen op in het vormgeven van de samenwerking met andere disciplines. De samenwerking om maatwerk te bieden voor inwoners met complexe problematiek in meerdere levensdomeinen wordt georganiseerd in drie 'driehoeken'<sup>3</sup>: geestelijke gezondheidszorg (GGZ), ouderen en jeugd. De driehoeken bestaan uit de buurtteams (sociaal en/of jeugd en gezin), de huisartsenpraktijken en een derde partij: de GGZ, de wijkverpleging (bij ouderen) en de jeugdgezondheidszorg (JGZ) bij jeugd. Naast deze basispartijen kunnen, wanneer nodig, andere professionals betrokken worden zoals paramedici, sociaal makelaars en tweedelijns specialisten. Elkaar persoonlijk kennen, ook inhoudelijk, is een belangrijke voorwaarde voor samenwerking. Er zijn verschillende manieren waarop professionals elkaar kunnen leren kennen, zoals casuïstiekoverleggen en gezamenlijke scholingsmogelijkheden. Gemaakte samenwerkingsafspraken worden nog niet altijd nageleefd, dit verschilt sterk per professional, team en/of organisatie. De implementatie van deze afspraken is een proces dat tijd kost en van veel factoren afhankelijk is. In hoeverre een individuele professional daadwerkelijk samenwerkt met anderen hangt niet alleen af van gemaakte samenwerkingsafspraken, maar ook van persoonlijke motivatie, competenties, ervaring en kennis.

Er zijn tientallen organisaties en honderden professionals actief in Overvecht. Ook is er een hoog verloop van professionals. Dit maakt het zorgaanbod en onderlinge samenwerking complex. Doordat de netwerksamenwerking tussen organisaties in Overvecht een langere geschiedenis heeft (sinds 2006), zijn bepaalde organisaties goed bekend met elkaar. Er is een gezamenlijke en gedragen visie op integraal werken. Belangrijke uitdagingen op organisatieniveau zijn het verder verspreiden en borgen van samenwerkingsafspraken en het scholen en vasthouden van competente en voor de aanpak gemotiveerde professionals.

### **Samenwerking driehoek GGZ**

Binnen de driehoek GGZ is de samenwerking tussen het buurtteam sociaal en de huisartsenpraktijken over het algemeen goed. Iedere huisartsenpraktijk (aangesloten bij stichting Overvecht Gezond) heeft structureel contact met een buurtteam. De aangewezen contactpersonen spelen hierbij een belangrijke verbindende rol. Voor de huisartsenpraktijken zijn dat de POH's-GGZ. Elke POH-GGZ heeft maandelijks een gezamenlijke casuïstiekbespreking met het buurtteam dat aan zijn/haar praktijk is gekoppeld. Daarnaast zijn er informelere contactmomenten (bijvoorbeeld samen koffie drinken of lunchen). Hierdoor leren beide partijen elkaar en elkaars werk kennen en weten ze elkaar tussendoor ook te vinden.

De derde poot in deze driehoek is de specialistische GGZ. Soms wordt de consultatief wijkpsychiater betrokken voor advies of deelbehandeling. De consultatief psychiater wordt als een prettige samenwerkingspartner ervaren omdat deze laagdrempelig te benaderen is en flexibel is in te zetten. Zo kan verwijzing naar de specialistische GGZ voorkomen worden of gericht plaats vinden. Daarnaast

---

<sup>3</sup> Krachtige basiszorg richt zich op alle burgers met een complexe zorgvraag. Soms valt deze niet in één van deze driehoeken, of juist in meerdere. De indeling in deze driehoeken is in de praktijk dan ook niet een formeel gegeven en wordt niet strikt gehanteerd. We hanteren deze indeling in dit rapport om de resultaten te structureren en zo de leesbaarheid te bevorderen.

zijn er de gebiedsteams GGZ (multidisciplinair team bestaande uit professionals van verschillende organisaties rondom de zorg voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen) gestart in de wijk. De samenwerking met de generalistische en specialistische GGZ instellingen van buiten de wijk verloopt relatief minder goed en wordt letterlijk en figuurlijk als 'ver weg' ervaren.

Een belemmerende factor in de samenwerking rondom de GGZ doelgroep is dat de verschillende partijen (huisartsenpraktijk, buurtteam, GGZ) niet altijd voldoende met elkaar bekend zijn om genoeg inzicht en vertrouwen te hebben in elkaars deskundigheid van psychiatrische problematiek. Prettige manieren van samenwerken zijn het gericht overdragen naar een specifieke, vertrouwde collega en het 'warm overdragen' van een patiënt, waarbij een professional direct contact heeft met een andere professional. Ook drie-gesprekken (buurtteammedewerker, huisarts of POH, patiënt) werken goed bij deze doelgroep en zijn gemakkelijk te organiseren.

### **Samenwerking driehoek ouderen**

De samenwerking tussen de buurtteams sociaal en huisartsenpraktijken is over het algemeen goed binnen de driehoek ouderen. De samenwerking met de wijkverpleging, de derde poot binnen deze driehoek, is wisselend van intensiteit en kwaliteit. Een van de problemen die hierbij speelt is dat er veel thuiszorgorganisaties actief zijn in de wijk met vaak wisselend personeel, waardoor geen of nauwelijks een relatie kan worden opgebouwd. Het is hierdoor voor de huisartsenpraktijken en buurtteams niet haalbaar om met iedere organisatie structureel contact te onderhouden. De praktijkverpleegkundige ouderen, die in deze driehoek een spilfunctie heeft, heeft met bepaalde wijkverpleegkundigen (van een beperkt aantal organisaties) structurele (maandelijks) afspraken over gezamenlijke patiënten. Dit komt de samenwerking met die partijen ten goede. De functie van praktijkverpleegkundige ouderen wordt echter niet structureel gefinancierd vanuit de zorgverzekering. Hierdoor is deze werkwijze en functie nu beperkt aanwezig. In deze driehoek kwam ook, meer dan bij GGZ of jeugd, naar voren dat er soms veel verschillende zorgverleners (bijv. huisarts, wijkverpleging, tweedelijns ziekenhuis, specialistische verpleegkundigen, specialist ouderengeneeskunde, paramedici) betrokken zijn in de zorg voor ouderen en dat het voor de professionals niet altijd duidelijk is wie nog meer betrokken is en in welke rol. Genoemd werd dat het goed werkt als concreet uitgesproken wordt wie de regie heeft en in de gaten houdt of alle afspraken en plannen worden uitgevoerd.

### **Samenwerking driehoek jeugd**

De lancering van de buurtteams jeugd en gezin en de introductie van de jeugdwet hebben tot grote verschuiving in taken en verantwoordelijkheden geleid in de zorg rondom jeugd. De gemeente is via de jeugdwet verantwoordelijk voor alle psychiatrische zorg voor jeugdigen. De taken van het buurtteam jeugd en gezin zijn daarom breder dan van het buurtteam sociaal. De buurtteams jeugd en gezin voeren namelijk deels de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de jeugd GGZ uit en kunnen doorverwijzen naar de specialistische jeugd GGZ. Dit in tegenstelling tot de buurtteams sociaal die niet kunnen doorverwijzen naar specialistische zorg. De driehoek jeugd bestaat uit de huisartsenpraktijken, de buurtteams jeugd en gezin en de jeugdgezondheidszorg (JGZ). De partijen staan over het algemeen positief tegenover samenwerking, maar verschillen in visie en manier van werken van de professionals (bijvoorbeeld rond privacy) beïnvloeden de ontwikkeling van de samenwerking. Daarnaast is een lastig aspect aan de samenwerking tussen deze drie partijen dat hun verantwoordelijkheden deels overlappen. Zo kunnen ze, in tegenstelling tot de partijen in de andere driehoeken, alle drie verwijzen naar de tweede lijn. Dit maakt dat de huisartsen niet automatisch een rol hebben in het verwijzen en ook niet altijd geïnformeerd worden hierover. Omdat huisartsen vaak langdurig betrokken zijn bij een heel gezin willen zij graag op de hoogte zijn en betrokken worden bij wat er speelt in gezinnen die bij hen ingeschreven staan. Ook jeugdartsen van de JGZ zouden graag meer samenwerken met de

buurteams. Daarnaast vinden de huisartsen en jeugdartsen dat er meer kennis met betrekking tot psychiatrie nodig is in de buurteams jeugd en gezin.

### **Conclusie**

Deze studie laat zien dat er op gebied van samenwerking tussen professionals en organisaties in Overvecht veel gebeurd en bereikt is. Er is een netwerk van organisaties en er zijn verschillende afspraken ontwikkeld en geïmplementeerd om maatwerk en samenwerking rond een cliënt op professioneel niveau te stimuleren. Het 4D-model is goed bekend onder professionals in de wijk en de integrale visie op gezondheid en zorg wordt breed gedeeld. De samenwerking tussen de buurteams sociaal en huisartsenpraktijken is meer ontwikkeld (bijv. meer structurele afspraken en gezamenlijke casuïstiekbesprekingen) dan met andere partijen, zoals de wijkverpleging, specialistische GGZ en de jeugdgezondheidszorg. Met hen is de samenwerking variabel in intensiteit en kwaliteit.

In Overvecht is sterk ingezet op het creëren van een gezamenlijke taal en visie. Daarnaast zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen betrokken partijen. Uit deze studie blijkt dat beide belangrijk zijn. Er zijn twee belangrijke uitdagingen: ten eerste het onderhouden en verder inbedden van bestaande samenwerkingen en afspraken; en ten tweede het uitbreiden en/of verstevigen van de samenwerking naar partijen die nu nog minder betrokken zijn. Beide vragen om een continue blijvende investering van betrokken organisaties en professionals. Een uitdaging is voldoende structuur en aan te brengen en continuïteit te waarborgen, bijvoorbeeld door het maken van vaste afspraken, zodat samenwerking minder afhangt van individuen. Hiervoor is het nodig dat alle professionals voldoende gemotiveerd zijn en voldoende gefaciliteerd en gesteund worden om domein overstijgend samen te werken.

Naar aanleiding van de resultaten van deze studie zijn verschillende aanbevelingen gedaan (zie p. 40). De aanbevelingen zijn vooral gericht op hoe de samenwerking verder te bestendigen en uit te breiden op zowel professioneel als organisatie niveau. Ook worden aanbevelingen gedaan met betrekking tot beleid en financiering.

# Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>3</b>
<b>1 Inleiding en achtergrond</b>	<b>9</b>
1.1 Overvecht en haar bewoners	9
1.2 Zorg voor mensen met complexe problematiek	10
1.3 Krachtige basiszorg	11
1.4 Eerder onderzoek	13
1.5 Huidig onderzoek: Krachtige basiszorg ontrafeld	14
1.6 Theoretisch kader	15
1.7 Leeswijzer	15
<b>2 Samenwerking in de wijk</b>	<b>17</b>
2.1 Patiëntniveau	18
2.2 Professioneel niveau	19
2.3 Organisatieniveau	22
<b>3 Hoe verloopt de samenwerking in de driehoek GGZ?</b>	<b>25</b>
3.1 Betrokken partners en afspraken	25
3.2 In de praktijk	26
<b>4 Hoe verloopt de samenwerking in de driehoek ouderen?</b>	<b>30</b>
4.1 Betrokken partijen in de samenwerking	30
4.2 In de praktijk	31
<b>5 Hoe verloopt de samenwerking in de driehoek jeugd?</b>	<b>34</b>
5.1 In de praktijk	34
<b>6 Conclusie, discussie &amp; aanbevelingen</b>	<b>37</b>
6.1 Beperkingen van de studie	39
6.2 Aanbevelingen	40
<b>Literatuur</b>	<b>43</b>
<b>Bijlage 1 Methode</b>	<b>45</b>
<b>Bijlage 2 Het Nederlands zorgsysteem in beweging</b>	<b>47</b>





# 1 Inleiding en achtergrond

Al sinds 2006 wordt in de Utrechtse achterstandswijk Overvecht door zorgprofessionals gewerkt aan een antwoord op vraagstukken rondom de zorgvraag van mensen met complexe gezondheidsproblemen en de organisatie en financiering hiervan. Dit heeft geleid tot de ‘Krachtige basiszorg’, dat door stichting Overvecht Gezond (organisatie van samenwerkende huisartsenpraktijken en gezondheidscentra) en de buurtteamorganisaties omschreven wordt als: “een nieuwe en andere manier van kijken, leren, doen en organiseren door alle professionals in de zorg, ondersteuning en preventie in de wijk”.

Met als doel deze aanpak te kunnen door ontwikkelen en lessen uit dit proces inzichtelijk te maken voor professionals, managers en beleidsmakers uit andere wijken, brengen we in deze studie in kaart hoe Krachtige basiszorg tot uiting komt in de praktijk en wat daarbij belemmerende en bevorderende factoren zijn, en wat voorwaarden zijn voor succes. Onderwerp van dit rapport is de samenwerking tussen professionals uit verschillende organisaties en domeinen. In dit hoofdstuk schetsen we de context van Overvecht en de Krachtige basiszorg.

## 1.1 Overvecht en haar bewoners

Overvecht is een achterstandswijk in Utrecht met een populatie van meer dan 34.000 inwoners, van wie veel een lage sociale economische status (SES) hebben. Veel bewoners moeten rondkomen van een bijstandsuitkering en de jeugdwerkloosheid is hoog [1, 2]. Bewoners uit Overvecht voelen zich minder gezond en hebben vaker dan gemiddeld meervoudige en complexe problematiek, zowel op medisch als op sociaal-maatschappelijk gebied. Zij ervaren gemiddeld veel belemmeringen in het dagelijks functioneren. Er is een hoog werkverzuim, een hoge werkloosheid, veel armoede, veel eenzaamheid, sociale uitsluiting (geen/klein sociaal netwerk), psychische problemen en verslavings- en schuldenproblematiek [2]. Daarnaast wonen in Overvecht een groot aantal mensen van niet-Westerse afkomst die de Nederlandse taal niet goed beheersen. Het lezen van een bijsluiting van een medicijn is daardoor bijvoorbeeld al moeilijk, net als de vaak complexe informatie van belastingdienst, uitkerende instanties, woningcorporaties of zorginstellingen. Dit heeft tot gevolg dat mensen slecht geïnformeerd zijn en steeds verder in de problemen kunnen komen.

Behalve een sociale achterstand en een slechtere gezondheid hebben de bewoners in Overvecht vaak ook minder gezondheidsvaardigheden. Dit zijn competenties die nodig zijn om goed met gezondheid en ziekte om te kunnen gaan. Voorbeelden hiervan zijn (communicatie)vaardigheden om informatie te kunnen vinden, ontvangen en begrijpen, en het vermogen om informatie kritisch te kunnen beoordelen en daar vervolgens naar te handelen [3]. Gebrekkige gezondheidsvaardigheden beïnvloeden de gezondheid negatief en leiden tevens tot meer gebruik van gezondheidszorg [2, 4].

## 1.2 Zorg voor mensen met complexe problematiek

Bovenstaande problematiek leidt ertoe dat de zorg in Overvecht onder druk staat. Niet alleen is het zorggebruik hoog, ook hebben professionals vaak het gevoel dat ze hun patiënten<sup>4</sup> niet goed kunnen helpen. Dit komt bijvoorbeeld doordat de patiënt niet altijd in staat is de hulpvraag direct duidelijk te maken aan de zorgverlener. Ook is in een regulier consult te weinig tijd voor een nauwkeurige vraagverheldering en de gepresenteerde klachten van de patiënt liggen soms buiten de expertise van de zorgverlener, waardoor de geboden zorg niet altijd het gewenste effect heeft. Hierdoor verliezen patiënten hun vertrouwen in de zorg, raakt de zorgverlener gefrustreerd en ontstaat soms een moeilijke relatie tussen patiënt en zorgverlener. Enerzijds bestaat de kans dat de patiënt steeds terugkomt of (ook) contact zoekt met andere zorgverleners, waardoor de zorg gefragmenteerd raakt. Anderzijds bestaat de kans dat de patiënt juist helemaal geen hulp meer zoekt voor zijn problemen. Wanneer de door de patiënt gepresenteerde problemen niet helemaal helder zijn of buiten de expertise van één zorgverlener liggen, is het zaak dat zij de kennis van een collega of andere zorg- of hulpverlener inroepen of adequaat kunnen doorverwijzen. Hierdoor kunnen elkaar onderhoudende problemen op verschillende terreinen samen en integraal worden aangepakt en geprioriteerd. Zorgprofessionals kennen elkaar echter niet altijd goed (genoeg) waardoor er (te) weinig afstemming plaatsvindt. Daarnaast kost ook dit tijd, terwijl er vaak juist al een hoge tijdsdruk wordt ervaren. Door de combinatie van complexe problematiek, te weinig tijd voor een nauwkeurige vraagverheldering, soms tekort schietende expertise en onvoldoende (multidisciplinaire) afstemming ontstaat het risico op over- of onderbehandeling van de patiënt. De patiënt krijgt dan niet altijd de juiste zorg op het juiste moment en klachten blijven bestaan of worden zelfs erger. Deze soms dus ondoelmatige inzet van zorg betekent onnodige kosten. Daarnaast heeft het voor de zorgverleners een hogere ervaren werkbelasting tot gevolg [5].

**Figuur 1: Ontwikkelingen Zorg in Overvecht**

2006-2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start Gezonde Wijk</li> <li>• Overvecht Gezond opgericht</li> <li>• Projecten i.s.m. welzijn</li> <li>• Introductie GEZ financiering</li> </ul>
2011-2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publicatie 4D-model</li> <li>• Introductie POH-GGZ</li> <li>• Zorgprogramma SOLK</li> <li>• Start pilot Buurtteam sociaal</li> </ul>
2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitbreiding POH-GGZ</li> <li>• Project ouderenvpk in alle centra</li> <li>• Start wijkspecialist</li> </ul>
2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wijkapotheker in twee centra</li> <li>• Keuzehulp Bewegen, dekkend wijk aanbod bewegen</li> </ul>
2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start buurtteams alle postcodes</li> <li>• 4D scholing ontwikkeld</li> <li>• Wijkapotheker in alle centra</li> <li>• Uitbreiding wijkspecialisten</li> <li>• EPA richtlijn i.s.m. GGZ</li> </ul>
2016-2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitbreiding formatie HA en POH-GGZ alle centra (contract zorgvernieuwing)</li> <li>• Versnelling/impuls gemeente</li> <li>• Alle centra volgen 4D scholing (multidisciplinair)</li> <li>• Uitbreiding wijkaanbod met InBeeld, Diabetes Challenge &amp; Fit Gaaf voor kinderen</li> <li>• Start Welzijn op recept</li> </ul>

<sup>4</sup> We zijn ons er van bewust dat in verschillende domeinen verschillende manieren zijn om zorgvragers te benoemen, bijvoorbeeld patiënt, cliënt of burger. Omdat deze studie zich vooral richt op de eerstelijnsgezondheidszorg maken we gebruik van de term 'patiënt'.

### 1.3 Krachtige basiszorg

Krachtige basiszorg is ontstaan vanuit het inzicht dat voor het aanpakken van complexe gezondheidsproblemen een andere benadering nodig was dan tot dan toe gebruikelijk was [5]. Zorg- en welzijnsprofessionals realiseerden zich dat deze problemen alleen opgelost zouden kunnen worden door anders samen te werken. In deze fase is gestarts met 'Gezonde wijk Overvecht', een netwerk van organisaties die samenwerken in zorg, welzijn en preventie in de wijk<sup>5</sup>. Betrokken partijen zijn Stichting Overvecht Gezond (samenwerkingsverband eerstelijnspraktijken in Overvecht), buurtteamorganisaties (sociaal en jeugd en gezin), thuiszorgorganisaties, de zorgorganisatie voor basis GGZ Indigo, St. Antoniusziekenhuis, sport- en beweegmakelaars, sociaal makelaars (nu Dock, eerder Wijk & Co), Zorgverzekeraar Zilveren Kruis (eerder Agis) en de gemeente Utrecht zijn vanaf het begin af aan betrokken geweest om de ontwikkelingen financieel en procesmatig te faciliteren.

Figuur 1 laat de stappen zien die vanaf 2006 in de wijk zijn gezet en die uiteindelijk hebben geleid tot de totstandkoming van Krachtige basiszorg. Stichting Overvecht Gezond omschrijft het als: 'een nieuwe en andere manier van kijken, leren, doen en organiseren door alle professionals in de zorg, ondersteuning en preventie in de wijk' [6]. Het is niet zozeer een concrete interventie, maar meer een visie op gezondheid en op hoe zorg georganiseerd zou moeten worden.

Krachtige basiszorg gaat uit van het 'bio-psychosociaal model'. Het uitgangspunt van dat model is dat voor gezondheid en functioneren niet alleen naar lichamelijke aspecten gekeken moet worden (het biomedisch model), maar ook naar psychologische en sociaal-maatschappelijke factoren [7]. Dit is vooral voor medisch geschoolde professionals een andere manier van kijken naar gezondheid, van reductionistisch naar holistisch.

Het overkoepelende doel van de Krachtige basiszorg is integraal en proactief zorg op maat bieden, zo dicht mogelijk bij huis. Het uitgangspunt daarbij is dat professionals van verschillende domeinen en lijnen (0<sup>e</sup>, 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn) met elkaar samenwerken waarbij de behoeftes van de patiënt centraal staan [5, 8]. Integraal houdt hier in 'breed kijken', dus verder dan het eigen domein, en de samenwerking opzoeken met collega's uit andere organisaties en domeinen. Iedere professional kan zich dan vooral richten op zijn eigen expertise en hoeft niet alles zelf te doen. Proactief houdt in: proberen te voorkomen dat problemen escaleren door vroegtijdig samenwerking op te zoeken. Zo kan zorg doelmatig ingezet worden.

Een tweede doel is het vergroten van het verantwoordelijkheidsgevoel ten aanzien van de eigen gezondheid van bewoners: een omslag maken van 'ziekte en zorg' naar 'gezondheid en gedrag'. Professionals proberen patiënten meer inzicht te geven in hoe verschillende aspecten van hun leven hun (gevoel van) gezondheid kunnen beïnvloeden en hoe ze daar zelf mee om kunnen gaan. Aandacht voor preventie is daarbij essentieel.

Tenslotte is niet alleen de gezondheid van de bewoners bevorderen een doel van de aanpak, maar ook de gezondheid en het werkplezier van de professionals beschermen. Werken in een wijk als Overvecht met mensen met complexe problemen vraagt veel van hulpverleners. Door samen te werken en verantwoordelijkheden te delen kan de werklust (letterlijk en figuurlijk) verlaagd worden. Dit kan leiden tot betere zorg en hogere doelmatigheid.

---

<sup>5</sup> Via de volgende link is een brochure te vinden over Krachtige basiszorg:  
<http://www.overvechtgezond.nl/files/Brochure%20Krachtige%20basiszorg.pdf>

Overvecht Gezond formuleert de kernelementen van krachtige basiszorg als volgt:

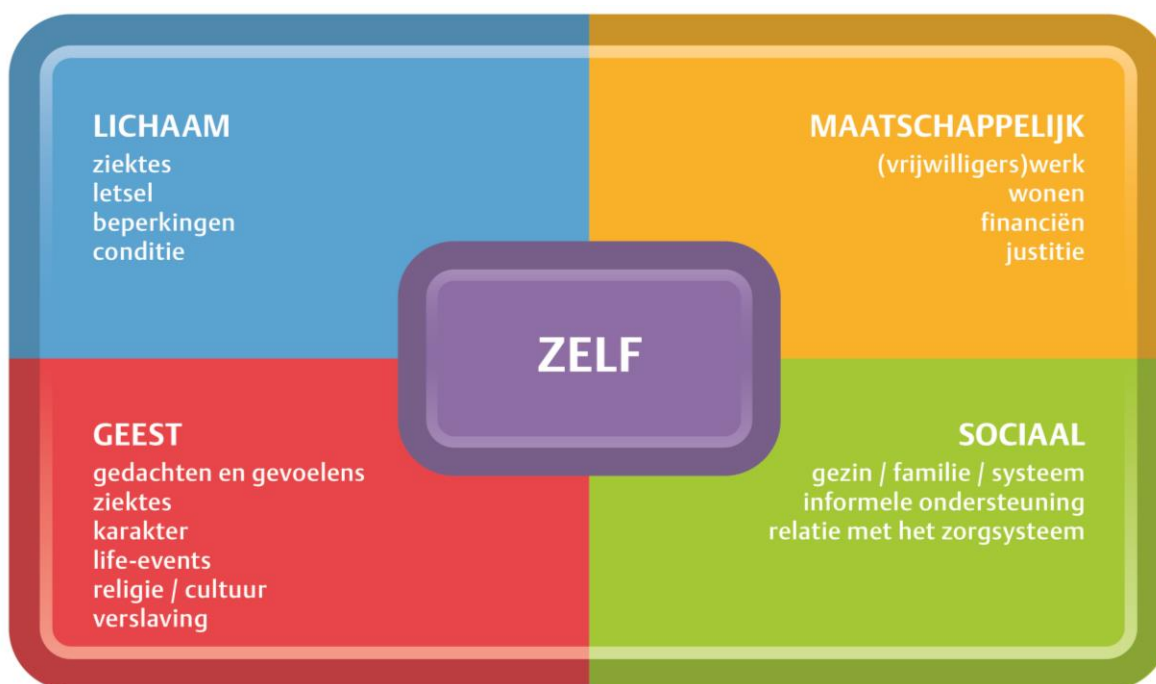
- Maatwerk in de inzet van zorg en ondersteuning in samenspraak met de patiënt;
- Domein overstijgend, efficiënte en effectieve samenwerking;
- Versterking van de medische en sociale basiszorg met laagdrempelig op- en afschalen bij de inzet van specialisten;
- Inzet op preventie en activering (geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie via de huisarts, overige preventie via publieke gezondheid). Krachtige basiszorg stuurt op een betere 'ervaren gezondheid' [8].

Een belangrijk middel om samenwerking te behouden en verder te versterken in de Krachtige basiszorg is het creëren van een leeromgeving. Dit wordt gefaciliteerd door situaties te creëren waarin professionals en managers van verschillende domeinen en organisaties elkaar ontmoeten. Dit gebeurt onder andere in casuïstiekbesprekingen, gezamenlijke scholingen en netwerkbijeenkomsten.

Krachtige basiszorg is een vorm van geïntegreerde zorg en ondersteuning waarbij de patiënt centraal staat en de benodigde zorg om hem heen georganiseerd wordt, over de verschillende 'lijnen' en organisatiestructuren heen. Het doel is dat de zorgvragers een vloeiend proces van hulp en zorg ervaren [9]. Krachtige basiszorg is ook een visie met als doel een paradigmashift bij zowel professionals, organisaties als patiënten. Om dit vorm te geven zijn verschillende concrete werkwijzen ontwikkeld op verschillende niveaus, op klinisch niveau (rondom individuele patiënten), op professioneel niveau en op organisatie/management/strategisch niveau. In de ontwikkeling van samenwerking tussen disciplines in de verschillende domeinen staan drie groepen centraal: mensen met psychiatrische problematiek, ouderen en jeugd. Belangrijke voorbeelden van concrete uitwerkingen zijn:

- Het 4 domeinen (4D)-model (figuur 2) is een communicatie en analysemodel dat gebruikt kan worden om samen met de patiënt te inventariseren wat speelt in iemands leven op verschillende domeinen (lichaam, geest, maatschappelijk, sociaal), hoe dat zijn/haar (ervaren) gezondheid beïnvloedt en waar prioriteiten liggen om de ervaren gezondheid te verbeteren. Ook kan het gebruikt worden in de samenwerking tussen professionals uit het medische en sociaal domein om duidelijk te maken wie welke problematiek met de patiënt samen gaat oppakken en wie waar verantwoordelijk voor is. Het gebruik van het 4D-model bevordert het gebruik van een gezamenlijke taal door professionals uit verschillende domeinen. Het denken en werken volgens het 4D-model is verspreid onder professionals in de wijk door o.a. scholing en gezamenlijke casuïstiekbesprekingen.
- Gezonde wijk alliantie: netwerk-samenwerkingsverband van organisaties in de zorg, preventie en welzijn in de wijk en de gemeente. Verschillende managers uit dit netwerk hebben een rol als trekker op een bepaald gebied.
- Samenwerkingsafspraken tussen buurtteams en huisartsenpraktijken over samenwerking op professioneel niveau. Ieder buurtteam is hiervoor gekoppeld aan een bepaalde huisartsenpraktijk. Zij onderhouden structureel contact over zowel individuele patiënten als over de samenwerking in het algemeen.
- De benoeming van aandachtsfunctionarissen of contactpersonen in praktijken en teams voor de samenwerking met bepaalde partijen of rondom een bepaalde groep. Ieder buurtteam heeft bijvoorbeeld een aandachtsfunctionaris voor het contact met de huisartsen. Ook hebben verschillende huisartsen een wijkbrede rol als aandachtsfunctionaris bijvoorbeeld voor GGZ of jeugd. Zo ontstaat een netwerk van professionals van verschillende organisaties.

**Figuur 2: Het 4D model**



4D-MODEL Professional Subitems © Jacqueline van Riet & Nikki Makkes, Stichting Overvecht Gezond

- Wijkbrede scholingen voor professionals zoals: ‘Samenwerken in complexiteit’ en ‘Proactieve ouderenzorg’.
- Er zijn in een pilotfase afspraken gemaakt met tien specialisten uit het St. Antonius ziekenhuis en tweedelijns psychiaters zodat zij laagdrempelig door huisartsen benaderd kunnen worden voor advies en overleg. Deze specialisten worden ‘wijkspecialisten’ genoemd. Het streven is om deze werkwijze verder te ontwikkelen en uit te breiden.
- Gebruik van een voor het huisartseninformatiesysteem (HIS) ontwikkeld ‘dashboard’ in huisartsenpraktijken om gegevens die relevant zijn voor coördinatie van zorg met betrekking tot complexiteit in bij te houden.

## 1.4 Eerder onderzoek

Tussen 2014 en 2016 zijn door het Nivel, Zilveren Kruis en Raedelijk in samenwerking met Overvecht Gezond bepaalde aspecten van de Krachtige basiszorg geëvalueerd. Doel van deze evaluaties was in beeld brengen in hoeverre Krachtige basiszorg kan bijdragen aan (1) de ervaren kwaliteit van zorg; (2) de gezondheid van de populatie, (3) de doelmatigheid van inzet van zorg, en (4) het verbeteren van de tevredenheid en werkplezier van de professionals. Deze vier samen worden ook wel de ‘Quadruple aim’ genoemd [10].

Leemrijse et al. (2017) hebben in het kader van deze evaluatie onderzocht in hoeverre de onderliggende principes van de aanpak theoretisch onderbouwd kunnen worden en in hoeverre deze tot uiting komen in de zorg. De conclusie van deze studie was dat de aanpak, in theorie, inderdaad tot verbetering van de (ervaren) kwaliteit van zorg kan leiden.

Met name voor het in kaart brengen van psychosociale problemen in relatie tot de klacht van de patiënt, het inventariseren van het patiëntperspectief, het tonen van empathie en het actief betrekken van de patiënt bij beslissingen zijn aanwijzingen dat dit gunstige effecten kan hebben op de gezondheid van mensen [5].

Een kostenevaluatie van Zilveren Kruis van de poliklinische kosten liet een afname zien van zorggebruik door patiënten uit de Krachtige basiszorg praktijken ten opzichte van praktijken in de controlegroep. Dit effect was het meest duidelijk bij patiënten met een zogenaamde 'minimapolis', een speciale polis voor mensen met een laag inkomen aangeboden door de gemeente Utrecht. Gemiddeld nam het zorggebruik in deze groep af met 356 euro per persoon. Op wijkniveau betekent dit een besparing van € 571.546 [8].

Buiten Overvecht is ook onderzoek gedaan naar zorg voor mensen met complexe problematiek in de wijk. Uit eerder onderzoek van het Nivel bleek dat professionals (verpleegkundigen, verzorgenden, agogisch begeleiders) veel knelpunten ervaren, vooral bij de zorg voor mensen met psychiatrische problematiek. Ervaren knelpunten liggen op het gebied van vroegsignalering, ondersteuning en doorverwijzing van mensen met complexe psychiatrische problematiek. Er is een behoefte aan meer maatwerkvoorzieningen, meer mogelijkheden om naar te verwijzen en een wijkteam met expertise op gebied van psychische problematiek [11].

## 1.5 Huidig onderzoek: Krachtige basiszorg ontrafeld

De problematiek in Overvecht is niet uniek, er zijn in Nederland verschillende andere achterstandswijken waar vergelijkbare problemen spelen [12]. Maar ook in wijken waar de problematiek wellicht minder groot is krijgen zorgprofessionals te maken met patiënten met steeds complexere gezondheidsproblematiek die vaker en langer thuis blijven wonen, zoals ouderen en mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen [13]. Het is daarom van belang om innovaties zoals Krachtige basiszorg te beschrijven en te evalueren.

Verskillende evaluaties die tot nu toe zijn uitgevoerd laten veelbelovende resultaten zien. De ervaring leert ook dat implementatie van zorginnovaties complex kan zijn. Inzicht in dit proces kan bijdragen aan verdere implementatie en aan het overdraagbaar maken van de aanpak naar andere wijken in Nederland en daarbuiten. Doel van dit onderzoek is daarom in kaart brengen hoe Krachtige basiszorg tot uiting komt in de praktijk en wat daarbij belemmerende en bevorderende factoren zijn, en wat voorwaarden zijn voor succes. In dit project kijken we naar de communicatie tussen huisarts of POH en patiënt, en naar de mate van samenwerking tussen professionals van verschillende domeinen. Het in dit rapport beschreven deelonderzoek is gebaseerd op interviews met professionals en een focusgroep met managers (zie bijlage 1 voor de methode).

De onderzoeksvragen die centraal staan in dit rapport zijn:

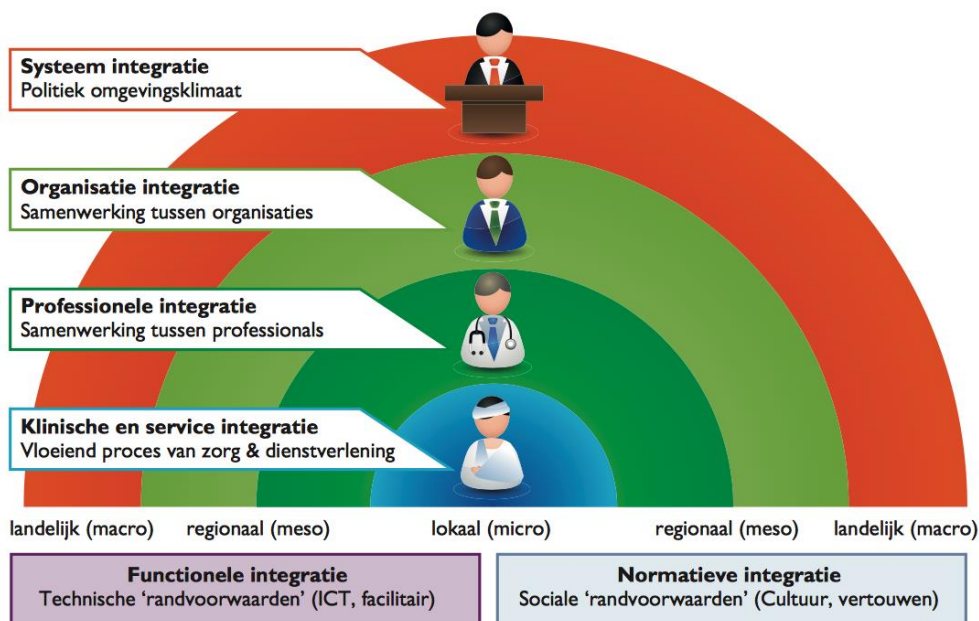
- Hoe ziet de samenwerking tussen professionals van verschillende domeinen in Overvecht eruit?
- Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren, en voorwaarden, voor samenwerking?
- Wat kan worden verbeterd in de samenwerking?

## 1.6 Theoretisch kader

Er zijn veel verschillende manieren om naar samenwerking tussen zorgprofessionals te kijken. In deze studie maken we gebruik het Regenboog Model voor Geïntegreerde Zorg (zie figuur 3) [14]. Het Regenboog Model beschrijft geïntegreerde zorg vanuit het perspectief van de eerstelijnsgezondheidszorg. In het model worden twee sturingsmechanismen van de eerstelijnsgezondheidszorg onderscheiden, te weten mens- of persoonsgerichte zorg en populatiegerichte zorg.

Deze twee sturingsmechanismen impliceren integratie op drie niveaus: het microniveau, waar klinische integratie van zorg en hulpverlening plaatsvindt, het mesoniveau waar professionele en organisatorische integratie centraal staan en het macroniveau waar regels en beleid in gezondheidssystemen geïntegreerd (moeten) worden. Hoewel de effecten van deze geïntegreerde zorg op de uitkomsten van patiënten nog verder onderzocht moet worden, geeft het model de relatie tussen geïntegreerde zorg en eerstelijnszorg goed weer [5, 14]. Daarnaast onderscheidt het Regenboog Model twee randvoorwaarden voor integratie: functionele integratie en normatieve integratie. Functionele integratie gaat over integratie op technisch niveau (ict, facilitair) en normatieve integratie gaat over integratie op sociaal niveau (cultuur, vertrouwen) [14].

**Figuur 3: Regenboog Model voor Geïntegreerde Zorg**



Gebaseerd op: Valentijn et al. (2013 & 2015)

## 1.7 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft hoe de samenwerking er uit ziet in Overvecht en welke afspraken er zijn gemaakt. Ook bevat dit hoofdstuk een aantal algemene bevindingen op gebied van samenwerking op patiënt, professioneel en organisatieniveau. Vervolgens gaan we in hoofdstuk 3-hoofdstuk 5 in op specifieke bevindingen uit de samenwerking rond mensen met psychiatrische problematiek, ouderen en jeugd.

Voor alle cliëntengroepen wordt beschreven hoe de samenwerking tot uiting komt en wat doelgroep specifieke bevorderende en belemmerende factoren zijn voor interprofessionele samenwerking. De groepen overlappen soms met elkaar en veel professionals werken voor verschillende cliëntgroepen. De bevindingen zijn daarom gerapporteerd bij de cliëntgroep waar ze het vaakst bij genoemd werden maar gelden vaak ook (deels) in algemene zin. Het laatste hoofdstuk (hoofdstuk 6) bevat een aantal conclusies en aanbevelingen voor de praktijk. De bijlages bevatten een beschrijving van de methoden en relevante achtergrondinformatie over het Nederlandse zorgsysteem.



## 2 Samenwerking in de wijk

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de samenwerking tussen professionals van verschillende domeinen en organisaties is georganiseerd en hoe dit tot uiting komt in de dagelijkse praktijk (zie voor methode bijlage 1). We maken hierbij onderscheid in het patiënt (klinisch), professioneel en organisatieniveau.

Per niveau zal eerst beschreven worden wat er georganiseerd is op gebied van samenwerking. Vervolgens wordt beschreven hoe dit in de praktijk tot uitvoer wordt gebracht en wat daarbij belemmerende en bevorderende factoren zijn.

### Complexe context

Een belangrijke overkoepelende factor die in veel interviews naar voren kwam en relevant is voor alle niveaus (patiënt, professioneel, organisatie) is de complexiteit van de (zorg) context in Overvecht. Er zijn in Overvecht tientallen organisaties en honderden zorgprofessionals actief (zie tabel 1). Iedere organisatie en professional heeft bovendien zijn eigen manier van werken en andere prioriteiten. Geïnterviewden benoemen bijvoorbeeld dat met iedere huisarts de samenwerking weer anders is en dat het steeds een zoektocht is naar hoe de samenwerking vorm te geven.

**Tabel 1: Belangrijkste zorgpartijen in Overvecht**

Partij	Rol
Huisartsenpraktijken	Medisch-generalistische basiszorg op somatische en psychiatrisch gebied (door huisarts en praktijkondersteuners (POH's))
Buurtteams sociaal	Sociaal-maatschappelijke basiszorg, ingang tot voorzieningen uit de WMO.
Buurtteams jeugd en gezin	Sociaal-maatschappelijke basiszorg voor gezinnen. Ook toegang tot specialistische jeugdzorg.
Jeugdgezondheidszorg	Preventieve jeugdzorg
Wijkverpleging	Verpleging en verzorging aan huis.
Basis GGZ	Behandeling van milde en enkelvoudige psychiatrische problematiek.
Specialistische (jeugd) GGZ	Tweedelijns behandeling van psychiatrische problematiek
Wijkspecialisten	Medisch specialisten uit tweedelijns ziekenhuis die laagdrempelig benaderd kunnen worden voor
Vitaliteit/beweegmakelaars	Geven vragen, advies en ondersteuning rondom gezonde leefstijl.
Sociaal makelaars	Opbouwwerk in wijken

*“Voor ons is het ook heel lastig, kijk, als je straks het kaartje compleet hebt, dan zal je zien dat we met ongeveer 200 partijen samenwerken, dat is niet overdreven. (...) Als je weet dat de relatie ook belangrijk is, dat je elkaar persoonlijk moet kennen, dat gaat gewoon niet. Je móet keuzes maken.”*  
(manager welzijnsorganisatie)

## 2.1 Patiëntniveau

### Kernbevindingen

- Het 4D model is breed gedragen en bekend in de wijk. Het fungeert als basis voor een gezamenlijke taal en zienswijze en wordt vooral gebruikt door professionals om meer zicht te krijgen op wat er speelt bij een patiënt in verschillende domeinen.
- Het 4D model wordt gebruikt in de samenwerking tussen professionals rondom een patiënt.
- Professionals hebben regelmatig het gevoel dat er vaker met hen samenwerking gezocht kan worden dan nu gebeurt.

Op patiëntniveau zijn het bieden van flexibele zorg op maat, met de mogelijkheid om laagdrempelig op- en af te schalen naar specialistische zorg, centrale uitgangspunten van Krachtige basiszorg. Belangrijk hierbij is dat het geheel aan zorg en ondersteuning dat wordt aangeboden door de verschillende professionals rond een patiënt, coherent is en gecoördineerd wordt. De zorg is afgestemd op de behoeften van de patiënt met zoveel mogelijk behoud van de eigen regie [15]. In de Krachtige basiszorg wordt dit gefaciliteerd met behulp van het 4D-model (zie H1) [5]. Dit model kan gebruikt worden om samen met de patiënt zijn/haar ervaren gezondheid in kaart te brengen hier prioriteiten in aan te brengen. Ook kan het gebruikt worden in de communicatie hierover met andere betrokken professionals. Het 4D-model is ontwikkeld door twee huisartsen uit Overvecht. De afgelopen jaren is het door middel van multidisciplinaire training verspreid onder professionals in de wijk met als doel het bevorderen van de samenwerking door een gezamenlijke visie en taal.

### In de praktijk

#### Gebruik van het 4D-model

Alle geïnterviewde professionals zijn bekend met het 4D-model. De meesten zijn positief over het model en vinden het passen bij hun visie, namelijk dat voor de ervaren gezondheid de verschillende domeinen van invloed zijn. Of en hoe ze het model gebruiken verschilt. Sommige professionals benoemen dat het iets is dat 'in hun achterhoofd zit', maar wat ze niet concreet gebruiken. Wanneer professionals het wel gebruiken is dat vooral om meer inzicht te krijgen in wat er speelt rondom een bepaalde patiënt. Door sommige professionals wordt het ook gebruikt in de samenwerking. Dit wordt als positief ervaren omdat het een (in Overvecht) bekend model is dat breed toepasbaar is in verschillende domeinen. In multidisciplinaire gesprekken en casuïstiekbesprekingen dient het als gezamenlijke taal. Het lijkt erop dat het '4D-denken' breed geïmplementeerd is in de wijk. Het 4D-model kan in de dagelijkse praktijk op patiëntniveau op verschillende manieren gebruikt worden. Een factor die een rol speelt bij het gebruiken van het 4D-model is dat de meeste professionals vanuit hun eigen organisatie ook een inventarisatie instrument gebruiken en sommigen dan het 4D-model als dubbelop ervaren. Zo gebruiken de buurtteams sociaal de 'zelfredzaamheidsmonitor', de buurtteams jeugd en gezin hebben een 'gezinsplan', en de wijkverpleegkundigen hebben ook een eigen werkwijze. Dit maakt dat professionals het 4D-model vaak vooral gebruiken als achterliggend uitgangspunt en in de samenwerking met collega's.

*“Als ik mezelf de vraag stel: ‘breng eens in kaart wat er precies allemaal aan de hand is’, maakt het 4D-model het allemaal wel een stuk gemakkelijker, waar speelt wat en hoe heeft dat allemaal verband met elkaar?” (POH-GGZ)*

*“Ik gebruik het eigenlijk helemaal niet, het 4D-model. Het is ons uitgelegd hoor, toen was ik er ook heel enthousiast over, maar in de waan van de dag ga ik toch meer koersen op m’n eigen gezinsplan.” (buurtteammedewerker Jeugd en gezin)*

### Signaleren van complexiteit en de samenwerking opzoeken

Om tot samenwerking te komen en integrale zorg te bieden op klinisch niveau moet allereerst gesignaleerd worden dat er sprake is van complexiteit waarbij samenwerking nodig is. Ten tweede moet samenwerking gezocht worden met de juiste collega professionals. Uit de interviews blijkt dat beide nog meer aandacht behoeven. De kennis, competenties en ervaring van individuele professionals spelen hierbij een rol. Verschillende professionals geven aan dat dat ze het gevoel hebben dat er meer met hen samenwerking opgezocht zou kunnen worden.

*“Ik zou willen dat het signaleren beter zou gaan. Kortere lijntjes, dat er eerder aan je wordt gedacht om gezamenlijk een plan te maken. Er wordt meer gezien dan er wordt gedeeld met elkaar.” (Buurtteammedewerker jeugd en gezin)*

## 2.2 Professioneel niveau

- Huisartsen, POH’s en buurtteammedewerkers zijn over het algemeen tevreden over samenwerking. Er zijn wel verschillen tussen praktijken en teams in kwaliteit en kwantiteit van samenwerking.
- Gemaakte vaste samenwerkingsafspraken worden nog niet door iedereen nageleefd. Ze zijn niet altijd ingebed in het dagelijks werk van professionals. Implementatie hiervan is een proces dat tijd nodig heeft.
- Elkaar persoonlijk én inhoudelijk kennen en elkaar regelmatig tegenkomen, draagt bij aan de kwantiteit en kwaliteit van de samenwerking.
- Gebrek aan tijd en bereikbaarheid zijn belemmerende factoren voor overleg.
- Motivatie, kennis en ervaring van individuele professionals zijn belangrijke factoren in de samenwerking. Dit verschilt sterk per professional.

In Overvecht zijn er tussen verschillende disciplines afspraken gemaakt over samenwerking tussen professionals. Deze afspraken zijn te onderscheiden in twee categorieën: (1) de afspraken tussen de generalisten van het medisch domein (huisartsenpraktijken) en sociaal domein (buurtteams) en (2) samenwerkingsafspraken tussen generalistisch niveau (huisartsenpraktijken en buurtteams) en specialistisch of aanvullend niveau (kaderartsen, wijkspecialisten, GGZ, jeugdgezondheidszorg, wijkverpleging).

In dit onderzoek is naar de samenwerking op professioneel niveau gekeken in drie driehoeken: GGZ, ouderen en jeugd<sup>6</sup>. Bij het vormgeven van de samenwerking in de driehoek GGZ zijn de huisartsenpraktijk, buurtteam sociaal en de basis- en specialistische GGZ betrokken; de driehoek ouderen bestaat uit de huisartsenpraktijk, buurtteam sociaal en wijkverpleging; de driehoek jeugd bestaat uit de huisartsenpraktijk, buurtteam jeugd en gezin en de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Naast de samenwerking tussen disciplines in de basiszorg wordt in Krachtige basiszorg ook de samenwerking met specialistische hulp ontwikkeld met als doel voor het bieden van maatwerk op- en af te kunnen schalen. Om specialistische hulp doelmatig in te zetten en waar nodig laagdrempelig en dichtbij te organiseren, zijn afspraken gemaakt met 'wijkspecialisten'. Voor somatische klachten zijn dit 10 specialisten uit het Antonius ziekenhuis. Zij kunnen laagdrempelig gebeld of gemaïld worden door huisartsen als zij twijfelen over een doorverwijzing of advies nodig hebben over een behandeling. Zo kan verwijzing naar de tweede lijn waar mogelijk voorkomen worden. Voor psychiatrische klachten zijn er wijkpsychiaters, hun rol kan intensiever zijn omdat ze ook delen van de behandeling kunnen overnemen in meer directe samenwerking met de huisarts en/of POH-GGZ. Ook is er een kaderhuisarts GGZ en zijn er gebiedsteams voor specialistische zorg. Voor de zorg rondom ouderen zijn er afspraken met specialisten ouderengeneeskunde. In hoofdstuk 3 t/m 5 zal dieper worden ingegaan op de samenwerking in de driehoeken.

### **De basis: huisartsenpraktijk en buurtteam**

De huisarts is het eerste aanspreekpunt bij gezondheidsproblemen en is daarnaast de 'poortwachter' naar de specialistische medische zorg. Dit houdt in dat mensen met klachten eerst hun huisartsen consulteren en deze bepaalt of doorverwijzing nodig is. Steeds vaker werken ook specialistische praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk die delen van de zorg over kunnen nemen, zoals de POH-GGZ en de praktijkverpleegkundige ouderen. De POH/ praktijkverpleegkundige kan verschillende rollen hebben op de gebieden diagnostiek, behandeling, case management en/of begeleiding van complexe patiënten.

Waar de huisarts het eerste aanspreekpunt is voor medisch-generalistische zorg, is het buurtteam dat voor sociaal-maatschappelijke zorg en welzijn. De buurtteams werken in opdracht van de gemeente en hebben een brede en generalistische functie op het gebied van welzijn. Burgers kunnen met al hun vragen op bijvoorbeeld gebied van financiën, wonen, sociale contacten en participatie terecht bij het buurtteam. De buurtteams hebben ook een centrale rol in de uitvoering van de WMO en de participatiewet, zo zijn ze bijvoorbeeld betrokken bij het aanvragen van aanvullende zorg zoals beschermd wonen of ondersteuning aan huis en hulpmiddelen.

Relatief veel mensen in Overvecht hebben complexe problemen op meerdere domeinen (medisch en sociaal-maatschappelijk). Om integrale zorg aan te kunnen bieden aan deze mensen is samenwerking nodig tussen huisartsenpraktijken (medisch/mentaal) en buurtteam (sociaal-maatschappelijk). Sinds de introductie van de buurtteams in 2014 wordt gewerkt aan het vormgeven van deze samenwerking. De samenwerking bestaat uit een aantal concrete aspecten die door stichting Overvecht Gezond en de buurtteamorganisaties zijn gemaakt. Belangrijke afspraken zijn:

1. Buurtteam medewerkers informeren nieuwe patiënten over de samenwerking met de huisarts en de patiënt vragen of hij/zij zelf de huisarts wil informeren over hun betrokkenheid of dat de patiënt het goed vindt als de buurtteammedewerker de huisarts informeert over zijn betrokkenheid. Huisartsen kunnen ook, in overleg met de patiënt zelf, patiënten aanmelden bij het buurtteam via een postvak in de praktijk;

---

<sup>6</sup> Krachtige basiszorg richt zich op alle burgers met een complexe zorgvraag. Soms valt deze niet in één van deze driehoeken, of juist in meerdere. De indeling in deze driehoeken is in de praktijk dan ook niet een formeel gegeven en wordt niet strikt gehanteerd. We hanteren deze indeling in dit rapport om de resultaten te structureren en zo de leesbaarheid te bevorderen.

2. Casuïstiekbespreking waarbij de POH-GGZ aanschuift in het buurtteam. In deze besprekingen wordt (anoniem) een complexe patiënt besproken en kan de POH bij het buurtteam de rol van de huisartsenpraktijk vertegenwoordigen, kennis over psychiatrische problematiek overdragen, de rol van het buurtteam ervaren, etc.
3. Regelmatig overleg tussen de aandachtfunctionarissen van beide partijen waarin besproken wordt hoe het gaat met de samenwerking en afspraken worden geëvalueerd of nieuwe worden gemaakt.

In Overvecht zijn de buurtteams gekoppeld aan huisartsenpraktijken. Deze kunnen binnen de gegeven kaders zelf vorm geven aan de samenwerking. Sommige praktijken en buurtteams houden bijvoorbeeld structureel een maandelijks overleg tussen aandachtfunctionarissen terwijl andere meer inzetten op een informelere aanpak met bijvoorbeeld wekelijks samen lunchen.

## In de praktijk

### De samenwerking tussen huisartsenpraktijken en buurtteams

Met betrekking tot de samenwerking tussen huisartsenpraktijken en buurtteams kwam in de interviews naar voren dat zowel buurtteammedewerkers als huisartsen over het algemeen positief zijn over de samenwerking. Ze vinden samenwerking belangrijk en staan achter de integrale aanpak. Uit de interviews blijkt ook dat de praktijk soms weerbarstig is en dat of en hoe samenwerking tot uiting komt ook afhangt van individuen. Buurtteammedewerkers ervaren bijvoorbeeld verschillen tussen huisartsen, in in hoeverre deze open staan voor samenwerking met hen en hen serieus nemen. Andersom hebben ook huisartsen het idee dat ze vooral samenwerken met bepaalde buurtteammedewerkers, maar met veel ook niet. Beide partijen hebben beperkt zicht op welke patiënten ze delen. Er is afgesproken elkaar hierover te informeren maar deze afspraak wordt nog te weinig nageleefd. De POH-GGZ en praktijkverpleegkundige ouderen spelen een belangrijke rol in de samenwerking tussen de huisartsenpraktijken en de buurtteams (zie hoofdstuk 3 en hoofdstuk 4).

### Nakomen van samenwerkingsafspraken

De gemaakte afspraken tussen de buurtteams en huisartsenpraktijken werden in beperkte mate nageleefd. Dit geldt vooral voor het wederzijds informeren over betrokkenheid bij gezamenlijke patiënten. Er lijken een aantal verklaringen hiervoor te zijn. Een reden die vaak genoemd werd is dat de samenwerking opzoeken nog niet ingebed is in hun dagelijks werk. Ze (buurtteammedewerkers en huisartsen) denken niet automatisch bij een patiënt met complexe problematiek aan het zoeken van contact met elkaar. Een tweede reden is tijd (prioriteit?). Zowel huisartsen als buurtteammedewerkers geven aan een veelheid van taken te hebben die hen dwingt om keuzes te maken en prioriteiten te stellen.

### Regelmatig contact en elkaar leren kennen

Uit alle interviews bleek dat het hebben van regelmatig contact en het 'elkaar kennen' van professionals heel belangrijke bevorderende factoren zijn voor samenwerking. Professionals geven aan dat regelmatig samenwerken leidt tot meer inzicht in elkaars deskundigheid, werkwijze en mogelijkheden. Wat vaak terug komt in interviews is dat bepaalde professionals elkaar hebben leren kennen door eerdere projecten, cursussen, casuïstiekbesprekingen etc. Dit soort bijeenkomsten dragen bij aan de netwerkvorming tussen professionals. Een belemmerende factor hierin is dat het verloop in sommige organisaties hoog is waardoor netwerken steeds opnieuw bestendigd moeten worden.

Wat kan bijdragen aan de samenwerking is het delen van een fysieke werkplek. Mensen die elkaar geregeld tegen het lijf lopen, al is het maar bij het koffieapparaat, leren elkaar kennen en kunnen elkaar makkelijker vinden wanneer dat nodig is. Professionals worden op deze manier een soort collega's van elkaar. Sommige huisartsenpraktijken hebben professionals, bijvoorbeeld een psycholoog, de wijkpsychiater, fysiotherapeut of buurtteammedewerker, voor een dag(deel) in huis gehaald. Dat draagt bij aan de samenwerking. De specialistische afdelingen zitten letterlijk en figuurlijk verder weg. Daarnaast wordt er vanwege de specificiteit minder vaak mee samengewerkt waardoor er minder snel een relatie tussen de professionals tot stand komt.

*"We hadden op een gegeven moment de cursus over het 4D-model en eigenlijk ging het daar niet zozeer om het model, maar vooral over: hoe geven we het vorm en hoe werken we samen? De cursus was goed, maar veel waardevoller was het gesprek over hoe we dat dan vorm geven. Want het begint met een gesprek. Het is echt elkaar zien en kennen, ervaringen delen." (buurtteammedewerker)*

*"Mijn visie: je moet elkaar zien en een gezicht bij iemand hebben om goed te kunnen samenwerken. (...) Tijdens koffiepauze, tijdens de lunchpauze... Het koffiezetapparaat is dan heel belangrijk! Dan zie je elkaar en kun je even snel met elkaar schakelen, dat is wat ik graag wil." (Huisarts)*

### **De rol van het individu**

Wat in veel interviews naar voren komt is dat de persoon sterk bepaalt hoe de samenwerking tot stand komt en verloopt. Dit lijkt te maken te hebben met visie, motivatie, kennis, manier van werken en individuele competenties. In een aantal interviews werd benoemd dat het belangrijk is dat je als professional bewust bent van je positie in het geheel, je eigen mogelijkheden en grenzen kent en die van een ander. En dat een professional vervolgens bereid is en in staat is om over die grens heen te gaan als dat nodig is of bewust samenwerking op te zoeken als zijn grens bereikt is.

*"Per huisarts is dat heel erg verschillend. De artsen van praktijk X zijn heel erg welwillend om samen te werken. We mogen langskomen bij de lunch, we worden altijd welkom geheten, dus in die zin zien zij heel erg de meerwaarde om met ons goed contact te hebben. Maar er zijn ook andere ervaringen hoor." (buurtteammedewerker)*

*"Het kennen en erkennen van je eigen deskundigheid en het kennen en erkennen van de deskundigheid van de ander en daar ook gebruik van maken." (Huisarts)*

## **2.3 Organisatieniveau**

- Netwerksamenwerking zorgt voor korte lijnen tussen managers van betrokken organisaties
- Vooral inzet op gezamenlijke visie (4D) en (organisatie van) samenwerking. Nog weinig inhoudelijke afstemming tussen organisaties (bijvoorbeeld geen gezamenlijk wijkplan).
- Werkgebieden verschillende organisaties sluiten niet goed op elkaar aan.
- De financiering van bepaalde partijen is belemmerend voor de samenwerking.
- Het is een zoektocht naar de balans tussen formele integratie en flexibiliteit.
- Er is blijvend aandacht nodig voor doorontwikkelen, borging en verspreiding van afspraken.
- De wijkspecialist is onvoldoende ingebed in een structuur waardoor het risico bestaat dat het afkalft.

## Netwerk tussen bepaalde partijen

Het netwerk 'Gezonde wijk Overvecht' bestaat uit een aantal partijen die al sinds 2006 samen werken aan het verbeteren van de gezondheid in de wijk (zie hoofdstuk 1). Sommige partijen zijn actiever in dit netwerk dan anderen. De samenwerking tussen de actieve partners wordt als goed ervaren. Managers van verschillende organisaties kennen elkaar en hebben een korte lijn met elkaar. Binnen het netwerk gaan sommige samenwerkingen (bijvoorbeeld huisartsenpraktijken en buurtteams sociaal) wat verder dan andere samenwerkingen (bijvoorbeeld samenwerking met de tweede lijn). Uit verschillende interviews en de focusgroep kwam naar voren dat het een zoektocht is waar de ideale balans ligt tussen netwerk en verdere integratie (bijvoorbeeld door strakke afspraken of gezamenlijke protocollen). Zowel professionals als managers benadrukken dat het belangrijk is om flexibel te zijn en niet te veel te willen structureren. Professionals zijn bang dat te veel structuur leidt tot veel overleggen en overbodige protocollen. Anderzijds kwam ook naar voren dat een gebrek aan structuur soms leidt tot het verwateren van bestaande contacten. Managers benadrukken dat ze het belangrijk vinden om hun professionals te faciliteren in het samenwerken, bijvoorbeeld door scholing. Belemmerende factoren hier kunnen zijn organisatiebelangen en financiering.

*"Ik denk dat als je het alleen maar informeel houdt, dan kalft het af. Je moet de informele contacten op de een of andere manier organiseren, dat hoeven geen officiële vergaderingen te zijn, maar desnoods ga je het koffiedrinken organiseren. Je moet wel iets van een structuur aanhouden."* (wijkspecialist)

## Beperkte inhoudelijke afstemming

De afspraken die gemaakt zijn tussen verschillende partijen zijn vooral op praktisch niveau, bijvoorbeeld over hoe samen te werken, gezamenlijke scholing en ICT. Inhoudelijk is er het 4D-model als instrument voor gezamenlijke taal en visie. Uit de interviews en de focusgroep kwam naar voren dat er nog weinig concrete inhoudelijk afstemming is. De organisaties maken bijvoorbeeld allemaal een wijkplan, maar deze worden nog niet gezamenlijk gemaakt of op elkaar afgestemd. Een aantal geïnterviewden gaf aan dat het gezamenlijk schrijven van een wijkplan een goede volgende stap in de samenwerking zou kunnen zijn.

## Aansluiting gebieden

Een lastige factor in de samenwerking tussen de huisartsenpraktijk en buurtteams is dat hun geografische werkgebieden niet geheel overlappen. Een buurtteam werkt in een bepaald postcodegebied. Het werkkerrein van een huisartsenpraktijk ligt niet vast (en kan dus op de grens van postcodegebieden liggen) en is groter omdat mensen tot een bepaalde afstand zelf een huisarts kunnen kiezen en daarbij niet altijd de meest dichtbij zijnde kiezen. Daarnaast blijven mensen soms na een verhuizing bij hun oude huisarts. Dit maakt dat, ondanks dat een huisartsenpraktijk gekoppeld is aan één buurtteam, een huisarts in de praktijk toch te maken kan krijgen met meerdere buurtteams sociaal waarin zo'n 80 medewerkers werken. Andersom hebben ook buurtteammedewerkers te maken met meerdere huisartsenpraktijken. Dit maakt het moeilijker korte lijnen te hebben en het creëren van een vaste structuur in de samenwerking.

## De rol van financiering

In de focusgroep met managers bleek dat in hoeverre een professional de ruimte heeft om samen te werken ook te maken heeft met de ruimte die de financiering biedt. Dat is ook een verklaring waarom bijvoorbeeld de samenwerking met de specialistische GGZ moeizaam verloopt (zie hoofdstuk 3).

## Implementatie en doorontwikkeling

Uit de interviews blijkt dat men deels tevreden is over de bestaande samenwerkingen maar dat er ook nog verdere doorontwikkeling en implementatie nodig is. Enerzijds wordt benoemd dat wat er staat verder uitgebouwd moet worden, inhoudelijk en organisatorisch. Daarnaast is het nodig dat wat er is, verder verspreid moet worden onder alle professionals in de wijk. Iets wat hierin genoemd wordt als belemmerend is wederom het grote aantal veranderingen en transities in het systeem en het verloop van professionals, op verschillende niveaus. De wijkspecialisten vanuit het ziekenhuis lijken bijvoorbeeld minder goed geborgd dan de wijkpsychiater en de maatwerkvoorzieningen van het buurtteam. Dit komt waarschijnlijk omdat deze niet structureel zijn ingebed in een financiering en vaste werkwijze. Een andere verklaring is de wil en het belang van partijen om samen te werken

*“Het zoeken naar de slimme manieren om dat netwerk te laten werken. Het zit vooral in het verder brengen, het zorgen dat het bij nog meer mensen terecht komt. Dan gaat het meer om het implementeren daarvan, om het bij alle professionals of alle organisaties verder te brengen.” (manager eerstelijnsorganisatie)*

*“Toen we van start gingen met het project, had iedereen het goed op het netvlies. Er zijn huisartsen die dat zo houden. Er zijn er ook huisartsen bij, waarbij het aantal telefoontjes en mailtjes minder wordt, en eigenlijk zou je het liefste dat willen bestendigen in een structuur waarin dat jaar in jaar uit doorgaat.” (wijkspecialist)*



## 3 Hoe verloopt de samenwerking in de driehoek GGZ?

### Kernbevindingen

- POH-GGZ heeft een belangrijke rol in de samenwerking als schakel tussen huisarts en buurtteam.
- Gezamenlijke casuïstiekbespreking (POH-GGZ en buurtteam) is een goed middel om de samenwerking te bevorderen.
- Huisartsen en POH's-GGZ hebben niet altijd vertrouwen in de deskundigheid van buurtteammedewerkers.
- Samenwerking basiszorg en specialistische GGZ afdelingen van buiten de wijk is zeer beperkt.
- Warm overdragen (bijvoorbeeld door 'drie-gesprekken') is een prettige manier van samenwerken bij mensen met psychiatrische problematiek.
- Warm overdragen naar buurtteammedewerkers met specifieke kennis of ervaring is niet altijd mogelijk omdat het buurtteam generalistisch werkt terwijl hier wel behoefte aan is vanuit huisarts en POH-GGZ.

De afgelopen jaren zijn een aantal veranderingen doorgevoerd in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De GGZ bestaat sinds 2014 uit drie lagen: de huisartsenpraktijk, de basis GGZ en de specialistische GGZ. Deze lagen zijn formeel als volgt onderverdeeld: mensen die een psychische klacht ervaren gaan eerst naar de huisarts. De huisarts behandelt lichte tot matige klachten zelf. Een huisarts kan dit ook overdragen of samen doen met een praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ). Wanneer meer diagnostiek en behandeling nodig is wordt iemand doorverwezen naar de generalistische basis GGZ. Bij complexe en ernstige GGZ problematiek kan iemand worden doorverwezen naar de specialistische GGZ. In Overvecht wordt ervaren dat deze indeling niet passend is. GGZ organisaties sluiten vaak niet voldoende aan bij de zorgbehoefte van bewoners. Dit wordt veroorzaakt door complexiteit van de problematiek als gevolg van psychiatrische comorbiditeit, sociaal-maatschappelijke problemen en gebrek aan vertrouwen van deze bewoners in de gezondheidszorg [16].

Naast de huisarts en de GGZ speelt het buurtteam vaak een belangrijke rol wanneer er ook sprake is van sociaal-maatschappelijke problematiek, zoals schulden of problemen met huisvesting. Het is belangrijk dat iemand, in iedere fase, de juiste zorg op de juiste plek krijgt. Dat vraagt goede verwijzingen, overdrachten, afstemming en terugkoppeling.

### 3.1 Betrokken partners en afspraken

De basis van het netwerk in Krachtige basiszorg bestaat in Overvecht uit de huisartsenpraktijk en het buurtteam sociaal. Wanneer nodig kan deze basis aangevuld worden met meer specialistische inbreng van de wijkpsychiater, basis GGZ, specialistische GGZ en/of (woon)begeleidingsorganisatie. Wanneer nodig kan bij mensen met psychiatrische problematiek ook de wijkverpleging betrokken worden als verpleging of verzorging aan huis nodig is of bijvoorbeeld sociaal makelaars of andere welzijns- of vrijwilligersorganisaties.

De POH's-GGZ van de 'Overvecht Gezond praktijken' zijn allemaal in dienst van Overvecht Gezond. Dit heeft als voordeel dat ze kennis en ervaringen makkelijk onderling kunnen uitwisselen en vervolgens weer kunnen verspreiden in hun eigen praktijk en hun werkgebied. Overvecht Gezond organiseert ook scholing, intervisie en bijeenkomsten gerelateerd aan Krachtige basiszorg, bijvoorbeeld de casuïstiekbespreking in de buurtteams waarbij de POH-GGZ aanschuift. Ook is er een huisarts die als kaderhuisarts GGZ beschikbaar is voor consultatie voor de POH's en voor andere professionals. Daarnaast werkt de kaderhuisarts als aandachtsfunctionaris aan het vormgeven van samenwerking op GGZ gebied tussen alle partners in de wijk. De samenwerkingsafspraken tussen de buurtteams en de huisartsenpraktijken zijn beschreven in hoofdstuk 2.

## 3.2 In de praktijk

### De rol van de POH-GGZ

In de driehoek GGZ is de rol van de POH-GGZ erg belangrijk. Dat deze samenwerking zo goed verloopt lijkt voor een deel te komen door de casuïstiekbesprekingen waarbij de POH-GGZ aansluit bij de buurtteams. Deze casuïstiekbesprekingen zijn niet alleen relevant voor de besproken casussen, maar zorgen er ook voor dat POH en buurtteam elkaar persoonlijk leren kennen, dat beide meer inzicht in elkaars domein krijgen en dat ze elkaar tussen de bijeenkomsten door ook makkelijker weten te vinden. Hierdoor wordt de POH een schakel tussen de huisartsenorganisatie en het buurtteam. Doordat de POH's gebruik maken van het 4D-model bij de casuïstiek dragen ze bij aan het verspreiden daarvan (en van de visie op samenwerking tussen medisch en sociaal domein) binnen de buurtteams. Een POH-GGZ kan ook veel overnemen van de huisarts waardoor specialistische zorg niet (meer) nodig is of de wachttijd goed overbrugd kan worden. Bovendien kan een huisarts door de aanwezigheid van de POH-GGZ, de zorg voor patiënten met psychiatrische problematiek dichtbij aanbieden en een patiënt ook langere tijd monitoren.

*“Met buurtteam sociaal is de samenwerking iets verder, omdat die sneller de huisarts vinden. Met name komt dat door de POH-GGZ die echt een schakelfunctie heeft en hier ook in de wijk met de casuïstiekbespreking mee doen. De POH-GGZ krijgt heel veel patiënten op het spreekuur die ook iets met het maatschappelijke vlak hebben, dat bespreken we dus vaak met de POH-GGZ: ‘is het iets voor jou of is het iets voor het buurtteam?’. Dat zijn drie-gesprekken: huisarts, POH en patiënt; of POH, buurtteam en patiënt.” (Huisarts)*

*“Wat een mooie is, is dat de POH-GGZ een bijzondere aandacht heeft voor de rol van de huisarts. Hij wijst er in de casuïstiekbespreking ook echt op: ‘is er al contact geweest met de huisarts? Zijn daar al gegevens bekend?’. Hij geeft ons inzicht in waarover we de huisarts kunnen informeren. Hij neemt heel erg de rol van de huisarts en de praktijken mee en dat is heel mooi.” (buurtteammedewerker)*

De manier waarop de samenwerking wordt vormgegeven tussen huisarts en POH-GGZ verschilt per praktijk of per huisarts. Sommige huisartsen overleggen structureel met de POH, bij anderen gaat het wat meer ad-hoc. Het lijkt vooral belangrijk dat er regelmatig contact is en dat er echt wordt 'samengewerkt'. Dat houdt bijvoorbeeld in dat een huisarts een patiënt niet alleen maar doorverwijst, maar dat de verwijzing gepaard gaat met een gerichte vraag en dat zij (huisarts en POH) daarover wanneer nodig overleg hebben en houden. Een POH-GGZ beschreef bijvoorbeeld dat haar huisarts altijd met een concrete vraag de samenwerking opzoekt en dat ze daar dan even contact over hebben en gedurende de behandeling overleggen als dat nodig is. Dat werkt voor de POH prettiger dan alleen een korte verwijzing.

*“De ene huisarts wil nu eenmaal wat meer controle en grip hebben, de ander vindt het makkelijker om iets aan mij over te laten. Daar zie je wat verschillen in. Maar iedereen weet mij te vinden, maar in het begin is dat wel heel erg zoeken, maar dat ontstaat. Dat heeft ook wel met de rol te maken, want soms loopt de huisarts vast en kan hij het over de schutting gooien bij de POH-GGZ. De een is van nature wat meer gericht op de samenwerking en de ander denkt nog iets traditioneler. Dat is niet heel zwartwit, maar daar zitten wel enkele verschillen in.” (POH-GGZ)*

### Het 4D-model

POH's-GGZ gebruiken het 4D-model regelmatig, zowel in het contact met de patiënt als in de samenwerking met collega professionals. Het gebruik van het 4D-model wisselt sterk tussen huisartsen. Tijdgebrek en korte consulten werden genoemd als belemmerende factoren voor het gebruik. Sommige huisartsen verwijzen, bij het vermoeden van complexe problematiek, een patiënt naar de POH-GGZ, waarna de POH-GGZ gezamenlijk met de patiënt het 4D-model kan invullen. De reden hiervoor is dat POH-GGZ meer tijd hiervoor hebben. Een andere optie die sommige huisartsen gebruiken, is het maken van een aparte dubbele afspraak.

### Wijkpsychiater

Wanneer er behoefte is aan meer specialistische kennis van psychiatrie is de wijkpsychiater een belangrijke speler in de zorg rondom patiënten met psychiatrische en/ of complexe psychosociale problematiek. De wijkpsychiater, of consultatief psychiater, is een psychiater die laagdrempelig ingeschakeld kan worden voor advies over bepaalde patiënten, bijvoorbeeld op gebied van diagnostiek of behandeling. Hiermee kan in bepaalde gevallen een verwijzing naar de specialistische GGZ voorkomen worden, of juist bewust uitgezet worden.

Huisartsen en POH's-GGZ kunnen de wijkpsychiater contacteren voor advies of bijvoorbeeld om aan te sluiten bij een consult met een patiënt. De wijkpsychiater is in bepaalde praktijken ook eens in de zoveel tijd structureel aanwezig. Dit is afhankelijk van de visie en werkwijze van een huisartsenpraktijk. De huisartsen en POH's vinden het prettig dat de wijkpsychiater laagdrempelig te benaderen is in tegenstelling tot de specialistische GGZ organisaties. Ook stelt het hen in staat patiënten met complexe en meer ernstige problematiek zolang mogelijk zelf te behandelen en te begeleiden, of nauwkeuriger te bepalen waar iemand heen verwezen zou kunnen worden. De mate waarin een huisarts gebruik maakt van de wijkpsychiater verschilt en heeft te maken met hoe goed ze elkaar kennen en hoeveel en welke ervaring ze met elkaar hebben.

*“Met de wijkpsychiater gaat het heel goed. Omdat ik hem ken, omdat hij hier zit. Al die elementen spelen daarin mee. Toegankelijk zijn is heel belangrijk, even een praatje maken, en echt fysieke aanwezigheid helpt daarin. In het begin zat ik ook altijd bij zijn consulten, dan leer je elkaar ook kennen in het werk. Hij heeft dezelfde manier van denken en wil ook samenwerken, dat zijn allemaal elementen die van invloed zijn.” (POH-GGZ)*

### Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Wanneer de problematiek deskundigheid vereist die niet aanwezig is in de huisartsenpraktijk of gegeven kan worden door de wijkpsychiater, is samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) nodig. Er zijn verschillende vormen van GGZ: voor matige problematiek is er de Generalistische Basis GGZ, voor ernstiger en complexere problematiek de specialistische GGZ. Daarnaast zijn er organisaties voor beschermd en begeleid wonen die mensen met langdurige en ernstige psychische problemen ondersteunen in het dagelijks leven.

Er waren geen structurele afspraken tussen huisartsenpraktijken en buurtteams en de specialistische GGZ. De mate van samenwerking tussen de eerstelijns- en buurtteam professionals en de tweedelijns GGZ verschilt per tweedelijns organisatie/ tak.

De letterlijke en figuurlijke afstand tussen de eerste lijn en de verschillende vormen van tweedelijns zorg spelen een belangrijke factor in hoe de samenwerking ervaren wordt. Hoe ‘verder weg’, hoe minder de samenwerking is. De samenwerking tussen de buurtteams en de huisartsenpraktijken enerzijds en de (woon)begeleidingsorganisatie en de basis GGZ anderzijds verloopt het soepelst. Beide worden in de wijk (vooral) vertegenwoordigd door twee grote organisaties die ook deel uitmaken van de regiegroep ‘Gezonde Wijk’ waarin managers van betrokken organisaties vertegenwoordigd zijn. Ook zijn er psychologen van de basis GGZ die een dag(deel) vanuit een huisartsenpraktijk werken, wat de samenwerking ten goede komt. De samenwerking met de specialistische GGZ is nog het minst ver ontwikkeld. Huisartsen en POH’s vinden het vaak lastig te achterhalen waar ze terecht kunnen met een patiënt en hebben soms het gevoel te moeten ‘leuren’ met patiënten. Dit heeft ook te maken met de lange wachtlijsten bij bepaalde afdelingen in de specialistische GGZ. Ook wordt ervaren dat als een patiënt in behandeling is in de specialistische GGZ, de communicatie met de eerste lijn gebrekkig is. Er wordt niet tot nauwelijks tussentijds teruggekoppeld, vaak hooguit bij afsluiting ontvangt de huisartsenpraktijk een ontslag- of terugverwijsbrief. Huisartsen ervaren dit als onprettig omdat ze graag meer betrokken worden bij de zorg rondom hun patiënt en soms overvallen worden als een patiënt weer terugverwezen wordt. Als contacten er eenmaal zijn dan gaat het vaak wel goed. Een recente ontwikkeling is bijvoorbeeld de start van een gebiedsteam GGZ waarin Altrecht en Lister samenwerken rondom mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Deze twee teams hebben een kortere lijn met de basiszorg. Een team heeft contactpersonen aangemerkt voor samenwerking met de buurtteams en de huisartsenorganisatie. Ook is er maandelijks casuïstiekbespreking voor alle betrokken teams uit de basiszorg. Hierin wordt ook de samenwerking geëvalueerd. Een belemmerende factor voor samenwerking die genoemd wordt is dat de specialistische GGZ is onderverdeeld in afgebakende specialistische afdelingen. Deze sluiten vaak niet goed aan bij de behoeftes van mensen met complexe problematiek op meerdere gebieden. Daarnaast is de generalistische en specialistische GGZ sterk gericht op interne productie waardoor samenwerking minder prioriteit heeft.

## Algemene thema’s samenwerking GGZ

### Vertrouwen in elkaars deskundigheid

Wat een belangrijke rol speelt in de samenwerking is vertrouwen van de huisartsen (en ook POH’s) in de deskundigheid van, bijvoorbeeld, een buurtteammedewerkers met patiënten met complexe psychiatrische problematiek. Dit vertrouwen is niet altijd aanwezig. Dit wordt vooral veroorzaakt doordat het buurtteam als belangrijk uitgangspunt heeft om generalistisch te werken. In het buurtteam zitten medewerkers met verschillende achtergronden, bijvoorbeeld schuldhulpverlening, zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, maatschappelijk werkers, etc.. Er wordt niet bewust gekeken naar iemands achtergrond wanneer bepaald wordt wie welke patiënt begeleidt. Dat kan ertoe leiden dat een medewerker zonder of weinig ervaring in de GGZ patiënten begeleidt met complexe problematiek en daarbij mogelijk niet voldoende in staat is deze problematiek te signaleren en in te schatten wanneer meer hulp nodig is.

*“Er zijn gewoon buurtteammedewerkers die helemaal geen psychiatrieachtergrond hebben. (POH-GGZ)*

*We merken dat het niet altijd zo handig werkt. In de casuïstiekbespreking merk je dit ook: dan zit er een financieel onderlegd iemand van de gemeente dingen te vragen aan een depressieve cliënt en die stelt dan veel te hoge doelen wat die patiënt helemaal niet aan kan.” (POH-GGZ)*

### Matchen en warm overdragen

Wat vaak genoemd wordt is dat bij mensen met complexe psychiatrische problematiek het ‘matchen’ van een patiënt aan de juiste professional erg belangrijk is. Wanneer het niet klikt tussen een professional en patiënt of als de deskundigheid van een professional niet goed aansluit, bestaat het risico dat een patiënt afhaakt en uit beeld verdwijnt. Professionals vinden het prettig als ze gericht aan een bepaalde collega kunnen verwijzen waarvan ze denken dat deze goed bij een bepaalde patiënt past. Wanneer dit lukt wordt samenwerking snel als goed ervaren. Er is niet altijd ruimte om te matchen. Buurteammedewerkers bijvoorbeeld werken generalistisch terwijl de huisartsen en POH’s graag gericht zouden willen verwijzen naar bijvoorbeeld een medewerker die ervaring heeft met bepaalde problematiek.

Daarnaast is om tot samenwerking te komen rondom een bepaalde patiënt overleg en afstemming noodzakelijk. Met name bij patiënten met complexe problematiek is dit belangrijk omdat zij vaak minder goed in staat zijn zelf informatie over te brengen en te coördineren wie betrokken is en waarvoor verantwoordelijk is. Dit kan al beginnen met ‘warm overdragen’, eventueel kan dit ook in een afspraak waar de patiënt zelf ook bij is. De ene professional kan aan de andere uitleggen wat de reden verwijzing is en ze kunnen afspraken maken over het vervolg en over terugkoppeling.

Tegelijkertijd kan dit ook vertrouwen geven aan de patiënt omdat hij/zij ziet dat de professionals elkaar kennen, vertrouwen en beide op de hoogte zijn van wat er speelt.

Een laagdrempelige manier van overleggen en afstemmen is het ‘drie-gesprek’. Dit zijn afspraken waarbij bijvoorbeeld een buurteammedewerker mee gaat met de patiënt naar de huisarts. Zo’n gesprek kan makkelijk(er) georganiseerd worden en de huisarts, buurteam medewerker en patiënt kunnen gelijk, in alle openheid, afspreken wat nodig is en wie wat op zich neemt.

*“Ja, en dat ik diegene naar wie ik doorverwijs ken geeft denk ik ook vertrouwen aan patiënten. Als ik hier zit, en ik ga je doorverwijzen naar de specialistische GGZ, voor de patiënt is dat soms: bij wie kom ik dan terecht, o nee, vind ik allemaal veel te spannend’. Als je veel gerichter kan zeggen: ‘volgende keer schuift die en die even aan, dan gaan we met z’n drieën eens kijken’. Dat hoeft niet bij iedereen, maar wel bij complexe patiënten waar al heel veel aan de hand is. Dat zou, denk ik, de drempel wat meer verlagen en krijgen ze er ook meer vertrouwen in.” (POH-GGZ)*

*“Patiënten verwachten naadloze zorg en dat is ook terecht, maar het is voor patiënten heel fijn als ik kan zeggen ‘ik zie dat u verwezen wordt door dokter X, we kennen elkaar en soms zelfs, we hebben soms van te voren over u contact gehad, en we hebben afspraken gemaakt over wie welke rol heeft’. Dat is eens te meer belangrijk bij mensen met complexe zorgproblematiek.” (wijkspecialist)*

### Tot slot

In de driehoek GGZ is de samenwerking tussen de huisartsenpraktijken en de buurtteams over het algemeen goed te noemen. Er zijn korte lijnen en er is regelmatig contact. De POH-GGZ speelt hierin ook een belangrijke rol, met name door de gezamenlijke casuïstiek. De samenwerking met de basis GGZ en de organisatie voor begeleiding en wonen is minder dan met de buurtteams, maar wel aanwezig omdat zij ook in de wijk en in de netwerksamenwerking participeren. De samenwerking met de specialistische GGZ kan nog sterk verbeterd worden. Een positieve ontwikkeling lijkt te zijn ingezet met de introductie van de gebiedsteams GGZ.

## 4 Hoe verloopt de samenwerking in de driehoek ouderen?

### Kernbevindingen

- De praktijkverpleegkundige ouderen is een belangrijke en gewaardeerde spil.
- Het grote aanbod van thuiszorgorganisaties maakt dat de wijkverpleging een complexe samenwerkingspartner is voor huisartsenpraktijken en buurtteams. De mate en kwaliteit van samenwerking verschilt per organisatie.
- Betrokken partners hebben verschillende verwachtingen van de samenwerking.
- Het is niet altijd voldoende duidelijk wie de regie heeft rondom een patiënt. Het werkt goed als expliciet wordt uitgesproken wie de regie heeft.
- Het gebrek aan een gezamenlijk informatiesysteem is een belangrijke belemmerende factor voor samenwerking.

De gemiddelde leeftijd ligt in Overvecht hoger dan in andere wijken van Utrecht. 14% van de mensen in Overvechts is 65 jaar of ouder ten opzichte van 10% in de stad Utrecht. Daarnaast hebben mensen ook eerder lichamelijke en functionele problemen en ligt de levensverwachting 10 jaar lager dan in sommige andere wijken [17]. Uit de Utrechtse gezondheidsmonitor blijkt dat 14% van de ouderen in Overvecht sociaal uitgesloten is (tov gemiddeld 7% in Utrecht) en dat 39% zijn gezondheid als goed ervaart ten opzichte van 55% in andere delen van Utrecht. Tenslotte heeft 68% van de ouderen in Overvecht een stapeling van minstens vier gezondheidsrisico's (bijvoorbeeld overgewicht, roken, laag opleidingsniveau). Dit is gemiddeld 47% in andere wijken [17].

Ouderen worden tegenwoordig gestimuleerd om langer zelfstandig thuis te wonen [18]. Om dit mogelijk te maken zijn er verschillende partijen betrokken die een rol spelen op medisch, sociaal of maatschappelijk gebied, waaronder huisartsen, wijkverpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde en casemanagers dementie. Dit kan de zorg complex maken omdat verschillende partijen verschillende werkwijzen, financiering en communicatiemiddelen hebben.

### 4.1 Betrokken partijen in de samenwerking

De basis van de driehoek bestaat uit de driehoek huisartsenpraktijken (huisarts en praktijkverpleegkundige ouderen), buurtteams sociaal en wijkverpleging. Waar de huisartsen, praktijkondersteuner ouderen en wijkverpleegkundigen de medische zorg voor hun rekening nemen, houden de buurtteams zich bezig met de ondersteuning op sociaal-maatschappelijk gebied. Tevens zijn zij ook de toegang tot de verschillende voorzieningen vanuit de gemeente (WMO), zoals hulpmiddelen, huisaanpassingen of taxivervoer. Wanneer meer specialistische (medische) zorg nodig is kan de specialistische tweede lijn of een specialist ouderengeneeskunde betrokken worden. Daarnaast kunnen paramedici betrokken worden zoals fysiotherapeuten en ergotherapeuten. Ook zijn er specialistische verpleegkundigen gericht op bepaalde aandoeningen of problemen, zoals bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson, diabetes mellitus of casemanagers dementie. Op welzijnsgebied kunnen sociaal makelaar of andere welzijns- of vrijwilligersorganisaties betrokken zijn.

## 4.2 In de praktijk

### De rol van de praktijkverpleegkundige ouderen

In Overvecht is, ingebed in Krachtige basiszorg, geëxperimenteerd met een praktijkverpleegkundige ouderen voor proactieve zorg (project OmU). Deze praktijkverpleegkundige ouderen houdt zich bezig met het opsporen van kwetsbare ouderen en proactief inventariseren van welke zorg een kwetsbare oudere nodig heeft. Daarnaast kan de huisarts haar inzetten als hij/zij zich zorgen maakt over een bepaalde patiënt. De praktijkverpleegkundige ouderen stelt zorgplannen op voor kwetsbare ouderen en stemt deze af met andere betrokken hulpverleners. De praktijkverpleegkundige is zo een spin in het grote en uitvoerige web dat het netwerk van hulpverleners rondom ouderen.

De praktijkverpleegkundige ouderen is een belangrijke spil in de communicatie tussen verschillende partijen die betrokken zijn bij een patiënt. Deze praktijkverpleegkundige wordt door samenwerkingspartners gewaardeerd om de deskundigheid, zowel van de problematiek als van de sociale kaart, en verbindende en proactieve manier van werken. De praktijkverpleegkundige ouderen heeft structureel overleg met verschillende partijen en weet wat er speelt bij patiënten, omdat ze in het huisartseninformatiesysteem werkt (HIS).

De financiering voor deze functie is na de projectperiode in 2017 niet gecontinueerd door de zorgverzekeraar. In enkele praktijken is met eigen investering de praktijkverpleegkundige ouderen met beperkt aantal uren behouden. Daarnaast werkt zij enkele uren per week vanuit Overvecht Gezond om op wijkniveau de samenwerking vorm te geven. Hierdoor is er beperkte ruimte voor de praktijkverpleegkundige ouderen en is het niet mogelijk zo proactief te werken als nodig is. Deze beperkte omvang kan de spilfunctie van de praktijkverpleegkundige ouderen beperken.

*“Die praktijkverpleegkundige ouderen maakt dat we zo goed contact hebben met die huisarts. We zitten echt elke maand bij elkaar. In de tussentijd kun je altijd even binnenlopen of bellen waarbij we gehoord worden.”* (wijkverpleegkundige)

### Wijkverpleging

Naast de huisartsen en de buurtteams speelt ook de wijkverpleging<sup>7</sup> een belangrijke rol in de ‘driehoek ouderen’. Hieronder valt alle verpleging en verzorging die thuis plaats vindt zoals wondverzorging en katheteriseren. Daarnaast assisteren zij ook bij dagelijkse zorg zoals hulp bij aan- en uitkleden of wassen en douchen. De wijkverpleging speelt ook een belangrijke rol bij het coördineren van de zorg en casemanagement, en heeft een belangrijke taak om tijdig problemen te signaleren en aan te pakken of te bespreken met de huisarts/praktijkverpleegkundige ouderen. Wijkverpleging wordt aangeboden door thuiszorgorganisaties. In Overvecht zijn vele thuiszorgorganisaties actief, van grote landelijke organisaties tot kleine lokale organisaties gericht op specifieke doelgroepen. De zorgverzekeraar stuurt binnen de inkoop van wijkverpleging op een beperkt aantal voorkeursaanbieders. Mensen mogen zelf een thuiszorgorganisatie kiezen, eventueel ook een van buiten de wijk, hierdoor is er sprake van versnippering.

Uit de interviews kwam naar voren dat de samenwerking tussen huisartsenpraktijk en buurtteams enerzijds en met de wijkverpleging anderzijds nog in een ontwikkelstadium zit. Er zijn veel verschillende organisaties werkzaam binnen Overvecht, het niet mogelijk is met iedere organisatie structureel contact te onderhouden.

Dit belemmert de samenwerking en daarmee mogelijk ook de zorgverlening. Daarnaast is er een

<sup>7</sup> Wijkverpleegkundigen kunnen een HBO of MBO opleiding verpleging hebben gevolgd. HBO opgeleiden worden ‘wijkverpleegkundigen’ genoemd en hebben vaak een (coördinerende) rol bij complexere zorg. MBO (niveau 4) opgeleiden worden ‘verpleegkundigen in de wijk’ genoemd. Als we in dit rapport spreken over ‘de wijkverpleging’ bedoelen we het geheel van HBO en MBO opgeleide verpleegkundigen.

gebrek aan continuïteit door verloop in medewerkers binnen organisaties en het wisselen van organisaties zelf. Dit staat haaks op het feit dat voor samenwerking elkaar leren kennen een belangrijke factor is. Uit de interviews bleek bijvoorbeeld dat huisartsen en de praktijkverpleegkundige ouderen met bepaalde wijkverpleegkundigen goed contact hebben en structureel overleggen, maar met anderen weer niet. Het gevolg hiervan kan zijn dat de zorg rondom bepaalde patiënten beter georganiseerd is dan rondom anderen en/of dat de huisarts/praktijkverpleegkundige niet altijd goed op de hoogte is van hoe het met bepaalde patiënten gaat. Daarnaast zijn huisartsen niet altijd voldoende goed bereikbaar voor wijkverpleegkundigen. Met sommige praktijken verloopt het contact en de samenwerking goed, maar soms is de ervaring ook dat ze zich niet serieus genomen voelen.

## Algemene thema's samenwerking ouderen

### Verschillende verwachtingen

Verschillende betrokken partijen hebben verschillende verwachtingen van de samenwerking. In de zorg rondom ouderen zijn veel verschillende professionals betrokken. Naast algemene wijkverpleegkundigen zijn er ook gespecialiseerde verpleegkundigen die bepaalde zorg aan huis bieden, voorbeelden hiervan zijn parkinsonverpleegkundigen en casemanagers dementie (beide vaak in dienst bij thuiszorgorganisaties). Dit kan de samenwerking nog lastiger maken omdat er nog een extra professional betrokken wordt waarmee overlegd en afgestemd moet worden. Daarnaast wordt veel dagelijkse verzorging uitgevoerd door helpenden en verzorgenden (mbo-2 of mbo-3 niveau medewerkers van thuiszorgorganisaties). De ervaring van de geïnterviewden is dat deze medewerkers minder proactief de samenwerking opzoeken en minder (medische) competenties hebben dan bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen. Een huisarts benoemde dat het zelfs voor extra werk zorgt omdat lage opgeleide medewerkers vaker 'voor de zekerheid' de huisarts bellen. De (belangrijke) rol die wijkverpleging kan hebben in de driehoek komt daardoor niet optimaal tot uiting, bijvoorbeeld op het gebied van signalering. Zo werd bijvoorbeeld genoemd door een buurtteammedewerker dat ze zelden tot nooit benaderd wordt door huishoudelijke hulpen (thuiszorg) terwijl deze een goede signalerende functie zouden kunnen vervullen.

*“Met de huisarts kun je meer overleggen, met de wijkverpleegkundige soms ook heel goed, maar met de verzorgenden is het toch een soort gescheiden wereld. (...) Voor de verzorgenden of wat lager niveau verplegenden (niveau 4), zie je wat minder de houding van ‘we gaan samenwerken’. Terwijl zij eigenlijk heel belangrijk zijn, want zij zien de klant eigenlijk veel vaker.” (buurtteammedewerker)*

### Regie en communicatie

Indien veel professionals betrokken zijn bij de zorg van een patiënt is communicatie en het verdelen van taken en verantwoordelijkheden tussen samenwerkende professionals heel belangrijk. Op dit moment is nog niet voor alle situaties duidelijk wie betrokken is en wie welke rol heeft. Dit kan mogelijk leiden tot miscommunicatie in de samenwerking of tot langs elkaar heen werken. Een belemmerende factor is dat er geen gezamenlijk systeem is om informatie uit te wisselen.

Een aantal geïnterviewde benoemt dat het belangrijk is om expliciet naar elkaar uit te spreken wie de regie heeft.

De praktijkverpleegkundige ouderen benoemde dat ze positieve ervaring heeft met het aanwijzen van een 'VICTOR', één van de betrokken professionals (kan iedere functie zijn) die in het team rond een patiënt de procesregie heeft en in de gaten houdt of alle afspraken worden nagekomen<sup>8</sup>. Dit betekent

<sup>8</sup> Deze werkwijze is ontwikkeld in de GEZ Zuilen/Ondiep: <https://zuilenondiepeggezond.nl/victor/>



niet dat die persoon ook verantwoordelijk is voor alles, want het is belangrijk dat verantwoordelijkheden gedeeld worden.

*“Als het ziekenhuis mensen naar huis stuurt, dan stuurt de specialist een brief naar de huisarts. Daar zitten puur de medische gegevens in. Maar de verpleegkundige uit het ziekenhuis, die stuurt het naar de wijkverpleging. Daar zitten alle zorggegevens in. Wij krijgen dus niet de zorggegevens. (...) Dat moet één brief zijn, of het moet gekoppeld kunnen worden, maar dat kan dan weer niet, omdat het via twee netwerken gaat.”* (praktijkverpleegkundige ouderen)

*“Ik probeer wel altijd hardop uit te spreken dat als het probleem in het maatschappelijk sociale domein zit, dat het buurtteam dan ook de regie heeft. Dan zeg ik letterlijk: ‘ik wil wel graag op de hoogte gehouden blijven, maar ik trek me terug (...) Als het wat meer in het psychosomatische domein zit, ben ik de regiehouder. Dus ik probeer altijd te benoemen wie de regie heeft, ik ben er wel heel erg voor, wat ik dan noem, het hoofdbehandelaarschap.”* (Huisarts)

### **Tot slot**

In de driehoek ouderen is de samenwerking tussen de huisartsenpraktijken en de buurtteams over het algemeen goed, deze partijen weten elkaar eenvoudig/frequent te vinden. De wijkverpleging is een complexere samenwerkingspartner doordat er met te veel verschillende organisaties zijn samengewerkt moet worden en het verloop groot is onder het personeel. De praktijkverpleegkundige ouderen heeft een belangrijke spilfunctie in de driehoek, structureel overleg tussen haar en de andere partijen is daarin belangrijk. Deze functie wordt echter nog in beperkte mate ingezet omdat de financiering voor de praktijkverpleegkundige ouderen in de huisartsenzorg beperkt is. Bij zorg voor complexe ouderen zijn soms veel verschillende professionals betrokken en is het extra belangrijk expliciet met elkaar te bespreken wie de regie heeft.

## 5 Hoe verloopt de samenwerking in de driehoek jeugd?

### Kernbevindingen

- Betrokken partijen staan positief tegenover samenwerking maar verschillen soms in ideeën over hoe er zou moeten worden samengewerkt.
- Verantwoordelijkheden huisartsen, buurtteammedewerker jeugd en gezin en jeugdartsen van de jeugdgezondheidszorg overlappen deels, maar onderlinge samenwerking is beperkt en kan nog verbeterd worden.
- Visieverschillen tussen huisartsenpraktijken, buurtteams en jeugdgezondheidszorg met betrekking tot grenzen autonomie en privacy zijn een belangrijke factor die belemmerend werkt voor samenwerking.
- Huisartsen en jeugdartsen vinden dat er meer kennis m.b.t. psychiatrie aanwezig zou moeten zijn de buurtteams jeugd en gezin.

De basis van de samenwerking rondom jeugd bestaat uit de huisartsenpraktijken, de buurtteams jeugd en gezin, en de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). De huisartsenpraktijken zijn primair verantwoordelijk voor de medisch-generalistische basiszorg. De buurtteams zijn er voor de problemen op maatschappelijk en psychosociaal gebied, zoals problemen bij de opvoeding, problemen ten gevolge van scheiding of gedragsproblematiek. De jeugdgezondheidszorg heeft vooral een preventieve en signalerende functie. Daarnaast zijn eventueel andere partijen betrokken als (voor)scholen, specialistische jeugd GGZ en paramedici (fysiotherapeuten en logopedisten).

De afgelopen jaren is er veel veranderd op gebied van zorg voor jeugdigen. In 2015 is de Jeugdwet geïntroduceerd [19]. Door deze wet hebben de gemeentes een grote rol gekregen in de zorg voor jeugdigen. Ze hebben de taak zorg te bieden die meer gericht is op preventie, uitgaat van eigen kracht van mensen, en dat alles tezamen met minder regeldruk. Om dit mogelijk te maken hebben gemeentes de financiële verantwoordelijkheid gekregen voor alle jeugdhulp. Dit geldt niet voor huisartsenzorg en somatische medisch specialistische zorg, maar wel voor alle psychosociale zorg en ondersteuning in het psychosociale domein zoals bijvoorbeeld hulp bij gedragsproblematiek en/of opvoedingsproblemen. In Utrecht wordt een groot deel van deze zorg en ondersteuning geboden door buurtteams jeugd en gezin. Deze hebben dus, in tegenstelling tot de buurtteams sociaal, de mogelijkheid door te verwijzen in het medische domein, naar de specialistische jeugd GGZ.

### 5.1 In de praktijk

#### De samenwerking tussen huisartsenpraktijken en buurtteams jeugd en gezin

De samenwerking tussen de buurtteams jeugd en gezin en de huisartsenpraktijken kwam later tot stand dan tussen de huisartsenpraktijken en de buurtteams sociaal. In sommige praktijken was er al structureel contact met contactpersonen van het buurtteam, in andere praktijken nog niet. Er waren geen afspraken over het elkaar informeren van gedeelde patiënten of casuïstiekbesprekingen zoals dat in de samenwerking tussen de huisartsen en de buurtteams sociaal wel het geval is.

Uit de interviews kwam naar voren dat zowel de huisartsen als de buurtteammedewerkers nog niet tevreden zijn over de onderlinge samenwerking. In principe staan alle geïnterviewden wel achter samenwerking maar ze stellen ook dat het nog te weinig gebeurt en daarnaast hebben huisartsen en buurtteammedewerkers verschillende ideeën over samenwerking. Een factor die hier een rol in lijkt te spelen is dat ze allemaal een duidelijke eigen rol en verantwoordelijkheid hebben, maar dat die wel deels met elkaar overlapt. Zo kunnen zowel de huisarts als het buurtteam jeugd en gezin doorverwijzen naar specialistische zorg. Hiervoor is het niet noodzakelijk elkaar te informeren en de samenwerking op te zoeken. Dit is vooral nodig in complexe gevallen waarbij vaak sprake is van een langere geschiedenis (eerdere verwijzingen, gebeurtenissen in een gezin) en een heel gezin betrokken is. Huisartsen willen daarnaast ook graag op de hoogte zijn van wat er speelt bij een gezin dat bij hen ingeschreven staat en dat er in complexe gevallen met hen overlegd wordt en dat zij terugkoppeling krijgen na een verwijzing. De ervaring van huisartsen is dat deze terugkoppeling vaak niet gegeven wordt. Huisartsen hebben ook een spilfunctie in de basiszorg rondom gezinnen. Door het gebrek aan samenwerking verwijzen huisartsen minder graag door naar het buurtteam jeugd en gezin. Een andere belemmerende factor is de wachttijd (in tegenstelling tot bij de buurtteams sociaal), die afhankelijk van het team fors kan zijn.

*“Bij Jeugd is het natuurlijk zo dat zij een deel van de behandeling doen bij opname en gedragsproblemen. Dus als jij niet weet dat er iemand bij betrokken is en wat hun plan is, of dat ze opschalen omdat het niet goed gaat, als je al die informatie niet krijgt terwijl je wel een heel gezin in behandeling hebt, dat werkt niet. Dan ga je ook minder verwijzen naar hen, maar dat is wel wat de gemeente hoopt.” (Huisarts)*

### De jeugdgezondheidszorg

De JGZ verzorgt de preventieve gezondheidszorg voor kinderen en jongeren, hieronder vallen ook de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. Zij volgen de ontwikkelingen van alle kinderen, geven adviezen en verwijzen zonnodig door naar specialisten of het buurtteam jeugd en gezin. De jeugdgezondheidszorg heeft een belangrijke signalerende functie omdat zij alle jeugdigen met regelmaat zien. Er zijn geen structurele samenwerkingsafspraken tussen de JGZ, de buurtteams en de huisartsenpraktijken. Terwijl dit wel de basis driehoek is complexe problemen bij jeugdigen. De geïnterviewde jeugdartsen gaven aan weinig contact te hebben met de huisartsen. Een factor die hier een rol speelt is dat ze voorheen altijd moesten verwijzen naar de huisarts en niet zelf konden verwijzen naar de tweede lijn. Hierdoor werden ze gedwongen contact met elkaar te hebben en leerden ze elkaar kennen. Tegenwoordig kunnen jeugdartsen wel zelf verwijzen naar de tweede lijn. Dit is in principe een goede maatregel die werk scheelt voor alle partijen, een bijeffect is wel dat er minder onderling contact is. De jeugdartsen hebben goed overleg met de huisarts die aandachtfunctionaris is voor de jeugd, maar dit is niet voldoende voor samenwerking op individueel niveau met de andere huisartsenpraktijken. Opvallend is dat de huisartsen en POH's-GGZ de JGZ niet noemden als belangrijke samenwerkingspartner op gebied van zorg voor jeugdigen. Een huisarts gaf aan wel graag meer contact te willen onderhouden omdat hij zorg voor kwetsbare kinderen en jongeren erg belangrijk vindt, maar hier te weinig tijd voor hebben. Hij gaf aan de oplossing te zien in het instellen van een POH-jeugd. De geïnterviewde jeugdartsen gaven aan zelf wel te verwijzen naar de huisartsen en buurtteams jeugd en gezin en graag met hen te willen samenwerken maar nog niet de ervaring hebben dat dit wederzijds is. Hun ervaring met het buurtteam was dat contact over patiënten lastig is en ze hebben het idee dat het buurtteam afhoudend staat tegenover samenwerking.

*“Maar goed, de jeugd dat vind ik echt slecht geregeld wat betreft samenwerking . Weinig contacten, weinig... Fysiek heb ik geen plek voor een POH-Jeugd, maar dat zou wel fijn zijn om zo iemand te hebben.” (Huisarts)*

## Algemene thema's samenwerking jeugd

### Vershil in visie

De buurtteams jeugd en gezin zijn gelanceerd met het doel de zorg voor jeugd ‘dichterbij, beter toegankelijk en sneller inzetbaar te maken’ [20]. Het uitgangspunt is: één gezin, één plan, één hulpverlener’. De autonomie van het gezin vergroten is een ander belangrijk uitgangspunt. Andere professionals, met name huisartsen, hebben hier andere ideeën over[21]. Zij willen graag betrokken worden bij of ingelicht worden over de zorgverlening rondom een gezin dat bij hen ingeschreven staat. De geïnterviewde buurtteammedewerkers benadrukken dat zij dit ook wel willen, maar altijd met de patiënt erbij en als de patiënt dat zelf wil. Huisartsen kunnen zich hier tot op zekere hoogte ook in vinden. Maar vinden ook dat het in bepaalde gevallen, waarbij sprake is van grote complexiteit en kwetsbaarheid, niet altijd mogelijk is om alles met de patiënt erbij te bespreken. Een huisarts benoemde bijvoorbeeld dat het soms goed is, bijvoorbeeld bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, om even van te voren af te stemmen over het te volgen proces met professionals onderling omdat het gesprek met een patiënt anders verwarrend kan verlopen.

*“Als je alleen maar uitgaat van privacywetgeving, en dat heel erg dogmatisch invliegt, dan werkt dat niet. Wij hebben ook te maken met de WGBO, daar staat in dat je een goed hulpverlener moet zijn, wat betekent dat wij een wettelijke basis hebben voor juist af en toe wel, mits juist beargumenteerd, te overleggen zonder dat de patiënt het weet. Daar moet je niet lichtvaardig mee omgaan, maar het einddoel is dat iemand geholpen wordt, daar moeten we een soort hybride vormen in vinden.” (Huisarts)*

### Vertrouwen in elkaars deskundigheid

In de interviews rondom jeugd kwam regelmatig naar voren dat men elkaar niet volledig vertrouwd op gebied van deskundigheid. Met name de huisartsen en jeugdartsen vinden dat er in de buurtteams te weinig deskundigheid is op gebied van psychiatrie. Dit heeft ook te maken met het elkaar onvoldoende kennen en niet goed bekend zijn met elkaars expertise. Omdat de buurtteams generalistisch werken hebben andere betrokkenen geen zicht op de expertise van een individuele gezinswerker. Dit belemmert het vertrouwen.

*“Er moet een buurtteammedewerker zijn waarvan ik zeker weet dat die het verschil ziet tussen gedrag en psychiatrie. Dat begint dus al bij kennis. Het vervolg zou moeten zijn dat die medewerker onderzoek doet in het gezin en op school en vervolgens gaan we samen afstemmen wat er uit komt en of we hetzelfde zien. Daar zit ook gebrek aan kennis in die teams.” (Huisarts)*

### Tot slot

Ondanks dat professionals die werken rondom jeugd open staan voor samenwerking is de samenwerking nog niet overal op een goede manier tot stand gekomen. Overlappende rollen en het gebrek aan noodzaak om elkaar actief te betrekken zijn belemmerende factoren voor samenwerking. Het is nodig zowel op gebied van visie als op gebied van taakverdeling op een lijn te komen en afspraken te maken.

## 6 Conclusie, discussie & aanbevelingen

Krachtige basiszorg is een mooi voorbeeld van hoe een wijkgerichte aanpak kan ontstaan en zich kan ontwikkelen over de tijd. Verschillende evaluaties hebben dan ook al positieve resultaten laten zien. Deze studie heeft laten zien dat er op gebied van samenwerking tussen professionals en organisaties in Overvecht veel gebeurd en bereikt is en waar de aanknopingspunten liggen voor verdere implementatie.

### Hoe ziet de samenwerking er uit?

Er is een netwerk van partijen uit zowel het medisch als het sociaal domein die samen werken aan een gezondere wijk. De motivatie om samen te werken is bij zowel organisaties als professionals groot. Dit heeft geleid tot structurele afspraken over domeinen heen waarvan een aantal al goed is ingebed in de praktijk. De visie op medisch-sociale samenwerking is breed opgenomen in de wijk en het 4D-model wordt regelmatig gebruikt in de samenwerking. Er zijn verschillende mogelijkheden om specialistische professionals te consulteren. Ook zijn er laagdrempelige manieren van samenwerking ontstaan zoals 'drie-gesprekken' en consultatie mogelijkheden. Professionals ontmoeten elkaar regelmatig en leren elkaar daardoor beter kennen door bijvoorbeeld casuïstiekbesprekingen of gezamenlijke scholing. Uit de interviews blijkt ook dat het elkaar en elkaars werk kennen een belangrijke basisvoorwaarde is voor samenwerking. Veel professionals zoeken dan ook actief samenwerking met elkaar op. In een complexe setting in een veranderend zorglandschap is dit een positief en veelbelovend resultaat. Er zijn enorm veel professionals en organisaties in Overvecht werkzaam en bovendien is er een groot verloop van professionals. Als gevolg van beleid van organisaties zelf maken financieringsstructuren kunnen niet alle professionals in de wijk even actief betrokken zijn bij de samenwerking. Hierdoor zullen nog niet alle patiënt optimaal profiteren van de Krachtige basiszorg. De vraag is hoe de samenwerking verder kan ontwikkelen zodat de zorg in de wijk nog beter aansluit bij cliënten met complexe problemen?

### Belemmerende en bevorderende factoren voor samenwerking

Wat bevordert de samenwerking? Het lijkt erop te wijzen dat concrete afspraken en structureel contact, op meerdere niveaus, nodig is om tot samenwerking te komen. Het is nodig om afspraken te maken zodat professionals de kans krijgen elkaar te leren kennen en op te kunnen zoeken. Dit kost namelijk veel tijd en investeren. Een belangrijk element hierin is dat professionals ruimte krijgen en initiatief nemen om werkwijzen en afspraken te ontwikkelen die aansluiten op de dagelijkse praktijk. Ervaren collega's dragen de visie van Krachtige basiszorg over aan andere en nieuwe collega's. Vervolgens moeten contacten onderhouden worden en/of opnieuw opgebouwd worden omdat er nieuwe mensen bijkomen of mensen vertrekken.

Wat belemmert samenwerking? Uit deze studie blijkt dat implementeren en overdragen in de dagelijkse waan van de dag weerbarstig is. Veel hangt nog af van de motivatie en vaardigheden van individuele professionals. Er zijn ook nog altijd professionals die het belang om samen te werken nog niet voldoende ervaren, of te weinig ervaring, vaardigheden of faciliteiten hebben om te kunnen samenwerken. Om deze groep ook mee te krijgen is er dus meer nodig dan het maken van afspraken.

Daarnaast bleek uit interviews ook dat er op organisatie- en systeemniveau nog belemmeringen liggen voor samenwerking. Sommige organisaties zijn bijvoorbeeld sterk gericht op productie met als gevolg dat medewerkers geen tijd krijgen voor samenwerking. Ook wachttijden en personeelsverloop en – tekort zijn belemmerende factoren. Ook privacywetgeving kan belemmerend werken, bijvoorbeeld omdat hierdoor beperkte mogelijkheden zijn voor professionals om gegevens uit te wisselen. Om samenwerking op de langere termijn door te ontwikkelen en te borgen zullen ook op systeemniveau aanpassingen gedaan moeten worden.

Het Regenboogmodel voor geïntegreerde zorg beschrijft twee lijnen waarlangs integratie van zorg kan plaatsvinden. De eerste is de verticale lijn van klinische integratie (patiëntniveau) naar systeem integratie. De tweede, horizontale, lijn beschrijft twee dimensies: functionele integratie en normatieve integratie [22]. Beide kunnen gebruikt worden om de resultaten uit deze studie te duiden.

Met betrekking tot klinische integratie – systeem integratie is in Overvecht te zien dat het zwaartepunt ligt op de integratie op professioneel niveau, door het maken van afspraken voor samenwerking tussen professionals. In Overvecht is op organisatieniveau vooral sprake van een netwerk. De mate van samenwerking tussen de partners in het netwerk verschilt. Zo is bijvoorbeeld de samenwerking tussen huisartsenpraktijken en buurtteamorganisatie sociaal verder ontwikkeld dan de samenwerking tussen de huisartsenpraktijken en de thuiszorgorganisaties en de jeugdgezondheidszorg. Dit komt ook tot uiting in de interviews in deze studie. Er is de afgelopen jaren veel geïnvesteerd in de samenwerking tussen de huisartsenpraktijken en buurtteams. Er is structureel overleg tussen hen, op professioneel en management niveau, wat leidt tot groeiende samenwerking en vertrouwen.

De dimensies functionele integratie en normatieve integratie zijn ook relevant bij het evalueren van de Krachtige basiszorg. Functionele integratie gaat over de financiële, organisatie en management afspraken die er zijn om de klinische, professionele en organisatie integratie te faciliteren. Normatieve integratie gaat over gedeelde waarden, normen en cultuur tussen actoren. In Overvecht is vanaf het begin sterk op ingezet op het creëren van een gezamenlijke taal en visie, bijvoorbeeld door de introductie van het 4D-model (gezamenlijke visie op gezondheid) en het ontwikkelen en aanbieden van interdisciplinaire scholing. Dit is deels ook gelukt. Het 4D-model wordt door professionals uit verschillende domeinen gebruikt en men heeft, over het algemeen, een integrale kijk op gezondheid en zorg. Uit deze studie blijkt ook dat al onderschrijven de meeste betrokken partijen een brede visie op gezondheid, zij op bepaalde aspecten niet op een lijn zitten op gebied van visie. Voorbeelden hiervan zijn privacy en rol van cliënten in het zorgproces (autonomie). Op deze gebieden is nog meer afstemming nodig, en wellicht is een volledige gelijke visie ook niet nodig om toch goed te kunnen samenwerken.

Wat de goede balans is tussen informeel (op visie en relatie gericht) en formeel (op basis van afspraken en structuren) samenwerken komt in deze studie naar voren als een lastig vraagstuk. Een strategie die in Overvecht gehanteerd wordt om samenwerking te bereiken is door netwerken tussen professionals tot stand te brengen. Op zich is dit een werkzame strategie, in de samenwerking lijken informele factoren een belangrijke rol te spelen. Alle professionals benadrukten dat het ‘elkaar kennen’ een van de belangrijkste factoren was voor samenwerking. Echter, alleen informeel contact is niet genoeg. Er is sprake van personeelsverloop waardoor relaties constant aan verandering onderhevig zijn. Het is nodig afspraken vast te leggen zodat voorkomen wordt dat deze met individuele medewerkers verdwijnen. Daarnaast bleek ook dat juist bepaalde vaste afspraken, zoals bijvoorbeeld de casuïstiekbespreking tussen POH-GGZ en buurtteam en vaste overlegmomenten tussen professionals, genoemd werden als belangrijke factoren voor goede samenwerking.

Juist omdat dit de informele samenwerking structureel mogelijk maakt. Ook bleek dat als iets niet goed ingebed is in een vaste structuur, het risico bestaat dat het afkalft. Een voorbeeld hiervan is de wijkspecialist. Het contact tussen de huisartsenpraktijken en de verschillende wijkspecialisten is niet geborgd in een bepaalde structuur, bijvoorbeeld jaarlijks contact tussen alle betrokken of vaste evaluatiemomenten. Sommige huisartsen geven aan dat het contact daardoor minder wordt. Het lijkt er dus op dat een bepaalde mate van structuur en continuïteit creëren ook belangrijk is om de samenwerking op meer informeel niveau tot stand te laten komen en te borgen in het dagelijks werk. Daarnaast hebben bestaande afspraken en contacten onderhoud nodig, dit onderhoud moet ook op een bepaalde manier geborgd zijn. Tegelijkertijd geeft men ook aan dat niemand te strakke richtlijnen en protocollen wil omdat dit zou kunnen leiden tot bijvoorbeeld administratielast of onnodige handelingen. De vraag is of de huidige strategie voldoende is om tot optimale samenwerking te komen.

Een vraag die hier ook naar boven komt is of structureel samenwerkingsafspraken maken met iedere partij mogelijk is. Van sommige type organisaties, zoals bijvoorbeeld organisaties voor wijkverpleging, zijn er veel verschillende aanbieders aanwezig in de wijk. Het is onmogelijk voor huisartsenpraktijken en buurtteams om met iedere aanbieder structureel afspraken te maken. Dit maakt dat met dit soort partijen andere manieren gevonden moeten worden om tot efficiënte samenwerking te komen.

In de Krachtige basiszorg ligt vanaf het begin een sterke nadruk op het samenwerken tussen professionals. Deze studie focust zich dan ook vooral hier op. Bij samenwerking speelt de visie op de eigen professie een belangrijke rol. Professionals hebben vanuit hun opleiding en ervaring een bepaald beeld van wat hun vak inhoudt en wat hun verantwoordelijkheden wel en niet zijn [23]. De transities in het zorgsysteem en de veranderende behoeftes van patiënten hebben geleid tot verschuivingen in rollen en verantwoordelijkheden. Deze zijn bijvoorbeeld sterk aanwezig in de zorg voor jeugdigen, en in mindere mate ook bij de zorg voor mensen met psychiatrische problematiek en ouderen. Deze verschuiving heeft een voedingsbodem gecreëerd voor nieuwe samenwerkingsvormen zoals de samenwerking tussen huisartsenpraktijken en buurtteams, maar leidt ook tot nieuwe vraagstukken zoals 'wie heeft de regie' en 'welke stukje is van wie'. Huisartsen zijn bijvoorbeeld gewend om de spil in de basiszorg te zijn, maar bijvoorbeeld rondom jeugd, bleek uit deze studie, zitten huisartsen en buurtteams soms in elkaars vaarwater en hebben ze andere ideeën over die spilfunctie. Iets anders dat uit de interviews dat naar voren kwam is dat veel partijen wel willen samenwerken maar dat zij niet voldoende gefaciliteerd worden vanuit het organisatie en systeemniveau om dit in de praktijk te brengen. Om wijkgerichte zorg succesvol vorm te kunnen geven zullen zowel professional als organisaties bereid moeten zijn om verantwoordelijkheden te delen en verder te kijken dan hun eigen visie en belang. De uitdaging is daar een vorm voor te vinden die voor iedereen werkbaar is.

## 6.1 Beperkingen van de studie

Voor dit onderzoek is een brede groep professionals van verschillende domeinen en organisaties geïnterviewd. Dit maakt dat de uitkomsten, ondanks dat maar een beperkt deel van de professionals geïnterviewd is, een brede groep representeren. Een kanttekening die hier gemaakt moet worden is dat aan de interviews, en de focusgroep, vooral personen deelnamen die actief betrokken zijn bij de Krachtige basiszorg. Dit maakt dat we niet kunnen garanderen dat de uitkomsten representatief zijn voor de gehele groep professionals. Het is mogelijk dat de resultaten beschreven in dit rapport op bepaalde punten positiever zijn, of juist kritischer, omdat de geïnterviewden vanwege hun rol actievere samenwerkingsrelaties hebben dan de gemiddelde professional.

De interviews vonden plaats gedurende de tweede helft van 2017, ontwikkelingen in zorg en welzijn vinden continu plaats. De afgelopen jaren is ook de ontwikkeling en implementatie van Krachtige basiszorg geëvolueerd. Zo zijn bijvoorbeeld de GGZ gebiedsteams verder uitgebreid, wordt er casuïstiekoverleg georganiseerd rondom de ouderenzorg, zijn er nieuwe scholingen ontwikkeld en zijn nieuwe communicatiemogelijkheden ontwikkeld. De resultaten van deze studie zijn daarom meer een beschrijving van factoren die een rol spelen en lessen voor vergelijkbare processen dan een exacte weergave van Krachtige basiszorg in Overvecht.

## 6.2 Aanbevelingen

### **Blijf investeren in de betrokkenheid van relevante partijen**

Uit de interviews blijkt dat de samenwerking tussen de huisartsenpraktijken en de buurtteams het beste is uitgewerkt, er zijn vaste afspraken tussen beide partijen en professionals weten elkaar relatief makkelijk te vinden. Met name de samenwerking tussen de huisartsenpraktijken en de buurtteams sociaal rondom de cliëntengroep met psychiatrische problematiek verloopt meestal naar tevredenheid. Uit de interviews bleek ook dat samenwerking met de specialistische GGZ, de jeugdgezondheidszorg en de wijkverpleging, nog aandacht behoeft. Met deze partijen is de samenwerking minder concreet uitgewerkt dan met de buurtteams. Dit wordt ook bemoeilijkt door organisatiebelangen en beleidskeuzes. Gezien de belangrijke rol van deze partijen voor de desbetreffende cliëntengroep is het nodig de samenwerking met hen ook concreter te maken, bijvoorbeeld door vaste overlegmomenten of uitbreiding van casuïstiekbesprekingen. Belangrijk is dat professionals van hun organisaties de ruimte krijgen om te participeren en elkaar op te zoeken. Ook is het belangrijk andere disciplines, zoals bijvoorbeeld paramedici, in de gezondheidscentra en de wijk meer te gaan betrekken in de samenwerking.

### **Volgende stap in netwerksamenwerking**

De afgelopen jaren is door de betrokken organisaties vooral ingezet op het formuleren en verspreiden van een gezamenlijke visie op gezondheid en het bevorderen van samenwerking. Dit heeft geleid tot het tot stand komen en de implementatie van het 4D-model. Daarnaast zijn er tussen verschillende partijen samenwerkingsafspraken gemaakt die hebben geleid tot meer structurele samenwerking. Uit deze studie bleek ook dat om de samenwerking nog verder te brengen mogelijk nog meer inhoudelijk en praktische afstemming nodig is. Voorbeelden hiervan zouden kunnen zijn een gezamenlijk wijkplan en/of het maken van meer bindende afspraken op gebied van samenwerking zodat goede samenwerking minder afhankelijk is van individuen.

### **POH nog centralere rol in krachtige basiszorg**

Uit deze studie blijkt dat de POH-GGZ en praktijkverpleegkundige ouderen een centrale rol hebben in het succes van de Krachtige basiszorg. De POH-GGZ of praktijkverpleegkundige is laagdrempeliger en gemakkelijker bereikbaar dan de huisarts en heeft daarnaast inhoudelijk ook een verbindende functie tussen het medische en het sociaal-maatschappelijke domein. Daarnaast fungeren ze als team in de wijk binnen Overvecht Gezond en werken ze vaak in meerdere huisartsenpraktijken waardoor ze ook de praktijken met elkaar verbinden. Onze aanbeveling is daarom om de POH een nog centralere rol te geven in het proces. Voorbeelden hiervan kunnen zijn dat buurtteammedewerkers contact opnemen met een POH-GGZ of praktijkverpleegkundige ouderen als ze advies willen of willen samenwerken.



Dit zou de samenwerking overzichtelijker kunnen maken. Omdat het takenpakket van de POH dan groter wordt en POH's het nu ook al druk hebben, zal het wellicht wel nodig zijn het aantal uren POH uit te breiden en dit financieel mogelijk te maken. Om de rol van de praktijkverpleegkundige ouderen te kunnen behouden en uit te breiden is structurele financiering nodig. Ook is het belangrijk om aandacht te hebben voor de hiervoor noodzakelijke competenties, zowel in het personeelsbeleid als in scholing.

### **POH-jeugd**

Binnen de zorg rondom jeugd mist een spilfunctie. In de andere driehoeken vervult de POH-GGZ en praktijkverpleegkundige ouderen deze functie. Met als doel de communicatie en samenwerking tussen de huisartsenpraktijken, de buurtteams jeugd en gezin en de jeugdgezondheidszorg te verbeteren zou een POH-jeugd zou een waardevolle aanvulling kunnen zijn. We bevelen aan te verkennen of en hoe dit mogelijk is en wat zijn/haar positie zou kunnen zijn.

### **Uitbreiden casuïstiek**

Uit de interviews bleek dat samenwerkingsmomenten zoals (anonieme) casuïstiekbesprekingen bevorderend zijn voor samenwerking. Via dit soort activiteiten leren professionals elkaar persoonlijk kennen én elkaars werk en visie daarop. Het gevolg daarvan is dat ze beter weten wat ze aan elkaar hebben en elkaar ook tussendoor beter weten te vinden. Om de samenwerking tussen andere partijen te intensiveren zou dit een goede methode kunnen zijn, bijvoorbeeld om de samenwerking rondom ouderen en jeugd te verbeteren. Bij ouderen wordt inmiddels bijvoorbeeld casuïstiek met huisarts/praktijkverpleegkundige ouderen, wijkverpleging en buurtteam georganiseerd. De eerste ervaringen hiermee zijn positief. Voor jeugd zou dit georganiseerd kunnen worden met huisarts/POH-GGZ, buurtteam jeugd en gezin, de jeugdgezondheidszorg en sociaal- en beweegmakelaars.

### **Het delen van werkplekken**

Het delen van dezelfde werkplek voor een dag(deel) kwam uit de interviews naar voren als een prettige manier om samenwerking te bevorderen. Voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld een buurtteammedewerker of psycholoog die een dag vanuit een huisartsenpraktijk werkt. Het faciliteren en uitbreiden van dit soort constructies zou een goede manier kunnen zijn om de samenwerking tussen bepaalde partijen te versterken.

### **Uitspreken wie de regie heeft**

In de zorg rondom complexe patiënten zijn vaak veel verschillende professionals betrokken. Het bleek in deze studie dat niet altijd duidelijk is wie betrokken is en wie de regie heeft over welk onderdeel van de zorg. Rondom jeugd speelt daarnaast ook dat verantwoordelijkheden van bepaalde partijen overlappen maar dat zij elkaar niet hoeven te betrekken en informeren. Het is aan te bevelen om hier wijkbreed afspraken over te maken over wanneer en hoe professionals elkaar betrekken en informeren. Het is vooral belangrijk dat expliciet naar elkaar wordt uitgesproken wie de regie heeft en wie wanneer wie en hoe op de hoogte houdt van ontwikkelingen rondom een bepaalde patiënt. Uitspreken wie de regie heeft en hoe het proces vormgegeven kan worden is ook mogelijk zonder privacygevoelige informatie uit te wisselen en kan dus eventueel, wanneer nodig, ook zonder toestemming of betrokkenheid van de patiënt.

### **Structurele financiering voor samenwerking**

Uit deze studie bleek dat veel professionals samenwerking belangrijk vinden en bereid zijn samen te werken met collega professionals uit andere domeinen. Een vaak genoemde belemmering is gebrek aan tijd hiervoor. Om tot goede samenwerking te komen is het essentieel dat professionals relaties met elkaar kunnen opbouwen en tijd hebben om met elkaar te overleggen. Veel professionals geven aan niet structureel tijd te krijgen hiervoor. We bevelen om tijd voor samenwerkingsactiviteiten structureel op te nemen in de financiering van zowel zorg als welzijn. Daarnaast zouden beleidsmakers en financiers het effect van beleid op de mogelijkheden voor samenwerking meer kunnen meenemen in hun afwegingen.

### **Tot slot**

Dit onderzoek laat zien dat samenwerking tussen verschillende disciplines in een complexe wijk als Overvecht mogelijk is en gewaardeerd wordt door professionals. Het laat ook zien dat het opzetten van samenwerkingsrelaties en afspraken niet vanzelf gaat. Het is nodig te investeren in zowel visie en relaties als in vaste afspraken en een duidelijke structuur. Men moet elkaar persoonlijk leren kennen, en ook elkaars professie. Het kost tijd om een gezamenlijke visie te ontwikkelen en het kost tijd elkaar te leren vertrouwen, zowel op professioneel als op organisatieniveau. In het huidige systeem zitten veel belemmeringen, daarom zal om dit op de langere termijn mogelijk te maken en houden zal ook systeemverandering nodig zijn, zoals structurele financiering van samenwerkingsactiviteiten.

## Literatuur

1. Carlier, B. and M. Van Engen, *De 10 Utrechtse wijken en 5 krachtwijken in Cijfers*. 2016, Gemeente Utrecht: Utrecht.
2. Utrecht, G. *Volksgesondheidsmonitor Utrecht*. 2018.
3. Heijmans, M., et al., *Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management*. *Patient Education and Counseling*, 2015. **98**(1): p. 41-48.
4. Heijmans, M., A. Brabers, and J. Rademakers, *Health literacy in Nederland*. 2018.
5. Leemrijse, C., D.d. Bakker, and T. Schoenmakers, *Overvecht Gezond! Theoretische onderbouwing van de integrale aanpak'krachtige basiszorg'in de Utrechtse wijk Overvecht*. 2016.
6. Utrecht, O.G.B., *Krachtige basiszorg*. 2017, Overvecht Gezond & Inclusio: Utrecht.
7. Wade, D.T. and P.W. Halligan, *The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come*. 2017, SAGE Publications Sage UK: London, England.
8. van Riet, J., et al., *Krachtige basiszorg*. *Bijblijven*, 2018. **34**(3-4): p. 286-298.
9. Goodwin, N., *Understanding integrated care: a complex process, a fundamental principle*. *International journal of integrated care*, 2013. **13**.
10. Bodenheimer, T. and C. Sinsky, *From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider*. *The Annals of Family Medicine*, 2014. **12**(6): p. 573-576.
11. Brinkman, M., et al., *Mensen met complexe psychische problematiek in de wijk: vragenlijstonderzoek onder verpleegkundigen, verzorgenden, agogisch begeleiders en praktijkondersteuners*. 2018.
12. Leidelmeijer, K., et al., *Outcomemonitor wijkenaanpak 2015*. 2015, RIGO Atlas voor gemeenten: Amsterdam
13. Groot, K.d., et al., *Het organiseren van langdurige zorg en ondersteuning voor thuiswonende patiënten: ervaringen van praktijkondersteuners in de huisartsenzorg*. 2018.
14. Valentijn, P., *Rainbow of chaos: a study into the theory and practice of integrated primary care*. *International journal of integrated care*, 2016. **16**(2).
15. Valentijn, P., et al., *Towards a taxonomy for integrated care: a mixed-methods study*. *International journal of integrated care*, 2015. **15**(1).
16. Van Genugten, W., *Niet alle bloemen gaan naar de veiling: Zorg voor EPA patiënten in Overvecht*. 2016, Kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht: Utrecht.
17. Utrecht, G., *Volksgesondheidsmonitor*. 2018, Gemeente Utrecht.
18. Doekhie, K.D., et al., *Ouderen van de toekomst*, in *Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg, een overzichtsstudie*. 2014, Nivel: Utrecht.

19. Friele, R.D., et al., *Eerste evaluatie Jeugdwet: Na de transitie nu de transformatie*. Reeks evaluatie regelgeving, 2018.
20. Jeugdinstel, D.T., *Beter met minder: Bouwstenen voor de transformatie van het jeugdinstel*. 2014, Nederlands Jeugdinstituut: Utrecht.
21. Van Bon-Martens, M.J.H., et al., *Visie op Basiszorg Jeugd GGZ*. 2016, Trimbos Instituut: Utrecht.
22. Valentijn, P.P., et al., *Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care*. International journal of integrated care, 2013. **13**.
23. Nancarrow, S.A. and A.M. Borthwick, *Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce*. Sociology of health & illness, 2005. **27**(7): p. 897-919.
24. Schäfer, W., P. Groenewegen, and M. Berg, *De werkbelasting van huisartsen: Nederland in internationaal perspectief*. 2016.
25. Swagers, J., *Transformatie: sturen op verandering in het sociaal domein*. Jeugdbeleid, 2015. **9**(4): p. 225-232.
26. Arum, S.v. and V. Schoorl, *Sociale wijkteams in vogelvlucht, state of the art 2014*. 2015, Utrecht: Movisie.
27. Schäfer, W., P. Groenewegen, and M. van den Berg, *De werkbelasting van huisartsen. Nederland in internationaal perspectief*. Utrecht: Nivel, 2016.
28. Schrijvers, G., *Zorginnovatie volgens het cappuccinomodel*. Amsterdam: Thoeis, 2014.

# Bijlage 1      Methode

## Interviews

### Deelnemers

Er zijn 25 interviews gehouden (de meeste met één geïnterviewde, een aantal dubbelinterviews). In totaal zijn geïnterviewd: 5 huisartsen, 4 buurtteammedewerkers team sociaal, 4 buurtteammedewerkers jeugd en gezin, 3 POH's-GGZ, 1 praktijkverpleegkundige ouderen, 2 jeugdartsen, 1 fysiotherapeut, 1 Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige, 1 wijkapotheeker, 1 wijkverpleegkundige, 1 wijkspecialist (neuroloog) en 1 vitaliteitsmakelaar.

De geïnterviewden zijn geworven via het netwerk van Overvecht Gezond. Selectiecriteria waren: werkzaam als zorg- of welzijnsprofessional in Overvecht en enige ervaring met samenwerking met andere professionals in de wijk. Geen enkele benaderde professionals heeft geweigerd deel te nemen aan een interview.

### Opzet interview

De topiclijst voor het interview was geïnspireerd op verschillende modellen voor samenwerking in de zorg, met name het Regenboogmodel voor geïntegreerde zorg en het Healthy Alliances Framework. Het interview werd opgebouwd om een aantal thema's met bijbehorende vragen: (1) vorm van de samenwerking (Bijv. Met wie werk je samen? En hoe?); (2) persoonlijke factoren (bijv. hoe zie je jouw rol in de samenwerking? Wat belemmert jou om samen te werken?); (3) Institutionele factoren (bijv. in hoeverre wordt je gefaciliteerd door je leidinggevende/organisatie om samen te werken?); (4) organisatie van de samenwerking (bijv. Welke afspraken zijn er vastgelegd? Wat gaat daarin goed/minder goed?). Ook werd deelnemers open gevraagd welke drie zaken geregeld zouden moeten worden (in de ideale situatie) om de samenwerking te verbeteren.

### Analyses

De interviews zijn opgenomen en verbatim uitgeschreven. De geïnterviewden hebben het transcript toegestuurd gekregen en hebben hierop kunnen reageren. Analyses zijn deels gecodeerd aan de hand van de gebruikte modellen en deels open wanneer een relevant topic naar voren kwam wat niet onder een topic uit de modellen viel. In de loop van het proces zijn codes samengevoegd tot categorieën die de basis vormen van de resultaten beschreven in dit rapport.

De analyses zijn uitgevoerd met behulp van MAXQDA 11.

## Focusgroep

### Deelnemers

De deelnemers werden geworven via de 'regiegroep Gezonde Wijk'. Dit zijn vertegenwoordigers van organisaties die betrokken zijn bij de organisatie van samenwerking in de wijk Overvecht. Aan de focusgroep deden 8 managers mee: 2 vanuit de huisartsenorganisatie, 1 van de basis-GGZ, 2 vanuit de buurtteamorganisatie (sociaal), 1 vanuit woonbegeleiding, 1 vanuit jeugdgezondheidszorg en 1 vanuit de beweegmakelaars. De uitnodiging was ook verstuurd naar managers van 6 andere organisaties (ziekenhuis, thuiszorg, welzijn), maar deze konden of wilden niet aanwezig zijn.

### **Opzet focusgroep**

De topics uit de focusgroep waren gebaseerd op de interviews. De focusgroep was opgedeeld in twee delen: (1) Samenwerken in de wijk, en (2) wat is goede zorg voor deze groep? In het eerste deel waren de primaire topics: Wat is belemmerend/ bevorderend voor samenwerking? Waar liggen kansen en mogelijkheden voor verbetering? Welke belangen spelen bij de verschillende partijen een rol? Welke belangen zijn gedeeld en welke tegenstrijdig? In hoeverre is er duidelijkheid over ieders rollen en verantwoordelijkheden? Is dit vastgelegd?

In het tweede deel waren de primaire topics: Hoe ziet goede zorg voor deze groep eruit? Wat is ieders ideaal? In hoeverre zitten ze hierover op een lijn? Hoe goed lukt dat momenteel? Wat gaat wel/niet goed, en hoe komt dat? Wat zijn hierin kritische elementen? Welke voorwaarden zijn hiervoor nodig? Wat is daarin belemmerend/ bevorderend?

### **Analyses**

De focusgroep is opgenomen, verbatim uitgeschreven en op vergelijkbare manier geanalyseerd als de interviews.

## Bijlage 2      Het Nederlands zorgsysteem in beweging

De ontwikkelingen in Overvecht en het ontstaan van Krachtige basiszorg kunnen niet los gezien worden van een aantal transities in het Nederlandse zorgsysteem die de afgelopen jaren hebben plaats gevonden. In deze paragraaf zullen we de, voor deze studie belangrijkste, toelichten.

Verschillende ontwikkelingen op maatschappelijk en medisch gebied hebben ervoor gezorgd dat de druk op de gezondheidszorg de afgelopen jaren steeds groter is geworden. Het aandeel ouderen stijgt niet alleen in Nederland, maar de gemiddelde leeftijd is de afgelopen decennia ook steeds hoger geworden (dubbele vergrijzing) [24]. Tegelijkertijd hebben wetenschappelijk innovaties ervoor gezorgd dat voorheen dodelijke ziekten steeds vaker chronische aandoeningen worden met een blijvende zorgvraag, zoals bij bijvoorbeeld hart- en vaatziekten en kanker. Het gevolg hiervan is een toenemend aantal mensen met langdurige, en soms complexe, hulp- en ondersteuning behoeften. De complexiteit zit hem dan bijvoorbeeld in dat mensen meerdere aandoeningen hebben op zowel lichamelijk als psychisch gebied. Deze mensen hebben intensievere en meer specialistische zorg nodig waarbij verschillende professionals betrokken zijn.

Het zorgsysteem kwalitatief hoog en betaalbaar houden is al een aantal jaar het doel van beleids- en wetgevers en heeft ondertussen al geleid tot verschillende stelselwijzigingen. Er is een algehele tendens om zorg zo 'dicht mogelijk bij de burger' aan te bieden en zoveel mogelijk de 'eigen kracht' en verantwoordelijkheid van burgers en hun omgeving aan te spreken. Voorbeelden hiervan zijn het verkorten van opnameduur in ziekenhuizen, langer thuis blijven wonen van ouderen, het minder vaak en minder lang klinisch opnemen van mensen met psychiatrische problematiek, en het in toenemende mate aanbieden van zorg en welzijn op wijkniveau. Om dit te realiseren zijn de afgelopen jaren een aantal concrete aanpassingen gedaan aan het systeem. De, voor dit onderzoek, belangrijkste stelselwijzigingen zijn de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), Participatiewet en jeugdwet in 2015 [19, 25], en de invoering van de generalistische basis GGZ. Het overkoepelende doel van deze transities was het decentraliseren van (grote delen van) de zorg naar de gemeentes, zorg verplaatsen richting de eerste lijn en de participatie van kwetsbare burgers vergroten en meer inzetten op eigen verantwoordelijk. Deze systeem veranderingen gingen tegelijkertijd gepaard met het verlagen van budgetten.

Gemeentes hebben dus een grote rol gekregen in het zorg en welzijnsaanbod, met name ook op gebied van jeugd. Dit heeft tot grote veranderingen geleid in hoe de zorgverlening vorm gegeven wordt. Om de gemeentelijke verantwoordelijkheid vorm te geven zijn in bijna alle gemeentes wijk/buurtteams ontstaan [26]. Deze wijkteams bestaan meestal uit generalistisch werkende zorg- en welzijnsprofessionals en zijn bedoeld als het eerste aanspreekpunt voor burgers bij maatschappelijke problemen. Ook zijn deze teams de 'ingang' voor voorzieningen die gefinancierd worden vanuit de gemeentes. Een belangrijk doel van de wijkteams was het integraal aanpakken van problemen van mensen en de hulp aan hen te versimpelen door te voorkomen dat een gezin bijvoorbeeld te maken krijgt met allerlei verschillende hulpverleners, het credo is: 'één gezin, één plan'. De wijkteams hebben expliciet de opdracht meegekregen burgers aan te spreken op hun eigen kracht en mogelijkheden en om burgers te stimuleren hulp en ondersteuning (ook) te zoeken in hun eigen omgeving.

Tabel 2: Belangrijkste zorgwetten die van invloed zijn op de Krachtige basiszorg

Wet	Wat	Voor wie	Verantwoordelijk voor uitvoering
<b>Zorgverzekeringswet (ZVW)</b>	medische zorg en verpleging, hieronder valt ook wijkverpleging.	Iedereen	Zorgverzekeraars
<b>Wet Langdurige Zorg</b>	Intra- of extramurale 24 uurszorg. In een instelling, via een volledig of modulair pakket thuis of met een persoonsgebonden budget.	mensen die langdurig 24 uur per dag zorg nodig hebben	Centrum Indicatiestelling zorg
<b>Wet Maatschappelijke ondersteuning (WMO)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leefbaarheid en sociale samenhang bevorderen</li> <li>- Mantelzorgers en vrijwilligers ondersteunen</li> <li>- Het bevorderen van mensen met een beperking of psychisch probleem om deel te nemen aan de samenleving</li> <li>- Maatschappelijke opvang aanbieden</li> <li>- Openbare geestelijke gezondheidszorg bevorderen</li> <li>- Informatie, advies en patiënt ondersteuning geven</li> <li>- Verslavingsbeleid bevorderen</li> <li>- Jeugdigen met problemen preventief ondersteunen</li> </ul>	Iedereen	Gemeentes
<b>Jeugdwet</b>	Preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen.	Minderjarigen	Gemeentes
<b>Participatiewet</b>	Wet die de gemeente opdraagt mensen met een arbeidsbeperking zoveel mogelijk aan het werk te krijgen.		Gemeentes

## Toenemende druk op de eerste lijn

De vergrijzing, de verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn en de verschillende transitie in het zorgstelsel van de afgelopen jaren (zie bijlage 2) hebben geleid tot een toenemende druk op de eerstelijns zorg, zowel in aantallen patiënten en als in complexiteit van de problematiek. Met name het toenemend aantal ouderen dat langduriger thuis blijft wonen, de grotere rol in de generalistische basis GGZ en de ambulantisering van de specialistische GGZ heeft geleid tot een groter en complexer takenpakket. Een belangrijke ontwikkeling was het invoeren van de basis GGZ in 2014. Het doel hiervan was/is het bewerkstelligen van een verschuiving van psychische hulp van de gespecialiseerde GGZ instellingen naar hulp door huisartsenpraktijken en generalistische basis GGZ.



Huisartsenpraktijken hebben sinds 2014 in toenemende mate praktijkondersteuners (vaak verpleegkundigen of psychologen) in dienst die laagdrempelig diagnostiek en behandeling kunnen uitvoeren bij mensen met lichte tot matige psychiatrische hulpvragen (zie ook tabel 3). Vooral ook in achterstandswijken, met relatief veel ouderen en mensen met psychiatrische en psychosociale problematiek, is de druk op de eerstelijns zorg toegenomen [27].

Deze ontwikkelingen vragen om een andere organisatie van de eerstelijnszorg en meer afstemming binnen de eerste lijn en tussen de eerste lijn en specialistische partijen. De patiënt en zijn of haar behoeftes en voorkeuren, op verschillende gebieden, moet centraal staan. Vervolgens kan de zorg daaromheen, als een geheel, georganiseerd worden. Twee concepten zijn daarbij van belang: integrale zorg en geïntegreerde zorg. Integrale zorg is zorg waarbij gezondheid bekeken wordt vanuit somatisch, psychisch en maatschappelijk perspectief [28]. Geïntegreerde zorg is samenhangende zorg waaraan meerdere zorgverleners of zorgaanbieders op verschillende momenten een bijdrage leveren, zoals bijvoorbeeld ketenzorg en samenwerkingsverbanden tussen zorgaanbieders.