



# GELDZORGEN IN DE SPREEKKAMER

Opbrengst eerste leernetwerkbijeenkomst, 24 juni 2021

## Leernetwerk Geldzorgen in de spreekkamer

In opdracht van het ministerie van VWS organiseert het lectoraat Schulden en Incasso drie leernetwerkbijeenkomsten voor huisartsenpraktijken en schuldhulpverlenende organisaties. Het doel van de bijeenkomsten is om partijen die vorm willen geven aan samenwerking tussen huisartsenpraktijken en schuldhulpverlening daarbij verder te helpen.

Voorliggend verslag bevat een uitwerking van de belangrijkste inzichten die gedeeld zijn. De eerste bijeenkomst vond online plaats. Belangrijke bijdragen werden geleverd door Steven Oppenheim, senior beleidsmedewerker directie Zorgverzekeringen bij het ministerie van VWS; Cheverny Knoope, POH-er financiën bij praktijk Lijn 2 en Kim Sannes maatwerker bij De Schoor. Er namen 39 geïnteresseerden en betrokkenen deel. De onderwerpen die in dit verslag worden behandeld staan hieronder.

1	<i>Do's en dont's van samenwerking</i>	3
2	<i>Facts &amp; figures</i>	3
2.1	Over schulden	4
2.2	Over geldzorgen en gezondheid	4
2.3	Over zorgmijding	5
3	<i>Inspirerende voorbeelden</i>	5
3.1	Cheverny Knoope, de POH-F in Lijn 2	5
3.2	Kim Sannes, de Maatwerker	6
3.3	Andere voorbeelden	6
4	<i>Welzijn op Recept in relatie tot patiënten met geldzorgen</i>	7
5	<i>Pilot Geldzorgen in de spreekkamer</i>	8
6	<i>Programma 2e leernetwerkbijeenkomst</i>	8
7	<i>Meer informatie</i>	9
8	<i>Over het leernetwerk en oproep aan gemeenten</i>	9
	<i>Bijlagen</i>	10

## 1 Do's en dont's van samenwerking

### 1. Wederzijdse betrokkenheid en respect: procesafspraken zijn belangrijk maar het begint bij verbinding

Goede afspraken zijn belangrijk. Maar met alleen het inrichten van processen voor de verwijzing is samenwerking onvoldoende gewaarborgd. De huisarts moet erop kunnen vertrouwen dat er iemand voor de patiënt klaar staat wanneer deze wordt doorverwezen bij geldproblemen en het helpt als de huisarts deze persoon ook echt kent. De terugkoppeling door schuldhulpverlening laat de huisarts zien dat de patiënt goed is terecht gekomen. Hieruit zullen vragen voortkomen of knelpunten aan het licht komen. In een continu gesprek kunnen die drempels worden weggenomen en ontstaat vertrouwen. Dat proces kost tijd.

### 2. Beeldvorming gemeente is bepalend: patiënt heeft baat bij vrijblijvend gesprek

Er bestaan veel misverstanden over schuldhulpverlening en het is voor een schuldenaar niet makkelijk om hulp te vragen aan een instantie waar je mogelijk al incassobrieven van krijgt. Patiënten die door een huisarts worden gewezen op het gemeentelijke loket voor de intake voor schuldhulpverlening volgen dat advies vaker niet op dan wel. Een warme overdracht naar een 'neutrale' partij voor een vrijblijvend en informatief gesprek helpt. Op die manier kan de patiënt worden voorbereid op de volgende stap.

### 3. Maak ruimte voor cliënten die niet zelfredzaam zijn

Niet iedere patiënt is zelfredzaam en het komt voor dat een patiënt na verwijzing naar schuldhulpverlening niet meteen kan worden geholpen door een onvoldoende stabiele financiële situatie en allerlei met de schulden samenhangende problemen. De patiënt kan dan zomaar weer bij de huisarts op het spreekuur verschijnen. De huisarts moet goed worden geïnformeerd over de hulp die de patiënt mag verwachten op het adres waarnaar wordt verwezen. Nog mooier is het als dat adres plaats biedt aan patiënten die niet zelfredzaam zijn en daar worden geholpen bij het stabiliseren van hun financiële situatie.

### 4. Huisarts ontzorgen: schroom wegnemen en in gesprek blijven met huisarts

De huisarts heeft tijd nodig om zich comfortabel te voelen bij het stellen van vragen over de financiële situatie. Het helpt als de schuldhulpverlener regelmatig vraagt hoe dat gaat en daarbij tips geeft over hoe het ijs kan worden gebroken. Tegelijkertijd zal de gemeentelijke hulpverlening zich moeten realiseren dat ze niet alles aan de huisarts kunnen vragen. Het inventariseren van de schuldenproblematiek is een taak van de schuldhulpverlener. Dat vraagt om verwachtingsmanagement wanneer er wordt gestart met samenwerken.

### 5. Kijk naar mogelijkheden om huisartsen en professionals uit het sociaal domein samen te scholen

In elke gemeente kan worden gekeken naar de mogelijkheden om huisartsen en professionals uit het sociaal domein samen te scholen over de betekenis en organisatie van een warme overdracht. Bijvoorbeeld huisartsen of praktijkondersteuners samen met de teamleden van de sociale wijkteams in de buurt.

*De Nationale Ombudsman citeerde in een rapport vele jaren geleden een schuldhulpverlener: "Velen hebben een hulpverlener nodig om door een traject schuldhulpverlening te doorlopen".*

*Een deelnemer aan de eerste leernetwerkbijeenkomst*

## 2 Facts & figures

Prof. dr. Maria van de Muijsenbergh vertelt in [dit filmpje](#) over de relatie tussen schulden en gezondheid. Maria werkt als huisarts en is bijzonder hoogleraar Gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg aan de Radboud Universiteit/het Radboudumc. Sinds zij in 1983 begon met werken als huisarts richt zij zich met name op kwetsbare groepen (ongeneeslijk zieken, vluchtelingen en andere migranten, laaggeletterden en daklozen). In haar onderzoek richt zij

zich op de vraag hoe persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg kan bijdragen aan het verkleinen van de gezondheidsachterstanden van deze groepen.

Maria schat dat ongeveer een op de vijf patiënten die *vaak op het spreekuur komen* te maken heeft met incassobureaus en deurwaarders.

## 2.1 Over schulden

### Betalingsachterstanden

Bijna een derde van de Nederlandse huishoudens heeft achterstanden (32%). Bij bijna een op de vijf huishoudens (18%) is de problematiek zo ernstig dat de schulden risicovol of problematisch zijn. Een risicovolle schuldsituatie betekent dat een huishouden de situatie nog wel kan oplossen als het zich daar hard voor inspant. Bij een problematische schuldsituatie is een schuldregeling met kwijtschelding eigenlijk de enige oplossing om uit de problemen te komen. Een problematische schuldsituatie komt voor bij 6% tot 9% van alle Nederlandse huishoudens.<sup>i</sup>

### Onzichtbare schuldenproblematiek

Mensen met schulden wachten vaak lang met het vragen om hulp. Huishoudens die schuldhulpverlening krijgen, hebben op dat moment een schuld van gemiddeld meer dan 40.000 euro (waarvan ruim de helft incassokosten, boetes en gerechtelijke kosten van beslagen zijn). Gemiddeld hebben zij 14 schuldeisers. De overheid is een van de belangrijkste schuldeisers.<sup>ii</sup>

### Grote tekorten

In 2018 moesten 232.000 huishoudens langdurig (> 4 jaar) rondkomen van een laag inkomen.<sup>1</sup> Deze huishoudens lopen verhoogd risico op schrijnende armoede. Er is geen ruimte om te sparen, waardoor financiële tegenvallers niet kunnen worden opgevangen. Ook huishoudens met een modaal inkomen hebben het moeilijk. Het Nibud<sup>iii</sup> berekende dat de vaste lasten van een huishouden met een modaal inkomen en een gemiddelde huur inmiddels meer dan 55% van het netto-inkomen beslaan.<sup>iv</sup>

### Ingewikkelde inkomensondersteuning

Om inkomensondersteuning bij de overheid aan te vragen, moeten mensen met een laag inkomen soms wel 27 formulieren invullen. Ook hebben ze te maken met verschillende betaalmomenten en zijn er 8 verschillende definities voor het begrip inkomen of vermogen.<sup>1</sup> Dit maakt het voor mensen met financiële problemen ingewikkeld en onoverzichtelijk, waardoor zij het overzicht vaak kwijt zijn.<sup>v</sup>

### Spaargeld

20% van de Nederlandse huishoudens spaart niet of nauwelijks en een op de drie huishoudens geeft aan dat zij niet in staat zijn om onvoorziene uitgaven of de twee duurste producten in huis te vervangen.<sup>vi</sup>

## 2.2 Over geldzorgen en gezondheid

Hoe de relatie tussen schulden en gezondheid precies in elkaar steekt is nog onduidelijk. Er lijkt sprake te zijn van een sterke wisselwerking waarbij het niet te voorspellen is wat eerst komt. Een onderzoek naar de wisselwerking lijkt die hypothese te ondersteunen.<sup>vii</sup> In dat onderzoek zegt een derde van de mensen met schulden en gezondheidsproblemen dat de schulden zijn ontstaan als gevolg van hun gezondheidsproblemen. Eveneens een derde zegt dat gezondheidsproblemen zijn ontstaan als gevolg van de schulden en een derde kan het niet goed reconstrueren.

### Geldzorgen en leefstijl

Uit Nederlands onderzoek<sup>viii</sup> blijkt dat laagopgeleide mensen met risicovolle schulden vaker te weinig fruit eten (85% vs. 69%), vaker roken (42% vs. 26%), vaker te weinig bewegen (40% vs. 32%) en vaker slecht ontbijten (34% vs. 14%) dan laagopgeleide mensen zonder risicovolle schulden. Ook hoogopgeleide mensen mét een risicovolle schuld hebben een minder gezonde leefstijl dan hoogopgeleide mensen zonder een risicovolle schuld, maar bij hen zijn de verschillen kleiner. Duits onderzoek voegt aan deze inzichten toe dat mensen meer lijken te roken als de schuldenlast toeneemt.<sup>ix</sup>

### Geldzorgen en psychische klachten

Een systematisch literatuuroverzicht<sup>x</sup> van 33 peer-reviewed studies toonde aan dat mensen met schulden vaker piekeren, vaker in een sociaal isolement leven, vaker last hebben van angststoornissen, vaker nadenken over suïcide en vaker aan depressie lijden dan mensen zonder schulden.

### Geldzorgen en fysieke klachten

Mensen met financiële problemen hebben vaker fysieke klachten. Uit een Duitse studie<sup>xi</sup> blijkt bijvoorbeeld dat mensen met financiële problemen aanmerkelijk vaker lage rugklachten hebben dan mensen zonder schulden (81% om 22%). Van alle mensen met problematische schulden heeft meer dan de helft overgewicht (57%) tegenover 44% van de mensen zonder schulden. Ook obesitas komt vaker voor (25%) onder de schuldenaren dan bij de mensen in de controlegroep (11%).<sup>xii</sup>

## 2.3 Over zorgmijding

TNS Nipo heeft in 2016 het gedrag van zorgmijders onderzocht. Van één op de vijf (19%) Nederlanders die destijds zorg heeft uitgesteld of gemeden, gaf de helft aan dat zij vonden dat het hen te veel geld kostte of dat zij het eigen risico uit wilden sparen. Een kwart gaf aan dat zij de zorg niet konden betalen. Teruggerekend naar het Nederlands publiek kan op basis van het TNS-onderzoek worden gesteld dat in 2016 10% van de Nederlanders zorg heeft uitgesteld of gemeden om het eigen risico uit te sparen en 5% de zorg meed omdat ze het niet konden betalen. Uit het TNS-onderzoek blijkt dat van de mensen die sinds 1 januari 2016 van zorg gebruik hebben gemaakt, één op de vijf (20%) aangaf een betalingsregeling te hebben afgesloten met hun verzekeraar voor het betalen van het eigen risico. Voor mensen met lagere sociale posities die van zorg gebruik hebben gemaakt, lag dit percentage zelfs op 25% tot 29%.

Het NIVEL onderzocht zorgmijding in 2015. Uit deze verkenning blijkt dat een klein deel van de Nederlanders het bezoek aan de huisarts vermijdt vanwege financiële redenen (3%). Dit percentage neemt niet toe door de jaren heen. Dit zijn vooral jongeren (18-39 jaar) en mensen met lagere inkomens.

## 3 Inspirerende voorbeelden

Op verschillende plaatsen in Nederland zijn huisartsen en praktijkondersteuners de laatste jaren patiënten met financiële problemen gaan verwijzen naar de gemeentelijke schuldhulpverlening, sociale wijkteams of andere intermediairs. Cheverny Knoope en Kim Sannes vertelden als intermediairs over hun ervaringen in de samenwerking met huisartsen.

### 3.1 Cheverny Knoope, de POH-F in Lijn 2

De huisartsen van Lijn 2, een gezondheidscentrum in Rotterdam-Zuid, verwijzen bij een vermoeden van financiële problematiek direct naar Cheverny Knoope, de praktijkondersteuner financiën, die ook in het gezondheidscentrum kantoor houdt. Dat vermoeden kan bijvoorbeeld ontstaan bij patiënten die aangeven dat ze slecht slapen, hun baan kwijt zijn en wat geldproblemen hebben. In de wijk waar Lijn2 is gelegen, komen schulden veel voor. Wat volgt is een vrijblijvend gesprek in het gezondheidscentrum. Cheverny bekijkt samen met de patiënt naar de schuldsituatie. Soms is een advies of hulp bij het aanvragen van een toeslag al voldoende om geldzorgen weg te nemen. Soms is begeleiding door een vrijwilliger of maatje de oplossing en soms verwijst Cheverny door naar de gemeentelijke schuldhulpverlening. Het initiatief is genomen door een huisarts van het gezondheidscentrum. De samenwerking is vervolgens gezocht met een stichting die bewindvoering aanbiedt. Zo is Cheverny gestart. Ook de gemeente weet inmiddels goed wie Cheverny is.

Cheverny's verhaal biedt ons de volgende lessen:

- Als POH-F in het centrum is ze voor de huisartsen en praktijkondersteuners een bekend gezicht. Ze gaat regelmatig het gesprek met ze aan om ze te vragen hoe zij met hun patiënten over geldzorgen vragen. Zij kan als vaste spil het contact opbouwen en de huisartsen eraan blijven herinneren dat ze hun patiënten naar hun financiële situatie vragen. Ook kan ze meedenken als de huisartsen ergens tegenaan lopen. Ze merkt dat huisartsen het lastig kunnen vinden om door te vragen bij een vermoeden van financiële problematiek.
- De beschikbare tijd van de huisarts is te kort om echt in gesprek te komen. De huisarts moet er continu aan worden herinnerd dat hij of zij doorvraagt bij een vermoeden van schulden.
- De vertrouwensband tussen huisarts en patiënt leidt ertoe dat wanneer de huisarts naar de POH-F doorverwijst, de patiënt ook in gesprek wil.

- Cheverny vormt als POH-F een laagdrempelige brug tussen de praktijk en de gemeente. Ze is aanwezig in de praktijk en is geen onderdeel van de gemeentelijke schuldhulpverlening. Zo kan een patiënt wennen aan iemand die meekijkt met de financiën en meedenkt over de volgende stappen.
- Het verwijzen naar schuldhulpverlening alleen is niet genoeg. Het gaat vaak om patiënten die anders niet zo snel bij gemeentelijke schuldhulpverlening terecht zou komen. Ze zijn soms weinig zelfredzaam. Het komt ook regelmatig voor dat zij een schuld bij de gemeente hebben en ze er daarom niet heen willen voor hulp. De POH-F geeft voorlichting over schuldhulpverlening en kan de patiënt, indien nodig, in beweging brengen om gemeentelijke schuldhulpverlening aan te vragen. Als de POH-F patiënten verwijst naar de gemeente, dan komen ze vaker aan, omdat de POH-F de tijd voor ze neemt en ze begeleidt richting hulpverlening
- Sommige patiënten met stressklachten zijn na het gesprek met de POH-F zo opgelucht dat ze de huisarts voorlopig niet meer bezoeken.

*"Ik had die stap naar schuldhulpverlening nooit gezet, als ik niet bij jou was terechtgekomen."*

Patiënt van Lijn2 na het contact met Cheverny

### 3.2 Kim Sannes, de Maatwerker

Kim Sannes werkt als maatwerker bij de Almeerse welzijnsorganisatie De Schoor. Zij ondersteunt mensen bij het stabiliseren van hun schuldsituatie. Na de fase van schuldstabilisatie kunnen cliënten worden doorverwezen naar Plangroep Almere voor een schuldregeling. Zorggroep Almere heeft in 2020 afspraken gemaakt met De Schoor over de verwijzing van patiënten met geldzorgen. Een aantal huisartsen hadden namelijk behoefte aan concrete handvatten om deze groep patiënten te bedienen. Via een centraal mailadres kunnen huisartsen en praktijkondersteuners van enkele gezondheidscentra patiënten aanmelden voor een intakegesprek. Kim en haar collega's namen na de aanmelding binnen drie werkdagen contact op met de patiënt. Zij stelden een intakegesprek voor en vroegen aan de patiënt toestemming om de uitkomst van dat gesprek aan de huisarts terug te koppelen.

Kims verhaal biedt ons de volgende lessen:

- Veel patiënten die via het mailadres werden aangemeld, kwamen hierdoor eerder in beeld van De Schoor. Het actief en snel benaderen van deze patiënten speelde daarbij een grote rol. De snelheid van het contact leggen met de patiënt helpt bij het in gesprek komen over de geldzorgen.
- De vertrouwensband tussen de huisarts en patiënt leidde ertoe dat patiënt er eerder mee akkoord gingen een gesprek met een maatwerker aan te gaan.
- Veel patiënten vonden het prettig dat ook de huisarts op de hoogte was van hun situatie en de vervolgstappen. Ook de huisarts zelf wilde graag weten wat er was besproken en hoe de patiënt verder geholpen zou worden.
- De vrijblijvendheid van het gesprek en de onafhankelijkheid van de welzijnsorganisatie ten opzichte van de gemeente waren van belang. De maatwerkers konden laagdrempelig in contact komen met de doelgroep. In de gesprekken met patiënten konden zij voorlichting geven over gemeentelijke schuldhulpverlening en eventuele vooroordelen wegnemen.
- De samenhang met de huisartsenzorg was van belang. Patiënten waren niet altijd klaar voor schuldhulpverlening. Juist door ook in de eerste vrijblijvende gesprekken te praten over de relatie tussen schulden en gezondheid, realiseerden patiënten zich dat schuldhulpverlening hen zou kunnen helpen bij hun klachten. Dat hoeft de huisarts niet te doen. De huisarts heeft te weinig tijd voor een gesprek over geldzorgen.
- De pilot is afgerond en de uitkomst is dat een aantal huisartsen nog bij De Schoor patiënten aanmeldt. Sommige huisartsen hebben nooit gemeld, sommige hebben wel gemeld en doen het niet meer. Dat komt vooral doordat huisartsenpraktijken met volle overtuiging instappen maar in de spreekkamer toch een bepaalde drempel ervaren om het gesprek aan te gaan. Huisartsen en patiënten zijn het niet gewend om dit gesprek te voeren bij de huisarts. Aandacht voor de gespreksvoering is belangrijk en het belang ervan moet op het netvlies komen en blijven. Schuldhulpverleners moeten hun gezicht laten zien.

### 3.3 Andere voorbeelden

Nadja Jungmann gaf de highlights van nog vijf andere initiatieven in Nederland. Dit zijn voorbeelden van praktijken en maatschappelijke organisaties die de afgelopen jaren de samenwerking hebben gezocht en de hulp aan patiënten met geldzorgen verbeterden:

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

In de handreiking zijn de voorbeelden uitgewerkt. De handreiking vind je [hier](#).

## 4 Welzijn op Recept in relatie tot patiënten met geldzorgen

Tijdens de leernetbijeenkomst is het ministerie van VWS gevraagd om nadere informatie te geven over de aanpak 'Welzijn op Recept' en de mate waarin deze aanpak kan helpen bij patiënten met geldzorgen. Het ministerie biedt deze informatie in dit hoofdstuk. We danken Steven Oppenheim voor zijn bijdrage.

Op de website [Welzijn op Recept van Nieuwegein tot Nederland | Loketgezondleven.nl](#) staat een korte beschrijving van Welzijn op Recept:

*"In een gemiddelde praktijk worden ongeveer 20% van de consulten besteed aan patiënten met psychosociale klachten (slecht slapen, piekeren en somberheid) waarvoor geen medische oorzaak kan worden gevonden. Bij Welzijn op Recept kunnen eerstelijns zorgaanbieders zoals huisartsen, praktijkondersteuners, fysiotherapeuten en psychologen hun patiënten met psychosociale klachten (zonder somatische oorzaak) doorverwijzen naar welzijnsorganisatie MOvactor. Deze meldt de patiënt aan bij de welzijnscoach. De welzijnscoach kijkt samen met de deelnemer waar hij/zij energie en kracht van krijgt. De deelnemer kiest daarna een passende activiteit of een welzijnsarrangement binnen het lokale wijkaanbod. Deze sociale activering versterkt het zelfvertrouwen en de zelfredzaamheid. Bekostiging voor de eerstelijnszorg gaat via de reguliere financiering (consulttarieven). Het welzijnswerk financiert de gemeente. Op sommige plekken is er ook financiële projectondersteuning vanuit de gemeente of een zorgverzekeraar, bijvoorbeeld via ROS Regionale Ondersteuningsstructuur-gelden."*

Huisartsen geven aan dat patiënten die worden doorverwezen naar 'welzijn', vaak lastig zijn te motiveren. Zij zijn naar de huisarts gekomen en verwachten een medische oplossing. Stel iemand heeft schulden en maakt gebruik van de Voedselbank, dan vertelt hij dat niet zomaar. Daar is tijd voor nodig, eerst moet de schaamte overwonnen worden (aldus een huisarts uit Leiden). Soms is een aanpak als Krachtige Basiszorg aanvullend van meerwaarde. Deze aanpak biedt meer

ruimte om in de huisartsenpraktijk al in gesprek te gaan en er is veel contact met samenwerkingspartners, zodat tegelijk naar een gezamenlijke aanpak gekeken kan worden. Het is soms belangrijk voor patiënten om in de vertrouwde omgeving van de praktijk te blijven.

**Conclusie: de aanpak Welzijn op Recept is breed inzetbaar bij psychosociale klachten, maar sluit niet altijd aan bij de behoeften van de patiënt en huisartsenpraktijk. Soms zijn (aanvullend) andere vormen van samenwerking (soms intensiever) tussen huisartsenpraktijken en het sociaal domein nodig om patiënten met geldzorgen adequaat te helpen.**

## 5 Pilot Geldzorgen in de spreekkamer

Menno van Tartwijk van Bureau EMMA introduceerde de pilot Geldzorgen in de spreekkamer. In de bijlage is zijn PowerPoint opgenomen. Mogelijk heb je je daarvoor al aangemeld. Hier herhalen we nog even kort het doel en het beoogde resultaat van de pilot. Het doel van de pilot is om huisartsenpraktijken te voorzien van campagnemateriaal dat ze in kunnen zetten om patiënten warm te verwijzen naar de lokale schuldhulpverlening en met een procesevaluatie in beeld te brengen wat dat oplevert. Het beoogd resultaat is dat inzichtelijk wordt hoe de warme overdracht wordt vormgegeven en functioneert en wat het gebruik van het campagnemateriaal en het opzetten van lokale samenwerking tussen huisartsenpraktijken en schuldhulpverlening volgens de betrokken huisartsen, schuldhulpverleners en patiënten oplevert.

De pilot start *bij voldoende deelnemers*. Om te kunnen starten zijn er 25 koppels nodig van minimaal één huisartsenpraktijk en een schuldhulpverlenende organisatie die gaan samenwerken. Het onderzoek wordt uitgevoerd in vier fasen. In onderstaande tabel is kort toegelicht wat in welke fase wordt verwacht van de deelnemers. De gevraagde activiteiten worden uitgevoerd door huisartsenpraktijken en gemeentelijke schuldhulpverlening in onderlinge samenwerking. In één gemeente kunnen meerdere huisartsenpraktijken meedoen.

Fasen	Activiteiten
<b>Fase 1: Voorbereiding pilot</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aangaan samenwerking en maken van afspraken over de warme overdracht</li> <li>Verspreiding van het interventiepakket</li> </ul>
<b>Fase 2: Opstarten campagne en warme overdracht (3 maanden)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Starten met warme overdracht</li> <li>Deelname aan procesevaluatie meetmoment 1 en 2</li> <li>Optionele deelname aan leernetwerkbijeenkomsten op: <i>onder voorbehoud</i> 24 juni, september en oktober</li> </ul>
<b>Fase 3: Pilotfase warme overdracht (6 maanden)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Huisartsenpraktijken verwijzen warm door naar gemeentelijke schuldhulpverlening</li> <li>Deelname aan procesevaluatie meetmoment 3</li> </ul>
<b>Fase 4: Afrondingsfase (3 maanden)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Optionele deelname aan twee rondetafelgesprekken</li> <li>Rapporten over de opbrengst van de pilot komen beschikbaar</li> </ul>

De ervaring in onder meer een project dat Hogeschool Utrecht eerder samen met Zorggroep Almere uitvoerde, leert dat een nieuwe manier van werken even tijd nodig heeft om zich te zetten. Huisartsen en gemeenten haken niet allemaal in precies dezelfde week aan en goed bedachte afspraken kunnen in de praktijk toch allerlei haken en ogen opleveren. Om daarvoor ruimte te geven is er gekozen voor opstartfase van drie maanden. Door hierin te voorzien wordt voorkomen dat opstartproblemen in de evaluatie worden gemeten als resultaten.

## 6 Programma 2e leernetwerkbijeenkomst

De 2e leernetwerkbijeenkomst vindt plaats op donderdag 9 september tussen 15u en 17u, online via Teams. Deelnemers aan de eerste bijeenkomst ontvangen daarvoor een uitnodiging. Mensen die nog niet eerder deelnamen kunnen zich opgeven op de site [www.schuldenenincasso.nl](http://www.schuldenenincasso.nl).

Het programma ziet er (onder voorbehoud) als volgt uit:

- Welkom door Nadja Jungmann, lector Schulden en Incasso.
- Drie 'koppels' van gemeenten en huisartsenpraktijken vertellen over hun eerste ervaringen met samenwerken, de bekostiging en het uitwisselen van gegevens.
- Manieren om de samenwerking tussen huisartsenpraktijken en het sociaal domein te bekostigen:
  - Presentatie door Steven Oppenheim of een collega;



- Bijdrage van een zorgverzekeraar;
- Bijdrage over Krachtige Basiszorg.
- Het delen van persoonsgegevens: wat mag, onder welke voorwaarden en hoe organiseer je dat?
- Afronding en blik op vervolg.

De laatste sessie vindt plaats op donderdag 4 november, tussen 15u en 17u. Deelnemers aan de eerste en tweede bijeenkomst ontvangen een uitnodiging. De aanmeldlink komt na de tweede leernetwerkbijeenkomst beschikbaar.

## 7 Meer informatie

E-learning voor huisartsen en praktijkondersteuners *Patiënten met schulden in de huisartsenpraktijk*  
<https://schuldenenincasso.nl/e-learning-patiënten-met-schulden-in-de-huisartsenpraktijk/>

Starten met één huisartsenpraktijk, een cluster of alle praktijken in de gemeente? Meer weten over op welk niveau je de samenwerking wilt organiseren? Neem contact op met de [Regionale Ondersteuningsstructuur](#) (ROS). Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de inzet van de eerstelijns ondersteuningsgelden, die is bedoeld om de eerstelijnszorg in de wijk te versterken. De financiering wordt regionaal verdeeld via Zorgverzekeraars Nederland aan de regionale ondersteuningsstructuren, de ROS'en. De vijftien ROS'en zijn een partner voor eerstelijnsorganisaties in het tot stand brengen van wijk- en populatiegericht werken, en innovaties te stimuleren. De ondersteuning vanuit de ROS'en is niet alleen gericht op samenwerking binnen de eerste lijn, maar ook met partijen daarbuiten: het sociale domein, de nulde en tweede lijn, overheden, zorgverzekeraars en het bedrijfsleven.

Gemeenten en organisaties die vanuit verschillende domeinen willen samenwerken om de gezondheid te verbeteren van mensen die in armoede leven, kunnen gebruikmaken van de [Groeimatrix van het RIVM](#). Deze laat in zes succesfactoren zien waaraan een integrale samenwerking voldoet.

De VNG heeft een [werkmap](#) over samenwerking tussen huisartsenpraktijken en de gemeente: *Samen werken in de wijk* (2013)

De website [De Juiste Zorg op de Juiste Plek](#) biedt praktijkvoorbeelden.

Filmpje gemeente Utrecht: [Geldzorgen? Als huisarts of praktijkondersteuner kunt u helpen. - YouTube](#). In dit filmpje vertellen een ervaringsdeskundige en een huisarts over het belang van het bespreekbaar maken van geldzorgen.

## 8 Over het leernetwerk en oproep aan gemeenten

### Contact

Heb je een vraag over het leernetwerk of de pilot?

- Stuur je vraag over het leernetwerk naar Kim van Dijk: kim.vandijk@hu.nl.
- Stuur je vraag over de pilot naar Menno van Tartwijk: huisartsencampagne@emma.nl.

### Over het leernetwerk

Het leernetwerk is bedoeld voor gemeentelijke schuldhulpverlening en huisartsen en praktijkondersteuners die nadenken over de samenwerking rond patiënten met schulden of die daar al mee zijn gestart. In drie bijeenkomsten wordt ingegaan op wat er nodig is om het verwijzen van patiënten naar schuldhulpverlening op een goede manier te organiseren. De inhoud wordt in overleg met de deelnemers bepaald. De bijeenkomsten worden georganiseerd door het lectoraat Schulden en Incasso in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

### Oproep aan gemeenten

In 2022 gaan veel gemeenten aan de slag met nieuwe beleidsplannen voor de gezondheidszorg. De belangstelling groeit om de brug tussen het sociale domein en het zorgdomein te verstevigen. Dit kan een mooi moment vormen om de gemeentelijke visie op en beleidskaders voor vroegsignalering en de toegang tot schuldhulpverlening te verbinden aan de

gezondheidszorg. In een nota gezondheidszorg kan inhoud en vorm worden gegeven aan een actieve rol van professionals in de eerstelijns bij het signaleren en verwijzen van inwoners met financiële problemen.

## Bijlagen

- Ppt's van Nadja Jungmann, Steven Oppenheim en Menno van Tartwijk
- Handreiking Samenwerken bij schulden

# Mensen in armoede of financiële stress zijn vaker ziek dan anderen

*Prof. dr. Maria van den Muijsenbergh  
Bijzonder hoogleraar Gezondheidsverschillen en  
Persoonsgerichte Integrale Eerstelijns Zorg aan Radboud  
UMCN*

---

- 
- <sup>i</sup> Westhof, F.M.J., Ruig, L. de, & Kerckhaert, A. (2015). Huishoudens in de rode cijfers 2015. Over schulden van Nederlandse huishoudens en preventiemogelijkheden. Zoetermeer: Panteia.
- <sup>ii</sup> NVVK (2019). Jaarverslag NVVK 2018. Te raadplegen via [jaarverslag.nvkv.eu/2018](https://jaarverslag.nvkv.eu/2018)
- <sup>iii</sup> Nibud (2019). Budgethandboek. Utrecht: Nibud
- <sup>iv</sup> CBS. Armoede en uitsluiting 2019. Te raadplegen via <https://longreads.cbs.nl/armoede-en-sociale-uitsluiting-2019/>
- <sup>v</sup> Charité, D., Mikulic, A. & Diependaal, L. (2014). Onderzoek naar regeldruk als gevolg van koppeling van regelingen aan inkomen van de burger. Den Haag: Deloitte/Actal
- <sup>vi</sup> Van der Schors, A. & Van der Werf, M. (2017). Geld achter de hand makkelijker maken. Utrecht: Nibud
- <sup>vii</sup> Münster, E., Zier, U., Rüger, H. & Letzel, S. (2013). Over-indebtedness, health and social network. In: W. Backert, S. Block-Lieb, & J. Niemi (ed.). Contemporary Issues in Consumer Bankruptcy (pp. 163-180). PL Academic Research.
- <sup>viii</sup> Van Rijnsoever, M.P., Tromp, E., Waterlander, W.E., Schütz, F.M. & Steenhuis, I.H.M. (2012). Verschillen in leefstijl en gezondheid tussen mensen met en zonder schulden. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 89(1), pp 43. Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap.
- <sup>ix</sup> Heiko Rüger, Heide Weishaar, Elke B. Ochsmann, Stephan Letzel & Eva Münster (2013). Factors associated with self-assessed increase in tobacco consumption among over-indebtedness individuals in Germany: a cross-sectional study. In: Substance abuse treatment, prevention and policy, 8 (12). Biomed central
- <sup>x</sup> Turunen, E., & Hiilamo, H. (2014). Health effects of indebtedness: a systematic review. BMC Public Health, 2014(14), pp 489. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-489>.
- <sup>xi</sup> Ochsmann, E., Rueger, H., Letzel, S., Drexler, H., & Münster, E. (2009). Over-indebtedness and its association with the prevalence of back pain. BMC Public Health, 9, 451. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-451>
- <sup>xii</sup> Münster, E., Rüger, H., Ochsmann, E., Letzel, S. & Toschke, A.W. (2009). Over-indebtedness as a marker of socioeconomic status and its association with obesity: a cross-sectional study. BMC Public Health, 9, 286. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-286>