

NHG-PRAKTIJKHANDLEIDING SAMENWERKEN AAN GEZONDHEID IN DE WIJK

Gezondere patiënten, niet alleen úw zorg

Rosemarie de Wit, Karin van Haaren en Karolien van den Brekel-Dijkstra

Utrecht, september 2018



VOORWOORD



Met genoegen bieden wij u de NHG-Praktijkhandleiding Samenwerken aan gezondheid in de wijk aan. Met het aankomende [Nationaal Preventieakkoord](#) van het ministerie van VWS en diverse andere partijen en meer aandacht voor regionale en wijkgerichte organisatie is er behoefte aan concrete aanwijzingen voor de huisartsenpraktijk. In de gezondheidszorg verschuift het accent van ziekte & zorg naar gezondheid & gedrag. Wat betekent die verschuiving voor u? Hoe kunt u een persoonsgerichte aanpak in de praktijk toepassen? Hoe bevordert u de gezondheid van bewoners in uw wijk? In deze handleiding vindt u praktische handvatten om samen te werken met professionals in het publieke en sociale domein, en voor verwijzing naar die professionals.

Deze praktijkhandleiding is een product van het programma Preventie in de Buurt dat NHG en RIVM Centrum Gezond Leven hebben uitgevoerd in opdracht van VWS. Voor deze praktijkhandleiding hebben RIVM en NHG samengewerkt met leden van stuurgroepen en klankbordgroepen van LHV, Radboudumc, Trimbos-instituut, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Pharos expertisecentrum gezondheidsverschillen, Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG), GGD GHOR Nederland, Ineen en UMCU Public Health.

In hun eigen leefomgeving gezondheid en welbevinden van mensen bevorderen is een van de ambities die het NHG en de LHV beschrijven in hun Toekomstvisie Huisartsenzorg.¹ Het programma Preventie in de Buurt draagt hieraan bij door de verbinding tussen huisartsenzorg en publieke gezondheid te versterken. Hieruit is een aantal gereedschappen voortgekomen voor samenwerken aan gezondheid in de wijk: lokale wijkgerichte werksessies, voorbeelden, materialen, een e-learning, en deze praktijkhandleiding.² Deze handleiding sluit aan bij de e-learning Programma voor Individuele Nascholing (PIN) 22/01 Samenwerken aan gezondheid in de wijk en is geschreven voor huisartsen, huisartsen in opleiding, praktijkondersteuners en andere geïnteresseerden.

Utrecht, september 2018,

*drs. Rosemarie de Wit, drs. Karin van Haaren en dr. Karolien van den Brekel-Dijkstra,
allen huisarts en wetenschappelijk medewerker NHG*

U staat niet alleen

De ontwikkelingen gaan snel en het onderwerp samenwerking in de wijk is breed. Daarom hebben wij als auteurs geen volledigheid willen nastreven. Wel willen wij u met deze praktijkhandleiding informeren en inspireren, met achtergronden en enkele voorbeelden uit het land.

De druk op de huisartsenzorg is groot. Maar niet iedere huisarts kan en hoeft, samen met de gemeente, zelf de nieuwe taken in te vullen. U kunt werken met een afgevaardigde van bijvoorbeeld een hagro, een organisatie voor geïntegreerde eerstelijnszorg (GEZ) of een zorggroep, die voor uw wijk of regio afspraken maakt.

Wijkgerichte samenwerking aan gezondheid is belangrijk om langer in gezondheid te kunnen leven, maar ook om verslechtering te voorkomen, bij chronische aandoeningen. Bij die wijkaanpak draait het niet alleen om leefstijlbevordering, maar ook om mensen bij wie de minder goede gezondheid sterk verweven is met sociaal-maatschappelijke problematiek. Dat is een grote uitdaging. Maar als u de samenwerking met andere professionals goed opzet, maken de vele handen lichter werk. Wij willen daaraan met deze praktijkhandleiding graag bijdragen. De huisarts heeft een belangrijke rol als spil in de wijk, maar staat niet alleen.

INHOUD

1	Inleiding	5
2	Wat is gezondheid?	7
3	Persoonsgerichte zorg	10
4	Leefstijlondersteuning	14
5	Samenwerken in de wijk	18
6	Hoe nu verder?	24
	Bijlage 1 Wetten	25
	Bronnen	28

HOOFDSTUK 1 INLEIDING



1.1 WAAROM SAMENWERKEN IN DE WIJK?

De huisarts is vaak de eerste naar wie mensen toegaan met gezondheidsvragen en -problemen. Achter de klachten kunnen sociale en maatschappelijke problemen schuilgaan, of daarmee verweven zijn. Bij bijna 20% van de zorgvragen gaat het om geregistreerde sociale en psychische problemen in de huisartsenpraktijk.³

Voor problematiek die vooral voortvloeit uit de sociaal-economische situatie van de patiënt, is verwijzing naar het gemeente- en welzijnsaanbod op zijn plaats. Denk daarbij bijvoorbeeld aan schulden en eenzaamheid. Daarnaast heeft de huisarts te maken met hulpvragen van patiënten, al dan niet met een chronische aandoening, waarbij de leefstijl een belangrijke rol speelt. Vaak is er een relatie tussen de lage sociaal-economische status en een ongezonde leefstijl. Als huisarts weten we in geval van ziekte de weg naar de tweede (en derde) lijn goed te vinden, maar is de weg naar de nulde lijn in de wijk nog niet vanzelfsprekend.

Sinds de transitie in 2015 heeft de gemeente en publieke gezondheid een belangrijke rol gekregen in de zorg. Hoe hierin samen te werken om gezondheid en welzijn te bevorderen voor bewoners in de wijk, is voor sommige huisartsen en gemeenten reeds bekend. Anderen zijn zich misschien niet voldoende bewust van de mogelijkheden die samenwerken met de nulde lijn op kan leveren. Het kan veel tijd schelen van de huisarts, de poh somatiek (in het geval van bijvoorbeeld leefstijlproblematiek) en de poh ggz (in het geval van bijvoorbeeld problemen in het sociale domein als oorzaak van psychische klachten) als je als huisarts goed op de hoogte bent van de mogelijkheden in je gemeente. Dat levert meer tijd op voor andere patiënten en doet meer recht aan de huisarts als spil in de cure die niet de care moet gaan overnemen.

Voor nu de druk op de huisartsenzorg toeneemt, is enerzijds ruimte nodig voor andere gespreksvoering, met soms meer tijd voor de patiënt, maar daardoor betere zorg en een

aanbod op maat. Anderzijds is duidelijke rolverheldering en taakafbakening nodig, wat de huisarts zelf doet en wanneer doorverwijzen op zijn plaats is.

Kennis van de mogelijkheden binnen de wijk en een goede samenwerking met de diverse aanbieders zorgen ervoor dat de huisarts minder tijd kwijt is aan de begeleiding of de verwijzing van de patiënt. Bij een goede samenwerking in de wijk is het voor de zorgverleners helder wat zij van elkaar kunnen verwachten en zijn er tevens duidelijke afspraken gemaakt wie er verantwoordelijk is voor welke doelstellingen. Een goed netwerk in de wijk draagt daardoor bij aan efficiëntie in de zorg.

1.2 WAT KUNT U IN DEZE PRAKTIJKHANDLEIDING VINDEN?

- Achtergronden van het begrip gezondheid.
- Een toelichting over persoonsgerichte zorg.
- Een korte uitleg over leefstijlondersteuning en -interventies.
- Een praktische uitleg over samenwerking en de voordelen daarvan.

HOOFDSTUK 2 WAT IS GEZONDHEID?



2.1 DEFINITIE VAN GEZONDHEID

Er bestaat geen eenduidige definitie van gezondheid. In de eerste helft van de vorige eeuw werd gezondheid opgevat als afwezigheid van ziekte. In 1948 definieerde de WHO gezondheid als een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken. In 2011 werd een nieuwe omschrijving voorgesteld waarbij gezondheid wordt gerelateerd aan het vermogen van mensen om te kunnen omgaan met beperkingen en ziekten en zelf regie te kunnen voeren. In deze manier van denken staat de mens in plaats van de ziekte centraal en ligt de focus in de zorg op het bevorderen van iemands eigen kracht en zelfredzaamheid en de kwaliteit van leven.⁴

Door mensen te helpen om inzicht te krijgen in de eigen gezondheidssituatie komt de onderliggende problematiek hiervan aan het licht. Dit helpt om de regie van mensen te bevorderen. Het aanbod van ondersteuning in de wijk kan hierbij een belangrijke rol spelen. Deze benadering verheldert dat gezondheidsbevordering niet alleen een zaak is van medische professionals, maar ook te maken heeft met sociaal-maatschappelijke factoren. Dit draagt bij aan demedicalisering en helpt taken en verantwoordelijkheden in de zorg te onderscheiden en te delen.

Kader 2.1

Inspirerend voorbeeld

Limburg Afferden

In de huisartspraktijk in Afferden besloten ze enkele jaren geleden om meer aandacht aan de verschillende domeinen van de patiënten te besteden. Dat doen ze met het spinnenwebmodel van het Institute for Positive Health⁵ (zie kader 2.2). De zorgverzekeraar werkte daar financieel aan mee, waardoor er meer tijd per patiënt beschikbaar kwam. Er bleek 25% minder te worden verwezen dan eerder naar de tweede lijn.⁶

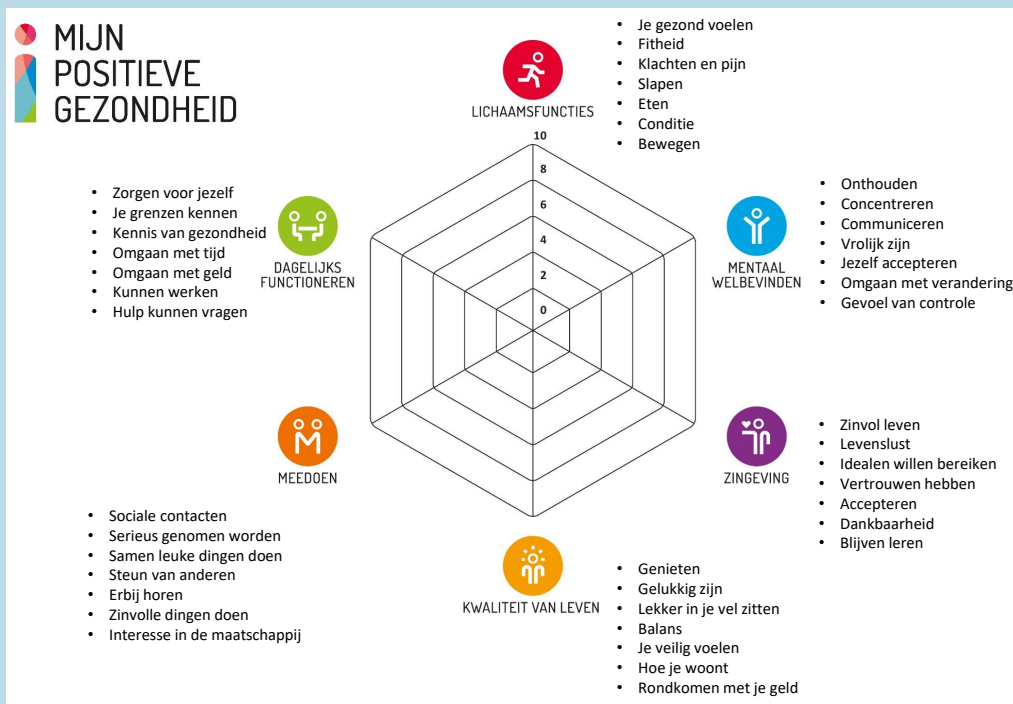
Kader 2.2**Spinnenwebmodel Institute for Positive Health⁷**

Verschillende zorgverleners en welzijnswerkers gebruiken het spinnenwebmodel van Machteld Huber om de patiënt te ondersteunen in het verhelderen van hun zorgvraag. Huber ontwikkelde een nieuwe conceptdefinitie van gezondheid:

Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven.

In een vervolgonderzoek werd dit uitgewerkt tot het concept positieve gezondheid, met zes dimensies:

- lichaamsfuncties
- mentaal welbevinden
- zingeving
- kwaliteit van leven
- meedoen
- dagelijks functioneren



Naar aanleiding van scores op basis van een vragenlijst⁸ ontstaat een spinnenweb, wat de aanleiding is voor een gesprek over wat iemand zelf graag wil veranderen. Het invullen van het spinnenweb geeft inzicht en stimuleert mensen om zelf na te denken over hoe het met ze gaat. Dit gespreksinstrument kan worden toegepast door de huisarts en de praktijkondersteuners. De vragenlijst (www.mijnpositievegezondheid.nl) kan thuis worden ingevuld, voor kinderen is er een speciale tool. In een volgende afspraak kan dan worden stilgestaan bij wat belangrijk is voor mensen. Hierdoor ontstaat een intrinsieke motivatie voor wat men zelf wil veranderen en wie of wat er nodig is in hun omgeving om dat te bereiken.⁹

2.2 GEZONDHEIDSVERSCHILLEN

Er bestaan in onze samenleving grote gezondheidsverschillen die voor een belangrijk deel zijn gerelateerd aan de sociaal-economische achtergrond van mensen. Een Nederlandse man met het laagste opleidingsniveau leefde in 2011-2014 gemiddeld 53,0 jaar in een als goed ervaren gezondheid, terwijl een man met het hoogste opleidingsniveau 71,7 jaar in goede gezondheid doorbracht.¹⁰ Lager opgeleiden hebben bijvoorbeeld ruim 2,5 keer zo vaak ernstig overgewicht dan hoger opgeleiden.¹¹

Ook psychische en sociale problemen zorgen voor gezondheidsverschillen. Tijdens chronische stress komen er stoffen vrij zoals cortisol, vergelijkbaar met de reactie op acute stress, zoals een infectie of dreigende situatie. Deze veroorzaken schade die de kans op hart- en vaatziekten, diabetes en depressie vergroten. De psychische gesteldheid zelf blijkt ook van invloed hierop te zijn, net als roken, weinig bewegen en ongezonde voeding. Een combinatie van deze factoren kan voor een neerwaartse spiraal zorgen, waardoor de kans op ziekte groter wordt. Daardoor ontstaat een hoger risico op problemen met werken, waardoor financiële problemen en stress nog verder kunnen toenemen.¹² Mensen met een minder goede sociaal-economische achtergrond hebben relatief een hogere en meervoudige zorgvraag.

2.3 GEZONDHEIDSVAAARDIGHEDEN

In onze samenleving en onze gezondheidszorg ligt de nadruk, mede als gevolg van het overheidsbeleid, op eigen verantwoordelijkheid en regie van mensen. Niet iedereen is echter even goed in staat om deze verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid te dragen. Mensen verschillen in levensomstandigheden en in de mate waarin tegenspoed en beperkingen hun leven treffen. Uit Nederlands onderzoek blijkt dat 33% van de Nederlandse bevolking niet genoeg vaardigheden heeft om informatie over hun gezondheid te begrijpen en toe te passen.¹³ Deze lage gezondheidsvaardigheden zorgen voor een minder goede gezondheid en grotere kans op vroegtijdig overlijden.¹⁴ Lage gezondheidsvaardigheden komen relatief meer voor bij mensen met een lage sociaal-economische status en weinig opleiding en bij mensen met cognitieve beperkingen zoals ouderen met beginnende dementie. Daarnaast heeft ruim 1 op de 3 Nederlanders moeite om zelf de regie te voeren over gezondheid, ziekte en zorg door het ontbreken van kennis, motivatie en zelfvertrouwen. Ook mensen met een hoog opleidingsniveau en hoog inkomen kunnen moeite hebben met regie in situaties waarin het hun tegenzit, zoals bij ernstige ziekte, echtscheiding, faillissement en ontslag.¹⁵

2.4 EQUITY

Niet iedereen heeft evenveel zorg nodig om tot hetzelfde gezondheidsniveau te komen. Het begrip equity in de gezondheidszorg betekent dat wie meer, of andere zorg nodig heeft, die dient te krijgen.¹ Dat geldt vooral voor mensen voor wie de genoemde gezondheidsverschillen en -vaardigheden relevant zijn. De huisarts kan vanuit zijn positie als eerste én vaste aanspreekpunt in de zorg eraan bijdragen dat mensen de juiste zorg krijgen op de juiste plaats op het juiste moment.

HOOFDSTUK 3 PERSOONSGERICHTE ZORG



3.1 DEFINITIE VAN HUISARTSGENEESKUNDE

In de Woudschotenconferentie in 1959 werd besloten tot de volgende definitie van huisartsgeneeskunde:

‘Het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen.’¹⁶

Het gebruik van richtlijnen is van belang voor de kwaliteit van de medische zorg, maar voor het bevorderen van de gezondheid is het van belang hierbij de contextuele en persoonsgerichte benadering niet uit het oog te verliezen. Het gesprek met de patiënt en inspelen op de behoeften, mogelijkheden en motivatie van de patiënt zijn cruciaal voor passende zorg. De organisatie en de bekostiging van de huisartsenzorg gaat nog onvoldoende uit van een brede samenwerking die nodig is voor een integrale aanpak, tussen de eerste lijn en andere organisaties in de wijk.¹⁷

Kader 3.1

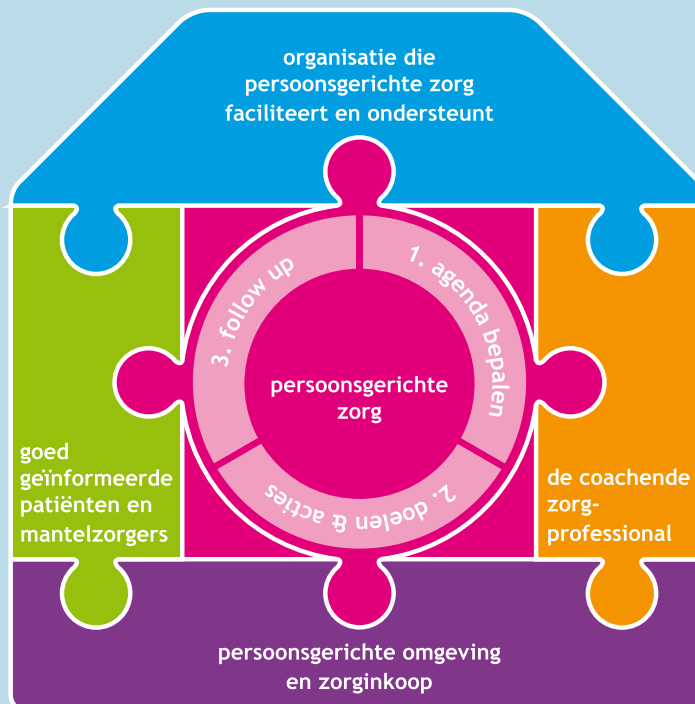
Definitie van persoonsgerichte zorg

‘Een manier om zorg op maat te bieden aan mensen met een gezondheidsprobleem. De kern van persoonsgerichte zorg is dat de zorgverlener niet de klacht of aandoening centraal stelt, maar de persoon die de klacht presenteert.’

Aandacht voor eigen verantwoordelijkheid en betrokkenheid van de patiënt bij het behandelbeleid is uitgangspunt.

Kader 3.2**Inspirerend voorbeeld****Persoonsgerichte zorg in de praktijk¹⁸**

In de regio's Delft-Westland-Oostland en Nieuwe Waterweg Noord ontstond uit een fusie tussen een huisartsenzorggroep en de plaatselijke ROS (zie kader 5.1 in hoofdstuk 5) de Zorgorganisatie Eerste Lijn (ZEL). Zij zetten in de regio volledig in op persoonsgerichte zorg. In plaats van bij patiënten met multimorbiditeit gestapelde ketenzorg te hanteren, streven zij naar een benadering op maat. Dit doen zij onder andere door scholingen aan te bieden aan huisartsen, praktijkondersteuners en doktersassistenten en tevens een praktijkbegeleider aan elke praktijk toe te wijzen om te ondersteunen in het opstellen en uitvoeren van verbeterplannen. Zo'n verbeterplan wordt opgesteld naar aanleiding van een zelfmanagementscan die wordt ingevuld door alle medewerkers die een scholing hebben gevolgd.



Zij maken gebruik van het zogeheten Huis van persoonsgerichte zorg.¹⁹ Dit is een flexibel raamwerk dat je als kader kunt gebruiken bij het ontwikkelen van een systematische aanpak voor persoonsgerichte zorg in een organisatie. Het huis bevat verschillende belangrijk niveaus die met elkaar samenhangen:

- kern van het huis: persoonsgerichte zorg;
- links: goed geïnformeerde patiënten en mantelzorgers;
- rechts: de coachende zorgverlener;
- boven: organisatie die persoonsgerichte zorg faciliteert en ondersteunt;
- onder: persoonsgerichte omgeving en zorginkoop.

3.2 COMPLEXE GEZONDHEIDSPROBLEMEN ONTRAFELLEN

De klachten en gezondheidsproblemen van patiënten in de huisartsenpraktijk variëren van enkelvoudig ‘alledaags’ tot chronisch en meervoudig complex. Voor patiënten met een chronische aandoening speelt het leren omgaan met de ziekte een belangrijke rol. Bij ingrijpende levensgebeurtenissen en complexe problematiek met een sterke verwevenheid van lichamelijke en psychosociale factoren is de integrale benadering belangrijk om passende zorg te kunnen bieden. Als de problemen lang bestaan, kan dit chronische stress en lichamelijke klachten veroorzaken, wat meestal hand in hand gaat met ongezonde leefgewoonten. Soms is het moeilijk om de verschillende problemen te onderscheiden en te bedenken welke strategie het beste kan helpen.

Door het ontrafelen van complexe gezondheidsproblemen zodat de achtergrond en aard van de zorgbehoefte duidelijk worden, kan men vervolgens passende zorg bieden. De huisarts of de praktijkondersteuner kan de patiënt hiermee goed helpen en problemen rubriceren om vervolgens samen te kijken wat de patiënt als eerste wil aanpakken, wat daarvoor de beste strategie is en of verwijzing naar een andere zorgverlener of het sociale domein ingeschakeld dient te worden. Hiermee is niet alleen de patiënt beter gediend, het draagt ook bij aan de juiste zorg op de juiste plek en het werkplezier van de huisarts en de praktijkondersteuner.

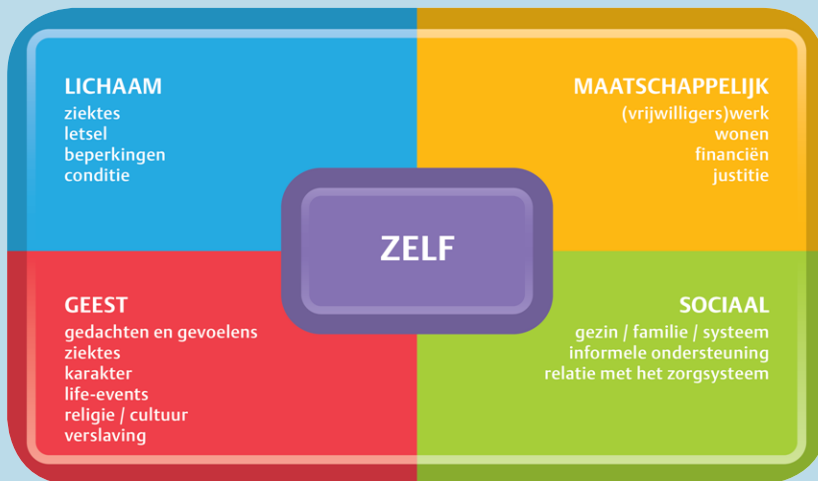
Om deze karakteristieke integrale huisartsgeneeskundige benadering te structureren, zijn verschillende modellen ontwikkeld zoals de vragenlijst van MijnPositieveGezondheid (zie kader 2.2) en het 4-domeinenmodel (zie kader 3.4).

Kader 3.3

Inspirerend voorbeeld

Utrecht Overvecht

In de Utrechtse achterstandswijk Overvecht is er al jaren een samenwerkingsverband tussen zorgverleners en welzijnswerkers. Er is veel aandacht voor eigen regie en kracht van de bewoners. In 2014 is er gestart met een programma in samenwerking met de eerste buurtteams. Dit programma heet [Krachtige Basiszorg](#) en is bedoeld voor die patiëntenpopulatie die het meeste moeite heeft met eigen regie in zorg of andere domeinen en dus maatwerkzorg en welzijnsinterventies nodig hebben. Binnen dit programma is het 4-domeinenmodel (een gespreksmodel, zie kader 3.4) ontwikkeld. Het programma wordt gefinancierd door een zorgverzekeraar. Onderzoek laat zien dat de aanpak heeft geleid tot een kostenreductie. Onderzoek door het NIVEL laat zien dat voor diverse onderdelen van het programma en in het bijzonder het gespreksmodel ook onderbouwing is terug te vinden voor de werkzaamheid.²⁰

Kader 3.4**Het 4-domeinenmodel****Werkwijze**

Met het 4-domeinenmodel (4D-model) nodigt de huisarts de patiënt expliciet uit om samen de overstap te maken van het medisch-oorzakelijke model naar een bredere manier van kijken naar gezondheid, het biopsychosociale model. De patiënt geeft zelf vervolgens een waardering voor zijn ervaren gezondheid. De huisarts legt uit wat de vier domeinen betekenen en dat deze zowel elkaar als de eigen ervaren gezondheid beïnvloeden. Door de term zelf in het centrum te plaatsen, is duidelijk dat de patiënt zelf het uitgangspunt is bij de vraagverheldering.

Per domein gaan de huisarts en de patiënt na wat goed gaat, maar ook wat klachten en problemen zijn en wie er allemaal bij betrokken zijn. Het in kaart brengen van alle aspecten geeft handvatten voor afgestemde zorg, met meer regie van de patiënt, en meer zicht op kansen en risico's. Ook wordt duidelijker wie wat doet: verwachtingsmanagement.

Het model biedt de patiënt de ruimte om duidelijk te maken wat prioriteit heeft voor zijn gezondheid. Wat heeft hij nodig om zich beter te voelen? En wat heeft hij nodig om zelf de regie te nemen?

Niet alleen voor de huisarts

Het 4-domeinenmodel is door iedere professional in de eerste lijn en sociale werkgebied te gebruiken: huisartsen, praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, medewerkers van sociale wijkteams, buurtteams en anderen.

Voordeel van gebruik van hetzelfde instrument door alle zorgverleners in het netwerk van de patiënt is uniformiteit van visie. Patiënten herkennen de gelijke aanpak van verschillende hulpverleners: dat zorgt voor vertrouwen. Dat biedt een gemeenschappelijke basis om de eigen kracht van de patiënt, de samenwerking en de afstemming te stimuleren, en het voorkomt ondoelmatige zorg.

Meer weten?

Meer over het 4D-model is te vinden op www.stichtingvolte.nl/het-4d-model.

HOOFDSTUK 4 LEEFSTIJLONDERSTEUNING



4.1 HET BELANG VAN LEEFSTIJL

Roken, bewegingsarmoede, overgewicht, slechte eetgewoonten, overmatig alcoholgebruik en psychische problemen zijn grote ziekmakers in de huidige tijd. Er zijn al veel initiatieven ontwikkeld, zowel binnen als buiten de zorg, om een gezonde leefstijl te bevorderen, met verschillende mate van succes. Redenen voor minder succes zijn bijvoorbeeld versnippering van de zorg en het ontbreken van continuïteit in projecten en financiering van initiatieven van uiteenlopende aanbieders. Bovendien is er geen landelijk dekkend aanbod. Door deze versnippering missen zorgverleners het overzicht en dus verwijzen zij niet, of niet voldoende, naar de aanbieders.²¹ Voorlichting, motivering, implementatie van structureel aanbod en aanbod op maat blijven van belang om mensen te stimuleren tot een gezondere leefstijl.

Kader 4.1

Inspirerend voorbeeld

Keer Diabetes2 Om

Keer Diabetes2 Om is een programma voor mensen met diabetes mellitus type 2 die medicatie gebruiken. In groepen van maximaal twintig personen worden deelnemers begeleid door een vast team. Dit team bevat een verpleegkundige, een diëtist, een leefstijlcoach, een kok, en op de achtergrond een huisarts, een internist en een medisch fysioloog. Met enkele contactdagen en een online community worden deelnemers begeleid naar een gezondere leefstijl. De eerste resultaten zijn veelbelovend: bijna 40% van de deelnemers kan na een jaar nog steeds zonder medicatie.²²

Voor meer informatie, zie: www.keerdiabetesom.nl.

Kader 4.2**Inspirerend voorbeeld****Vereniging Arts en Voeding**

Deze vereniging, opgericht door huisartsen Tamara de Weijer en Iris de Vries, focust op een gezonde leefstijl als medicijn. Zij vragen aandacht voor het positieve effect van goede voeding en een gezonde leefstijl. Door middel van een werkgroep wetenschap wil Arts & Voeding beschikbare onderzoeken vertalen naar praktische evidence-based hulpmiddelen voor huisartsen. Tevens werken zij aan een grotere rol voor voeding binnen de opleiding huisartsgeneeskunde.²³ Voor meer informatie, zie: www.artsenvoeding.nl.

4.2 ROL HUISARTS EN PRAKTIJKONDERSTEUNER

Leefstijladvisering is een belangrijk onderdeel van de huisartsgeneeskundige zorg. De huisarts en de praktijkondersteuner vervullen hierin een actieve signalerende, adviseerende en motiverende rol.

Veranderen van leefstijl is in het algemeen een proces dat vraagt om langdurige begeleiding. Patiënten vinden het nuttig en gepast als de huisarts en de praktijkondersteuner hierover met hen praten. Meer dan 80% van de patiënten vindt het benoemen van overgewicht door de huisarts van toegevoegde waarde. Minder dan 1% van de patiënten vindt dat de huisarts het overgewicht niet ter sprake mag brengen.

Uit onderzoek²⁴ blijkt de effectiviteit van een advies in combinatie met een verwijzing. Een 30 seconden durend advies van de huisarts met een gerichte verwijzing naar een groepsinterventie om overgewicht te bestrijden, waarbij de huisarts de patiënt begeleidde bij aanmelding en een vervolgspraak aanbood, geeft een significant betere gewichtsreductie dan alleen het advies van de huisarts om gewicht te verliezen.

Het effect van groepsinterventies is al eerder aangetoond, waarbij langdurige interventies meer gewichtsreductie geven dan kortdurende interventies. De uitdaging ligt bij de start maar vooral ook bij het volhouden. De huisarts heeft dus vooral een belangrijke rol bij signalering en bespreekbaar maken van leefstijl. Uit het genoemde onderzoek blijkt dat dit voor de huisarts zelf niet veel extra tijd hoeft te kosten. Het aansluitende aanbod of bij de praktijkondersteuner en/of in de wijk moet dan wel bekend zijn. Hieraan kan de gemeente bijdragen.

4.3 LEEFSTIJLADVISERING IN DE DAGELIJKSE PRAKTIJK

In de dagelijkse praktijk is het allereerst belangrijk met de patiënt het gesprek aan te gaan over leefstijl en welbevinden. Actuele adviezen over leefstijl zijn beschreven in de [NHG-Zorgmodules Leefstijl](#) voor alcohol, bewegen, roken en voeding.²⁵ Deze modules behandelen ook mogelijkheden tot samenwerken in de zorg. Aan de hand van profielen kijkt u samen met de patiënt welke ondersteuning het beste past. Leidend in de keuze voor een profiel zijn:

- voorkeur van de patiënt;
- zelfmanagementvaardigheden van de patiënt;
- de aard en de ernst van de aandoening;
- eerdere persoonlijke ervaringen van de patiënt met leefstijlverandering.

De profielen zijn ingedeeld naar mate van begeleiding die de patiënt nodig heeft: zelfmanagement, advisering, ondersteunende gesprekken, behandeling generalistische basis geestelijke gezondheidszorg, en behandeling in de gespecialiseerde gezondheidszorg.

In een gesprek geeft de huisarts of praktijkondersteuner voorlichting over leefstijl en de effecten en risico's van leefstijl op de huidige en toekomstige gezondheid. Thuisarts.nl-teksten kunnen deze voorlichting ondersteunen: www.thuisarts.nl/gezonde-leefstijl.

De in hoofdstuk 2 en 3 genoemde methodieken voor gespreksvoering kunnen inzicht geven in wensen, mogelijkheden en motivatie van de patiënt. Vanuit deze wensen kijkt de huisarts of praktijkondersteuner samen met de patiënt welke ondersteuning het beste past. Hierbij helpt het als de zorgverlener de leefstijlinterventie samen met de patiënt concreet omschrijft en afspreekt, en de huisarts of praktijkondersteuner zo nodig de patiënt overdraagt aan de betreffende zorgverlener, indien van toepassing. De patiënt kan hierna aan de slag. Samen met de huisarts of praktijkondersteuner evalueert de patiënt periodiek of het lukt, of de motivatie en mogelijkheden van de patiënt nog passen, of dat er aanpassing van het profiel nodig is. Hiervoor kan men bijvoorbeeld een individueel zorgplan gebruiken, waarin betrokkenen (patiënt zelf, zorgverleners, mantelzorgers) doelen, afspraken, acties en een evaluatiemoment samen vastleggen.²⁶

4.4 MOGELIJKHEDEN LEEFSTIJLINTERVENTIES

Er zijn verschillende initiatieven ontwikkeld om mensen te ondersteunen in hun leefstijl, zoals de begeleiding bij het stoppen met roken en de beweegkuur. Veel van de leefstijlinterventies zijn voor specifieke patiëntencategorieën, bijvoorbeeld voor diabetes mellitus-, COPD-, en (vanaf 2019) obesitaspatiënten, beschikbaar binnen de Zorgverzekeringswet. Maar er zijn meer mensen die hun eigen leefstijl willen verbeteren. Zij kunnen worden verwezen naar het aanbod in de wijk. Ook zijn er bij de NHG-Zorgmodules online interventies te vinden waarmee de patiënt zelf aan de slag kan. Ook hierbij kunnen zorgverleners verwijzen naar de diverse Thuisarts.nl-teksten.

Er wordt veel ondersteuning aangeboden in de wijk, zoals leefstijlprogramma's vanuit de GGD, ggz-ondersteuningsprogramma's, een buurtsportcoach bij de gemeente, burgerinitiatieven, bijvoorbeeld de Nationale Diabetes Challenge; zie kader 4.4.

Het is voor de huisarts en de praktijkondersteuner niet gemakkelijk om van alles op de hoogte te zijn, en het aanbod kan regelmatig veranderen. Een oplossing hiervoor is om met de gemeente en GGD afspraken te maken over hoe de huisarts en de praktijkondersteuner geïnformeerd kan worden.

In hoofdstuk 5 zal worden beschreven hoe men integraal vanuit zorg en welzijn, op basis van gezondheidsthema's die spelen in de wijk, afspraken kan maken. Dit kan bijvoorbeeld een digitaal wijkportaal zijn of een SamenGezond-spreekuur door de GGD in de huisartspraktijk,²⁷ zodat de huisarts en de praktijkondersteuner daarnaar kunnen verwijzen.

Loketgezondleven.nl geeft nog meer goede voorbeelden en een overzicht van effectieve leefstijlinterventies voor de huisartspraktijk:

www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken.

Kader 4.3**Inspirerend voorbeeld van goede aansluiting zorg en welzijn****Welzijn op Recept Nieuwegein**

In Nieuwegein is de (inmiddels erkende) interventie ‘Welzijn op recept’ begonnen. Patiënten met lichte psychosociale klachten worden verwezen naar welzijnsactiviteiten, met het doel zelf hun gezondheid en welzijn te verbeteren. De huisarts geeft aan de patiënt een ‘recept’ voor de welzijnscoach mee, en vraagt de patiënt of deze het goed vindt dat de welzijnscoach de patiënt belt. Deze actieve benadering maakt de drempel voor de patiënt lager om vervolgcacties te ondernemen.

De welzijnscoach is een professional, in dienst van bijvoorbeeld een welzijnsorganisatie. Die brengt, door middel van een aantal gesprekken, samen met de patiënt de klacht en alle domeinen in kaart. De welzijnscoach is vervolgens ook op de hoogte van de mogelijkheden binnen de wijk om naar door te verwijzen. Deze methode wordt inmiddels ook in veel andere gemeenten toegepast.²⁸

Video: <https://eenvandaag.avrotros.nl/gezondheid/item/welzijn-op-recept>.

Kader 4.4**Inspirerend voorbeeld van burgerinitiatief****Nationale Diabetes Challenge**

De Nationale Diabetes Challenge is een interventie om patiënten met overgewicht, diabetes, en/of een chronische aandoening meer te laten bewegen. Twintig weken lang wandelen zij in groepsverband een keer per week vanaf een centraal punt in de wijk. In de twintigste week wandelen de patiënten drie opeenvolgende dagen, de zogeheten challenge, die wordt afgesloten met een landelijke finale.

De Nationale Diabetes Challenge is gestart door Bas van de Goor, ex-volleyballer, die zelf diabetes type 1 kreeg tijdens zijn carrière. Het streven van zijn foundation is om de kwaliteit van leven van mensen met diabetes te verbeteren door sport en bewegen. Uit de resultaten van 2017 blijkt dat een groot deel van de deelnemers de verbeterde voedings- en bewegingsleefstijl na de challenge voortzet en zichzelf een hoger cijfer geeft voor kwaliteit van leven.²⁹ Zie voor meer informatie:

www.nationalediabeteschallenge.nl.

Video: <https://youtu.be/VO56ydVwF8M>.

HOOFDSTUK 5 SAMENWERKEN IN DE WIJK^{30,31}



5.1 WAAROM SAMENWERKEN?

Door de transities in de zorg hebben gemeenten een belangrijke rol gekregen op het terrein van de ouderenzorg, achterstandsproblematiek, zorg voor de jeugd, leefstijl, veiligheid, openbare ggz en het welzijnsaanbod, van hulpverlening tot ontmoeting.³² Dit maakt dat de huisarts en de gemeente in toenemende mate elkaars partners zijn voor gezondheid van de bewoners in de wijk.

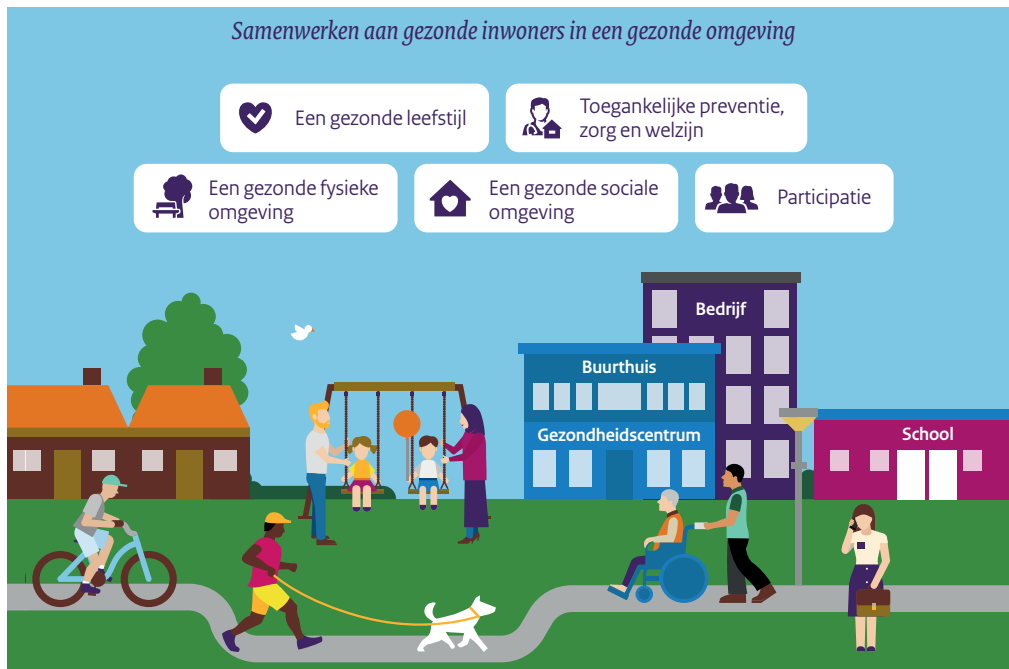
Voor de gids- en verwijfsfunctie van de huisarts is het van belang om te weten welke diensten en voorzieningen beschikbaar zijn voor patiënten. Voor gemeenten is contact met huisartsen belangrijk om de nieuwe zorgtaken en het gemeentelijke beleid goed aan te laten sluiten op de zorg in de eerste lijn.

Het is daarom nuttig en zelfs noodzakelijk dat huisartsen en gemeenten contact met elkaar leggen met het oog op afgestemde, samenhangende zorg en het waarborgen van gezondheidsondersteuning voor de bewoners en patiënten in de wijk.

5.2 DE GEZONDE WIJKAANPAK

In de gezonde wijkaanpak³³ zijn huisartsen betrokken bij de ontwikkeling van lokale gezondheidsinitiatieven door gemeente, GGD en andere partners in de wijk. Deze betrokkenheid kan per huisarts verschillen van een adviserende rol tot initiatiefnemer en trekker.

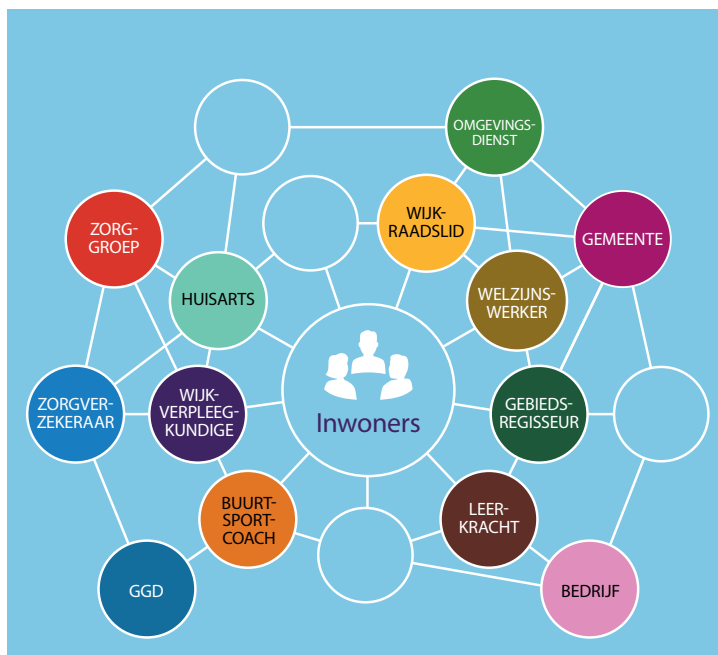
Actieve betrokkenheid bij samenwerken in een wijk is een nieuw terrein voor de huisarts. De manier, financiering en structuur waarin een gezonde wijkaanpak voor huisartsen vorm krijgt, is per gemeente verschillend. Er bestaat nog geen landelijke blauwdruk voor.



Bron: RIVM

5.3 SAMENWERKINGSPARTNERS

Vanouds werkt de huisarts samen met medische en paramedische zorgverleners zoals wijkverpleegkundigen, apothekers, fysiotherapeuten, logopedisten, psychologen, diëtisten en maatschappelijk werkers. Daarnaast zal de huisarts nu intensiever gaan samenwerken met bijvoorbeeld sociale wijkteams, buurtsportcoaches, leefstijlcoaches, gemeente, GGD en burgerinitiatieven.



©Preventie in de Buurt

Bron: RIVM

De huisarts werkt dus tegenwoordig niet alleen samen met partners in de zorg, maar ook met partners in het sociale en/of publieke domein.³⁴

5.4 GEMEENSCHAPPELIJK DOEL

Beter samenwerken is geen doel op zich, maar een middel om een gemeenschappelijk doel te bereiken. Het doel van de samenwerking moet helder zijn.

De doelen voor samenwerking die geformuleerd worden, gaan bij voorkeur over de belangrijkste problemen in de wijk. Deze doelen kunnen op basis van een actueel probleem worden gesteld, of vanuit de gezondheidscijfers van de wijk worden geprioriteerd. Uiteindelijk is het doel van interdisciplinair samenwerken optimale zorg bieden voor de patiënt.³⁵

5.5 VOORWAARDEN VOOR GOED SAMENWERKEN

De basis voor goed samenwerken ligt in een aantal voorwaarden. Samenwerking is gebaat bij een sfeer van vertrouwen en waardering voor elkaars inbreng en deskundigheid. Het is behulpzaam om afspraken te maken over de onderlinge werkwijze.

Voorwaarden voor goed samenwerken:

- helder en gemeenschappelijk doel;
- afspraken over werkwijze;
- veilige sfeer, vertrouwen;
- waardering voor elkaars inbreng en expertise.³¹

Samenwerken met welzijnsorganisaties vereist verder ook nog aandacht voor de privacy. Welzijnswerkers zijn niet BIG-geregistreerd en vallen niet onder beroepsgeheim. Huisartsen dienen daarmee rekening te houden in de communicatie. Het verdient aanbeveling om alleen het probleemgebied aan te kaarten (eenzaamheid, mobiliteitsproblemen, schulden) en erg voorzichtig te zijn met het noemen van medische diagnoses indien niet strikt noodzakelijk. Aanbevelingen voor de privacy zijn te vinden op:

www.ceg.nl/publicaties/bekijk/samen-zorgen-in-de-wijk1.

Met de ontwikkeling dat steeds meer beleid in de leef- en werkomgeving van de bewoners uitgevoerd wordt, is het organiseren van samenwerking ook veranderd. De regionale zorggroepen kunnen hierin een rol spelen, maar hiervoor bestaan ook andere ondersteunende organisaties in het land, zoals de ROS'en (regionale ondersteuningsstructuur; zie kader 5.1) en regionale huisartsorganisaties. Ook de gemeente kan de rol van regisseur op zich nemen.³⁵

Kader 5.1

Wat is een ROS?

Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en) worden gefinancierd door de overheid, waarbij de zorgverzekeraars een toeziende taak hebben en het geld beheren (<https://ineen.nl/onze-leden/roc-en>). Zij adviseren en begeleiden zowel de eerste lijn als de betrokken partijen bij het realiseren van samenhangende zorg in de wijk en de regio. Ze zetten zich in voor de samenwerking in de wijk en de regio. Dat doen de ROS'en in de rol van initiator, adviseur, projectleider of procesbegeleider, zodat men elkaar weet te vinden, cultuurverschillen kan overbruggen, en goed met elkaar kan samenwerken. Gezamenlijk vormen de ROS'en een landelijk dekkend netwerk. Daarin wisselen ze kennis en ervaring uit voor regionale samenwerking aan veranderingen in de zorg op onderwerpen zoals wijkgericht werken, substitutie, geïntegreerde gebiedsanalyses en zorgthema's.³⁶

Om in de wijk als team te kunnen functioneren, is het belangrijk om de professionals in de wijk te kennen, elkaar gemakkelijk te kunnen vinden voor overleg, multidisciplinair overleg (MDO) te organiseren, samenwerkingsafspraken te maken over belangrijke thema's in de wijk, en gezamenlijk scholing te volgen. Op plaatsen waar zorgverleners onder één dak zitten, noemt men het voordeel van over de schouder meekijken en korte lijnen.³⁷

5.6 ORGANISATIE & INFRASTRUCTUUR EN FINANCIERINGS-MOGELIJKHEDEN³⁸

De afgelopen jaren is er een nieuwe bekostigingsstructuur ontwikkeld voor het versterken van de organisatie & infrastructuur (O&I) binnen de eerstelijnszorg. Het budget hiervoor is ter vervanging van de gelden voor geïntegreerde eerstelijnszorg (GEZ-gelden). Er ligt vooral nadruk op de samenwerking met het sociale domein, maar ook financiering voor wijk-, praktijk-, regiomanagement en ondersteuning van de ketenzorg. Meer leest u in het bestuurlijk akkoord: www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2017/06/01/bestuurlijk-akkoord-huisartsenzorg-en-multidisciplinaire-zorg-2018.

Met ingang van 2018 zijn de nieuwe betaaltitels toegevoegd aan de huisartsenbekostiging en is het aan aanbieders en verzekeraars om daar afspraken over te maken.³⁹ De bekostiging biedt volgens de LHV voldoende ruimte, maar het ontbreekt nog aan afspraken, of de wil om daarover afspraken te maken.⁴⁰

5.7 PROGRAMMA PREVENTIE IN DE BUURT

Preventie in de Buurt is een programma van het NHG in samenwerking met RIVM Centrum Gezond Leven. Het project Preventie in de Buurt ondersteunt professionals uit huisartsenpraktijk, de publieke gezondheid en het sociale domein bij hun samenwerking. Preventie in de Buurt werkt met zogeheten werksessies.



Procesbeschrijving Programma Preventie in de Buurt

Bron: RIVM

Samenwerking verbeteren begint bij een duidelijke initiatiefnemer dan wel trekker. De aanwezigheid hiervan blijkt ook een van de succesfactoren van blijvende samenwerking. Vervolgens inventariseert men, welke partijen betrokken zouden kunnen zijn bij de samenwerking in de wijk. Naast GGD en ROS zijn er in elke wijk dezelfde domeinen vanuit zorg betrokken: zorg (huisartsen, praktijkondersteuners, wijkzorg, thuiszorg, paramedici), welzijn, sport en gemeente. Zij weten wat er lokaal speelt en kunnen zorgen voor de borging van de afgesproken aanpak.

Met deze partijen organiseert een van de partijen samen met Preventie in de Buurt een bijeenkomst in de vorm van een werksessie. Deze werksessie kan verschillende doelen hebben. Afhankelijk van de fase van samenwerking is dit een versterking van kennismaken en netwerken tot concrete samenwerkingsafspraken maken. De intentie is dat ze leiden tot een duurzame samenwerking. Om tot een gezamenlijk doel te komen, is het nuttig om een beeld te hebben van de gezondheidssituatie in de wijk. Een wijkgezondheidsprofiel is te maken op basis van de volksgezondheidsmonitor en data van de GGD, eventueel gecombineerd met gegevens van een wijkscan en gegevens uit en huisartsenpraktijk of huisartsenpraktijken.

De gezondheidsthema's worden geprioriteerd op basis van gezamenlijke ervaren gezondheids- en andere problemen in de wijk. De gezondheidsproblemen die in de eerste twintig werksessies aan bod zijn gekomen, variëren van overgewicht en hart- en vaatziekten tot eenzaamheid en stress. Het streven is om tijdens de werksessie concrete afspraken te maken, over verantwoordelijkheden, communicatie en eventuele nieuwe bijeenkomsten.⁴¹

Kader 5.2

Ervaringen werksessies

De werksessies die tot nu hebben plaatsgevonden, hebben de aanwezige huisartsen gewaardeerd:

'Het was een leuke bijeenkomst met een goede sfeer. Ik heb een hoop mensen leren kennen. Met name de JOGG-regisseur [deskundige Jongeren Op Gezond Gewicht, zie kader 5.3] en leefstijlcoach zijn waardevol voor mij.'

'De werksessie [thema verwarde mensen] had een buitengewoon goed opgezet programma. Er zijn concrete plannen uitgekomen, terwijl we vanaf nul startten; we kenden elkaar op dit terrein helemaal niet. Echt klasse. Ik heb zulke goede werksessies weinig gehad. We hebben na de werksessie al twee keer contact gehad met de GGD'er. Ik had eerst nog niet van hem gehoord. Het is fantastisch dat je elkaar nu weet te vinden. De werksessie heeft meer opgeleverd dan ik had verwacht.'

'Ik ben blij verrast na afloop van de werksessie. Er is echt de diepte ingegaan: er zijn gezamenlijke beleidskeuzes gemaakt, er is uitgesproken om samen verder op te trekken, te ontwikkelen. De gemeente was aanwezig. De keuze voor gemeenschappelijke prioriteiten binnen de groep kwam goed en gemakkelijk tot stand:

- overgewicht bij kinderen;
- eenzaamheid bij ouderen;
- laaggeletterdheid.

Over 3 maanden komen de 'trekkers' van de groepen weer bij elkaar om de stand van zaken en vervolg stappen te bespreken. Er wordt over 6 maanden een vervolg op deze werksessie gepland, mogelijk in een breder gezelschap, met bijvoorbeeld meer huisartsen.'



Werk sessie Eindhoven

Foto: Marieke Duijnsters

Kader 5.3

JOGG-regisseur

De JOGG-regisseur is een deskundige van de landelijke stichting Jongeren Op Gezond Gewicht. Het doel van JOGG is meer kinderen met een gezond gewicht. JOGG wil de overheid stimuleren tot een gezonde leefomgeving voor de jeugd, en adviseert gemeenten.

HOOFDSTUK 6 HOE NU VERDER?



Deze praktijkhandleiding beschrijft de voordelen en mogelijkheden van een goede samenwerking met partners uit de zorg en het sociale en publieke domein in uw buurt, ter bevordering van de ervaren gezondheid van mensen. Dit past in de huidige beweging van de gezondheidszorg van ziekte & zorg naar gezondheid & gedrag. Voor de omslag naar gezondheid is er een gedeelde wijkinfrastructuur nodig waarin ook inwoners een belangrijke rol hebben, en samen met professionals in de wijk kennis en informatie met elkaar delen.

Als u effectief wilt samenwerken op wijkniveau, zijn de voorwaarden een gezamenlijk, duidelijk gedefinieerd doel, maar ook duidelijke afspraken over de verschillende verantwoordelijkheden. Zo is procesverantwoordelijkheid in de wijk nog niet goed gewaarborgd. Het is van belang dat gemeenten structurele middelen beschikbaar stellen voor onafhankelijke wijkcoördinatie en domeinoverstijgende samenwerking. Hoe de organisatie en infrastructuur, organisatie en infrastructuur- (O&I-) wijkmanagement, hieraan gaat bijdragen, moet zich nog uitwijzen. Als huisarts kunt u ervoor kiezen om te investeren om goed geïnformeerd te zijn waarheen u kunt verwijzen, of zelf initiatief te nemen in de samenwerking met andere partners, om door middel van die samenwerking de gezondheid van uw patiënten beter te kunnen ondersteunen en bevorderen.

U kunt starten met een gespreksmodel. Deze handleiding beschrijft meerdere gespreksmodellen om de diverse domeinen in kaart te brengen die van invloed zijn op de ervaren gezondheid, zoals het spinnenwebmodel van Huber of het 4D-model van stichting Volte. Voor het project Preventie in de Buurt zijn twintig werksessies gefaciliteerd. Het NHG heeft op basis hiervan een scholing ontwikkeld met een trainer die ook bij u in de wijk een werksessie kan begeleiden. Meer informatie over het project, voorbeelden, materialen en werksessies: www.nhg.org/preventieindebuurt.

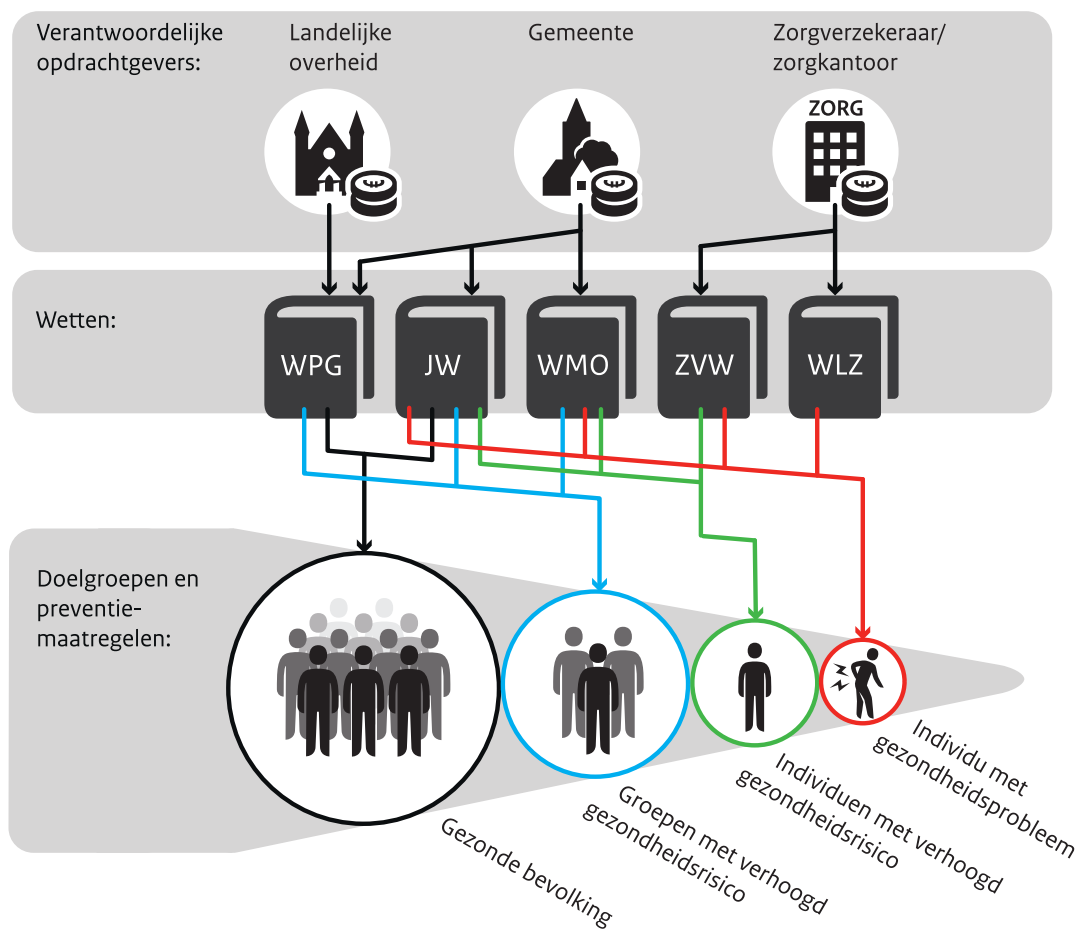
Centrum Gezond leven van het RIVM ondersteunt gemeenten en GGD om samen de mogelijkheden in de wijk te ontwikkelen, zoals met de website www.loketgezondleven.nl waar veel informatie, succesvolle initiatieven en bruikbare hulpmiddelen te vinden zijn (webpagina 'Praktische preventie- en leefstijltools voor de huisartsenpraktijk').

BIJLAGE 1 WETTEN

De afgelopen jaren zijn er diverse wetswijzigingen doorgevoerd zodat verschillende wetten een sluitende keten vormen van preventie, ondersteuning en zorg:

- Wet publieke gezondheid (Wpg);
- Jeugdwet (Jw);
- Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (WMO 2015);
- Zorgverzekeringswet (Zvw);
- Wet langdurige zorg (Wlz);
- Participatiewet (Pw).

De gemeenten hebben met de WMO 2015, de Jeugdwet (Jw) en de Wet publieke gezondheid (Wpg) een grote rol gekregen. Deze overheveling van verantwoordelijkheden en taken naar de gemeenten zijn mede ingegeven om de kosten in de zorg te beteugelen.⁴²



Uit: Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars bij het verbinden van preventie, zorg en welzijn en preventie voor risicogroepen. RIVM 2017

WET PUBLIEKE GEZONDHEID (WPG)⁴²

De publieke gezondheidszorg draagt zorg voor specifieke groepen uit de bevolking, of voor gezondheidsbeschermende en -bevorderende maatregelen voor de bevolking waaronder maatregelen om ziekten te voorkomen en vroegtijdig op te sporen. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van Wet publieke gezondheid (Wpg). Zij belegt dit vaak (deels) bij de GGD.

De gemeenten houden bij het opstellen van hun lokale gezondheidsnota het landelijke preventiebeleid in acht. Zij verzamelen en analyseren gegevens over de lokale gezondheidssituatie en gebruiken deze gegevens in het lokale gezondheidsbeleid. Zij bevorderen de samenhang en continuïteit binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming met de curatieve gezondheidszorg. Initiatieven binnen deze wet zijn bijvoorbeeld de inzet van de buurtsportcoach, en activiteiten om overgewicht bij kinderen tegen te gaan en kinderen te stimuleren om te bewegen, projecten om eenzaamheid tegen te gaan voor ouderen, maar bijvoorbeeld ook voor immigranten.

JEUGDWET (JW)⁴²

De Jeugdwet vervangt niet alleen de Wet op de jeugdzorg, die tot 2015 geldig was, maar ook de verschillende andere onderdelen van de jeugdzorg die vielen onder de Zorgverzekeringswet (geestelijke gezondheidszorg voor jongeren) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (zorg voor licht verstandelijk beperkte jeugd). Ook de jeugdbescherming en jeugdreclassering maken onderdeel uit van de wet.

De jeugdzorg is met de Jeugdwet overgeheveld naar de gemeenten die in hun beleid moeten zorgen voor:

- het probleemoplossend vermogen van kinderen en jongeren, hun ouders en hun sociale omgeving inschakelen, herstellen en versterken;
- opvoedcapaciteiten van de ouders en de sociale omgeving bevorderen;
- preventie en vroegsignalering;
- tijdig de juiste hulp op maat bieden;
- effectieve en efficiënte samenwerking voor gezinnen.

WET MAATSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING 2015 (WMO 2015)⁴²

Ondersteuning van de zelfredzaamheid van burgers en de deelname aan het maatschappelijke verkeer is geregeld in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (WMO 2015) en wordt uitgevoerd door de gemeente die hierin een grote beleidsvrijheid heeft. Het doel van deze wet is participatie: zorgen dat burgers zo lang mogelijk zelfredzaam in de wijk kunnen blijven wonen en kunnen meedoen in de samenleving. Het gaat hier niet alleen om ouderen en gehandicapten, maar over alle mensen met een beperking of met chronische psychische of psychosociale problemen.

Als een burger in zijn mogelijkheden tot participeren beperkt is, is het aan de gemeente om hem te compenseren. De compensatieplicht is wat anders dan het oude 'recht op', zoals voor 2015 in de AWBZ gold. Deze omslag van denken wordt 'de kanteling' genoemd. Bij de compensatie van een beperking wordt meer en nadrukkelijker gekeken naar wat iemand zelf kan: door het aanboren van eigen kracht, steun vanuit de eigen sociale omgeving, of door anderszins een bijdrage te leveren. De gemeente biedt vervol-

gens ondersteuning op maat in de vorm van algemene voorzieningen of maatwerkvoorzieningen. Deze voorzieningen zijn niet alleen materieel, zoals het installeren van een traplift of toekennen van een PGB, maar ook dagopvang, woonvoorzieningen, hulp bij schulden, inzet van een welzijnscoach, ondersteuning door een vrijwilliger, organiseren van een talencursus in de buurt.

ZORGVERZEKERINGSWET (ZVW)⁴²

De Zorgverzekeringswet is verplicht voor iedereen die in Nederland woont of loonbelasting betaalt. De uitvoering ligt bij de zorgverzekeraars, welke een zorgplicht hebben de zorg te leveren die onder de basispakket valt, zoals vastgesteld in het 'Besluit zorgverzekering'. Sinds 2015 valt de wijkverpleging ook onder deze wet, in plaats van onder de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, vervallen met ingang van 2015) zoals voorheen. Volwassenen in een intramurale ggz-instelling vallen sindsdien de eerste drie jaar onder deze wet, daarna onder de Wlz (zie hieronder).

WET LANGDURIGE ZORG (WLZ)⁴³

Ook de Wet langdurige zorg is verplicht voor iedereen die in Nederland woont of loonbelasting betaalt. De wet voorziet in zorg voor mensen met een blijvende somatische of psychogeriatrische beperking en mensen met een blijvende verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen die permanent toezicht nodig hebben om escalatie of ernstig nadeel te voorkomen, 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben door fysieke problemen of zware regieproblemen, en ggz-cliënten die drie jaar verblijf met behandeling hebben ontvangen vanuit de Zorgverzekeringswet. Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) beoordeelt of iemand in aanmerking komt voor de voorzieningen uit de Wlz.

PARTICIPATIEWET (PW)⁴³

De gemeente is verantwoordelijk voor alle mensen die kunnen werken maar daarbij wel ondersteuning nodig hebben. Van gemeenten wordt verwacht dat zij deze groeiende doelgroep ondersteuning biedt zodat zij aan de slag gaan. Waar nodig is er ondersteuning om het salaris aan te vullen (inkomensondersteuning).

BRONNEN

1. NHG/LHV. Toekomstvisie huisartsenzorg: Modernisering naar menselijke maat, Huisartsenzorg in 2022. Utrecht: NHG/LHV, 2012. www.tkv2022.nl.
2. Voor meer informatie, zie: www.nhg.org/preventieindebuurt.
3. De Beurs D, Magnée T, De Bakker D, Verhaak P. De psychische en sociale hulpvraag van volwassenen in de huisartsenpraktijk van 2010-2015. Utrecht: NIVEL, 2016. www.nivel.nl
4. How should we define health? Huber, M et al. as: BMJ 2011;343:d4163. www.bmj.com
5. <https://iph.nl/tools/voor-volwassenen>.
6. Jung HP, Jung T, Liebrand S, Huber M, Stupar-Rutenfrans S, Wensing M. Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen? Huisarts Wet 2018;61:41.
7. Huber M. Towards a new, dynamic concept of health: Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food. Dissertation, Maastricht University, 2014. <https://cris.maastrichtuniversity.nl>.
8. <https://mijnpositievegezondheid.nl>.
9. Huber M, Van Vliet M, Boers I. Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. NTvG 2016;160:A7720.
10. Gezonde levensverwachting; opleiding; 1997/2000-2011/2014, 18 januari 2016. Den Haag: CBS, 2016. <http://statline.cbs.nl>.
11. Denktas S, Budorf A. Wordt het geen tijd om de grote gezondheidsverschillen in Nederland op te lossen? Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 2016.
12. Van den Muijsenberg M. Verschil moet er zijn. Inaugurele rede, Radboud Universiteit Nijmegen, 2018. www.pharos.nl.
13. www.nivel.nl/Kennissynthese-Gezondheidsvaardigheden-2014.pdf.
14. Rademakers. J. De actieve patiënt als utopie. Oratie, Maastricht University, 2016. www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/actieve_patient_utopie.pdf.
15. WRR. Weten is nog geen doen, een realistisch perspectief op zelfredzaamheid. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2017. www.wrr.nl.
16. Van Osselen E, et al. Emancipatie van de huisdokter. Huisarts Wet 2016;2:78-81.
17. Koets F. 'Het leukste is patiëntencontact'. Huisarts Wet 2018;4:90.
18. Stolk G. Persoonsgerichte zorg in de hele eerste lijn. De Eerstelijns 2018;feb:11-13.
19. Boshuizen D, et al. Persoonsgerichte zorg: White paper Hoe maak je een succes van persoonsgerichte zorg? Utrecht: Vilans, 2014. www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/white-paper-integrale-aanpak-persoonsgerichte-zorg.pdf.
20. Leemrijkse C, et al, Overvecht Gezond! Theoretische onderbouwing van de 'krachtige basiszorg' in de Utrechtse wijk Overvecht. Utrecht: NIVEL, 2016.
21. Van den Berg et al. Preventie in de zorg, Themarapport, Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM, 2013. www.rivm.nl

22. Van Winkelhof M, Pijl H. Patiënt is beter af met andere leefstijl dan met een pil. *Trouw* 25/3/2018.
23. Weijer T de, Vries I de. Leefstijl als medicijn heeft de toekomst. *Huisarts Wet* 2017;9:484.
24. Aveyard P, Lewis A, Tearne S, Hood K, Christian-Brown A, Adab P, et al. Screening and brief intervention for obesity in primary care: a parallel, two-arm, randomised trial. *Lancet* 2016;388:2492-500.
25. www.nhg.org/thema/nhg-zorgmodules.
26. www.nhg.org/actueel/dossiers/dossier-individueel-zorgplan.
27. www.gezondin.nu.
28. www.loketgezondleven.nl.
29. www.bvdgf.org.
30. Dijkers F. *Praktijkvoering in de huisartsgeneeskunde* [Hoofdstuk 16 en 17]. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2016.
31. Van der Horst H, et al. *Leerboek huisartsgeneeskunde* [Hoofdstuk 12]. Utrecht: De Tijdstroom, 2014.
32. LHV/VNG. *Huisarts & Gemeente: Samen werken in de wijk*. Utrecht: LHV/VNG, 2013.
33. www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/gezonde-wijkaanpak.
34. *Leerboek huisartsgeneeskunde*, H. van der Horst e.a. De Tijdstroom, 2014 (hfst 12)
35. Dijkers et al. *Praktijkvoering in de huisartsgeneeskunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2016.
36. <https://ineen.nl/onze-leden/roc-en>.
37. www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/gezonde-wijkaanpak
38. Velzel E. [Een sterke eerste lijn voor betere zorg en beheersbare zorgkosten: Doelgerichte versterking van de Organisatie en Infrastructuur van de eerste lijn, Voorwaarde voor betere zorg en beheersbare zorgkosten](#). Bussum: ML Zorgadvies, 2016.
39. <https://puc.overheid.nl> (onder andere artikel 6).
40. www.lhv.nl.
41. Drenthen, et al. Samenwerken aan gezondheid in de wijk: een rol voor de huisarts? *NTvG* 2017;161:D2381.
42. www.loketgezondleven.nl/preventie-in-het-zorgstelsel/preventie-vijf-stelsel-wetten.
43. Van de Schoot R, De Jong F. *Infographic Hervorming zorg en ondersteuning*. Utrecht: Vilans, z.j. www.vilans.nl/producten/infographic-hervormingen-langdurige-zorg.

© Nederlands Huisartsen Genootschap

Mercatorlaan 1200

3528 BL Utrecht

Postbus 3231


3502 GE Utrecht

030 - 282 35 00

info@nhg.org

www.nhg.org

 [@nhgnieuws](https://twitter.com/nhgnieuws)

 [company/nederlands-huisartsen-genootschap](https://www.linkedin.com/company/nederlands-huisartsen-genootschap)

Utrecht, september 2018

